



Universidad Nacional Autónoma de México
PROGRAMA ÚNICO DE ESPECIALIZACIONES EN PSICOLOGÍA

**PERSONALIDAD EN ADOLESCENTES
EN CONFLICTO CON LA LEY Y CON USO Y ABUSO DE SUSTANCIAS**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
ESPECIALISTA EN INTERVENCIÓN CLÍNICA EN
NIÑOS Y ADOLESCENTES

PRESENTA:
KARINA PALACIOS HERNÁNDEZ

DIRECTORA:
DRA. AMADA AMPUDIA RUEDA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNAM

COMITÉ:
DR. JORGE ROGELIO PÉREZ ESPINOSA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNAM
DRA. MARÍA FAYNE ESQUIVEL ANCONA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNAM
MTRO. SALVADOR CHAVARRÍA LUNA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNAM
MTRA. GUADALUPE BEATRIZ SANTAELLA HIDALGO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNAM

CIUDAD UNIVERSITARIA, CD. MX., 2019



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.

AGRADECIMIENTOS

A la máxima casa de estudios, mi alma mater, la **Universidad Nacional Autónoma de México**, que me cobijó y albergó en cada una de sus aulas y continúa haciéndolo, porque en cada uno de sus espacios me he cruzado con excelentes seres humanos, gracias por formarme tanto profesional como personalmente, por dotarme de infinidad de conocimientos y fomentar mi desarrollo académico. Un orgullo ser egresada y estudiante de esta honorable institución educativa.

A mi siempre querida y bien amada **Facultad de Psicología** y a cada uno de sus catedráticos, quienes me enseñaron el valor y la trascendencia de nuestra profesión, por cultivar en mi la semilla de la curiosidad, haciéndome mejor Psicóloga.

Al **Programa Único de Especializaciones en Psicología** que me brindó la oportunidad de seguir formándome y aprendiendo, en específico a la **Especialidad en Intervención Clínica en Niños y Adolescentes** y a los doctores y maestros que me enseñaron y transmitieron su entrega y pasión por la labor clínica.

A mi directora de tesis, **Dra. Amada Ampudia Rueda**, por su comprensión, enseñanzas, guía y apoyo. Por acompañarme en este arduo pero satisfactorio proceso al elaborar esta tesis. Gracias por brindarme el espacio, tiempo, conocimientos y por ayudarme a culminar esta meta.

Al **Dr. Jorge Rogelio Pérez Espinosa**, a la **Dra. María Fayne Esquivel Ancona** y a la **Mtra. Guadalupe Beatriz Santaella Hidalgo** por aceptar formar parte de mi comité, mediante estas palabras quiero exaltar su gran y noble labor, gracias por cada una de las observaciones y comentarios realizados ya que ayudaron a mejorar este trabajo. Un especial agradecimiento, a mi supervisor durante dos años en el Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila", el **Mtro. Salvador Chavarría Luna**, gracias por incentivar el cariño y amor a esta maravillosa carrera, principalmente al trabajo enfocado con niños y adolescentes.

*"Por mi raza hablará el espíritu",
Karina Palacios.*

DEDICATORIAS

A mi **familia** fuente de inspiración y motivación. Gracias por ser los principales motores de mis sueños, por confiar en mí y apoyarme en cada una de mis locuras. Les agradezco el haberme forjado como la persona que soy, mis logros se los debo en gran parte a ustedes, incluida esta tesis. Los amo.

A mi padre **Pedro Palacios** por que cada día te esforzaste en tu trabajo y sacrificaste cosas para que nada nos faltara, gracias por pelear una de las luchas más grandes que la vida pudo haberte dado y salir victorioso, ¡seguimos adelante! Gracias por brindarme tu apoyo en cada decisión y, por fomentar en mi la constancia y compromiso en cada cosa que emprendo.

A mi madre **Rosa María Hernández** por concentrar tu energía en que estuviéramos bien, por apoyarme desde pequeña en cada actividad que realizó. Gracias por enseñarme a impregnar en lo que hago ese cariño y amor que te caracteriza, por acompañarme y procurarme en cada día de estudio y estar al pendiente en todo momento.

A mis hermanas **Alejandra** y **Gabriela**, por sus consejos y estar ahí para mí. Gracias por ser los cimientos primordiales para la construcción de mi vida profesional, porque desde siempre fueron mis ejemplos a seguir y con ello sentaron en mí las bases de responsabilidad y deseos de superación, las admiro cada día más. Gracias **Fernando** y **Marco**, por amar a estas mujeres tan especiales para mí.

A mis entrañables amigas y amigos, mi otra familia. Gracias por ser más que un compañer@ de clase o trabajo, porque gracias a ustedes soy mejor persona, por dejarme un poquito de su esencia y dejar que nuestra amistad trascendiera. A **Clau**, mi hermanita de corazón, agradezco cada uno de los momentos que nos han acontecido, gracias por ser partícipe de mis sueños, enseñarme el valor de la amistad (todo se puede superar) y por brindarme tu apoyo a lo largo de este proyecto. Gracias **Fer**, **Julia**, **Kary**, **Lore**, **Marlencilla**, **Neto**, **Nuby**, **Sema**, **Pao** y **Paty**, porque a pesar de que la vida nos ha puesto en diferentes caminos, son excelentes amigos, les agradezco que en su momento me hayan permitido aprender de ustedes y junto con ustedes. Gracias **Cindy**, **Edgar**, **Mary Chuy**, **Romeo**, **Vero** y **Wen**, por compartir el amor a la abogacía, sin ustedes no sería lo mismo, los admiro por la dedicación y esmero que ponen en lo que se proponen. Gracias **Annie** y **Salvador**, porque después de cada jornada es relajante platicar con ustedes, gracias por escucharme y aguantar mi paso veloz.

Alberto Irineo, gracias por tomar mi mano y acompañarme en esta travesía, por no dejarme desistir e impulsarme en este proyecto, por cada uno de tus comentarios bien habidos a mejorar mi trabajo. Por apoyarme con los trámites ya que sin ello hubiera sido imposible culminar esta tesis. Gracias a ti y a tu familia por ser parte de este logro.

Gracias a todas aquellas personas que se han cruzado en mí camino.

*Los ama,
Kary.*

ÍNDICE

| | |
|---|-------|
| RESUMEN | I |
| ABSTRACT | II |
| INTRODUCCIÓN | III |
| ANTECEDENTES | VI |
| EPIDEMIOLOGÍA | XXXII |
| | |
| CAPÍTULO 1. ADOLESCENCIA | |
| 1.1 Definición de la adolescencia | 1 |
| 1.2 Enfoques teóricos explicativos de la adolescencia | 2 |
| 1.3 Cambios en la adolescencia | 20 |
| | |
| CAPÍTULO 2. ADOLESCENTES EN CONFLICTO CON LA LEY Y CON USO Y ABUSO DE SUSTANCIAS | |
| 2.1 Definición de adolescente en conflicto con la ley | 28 |
| 2.2 Dos tipos de delincuencia de Terrie Moffitt | 31 |
| 2.3 Causas de la delincuencia juvenil | 33 |
| 2.4 La personalidad del adolescente en conflicto con la ley | 48 |
| 2.5 La justicia para adolescentes en México | 56 |
| 2.6 Definición de uso y abuso de sustancias | 70 |
| 2.7 Clasificación de sustancias | 73 |
| 2.8 Causas del consumo de sustancias por adolescentes | 73 |
| 2.9 La personalidad del adolescente con consumo de sustancias | 86 |
| | |
| CAPÍTULO 3. METODOLOGÍA | |
| 3.1 Justificación y planteamiento del problema | 89 |
| 3.2 Objetivo general | 94 |
| 3.3 Objetivos específicos | 94 |
| 3.4 Hipótesis conceptual | 95 |
| 3.5 Hipótesis específicas | 95 |
| 3.6 Variables | 96 |
| 3.7 Definición de variables | 96 |

| | |
|---|-----|
| 3.8 Muestra | 97 |
| 3.9 Sujetos | 97 |
| 3.10 Tipo de estudio | 97 |
| 3.11 Diseño de investigación | 98 |
| 3.12 Instrumento | 98 |
| 3.13 Procedimiento | 105 |
| 3.14 Análisis de datos | 105 |
| | |
| CAPÍTULO 4. ANÁLISIS DE RESULTADOS | |
| 4.1 Estadística descriptiva | 107 |
| 4.2 Estadística inferencial | 115 |
| | |
| CAPÍTULO 5. DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN | |
| 5.1 Discusión | 119 |
| 5.2 Conclusión | 150 |
| | |
| REFERENCIAS | 159 |

LISTA DE FIGURAS Y TABLAS

| | | |
|-------------|--|---------|
| Figura 0.1 | Total de adolescentes en conflicto con la ley por sexo (2017) | XXXIII |
| Figura 0.2 | Total de adolescentes en conflicto con la ley por rango de edad (2017) | XXXIII |
| Figura 0.3 | Total de adolescentes en conflicto con la ley por procesos jurídicos | XXXIV |
| Figura 0.4 | Total de adolescentes en conflicto con la ley por situación (2017) | XXXV |
| Figura 0.5 | Total de adolescentes en conflicto con la ley por entidad (2017) | XXXV |
| Figura 0.6 | Total de adolescentes en conflicto con la ley en la Ciudad de México por sexo (2017) | XXXVI |
| Figura 0.7 | Total de adolescentes en conflicto con la ley en la Ciudad de México por estado civil (2017) | XXXVII |
| Figura 0.8 | Total de adolescentes en conflicto con la ley en la Ciudad de México por escolaridad (2017) | XXXVII |
| Figura 0.9 | Total de adolescentes en conflicto con la ley en la Ciudad de México por antecedente de actividad delictiva previa y ocurrencia (2017) | XXXVIII |
| Figura 0.10 | Adolescentes en conflicto con la ley en la Ciudad de México por tipo de delito (2017) | XXXIX |
| Figura 0.11 | Tendencias de la media de edad de inicio del consumo de drogas en la población de 12 a 65 años | XLI |
| Tabla 0.1 | Tendencias del consumo de drogas –alguna vez- en la población de 12 a 17 años | XLI |
| Tabla 0.2 | Tendencias del consumo de drogas –último año- en la población de 12 a 17 años | XLII |
| Tabla 0.3 | Tendencias regionales del consumo de drogas en la población de 12 a 17 años | XLIII |
| Tabla 0.4 | Dificultades relacionadas al consumo de drogas en la población de 12 a 17 años | XLIV |
| Figura 0.12 | Tolerancia social hacia el consumo de drogas en la población de 12 a 17 años | XLV |
| Figura 0.13 | Exposición a la prevención en la población de 12 a 17 años | XLVI |
| Tabla 2.1 | Instrumentos internacionales para la protección de menores infractores | 59 |
| Tabla 2.2 | Clasificación de las sustancias | 75 |
| Tabla 4.1 | Frecuencia y porcentaje de la variable edad | 107 |
| Tabla 4.2 | Frecuencia y porcentaje de la variable sexo | 108 |
| Tabla 4.3 | Frecuencia y porcentaje de la variable escolaridad | 108 |
| Tabla 4.4 | Frecuencia y porcentaje de la variable estado civil | 109 |
| Tabla 4.5 | Media y desviación estándar de las escalas y subescalas de validez del MMPI-A | 110 |
| Tabla 4.6 | Media y desviación estándar de las escalas clínicas del | 111 |

| | | |
|------------|---|-----|
| | MMPI-A | |
| Tabla 4.7 | Media y desviación estándar de las escalas de contenido del MMPI-A | 112 |
| Tabla 4.8 | Media y desviación estándar de las escalas suplementarias del MMPI-A | 114 |
| Tabla 4.9 | Estadística inferencial paramétrica t de Student de las escalas de validez del MMPI-A | 115 |
| Tabla 4.10 | Estadística inferencial paramétrica t de Student de las escalas clínicas del MMPI-A | 116 |
| Tabla 4.11 | Estadística inferencial paramétrica t de Student de las escalas de contenido del MMPI-A | 117 |
| Tabla 4.12 | Estadística inferencial paramétrica t de Student de las escalas suplementarias del MMPI-A | 118 |
| Figura 5.1 | Perfil de las escalas y subescalas de validez del MMPI-A | 132 |
| Figura 5.2 | Perfil de las escalas clínicas del MMPI-A | 134 |
| Figura 5.3 | Perfil de las escalas de contenido del MMPI-A | 140 |
| Figura 5.4 | Perfil de las escalas suplementarias del MMPI-A | 145 |

PERSONALIDAD EN ADOLESCENTES EN CONFLICTO CON LA LEY Y CON USO Y ABUSO DE SUSTANCIAS

RESUMEN: La adolescencia se caracteriza por una elevada prevalencia de comportamientos de riesgo, destacándose la susceptibilidad a cometer actos delictuales y el inicio del consumo de sustancias. La delincuencia protagonizada por adolescentes es una de las variantes más preocupantes ya que puede acarrear consecuencias futuras negativas, tanto para ellos como para su entorno; asimismo, el consumo de sustancias en la adolescencia puede traer consigo diversos problemas, los cuales se pueden agravar considerablemente en estas edades ya que se estimulan partes del cerebro que están cambiando, teniendo implicaciones en su desarrollo. Se han dedicado esfuerzos por determinar si ciertos factores de personalidad predisponen a la delincuencia adolescente o al uso y abuso de sustancias, para ésto, el Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota para Adolescentes (MMPI-A) ha sido usado para la identificación de las características psicológicas asociadas con estas problemáticas. Por esta razón, el objetivo de esta investigación fue analizar las diferencias entre las características de personalidad que presentan los adolescentes en conflicto con la ley en comparación con las características de personalidad de los adolescentes con uso y abuso de sustancias mediante el MMPI-A. Se consideró una muestra no probabilística por cuota, en la que participaron 120 adolescentes (60 adolescentes en conflicto con la ley y 60 adolescentes con uso y abuso de sustancias). Entre los resultados se identificaron diferencias estadísticamente significativas en las escalas de validez, clínicas, de contenido y suplementarias de este instrumento, siendo estas, las escalas Mentira, Inconsistencia de las respuestas verdaderas, Inconsistencia de las respuestas variables, Hipocondriasis, Depresión, Histeria, Desviación psicopática, Masculinidad-femineidad, Paranoia, Psicastenia, Esquizofrenia, Hipomanía, Introversión social, Ansiedad-adolescentes, Depresión-adolescentes, Preocupación por la salud-adolescentes, Enajenación-adolescentes, Pensamiento delirante-adolescentes, Problemas de conducta-adolescentes, Baja autoestima-adolescentes, Aspiraciones limitadas-adolescentes, Incomodidad en situaciones sociales-adolescentes, Problemas escolares-adolescentes, Tendencia a problemas con el alcohol y/o drogas, Inmadurez-adolescentes y Ansiedad-adolescentes.

Palabras clave: Adolescencia, Adolescentes en conflicto con la ley, Adolescentes con uso y abuso de sustancias, Personalidad, MMPI-A.

PERSONALITY OF ADOLESCENTS IN CONFLICT WITH THE LAW AND WITH SUBSTANCE USE AND ABUSE

ABSTRACT: Adolescence is characterized by a high prevalence of risk behaviors, highlighting the susceptibility to commit criminal and the onset of substance use. Starting teen crime is one of the most worrying variants since it can result in future negative consequences both for them and for your environment; also, adolescent substance use can lead to various problems, which can aggravate considerably in these ages because they stimulate parts of the brain that are changing having implications in its development. Have been dedicated efforts to determine if certain personality factors predispose to adolescent delinquency or the use and abuse of substances, esto, the Minnesota multiphasic personality inventory, adolescent (MMPI-A) has been used for the identification of the psychological characteristics associated with these issues. For this reason, the objective of this research was to analyze the differences between the features of personality presenting adolescents in conflict with the law in comparison with the personality traits of adolescents with use and abuse of substances using the MMPI-A. A sample was considered not probabilistic fee, which was attended by 120 teenagers (60 adolescents in conflict with the law) and 60 teenagers with use and abuse of substances. The results identified statistically significant differences in the scales of validity, clinical content and additional of this instrument, being these the scales lie, inconsistency of real answers, Inconsistency of variable responses, Hypochondriasis, depression, hysteria, psychopathic deviance, Masculinity-Femininity, Paranoia, Psychasthenia, Schizophrenia, hypomania, social Introversion, Anxiety- Adolescence, Depression- Adolescence, health Concerns- Adolescence, alienation- Adolescence, delirious Thinking- Adolescence, behavioral Problems-Adolescence, Low self-esteem-Adolescence, limited Aspirations-Adolescence, Social Discomfort-Adolescents, School Problems-Adolescence Family Problems-Adolescents, Tendency to problems with alcohol and/or drugs, Immaturity-Adolescents and Anxiety-Adolescents.

Key Words: Adolescence, adolescents in conflict with the law, Adolescents with use and substance abuse, Personality, MMPI-A.

INTRODUCCIÓN

La adolescencia es la transición del desarrollo entre la infancia y la adultez, e implica cambios físicos, cognitivos, emocionales y sociales (Papalia, Wendkos & Duskin, 2009). Dicha etapa, según Vilariño, Amado y Alves (2013), se caracteriza por una elevada prevalencia de comportamientos de riesgo instalados tanto dentro como fuera de la legalidad.

En relación con lo anterior, algunos autores señalan que durante la adolescencia las personas están más susceptibles a cometer actos delictuales (Zambrano & Pérez-Luco, 2004; Alarcón, Vinet & Salvo, 2005). Los adolescentes que participan en delitos se encuentran dentro de un grupo heterogéneo de personas, con diversidad de antecedentes y que incursionan en diferentes delitos (Sánchez-Teruel, 2012). La American Academy of Pediatrics (2001) ha hecho mención que muchos problemas de los jóvenes delincuentes tienen sus orígenes antes del encarcelamiento. Estos problemas pueden incluir ambientes familiares desestructurados, exposición a violencia y abandono, trastornos de salud mental, recursos financieros y sociales inadecuados, abuso de drogas o sexual, vínculos con grupos de pares desviados, ciertas pautas educativas y la criminalidad de los padres, etc. (O'Shaughnessy, 1992; American Academy of Pediatrics, 2001; Torrente & Rodríguez, 2004). Aunque la delincuencia tiene un origen multifactorial, algunas de sus dimensiones psicológicas son clave (Redondo & Andrés, 2007) ya que se implican interacciones, pensamientos y elecciones, emociones, recompensas, rasgos y perfiles de personalidad, aprendizajes y socializaciones, creencias, atribuciones y expectativas.

También en esta etapa, se destaca el inicio del consumo de sustancias (De la Garza & Vega, 1983; González, García-Señorán & González, 1996; Becoña, 2000; Cáceres, Salazar, Varela & Tovar, 2006; Vinet & Faúndez, 2012; González, Espada, Guillén-Riquelme, Secades & Orgilés, 2016). Ante la alta disponibilidad de

éstas, los adolescentes tienen que aprender a convivir con ellas y tomar decisiones sobre su consumo o la abstinencia de las mismas (Becoña, 2000). El inicio de esta conducta depende de la combinación de múltiples factores, uno de los principales motivos que inician y propician el consumo de una o varias drogas es el satisfacer la curiosidad sobre el efecto de las drogas (Organización Mundial de la Salud, OMS en De la Garza & Vega, 1983), además González et al. (1996) identificaron los factores de riesgo de tipo social y de tipo individual, éstos últimos están centrados en el individuo y se refieren tanto a las características del sujeto como a los procesos internos, dentro de los cuales se encuentran los rasgos de personalidad.

Es por ello, que en la presente investigación se realiza una revisión de algunos trabajos, prestando particular importancia a los estudios relacionados con la evaluación de la personalidad usando el MMPI-A, que se han llevado a cabo sobre los adolescentes en conflicto con la ley y sobre los adolescentes con uso y abuso de sustancias.

En el capítulo uno se realiza una revisión de la literatura partiendo de la conceptualización de la adolescencia visto como un periodo entre la niñez y la adultez, se da un recorrido por los enfoques teóricos explicativos más representativos de esta etapa (psicoanalítico, cognitivo y psicosocial) y se describen los cambios que se suscitan en ella (biológicos y físicos, cognitivos y sociales).

En el capítulo dos se realiza una revisión teórica de la adolescencia en dos de sus vertientes: adolescentes en conflicto con la ley y adolescentes con uso y abuso de sustancias. Se exponen las diversas concepciones, las causas explicativas de ambos fenómenos y la aproximación al estudio de la personalidad. Adicional, se presenta el marco legal en relación a los adolescentes en conflicto con la ley y la clasificación de las sustancias en base a los efectos que producen en el Sistema Nervioso Central (SNC).

En el capítulo tres se describe la metodología utilizada, la cual incluye la justificación y planteamiento del problema, el objetivo general y los específicos, la hipótesis conceptual y las específicas, las variables y su definición, la muestra, los sujetos, el tipo de estudio, el diseño de la investigación, el instrumento, el procedimiento y el análisis estadístico de los datos.

El capítulo cuatro muestra el análisis de resultados llevado a cabo mediante estadística descriptiva [frecuencias, porcentajes y medidas de tendencia central (media y desviación estándar)] e inferencial (prueba paramétrica t de Student para grupos independientes).

Finalmente, en el capítulo cinco se discuten los resultados y se concluyen los hallazgos derivados de esta investigación.

ANTECEDENTES

A partir de los métodos y los conocimientos generales de la psicología, se han desarrollado investigaciones y se han generado conocimientos específicos al servicio de un mejor entendimiento de los fenómenos criminales (Redondo & Andrés, 2007).

Históricamente, la evaluación de riesgo de futuros problemas criminales y de salud mental se basaba en entrevistas clínicas y criterio profesional; sin embargo, tras la publicación de numerosos estudios que indicaban la falta de confiabilidad y validez de los métodos de evaluación clínica, los profesionales de la justicia penal y juvenil, y de la salud mental reconocieron las limitaciones de éste método, y el uso de instrumentos de detección y evaluación estandarizados se hizo más común (Grove, Zald, Lebow, Snitz & Nelson, 2000).

Dentro del sistema judicial, el Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota para Adolescentes (MMPI-A) ha sido usado para la identificación de las características psicológicas asociadas con la delincuencia juvenil y otros problemas de comportamiento de los adolescentes (Espelage, Cauffman, Broidy, Piquero, Mazerolle & Steiner, 2003).

La primera en usar la versión original del MMPI con adolescentes fue Dora Capwell en 1941 (Monachesi, 1950; Archer, Bolinsky, Morton & Farris, 2003; Espelage et al., 2003). Posteriormente, en 1945 esta misma autora examinó la utilidad de la escala 4 (Dp: Desviación psicopática) del MMPI para discriminar entre grupos de chicas adolescentes delincuentes y no delincuentes, realizando un seguimiento, reevaluando los perfiles del MMPI de estos grupos, 4 y 15 meses después de la administración inicial (Archer et al., 2003; Archer & Krishnamurthy, 2012). Al igual que esta autora, en 1950, Monachesi, examinó la utilidad de la misma escala, pero

en este caso para discriminar entre grupos de chicos adolescentes delincuentes y no delincuentes.

Siguiendo esta línea, Hathaway y Monachesi (1963) realizaron un estudio longitudinal, evaluando con el MMPI a aproximadamente 15,000 adolescentes, encontrando que las escalas 4, 8 y 9, las escalas excitadoras, son útiles para identificar a delincuentes juveniles, mientras que, las escalas 4 y 9 son efectivas en particular para predecir la delincuencia. Además, encontraron que existen diferencias en los patrones de respuesta entre hombres y mujeres de adolescentes y adultos.

A partir de estos primeros trabajos, se han realizado una serie de investigaciones, con ayuda del MMPI original, en muestras de delincuentes institucionalizados. Como, por ejemplo, el estudio llevado a cabo por McCreary y Mensh (1977) quienes compararon los perfiles del MMPI de delincuentes de diferentes edades con el fin de examinar los cambios en la personalidad asociados con el envejecimiento y para evaluar ciertas impresiones derivadas clínicamente acerca de la alteración de los patrones de personalidad de los delincuentes mayores vs. los delincuentes jóvenes. La muestra constó de 362 delincuentes de sexo masculino, la cual se dividió en seis grupos de edad, y se obtuvo un perfil promedio del MMPI para cada grupo. Los resultados indicaron que cuanto mayor sea la diferencia de edad entre los grupos, más grandes serán las diferencias de personalidad en varias escalas e índices del MMPI. También, se presentaron ligeros aumentos en las escalas -neuróticos-, disminuciones más grandes en las escalas -psicóticos-, y una disminución abrupta en el grupo de mayor edad en la escala 4, que evalúa impulsividad y tendencias acting-out. Con esto, se confirmó la hipótesis de que los delincuentes de mayor edad están en mayor necesidad de programas de tratamiento o rehabilitación -no criminales- que los delincuentes en general.

Otro ejemplo, es la investigación desarrollada por Huesmann y Lefkowitz en 1978, en este trabajo se examinó la relación entre las puntuaciones de esta prueba y la agresión. Estos autores trabajaron en un proyecto de investigación longitudinal. En un primer momento, evaluaron a 875 niños y niñas, diez años después se recopilaron los datos de 426 de estos participantes (211 varones y 215 mujeres). Se les administró la técnica de nominación de pares, inventarios de autoinforme sobre conducta agresiva y el MMPI. Los resultados indicaron que el sexo está relacionado significativamente con la agresión. Para los hombres, las escalas F, 4 y 9 son correlatos altamente significativos de la agresión, también la escala 8 se correlaciona altamente, aunque menos significativamente. Para las mujeres, los dos predictores son la escala F y 4; las escalas 5, 9 y 10 también se correlacionan, pero no tan altamente. A fin de validar las escalas F, 4 y 9 como una medida de la agresión, se realizó un segundo análisis para comparar la muestra estudiada previamente contra un grupo de delincuentes juveniles, el cual estaba compuesto por 147 varones y 136 mujeres, a quienes se les administró el MMPI. Los resultados proporcionaron la validez de constructo para la suma de las escalas F, 4 y 9 del MMPI, como una medida de agresión. Además, los delincuentes juveniles varones y mujeres puntuaron más alto en estas escalas que la muestra normativa. Como se podría predecir, los hombres no delincuentes puntuaron significativamente más alto que las mujeres no delincuentes; sin embargo, las mujeres delincuentes, puntuaron significativamente más alto que los hombres delincuentes.

Pese a la relativa popularidad del MMPI para evaluar a los adolescentes, tanto investigadores como clínicos, tenían reservas respecto al uso del instrumento original con este grupo (Archer & Krishnamurthy, 2012). Es por ello, que se formó el Comité de la Universidad de Minnesota para el Proyecto del MMPI para Adolescentes, publicando una nueva versión en el año de 1992, dando como resultado el Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota para Adolescentes (Minnesota Multiphasic Personality Inventory for Adolescents, MMPI-A) (Butcher,

Williams, Graham, Archer, Tellegen, Ben-Porath & Kaemmer, 1992). Las nuevas escalas de contenido y suplementarias del MMPI-A proporcionaron criterios adicionales para evaluar a los delincuentes juveniles (Archer & Krishnamurthy, 2012).

Replicando el hallazgo de Hathaway y Monachesi (1963), Pena, Megargee y Brody en 1996, llevaron a cabo un estudio, administrando el MMPI-A a 162 delincuentes juveniles varones. Sus resultados se compararon con los MMPI-A de 805 adolescentes varones no delincuentes y con los patrones originales del MMPI de 7,783 delincuentes identificados en una revisión de la literatura. Se identificó que las escalas clínicas 4-Dp, 6 (Pa: Paranoia) y 9 (Ma: Hipomanía), y el tipo de código 4-9/9-4 en el MMPI-A definían los perfiles de los adolescentes delincuentes. Además, se informó que los delincuentes juveniles generaron su puntuación promedio más baja en la escala suplementaria de R-A (Represión-adolescentes) y su puntuación más alta en MAC-A [Alcoholismo de MacAndrew-revisada (de adolescentes)], lo cual refleja una orientación desinhibida hacia la búsqueda de sensaciones. Los delincuentes juveniles también obtuvieron puntuaciones más elevadas que los no delincuentes en las escalas suplementarias MAC-A, RPAD (Reconocimiento de problemas con el alcohol y/o drogas), TPAD (Tendencia a problemas con el alcohol y/o drogas) e INM-A (Inmadurez-adolescentes), que se asocian con tendencias impulsivas y tendencias acting out que suelen relacionarse con el abuso de alcohol y/o las drogas. Las escalas de contenido PCO-A (Problemas de conducta-adolescentes), ESC-A (Problemas escolares-adolescentes), ENJ-A (Enojo-adolescentes) y CIN-A (Cinismo-adolescentes), también destacaron en los perfiles de los delincuentes.

A sí mismo, algunos autores se plantearon la hipótesis de que las escalas del MMPI-A podrían indicar psicopatía. Es por ello que Perry, Kennedy, Patrick y Patryka (1996) realizaron una investigación con 101 delincuentes juveniles varones. Se

aplicó el MMPI-A y la Lista de Chequeo de Psicopatía Revisada de Hare (Hare's Psychopathy Checklist Revised/PCL-R). Los resultados indicaron que, aunque estadísticamente el MMPI-A podría ser útil para la predicción de psicopatía en una población de delincuentes juveniles crónicos, prácticamente no hay diferencias significativas entre las puntuaciones del MMPI-A de los psicópatas y no psicópatas. Además, hay algunas dudas sobre la capacidad del MMPI-A para diferenciar a los delincuentes juveniles crónicos de los adolescentes normales.

Otros autores han examinado la validez concurrente del MMPI-A en un entorno de adolescentes infractores. Toyer y Weed (1998) trabajaron con una muestra de 50 delincuentes juveniles pertenecientes a un programa de consejería para pacientes externos. Del estudio se obtuvieron 42 perfiles válidos, 33 de los cuales estaban acompañados por informes del consejero referentes a problemas de conducta. Las elevaciones más altas en el MMPI-A fueron en las escalas 4-Dp, MAC-A, PCO-A, ESC-A e INM-A. Los informes del comportamiento mostraron correlaciones altas con las escalas 9-Ma, RPAD, ESC-A, ENJ-A y TPAD. Este patrón de resultados apoya la validez concurrente del MMPI-A para ser usado con esta población.

Losada-Paisey (1998) investigó la relación entre el tipo de delincuente y la personalidad. Para ésto, evaluó con el MMPI-A a 21 delincuentes juveniles varones sentenciados por delitos de carácter sexual y a 30 delincuentes juveniles sentenciados por delitos no sexuales, incluyendo posesión de narcóticos, robo, asalto, y otros delitos relacionados con la propiedad. Los resultados indican que las puntuaciones en la escala 4-Dp y la escala 8 (Es: esquizofrenia) corresponden a jóvenes clasificados como ofensores sexuales, mientras que, las puntuaciones en la escala 3 (Hi: Histeria) y la escala 7 (Pt: Psicastenia) conciernen principalmente a sujetos clasificados como delincuentes no sexuales. La investigación concluyó que los delincuentes juveniles sexuales pueden distinguirse de los delincuentes juveniles

no sexuales de acuerdo a las escalas clínicas del MMPI-A, clasificando correctamente al 71% de los primeros y al 77% de los segundos.

En el año de 1999, Gumbiner, Arriaga y Stevens realizaron un estudio que conduce a la comparación de las puntuaciones del MMPI-A de un grupo de delincuentes juveniles con investigaciones previas y a la comparación de los tres conjuntos de normas usados para adolescentes: el MMPI-A, las normas para adolescentes de Marks-Briggs (desarrolladas en 1972 para ser utilizadas con el MMPI original) y las normas para adultos del MMPI-2. Se evaluaron a 11 chicos y a 11 chicas que fueron hospitalizados y que tenían antecedentes de problemas de conducta. Los resultados indican que la media de las puntuaciones T para los varones fueron elevadas en las escalas F (64), 1-Hs: Hipocondriasis (64), 4-Dp (65), 6-Pa (68), 7-Pt (68), 8-Es (70) y 9-Ma (66), mientras que, la media de las puntuaciones T para las mujeres fueron elevadas en las escalas F (62), 4-Dp (64) y 8-Es (62). Las puntuaciones T en las escalas 4, 8 y 9 fueron elevadas para esta muestra, consistente con investigaciones previas sobre los delincuentes juveniles. En general, las elevaciones de las escalas del MMPI-A fueron las más bajas, seguidas por las normas Marks-Briggs, siendo las más elevadas las del MMPI-2. Los autores señalaron que una de las limitaciones de este estudio fue que la muestra era extremadamente pequeña y hasta que una investigación se lleve a cabo con una muestra más grande, piden tener cautela sobre el uso de las normas para adolescentes de Marks-Briggs y las normas para adultos del MMPI-2 en muestras de adolescentes.

Los delincuentes juveniles institucionalizados, generalmente son clasificados de acuerdo al grado de violencia que presentan, y para ello, frecuentemente son utilizados métodos de evaluación que incluyen pruebas tradicionales como el MMPI-A, así como entrevistas. En esta línea, Hicks, Rogers y Cashel (2000), efectuaron un estudio a 120 delincuentes juveniles varones institucionalizados, a los que les fueron aplicados el MMPI-A y la Lista de Chequeo de Psicopatía Versión en Pantalla

(Screening Version of the Psychopathy Checklist/PCL-SV) para predecir el grado de violencia, las autolesiones y las infracciones no violentas. Al predecir el número total de infracciones, el MMPI-A fue superior a la PCL-SV. Los resultados indican que los psicópatas muestran un número más alto de infracciones violentas que los no psicópatas. Además, se descubrió que, aun cuando las elevaciones en los patrones de configuración o de tipo de código creados por las escalas 4-Dp, 8-Es y 9-Ma del MMPI-A no fueron útiles para predecir las infracciones totales entre los delincuentes juveniles varones institucionalizados, las elevaciones en las escalas individuales 9 y 6-Pa fueron importantes para predecir infracciones violentas.

Por otro lado, se ha estudiado la capacidad del MMPI-A para detectar problemas de abuso de sustancias en un entorno correccional. Stein y Graham (2001) evaluaron a 123 chicos y chicas pertenecientes a un centro correccional de menores. En concreto, examinaron las escalas RPAD, TPAD y MAC-A para predecir el abuso de sustancias. Además, fue evaluada la validez incremental de RPAD en comparación con TPAD, así como, la validez incremental de TPAD en comparación con MAC-A. Los resultados indican que las escalas RPAD y TPAD, pero no MAC-A, pueden estar relacionadas con el abuso de sustancias. La escala RPAD mostró resultados superiores sobre la escala TPAD con referencia a la identificación del abuso de sustancias.

También se ha tratado de identificar las escalas del MMPI-A que discriminan entre tipos de delito cometidos por delincuentes juveniles. Glaser, Calhoun y Petrocelli (2002) realizaron una investigación con 72 delincuentes juveniles varones, quienes fueron clasificados de acuerdo a tres tipos generales de delito: delito contra la persona, delito contra la propiedad o delito relacionado con drogas/alcohol. Se aplicó el MMPI-A y se seleccionaron ciertas escalas como predictoras discriminantes de estos tres tipos de delito. Como resultado se demostró la utilidad del MMPI-A en la

diferenciación entre el tipo de delito cometido, clasificando correctamente al 79.2% de estos casos.

Morton, Farris y Brenowitz (2002) examinaron la capacidad del MMPI-A para discriminar entre 655 delincuentes juveniles varones y una muestra normativa de 805 adolescentes varones. Encontrando puntuaciones bajas en la escala 5 (Mf: Masculinidad/Femineidad) en la muestra de delincuentes juveniles, seguida por elevaciones en las escalas 4-Dp y 6-Pa. Ésto es consistente con investigaciones previas, aunque la importancia de la escala 5-Mf se ha observado poco debido a que el enfoque tradicional solo toma en cuenta las elevaciones de las escalas. El análisis discriminativo basado en la combinación óptima de varias agrupaciones de las escalas del MMPI-A discriminó entre esta muestra delincuente y la muestra normativa, con una sensibilidad entre el 90% al 95% y una especificidad del 80% al 85%.

En el 2003, Archer et al., evaluaron con el MMPI-A a 196 delincuentes juveniles varones, 200 adolescentes varones que estaban recibiendo tratamiento psiquiátrico y a 160 adolescentes varones dualmente diagnosticados con alguna enfermedad psiquiátrica y abuso de sustancias. Los resultados sugieren que la escala de validez F_2 , las escalas suplementarias RPAD, INM-A y R-A, la subescala Harris-Lingoes Hi_3 (lasitud, subescala de la escala 3: histeria) e Is_2 (evitación social, subescala de la escala 0: introversión social, desarrollada por Ben-Porath, Hostetler, Butcher & Graham), se pueden utilizar para discriminar eficazmente entre estos tres entornos de tratamiento. Los jóvenes delincuentes muestran puntuaciones altas en F_2 , INM-A, R-A y puntuaciones bajas en Hi_3 , a comparación de los otros dos grupos. En conjunto, estas escalas sugieren que el grupo de delincuentes juveniles puede caracterizarse por inmadurez emocional y psicológica, acompañado por intentos superficiales de parecer adaptados y controlados emocionalmente.

Espelage et al. (2003) analizaron los perfiles psicológicos y los síntomas de salud mental de 141 delincuentes juveniles (97 varones y 44 mujeres) a través del MMPI-A y la Escala para la Valoración de la Salud Mental de Adolescentes en Justicia Juvenil [Massachusetts Youth Screening Instrument-Version 2 (MAYSI-2)]. El análisis del MMPI-A reveló cuatro perfiles distintos: dos para hombres y dos para mujeres. Entre los hombres, se identificó un grupo normativo sin puntuaciones clínicamente elevadas; y un segundo grupo, descrito como desorganizado, mostrando elevaciones en las escalas clínicas 8-Es, 6-Pa, 4-Dp y 7-Pt. Entre las mujeres, surgieron dos perfiles clínicamente elevados. Un grupo impulsivo-antisocial que consistió en elevaciones en la escala 4, la cual ha sido constantemente asociada con la delincuencia y la conducta antisocial; y el segundo grupo, irritable-aislado, producido por elevaciones en las escalas 4, 8, 6 y 7.

Asimismo, se han llevado a cabo estudios explorando la capacidad de las escalas del MMPI-A para predecir la reincidencia. Como el de Peterson y Robbins (2008), quienes refirieron, que la literatura sugería que las escalas que reflejan comportamiento excitatorio se han usado para diferenciar a los adolescentes delincuentes de los no delincuentes. En este estudio se consideraron tres escalas que reflejan este comportamiento excitatorio: la escala clínica 4-Dp y dos escalas de contenido PCO-A y CIN-A, que fueron usadas para predecir la reincidencia de los menores juzgados. Entre los participantes había 107 adolescentes varones con la representación étnica siguiente: 30% de raza blanca, 32% americanos nativos y 38% hispanos. Los menores fueron evaluados y posteriormente se les dio seguimiento un año después. La reincidencia fue medida de acuerdo a la presencia o ausencia de cargos legales subsecuentes excluyendo la detención. Además, los resultados mostraron que tanto la escala PCO-A y la escala 4 predicen exitosamente la reincidencia, con una fuerte relación entre la primera y la reincidencia. Los resultados sugieren que el contenido de la escala PCO-A puede capturar algunas de

las actitudes y comportamientos que caracterizan a estos adolescentes de alto riesgo.

El mejor método estadístico disponible para simplificar a un menor número de dimensiones las 69 escalas y subescalas del MMPI-A, lo representa el análisis factorial como una aproximación de la validez del instrumento. Archer y Krishnamurthy (2012) mencionaron que se han realizado análisis factoriales del MMPI-A, tanto a nivel de los reactivos como de las escalas, pero son estos últimos los que tienen repercusiones particularmente importantes para las prácticas de interpretación. Los resultados de los análisis factoriales de las escalas del MMPI-A indican que casi toda la varianza en las puntuaciones naturales de las escalas y subescalas se relaciona con ocho dimensiones subyacentes: desajuste general, inmadurez, potencial de desinhibición o excitación, incomodidad en situaciones es, preocupación por la salud, ingenuidad, alienación familiar y psicoticismo.

Estas dimensiones estructurales ofrecen información que permite hacer inferencias relativas a la génesis del funcionamiento psicológico del adolescente. Las ocho dimensiones factoriales desarrolladas para el Resumen Estructural del MMPI-A se basaron originalmente en el análisis factorial de una muestra normativa realizado por Archer, Belevich y Elkins en el año de 1994 (en Archer & Krishnamurthy, 2012). Y en forma más reciente, Archer y Klinefelter (1997) examinaron la estructura factorial a nivel escalas del MMPI-A en una muestra clínica de 358 adolescentes que recibían servicios psiquiátricos ambulatorios o de hospitalización. Además, Archer y Krishnamurthy (1994, en Archer & Krishnamurthy, 2012) han proporcionado una amplia serie de correlatos empíricos para cada uno de los factores del Resumen Estructural del MMPI-A, basados en datos de 1,620 adolescentes de una muestra normativa y de una muestra adicional de pacientes adolescentes internos. Estos correlatos se basan en información derivada de autoinformes de los adolescentes,

calificaciones de los padres, calificaciones del personal y los problemas que presentan los adolescentes en los centros de atención para pacientes internos.

En este sentido, Morton y Farris (2002), aplicaron el MMPI-A a 655 delincuentes juveniles varones comparándolos con una muestra normativa de jóvenes. Las elevaciones en el Factor 2 (Inmadurez) fue lo más característico, de tal manera que, los resultados de la mitad de los delincuentes fueron elevados por lo menos una desviación estándar. El análisis discriminativo de resultados obtenidos sugiere que el MMPI-A es capaz de distinguir entre dos muestras, una de jóvenes delincuentes y otra de jóvenes no delincuentes. La validez para distinguir entre las dos muestras tiene un poder positivo de predicción del 20% al 40% con respecto al uso de las escalas clínicas, de contenido y suplementarias.

Archer, Bolinsky, Morton y Farris (2002) examinaron la estructura factorial a nivel de escalas del MMPI-A, para ello emplearon una muestra de 1,610 delincuentes juveniles varones, para potenciar la utilidad de esta estructura factorial en dicha población. En este intento por replicar la estructura factorial de las escalas del MMPI-A en una muestra normativa (Archer et al., 1994, en Archer & Krishnamurthy, 2012) y en una muestra clínica (Archer & Klinefelter, 1997) se realizó una correlación matriz de los puntajes crudos de las escalas del MMPI-A creando un análisis factorial. Los resultados de este análisis factorial produjeron siete factores que fueron consistentes con las dimensiones del Resumen Estructural del MMPI-A. Los resultados también mostraron elevaciones en términos de frecuencias en algunas dimensiones, con especial evidencia del Factor 2 en la muestra de los jóvenes delincuentes.

Por otro lado, se evaluó la estructura factorial de las escalas clínicas y de validez del MMPI-A en una muestra normativa estadounidense de varones y mujeres. Los datos se sometieron por separado al análisis de componentes principales con la rotación de varimax. La prueba de ladera mostró que la solución de cuatro factores era

adecuada tanto para los muchachos como para las muchachas. Se extrajeron los cuatro factores siendo estos: desadaptación general, control excesivo, introversión social y masculinidad-femineidad.

Respecto al ámbito nacional, se elaboró la versión en español para México de este instrumento (MMPI-A) en el año de 1998. Éste fue producto de una investigación que se llevó a cabo en la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México, con el apoyo brindado por el Programa de Apoyo a Proyectos de Innovación Tecnológicos de la Dirección de Asuntos del Personal Académico. Esta investigación corrió bajo la dirección de la Dra. Emilia Lucio Gómez-Maqueo, con la colaboración de la Dra. Amada Ampudia Rueda y la Mtra. Consuelo Durán Patiño.

Algunos autores han sugerido que el MMPI-A en su versión en español para México es capaz de diferenciar entre un grupo de delincuentes juveniles y un grupo de adolescentes no delincuentes. En cuanto a lo anterior, Balbuena y Ampudia en el año 2004, realizaron un estudio cuyo objetivo fue analizar la conducta antisocial. Para lo cual, se aplicó el MMPI-A de forma grupal a 120 delincuentes juveniles y a un grupo de 120 adolescentes no delincuentes. Los resultados mostraron diferencias significativas entre los dos grupos de jóvenes. Se observó que la elevación en la escala INM-A fue la más característica en los adolescentes no delincuentes, mientras que, en el grupo de adolescentes delincuentes se observó una elevación en la escala 4-Dp.

En el mismo año, Villareal y Ampudia realizaron una investigación para analizar el patrón de respuesta de la escala 4-Dp del MMPI-A. En esta investigación se consideraron 100 delincuentes juveniles institucionalizados. El MMPI-A fue utilizado para predecir el grado de violencia y las infracciones de acuerdo al tipo de respuesta en la escala 4. Los resultados indican que los adolescentes infractores tienden a elevar esta escala con una $T=65$, por lo que, muestran características tendientes a la

psicopatía, problemas familiares, falta de límites, baja tolerancia a la frustración y enojo.

Por otro lado, Zamudio y Ampudia (2004), querían comprobar si los factores psicológicos y familiares se relacionan con el comportamiento delincuyente, con el fin de obtener información respecto a las características del medio ambiente familiar y los valores que éste aporta en la formación de la personalidad del menor. El estudio comprendió a 60 delincuentes juveniles residentes de un Centro de Readaptación Social del área metropolitana que contestaron voluntariamente el MMPI-A y un cuestionario sociodemográfico. Los resultados mostraron que la escala Problemas Familiares-adolescentes (FAM-A) fue elevada y que las combinaciones entre el MMPI-A y el cuestionario sociodemográfico fueron significativas. También, se estableció una correlación significativa entre los hogares en donde hay ausencia de afecto y un marco de referencia en el cual se identifique adecuadamente el adolescente, mientras que, el incremento de conductas delictivas se relacionó con poca o nula comunicación y convivencia, alcoholismo, golpes y poca seguridad.

Morán (2009) realizó un estudio cuyo principal objetivo fue conocer los rasgos y las características de personalidad de los menores infractores del Consejo Tutelar del estado de Hidalgo a través del MMPI-A, así como, los factores sociodemográficos que se asocian a las conductas antisociales. Se consideró una muestra no probabilística conformada por 90 menores infractores varones recluidos por diversos delitos. Entre los resultados se identificaron aspectos económicos, familiares, de intereses y rasgos de personalidad. Asimismo, se encontraron elevaciones en las escalas de validez L-mentira, F, F_1 y F_2 (indicadores de infrecuencia) e INVAR-inconsistencia de las respuestas variables; en las escalas clínicas 1-Hs, 2 (D:Depresión), 4-Dp y 6-Pa, mientras que, en las escalas de contenido se encontraron elevaciones en Ansiedad-adolescentes (ANS-A), Depresión-adolescentes (DEP-A) y Preocupación por la salud-adolescentes (SAU-A).

Finalmente, en las escalas suplementarias, las escalas elevadas fueron MAC-A y Ansiedad-adolescentes (A-A). Referente al análisis de la escala MAC-A, los indicadores aportados a través del perfil sugieren un grupo de jóvenes con tensiones internas, dispuestos a correr riesgos, por lo que adicionalmente presentan y reconocen el uso y abuso de alcohol y otras drogas, que pueden llegar a consumir como un medio para enfrentar las demandas sociales, la pertenencia al grupo y contrarrestar en cierta medida su propia insatisfacción o carencias personales. Este autor concluyó que las características de personalidad de los menores infractores están relacionadas con un alto índice de agresión y conducta antisocial; sin embargo, se encuentran también respuestas psicósomáticas asociadas a importantes sentimientos depresivos.

De igual forma, Serrano en el 2009, aplicó el MMPI-A y la Escala de Respuesta Individual Criminológica (ERIC) con el objetivo de llevar a cabo una correlación entre ambos instrumentos para detectar indicadores de un estado de peligrosidad. La primera muestra estuvo conformada por un grupo de adolescentes infractores del Centro de Internamiento para Adolescentes correspondiente al Sistema Integral de Justicia para Adolescentes, y la segunda, por un grupo de adolescentes estudiantes de bachillerato, ambos grupos compuestos por 42 sujetos de sexo masculino. Los resultados indicaron que en el grupo de adolescentes infractores las escalas que mostraron mayor elevación fueron 8-Es y ENJ-A, lo cual, implica cierta dificultad para concentrarse, impulsividad y retraimiento social, acompañado de problemas importantes para el control del enojo, por lo que frecuentemente sienten que quieren romper cosas o comenzar peleas. Lo anterior, se relacionó con el rasgo de Agresividad (AG) de la ERIC, que indica la tendencia hacia conductas violentas y al enfrentamiento físico, teniendo como consecuencia la dificultad para relacionarse con otros, ya que son jóvenes proclives a mostrarse irritables, berrinchudos y poco tolerantes, también guarda relación con el consumo de alcohol o sustancias ilegales. Además, se observaron correlaciones con las escalas indicadoras de bajo

rendimiento escolar o abandono por completo de los estudios, problemas familiares o la percepción de una familia que no los quiere, indiferencia hacia el sufrimiento de los demás e inclinación por no acatar las normas o lo socialmente establecido.

Barragán (2012) comparó los rasgos de personalidad que presentan adolescentes en conflicto con la ley penal respecto a los rasgos de personalidad que presentan adolescentes escolarizados detectados con problemas de conducta a través del MMPI-A. Se consideró una muestra no probabilística por cuota en la que participaron 120 adolescentes (60 adolescentes en conflicto con la ley penal y 60 adolescentes escolarizados detectados con problemas de conducta). En los resultados se encontró que existen diferencias estadísticamente significativas entre los rasgos de personalidad que presentaron ambos grupos en las escalas de validez [L, F, INVER (inconsistencia de las respuestas verdaderas) e INVAR], clínicas (2-D, 4-Dp, 5-Mf, 6-Pa, 7-Pt y 0-Is), de contenido (ANS-A, OBS-A, DEP-A, SAU-A, CIN-A, PCO-A, BAE-A y RTR-A) y suplementarias (A-A) del instrumento. Con base en esta comparación, se detectó que fue el grupo de adolescentes en conflicto con la ley penal el que presentó mayor número de escalas por encima de la media teórica.

Igualmente, se evaluó la estructura factorial del MMPI-A dentro de la población de adolescentes mexicanos, cuya muestra se compuso por 1,904 varones y 2,146 mujeres (Lucio et al., 1998). Se comprobó que la estructura factorial de cuatro factores también es la adecuada para esta población, aunque se observan algunas diferencias. Con respecto a los varones, se tienen los factores de: ansiedad general, control excesivo, masculinidad-femineidad e introversión social. Mientras que, en las mujeres, se presentan los factores de: desajuste general, introversión social, control excesivo y masculinidad-femineidad.

Finalmente, en relación con ello, Ampudia (1998) realizó una investigación cuyo objetivo fue establecer un modelo clínico de diagnóstico de la conducta psicopatológica del adolescente a partir del estudio de los rasgos de personalidad de

dos grupos. Dentro de su investigación consideró 280 sujetos, 140 adolescentes psiquiátricos de una institución de salud y 140 adolescentes de nivel medio superior del Colegio de Ciencias y Humanidades. Se obtuvo un análisis factorial de las escalas identificando cuatro factores, siendo el primero de ellos ideación psicótica, el segundo preocupación neurótica, el tercero identificación del papel de género y el cuarto desórdenes de la personalidad.

Por otro lado, aunque el consumo de drogas ha existido a lo largo de la historia en las últimas décadas ha tomado una nueva dimensión, constituyendo en la actualidad un importante fenómeno social que afecta especialmente a los adolescentes (Becoña, 2000).

Dado que su uso, en esta etapa, se asocia con conductas de riesgo, se han desarrollado instrumentos de evaluación psicológica que consideran la problemática del consumo en la adolescencia (Vinet & Lucio, 2005). Entre los instrumentos contruidos para evaluar a adolescentes de diferentes poblaciones, entre ellas las poblaciones en riesgo o con uso manifiesto de sustancias, se encuentra el MMPI-A. El MMPI-A provee tres escalas específicas para la evaluación del abuso de sustancias: MAC-A, RPAD y TPAD (Butcher et al., 1992).

Dentro de las investigaciones llevadas a cabo en relación a las escalas específicas se encuentra la de Rathus, Fox y Ortins (1980) quienes usaron ecuaciones de regresión para determinar el poder predictivo de la escala MAC abreviada del MMPI-168 sobre el comportamiento delincinencial autoinformado de 1,672 estudiantes suburbanos de secundaria. El puntaje de esta escala predijo con éxito el abuso del alcohol, pero también se demostró que estaba relacionado con delitos contra la propiedad y las personas, y con el consumo de marihuana. Estos autores, concluyeron que la escala de alcoholismo MAC puede no ser especialmente sensible al abuso de alcohol entre la población de la muestra.

También se han generado estudios que investigan la efectividad de esta escala (MAC) como un discriminador entre los adolescentes con abuso de sustancias y los no consumidores arrojando resultados mixtos. Entre ellos, se encuentra el estudio realizado por Wolfson y Erbaugh (1984) quienes investigaron la escala MAC en una muestra de 306 adolescentes de entre 13 a 28 años de edad, a los cuales dividieron en 4 grupos: el primero compuesto por 76 mujeres y 59 hombres estudiantes de secundaria, el segundo por 43 mujeres y 47 hombres pacientes psiquiátricos hospitalizados, el tercero por 43 mujeres y 38 pacientes de consulta externa del servicio de psiquiatría y psicología y, finalmente, el cuarto compuesto por 50 mujeres y 50 hombres elegidos al azar de un centro residencial para el tratamiento de abuso de drogas. Los resultados indican que el MMPI clasificó correctamente al 70% de los adolescentes aproximadamente; sin embargo, se obtuvieron resultados mucho menos satisfactorios cuando los adolescentes psiquiátricos fueron comparados con adolescentes que presentaban abuso de sustancias, los primeros obtuvieron puntuaciones más elevadas en la escala de MAC, independientemente del estado de abuso de sustancias. Otra investigación es la de Gantner, Graham y Archer (1992) quienes también estudiaron el uso de MAC en estudiantes de secundaria, pacientes psiquiátricos y adolescentes de un centro residencial para el tratamiento del consumo de sustancias. Su muestra estuvo compuesta por 443 adolescentes. Los resultados mostraron que la tasa de aciertos general fue de aproximadamente 77% cuando se clasificaron adolescentes no clínicos y que abusaban de sustancias; sin embargo, las tasas fueron menos satisfactorias cuando los consumidores de sustancias se compararon con los adolescentes psiquiátricos, de los cuales aproximadamente el 30% tenía trastorno de conducta. Esto sugirió que esta escala puede ser sensible a las características comunes a ambos grupos, tales características pueden incluir alta búsqueda de sensaciones y actividad propensa a la delincuencia. Esta comparación produjo una tasa de aciertos global de aproximadamente el 65%.

Jaffe y Archer (1987) examinaron la capacidad de cinco medidas de evaluación de autoinforme para predecir el uso de drogas de estudiantes universitarios en 12 categorías de fármacos. Los sujetos fueron 125 mujeres y 61 hombres (edad promedio=20.9). La batería de prueba incluía los siguientes instrumentos: la escala 4-Dp y MAC del MMPI, la Escala de Búsqueda de Sensaciones (EBS), la Escala de Abuso de Alcohol y de Abuso de Drogas de Millon. Las puntuaciones de estos instrumentos se utilizaron en combinaciones lineales para predecir los resultados del uso de una sola droga, así como, los patrones de policonsumo frente a los patrones de uso de drogas individuales. Las categorías de drogas incluidas en esta investigación fueron café, tabaco, alcohol, marihuana, tranquilizantes, depresivos, anfetaminas, LSD, otros alucinógenos, solventes, narcóticos y cocaína. Los resultados demostraron relaciones significativas entre los predictores y los niveles de consumo de drogas de los estudiantes universitarios. Las ecuaciones ponderadas derivadas de los análisis de función lineal discriminante fueron en general capaces de clasificar con precisión los niveles de uso de drogas del sujeto en las categorías de fármacos y en la discriminación del uso de drogas individuales a partir de los patrones de uso de varias drogas. Por lo general, la EBS entró como el predictor más poderoso del uso y abuso de sustancias.

Otro estudio en el que se examinó la relación de las medidas del MMPI, incluida la escala MAC, y la EBS con el uso de drogas en los adolescentes fue el realizado por Andrucci, Archer, Pancoast y Gordon (1989), quienes se enfocaron en 9 categorías de fármacos. Los sujetos fueron 72 mujeres y 51 hombres estudiantes de secundaria entre las edades de 14 y 18 años (edad promedio=16.5). La medida de uso-abuso de drogas consistió en autoinformes de los adolescentes sobre la Encuesta de Investigación de Consumo de Alcohol y Drogas de Segal del año 1973. Las categorías de drogas incluidas en esta investigación fueron alcohol, anfetaminas, barbitúricos, cafeína, cocaína, alucinógenos, marihuana, narcóticos y tabaco. Los

puntajes del MMPI y la EBS se examinaron en relación con los resultados del uso de medicamentos individuales, y se usaron procedimientos multivariados para predecir los patrones de uso de varias drogas frente a un sólo fármaco. Los resultados demostraron relaciones significativas entre los perfiles de personalidad y el uso de drogas de los adolescentes, también con hallazgos consistentemente fuertes para la EBS.

Williams y Butcher (1989) desarrollaron un trabajo para presentar descripciones empíricas de las escalas clínicas del MMPI. Trabajaron con 844 adolescentes (492 varones y 352 mujeres) cuyas edades se encontraban comprendidas entre los 12 y los 18 años; éstos se dividieron en 60% pacientes hospitalizados por abuso de sustancias, 24% pacientes psiquiátricos, 8% pacientes con un tratamiento diurno y 8% pertenecientes a una escuela especial. Se utilizaron la Devereux Adolescent Behavior Rating Scale y el Child Behaviour Checklist (CBCL), así como, también una revisión exhaustiva de sus registros, para proporcionar una lista de descriptores. Los resultados de éstos se correlacionaron con el MMPI para determinar los descriptores conductuales significativos por género para cada una de las escalas de dicho inventario. Los descriptores encontrados fueron consistentes con aquellos hallados en estudios realizados en adultos. Esto proporcionó soporte para la interpretación del MMPI cuando era utilizado en adolescentes a partir de descriptores usados en adultos.

El trabajo realizado por Walfish, Massey y Krone (1990) mostró la ausencia general de características psicopatológicas en los perfiles de 243 adolescentes que se presentaron para tratamiento contra dependencia de sustancias químicas en un ambiente residencial, lo cual indicó diferencias notables entre este grupo y los adolescentes que se encuentran en ambientes psiquiátricos generales; sin embargo, los perfiles de los adolescentes dependientes de las sustancias químicas se caracterizaron por una elevación significativa en la escala 4-Dp y una puntuación

relativamente baja en la escala 2-D, las cuales se interpretaron en términos de un bajo grado de motivación para la recuperación debido a la ausencia relativa de depresión y angustia emocional.

Un estudio de seguimiento realizado por Massey, Walfish y Krone (1992) implicó un análisis sistematizado de los perfiles del MMPI de 250 adolescentes que recibieron tratamiento contra el abuso de sustancias. Se identificaron tres elementos importantes, caracterizados por: a) evidencias de un nivel significativo de psicopatología, b) un estilo impulsivo y tendencia al acting-out y c) una falta de psicopatología significativa reflejada en la ausencia de elevaciones en el nivel de las escalas clínicas. Por lo tanto, los adolescentes que abusan de las sustancias al parecer son un grupo heterogéneo que, no obstante, genera ciertos patrones identificables o característicos en las escalas del MMPI.

En el mismo año, Archer y Klinefelter investigaron la relación entre las elevaciones de MAC y su ubicación en varias clasificaciones de tipo de código. La muestra consistió en 1,347 adolescentes que recibían servicios psiquiátricos en Missouri, Virginia o Texas. Se produjeron diferencias marcadas en la frecuencia de las elevaciones de la escala MAC según la clasificación del tipo de código del adolescente. Los puntajes de MAC para ambos géneros, se elevaron con mayor frecuencia para el tipo de código 4-9 / 9-4 y, más raramente, se elevaron para el tipo de código 2-3 / 3-2. También se observó que la sensibilidad y especificidad de la escala MAC pueden variar en relación de las características del perfil en las escalas clínicas de cada uno de los sujetos.

También se han generado estudios que introducen dos nuevas escalas para discriminar entre los adolescentes con abuso de sustancias y los no consumidores, estas son las escalas RPAD y TPAD. Weed, Butcher y Williams (1994) encontraron en su investigación que RPAD y TPAD discriminan entre adolescentes que abusan

de sustancias y adolescentes clínicos y no clínicos. TPAD pareció funcionar mejor en comparación con RPAD y MAC-A al hacer estas distinciones. En comparación con RPAD y TPAD, MAC-A tuvo un desempeño más pobre en la discriminación entre el abuso de sustancias y los adolescentes clínicos. Finalmente, estos autores, compararon adolescentes clínicos con y sin problemas de uso de sustancias y encontraron que TPAD discriminó mejor entre los grupos, mientras que, MAC-A tuvo un desempeño más pobre que RPAD y TPAD.

Por otro lado, Gallucci (1994) evaluó la validez de las escalas clínicas, las subescalas de Harris-Lingoes y la escala MAC-A del MMPI-A en la estimación de medidas de criterio con una muestra de 177 adolescentes hospitalizados. Las medidas de criterio se basaron en las calificaciones de los terapeutas y consistieron en 25 ítems que representaban dimensiones de anticipación, ambivalencia, culpa, amistad, impulsividad, búsqueda de sensaciones, agresión y abuso de sustancias. Los análisis correlacionales fueron consistentes con los resultados informados previamente por Williams y Butcher en 1989. Además, el comportamiento anticipatorio y de planificación se asoció con elevaciones en 6-Pa y la subescala Harris-Lingoes Hi₅ (inhibición de la agresión), mientras que, el comportamiento de amistad se asoció con puntajes elevados en Harris-Lingoes Pa₃ (ingenuidad, subescala de la escala 6: paranoia).

Este mismo autor, en 1997(a), examinó los correlatos de 16 escalas para la identificación de abuso de sustancias con el MMPI-A y los reportes de terapeutas. Como se predijo, las escalas que fueron previamente validadas con adolescentes en tratamiento por abuso de sustancias (TPAD, MAC-A y RPAD) se correlacionaron de manera confiable y positiva con reportes de bajo control y abuso de sustancias y se correlacionaron negativamente con los reportes de control excesivo del comportamiento. Hubo pocas correlaciones confiables para las escalas que no se habían validado previamente con adolescentes en el tratamiento de abuso de

sustancias, y estas escalas no se correlacionaron de manera confiable con los reportes de abuso de sustancias por parte de los terapeutas.

Asimismo, también evaluó con el MMPI-A a 180 adolescentes que abusaban de sustancias y los dividió en tres grupos: un grupo primario de adictos a las sustancias caracterizado por un subcontrol conductual, un grupo secundario que manifestaba la ausencia de subcontrol conductual y un grupo combinado que presentaba características de subcontrol y sobrecontrol. Los análisis de función discriminante demostraron que las escalas 2-D, 3-Hi, 4-Dp, 9-Ma, MAC-A, TPAD y RPAD contribuyeron significativamente a la clasificación de los participantes en los 3 grupos, y las funciones discriminantes que involucran estas variables predictoras dieron como resultado la clasificación correcta del 79.4% de los casos (Gallucci, 1997b).

Komro, Williams, Forster, Perry, Farbaksh y Stigler (1999) descubrieron que el consumo de alcohol y el reconocimiento de problemas relacionados con el alcohol y las drogas se asociaron estadísticamente con comportamientos delictivos y violentos en estudiantes (adolescentes de ambos sexos) de octavo y noveno grado de una población rural y de un pueblo pequeño. Un porcentaje similar, en ambos grados, elevaron las escalas FAM-A, ASL-A, RPAD y TPAD; en el caso de ESC-A, los varones tuvieron una prevalencia más alta. Los resultados sugieren que el consumo de alcohol es un factor de riesgo independiente para las conductas delictivas y violentas entre los jóvenes.

En el año 2002, Micucci evaluó en 79 adolescentes pacientes psiquiátricos hospitalizados sin diagnóstico primario de abuso de sustancias, la capacidad de discriminación individual y conjunta de tres escalas (RPAD, MAC-A y TPAD) del MMPI-A con respecto a un diagnóstico de abuso de sustancias establecido en el curso del tratamiento mediante criterios clínicos. La precisión global de la

clasificación fue similar entre hombres, mujeres, caucásicos y afroamericanos, aunque hubo una tendencia a más errores de clasificación positiva entre los hombres. El tipo de código de perfil moderó la precisión de la clasificación, con la mayor precisión para los tipos de códigos, incluidas las escalas 1-Hs, 2-D, 3-Hi, 5-Mf ó 0-Is y la menor precisión para los tipos de códigos, incluidas las escalas 4-Dp, 6-Pa ó 9-Ma. RPAD, MAC-A y TPAD fueron mejores para descartar los casos de abuso de sustancias que identificar con precisión a los adolescentes que consumían sustancias. Se encontró así que el 89.9% de los casos fueron clasificados con precisión por al menos una de las tres escalas y que la mejor discriminación individual era realizada por RPAD con un 72.2% de casos correctamente clasificados (sensibilidad=20.8% y especificidad=94.5%), siendo la escala más adecuada para identificar casos sin abuso de sustancias en muestras clínicas.

En Chile, el MMPI-A es un instrumento poco utilizado en el trabajo profesional; sin embargo, existe una versión chilena de la prueba y estudios empíricos que respaldan su uso, destacándose la utilidad que podrían tener las escalas MAC-A, RPAD y TPAD al entregar información detallada sobre las características específicas que incidirían en el uso de alcohol y drogas. Vinet y Lucio (2005) evaluaron la aplicabilidad de las normas del MMPI-A desarrolladas en Estados Unidos y México, para evaluar a adolescentes chilenos, usando dos estrategias: 1) comparando los puntajes brutos de las escalas del MMPI-A obtenidos por 777 adolescentes chilenos, urbanos, escolarizados y sin evidencias de trastornos emocionales o conductuales, con los puntajes brutos de ambas muestras normativas, evaluando la magnitud de las diferencias significativas; y, 2) obteniendo el perfil de la muestra chilena en puntajes T, según los dos baremos evaluados y analizando las desviaciones con respecto al puntaje T=50. Los resultados muestran que los protocolos individuales de los adolescentes varones pueden ser interpretados apropiadamente con las normas mexicanas y que en las adolescentes mujeres se debía proceder con mayor cautela pues se presentaban desviaciones en algunas escalas sobre las cuales

podrían tener interpretaciones clínicas. En las escalas de consumo, este estudio muestra que los adolescentes no consultantes obtienen como grupo, en la norma mexicana, puntuaciones cercanas a T=50 en MAC-A, RPAD y TPAD.

Nuevamente, Stein y Graham (2005) realizaron un trabajo en un entorno correccional juvenil donde evaluaron en 126 adolescentes (67 por abuso de sustancias y 59 que no consumían) la capacidad para informar de manera errónea el abuso o no de sustancias y, por lo tanto, las escalas de validez del MMPI-A. Los adolescentes realizaron el MMPI-A en dos ocasiones: una vez bajo las instrucciones estándar (IE) y otra vez bajo las instrucciones motivadas para -falsificar el bien (FB)-. Con las IE, las escalas de sustancias clasifican correctamente alrededor del 60% al 85% de los adolescentes. Conforme a las instrucciones FB, los jóvenes que abusan de sustancias producen puntajes más bajos en las escalas relacionadas con esto; sin embargo, L-Mentira fue capaz de detectar más del 75% de los perfiles falsos y cerca del 77% de los perfiles honestos. Cuando la escala L y una de las escalas afín al abuso de sustancias se usaron en combinación, solo alrededor del 18% de los consumidores de sustancias con un perfil falso no se identificaron como consumidores o con información errónea. Cuando señalaron que abusaban de sustancias, solo se detectó alrededor del 10% de las personas que abusan de sustancias, y aproximadamente el 72% se clasificó como falso y con la necesidad de una evaluación adicional.

Considerando estos antecedentes, Vinet y Faúndez (2012) realizaron un estudio en el cual se propusieron tres objetivos: 1) conocer el comportamiento de las escalas MAC-A, RPAD y TPAD en diferentes muestras de adolescentes chilenos; 2) evaluar la capacidad de estas escalas para discriminar el consumo problemático de sustancias en adolescentes con y sin otros problemas clínicos; y, 3) proponer puntajes de corte discriminativos para estas escalas. De una muestra de 807 adolescentes, procedentes de zonas urbanas del centro sur de Chile, que

contestaron válidamente el MMPI-A, se seleccionó a 74 adolescentes (44 hombres y 30 mujeres) con problemas clínicos y consumo de sustancias diagnosticado según los criterios de la Comisión Nacional para el Control de Estupefacientes (CONACE) para el consumo no problemático (ocasional y habitual) y del DSM-IV para el consumo problemático (abuso y dependencia). Este grupo se denominó adolescentes clínicos con consumo (CCC). Posteriormente se seleccionó, de entre la misma muestra, a dos grupos de contrastación: 71 adolescentes consultantes por problemas clínicos, pero sin consumo de sustancias, denominado adolescentes clínicos sin consumo (CSC) y 74 adolescentes escolarizados de población general sin problemas de consumo ni otros problemas psicopatológicos que ameritaran una consulta clínica según el criterio de sus profesores, denominado escolares de población general (EPG). Así, la muestra de estudio quedó constituida por 219 adolescentes con edad promedio de 16.3 años. Los principales resultados de este estudio muestran que el MMPI-A es capaz de discriminar a los adolescentes clínicos consumidores de drogas de los adolescentes clínicos sin consumo y de los escolares de población general. Las puntuaciones de las escalas clínicas en general son superiores en los dos grupos de procedencia clínica que en el grupo normal. Las escalas suplementarias, MAC-A, RPAD y TPAD, poseen una capacidad de discriminación muy alta; la mayor capacidad de discriminación de las tres escalas se logra al diferenciar entre los adolescentes del grupo CCC y los del grupo EPG en los dos sexos, siendo TPAD la que mejor discrimina. Además, cabe destacar la utilidad de MAC-A y RPAD para distinguir entre adolescentes con consumo problemático y no problemático. Estos resultados demuestran la utilidad del MMPI-A para evaluar a adolescentes chilenos con sospecha de consumo de drogas e incentivan el estudio, adaptación y utilización de este instrumento en Latinoamérica.

Finalmente, Magallón, Díaz, Forns, Goti, Canalda y Castro (2012) realizaron un estudio cuyo objetivo fue replicar y ampliar los resultados de estudios previos sobre subtipos de adolescentes con trastorno por uso de sustancias (TUS), de acuerdo con

sus perfiles de personalidad en el MMPI-A. Se evaluaron a 70 pacientes con TUS y comorbilidad psiquiátrica (41.7% hombres, edad media=15.9 años) con el MMPI-A, el Teen Addiction Severity Index (T-ASI), el CBCL, y entrevistas para obtener diagnósticos en base al DSM-IV y medidas del nivel de uso de sustancias. El perfil general de personalidad del MMPI-A mostró elevaciones moderadas en las escalas 4-Dp, 2-D y 3-Hi. El análisis reveló cuatro perfiles: acting-out para el 35% de la muestra; desorganizado-conflictivo para el 15%; normativo-impulsivo para el 15%; y, engañoso-oculto para el 35%. Se encontraron asociaciones entre el grupo 1, la sintomatología externalizante a nivel clínico del CBCL y los trastornos de conducta, así como, entre el grupo 2 y un nivel clínico de síntomas internalizantes y externalizantes del CBCL. El análisis discriminante mostró que las escalas del MMPI-A: 2, 4 y 7-Pt, clasificaron correctamente el 90% de los pacientes dentro de los subgrupos obtenidos.

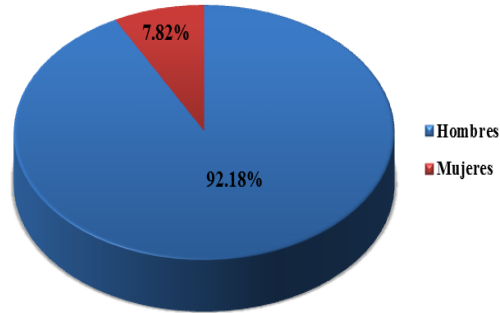
En el ámbito nacional, Careaga, González, Ortiz y Ampudia (2004) utilizaron el MMPI-A para identificar el abuso de sustancias en población juvenil. El objetivo de su investigación consistió en analizar las escalas de MAC-A, RPAD y TPAD. La muestra estuvo conformada por 150 menores infractores (media de edad de edad=15 años), pertenecientes a una correccional juvenil. Los resultados indican que las escalas MAC-A, RPAD y TPAD son elevadas en este grupo de adolescentes. La escala de RPAD mostró mayor elevación que la escala TPAD con referencia a la identificación del abuso de sustancias.

EPIDEMIOLOGÍA

En diciembre de 2005, se publicó en México una reforma constitucional con la finalidad de que se contara con un sistema especializado de justicia para adolescentes que garantizara todos sus derechos (Aguirre, 2010). Con esto, los estados de la República y el Distrito Federal (hasta el 05/02/2016 se usó ese término ya que a partir de esta fecha se realizó el Acuerdo General del Pleno del Consejo de la Judicatura Federal por el que se cambia esta denominación a Ciudad de México) quedaron obligados a crear leyes e instituciones especializadas para la implementación del nuevo sistema en el nivel local provocando que cada autoridad llevara sus propios registros (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2010). En general, las leyes en la materia, en ese momento, no previeron la integración de un sistema armonizado de información entre las diferentes autoridades y entre los estados y la Federación o alguna autoridad central encargada de concentrar los datos a escala nacional. Por ello, en la mayoría de los casos, además de no haber uniformidad en cuanto a tales datos, los mismos eran de difícil acceso, identificación y conocimiento. Respecto a lo anterior, las encuestas y censos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) llenaron esos vacíos, homogenizaron la estructura de la información y dieron continuidad a los datos. En el último Decreto sobre el tema, Ley Nacional del Sistema Integral de Justicia Penal para Adolescentes (LNSIIPA, 2016), se dedica un capítulo a la implementación de un Sistema Nacional de Información Estadística del Sistema Integral de Justicia Penal para Adolescentes a cargo del INEGI. Se señala que éste, recabará información estadística sobre características demográficas de las personas adolescentes que son parte del sistema y su situación jurídica; información sobre los delitos, procesos, medidas cautelares, mecanismos y salidas alternativas, y ejecución de medidas de sanción no privativas y privativas de libertad; además, recolectará información sobre las víctimas de los delitos por los cuales fueron sujetos a proceso, entre otras cosas.

A continuación, se presentan los datos recabados en el año 2017 por el INEGI en la primera Encuesta Nacional de Adolescentes en el Sistema de Justicia Penal (ENASJUP), cuya conclusión de documentación y presentación se llevó a cabo en agosto de 2018.

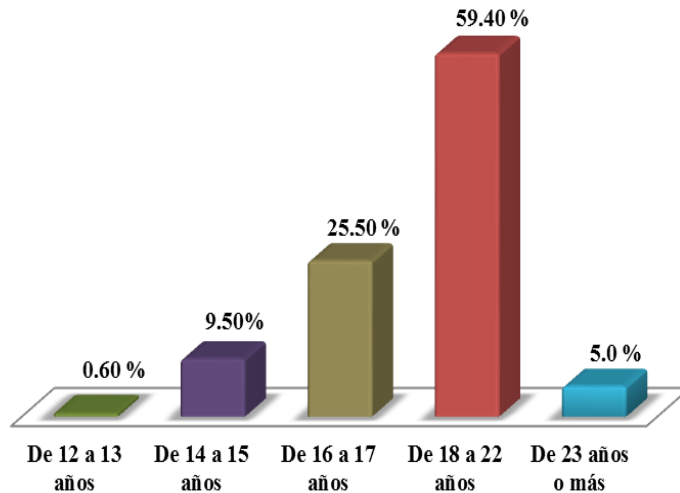
Figura 0.1 Total de adolescentes en conflicto con la ley por sexo (2017)



Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2018). *ENASJUP*.

En el año 2017 se registraron 6,891 adolescentes en conflicto con la ley a nivel federal, de los cuales 6,352 adolescentes eran hombres -que representa 92.18% del total nacional- y 539 adolescentes eran mujeres -que representa 7.82% del total nacional-, como se observa en la Figura 0.1.

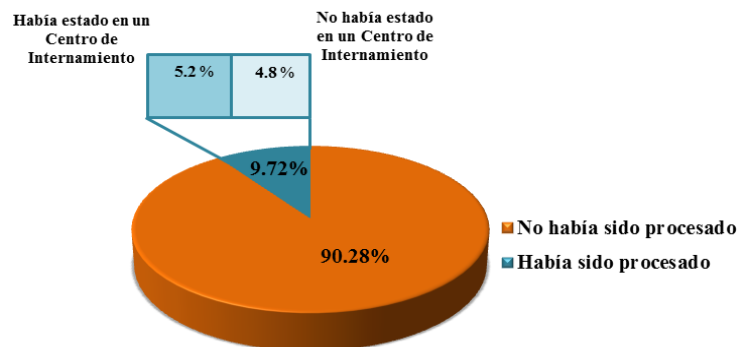
Figura 0.2 Total de adolescentes en conflicto con la ley por rango de edad (2017)



Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2018). *ENASJUP*.

Respecto al rango de edad de los 6,891 adolescentes en conflicto con la ley (Figura 0.2), se reportó que 4,091 jóvenes -que representa el 59.40% del total nacional- se ubicaron entre los 18 a 22 años de edad, seguido de 1,754 adolescentes que se situaron en el rango de los 16 a los 17 años -que representa el 25.50% del total nacional-, posteriormente, 657 -que representa el 9.50% del total nacional- se encontraron entre los 14 a 15 años, de los 23 años en adelante, se tienen 347 casos -que representa el 5.0% del total nacional- y, el resto, es decir, 42 personas -que representa el 0.60% del total nacional- se posicionaron entre los 12 a 13 años.

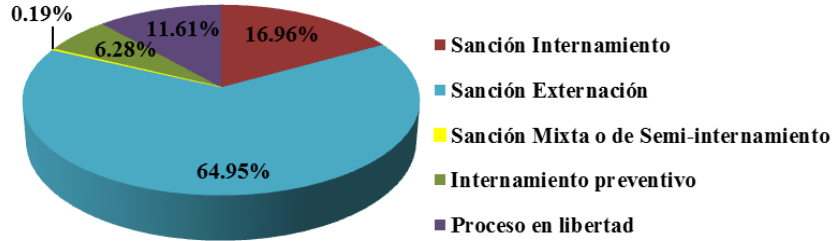
Figura 0.3 Total de adolescentes en conflicto con la ley por procesos jurídicos anteriores (2017)



Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2018). *ENASJUP*.

En cuanto a los procesos jurídicos anteriores, se reportó, como se observa en la Figura 0.3 que, de los 6,891 adolescentes en conflicto con la ley, 6,221 jóvenes ingresaron por primera vez al sistema penal -que representa el 90.28% del total nacional- y 670 habían sido detenidos y procesados con anterioridad -que representa el 9.72% del total nacional-, de ellos 347 -5.2%- estuvieron en un Centro de Internamiento y, el resto, es decir, 323 -4.8%- recibieron una medida de sanción no privativa de la libertad .

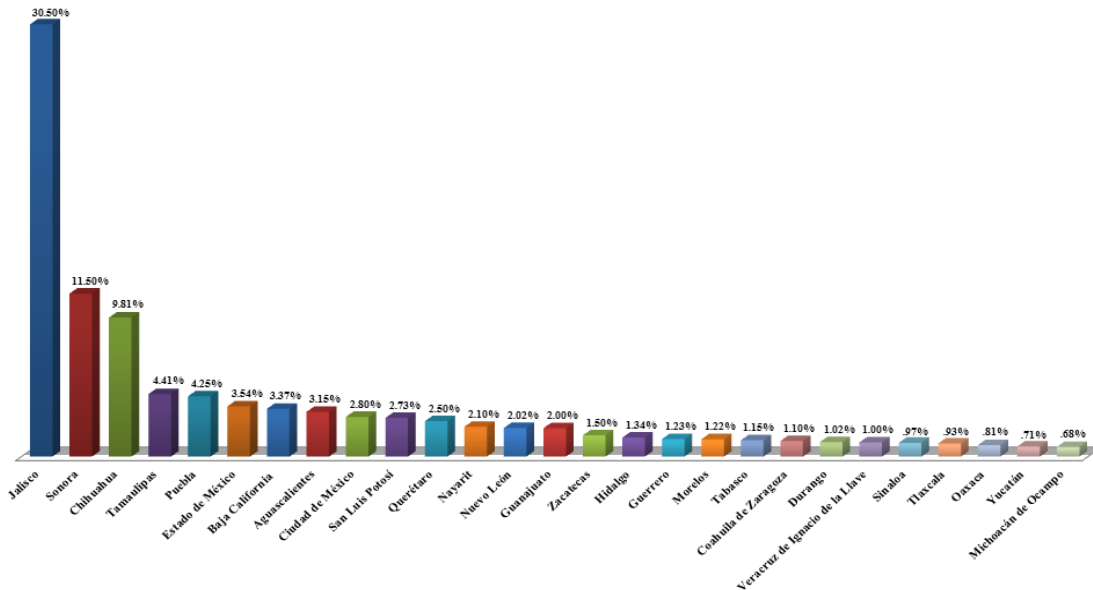
Figura 0.4 Total de adolescentes en conflicto con la ley por situación (2017)



Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2018). *ENASJUP*.

En relación a la situación de los 6,891 jóvenes (Figura 0.4), 1,169 -que representa 16.96% del total nacional- fueron internados en un Centro Especializado, mientras que, 4,476 de los jóvenes condenados, -que representa 64.95% del total nacional- debió cumplir con una medida de sanción en externación, asimismo, 13 de los adolescentes -que representa 0.19% del total nacional- tienen una medida mixta o de semi-internamiento, 433 cuentan con internamiento preventivo -que representa 6.28% del total nacional- y, finalmente, 800 de ellos, llevan su proceso en libertad -que representa 11.61% del total nacional-.

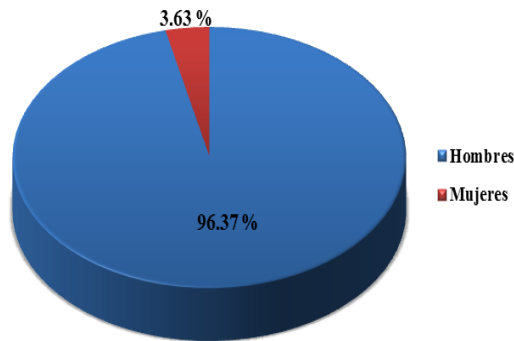
Figura 0.5 Total de adolescentes en conflicto con la ley por entidad (2017)



Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2018). *ENASJUP*.

En la Figura 0.5 se enlistan las Entidades Federativas respecto al número de adolescentes en conflicto con la ley que registró cada una de ellas en relación al total nacional. Las entidades que reportaron mayor número de adolescentes en conflicto con la ley fueron el estado de Jalisco en donde se reportó el mayor número de casos con 2,104 -que representa el 30.50% del total nacional-, seguido de Sonora con 792 casos -que representa el 11.50% del total nacional-, Chihuahua fue el tercero con mayor número de adolescentes en conflicto con la ley con 676 -que representa el 9.81% del total nacional- y, finalmente, dentro de las Entidades Federativas que reportaron mayor número de casos, en noveno lugar se encuentra la Ciudad de México con 193 casos -que representa el 2.80% del total nacional-. Dentro de las Entidades Federativas que reportaron el menor número de adolescentes en conflicto con la ley se encuentran Quintana Roo con 23 casos -que representa el 0.33% del total nacional-, le siguió Campeche con 20 casos -que representa el 0.29% del total nacional- y, finalmente, se encuentra Colima, con 15 casos reportados en el año 2017 -que representan el 0.22% del total nacional-. El resto de las Entidades Federativas reportaron de 308 a 39 casos de adolescentes en conflicto con la ley - que representan del 4.42% al 0.57% del total nacional-.

Figura 0.6 Total de adolescentes en conflicto con la ley en la Ciudad de México por sexo (2017)

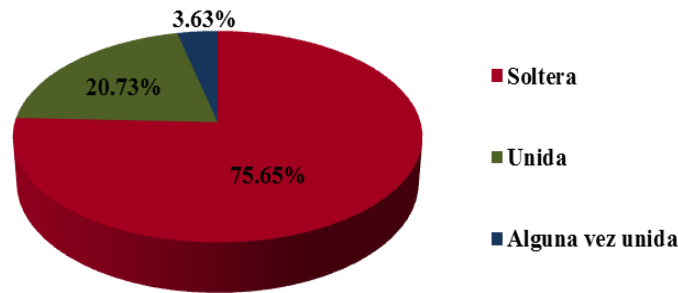


Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2018). *ENASJUP*.

Siguiendo esta línea, se registra a la Ciudad de México como la novena Entidad Federativa que reportó mayor cantidad de adolescentes en conflicto con la ley en el

año 2017 con 193 casos. De los cuales, como se observa en la Figura 0.6, 186 adolescentes eran hombres -que representa 96.37% del total estatal- y 7 adolescentes eran mujeres -que representa 3.63% del total estatal-.

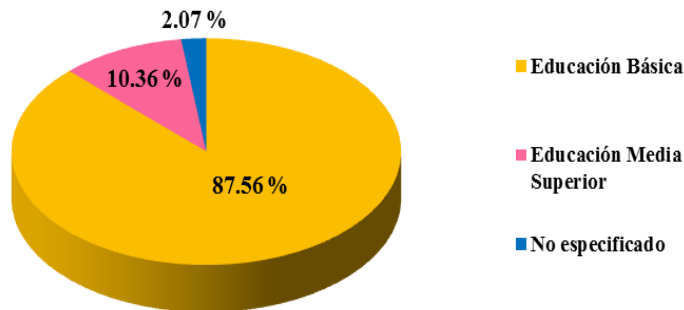
Figura 0.7 Total de adolescentes en conflicto con la ley en la Ciudad de México por estado civil (2017)



Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2018). *ENASJUP*.

De los 193 adolescentes en conflicto con la ley en la Ciudad de México en relación a su estado civil, como se observa en la Figura 0.7, 146 de ellos -que representa 75.65% del total estatal- se encuentran solteros, 40 de los jóvenes vivía con su pareja al momento de su detención -que representa 20.73% del total estatal- y 7 -que representa 3.64% del total estatal- alguna vez estuvo unida.

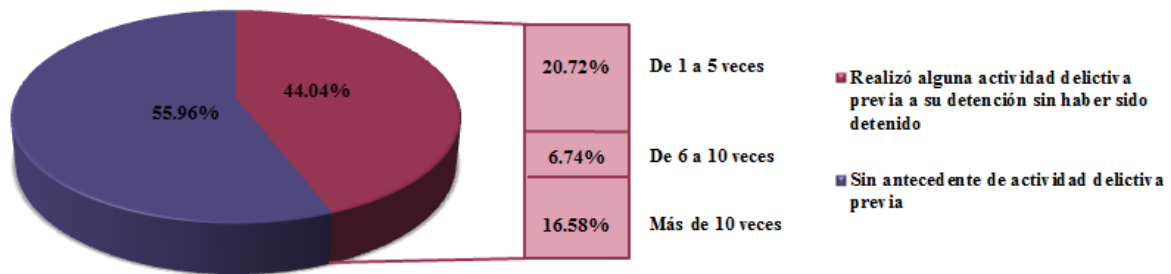
Figura 0.8 Total de adolescentes en conflicto con la ley en la Ciudad de México por escolaridad (2017)



Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2018). *ENASJUP*.

Respecto a la escolaridad, como se observa en la Figura 0.8, se reportó que, de los 193 adolescentes en conflicto con la ley en la Ciudad de México, 169 jóvenes tenían estudios de educación básica, es decir, preescolar, primaria, secundaria o carrera técnica con secundaria terminada -que representa el 87.56% del total estatal-, seguido de 20 pertenecientes a nivel media superior, que tiene algún grado en normal básico, preparatoria o bachillerato y carrera técnica con preparatoria concluida -que representa el 10.36% del total estatal- y, de 4 jóvenes, no se cuenta con la información -que representa el 2.07% del total estatal-.

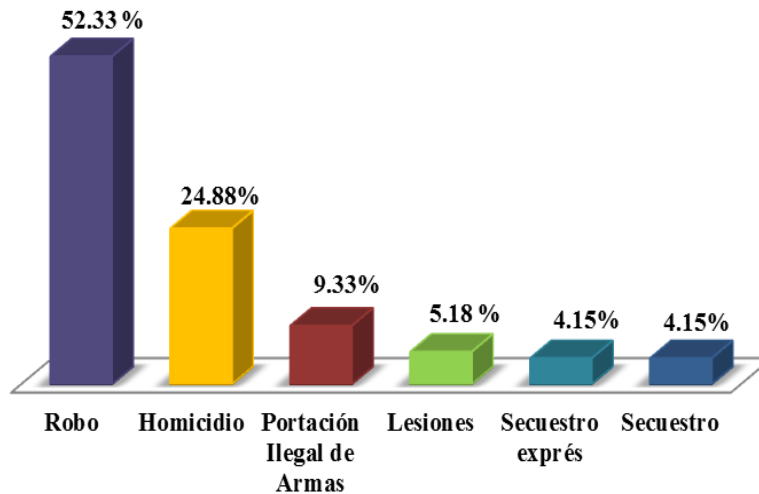
Figura 0.9 Total de adolescentes en conflicto con la ley en la Ciudad de México por antecedente de actividad delictiva previa y ocurrencia (2017)



Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2018). *ENASJUP*.

Referente a los antecedentes de actividad delictiva previa de los 193 adolescentes en conflicto con la ley en la Ciudad de México, como se observa en la Figura 0.9, 108 jóvenes -que representa 55.96% del total estatal- no tiene precedente de historial delictivo, no obstante, el resto de los jóvenes realizó alguna actividad delictiva previa sin ser detenido, es decir, 85 -que representa 44.04% del total estatal-, de ellos 40 reportaron haberlo hecho de 1 a 5 veces -que representa 20.72%-, 32 en más de 10 ocasiones -que representa 16.58%- y 13 de 6 a 10 veces -que representa 6.74%-.

Figura 0.10 Adolescentes en conflicto con la ley en la Ciudad de México por tipo de delito (2017)



Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2018). *ENASJUP*.

Para concluir, en la Figura 0.10, se presentan los datos de los 193 adolescentes en conflicto con la ley en la Ciudad de México y los delitos por los cuales fueron puestos a disposición de la autoridad. Se observa que el principal delito cometido fue el de robo en sus distintas modalidades, sumando el 52.33%, es decir, 101 adolescentes fueron detenidos por este delito, le sigue el homicidio, el cual fue cometido por 48 jóvenes -que representa el 24.8% a nivel estatal-, 18 fueron detenidos mientras portaban un arma de forma ilegal -que representa el 9.33% a nivel estatal-, 5.18%, es decir, 10 personas fueron presentadas por el delito de lesiones, mientras que, en el delito de secuestro exprés y secuestro, se tienen 8 casos registrados en cada uno respectivamente.

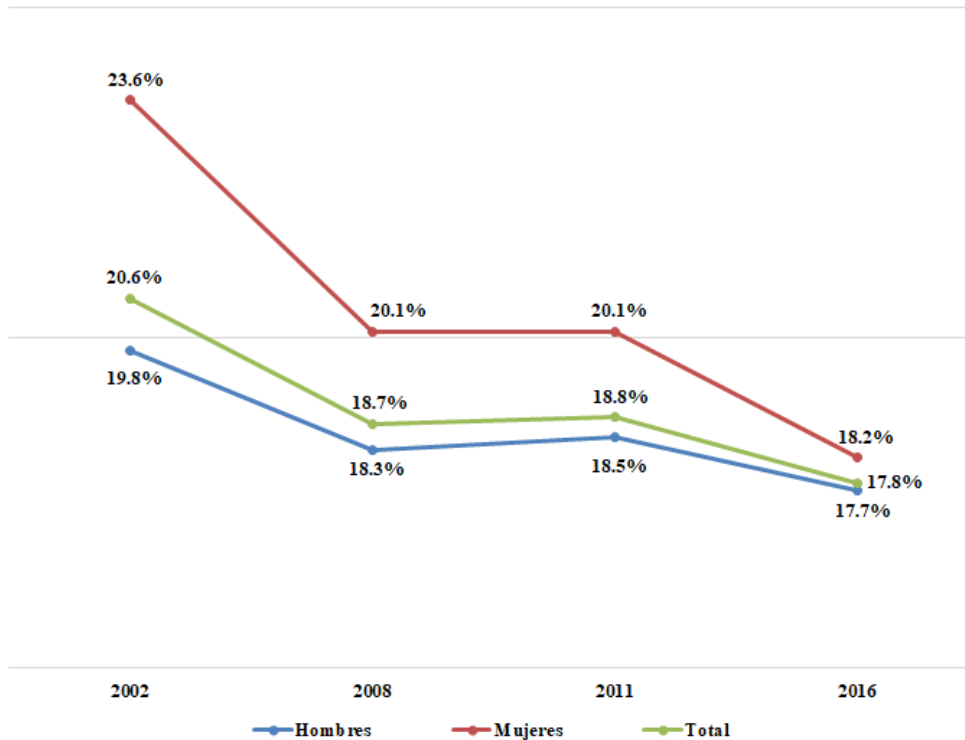
Mientras que, el consumo de sustancias en los últimos años, se ha ubicado en el contexto nacional como uno de los problemas de salud pública de mayor relevancia, debido a las consecuencias sanitarias y sociales que experimentan quienes las consumen. Es por ello que desde los años ochenta se realizan estudios de manera

periódica en México, para evaluar la dinámica, transición y dirección del problema. En el año 2017 la Comisión Nacional contra las Adicciones presenta la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco, ENCODAT 2016-2017. La realización de la encuesta fue coordinada por la Comisión Nacional contra las Adicciones y la planeación, trabajo de campo y análisis de resultados fueron llevados a cabo por el Instituto Nacional de Psiquiatría y el Instituto Nacional de Salud Pública, asimismo, este proyecto contó con el apoyo financiero de la Embajada Americana, en el marco de la Iniciativa Mérida. La ENCODAT es el nombre actual de la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) realizada en años anteriores. A partir de 2016, se modificó el nombre para que refleje con mayor precisión sus contenidos y alcances. La ENCODAT es una encuesta probabilística cuya población objetivo son las personas con edad entre 12 y 65 años que habitan en viviendas particulares de localidades donde más del 50% de las personas mayores de 5 años hablan español.

Enseguida, se presentan los datos recabados en el año 2017 por el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, el Instituto Nacional de Salud Pública, la Comisión Nacional Contra las Adicciones y la Secretaría de Salud en la ENCODAT 2016-2017.

A través del trabajo realizado, se visitaron 55,907 hogares a lo largo del país, con un tamaño de muestra de 1,600 individuos por estado y con una tasa de no respuesta de 26%, lo que permitió a la encuesta, contar con representatividad nacional, regional y estatal. Su objetivo general fue estimar a nivel de entidad federativa y nacional las prevalencias del consumo de tabaco, alcohol y drogas tanto médicas como no médicas, así como evaluar las tendencias de su consumo, en la población adolescente con edad entre 12 y 17 años y en la población adulta con edad entre 18 y 65 años. Para propósitos de la presente investigación se presentarán los datos que competen únicamente a la población adolescente.

Figura 0.11 Tendencias de la media de edad de inicio del consumo de drogas en la población de 12 a 65 años



Encuestas Nacionales de Adicciones 2002, 2008, 2011 y Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017, en Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Instituto Nacional de Salud Pública, Comisión Nacional Contra las Adicciones y Secretaría de Salud. (2017). *Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco, 2016-2017.*

En cuanto a la edad de inicio del consumo de drogas (Figura 0.11), se observan disminuciones a lo largo de los años (20.6 años en 2002, 18.7 en 2008, 18.8 en 2011 y 17.8 años en 2016). Por sexo también se observa este patrón, en los hombres pasó de 19.8 años en 2002 a 17.7 años en 2016 y en las mujeres de 23.6 años a 18.2. Adicionalmente se observa que la edad de inicio de los y las consumidores(as) es prácticamente la misma.

Tabla 0.1 Tendencias del consumo de drogas -alguna vez- en la población de 12 a 17 años

| Alguna vez | 2002 | 2008 | 2011 | 2016 | |
|------------|------|------|------|-------------|---------------------|
| | % | % | % | IC 95% | IC 95% |
| Total | | | | | |
| Marihuana | 1.1 | 2.0 | 2.4 | 1.719-3.082 | 5.3* 4.562-6.068 |

| | | | | | | |
|-----------------|-----|-----|-----|-------------|------|-------------|
| Cocaína | 0.2 | 0.8 | 0.7 | 0.396-1.066 | 1.1 | 0.805-1.345 |
| Drogas ilegales | 1.3 | 2.6 | 2.9 | 2.208-3.672 | 6.2* | 5.211-7.191 |
| Cualquier droga | 1.6 | 2.9 | 3.3 | 2.546-4.110 | 6.4* | 5.365-7.352 |
| Hombres | | | | | | |
| Marihuana | 2.1 | 2.9 | 3.5 | 2.272-4.665 | 5.8* | 4.965-6.681 |
| Cocaína | 0.4 | 1.2 | 0.8 | 0.305-1.212 | 1.0 | 0.733-1.284 |
| Drogas ilegales | 2.3 | 3.5 | 3.9 | 2.688-5.161 | 6.6* | 5.507-7.633 |
| Cualquier droga | 2.4 | 3.7 | 4.0 | 2.796-5.286 | 6.6* | 5.567-7.697 |
| Mujeres | | | | | | |
| Marihuana | 0.2 | 1.2 | 1.3 | 0.658-1.950 | 4.8* | 3.659-5.931 |
| Cocaína | 0.1 | 0.4 | 0.4 | 0.223-1.181 | 1.1 | 0.676-1.610 |
| Drogas ilegales | 0.3 | 1.6 | 1.9 | 1.130-2.728 | 5.8* | 4.380-7.266 |
| Cualquier droga | 0.7 | 2.1 | 2.6 | 1.604-3.586 | 6.1* | 4.632-7.527 |

*Incremento significativo.

Encuestas Nacionales de Adicciones 2002, 2008, 2011 y Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017, en Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Instituto Nacional de Salud Pública, Comisión Nacional Contra las Adicciones y Secretaría de Salud. (2017). *Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco, 2016-2017.*

Como se observa en la Tabla 0.1, el consumo -alguna vez- aumentó entre 2011 y 2016 de 3.3% a 6.4% para cualquier droga, de 2.9% a 6.2% en drogas ilegales y de 2.4% a 5.3% en marihuana. Respecto a la cocaína se mantiene estable. También se observa que en los hombres las prevalencias tienen cambios significativos, de 3.9% a 6.6% en drogas ilegales, de 4% a 6.6% en cualquier droga y de 3.5% a 5.8% para marihuana. Mientras que, en las mujeres aumentó de 2.6% a 6.1% el consumo de cualquier droga, de 1.9% a 5.8% el de drogas ilegales y de 1.3% a 4.8% el de marihuana.

Tabla 0.2 Tendencias del consumo de drogas -último año- en la población de 12 a 17 años

| Último año | 2002 | 2008 | 2011 | IC 95% | 2016 | IC 95% |
|-----------------|------|------|------|-------------|------|-------------|
| | % | % | % | | % | |
| Total | | | | | | |
| Marihuana | 0.5 | 1.2 | 1.3 | 0.816-1.835 | 2.6* | 2.194-3.011 |
| Cocaína | 0.2 | 0.4 | 0.4 | 0.160-0.641 | 0.6 | 0.381-0.800 |
| Drogas ilegales | 0.7 | 1.5 | 1.5 | 1.001-2.081 | 2.9* | 2.469-3.308 |
| Cualquier droga | 0.8 | 1.7 | 1.6 | 1.093-2.188 | 3.1* | 2.619-3.483 |
| Hombres | | | | | | |
| Marihuana | 0.9 | 1.7 | 2.0 | 1.111-2.927 | 3.1 | 2.492-3.696 |
| Cocaína | 0.3 | 0.6 | 0.4 | 0.097-0.667 | 0.6 | 0.396-0.840 |
| Drogas ilegales | 1.3 | 2.1 | 2.2 | 1.233-3.072 | 3.4 | 2.810-4.046 |
| Cualquier droga | 1.4 | 2.1 | 2.2 | 1.233-3.072 | 3.4 | 2.822-4.058 |
| Mujeres | | | | | | |
| Marihuana | 0.1 | 0.6 | 0.6 | 0.176-1.050 | 2.1* | 1.526-2.674 |

| | | | | | | |
|-----------------|-----|-----|-----|-------------|------|-------------|
| Cocaína | 0.1 | 0.2 | 0.4 | 0.053-0.787 | 0.6 | 0.202-0.922 |
| Drogas ilegales | 0.2 | 0.9 | 0.9 | 0.376-1.451 | 2.3* | 1.750-2.923 |
| Cualquier droga | 0.3 | 1.3 | 1.1 | 0.545-1.683 | 2.7* | 2.030-3.278 |

*Incremento significativo.

Encuestas Nacionales de Adicciones 2002, 2008, 2011 y Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017, en Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Instituto Nacional de Salud Pública, Comisión Nacional Contra las Adicciones y Secretaría de Salud. (2017). *Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco, 2016-2017.*

El consumo en el -último año- aumentó casi el doble (Tabla 0.2): cualquier droga de 1.6% en 2011 a 3.1% en 2016, de drogas ilegales de 1.5% a 2.9% y de marihuana de 1.3% a 2.6%. Solo en el caso de las mujeres se presentaron incrementos en la prevalencia de cualquier droga de 1.1% a 2.7%, drogas ilegales de 0.9% a 2.3% y marihuana de 0.6% a 2.1%.

Tabla 0.3 Tendencias regionales del consumo de drogas en la población de 12 a 17 años

| Alguna vez | 2011 | | | | 2016 | | | |
|---------------|-----------------|-------------|-----------------|-------------|-----------------|--------------|-----------------|--------------|
| | Cualquier droga | | Drogas ilegales | | Cualquier droga | | Drogas ilegales | |
| | % | IC 95% | % | IC 95% | % | IC 95% | % | IC 95% |
| Región | | | | | | | | |
| Norcentral | 3.0 | 1.477-4.448 | 2.6 | 1.172-3.980 | 6.2* | 4.566-7.873 | 6.2* | 4.531-7.818 |
| Noroccidental | 4.2 | 1.804-6.539 | 4.2 | 1.804-6.539 | 5.4 | 3.958-6.890 | 5.1 | 3.717-6.552 |
| Nororiental | 6.3 | 3.151-9.514 | 5.4 | 2.355-8.451 | 5.5 | 4.000-6.921 | 5.5 | 4.000-6.921 |
| Occidental | 3.6 | 1.892-5.388 | 3.3 | 1.640-4.987 | 7.5 | 5.065-10.017 | 7.3 | 4.918-9.740 |
| Centro | 2.8 | 1.132-4.521 | 2.2 | 0.726-3.712 | 7.8* | 5.035-10.576 | 7.6* | 4.783-10.327 |
| CDMX | 4.9 | 0.443-9.394 | 4.9 | 0.443-9.394 | 7.2 | 3.963-10.473 | 7.2 | 3.963-10.473 |
| Centro Sur | 2.4 | 1.053-3.803 | 2.2 | 0.845-3.515 | 5.3* | 3.857-6.723 | 5.2* | 3.766-6.621 |
| Sur | 2.2 | 0.481-3.863 | 2.1 | 0.372-3.739 | 3.8 | 2.923-4.743 | 3.7 | 2.800-4.596 |
| Nacional | 3.3 | 2.546-4.110 | 2.9 | 2.208-3.672 | 6.4* | 5.365-7.352 | 6.2* | 5.211-7.191 |
| Último año | | | | | | | | |
| Región | | | | | | | | |
| Norcentral | 1.5 | 0.353-2.599 | 1.2 | 0.145-2.267 | 3.7 | 2.403-4.997 | 3.7* | 2.403-4.997 |
| Noroccidental | 2.3 | 0.536-4.082 | 2.3 | 0.536-4.082 | 3.2 | 2.160-4.236 | 3.1 | 2.081-4.152 |
| Nororiental | 4.5 | 1.623-7.462 | 4.0 | 1.202-6.839 | 3.2 | 2.053-4.319 | 3.2 | 2.053-4.319 |
| Occidental | 1.6 | 0.357-2.846 | 1.6 | 0.357-2.846 | 3.0 | 2.009-3.993 | 2.8 | 1.885-3.805 |
| Centro | 1.1 | 0.071-2.109 | 1.1 | 0.071-2.109 | 3.1* | 2.160-4.046 | 2.9 | 2.011-3.862 |
| CDMX | 2.6 | --- | 2.6 | --- | 3.5 | 1.278-5.626 | 3.5 | 1.278-5.626 |
| Centro Sur | 0.5 | 0.006-0.983 | 0.4 | --- | 3.1* | 1.938-4.264 | 2.8 | 1.688-3.853 |
| Sur | 1.9 | 0.231-3.547 | 1.8 | 0.123-3.421 | 2.0 | 1.368-2.595 | 1.7 | 1.169-2.245 |
| Nacional | 1.6 | 1.093-2.188 | 1.5 | 1.001-2.081 | 3.1* | 2.619-3.483 | 2.9* | 2.469-3.308 |

*Incremento significativo.

Tres guiones indican que la precisión del estudio no permite detectar la prevalencia de la conducta. Encuesta Nacional de Adicciones 2011 y Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017, en Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Instituto Nacional de Salud Pública, Comisión Nacional Contra las Adicciones y Secretaría de Salud. (2017). *Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco, 2016-2017.*

En la Tabla 0.3 se observa que el consumo de cualquier droga -alguna vez- se ha duplicado con respecto a 2011 en las regiones Norcentral (de 3% a 6.2%) y Centro Sur (de 2.4% a 5.3%), mientras que, en la región Centro aumentó casi 3 veces (de 2.8% a 7.8%). En tanto, el consumo en el -último año- aumentó de manera significativa en las regiones Centro y Centro Sur, al pasar de 1.1% a 3.1% y de 0.5% a 3.1% respectivamente. Por su parte, el consumo -alguna vez- de drogas ilegales incrementó más del doble en las regiones Norcentral y Centro Sur (2.6% a 6.2% y de 2.2% a 5.2% respectivamente) y tres veces más en la región Centro (de 2.2% a 7.6%), mientras que, el consumo en el -último año- aumenta en la región Norcentral, al pasar de 1.2% a 3.7%.

Tabla 0.4 Dificultades relacionadas al consumo de drogas en la población de 12 a 17 años

| Dificultades* | Hombres | | Mujeres | |
|--|---------|------|---------|------|
| | Media | DE | Media | DE |
| En las tareas domésticas | | | | |
| Consumidores con dependencia | 3.9 | 3.2 | 2.7 | 2.4 |
| Consumidores regulares | 1.9 | 2.2 | 1.4 | 1.8 |
| Consumidores experimentales | 1.2 | 1.8 | 0.9 | 1.2 |
| En su capacidad para trabajar o estudiar | | | | |
| Consumidores con dependencia | 3.4 | 2.9 | 3.8 | 3.6 |
| Consumidores regulares | 2.2 | 2.8 | 1.5 | 2.0 |
| Consumidores experimentales | 1.4 | 2.3 | 1.3 | 2.1 |
| Para iniciar o mantener relaciones estrechas | | | | |
| Consumidores con dependencia | 2.8 | 2.9 | 3.2 | 3.3 |
| Consumidores regulares | 2.0 | 2.4 | 1.6 | 2.5 |
| Consumidores experimentales | 1.3 | 2.1 | 1.1 | 0.8 |
| En su vida social | | | | |
| Consumidores con dependencia | 3.8 | 3.4 | 3.1 | 3.2 |
| Consumidores regulares | 2.3 | 2.9 | 1.4 | 2.4 |
| Consumidores experimentales | 1.6 | 2.5 | 1.6 | 2.2 |
| Días perdidos en los últimos 12 meses** | | | | |
| Consumidores con dependencia | 13.1 | 40.2 | 13.6 | 32.7 |
| Consumidores regulares | 15.0 | 62.4 | 0.8 | 1.7 |
| Consumidores experimentales | 2.2 | 17.8 | 16.1 | 71.3 |

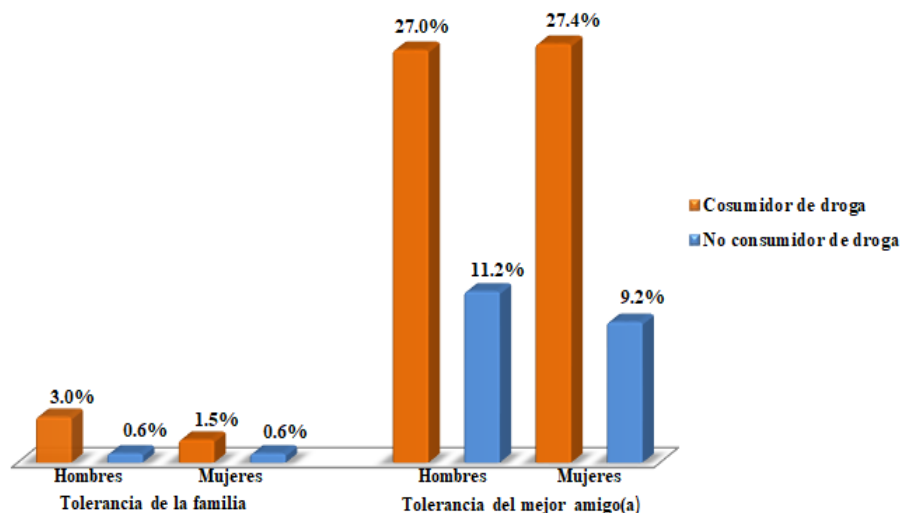
*Media de puntuación de una escala de 0 a 10. Esta sección se evaluó con una escala de 0 a 10, donde 0 representa ninguna dificultad y 10 una dificultad muy grave. En general los datos indican cómo en la medida en que la población muestra una mayor problemática o dependencia al consumo de drogas médicas e ilegales, se presenta una mayor dificultad ante ciertas situaciones cotidianas o se tienen más días perdidos.

**Media de días perdidos debido al consumo de drogas.

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Instituto Nacional de Salud Pública, Comisión Nacional Contra las Adicciones y Secretaría de Salud. (2017). *Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco, 2016-2017*.

En cuanto a las dificultades relacionadas al consumo de drogas para la población con dependencia, como se observa en la Tabla 0.4, los datos encontrados en esta sección indican que los hombres mencionan como principal dificultad a las tareas domésticas ($\bar{x}=3.9$), mientras que, en las mujeres son las dificultades en su capacidad de trabajar o estudiar ($\bar{x}=3.8$). En cuanto al número de días perdidos por su consumo de drogas los hombres reportan 13.1 días, mientras que, las mujeres 13.6 días.

Figura 0.12 Tolerancia social hacia el consumo de drogas en la población de 12 a 17 años

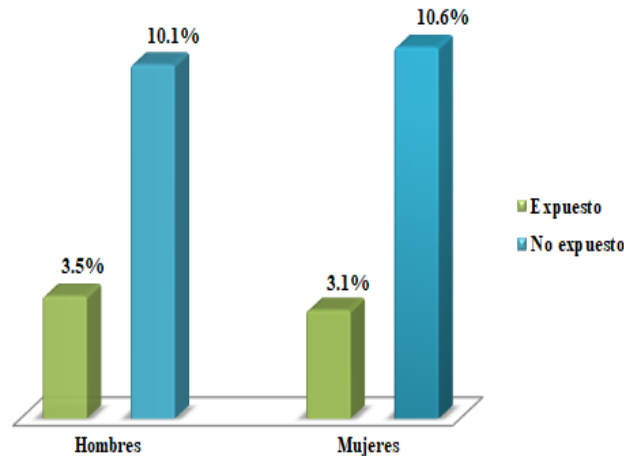


Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Instituto Nacional de Salud Pública, Comisión Nacional Contra las Adicciones y Secretaría de Salud. (2017). *Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco, 2016-2017*.

Con respecto a la tolerancia social (Figura 0.12), en la población que ha consumido drogas se observa una baja tolerancia de la familia hacia el consumo de drogas, (3% en hombres y 1.5% en mujeres), y es más baja en los no consumidores (0.6% en ambos sexos). La tolerancia del mejor amigo(a) ante el consumo es de 27% en

hombres y 27.4% en mujeres en los adolescentes consumidores de drogas y de 11.2% en hombres y 9.2% en mujeres no consumidores.

Figura 0.13 Exposición a la prevención en la población de 12 a 17 años



Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Instituto Nacional de Salud Pública, Comisión Nacional Contra las Adicciones y Secretaría de Salud. (2017). *Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco, 2016-2017*.

Respecto a la participación en alguna actividad para prevenir el consumo de drogas, como se muestra en la Figura 0.13, el 3.5% en hombres y el 3.1% en mujeres reportan consumo de cualquier droga -alguna vez-, porcentaje de consumo que crece 3 veces (10.1% en hombres y 10.6% en mujeres) en el grupo que no ha estado expuesto a programas de prevención.

Como se señaló, la adolescencia se caracteriza por una elevada prevalencia de comportamientos de riesgo, en ella las personas son más susceptibles a cometer actos delictuales registrándose en 2014, 9,220 casos, de los cuales 4,365 debieron cumplir con una medida privativa de la libertad y se reportó al Distrito Federal como la segunda Entidad Federativa que registró mayor número de jóvenes en estas condiciones, además de que se destaca el inicio del consumo de sustancias, siendo en 2016, la edad promedio a los 17.8 años. Por lo que, se han llevado a cabo

investigaciones en relación a estos temas en torno a las características de personalidad que presenta cada uno de los grupos.

Por lo tanto, se considera de gran relevancia analizar las diferencias entre las características de personalidad que presentan los adolescentes en conflicto con la ley en comparación con las características de personalidad de los adolescentes con uso y abuso de sustancias mediante el MMPI-A.

CAPÍTULO 1. ADOLESCENCIA

En muchas sociedades tradicionales son comunes los rituales que marcan que el niño ha alcanzado la mayoría de edad (Papalia, Duskin & Martorell, 2012). Por ejemplo, las tribus apaches celebran la primera menstruación de una niña con un ritual de cuatro días de salmodias desde que sale el sol hasta que se pone. En las sociedades más modernas, el paso de la niñez a la adultez no se distingue por un único suceso sino por un largo periodo conocido como adolescencia.

1.1 Definición de adolescencia

La palabra adolescente está formada del latín *adulescents*, participio presente del verbo *adolescere*, que significa crecer o madurar (Kimmel & Weiner, 1998; González, 2001).

Para Aguirre (1994) y Papalia et al. (2012) la adolescencia es una construcción social ya que antes del siglo XX no existía dicho concepto, en aquella época, se consideraba que los niños eran adultos cuando maduraban físicamente y empezaban el aprendizaje de una vocación. El primer libro de texto sobre el tema dividido en dos volúmenes fue escrito por G. Stanley Hall (Kimmel & Weiner, 1998; Santrock, 2004 y 2006), publicado en 1904 y titulado *Adolescence: its psychology and its relation to physiology, anthropology, sociology, sex, crime, religion and education*. En el cual, la adolescencia se concibe como un estadio de vida, un periodo de “tormenta y estrés”, cargado de sufrimiento, pasión y rebeldía contra la autoridad adulta (Morris & Maisto, 2014).

Para González (2001), Santrock (2004 y 2006), Papalia et al. (2012), Morris y Maisto (2014) la adolescencia es un periodo de transición. Kimmel y Weiner (1998) definen la transición como un período de cambio, crecimiento y desequilibrio que, a modo de

punto, comunica dos puntos relativamente estables de la vida, distintos uno del otro. En este sentido, la adolescencia representa la transición entre la niñez y la edad adulta (Kimmel & Weiner, 1998; González, 2001; Santrock, 2004 y 2006; Papalia et al., 2012; Morris & Maisto, 2014).

En una definición más acertada, la adolescencia es una etapa de evaluación, de toma de decisiones, de compromiso y de búsqueda de un espacio en el mundo (Hamburg & Hamburg, 2004, en Santrock, 2006).

Cada periodo de la vida plantea retos y problemas de desarrollo que exigen nuevas habilidades y respuestas. En general, los teóricos coinciden en que el adolescente debe encarar dos grandes desafíos (Craig & Baucum, 2009):

1. Lograr la autonomía y la independencia respecto a sus padres; y,
2. Formar una identidad, esto es, crear un Yo integral que combine en forma armoniosa varios elementos de la personalidad.

1.2 Enfoques teóricos explicativos de la adolescencia

Explicar la adolescencia se ha realizado desde diferentes enfoques, siendo los más representativos el psicoanalítico, el cognitivo y el social. A su vez, cada uno de ellos está integrado por diferentes teorías que estudian esta etapa desde un objeto de estudio distinto.

El **enfoque psicoanalítico** describe el desarrollo fundamentalmente como un proceso inconsciente, es decir, más allá de la consciencia, e intensamente teñido por las emociones. Los teóricos psicoanalíticos consideran que el comportamiento solo es una característica superficial y que, para entender verdaderamente el desarrollo, tenemos que analizar los significados simbólicos de la conducta y el funcionamiento interno de la mente (Santrock, 2004).

Dentro de sus exponentes se tiene a Sigmund Freud (Rice, 2000) quien no se implicó en gran medida en las teorías sobre la adolescencia, porque consideraba que los primeros años de la vida del niño eran los formativos; sin embargo, abordó brevemente este tema en su libro *Three essays on the theory of sexuality* en el año 1953. Describió la adolescencia como un periodo de excitación sexual, ansiedad y en ocasiones perturbación de la personalidad. De acuerdo con este autor, la pubertad es la culminación de una serie de cambios destinados a terminar con la vida sexual infantil, dando lugar a la forma normal.

Freud (Santrock, 2004) creía que la vida de los adolescentes estaba llena de tensiones y conflictos. Para reducir estas tensiones, los adolescentes mantienen la información bloqueada en su mente inconsciente. Consideraba que hasta los comportamientos más triviales tenían un significado especial cuando se descubrían las fuerzas inconscientes que había detrás de ellos. Una contracción nerviosa, un tartamudeo, una broma o una sonrisa podían tener un motivo inconsciente para aparecer.

Freud (Rice, 2000) describió el objetivo sexual del adolescente, destacando dos elementos importantes con algunas diferencias entre hombres y mujeres. Un elemento es el físico y sensual. En los hombres, el propósito está constituido por el deseo de producir efectos sexuales, acompañados de placer físico. En las mujeres, el deseo de satisfacción física y la descarga de tensión sexual están presentes también, pero sin la descarga de efectos físicos. Este deseo en las mujeres fue históricamente más reprimido que en los hombres, por lo que las inhibiciones hacia la sexualidad (vergüenza, repugnancia, etc.) se desarrollaban antes y más intensamente en chicas que en chicos. El segundo elemento del propósito sexual del adolescente es psíquico, es el componente afectivo, que es más pronunciado en las mujeres y que es similar a la expresión de la sexualidad en los niños. En otras palabras, el adolescente desea satisfacción emocional al igual que descarga física.

Esta necesidad de afecto es especialmente común entre las mujeres, pero satisfacer esta necesidad es una meta importante de cualquier acto sexual en el adolescente. También destacó que una vida sexual normal está asegurada solo cuando hay una convergencia entre el afecto y la sensualidad, estando ambos dirigidos hacia el objeto sexual. El deseo combinado de verdadero afecto y de descarga de tensión sexual son las necesidades subyacentes que motivan a los individuos a buscar fuera un objeto de amor.

Una parte importante del proceso de maduración en la adolescencia es la pérdida de los lazos emocionales infantiles con los padres. Durante el proceso de desarrollo, los impulsos sexuales de los niños están dirigidos hacia sus progenitores. Freud (1925, en Rice, 2000) también habló de una situación edípica en la adolescencia, cuando el hijo puede enamorarse de la madre y desear sustituir al padre y la hija puede enamorarse del padre y desear ocupar el lugar de la madre; sin embargo, existe una barrera natural, reforzada socialmente contra el incesto que reprime esta expresión de la sexualidad, de forma que los adolescentes buscan liberarse de las conexiones con sus familias. A medida que superan y repudian sus fantasías incestuosas, los adolescentes también contemplan uno de los logros físicos de la pubertad más penosos...: la ruptura de la autoridad paterna (Freud, 1943, en Rice, 2000). Ésto se produce retirando el afecto de sus padres y transfiriéndolo hacia sus iguales.

Freud (1953, en Rice, 2000) asumía que el proceso de elección de objeto durante la adolescencia debía encontrar su vía en el sexo opuesto. Creía que existía una necesidad de formar relaciones de amistad heterosexuales a medida que uno se separa de los apegos homosexuales de la niñez. No vio ningún perjuicio en las amistades sentimentales con otros del mismo sexo, siempre que no llevaran un cambio en la orientación sexual y en la elección del objeto sexual. Aunque son frecuentes las inversiones en los roles sociales y en el objeto sexual, contemplo

estos cambios como una desviación de la vida sexual normal, que debe evitarse si es posible.

Otro autor es Anna Freud, quien se enfocó en el proceso de desarrollo del adolescente y los cambios en la estructura psíquica en la pubertad (Rice, 2000).

La adolescencia fue caracterizada por Freud (1946, en Rice, 2000) como un periodo de conflicto interno, de desequilibrio psíquico, de conducta errática. Los adolescentes son, por un lado, egoístas, contemplándose a sí mismos como el único objeto de interés y el centro del universo, pero, por otro lado, son también capaces del sacrificio y la devoción. Forman relaciones de amor apasionado, solo para romperlas drásticamente. En ocasiones desean una implicación social completa y participación en grupo y otras veces desean la soledad. Oscilan entre la sumisión ciega hasta la rebelión en contra de la autoridad. Son egoístas y tienen una mente materialista pero también están llenos de un gran idealismo. Son ascéticos e indulgentes, desconsiderados con los demás y suspicaces. Nadan entre el optimismo y el pesimismo, entre el entusiasmo infatigable, la pereza y la apatía.

En la pubertad, el cambio más obvio es un aumento en los impulsos instintivos (Freud, 1946, en Rice, 2000). Ésto es debido en parte a la maduración sexual, con el consiguiente interés por los genitales y el aumento en los impulsos sexuales. Pero el arrebatado en los impulsos instintivos en la pubertad también tiene un origen físico no reducido únicamente a la vida sexual. Se intensifican los impulsos agresivos, el hambre se vuelve voracidad y la desobediencia puede estallar en conducta criminal. Los intereses orales y anales, ocultos durante largo tiempo, aparecen. Los hábitos de limpieza dan paso a la suciedad y al desorden. La molestia y la simpatía se sustituyen por el exhibicionismo y la brutalidad. Freud comparó este aumento de las fuerzas instintivas en la pubertad con la infancia temprana. La sexualidad de la infancia temprana y la agresión rebelde resucitan en la pubertad.

Los impulsos para satisfacer los deseos, de acuerdo con el principio del placer, denominados como el Ello, aumentan durante la adolescencia (Freud, 1946, en Rice, 2000). Estos impulsos instintivos presentan un reto directo al Yo y al Superyó individual. Entendía al Yo como la suma de los procesos mentales que tienen la función de salvaguardar la función mental, es el poder evaluador y razonador del individuo. Por Superyó, entendía al Yo-ideal y la consciencia que provienen de la adopción de los valores sociales del progenitor del mismo sexo. En consecuencia, el renovado vigor de los instintos en la adolescencia desafía directamente las capacidades de razonamiento y los poderes de la consciencia del individuo. En la adolescencia existe un conflicto Ello-Yo-Superyó y éste tiene que ser resuelto. Creía que la armonía de estos tres era posible, y que ocurría finalmente, en la mayoría de los adolescentes. Este equilibrio se consigue si el Superyó se desarrolla suficientemente durante el periodo de latencia -pero no inhibe demasiado los instintos, lo que causaría un sentimiento de culpa y una ansiedad extremos- y si el Yo es suficientemente fuerte y sabio para mediar en el conflicto.

Por otro lado, Peter Blos (1990) en 1962 en su obra *On adolescence, a psychoanalytic interpretation*, distingue cinco fases relativas a la adolescencia:

Latencia: Proporciona al niño los instrumentos, en términos de desarrollo del Yo, que le preparan para enfrentarse al incremento de los impulsos en la pubertad. En este periodo no aparecen nuevas metas instintivas.

La actividad sexual está relegada al papel de un regulador transitorio de tensión. Se mantiene un balance narcisista dentro de ciertos límites que le fueron posibles en la niñez temprana, siendo evidente una mayor estabilidad en el afecto y estado de ánimo.

1. *Preadolescencia.* Está ligada al despertar puberal. Esta fase supone un aumento cuantitativo de la pulsión sexual. No se puede distinguir un objeto amoroso nuevo y una meta instintiva nueva. Cualquier experiencia puede

convertirse en un estímulo sexual, incluso aquellos pensamientos, fantasías y actividades que están desprovistos de connotaciones eróticas obvias.

Durante esta fase hay intentos por iniciar la independencia familiar, la cual se logra en el momento que ya no es necesaria la tutela de los padres; no significando que el hijo sea indiferente a ellos, más bien implica que la verdadera edad adulta a la que desea llegar conlleva que ama a sus padres. La persona reafirma la barrera contra el incesto que ha sido ya constituida en el periodo de latencia, esto conduce a las personas a llevarse exclusivamente con compañeros de su propio sexo. Existiendo un estadio homosexual. En esta fase este cambio hacia el mismo sexo se considera una maniobra evasiva.

Además, existe una socialización de la culpa a través del líder, es decir, comparte la culpa con los demás como un instrumento para evitar el conflicto con el Superyó.

2. *Adolescencia temprana.* Liberado ya el adolescente de los antiguos objetos edípicos, realiza su duelo por la pérdida de las figuras parentales. Busca en forma más intensa objetos libidinales extrafamiliares, siguiendo el modelo narcisista.

El muchacho elabora una segunda fase homosexual transitoria y más o menos elaborada, cuando un miembro del mismo sexo (representado por un amigo) se toma como objeto de amor bajo la influencia del Yo-ideal, un objeto narcisista se elige a sí mismo. Se inician las fantasías masturbatorias que neutralizan la angustia de castración, mientras que, la muchacha se instala en un mundo bisexual relacionado íntimamente al problema del narcisismo. El pene ilusorio se mantiene como una realidad psíquica para proteger a la muchacha en contra de la vaciedad narcisista, esta condición continúa existiendo hasta que vacía en todo su cuerpo aquella parte de libido que ha estado ligada con una imagen corporal bisexual, y busca completarse no en sí misma sino en el amor heterosexual.

El adolescente temprano se identifica con el progenitor del mismo sexo, mientras que, la figura paterna del sexo contrario, favorece el inicio de la madurez activa.

Aprenden a expresar sus afectos y emociones de manera menos infantil y más adulta.

3. *Adolescencia propiamente como tal.* También conocida como adolescencia media. Culmina la formación de la identidad sexual; se hace una completa renuncia a los objetos incestuosos y se abandona la posición bisexual y narcisista, para hacer posible la orientación del sujeto hacia la heterosexualidad. Éste cambio es gradual. Aparece una nueva meta instintiva: la procreación, y con ello, la fantasía de paternidad, la cual es ambivalente, es decir, se desea, se niega, se aborrece, se busca, se aborta.

Además, durante esta fase, se pasa de una sobrevaloración de los padres a una devaluación de éstos. Por una parte, se desea tener a unos padres protectores idealizados (situación semejante a la vida infantil) y, por otra, se necesita alejar de ellos.

Mientras se desarrollan en el adolescente los principios inhibidores de control que orientan sus deseos, acciones, pensamientos y valores hacia la realidad, éste oscila entre la impulsividad y el control yoico.

4. *Adolescencia tardía.* Es la fase final de la adolescencia. Durante esta fase se jerarquizan y se consolidan los valores e intereses del Yo, así como, los afectos de acuerdo con la identidad lograda. Esto debido a que se cristaliza una posición sexual, es decir, el hombre se hace hombre, la mujer se hace mujer, el que es bisexual permanece bisexual y el que es homosexual permanece homosexual. Siendo las diferencias individuales afectivas notorias a simple vista.

Además, se estabilizan los recursos mentales yoicos que de manera automática salvaguardan la identidad. En relación a lo anterior, el ambiente colabora con el adolescente en favorecer que la vocación decidida y ya establecida se integre a una ocupación que le permita satisfacer las necesidades de seguridad económica tanto en el presente como en el futuro.

5. *Postadolescencia.* Fase intermedia entre la transición de la adolescencia a la edad adulta. Se liga a nuevos objetos que, aunque no sean verdaderamente

nuevos en sentido genético y dinámico, sí lo son en la realidad. Quedando así establecidos los afectos y las actitudes ambivalentes o unívocas hacia las instituciones o tradiciones. Así, la persona queda al fin integrada en esta fase en su rol social.

Se consolida una escala de valores irreversibles que matiza y da sentido a la vida en cuanto al Superyó y al ideal del Yo.

Según Blos (1990) la duración de cada una de las fases no puede fijarse por un tiempo determinado o por una referencia a la edad cronológica; sin embargo, forzando un poco esta clasificación, es posible dar una edad cronológica aproximada a cada etapa (González, 2001): latencia de 7 a 9 años, preadolescencia de los 9 a los 11 años, adolescencia temprana de 12 a 15 años, adolescencia propiamente como tal de 16 a 18 años, adolescencia tardía de 19 a 21 años y postadolescencia de 22 a 25 años.

El **enfoque cognitivo** señala que el origen de las transformaciones y estadios en la adolescencia no es totalmente interno, ni totalmente externo, sino debido al desarrollo de las competencias operatorias (Aguirre, 1994). Lo que caracteriza al desarrollo cognitivo son las sucesivas y más complejas formas de organización y adaptación que hacen que cada periodo de edad tenga una forma cualitativa diferencial de cognición. Los estudios de psicología cognitiva sobre la adolescencia se han desarrollado, siguiendo a Piaget, en dos direcciones principales: el desarrollo cognitivo y el de la conducta moral.

Jean Piaget (Rice, 2000) se interesó por cómo los niños llegaban a conclusiones, desarrollando la Teoría del desarrollo cognitivo. Preguntaba a los niños para encontrar la lógica tras las respuestas. A través de una exhaustiva observación sobre sí mismo, y también sobre otros, los niños, comenzó a construir su teoría sobre el desarrollo cognitivo.

Inhelder y Piaget (1965, en Aguirre, 1994) en su libro *De la logique de l'enfant á la logique de l'adolescence* centraron su estudio en los estadios del desarrollo infanto-juvenil a través de los procesos del pensamiento. Para Piaget (Santrock, 2004; Jensen, 2008), cada estadio está relacionado con la edad e implica una forma particular de pensar. Es la forma diferente de entender el mundo lo que determina que una persona se encuentre en un estadio o en otro; adquirir más información no implica avanzar de un estadio a otro. A esto se refería este autor cuando sostenía que la cognición es cualitativamente diferente en cada uno de los distintos estadios de desarrollo.

Piaget creía que atravesábamos exactamente cuatro estadios en nuestra comprensión del mundo (Rice, 2000; Santrock, 2004; Gerrig & Zimbardo, 2005; Jensen, 2008). El primero de ellos es el estadio sensoriomotor, el cual abarca aproximadamente desde el nacimiento hasta los dos años, el niño aprende a coordinar las actividades de los sentidos con las actividades motrices, y desarrolla la permanencia de objeto e inicia el pensamiento simbólico. El segundo estadio es el preoperacional, éste se extiende aproximadamente de los 2 a los 7 años, se caracteriza porque el pensamiento está marcado por el egocentrismo y la centración, además el niño cuenta con mejores habilidades para utilizar el pensamiento simbólico. El siguiente estadio es el de las operaciones concretas, que va aproximadamente de los 7 a los 11 años de edad, el niño logra comprender la conservación y puede razonar con respecto a objetos concretos, físicos. Y finalmente, el estadio de las operaciones formales en donde el pensamiento se vuelve abstracto y lógico, aunque no todos, son capaces de pensar en estos términos (Santrock, 2004 y 2006; Gerrig & Zimbardo, 2005; Jensen, 2008; Craig & Baucum, 2009; Papalia et al., 2012; Morris & Maisto, 2014). Aproximadamente, esta etapa surge a los 11 años de edad en adelante, por lo que es, el estadio más relevante para el desarrollo cognoscitivo en la adolescencia (Jensen, 2008). Durante

esta etapa hay una expansión de la capacidad y el estilo de pensamiento que aumenta la consciencia del individuo, su imaginación, su juicio e intuición (Gerrig & Zimbardo, 2005; Craig & Baucum, 2009). Los adolescentes comienzan a especular sobre características ideales, cualidades que desean ver en ellos mismos y en los demás (Santrock, 2006). Este tipo de pensamiento suele hacer que los adolescentes se comparen con otros tomando esos estándares ideales como criterios. Además, durante la adolescencia, los pensamientos de los individuos suponen con frecuencia viajes fantásticos que se adentran en las posibilidades del futuro. Los adolescentes pueden ser bastante versátiles en sus pensamientos y a la hora de enfrentarse a los problemas (Rice, 2000). En relación a este último punto Santrock (2004), Gerrig y Zimbardo (2005) mencionan que los adolescentes buscan respuestas a sus problemas de una forma sistemática. Pueden realizar diferentes interpretaciones de un resultado observado (Rice, 2000). Los adolescentes también formulan hipótesis sobre por qué las cosas ocurren del modo en que ocurren y las ponen a prueba utilizando la deducción (Santrock, 2004 y 2006). Esta manera de resolver cuestiones se denomina razonamiento hipotético-deductivo (Jensen, 2008).

Piaget (Rice, 2000) subdividió esta última etapa en: III-A, casi una función formal completa (11 ó 12 hasta 14 ó 15 años), y III-B, función formal completa (14 ó 15 años en adelante). La división del período adolescente a los 14 ó 15 años implica otra reestructuración y desequilibrio, que conduce a un nivel de equilibrio y a una estructura intelectual de más alto nivel durante la adolescencia tardía. La subetapa III-A -corresponde con la adolescencia temprana- parece ser la etapa preparatoria en la que los adolescentes hacen descubrimientos correctos y manejan ciertas operaciones formales; sin embargo, su enfoque es todavía rudimentario. Todavía no son capaces de proporcionar demostraciones sistemáticas y rigurosas para sus afirmaciones. Esta subetapa ha sido denominada como pensamiento operatorio formal emergente. En este momento, los adolescentes pueden demostrar operaciones formales en algunas situaciones, y no en otras. Cuando los

adolescentes alcanzan la subetapa III-B, se hacen más capaces de formular generalizaciones más elegantes y de adelantar incluso más leyes. La mayoría de ellos puede ahora proporcionar de forma espontánea demostraciones más sistemáticas para sus afirmaciones debido a que comprenden la importancia del método en el pensamiento. Esta segunda subetapa es la verdadera o consolidada etapa del pensamiento operacional formal, donde el adolescente o el adulto demuestran tal pensamiento en una variedad de situaciones. Muchos adolescentes y adultos nunca alcanzan realmente esta segunda subetapa. La mayoría parece permanecer un tanto fijados a la subetapa III-A, a menudo pensando formalmente solo en situaciones que les resultan familiares.

Paralelamente a sus importantes investigaciones cognitivas, Piaget publicó un trabajo, punto de partida para el estudio del desarrollo moral en el niño: *Le jugement moral chez l'enfant* (1932). Para Piaget (Rice, 2000) toda moral es un sistema de reglas, estudiadas a través de cuatro estadios sucesivos: motor (0-2 años), a base de reglas motrices individuales y ritualizadas; egocentrista (2-5 años), en el que el niño utiliza reglas del exterior para sus propios intereses; cooperación naciente (7-8 años), donde hay un acuerdo con los demás, experimentando en ello un placer social; y, codificación de las reglas (11-12 años), las reglas tienen un estatuto social compartido.

Así mismo, de los 4-7 años, los niños consideran las reglas como interesantes, aunque no obligatorias, de los 7-10 años, las consideran como inamovibles, y a partir de los 11 años el niño acepta o no las reglas, pues siente la regla como el resultado de una libre elección: juega o no juega con esas reglas (Rice, 2000). Entre los 4-8 años se presenta una moral heterónoma, basada en la autoridad (y no en el autoritarismo que no acepta el niño) y que considera las reglas como buenas en sí (realismo moral). Entre los 8-11 años se construye una moral autónoma, el niño

procede por reglas propias inspiradas en la cooperación y en la interacción con los demás.

La obra de Piaget sobre el desarrollo de la conducta moral fue completada por Lawrence Kohlberg, a partir de sus trabajos de 1958, sobre todo en su obra *Moral development and behavior* (1982). Este último autor no se interesó por la conducta moral sino por el razonamiento moral y los procesos de pensamiento por los que el individuo da su juicio compilándolo en su Teoría del desarrollo moral (Rice, 2000).

A medida que los niños alcanzan niveles cognitivos más altos adquieren la capacidad de hacer razonamientos más complejos sobre temas morales (Papalia et al., 2012). Los adolescentes son más capaces que los niños de considerar la perspectiva de otra persona para resolver problemas sociales, tratar con relaciones interpersonales y verse como seres sociales. Todas estas tendencias fomentan el desarrollo moral.

Kohlberg (1969, en Gerrig & Zimbardo, 2005 y en Papalia et al., 2012) describió tres niveles de razonamiento moral, cada uno dividido en dos etapas:

- *Nivel I. Moralidad preconventional.* Las personas actúan bajo controles externos. Obedecen las reglas para evitar el castigo y recibir recompensas, o actúan por su propio interés.
 - Etapa 1. Orientación al castigo y la obediencia: Para evitar el castigo de otros.
 - Etapa 2. Orientación costo-beneficio; reciprocidad: Para obtener recompensas.
- *Nivel II. Moralidad convencional (o moralidad de la conformidad a los roles convencionales).* Las personas han internalizado los estándares de las figuras de autoridad. Les preocupa ser “buenas”, agradar a los otros y mantener el orden social.

- Etapa 3. Orientación hacia el buen niño: Para lograr aceptación y evitar la desaprobación.
- Etapa 4. Orientación hacia la ley y el orden: Para seguir las reglas, para evitar la censura de las autoridades.
- *Nivel III. Moralidad posconvencional (o moralidad de principios morales autónomos).* Las personas reconocen conflictos entre los estándares morales y hacen sus propios juicios con base en los principios de bien, la igualdad y la justicia.
 - Etapa 5. Orientación hacia el contrato social: Para promover el bienestar de la sociedad.
 - Etapa 6. Orientación hacia los principios éticos: Para lograr justicia y evitar la autocondena.

Al diseñar sus etapas, Kohlberg tuvo la precaución de no mostrar la equivalencia entre un tipo y una edad determinada. Papalia et al. (2012) proponen que el Nivel I es típico de los niños de 4 a 10 años; el Nivel II se alcanza por lo general después de los 10 años, muchas personas nunca lo superan incluso en la adultez; y, el Nivel III se alcanza al menos en la adolescencia temprana o más a menudo en la adultez temprana, si es que se logra. Dentro de cualquier grupo de edad los individuos están en diferentes niveles de desarrollo en su pensamiento moral: algunos están retrasados y otros están avanzados (Kohlberg, 1971, en Rice, 2000). El desarrollo del pensamiento moral es un proceso gradual y continuo por el que el individuo pasa a través de una secuencia de etapas morales cada vez más sofisticadas.

Por último, en el **enfoque psicosocial** se afirma que el origen de los cambios adolescentes es, fundamentalmente, imputable a determinaciones externas, es decir, a interacciones sociales y a la necesidad de adaptarse a los nuevos roles (Aguirre, 1994). En este sentido, se pone de manifiesto que el propio adolescente tiene que desempeñar roles contradictorios (por ejemplo, de chico rebelde para con

sus compañeros y de hijo sumiso para con sus padres), lo que repercute notablemente en la vivencia de su identidad. La socialización adolescente (relaciones interindividuales, normas, valores, actividades sociales) se realiza en determinados espacios (familia, escuela, grupo de pares, etc.) y a través de unos medios (comunicación, relaciones, etc.) por los cuales se realizan tales procesos.

Para Robert Havighurst (Aguirre, 1994) en su Teoría de las tareas evolutivas son las motivaciones sociales las que guían el desarrollo adolescente ya que toda tarea de desarrollo se halla a la mitad de camino entre la necesidad individual y la exigencia social. Fue como en su libro *Developmental tasks and education* (1951), destacó lo que piensa que son las tareas evolutivas fundamentales de la adolescencia (Havighurst, 1972, en Rice, 2000). Intentó desarrollar una teoría psicosocial de la adolescencia combinando la consideración de las necesidades de los individuos con las demandas de la sociedad. Lo que los individuos necesitan y la sociedad demanda constituyen las tareas evolutivas. Éstas son habilidades, conocimientos, funciones y actitudes que los individuos tienen que adquirir en determinados momentos de su vida por medio de la maduración física, las expectativas sociales y el esfuerzo personal. Dominar las tareas en cada etapa del desarrollo desemboca en adaptación y preparación para tareas posteriores más duras. El dominio de las tareas produce madurez. El fracaso genera ansiedad, desaprobación social e incapacidad para funcionar como una persona madura.

De acuerdo con Havighurst (Rice, 2000), existe un momento sensible a la instrucción, un momento adecuado para enseñar una tarea. Algunas de las tareas emergen a partir de cambios biológicos, otras de las expectativas sociales a una edad determinada o de la motivación de los individuos en ciertos momentos para hacer cosas particulares. Además, las tareas evolutivas difieren de una cultura a otra, dependiendo de la importancia de los elementos biológicos, psicológicos y culturales en la determinación de las tareas.

Havighurst (1972, en Rice, 2000) destacó ocho tareas fundamentales durante el período adolescente:

1. *Aceptar el propio físico y utilizar el cuerpo con eficacia.* Una de las características de los adolescentes es su preocupación emergente, frecuentemente en extremo, por su físico a medida que alcanzan la madurez sexual. Los adolescentes necesitan aceptar su físico y el patrón de crecimiento de su propio cuerpo para aprender a cuidar éste y utilizarlo de una forma eficaz en deportes, recreo, trabajo y en tareas diarias.

2. *Formar relaciones nuevas y más maduras con los iguales de ambos sexos.* Los adolescentes deben cambiar su interés por las personas del mismo sexo y sus juegos de la niñez por el establecimiento de amistades heterosexuales. Llegar a ser un adulto significa también aprender habilidades sociales y las conductas requeridas en la vida en grupo.

3. *Adoptar un rol sexual social masculino o femenino.* ¿Qué es un hombre?, ¿qué es una mujer?, ¿qué apariencia se supone que tienen hombres y mujeres?, ¿cómo deberían comportarse?, ¿qué se supone que deben llegar a ser?, etc. Los roles sociales psicosexuales vienen establecidos por cada cultura, pero debido a que los roles masculino-femenino en la cultura occidental están sufriendo cambios rápidos, parte del proceso de maduración del adolescente consiste en reexaminar los roles sexuales cambiantes de su cultura y decidir qué aspectos debe adoptar.

4. *Alcanzar independencia emocional de los padres y otros adultos.* Los adolescentes deben desarrollar conocimientos, afectos y consideraciones sin dependencia emocional. Los adolescentes que son rebeldes y conflictivos con sus padres y otros adultos necesitan desarrollar un mayor conocimiento sobre sí mismos, los adultos y las razones de sus conflictos.

5. *Prepararse para una profesión.* Una de las principales metas de los adolescentes es decidir una profesión, prepararse para esa profesión y llegar a ser independientes pagando sus propios gastos. Parte de la tarea es descubrir qué es lo que quieren en la vida.

6. *Prepararse para la vida en matrimonio o en familia.* Los patrones de la vida en matrimonio y en familia se están adecuando a las cambiantes características económicas, sociales y religiosas de la sociedad. La mayoría de los jóvenes desean un matrimonio y una paternidad feliz como una meta importante en su vida y, por ello, necesitan desarrollar las actitudes positivas, las habilidades sociales, la madurez emocional y el conocimiento necesario para hacer funcionar el matrimonio.

7. *Desear y lograr una conducta socialmente responsable.* Esta meta incluye el desarrollo de una ideología social que recoja los valores sociales. La meta también incluye la participación en la vida adulta de la comunidad y la nación. Muchos desarrollan cierta obsesión por las características étnicas de su sociedad. Algunos se vuelven activistas radicales; otros se unen al grupo de los no comprometidos que se niegan a actuar. Los adolescentes luchan por alcanzar una posición en la sociedad de una forma que dé significado a sus vidas.

8. *Adoptar un conjunto de valores y un sistema ético como guía de la conducta, desarrollar una ideología.* Esta meta incluye el desarrollo de una ideología social, política y ética, la adopción y aplicación de valores, reglas morales e ideas significativas para la vida de una persona.

Erik Erikson (Santrock, 2004) hizo hincapié en que el cambio evolutivo tiene lugar a lo largo de todo el ciclo vital en su Teoría del desarrollo psicosocial. Este autor describió ocho etapas del desarrollo humano. En cada etapa, el individuo tiene que superar una tarea psicosocial. La confrontación con cada tarea produce conflicto o crisis, con dos resultados posibles (Aguirre, 1994; Santrock, 2004). Si el conflicto se resuelve con éxito, se construye una cualidad positiva en la personalidad y se produce desarrollo. Si el conflicto persiste o se resuelve de forma no satisfactoria, el Yo resulta dañado, y una cualidad negativa se incorpora dentro de él. De acuerdo con este autor, la tarea global del individuo es adquirir una identidad individual positiva a medida que avanza de una etapa a la siguiente (Aguirre, 1994).

Las 8 etapas psicosociales de Erikson (Santrock, 2004; Gerrig & Zimbardo, 2005) son: 1) confianza versus desconfianza, la cual se prolonga desde el nacimiento hasta aproximadamente el año y medio de vida, la resolución adecuada de esta etapa lleva a la persona a tener una sensación básica de seguridad, mientras que, su resolución inadecuada conduce a la inseguridad y ansiedad; 2) autonomía versus vergüenza y duda, se inicia aproximadamente al año y medio y se extiende hasta los tres años, la resolución adecuada produce una percepción de sí mismo como un ser capaz de controlar el propio cuerpo y de provocar que sucedan cosas, y la resolución inadecuada encamina a sentimientos de incapacidad para controlar eventos; 3) iniciativa versus culpa, se presenta durante la etapa preescolar aproximadamente de los tres a los seis años, la resolución adecuada dirige a la confianza en uno mismo como iniciador y creador, mientras que, la resolución inadecuada conduce a sentimientos de falta de autovaloración o autoestima; 4) laboriosidad versus inferioridad, se desarrolla en el período de la enseñanza primaria aproximadamente de los seis años a la pubertad, la resolución adecuada lleva a una adecuación de habilidades sociales e intelectuales básicas y la resolución inadecuada conlleva una falta de autoconfianza, a sentimientos de fracaso; 5) identidad versus confusión de roles, se da en la adolescencia, la resolución adecuada encamina al sentido apropiado de uno mismo como persona, mientras que, la resolución inadecuada lleva a un sentimiento fragmentado de uno mismo, sentido de uno mismo cambiante y poco claro; 6) intimidad versus aislamiento, coincide con la primera parte de la etapa adulta, la resolución adecuada brinda la capacidad de cercanía y compromiso con otra persona, y la resolución inadecuada produce sentimientos de soledad, separación y negación de la necesidad de cercanía; 7) productividad versus estancamiento, coincide con la adultez media, la resolución adecuada da como resultado que el foco de preocupación pase de uno mismo a la familia, la sociedad y las futuras generaciones, mientras que, en la resolución inadecuada se obtiene preocupación por uno mismo y falta de orientación

hacia el futuro; y, 8) integridad del Yo versus desesperación, coincide con la adultez tardía, la resolución adecuada trae consigo una sensación de integridad, satisfacción básica con la vida, y en la resolución inadecuada se presentan sentimientos de inutilidad y desilusión.

En relación con lo anterior, la etapa psicosocial que corresponde a la adolescencia es identidad versus confusión de roles. Para Erikson (1959, en Rice, 2000), la adolescencia era conceptualizada como una moratoria psicosocial, un período intermedio admitido socialmente, durante el cual el individuo puede encontrar un puesto en la sociedad por medio de la libre experimentación de funciones, es decir, la adolescencia se convierte en un período para analizar y probar varios roles sin la responsabilidad de asumir ninguno de ellos (Rice, 2000; Santrock, 2004; Morris & Maisto, 2014). Erikson (Rice, 2000) sabía que la duración y la intensidad de la adolescencia varía en las diferentes sociedades, pero ya cerca del final de la adolescencia, no haber formado la propia identidad produce un profundo sufrimiento para el adolescente debido a una difusión de roles. Tal difusión puede ser responsable de la aparición de problemas psicológicos previamente latentes.

Erikson (1959, en Rice, 2000) destacó que, aunque la crisis de la identidad es más pronunciada en la adolescencia, durante otros períodos de la vida también puede tener lugar una redefinición de la identidad individual: cuando los individuos abandonan el hogar, se casan, son padres por primera vez, se divorcian, o cambian de trabajo, por ejemplo. El éxito con que afrontan tales cambios de identidad viene determinado parcialmente por la capacidad para superar las crisis de identidad adolescentes.

1.3 Cambios en la adolescencia

La adolescencia es un periodo del desarrollo que implica una serie de cambios biológicos, físicos, cognoscitivos y sociales, que se manifiestan en diferente intensidad en cada persona (González, 2001; Santrock, 2004; Papalia et al., 2012; Morris & Maisto, 2014).

La adolescencia es una etapa que se caracteriza por la aparición de **cambios biológicos y físicos**. Pubertad no es sinónimo de adolescencia. La pubertad acaba mucho antes de que finalice la adolescencia y, a menudo, se consideraba como el marcador del inicio de dicha etapa (Santrock, 2004). Aunque, los médicos en las sociedades occidentales han comprobado que los cambios puberales tienen lugar mucho antes (Papalia et al., 2012).

La palabra pubertad proviene de la palabra latina *pubescere* que significa cubierto de pelo, esto es porque implica el crecimiento de vello en los brazos y piernas, debajo de los brazos y en la zona genital (Gerrig & Zimbardo, 2005; Jensen, 2008).

La pubertad es el proceso que lleva a la madurez sexual o fertilidad, es decir, la capacidad de procrear (Gerrig & Zimbardo, 2005; Craig & Baucum, 2009; Papalia et al., 2012). Esta madurez está asociada a los cambios corporales y hormonales (Santrock, 2004). Durante la pubertad se inicia la producción de esperma en los varones, en tanto que, en las mujeres aparece la menarquía, el inicio de la menstruación (Gerrig & Zimbardo, 2005).

Los cambios hormonales de la pubertad empiezan en el hipotálamo, que se localiza en la parte inferior del cerebro, debajo de la corteza (Santrock, 2004; Jensen, 2008). El hipotálamo empieza a incrementar gradualmente la producción de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH), este incremento empieza en la niñez media, al menos uno o dos años antes de los primeros cambios. El incremento de la GnRH influye en la hipófisis, una glándula que mide poco más de un centímetro y que se

localiza en la base del cerebro. La hipófisis producirá hormonas llamadas gonadotropinas. Éstas estimularán a la hormona del folículo (FSH) y a la hormona luteinizante (LH) (Jensen, 2008; Papalia et al., 2012). En respuesta a la estimulación de estas hormonas, las gónadas (ovarios en las mujeres y testículos en los hombres) incrementan su producción de las hormonas sexuales (Santrock, 2004; Jensen, 2008; Craig & Baucum, 2009). Existen dos clases de hormonas sexuales, los estrógenos y los andrógenos. En lo concerniente al desarrollo de la pubertad, el estrógeno más importante es el estradiol y el andrógeno más importante es la testosterona. El estradiol como la testosterona están presentes en el contenido hormonal de las chicas y chicos, pero el estradiol predomina en el desarrollo femenino durante la pubertad, mientras que, la testosterona lo hace en el desarrollo masculino (Hoffman, Paris & Hall, 1996; Santrock, 2006; Craig & Baucum, 2009). Los incrementos en esas hormonas son causa de la mayor parte de los cambios corporales que se observan en la pubertad. Los andrógenos son producidos no solo por las glándulas sexuales, sino también por las glándulas suprarrenales (Jensen, 2008).

Los incrementos en las concentraciones de las hormonas sexuales dan por resultado una serie de cambios en el cuerpo de los adolescentes (Santrock, 2006; Jensen, 2008). La adolescencia se caracteriza por un notable aumento de la rapidez de crecimiento, un desarrollo acelerado de los órganos reproductores y la aparición de rasgos sexuales secundarios como el vello corporal, el incremento de grasa y de los músculos, agrandamiento y maduración de los órganos sexuales (Craig & Baucum, 2009). Algunos cambios son iguales en ambos sexos, como la aparición de vello púbico, axilar, facial y en brazos y piernas; se tiene piel más áspera (en especial en muslos y antebrazos) y grasosa, olor corporal más fuerte, huesos más duros, voz más grave, frente y boca más ancha, labios más llenos; mentón, orejas y nariz más prominentes. Pero en general se trata de cambios específicos de cada sexo (Jensen, 2008; Craig & Baucum, 2009). En los hombres hay producción de espermatozoides,

hombros y pecho más anchos, incremento en la proporción de músculo a grasa; vello en pecho, hombros y espalda. En las mujeres se presenta la ovulación lo que lleva a la menstruación, se desarrollan los senos, se ensanchan las caderas y la pelvis, y hay un incremento en la proporción de grasa a músculo.

El cuerpo del adolescente no alcanza las proporciones adultas de forma súbita (Gerrig & Zimbardo, 2005). Existe una falta de armonía en el crecimiento adolescente conocida como asincronía, es decir, en algún momento de la maduración algunas partes del cuerpo pueden ser desproporcionadamente grandes o pequeñas (Hoffman et al., 1996). Primero, las manos y los pies crecen al tamaño adulto, después lo hacen los brazos y las piernas, y el tronco se desarrolla con mayor lentitud (Gerrig & Zimbardo, 2005). Por lo tanto, la forma general del individuo cambia varias veces durante esta etapa.

Los adolescentes no solo tienen una apariencia diferente a los niños más pequeños, sino que también piensan y hablan de manera distinta. La velocidad con la que procesan la información sigue aumentando viéndose reflejado en **cambios cognitivos**. Aunque en cierto sentido su pensamiento aún es inmaduro, muchos son capaces de adentrarse en el razonamiento abstracto y elaborar juicios morales complejos, además de poder hacer planes más realistas para el futuro (Papalia et al., 2012).

Para Inhelder y Piaget (1958, en Craig & Baucum, 2009) el pensamiento operacional formal se define como un proceso de segundo orden. Si bien el pensamiento de primer orden consiste en descubrir y examinar las relaciones entre objetos, el de segundo orden consiste en reflexionar sobre nuestros pensamientos, buscar los nexos entre las relaciones y transitar entre la realidad y la posibilidad. El pensamiento formal, es decir, el estadio de operaciones formales de acuerdo con Piaget (Rice, 2000), implica cuatro aspectos fundamentales: la introspección (pensar

acerca del pensamiento), el pensamiento abstracto (ir más allá de lo real hacia lo que es posible), el pensamiento lógico (ser capaz de considerar todos los hechos e ideas importantes y formar conclusiones correctas, tales como la capacidad para determinar causa y efecto) y el razonamiento hipotético (formular hipótesis y examinar la evidencia, para ello, considerando numerosas variables).

El procesamiento de la información enfatiza que las personas manipulan y programan información y diseñan y utilizan estrategias relacionadas con su organización. La memoria y el pensamiento son dos procesos nucleares de este procesamiento (Santrock, 2004). Según dicho enfoque, la capacidad de procesamiento de la información se va desarrollando de forma continua, es decir, gradual y constante, lo que permite que las personas desarrollen habilidades y adquieran conocimientos cada vez más complejos (Santrock, 2004; Jensen, 2008).

Los investigadores del procesamiento de la información han identificado dos categorías de cambio mensurable en la cognición adolescente: cambio estructural y cambio funcional (Papalia et al., 2012). Los cambios estructurales en la adolescencia incluyen: 1) cambios en la capacidad de memoria de trabajo y 2) la cantidad creciente de conocimiento almacenado en la memoria a largo plazo. Entre los cambios funcionales más importantes se pueden mencionar: 1) el incremento continuo de la velocidad de procesamiento y 2) un mayor desarrollo de la función ejecutiva, la cual incluye habilidades como atención selectiva, toma de decisiones, control inhibitorio de respuestas impulsivas y control de la memoria de trabajo.

El desarrollo cognoscitivo durante la adolescencia para Sternberg (1988, en Craig & Baucum, 2009), abarca lo siguiente, según su Teoría de la inteligencia:

1. Empleo más eficaz de componentes individuales de procesamiento de información como la memoria, la retención y la transferencia de información.

2. Estrategias más complejas que se aplican a diversos tipos de solución de problemas.
3. Medios más eficaces para adquirir información y almacenarla en formas simbólicas.
4. Funciones ejecutivas de orden superior: planeación, toma de decisiones y flexibilidad al escoger estrategias de una base más extensa de guiones.

Existen específicamente tres componentes mensurables del procesamiento de la información, cada uno con una función propia (Craig & Baucum, 2009):

Metacomponentes. Procesos de control de orden superior con los cuales se planean y se toman decisiones.

Componentes del desempeño. Proceso con que se llega a la solución de un problema. A esta categoría pertenecen la selección y la recuperación de información relevante guardada en la memoria a largo plazo.

Componentes de la adquisición de conocimiento (almacenamiento). Proceso que se utiliza en el aprendizaje de nueva información.

Los adolescentes resuelven los problemas y hacen inferencias en forma más adecuada y satisfactoria que los niños de edad escolar (Craig & Baucum, 2009). El adolescente prepara guiones o esquemas más complicados para circunstancias o procedimientos especiales. Cuando trata de resolver un problema, hace inferencias sobre su significado relacionándolas con sus guiones especiales más complejos.

Dentro de los niveles y etapas del razonamiento moral de Kohlberg algunos adolescentes, permanecen en el nivel I (moralidad preconvencional), como los niños pequeños tratan de evitar el castigo o satisfacer sus necesidades. La mayoría de los adolescentes y de los adultos parecen estar en el nivel II (moralidad convencional), por lo regular, en la etapa 3 (orientación hacia el buen niño), conformándose con las convenciones sociales, apoyando el *statu quo* y haciendo lo correcto para agradar a

los demás o para obedecer la ley. La etapa 4 de razonamiento (respetar las normas sociales) es menos común, pero aumenta entre la adolescencia temprana y la adultez. Muchas veces los adolescentes muestran periodos de aparente desequilibrio cuando avanzan de un nivel a otro o retroceden en otros sistemas éticos, como las reglas religiosas, más que en el sistema de Kohlberg basado en el Sistema de Justicia. Kohlberg (Papalia et al., 2012) agregó un nivel de transición entre el nivel II y el nivel III (moralidad posconvencional), cuando la gente ya no se siente limitada por los estándares morales de la sociedad, pero todavía no ha razonado sus propios principios de justicia y basa sus decisiones morales en sentimientos personales. Antes de que las personas puedan desarrollar principios morales (nivel III), deben reconocer la relatividad de las normas morales. Muchos jóvenes cuestionan sus primeras opiniones morales cuando entran a la secundaria y a la preparatoria, a la universidad o al mundo del trabajo y se encuentran con personas cuyos valores, cultura y origen étnico son diferentes a los suyos. Pese a ello, pocas personas alcanzan un nivel donde puedan elegir entre diferentes normas morales.

Dentro de los **cambios sociales** Erikson (Aguirre, 1994; Papalia et al., 2012) transforma el tema de la identidad en el centro de la problemática adolescente siendo la etapa de Identidad versus confusión de roles la principal.

Erikson (1968, en Rice, 2000) creía que durante la adolescencia debe haber una integración de todos los elementos de identidad convergentes y una resolución de conflicto, que dividió en siete partes fundamentales:

1. *Perspectiva temporal frente a confusión en el tiempo.* Ganar un sentido del tiempo y de la continuidad en la vida es crítico para el adolescente, que debe coordinar el pasado y el futuro para formar algún concepto acerca del tiempo que le lleva a la gente conseguir sus proyectos de vida. Esto significa aprender a

estimar y ubicarse en el tiempo. Un sentido real del tiempo no se desarrolla hasta relativamente tarde en la adolescencia: alrededor de los 15 ó 16 años.

2. *Seguridad en uno mismo frente a avergonzarse de sí mismo.* Este conflicto implica el desarrollo de la confianza en uno mismo basada en las experiencias pasadas, de forma que una persona cree en sí misma y siente que hay una probabilidad razonable de conseguir los objetivos en el futuro. Para conseguirlo, los adolescentes pasan por un periodo en el que aumenta el conocimiento y la consciencia de uno mismo, especialmente en relación con la imagen física y las relaciones sociales. Cuando el desarrollo se produce siguiendo un curso relativamente normal, los adolescentes adquieren confianza en ellos mismos y en sus capacidades. Ellos desarrollan confianza en su capacidad para afrontar el presente y en la anticipación de un éxito futuro.

3. *Experimentación de funciones frente a fijación de funciones.* Los adolescentes tienen la oportunidad de probar las diferentes funciones que pueden ejercer en la sociedad. Pueden experimentar con muchas identidades diferentes, características de personalidad, formas de hablar y actuar, ideas, metas o tipos de relaciones. La identidad proviene de las oportunidades para tal experimentación. Aquellos que han desarrollado demasiada inhibición y culpa interna, que han perdido la iniciativa, o que han experimentado prematuramente una fijación de la función nunca encontrará realmente quiénes son.

4. *Aprendizaje frente a estancamiento en el trabajo.* De forma similar, el adolescente tiene una oportunidad de explorar y probar diferentes ocupaciones antes de decidirse por un empleo. La elección del trabajo juega un papel importante en la determinación de la identidad de una persona. Además, una autoimagen negativa en la forma de sentimientos de inferioridad puede impedir a una persona poner la energía necesaria para tener éxito en la escuela o en el trabajo.

5. *Polarización sexual frente a confusión bisexual.* Los adolescentes continúan intentando definir qué significa ser masculino o femenino. Erikson creía que es

importante que los adolescentes desarrollen una identificación clara con un sexo o con el otro como la base de la intimidad heterosexual futura y como la base para una identidad firme. Además, destacó que en las comunidades que funcionan adecuadamente, los hombres y las mujeres deben desear asumir sus roles apropiados, siendo necesaria la polarización sexual.

6. *Líder y seguidor frente a confusión de autoridad.* A medida que los adolescentes expanden sus horizontes sociales en la escuela y el trabajo, en los grupos sociales y con sus nuevos amigos, inicia el aprendizaje de la toma de responsabilidades de liderazgo, así como, el de seguir a otros. Al mismo tiempo, descubren que existen exigencias de competencia en sus fidelidades. El estado, el trabajo, la pareja, los padres y los amigos, todos tienen sus exigencias, con el resultado de que los adolescentes experimentan confusión en relación a la autoridad. ¿A quién deberían escuchar?, ¿a quién deberían seguir?, ¿a quién deberían dar prioridad en su fidelidad?, etc. Responder a esas preguntas requiere un examen sobre los valores y prioridades personales.

7. *Compromiso ideológico frente a confusión de valores.* La construcción de una ideología guía a otros aspectos de la conducta. Erikson se refirió a esta lucha como la búsqueda de la fidelidad. Señaló que los individuos necesitan algo en que creer o a quien seguir.

Si el individuo es capaz de resolver estos siete conflictos, emerge una identidad firme. La crisis está superada cuando él o ella ya no tiene que cuestionarse a cada momento su identidad, cuando ha subordinado la identidad de su niñez y encontrado una nueva autoidentificación (Erikson, 1950, en Rice, 2000). Erikson sabía que encontrar una identidad satisfactoria es más difícil durante un periodo de cambio social rápido porque la generación mayor ya no era capaz de proporcionar modelos de funciones adecuadas para la generación más joven.

CAPÍTULO 2. ADOLESCENTES EN CONFLICTO CON LA LEY Y CON USO Y ABUSO DE SUSTANCIAS

La adolescencia se caracteriza por la cultura de inmediatez, por la inestabilidad emocional, por la necesidad de conocer, experimentar y poner a prueba tanto la propia resistencia, como los límites y las normas familiares y sociales, considerándose una etapa de crisis evolutiva (Germán & Ocáriz, 2009). La evolución de la posición personal en el estado de conflicto social en que vive el menor va variando (Bayón, 2005). Con cada cambio experimentado por el joven puede sentirse inadaptado, aunado a ello, comenzará a participar de la vida, costumbres y cultura de gente nueva y, al mismo tiempo, puede alejarse de los amigos anteriores, e inscribirse en un nuevo espacio social, un espacio de riesgo.

2.1 Definición de adolescente en conflicto con la ley

A través del tiempo ha ido evolucionando el término con el que se conoce este fenómeno, es decir, en relación a éste existen diversidad de denominaciones que derivan de las diferentes perspectivas existentes (jurídico-legal, sociológico, psicológico, médico, antropológico, etc.). En ocasiones el uso de los conceptos llega a ser indistinto. La carencia de una definición universalmente aceptada del fenómeno delictivo parece normal (Otero-López, 1997), dado que, al tratarse de un problema social con múltiples causas, correlatos y consecuencias la tarea de consensuar ¿qué significa?, ¿a qué hace referencia?, etc. es difícil.

Uno de los términos usado más frecuentemente es Delincuencia Juvenil, el cual fue un término acuñado en Inglaterra en 1815, y posteriormente, usado en 1899 con la creación del primer Tribunal para Menores en Chicago, para diferenciar este tipo de delincuencia a la de los adultos (Parra, 2011). Algunos autores definen este término como:

- Todos los individuos menores de 21 años, entre los cuales se incluyen a los adolescentes, de menos de 17 años, y a los niños, menores de 14 que violen la ley (West, 1973).
- Muchacho de menos de 16 ó 18 años de edad que muestra conducta que la ley castiga (Mussen, Conger & Kagan, 1974).
- Persona que tiene una edad inferior a la que la ley de un país determina como responsabilidad penal. La delincuencia solo podrá ser definida adecuadamente atendiendo al contexto social donde se desarrolla, y serán las coordenadas temporales y espaciales las que determinarán su alcance. (Garrido, 1984, en Otero-López, 1997)
- Comportamiento realizado por no adultos que violan las normas formales haciéndolos sujetos de la corte juvenil (Dussich, 1989).
- No solo es el conjunto de aquellos comportamientos delictuosos que de ser cometidos por adultos vendrían a ser enjuiciables como una conducta punible, sino que también se incluye el quebrantamiento de normas básicas de convivencia por parte de menores. Se extiende así el ámbito integrador de la responsabilidad penal de los menores a ciertas conductas que, si bien, pueden catalogarse como desviadas socialmente, no alcanzan a configurar un injusto penal propiamente dicho. O bien, son aquellos delitos cometidos por jóvenes y también se aplica dicho concepto a ciertas figuras cuasidelictuales como la mendicidad, el vagabundeo entre otras muchas conductas afines. (Rodríguez, 2000)
- Adolescente que infringe la ley o que presenta un comportamiento que se considera ilegal (Santrock, 2004 y 2006).
- Transgresiones a la ley cometidas por personas definidas por el sistema legal como menores (personas cuya edad es inferior a los 18 años) (Jensen, 2008).
- Jóvenes de 16 ó 18 años que delinquen; el límite de edad varía según el estado y la naturaleza del crimen. La delincuencia es una forma de ajuste a las realidades

sociales y psicológicas de la adolescencia, un ajuste extremo que la sociedad desapruueba. (Craig & Baucum, 2009)

- Es aquel que comete un acto definido por la ley como ilegal o delictivo, y fue declarado como delincuente por un tribunal apropiado. Es la violación del código penal y ciertos patrones de conducta que no son aprobados para niños y adolescentes. (Sharma, Dhillon & Bano, 2009)
- Adolescentes que cometen actos como no asistir a la escuela, robar, vender cocaína, asesinar, que realizan conductas ilegales y perjudiciales para sí mismos u otras personas (Kail & Cavanaugh, 2011).
- Cualquier acto que pudiese poner en riesgo de adjudicación a los jóvenes que lo cometen, en caso de que fuesen detectados (Vázquez, 2003, en Sánchez-Teruel, 2012).

En 1953 las Naciones Unidas al celebrar el Seminario Latinoamericano de Prevención del Delito y Tratamiento del Delincuente, en Río de Janeiro, declararon técnicamente inapropiado éste término (Pineda & Terrones, 2012). Algunos autores, como Germán y Ocariz (2009) lo consideran un etiquetamiento pernicioso que puede traducirse en la estigmatización de estas personas. Viendo que, los adolescentes infringen, transgreden, quebrantan o violan todas las normas de todas las categorías, transgresor o infractor son términos amplios que permiten conocer todos los hechos cometidos por los menores, toda irregularidad intra o extrafamiliar. Por eso, se comenzó a emplear el término Menor Infractor para referirse a todas las categorías de conducta cometidas por los niños y adolescentes (Pineda & Terrones, 2012). Este término es definido como:

- Personas mayores de 11 y menores de 18 años de edad, cuyas conductas son tipificadas por las leyes penales (Ley para el Tratamiento de Menores Infractores, para el Distrito Federal en materia común y para toda la República en materia federal, 1991).

- Chico o chica mayor a 14 años y menor de 18, que por la trascendencia de los comportamientos contrarios a la ley que cometieron en esta franja de edad, tienen relevancia jurídico-penal, criminológica y victimológica (Germán & Ocariz, 2009).

Para muchos es controversial y ofensivo utilizar este último calificativo, partiendo de la idea, de que los menores, por estar aún en proceso de maduración psicológica bajo ningún concepto pueden considerarse que infrinjan las leyes penales, sino que sus acciones son el resultado de la influencia del medio social o de sus progenitores, quienes la mayoría de las ocasiones los determinan a incurrir en actividades delictivas (Cruz, 2007). Aunque los conceptos Delincuencia Juvenil y Menor Infractor son actualmente usados, en vigencia legal, y el concepto usado en este trabajo será Adolescente en conflicto con la ley, definido como:

- Todo adolescente (persona comprendida entre los doce años de edad cumplidos y menos de dieciocho años de edad) a quien se atribuya un hecho tipificado como delito en las leyes penales (Ley de Justicia para Adolescentes para el Distrito Federal, 2007).
- Menor que ha cometido un acto ilícito y, conforme a las reglas, es todo menor al que se ha imputado la comisión de un delito o se le ha considerado culpable de la comisión de un delito (Pineda & Terrones, 2012).
- A quien se atribuya la realización de una conducta tipificada como delito por las leyes penales y tenga entre doce años cumplidos y menos de dieciocho años de edad (LNSIIPA, 2016).

2.2 Dos tipos de delincuencia de Terrie Moffitt

Moffitt en el año 1993, propuso una teoría en la que distingue entre delincuencia limitada a la adolescencia y delincuencia que persiste a lo largo de la vida.

Esto lo ilustra la investigación longitudinal realizada a jóvenes de Nueva Zelanda, este estudio es conocido como el *Estudio Longitudinal Dunedin*. Moffitt refiere que son dos tipos distintos de delincuencia, cada uno con motivaciones y fuentes diferentes; sin embargo, puede ser difícil distinguirlos en la adolescencia, cuando los actos delictivos son más comunes que en la niñez o la adultez. La forma de distinguirlos es estudiar la conducta antes de la adolescencia.

Los delincuentes que persisten a lo largo de la vida muestran un patrón de problemas desde el nacimiento. Esta autora, cree que sus problemas se originan en deficiencias neuropsicológicas que se hacen evidentes en un temperamento difícil en la infancia, además de estar asociado a pobres funciones verbales y ejecutivas. Respecto al déficit verbal, éste puede afectar la escucha receptiva y la lectura, resolución de problemas, el lenguaje expresivo y la escritura, y la memoria; mientras que, el déficit ejecutivo produce lo que se refiere algunas veces como un problema de aprendizaje comportamental, incluyendo síntomas como la falta de atención e impulsividad propios del Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH). Los niños con esos problemas también tienen mayor probabilidad que otros de crecer en un ambiente de alto riesgo (por ejemplo, una familia con bajos ingresos, un padre soltero, con padres que tienen sus propios problemas). En consecuencia, sus ambientes empeorarán en lugar de aliviar sus deficiencias neuropsicológicas. Cuando llegan a la adolescencia, los niños con la combinación de deficiencias neurológicas y un ambiente de alto riesgo son muy propensos a las actividades delictivas. Además, tienden a continuar sus actividades delictivas mucho después de que han terminado la adolescencia, bien entrada la adultez.

Los delincuentes limitados a la adolescencia siguen una tendencia muy diferente. No muestran signos de problemas en la infancia o la niñez y pocos participan en actividades delictivas después de los 15 años. Es solo durante la adolescencia que tienen un periodo de actividad delictiva ocasional, en el que muestran conductas

infractoras como vandalismo, robo y consumo de drogas. A estos delincuentes los motiva el deseo de tener acceso al poder y los privilegios de la adultez, disminuye cuando los adolescentes pueden obtener privilegios adultos por medios legítimos: el sexo a través del matrimonio, las posesiones materiales por medio del trabajo, la independencia como resultado de mudarse a vivir solos, etc.

2.3 Causas de la delincuencia juvenil

Al analizar las causas genésicas de cualquier conducta humana, tenemos que incidir en el concepto de Ser, el cual, tomado como unidad bio-psico-social, nos da las pautas o influencias que intervienen como generadoras de hechos conductuales (Tocaven, 1976). Esta acepción descarta la creencia de una causa única en el comportamiento delictivo y muestra que éste resulta de la interacción de muchas variables (Tocaven, 1976; Hoffman et al., 1996). Es por ello, que a continuación se exponen de manera general algunas teorías que han tratado de explicar la conducta delictiva en los jóvenes.

Las **teorías individuales**, obviamente, enfatizan la importancia de factores personales en la causación de la delincuencia, ya sean éstos innatos (teorías biológicas) o adquiridos (teorías puramente psicológicas) (Garrido, 1987, en Mirón & Otero-López, 2005).

Las teorías biológicas contemplan los problemas derivados de la conducta desviada como incardinados en las estructuras físicas (Garrido, 1989). Se podría incluir los desórdenes del cerebro y del sistema nerviosos central, así como, los bioquímicos y los genéticos.

Existen diferentes tipos de teorías biológicas de la conducta delictiva, Rutter y Giller (1983) toman tres como ilustrativas de dicha aproximación, estas son:

1. *Teoría de Quay* (1977, en Rutter & Giller, 1983). Postula que aquellos que finalmente manifiestan conducta psicopática han nacido con un sistema nervioso, cortical y/o autónomo, que es hiporreactivo a la estimulación. Como consecuencia el niño es un buscador de estimulación que experimenta un malestar hedónico en condiciones que son normalmente activadoras para la mayoría de los niños. Además, no desarrolla adecuadas respuestas anticipatorias al dolor. La combinación de la conducta buscadora de sensaciones junto con la refractariedad de los efectos de los castigos, tanto físicos como sociales, obviamente hace un niño difícil con el cual los padres tienen, no obstante, que actuar. Debido a que el castigo tiene que ser de alto nivel para que produzca efecto, el niño probablemente recibirá pronto y excesivamente duros castigos (según los estándares) por la mayoría de sus acciones, convirtiéndose en un estímulo aversivo creciente para sus padres. Debido a la habituación, el niño desarrollará una resistencia creciente a los efectos del castigo. Los padres enfrentados con un niño que está fuera de control, inexplicablemente se refugian en la hostilidad, el rechazo y la incongruencia.

2. *Teoría de Eysenck* (1977, en Redondo & Andrés, 2007). Considera que existen tres dimensiones temperamentales en interacción: a) psicoticismo, el cual, se considera como resultado de los procesos neuroquímicos de la dopamina y la serotonina, y se manifiesta en características personales como la mayor o menor insensibilidad social, crueldad hacia otros y agresividad; b) extraversión, que sería resultado de una activación disminuida del sistema reticular y se manifestaría psicológicamente en los rasgos de búsqueda de sensaciones, impulsividad e irritabilidad; y, c) neuroticismo, sustentada en el cerebro emocional y que se muestra en una baja afectividad negativa ante estados de estrés, ansiedad, depresión u hostilidad. Eysenck y Eysenck (1978, en Rutter & Giller, 1983) sugirieron que la psicopatía primaria estaría asociada con la dimensión llamada psicoticismo, y que la psicopatía secundaria estaría asociada con una alta extraversión y neuroticismo. Se postula que la consciencia es el resultado de un

largo proceso de condicionamiento y que lo que distingue al psicópata secundario es su pobre condicionabilidad asociado a su vez con una alta extraversión y neuroticismo. La suposición es que estas dimensiones son identificables en la niñez, que persisten en la edad adulta, y que los conceptos de psicopatía primaria y secundaria son aplicables a la mayoría de las conductas delictivas en la niñez. Según Rutter y Giller (1983), Eysenck no es demasiado explícito en cuánto o en cómo uno puede diferenciar entre psicópatas primarios y secundarios o ambos, de los delincuentes no psicópatas. En esencia, parece que la conducta antisocial en la niñez está bastante asociada con el psicoticismo y tiene alguna relación con el neuroticismo, pero no tiene una relación consistente con la extraversión.

3. *Teoría de Robins* (1966, en Rutter & Giller, 1983). En ésta se ha argumentado que la personalidad sociopática (significando un síndrome compuesto de una amplia variedad de conductas antisociales que aparecen en la niñez) constituía un estado de enfermedad psiquiátrica. Los pilares principales sobre los cuales basó su argumentación fueron: a) existía un conjunto de síntomas común con una edad de aparición similar; b) los síntomas seguían un curso predecible; y, c) aparecían en chicos cuyos padres, hermanos y descendientes tenían una elevada incidencia de dicha condición. Más recientemente, se han reiterado dichos argumentos (Robins, 1978 y, Robins & Ratcliff, 1979 y 1980, en Rutter & Giller, 1983) con el soporte adicional de la evidencia mostrando: a) que el patrón se mantenía en muestras de población muy distintas; b) que cada tipo separado de conducta desviada en la niñez correlacionaba independientemente con el nivel global de trastorno en la edad adulta; y, c) a la inversa, cada tipo separado de desviación adulta podría ser predicho por el nivel global de desviación del niño.

Las teorías psicológicas han hecho hincapié principalmente en la pregunta quién, esto es, por qué esta persona es delincuente y por qué aquella no lo es (Rutter & Giller, 1983). Una de las visiones que ha tenido una influencia importante en la teorización acerca de los delincuentes y de la delincuencia es la psicoanalítica. La

cual, es derivada de Freud y sus discípulos y se centra en el interior de las personas para determinar las causas de la conducta desviada (Garrido, 1989). Supone que los niños nacen con instintos inconscientes y primitivos, que son agresivos y destructivos con el potencial de ser proyectados en conducta delictiva (Rutter & Giller, 1983), o bien, puede ser introyectada, autodestruyéndose (Tocaven, 1976). Uno de sus expositores en relación a este tema es Peter Blos.

Blos (2003) refiere que hay una conducta delictiva pasajera durante la adolescencia, ésto está indicando una crisis psicológica, pero en sí misma no es un suceso patológico. Es siempre esencial evaluar de manera diferente cada comportamiento delictivo. La conducta delictiva promueve una detención en el desarrollo, que, aun cuando solo sea transitoria, puede impedir seriamente y hasta abortar el proceso adolescente y adquirir la inflexibilidad de un síntoma.

Este mismo autor menciona que existen dos extremos del desarrollo inadaptado del adolescente, el primero es el estado de retraimiento emocional, en éste se tiene una falta de respuesta emocional adolescente y desapego estático respecto del mundo que lo rodea; en contraste con ello, el segundo es el acting-out o actuación, que lleva a la participación incontenible, indiscriminada, explotadora y egocéntrica en el mundo de los objetos y de las personas. El acting-out es una descarga impulsiva que obedece a una fallida estructura superyoica y a un defectuoso sistema de control de los impulsos, es una forma altamente organizada de comunicación por la vía del sistema de la acción.

Por definición, la delincuencia está referida a un trastorno de la personalidad que se exterioriza en un conflicto franco con la sociedad. Lo que más intriga del delincuente es su incapacidad para interiorizar el conflicto, o más bien, su ingeniosa evitación de la formación de síntomas mediante la vivencia de la tensión endopsíquica como un conflicto con el mundo exterior.

La delincuencia siempre tiene un marco de referencia social y, por ende, tiene que ver con la desviación respecto de las normas sociales o las expectativas predominantes en materia de comportamiento. El sistema individual de motivaciones (o la configuración dinámica) de la delincuencia siempre es influido por la tradición y el cambio social. Por tal razón, en el estudio de la delincuencia, cabe distinguir dos frentes de indagación; denominados los determinantes sociológicos, por una parte, y el proceso psicológico individual, por otra.

En la delincuencia femenina, la organización pulsional infantil, que nunca fue abandonada, irrumpe con la pubertad y encuentra salida corporal en la actividad genital. Las metas pulsionales pregenitales que predominan en la conducta delictiva de la mujer vinculan esa conducta con las perversiones. Hay básicamente dos tipos de delincuentes femeninas: las que han regresado a la madre preedípica y las que tratan en forma desesperada de aferrarse a la etapa edípica. En ambos casos, el principal problema vincular es la madre. Estos dos tipos de muchachas delincuentes cometerán trasgresiones que parecen idénticas, y de hecho lo son ante la ley, pero son esencialmente diferentes en cuanto a su dinámica y estructura. En un caso tenemos una solución regresiva, en tanto que, en el otro prevalece una lucha edípica que, por cierto, no alcanzó jamás ningún grado de interiorización o resolución. Mientras que, el típico proceder delictivo del varón contiene elementos de un agudo interés por la realidad; además, reconocemos en ese proceder su fascinación por la lucha que se libra entre él y la gente, las instituciones sociales y el mundo de la naturaleza.

Al ampliarse los conceptos explicativos y entenderse hasta la etapa preedípica del desarrollo, fue surgiendo un modelo más complejo de la delincuencia. Se hablaba ahora de múltiples delincuencias, las cuales tienen como denominador común dos características: 1) la participación del sistema de acción en la resolución de

problemas; y, 2) el uso del ambiente como regulador de la tensión. Ambos factores operan contra la interiorización y los cambios dentro del self.

La actuación, sello distintivo de este grupo de adolescentes asociales, es una especie de conducta con muchas subespecies distintas. Una de ellas, es aquella en la que el sistema de acción ha asumido, en grado significativo, aunque limitado, una función yoica que normalmente corresponde al lenguaje simbólico. La conducta inadaptada impresiona al observador como una comunicación gestual cuyo contenido es a todas luces ignorado por quien la emite. Soslayando el lenguaje como canal expresivo, parecería que para la exteriorización de las ideas, recuerdos, afectos o conflictos el sujeto solo considera las modalidades concretas de expresión. El principal vehículo de la comunicación es la acción. No es una mera acción realizada al azar, pero tampoco es una acción voluntaria e intencional. De ésto se desprende que, siendo una comunicación gestual, la acción no expresa forzosamente enunciados inequívocos, compuestos de elementos separados, como puede discernirse en el pensamiento lógico verbalizado, sino que, es una formación sincrética dotada de una irracionalidad implícita, que es ajena al uso comunicativo del lenguaje. Conocemos ese sincretismo a partir de los sueños en los que un individuo puede ser varias personas al mismo tiempo, sin que surja en el soñante un sentimiento de irrealidad. Existe un factor predisponente de la actuación, que consiste en una distorsión en el vínculo entre la acción y el lenguaje y el pensamiento verbalizado.

Como resultado de esta distorsión, cabe distinguir dos formas extremas: 1) el concretismo mediado por la acción y 2) el concretismo mediado por las imágenes eidéticas. El adolescente puede describir estas dos formas, siendo ambas inaccesibles a la interpretación verbal. Se ha comprobado que la imaginación eidética, en particular la proveniente de sueños diurnos, prevalece más entre las muchachas, en tanto que, los muchachos recurren más prontamente a la acción.

Ambas modalidades pueden constituir un equivalente del pensamiento verbalizado, del mismo modo que, decimos que el pensamiento es un equivalente de la acción. Las interpretaciones del concretismo de la acción o de las imágenes eidéticas es ineficaz porque el pensamiento prelógico primitivo que está implícito en él revoca la comprensión de los elementos discontinuos del lenguaje gobernado por el proceso secundario. Solo podemos saber si ha intervenido el principio de realidad cuando la concreción de las imágenes eidéticas se resuelve en un lenguaje figural o metafórico, o, a la inversa, cuando el gesto corporal es remplazado por palabras. La irracionalidad de las ideas con las que ciertos delincuentes justifican y defienden su comportamiento asocial posee una fijeza e inmutabilidad que nos recuerdan a un sistema delirante, aunque no aparezca ningún trastorno del pensamiento ni distorsión de la realidad derivados de una psicosis o de una causa orgánica.

Teniendo en cuenta estos rasgos peculiares de esta subespecie de conducta actuante, se le ha llamado concreción. En este contexto, pensamiento concreto y pensamiento abstracto son etapas ontogenéticas de la comprensión del mundo externo y la interacción con él. El carácter concreto de la acción y de las representaciones de las cosas, y su transición hacia un lenguaje simbólico y la formación de conceptos, representa un punto cardinal del desarrollo, en torno del cual gira no solo la modalidad individual de comunicación sino su progresiva utilidad para el dominio adaptativo del mundo interior y exterior.

El delincuente concretante da testimonio de una realidad de su pasado y de recuerdos (preconscientes) aislados y olvidados, que permanecen excluidos de la asimilación cognitiva cuando el ambiente los contradice abiertamente o los ignora con sarcasmo. El Yo del niño padece así de una discontinuidad a causa de la patología yoica de las personas significativas que lo tienen a su cuidado (por lo común sus progenitores), la desmentida enclavada en esas personas contradice la percepción del niño privándolo de convalidación consensual. Se halla aquí un motivo

más para la supervivencia de lo concreto, ya que la salud irá en torno de la identidad de la percepción y la realidad, de los recuerdos y los hechos. A través de la acción evita o corrige una porción de su realidad histórica.

El adolescente concretante actúa sin pensar y sin resolver interiormente la tensión, o sin acomodarse a ella. Está predestinado a entrar en conflicto con el ambiente, a ser un delincuente, aun cuando nunca se vea enfrentado realmente a la justicia. La concreción representa siempre una forma primitiva de adaptación; en consecuencia, que este impase evolutivo se pueda superar, y llevar adelante el detenido proceso de interiorización, depende de que el ambiente sea sensible y coopere en el momento de crisis. Una característica significativa del adolescente concretante es la participación de sus intereses yoicos en su comportamiento inadaptado, en contraste con la gratificación puramente pulsional que se da en otras formas de actuación. Siempre se trata de un problema de equilibrio o de preponderancia. Aun cuando es evidente una irrupción de impulsos del Ello, el promotor decisivo de la actuación ha de encontrarse, empero, en un interés yoico.

Las **teorías psicosociales** plantean la necesidad de aunar el aspecto individual y social, destacando el componente relacional de la delincuencia, esto es, la vinculación entre el medio ambiente y la persona que interactúa con él (Garrido, 1987, en Mirón & Otero-López, 2005).

Garrido (1987, en Mirón & Otero-López, 2005) se centra en tres de ellas haciendo referencia que éstas hacen un planteamiento general de la causación y mantenimiento de la conducta delictiva basado, en las experiencias de socialización que se producen en los intercambios del individuo con sus grupos primarios de pertenencia y referencia. Éstas son:

1. *Teorías del Control Social*. Parten de la base de que en todo individuo existe un impulso o motivación natural hacia la trasgresión, impulso que debe

contrarrestarse en el proceso de socialización por medio de los mecanismos de control. Estos mecanismos de control serían, básicamente, de dos tipos: control social externo y control interno o autocontrol (Garrido, 1987, en Mirón & Otero-López, 2005). Los dos modelos más relevantes, en cuanto a su perfecta ejemplificación de los postulados del control social y a la cantidad de investigaciones a que han dado lugar, son:

a. *Modelo de la Contención de Reckless* (1967, en Mirón & Otero-López, 2005). Establece que el factor determinante tanto en la conformidad como en la desviación es el grado en que a la persona se le ha prohibido (o se prohíbe a sí misma) la realización de actividades contrarias a las normas. Esta prohibición o control procede de dos fuentes: el mundo social inmediato al individuo (control o contención externa) y el propio individuo (contención interna).

El control externo se refiere a la habilidad de los agentes sociales para adecuar la conducta del individuo dentro del rango de normas y expectativas valoradas socialmente, y se consigue por medio de tres mecanismos fundamentales: refuerzo, presentación de roles adecuados e inducción a la internalización de las normas.

El control interno es la habilidad de una persona para adecuarse a las normas por medio del autocontrol, autocontrol que consta de cuatro componentes básicos: autoconcepto favorable, orientación de metas convencional, tolerancia a la frustración y aprendizaje de las normas.

Tendremos, entonces, que el control social afecta a la conducta del individuo, en primer lugar, a través del uso del poder, es decir, de la aplicación de sanciones y de la presentación de conductas socialmente adecuadas. La conducta positivamente valorada es recompensada y la negativamente valorada es castigada. El problema es que este tipo de control no puede ser mantenido de forma constante en la vida del individuo de modo directo. Es necesario que el sujeto desarrolle mecanismos internos que cumplan esta misma función, es decir, que desarrolle concepciones acerca de lo adecuado y lo inadecuado en

las distintas situaciones sociales. Estas concepciones deben ser transmitidas por personas que el individuo perciba como fiables y válidas en experiencia y autoridad (Becher, 1962, en Mirón & Otero-López, 2005), y deben ser comunicadas de modo constante y pertinente para que el individuo las internalice.

El Modelo de Reckless es una teoría del desarrollo de la conformidad, en donde la desviación es considerada como un fracaso de los mecanismos encargados de conseguir la vinculación del individuo con la sociedad convencional. Al definir estos mecanismos Reckless (1967, en Mirón & Otero-López, 2005) hace referencia a las personas e instituciones sociales, cercanas al individuo, encargadas de ejercer el control externo y de promover su internalización.

b. *Propuesta Teórica de Hirschi* (1969, en Mirón & Otero-López, 2005). En su obra *Causas de la delincuencia* define la desviación como intrínseca a la naturaleza humana, y afirma que es la conformidad la que debe ser explicada.

Esta conformidad se logra a través del proceso de socialización, proceso que tiene como objetivo la formación de un vínculo entre el individuo y la sociedad, es decir, un concepto básico de esta teoría es que existe un sistema de valores y una organización social encaminados a promover conducta acorde con las leyes. Los elementos fundamentales postulados en esta propuesta teórica son (Mirón & Otero-López, 2005; Redondo & Andrés, 2007):

- *Apego*. Referido a los vínculos afectivos entre el sujeto y los otros significativos de su entorno.
- *Compromiso*. Referido a las aspiraciones y las metas socialmente deseables.
- *Involucración*. Lo cual alude a la participación en actividades convencionales, actividades encaminadas a conseguir prestigio social y objetivos de status, y que, generalmente, se realizan en compañía de los iguales.
- *Creencias*. Entendidas como el estado final de aceptación de la validez moral del sistema de valores sociales.

Cuando más intenso sea cada uno de estos elementos de vinculación social menos probable será la delincuencia, es decir, los delincuentes serían individuos pobremente socializados que no alcanzarán éxito social, no desarrollarán compromisos con proyectos legítimos, ni apego a otros convencionales y, por lo tanto, fracasarán en la adopción de las creencias de la sociedad. Por ello, cuando se les presenta la oportunidad de involucrarse en actividades desviadas lo hacen, dado que no han alcanzado una situación de conformidad, esto es, no tienen vínculos sociales que inhiban tal conducta.

Una versión más reciente de la teoría es la formulada por Gottfredson y Hirschi (1990, en Mirón & Otero-López, 2005) en su *Teoría General del Delito*. Ambos autores postulan que la práctica total de las actividades desviadas/delictivas se explica a partir del autocontrol. Éste sería una variable individual decisiva para determinar la mayor o menor tendencia a delinquir. Las personas con buen autocontrol refrenarían sus conductas desviadas y aquellas con bajo autocontrol presentarían una tendencia a la desviación. El autocontrol sería, en todo caso, el resultado del proceso de socialización, es decir, los postulados básicos del modelo continúan siendo similares a los de la Teoría original de Hirschi.

2. *Teoría de la Asociación Diferencial de Sutherland* (1939, en Mirón & Otero-López, 2005). Ésta fue recogida en su publicación *Principios de criminología*. En la cual, señala que el conflicto de normas y valores existente en cualquier sociedad plural y tecnológicamente avanzada genera la existencia de subculturas desviadas con respecto a la sociedad convencional, de modo que un individuo está expuesto tanto a definiciones favorables como desfavorables a la violación de la ley. A este proceso de recepción de ambos tipos de definiciones es lo que el autor denomina asociación diferencial, dado que actúan como fuerzas contrapuestas que afectan a la propia definición de conducta adecuada.

Sutherland (Rutter & Giller, 1983; Mirón & Otero-López, 2005) condensa su teoría en una serie de proposiciones fundamentales: a) el comportamiento delictivo es aprendido; b) el comportamiento delictivo es aprendido en interacción con otros

mediante un proceso de comunicación; c) la parte más importante de este aprendizaje tiene lugar en los grupos íntimos/primarios; d) este aprendizaje incluye tanto las técnicas para realizar delitos como los motivos, racionalizaciones y actitudes necesarias para delinquir; e) la dirección específica de los motivos se aprende a partir de las definiciones favorables o desfavorables hacia las normas/leyes; f) una persona desarrolla conducta delictiva debido a una preponderancia de definiciones favorables a la violación de la ley, con respecto a las desfavorables a tal violación; g) la asociación diferencial puede variar la frecuencia, duración, prioridad e intensidad; h) el proceso de aprendizaje del comportamiento delictivo involucra todos los mecanismos implicados en cualquier otro aprendizaje; e, i) el comportamiento delictivo es expresión de las mismas necesidades y valores (búsqueda de placer, búsqueda de prestigio) que el comportamiento no delictivo.

Desde esta perspectiva se asume que el delincuente lo es porque ha sido socializado en una subcultura delictiva. Ha aprendido e interiorizado normas delictivas, y participa de este tipo de subcultura, de modo que su conducta se explica al igual que se explica la conducta de una persona socializada en una cultura convencional (Alvira & Canteras, 1986, en Mirón & Otero-López, 2005).

3. *Teorías del Aprendizaje Social*. Estas teorías tienen la visión de que las actividades delictivas no son distintas de otras formas de conducta, y que las variables de aprendizaje ejercen una influencia importante en la adquisición, ejecución y mantenimiento de la conducta criminal (Rutter & Giller, 1983).

a. El modelo más conocido es el de *Bandura*; sin embargo, no es un modelo teórico de la conducta desviada, sino un modelo de aprendizaje de la conducta humana en general (Bandura & Walters, 1963 y, Bandura, 1971 y 1977, en Mirón & Otero-López, 2005).

Esta teoría parte de la base de que la conducta es el resultado de la interacción recíproca y continua entre los determinantes personales y situacionales, y

establece que el aprendizaje se produce a través de dos mecanismos fundamentales (Bandura, 1977, en Mirón & Otero-López, 2005): 1) por las consecuencias de la respuesta (efectos positivos o negativos de las acciones), éstas tienen varias funciones: proporcionar información, servir como motivación para posteriores conductas, y servir como refuerzo (este refuerzo opera sobre todo por su valor informativo y motivacional, y no fortaleciendo automáticamente la respuesta); y, 2) por medio de modelos (aprendizaje vicario u observacional): al observar un modelo se adquieren representaciones simbólicas de las actividades efectuadas por el modelo, que sirven como guía para conductas futuras del observador, en el cual, actúan procesos atencionales, de retención, de reproducción motora, y motivacionales. Estos últimos implican que la conducta observada se adoptará o no dependiendo de las consecuencias que esa conducta haya tenido para el modelo.

b. El modelo dominante en la explicación de la delincuencia es la versión del *Aprendizaje Social formulada por Akers* (2006 y Akers & Sellers, 2004, en Redondo & Andrés, 2007). Considera que en el aprendizaje del comportamiento delictivo intervienen cuatro mecanismos interrelacionados: 1) la asociación diferencial con personas que muestran hábitos y actitudes delictivos; 2) la adquisición por el individuo de definiciones favorables al delito; 3) el reforzamiento diferencial de sus comportamientos delictivos; y, 4) la imitación de modelos pro-delictivos.

El modelo propone que la conducta social, ya sea desviada o adaptada, es el resultado de un mayor refuerzo en comparación con el castigo asociado a esa conducta, y de las contingencias de refuerzo/castigo asociadas a la conducta alternativa (Mirón & Otero-López, 2005). Las definiciones conducirán a la desviación cuando, en el balance, las definiciones positivas y neutralizadoras de esa conducta sean superiores a las negativas. De modo que la conducta desviada será más probable si ha sido reforzada diferencialmente sobre otras

conductas alternativas, y si ha sido definida como deseable o, al menos, como aceptable.

c. Otro modelo que ha recibido atención, es la aproximación de *Jessor y Jessor* (1977, en Mirón & Otero-López, 2005). Postula dos sistemas fundamentales en los que se basa la realización de conductas desviadas versus adaptadas: 1) un sistema de personalidad compuesto de valores y creencias generales acerca de uno mismo y de la sociedad, y de unos controles personales; y, 2) un sistema ambiental percibido referido a fuentes importantes de socialización. De acuerdo con ese modelo, la conducta desviada es el resultado de la adopción de valores y creencias no convencionales aprendidas en interacción con otros significativos, que permiten al individuo mantener y justificar su propia conducta frente a las presiones de la sociedad general.

Existen ***otros factores causales de la delincuencia juvenil*** dentro de los que se encuentran:

Sistema de apoyo familiar. Los padres de delincuentes suelen presentar una menor capacidad para evitar los comportamientos antisociales y para fomentar los comportamientos positivos que los padres de adolescentes que no delinquen (Hoffman et al., 1996; Santrock, 2004). El control de los adolescentes por parte de sus padres resulta de vital importancia a la hora de determinar si un adolescente se convertirá en un delincuente. La discordia en el seno de la familia y la disciplina poco coherente e inadecuada también se asocian con la delincuencia.

Además, Craig y Baucum (2009) mencionaron que la probabilidad de cometer actos delictivos es mayor entre los varones de familias de un solo progenitor encabezadas por la madre, cualquiera que sea su nivel socioeconómico. La ausencia de un modelo masculino no es la única causa; tienen más probabilidades de meterse en problemas los adolescentes que viven con un padrastro que los que viven con su madre solamente.

Clase social. La clase baja tiene más probabilidad de ser investigada, arrestada por sospechosa, permanecer en prisión, ser llevada a juicio, ser hallada culpable y recibir castigo severo, que cualquiera de las otras clases sociales (Jiménez, 2005). Hoffman et al. (1996) refieren que los adolescentes que crecen observando el lujoso mundo retratado en la televisión, pero carecen de medios legales para obtener estos bienes, simplemente se dedican a cogerlos. Además, las normas de muchos grupos de iguales y de bandas callejeras de clase baja son eminentemente antisociales o contraproducentes en comparación con las normas de la sociedad en general (Santrock, 2004). Meterse en problemas y salir de ellos constituye un patrón de vida para muchos adolescentes en zonas marginales. Estos jóvenes consideran que pueden obtener atención y status si llevan a cabo acciones de este tipo. Para estos adolescentes, ser duro y masculino son rasgos propios de niveles superiores, rasgos que suelen medirse por la capacidad que se tiene para cometer delitos y escapar de las consecuencias.

Aunque la delincuencia continúa ligada a esta clase social, su práctica se ha extendido últimamente a los grupos socioeconómicos medios y altos (Santrock, 2004; Jiménez, 2005).

Escolaridad. Herrera-Hernández, Ampudia y Reidl (2013) realizaron un estudio cuyo objetivo fue identificar a jóvenes en conflicto con la ley de sus pares sin conflicto, se observó que la mayor parte de los jóvenes en conflicto con la ley tenían una escolaridad igual o inferior al tercer grado de primaria. Becedoniz, Rodríguez, Herrero, Paíno y Chan (2005, en Rodríguez, Paíno & Moral, 2007) señalan que en los jóvenes infractores un indicador preocupante es la falta de interés por la escuela, que se manifiesta con la deserción escolar en el mismo nivel mencionado anteriormente.

Al respecto, una situación de fracaso en la escuela lleva al muchacho a buscar otras alternativas a la misma y se encuentra con la calle y todo lo que conlleva (Rodríguez

et al., 2007). De este modo, a la escuela se le ha identificado como uno de los principales predictores de la conducta delictiva, de manera que el fracaso académico se vincula a la participación del menor en actividades delincuenciales.

2.4 La personalidad del adolescente en conflicto con la ley

La importancia que el estudio de la personalidad tiene dentro del campo de la psicología, puede explicarse en función de varias razones (Cueli, Reidl, Martí, Lartigue & Michaca, 2016):

1. Entender en forma aproximada los motivos que llevan al hombre a actuar, opinar, sentir, ser, etc., en determinada manera;
2. Integrar en un solo concepto los conocimientos que podemos adquirir por separado de aquellas que podríamos considerar facetas, experimental y didácticamente abstraídas de una totalidad (la persona), como son la percepción, la motivación, el aprendizaje y otras;
3. Aumentar la probabilidad de poder predecir con mayor exactitud la conducta de un individuo; y,
4. Ayudar a conocer cómo se interrelacionan los diferentes factores que integran la personalidad.

La palabra personalidad deriva de la voz latina *persona*, la cual era una máscara utilizada por un actor mientras hablaba o actuaba sobre un escenario (Allport, 1977; Hurlock, 1987). Ésto es del agrado de los que prefieren definir la personalidad por el efecto exterior, en donde lo importante es la apariencia, no la organización interior. Pero *persona* incluso en tiempos antiguos, paso a significar otras cosas, entre ellas el actor que la máscara ocultaba, es decir, el verdadero conjunto de sus cualidades internas y personales. Algunas definiciones que se tienen sobre personalidad son:

- Conjunto de todas las disposiciones, impulsos, tendencias, apetencias e instintos biológicos innatos del individuo, unido a las disposiciones y tendencias adquiridas por experiencia (Prince, 1924, en Allport, 1977).
- Organización mental total de un ser humano. Comprende todos los aspectos del carácter humano: intelecto, temperamento, habilidad, moralidad y todas las actitudes que han sido elaboradas en el curso de la vida del individuo. (Warren & Carmichael, 1930, en Allport, 1977)
- Es el agregado organizado de procesos y estados psicológicos del individuo (Linton, 1945, en Allport, 1977).
- Suma total de patrones conductuales, actuales y potenciales del organismo, determinados por la herencia y por el medio social; se origina y desarrolla a través de la interacción funcional de los cuatro sectores principales dentro de los cuales están organizados estos patrones de conducta: el sector cognoscitivo (inteligencia), el sector conativo (carácter), el sector afectivo (temperamento) y el sector somático (constitución) (Eysenck, 1947, en Cueli et al., 2016).
- Conceptualización más adecuada de la conducta de una persona en todos sus detalles (McClelland, 1951, en Mischel, 1988).
- Patrón único de rasgos de una persona (Guilford, 1959, en Mischel, 1988).
- Aquello que permite la predicción de lo que una persona va a hacer en una situación dada (Cattell, 1965, en Cueli et al., 2016).
- Organización dinámica, dentro del individuo de los sistemas psicofísicos que determinan su conducta y su pensamiento característicos (Allport, 1977).
- Conjunto formado por los modelos de conducta y tendencias relativamente permanentes, que son características de un individuo (Kolb, 1992).
- Conjunto complejo de cualidades psicológicas que influyen los patrones característicos de conducta de un individuo en distintas situaciones, a lo largo del tiempo (Gerrig & Zimbardo, 2005).
- Patrón único de pensamientos, sentimientos y conductas del individuo que persisten a través del tiempo y de las situaciones (Morris & Maisto, 2014).

- Consistencias en las conductas de la misma persona en diferentes contextos (Cueli et al., 2016).

Se han dedicado esfuerzos por determinar si ciertos factores de personalidad predisponen a la delincuencia adolescente (Rice, 2000). Aunque no se puede asociar un único tipo de personalidad con la delincuencia, se sabe que quienes llegan a delinquir tienen ciertas características.

Al respecto, Argyle (en West, 1973) sugería que las características más importantes de los delincuentes se dividen en cuatro, y que cada una de éstas, se relaciona con rasgos específicos del ambiente de los delincuentes. Primeramente, observaba la falta de simpatía desplegada por muchos delincuentes, o sea, su insensibilidad y agresividad, su indiferencia hacia los sentimientos de las otras personas. La segunda característica es la falta de consciencia o débil superego, la cual resultaba de las bajas puntuaciones alcanzadas por algunos delincuentes en cuestionarios acerca de valores y elecciones morales, su propensión a mentir y falsear los datos en los test, y su tendencia a la extrapunitividad, es decir, a hacer recaer censuras en los demás. En tercer lugar, se encontraba la impulsividad o falta de control del ego, la cual se revelaba en la ejecución descuidada de diferentes tareas, poca perseverancia y una preocupación por la satisfacción inmediata más que por los objetos a largo plazo. Finalmente, en cuarto lugar, observó la tendencia de algunos delincuentes a identificarse a sí mismos con una escala antisocial de valores, a mostrar resentimiento y oposición a las autoridades controladoras tales como policías, maestros y padres, y a buscar el caudillaje entre los individuos más rebeldes del propio grupo de su edad. Aparte de estas actitudes, señalaba que tales delincuentes no eran psicológicamente anormales.

Por su parte, Hewitt y Jenkis (en West, 1973) identificaron una triple división en los delincuentes juveniles. Los agresivos insociales que eran propensos a la crueldad, a

la violencia y a la venganza, a iniciar peleas, a la destructividad y a desafiar abiertamente a la autoridad; además su actitud era amargada y se advertía que no sentían remordimiento. Los hiperinhibidos o neuróticos, que, a pesar de sus transgresiones, generalmente son sumisos y súper sensibles, inclinados a la tristeza, depresión y timidez, faltos de interés y energía. Los delincuentes socializados o pseudosocializados, por otro lado, eran más propensos a hurtar y a asociarse con pandillas y malas compañías, pero eran abiertamente menos agresivos y con menos solidaridad.

Así mismo, Reiss (en West, 1973) dividió los registros de 1,110 sujetos masculinos de un tribunal de menores en tres grupos: normales, delincuentes sociales e inadaptados. De los primeros indicó que no presentaban ninguna peculiaridad de actitud evidente o de personalidad. Describió a los delincuentes sociales como muchachos que habían dejado de internalizar ciertos modelos propios de la clase media; además, se identificaban a sí mismos con grupos de rebeldes y experimentaban escasos sentimientos de culpa acerca de sus transgresiones. Finalmente, el tercer grupo lo formaban sujetos impulsivos, de escaso autodominio, con muchos conflictos internos acerca de sus delincuencias, constituido por muchachos con tendencias neuróticas, o bien, psicopáticas.

De acuerdo a un estudio longitudinal realizado por la Escuela de Medicina de la Universidad de Colorado (Mussen et al., 1974) en el que se les pidió a los profesores recabar los datos de los test de personalidad y las estimaciones de la conducta de sus estudiantes a diversas edades (desde el jardín de niños hasta el noveno grado) con el objetivo de determinar las diferencias entre los futuros delincuentes respecto a los que no lo serían. Se observó que desde el jardín de niños hasta el tercer grado de primaria, los maestros consideraban que los futuros delincuentes estaban menos adaptados que sus compañeros de clase; parecían ser menos considerados y justos en el trato con los demás, menos cordiales, menos responsables, más impulsivos y

más antagónicos a la autoridad; se distraían más fácilmente, tendían más a soñar despiertos y, en general, les costaba más trabajo mantener la atención y trabajar en la tarea hasta dejarla terminada. Aunque este cuadro general no se modificó en el periodo comprendido entre los grados cuarto y sexto, el resentimiento y el rechazo hacia la autoridad escolar se asemejó en ambos grupos. Hacia el final del noveno grado, cuando estos muchachos habían llegado al periodo en que son más comunes los actos delictivos, los futuros delincuentes mostraron diferencias respecto a sus compañeros, prácticamente en todas las fases del funcionamiento de la personalidad y de la conducta medida mediante test de la personalidad o a través de las estimaciones y comentarios de los maestros. Siguieron exhibiendo considerablemente menos respeto y consideración por los derechos de los demás (tanto de los maestros como de los compañeros); se mostraban menos dispuestos a cooperar en la observancia de las normas y regulación de la escuela, y en el cumplimiento de sus obligaciones como miembros de un grupo social. Además, a esta edad los futuros delincuentes mostraron un antagonismo mucho mayor respecto a la autoridad a comparación del periodo comprendido entre el cuarto y el sexto grado. Manifiestamente, en los años comprendidos entre la niñez media y la adolescencia, las actitudes respecto a la autoridad de los que no fueron delincuentes mejoraron considerablemente, mientras que, entre los futuros delincuentes, siguieron empeorando. Éstos últimos se mostraron menos cordiales y agradables con sus compañeros, parecieron ser más fáciles de distraer, manifestaron poseer mucha menos capacidad para sostener la atención, tendieron más a soñar despiertos y, cuando se les desafió académicamente, propendieron, a rendirse más fácilmente.

Durante la adolescencia se estimó que los futuros delincuentes estaban menos ajustados en general, carecían más de confianza y de respecto en sí mismos, eran menos joviales y felices, menos capaces de entenderse con miembros de su propio sexo y del opuesto, y se esforzaban más por llamar la atención. Parecían ser mucho menos capaces de establecer relaciones personales y estrechas con sus

compañeros y con adultos, especialmente con estos últimos. Dijeron tener menos intereses en la vida, y en general se vio que carecían de entusiasmo. Se formaron opiniones de sí mismos muy semejantes a las que manifestaron sus maestros respecto a ellos. Así, por ejemplo, en los test se vio que los futuros delincuentes eran más egocéntricos, infantilmente exigentes, desconsiderados, irreflexivos y propensos a expresar su irritación. Reconocieron también tener sentimientos de depresión y desaliento, cambios bruscos del humor, propensión a soñar despiertos, una sensibilidad excesiva con mayor recurrencia, reportaron más a menudo toda una variedad de manifestaciones somáticas y conductuales de la ansiedad y preocupaciones hipocondríacas. Por último, también mostraron una tenencia considerablemente mayor a responder a las presiones ambientales (especialmente de los padres o de otras figuras autoritarias) con hostilidad, rechazo, o simple alejamiento de la situación, en vez de aceptarla, ya sea por su propio bien, o por el de otros.

Por otro lado, Koch (en Tocaven, 1979) acuñó el término psicopático para referirse a tipos de delincuentes cuya personalidad parecía enferma sobre todo en sus aspectos afectivos. En relación a esto, Curran y Mallison (en Tocaven, 1979) en su estudio *Psychopathic personality* consideraron que no se puede hablar de una personalidad psicopática, sino que hay que diferenciar dentro de la misma tres tipos:

1. Personalidad vulnerable que bajo presión puede y suele presentar reacciones psicopáticas;
2. Personalidad o caracteres inusuales o anormales que no siempre son necesariamente inestables o socialmente indeseables; y,
3. Personalidad psicopática cuya característica principal es su conducta social o antisocial.

Karpman (1947, en Tocaven, 1979) hizo una clasificación de la personalidad psicopática en dos tipos:

1. *Tipo primario o ideopático.* Sería el tipo afectivamente empobrecido en cuanto al desarrollo de la consciencia y la capacidad de establecer relaciones afectivas e introyectar un código; y,
2. *Tipo secundario o sintomático.* En el cual la conducta oculta trastornos neuróticos o psicóticos subyacentes.

Finalmente, Tocaven en el año 1979, afirmó que existen características cuantitativas en algunos factores de la personalidad que se acusan en el infractor, éstas son: egocentrismo (tendencia a referir todo a sí mismo, a convertir su Yo, su personalidad, en el centro del mundo), labilidad afectiva (forma de ser de la afectividad que está sometida a fluctuaciones muy notables), agresividad (capacidad del individuo para enfrentarse con su entorno y tratar de dominarlo, si tal capacidad se dirige normalmente entonces estamos ante el aspecto positivo de la agresividad, de lo contrario, de modo patológico nos encontramos ante la cara negativa de la misma) e indiferencia afectiva (la falta de resonancia, en lo íntimo del sujeto, de los objetos, cosas, personas, sucesos, etc. de su entorno social):

1. *Delincuente egocéntrico.* Trata de justificar su conducta ante sus propios ojos, para ello, utiliza una serie de razonamientos (mecanismos de racionalización), que tienden a desvalorizar los argumentos o enfoques de los otros, los valores presentes en la sociedad en que convive. De esta forma evita posibles inhibiciones para su conducta presente y futura, por lo que volverá a obrar de nuevo del mismo modo.

Además, adoptará ante los que lo rodean una postura vehemente, torpe, crítica y acusadora. Esto es en el fondo una prolongación del mecanismo de racionalización al que aludíamos anteriormente; al no sentirse culpable de sus faltas, acusa al entorno como medio de liberación. Tales acusaciones pueden revestir modalidades diversas: la de hipocresía ante los que, según él, solo practican el bien aparentemente; la de culpabilidad de la sociedad por su estado; la de injusticias recibidas de parte de su familia, amigos y demás grupos sociales

en que convivió, etc. De lo que se desprende que tal estado de ánimo no solo facilita el paso al acto delictivo, sino que en casos extremos puede llevar al sujeto a cuadros delirantes de tipo paranoide.

2. *Delincuente con afectividad lábil.* No es intimidado por la idea del castigo, que ve como muy lejana e improbable, puesto que, por una parte, se promete escapar fácilmente a la persecución de la justicia y, por otra, tampoco le asusta excesivamente el rigor del castigo.

Por lo mismo, no es raro que en el lábil se observe buena conducta durante su tratamiento, típica de casi todos los infractores habituales, hecho que es interpretado a veces como nota de valor pronóstico e incluso como signo de su actual readaptación. Pero por desgracia ésta no suele durar mucho más que la permanencia en el establecimiento de tratamiento, puesto que, el lábil se adapta rápidamente a todos los ambientes y, por ello, al volverse a encontrar con su medio habitual al salir vuelve rápidamente a las andadas. De aquí resulta que cuanto mayor sea la labilidad afectiva, menores serán las posibilidades de una readaptación auténtica.

Finalmente, es de importancia fundamental conseguir que a la salida del establecimiento el lábil cambie de ambiente radicalmente, de lo contrario será extremadamente difícil que no reincida en un camino delincuencial.

3. *Delincuente con agresividad negativa.* Actúa más bien en el hecho de que el sujeto decida a pasar al acto. Su postura de resentimiento contra la sociedad, su impulsividad que estalla, pueden de pronto romper con las últimas barreras o inhibiciones que aún quedaban y lanzarlo a la ejecución del ilícito.

Delincuente con agresividad positiva. Actúa en un momento posterior y de modo diverso: en primer lugar, es la que anima al delincuente al acto, haciéndole ver que los obstáculos son superables; en segundo lugar, es la que le da constancia para vencer las dificultades de todo género que se van acumulando durante la ejecución misma del propósito infractor.

4. *Delincuente con indiferencia afectiva.* Facilita el paso al acto delictivo en el estadio aún anterior a la comisión del ilícito, porque le permite decidirse al mismo sin freno alguno que pudiera surgir de la consideración del sufrimiento o estado en que ha de situar a la víctima o a sus familiares. Toda barrera de tipo afectivo que puede frenar a un hombre dotado de una dosis suficiente de sentimientos altruistas deja de influir en el delincuente.

Más fuerte es la pulsión delictiva en el caso de que la indiferencia haya llegado al estadio patológico de los instintos, porque entonces la perspectiva del sufrimiento ajeno no solo deja de frenar, sino que puede convertirse incluso en un estímulo delictivo. Finalmente, una vez que el delincuente ha pasado al acto también es auxiliado por su indiferencia afectiva para la realización del ilícito y para salir airoso del mismo, porque el hecho de que el infractor conserve la sangre fría durante su ejecución es evidente ventaja para el mismo, ya que no solo le posibilita mejor la ejecución del plan preconcebido, sino que le permite solucionar los problemas imprevistos que se presenten sobre la marcha. Y, por lo mismo, no descartar ante las posibles soluciones las más crueles con tal de que le permitan salir del paso sin complicaciones.

2.5 La justicia para adolescentes en México

En las culturas ancestrales la organización social se basaba en el núcleo familiar patriarcal, los padres tenían patria potestad sobre sus hijos y derecho de corrección, pero se les negaba el derecho de vida o muerte sobre ellos (Cruz, 2007). Por ejemplo, el robo era un delito grave, los padres del infractor debían reparar el daño a las víctimas y, de no ser posible, el menor pasaba a ser esclavo hasta pagar la deuda. En caso de homicidio, el menor pasaba a ser propiedad (como esclavo) de la familia de la víctima, para compensar laboralmente el daño causado.

Según Arellano (2006b), con la colonización los primeros internados correccionales estuvieron en manos de órdenes religiosas y patronatos de beneficencia, terminando por traspasar sus funciones al ámbito del Estado varias décadas después. En adelante, lo que se venía haciendo en estos internados pasó a convertirse en un procedimiento oficial dentro del ámbito de impartición de justicia (Azaola, 1996). Educar a estos niños en una cierta manera o corregirlos, nunca más sería una obra de caridad o de filantropía, sino de justicia impartida por el Estado.

A partir de esto, surgieron varios códigos atendiendo la responsabilidad de los menores en actos delictivos. Uno de ellos fue el Código Penal Martínez de Castro de 1871. En éste (Cruz, 2007; Islas de González, 2007), se tomaba en cuenta la edad del menor, declarando al menor de 9 años exento de responsabilidad pudiendo quedarse en su propio domicilio; al menor de entre 9 y 14 años se le ponía en situación dudosa aclarándolo posteriormente con el dictamen pericial, en ocasiones se le internaba en un establecimiento de educación correccional por el tiempo necesario para concluir la primaria; y, al menor de entre 14 y 18 años, se le asignaba discernimiento ante la ley y presunción plena en su contra, recluyéndolos en las Casas de Corrección de Menores. En 1920, se propone la creación del Tribunal Protector del Hogar y de la Infancia, dicho organismo tendría por finalidad proteger a las familias y los derechos de los menores, centrándose en atender los casos de menores que cometieran delitos (Cruz, 2007; Islas de González, 2007).

Pocos años después, se crearon los Tribunales de Menores teniendo como antecedente más remoto en nuestro país el del estado de San Luis Potosí de 1923 y el del Distrito Federal de 1926 (Arellano, 2006b; Sánchez, 1987, en Aguirre, 2010; Calero, 2010). Propiamente, González y Reyes (2007), no los calificaron como Tribunales sino como Consejos, compuestos por tres personas: un profesor normalista, un médico y un experto en estudios psicotécnicos, que desarrollaban tareas de apoyo con los menores y calificaban las infracciones. En 1928 se instituye

la Ley sobre Previsión Social de la Delincuencia Infantil en el Distrito Federal y Territorios Federales, con tres jueces, pero a diferencia del anterior aquí se incluyó a un psicólogo. En el caso de esta ley (Islas de González, 2007), la edad límite para la responsabilidad penal se fijó a los 16 años, a partir de esta edad se les daba tratamiento igual al de los adultos, mientras que, no se planteó límite inferior de edad, porque se entendió que era improcedente, pues tratándose de menores, el Estado tendría la obligación de aplicarles medidas educativas y tratamientos que los transformaran orgánicamente y los hicieran aptos para la vida social, y mientras más temprano y oportunamente se aplicaran dichas medidas, mayores probabilidades de éxito ofrecerían. Es en el año de 1931, cuando se determina nuevamente la edad de 18 años como límite máximo de la minoría de edad y se postula que los menores que cometieran infracciones a las leyes penales serían internados con fines educativos; además, se estableció la edad límite a los 6 años. Diez años después, en 1941, se crea la Ley Orgánica y Normas de Procedimiento de los Tribunales de Menores y sus Instituciones Auxiliares en el Distrito Federal y Territorios Federales (Islas de González, 2007).

En el año de 1965, según Calero (2010), es cuando se da la primera regulación a nivel constitucional de esta materia al incluirse un cuarto párrafo al artículo 18, surgiendo el concepto de menor infractor y estableciendo el imperativo para la Federación y los gobiernos de los estados, de crear instituciones especiales para el tratamiento de menores infractores.

A continuación, el 13 de abril de 1973, fue publicada la Ley Tutelar de Menores que sustituyó a la de 1941. En ésta, se establece la creación de subsidios, establecimientos o instituciones destinadas a amparar y proteger al menor. Además, se tomó nuevamente consideración respecto a la edad mínima para la minoría de edad definiéndola hasta los 18 años y se crearon los siguientes organismos: Tribunales Tutelares de Menores, Centros de Observación y otros de Rehabilitación.

Es así como, también en el mismo año, en el marco del primer Congreso Nacional sobre el régimen jurídico del menor (Calero, 2010), se elaboró una iniciativa que dio origen a la Ley que crea los Consejos Tutelares para Menores Infractores en el Distrito Federal y Territorios Federales. La cual, fue publicada el 2 de agosto de 1974 y su objeto era promover la readaptación social de los menores de 18 años cuando infringieran las leyes penales o los reglamentos de policía y buen gobierno, o manifestaran otra forma de conducta que hiciera presumir, fundamentalmente, una inclinación a causar daños, a sí mismo, a su familia o a la sociedad, mediante el estudio de la personalidad, la ampliación de medidas correctivas y de protección y la vigilancia del tratamiento.

Tabla 2.1 Instrumentos internacionales para la protección de menores infractores

| Instrumento | Situación jurídica | Principales características |
|--|---|--|
| Declaración de los Derechos de los Niños (Declaración de Ginebra) | Su primera versión es de 1924, revisada en 1946 y reformulada en 1959. Asamblea General de las Naciones Unidas en su resolución 1386/XIV. | Reconoce a los menores como sujetos de derechos especiales que el Estado debe tutelar como intereses superiores. Establece textualmente que el niño, por su falta de madurez física y mental, necesita protección y cuidado especiales, incluso la debida protección legal, tanto antes como después del nacimiento. |
| Reglas mínimas de las Naciones Unidas para la Administración de la Justicia de Menores (Reglas de Beijing) | Aprobadas por el VII Congreso sobre Prevención del Delito y Tratamiento del Delincuente, Milán, Italia, 1985. Ratificadas por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su resolución 40/33, del 26 de noviembre de 1985. | Contribuyó a definir la necesidad de contar con leyes e instituciones especializadas para la atención de los menores infractores que, al mismo tiempo que satisfagan las necesidades de justicia, respeten sus derechos como niños y hagan hincapié en el bienestar de los mismos. |
| Directrices de las Naciones Unidas para la Prevención de la Delincuencia Juvenil (Directrices de Riad) | Adoptadas y proclamadas por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su resolución 45/112, del 14 de diciembre de 1990. | Establece que la prevención de la delincuencia juvenil es parte esencial en la prevención del delito en la sociedad, así como, en la importancia de atender de manera especial a los jóvenes que se encuentran en riesgo social. |
| Reglas de las Naciones Unidas para la Protección de Menores Privados de Libertad | Adoptadas por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su resolución 45/113, del 14 de diciembre de 1990. | Constituir normas mínimas compatibles con los derechos humanos y las libertades fundamentales, con miras a contrarrestar los efectos perjudiciales de todo tipo de detención y fomentar la integración en la sociedad. Establece que la privación de libertad de un menor deberá decidirse como último recurso, |

por el período mínimo necesario y limitarse a casos excepcionales.

| | | |
|-------------------------------------|--|---|
| Convención de los Derechos del Niño | Adoptada en Nueva York el 20 de noviembre de 1989. Entra en vigor el 2 de septiembre de 1990. Para México, fue publicada en el Diario Oficial de la Federación el 25 de enero de 1991. | Instrumento jurídicamente vinculante, por lo que los Estados están obligados a armonizar su derecho interno y a realizar las reformas conducentes para dar cumplimiento pleno a los derechos reconocidos en ella. |
|-------------------------------------|--|---|

*La Convención de los Derechos del Niño significó un proceso de 75 años, realizado por la ONU a favor de la infancia. El resto de los instrumentos internacionales constituyeron parte de este proceso, dedicado a la atención de los menores infractores.

Esquinca, G. y Moreno, J. (2016). *¿Se garantizan los derechos jóvenes? Justicia para adolescentes en México*. México: Centro de Investigación para el Desarrollo, A.C. (CIDAC).

Rodríguez, L. (2000). *Criminalidad de menores*. México: Porrúa.

Una vez que el Senado de nuestro país aprobó la Convención de los Derechos del Niño en el año 1990, se reformuló la actuación penal hacia los adolescentes mediante la promulgación, el 24 de diciembre de 1991 de la Ley para el Tratamiento de Menores Infractores para el Distrito Federal en materia común y para toda la República en materia federal, que entró en vigor en 1992. La cual, tenía por objeto reglamentar la función del Estado en la protección de los derechos de los menores, así como, la adaptación social de aquellos cuya conducta se encontraba tipificada en las leyes penales federales y del Distrito Federal. En esta ley, se delimitaba la edad penal entre las personas mayores de 11 y menores de 18 años de edad, y su aplicación debía garantizar el irrestricto respecto a los derechos constitucionales y a los tratados internacionales, además de que quedaban prohibidos, en consecuencia, el maltrato, la incomunicación, la coacción psicológica, o cualquier otra acción que atentara contra su dignidad o su integridad física o mental. Promoviéndose en todo lo relativo al procedimiento, medidas de orientación, de protección y de tratamiento. Siendo abrogada el 15 de junio de 2016. Además de la Convención de los Derechos del Niño fueron otros cuatro instrumentos internacionales los que fungieron como base para esta nueva ley (Tabla 2.1). Según González (2007), estos instrumentos tenían como objetivo conformar un sistema justo que respetara y protegiera los

derechos que al adolescente infractor le correspondían a partir del reconocimiento de su responsabilidad en los actos cometidos.

Siguiendo con su compromiso al adoptar esta Convención, el 7 de abril de 2000 (Diario Oficial de la Federación) se reformó y adicionó el artículo 4 constitucional en su último párrafo, quedando como sigue: "(...) Los niños y las niñas tienen derecho a la satisfacción de sus necesidades de alimentación, salud, educación y sano esparcimiento para su desarrollo integral. Los ascendientes, tutores y custodios tienen el deber de preservar estos derechos. El Estado proveerá lo necesario para propiciar el respeto a la dignidad de la niñez y el ejercicio pleno de sus derechos. El Estado otorgará facilidades a los particulares para que se coadyuven al cumplimiento de los derechos de la niñez. (...)" Esto dio pie a la publicación el 29 de mayo de 2000 de la Ley para la Protección de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes. La cual, hace mención en su título cuarto, capítulo único el derecho al debido proceso en caso de infracción a la ley penal, estableciendo los lineamientos fundamentales de un sistema especializado de justicia para adolescentes en su artículo 46, éstos son: a) Garantía de presunción de inocencia, de conformidad con la cual se presume inocente mientras no se demuestre lo contrario; b) Garantía de celeridad, consistente en el establecimiento de procedimientos orales y sumarios para aquellos que estén privados de su libertad; c) Garantía de defensa, que implica los deberes de: informar al adolescente, en todo momento, de los cargos que existan en su contra y del desarrollo de las diligencias procesales; asegurarle la asistencia de un defensor de oficio, para el caso de que el adolescente o su representante legal no lo designe; garantizarle que no se le obligue a declarar contra sí mismo, ni contra sus familiares; garantía de que no será obligado al careo judicial; permitirle que esté presente en todas las diligencias judiciales que se realicen y que sea oído, aporte pruebas e interponga recursos; d) Garantía de no ser obligado al careo judicial o ministerial; e) Garantía de contradicción, que obliga a dar a conocer oportunamente, al adolescente sometido a proceso todas las diligencias y actuaciones del mismo, a

fin de que puedan manifestar lo que a su derecho convenga e interponer recursos; y, f) Garantía de oralidad en el procedimiento, que lleva a que se escuche directamente al adolescente implicado en el proceso.

Pese a estos esfuerzos, dichas garantías no existían en todo el país o no funcionaban de acuerdo con los lineamientos a que México se comprometió al adoptar la Convención de los Derechos del Niño (Arellano, 2006a). En relación a lo anterior, el 4 de noviembre de 2003 surge un proyecto inicial como una necesidad de diseñar una Justicia Penal para Menores de Edad (Villanueva, 2007), por tal motivo, según Islas de González (2007), el 29 de marzo de 2004 el Ejecutivo Federal presentó al Congreso de la Unión un extenso proyecto de reformas denominado *Reforma Estructural de Justicia Penal Mexicano*.

Es por ello que, el 12 de diciembre de 2005 (Diario Oficial de la Federación) se realizó la reforma constitucional al artículo 18, donde se instauró que: "(...) La Federación, los Estados y el Distrito Federal establecerán, en el ámbito de sus respectivas competencias, un sistema integral de justicia que será aplicable a quienes se atribuya la realización de una conducta tipificada como delito por las leyes penales y tengan entre doce años cumplidos y menos de dieciocho años de edad, en el que se garanticen los derechos fundamentales que reconoce esta Constitución para todo individuo, así como aquellos derechos específicos que por su condición de personas en desarrollo les han sido reconocidos. Las personas menores de doce años que hayan realizado una conducta prevista como delito en la ley, solo serán sujetos a rehabilitación y asistencia social. La operación del sistema en cada orden de gobierno estará a cargo de instituciones, tribunales y autoridades especializados en la procuración e impartición de justicia para adolescentes. Se podrán aplicar las medidas de orientación, protección y tratamiento que amerite cada caso, atendiendo a la protección integral y el interés superior del adolescente. Las formas alternativas de justicia deberán observarse en la aplicación de este sistema,

siempre que resulte procedente. En todos los procedimientos seguidos a los adolescentes se observará la garantía del debido proceso legal, así como la independencia entre las autoridades que efectúen la remisión y las que impongan las medidas. Éstas deberán ser proporcionales a la conducta realizada y tendrán como fin la reintegración social y familiar del adolescente, así como el pleno desarrollo de su persona y capacidades. El internamiento se utilizará solo como medida extrema y por el tiempo más breve que proceda, y podrá aplicarse únicamente a los adolescentes mayores de catorce años de edad, por la comisión de conductas antisociales calificadas como graves. (...)” Los transitorios establecían que el Decreto entraría en vigor tres meses después de su publicación, y que, una vez realizada esta acción, los estados de la Federación y el Distrito Federal contarían con seis meses para crear las leyes, instituciones y órganos que se requirieran para su aplicación. Posteriormente, el 14 de agosto de 2009 (Diario Oficial de la Federación) se realizó un Decreto por el que se adicionan un segundo párrafo al artículo segundo transitorio y un artículo tercero transitorio, a través de los cuales se señala que: “(...) La Federación contará con un año a partir de la entrada en vigor del presente Decreto, para expedir las leyes y establecer las instituciones y los órganos que se requieran en el orden federal para la implementación del Sistema de Justicia Integral para Adolescentes. (...) Los asuntos en trámite hasta el momento en que entren en vigor las leyes y se implementen las instituciones y los órganos a que se refiere el transitorio anterior se concluirán conforme a la legislación con que se iniciaron. Los asuntos que se encuentren pendientes de resolución en el momento en que inicie la operación del nuevo sistema se remitirán a la autoridad que resulte competente para que continúe en el conocimiento de éstos hasta su conclusión.”

Las reformas al artículo 18 modificaron sustancialmente la forma y el modo de abordar la problemática de los menores infractores. Se sustituyó tal concepto por adolescentes en conflicto con la ley, diferenciándolos de los niños (Azzolini, 2010). Ya que hablar de niños y adolescentes significaba una distinción dentro de los

menores de edad. Se entiende por niños -incluyen a los menores de 0 a 12 años- a aquellos que están transitando todavía por la infancia, se presume que aún no tienen capacidad jurídica para infringir la ley (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2010) y por adolescentes -de 12 a 18 años-, a quienes son responsables, en forma diferenciada a los adultos, por la realización de conductas típicas, antijurídicas y culpables (Cruz, 2007).

El 25 de abril de 2006, el Senado envió a la Cámara de Diputados una nueva minuta con el proyecto que tenía como propósito expedir la Ley Federal de Justicia para Adolescentes (Arellano, 2006b). Fue hasta el 19 de mayo de 2010 cuando el diputado José Luis Ovando Patró presentó la iniciativa del proyecto que expedía dicha ley en la Comisión de Justicia de la LXI Legislatura de la Cámara de Diputados; asimismo, el senador Francisco Herrera León realizó la misma acción el 20 de junio del mismo año (Aguirre, 2010). Sin embargo, no fue hasta el 27 de diciembre de 2012 que se publicó en el Diario Oficial de la Federación, el Decreto por el que se expide esta ley, mismo que, de acuerdo con su primer artículo transitorio, entraría en vigor a los dos años siguientes al día de su publicación. No obstante, el 24 de diciembre de 2014 (Diario Oficial de la Federación), fue publicada una reforma a este primer transitorio, señalando que: “El presente Decreto entrará en vigor una vez que haya entrado en vigor el Código Nacional de Procedimientos Penales en la Federación, en todas las Entidades Federativas y del Distrito Federal, en los términos previstos en la declaratoria a que hace referencia el Artículo Segundo Transitorio del Decreto por el que se expide el Código Nacional de Procedimientos Penales, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 5 de marzo de 2014, sin que pueda exceder del 18 de junio de 2016.” Esta legislación - que nunca logró entrar en vigor- se convirtió en letra muerta, pues por Decreto publicado el 2 de julio de 2015 (Diario Oficial de la Federación), por el que se reformaron los artículos constitucionales 18 y 73, quedó abrogada por el segundo artículo transitorio, mismo que dispuso que: “El Congreso de la Unión dentro de los

180 días naturales siguientes a la publicación de este Decreto en el Diario Oficial de la Federación, deberá expedir la legislación nacional en materia de justicia para adolescentes, previendo las disposiciones transitorias necesarias para diferenciar el inicio de su vigencia, en función de la etapa del proceso de implementación del Sistema Procesal Penal Acusatorio en que se encuentren. (...)"

Así mismo, el 14 de noviembre de 2007 fue publicada la Ley de Justicia para Adolescentes para el Distrito Federal. En los transitorios indica que entraría en vigor a partir del mes de octubre de 2008 y su última reforma fue publicada el día 15 de abril de 2015. La cual, tiene como objeto garantizar el Sistema Integral de Justicia para Adolescentes, que será aplicable a quienes al momento de la comisión del hecho tipificado como delito por las leyes penales del Distrito Federal, tuvieran entre 12 años cumplidos y menos de 18 años de edad, en el que se garanticen los derechos fundamentales que reconoce la Constitución, así como, aquellos derechos específicos que por su condición de personas en desarrollo les han sido reconocidos por los Instrumentos Internacionales suscritos por el Estado Mexicano y demás leyes aplicables, para lograr su reintegración familiar y social, así como el pleno desarrollo de su persona y capacidades. También se aplicará a quienes: a) en el transcurso del proceso y aun durante la etapa de ejecución de la medida impuesta, cumplan 18 años de edad; b) cuando los justiciables sean adolescentes después de haber cumplido 18 años y hasta los 21 años cumplidos, por hechos atribuidos de forma probable cuando eran adolescentes; y, c) no podrá ser juzgado como adulto ninguna persona a quien se atribuya la comisión de un hecho tipificado como delito en su calidad de adolescente, ni se le aplicarán sanciones previstas por las leyes penales para adultos. En esta ley, en cuanto a la edad, los menores de 12 años de edad que se les atribuya la comisión de un hecho tipificado como delito en la ley, serán sujetos a tutela judicial, de concluirse la intervención solo serán sujetos de medidas de protección a cargo de su núcleo familiar, salvo que ello represente riesgo o condiciones no favorables a juicio del Juez, quien, bajo su constante vigilancia,

podrá dejarlos a cargo de Instituciones Asistenciales tanto del sector público como privado. Mientras que, el internamiento consistente en la privación de la libertad del adolescente se deberá cumplir exclusivamente en los centros de internamiento y será una medida de carácter excepcional, la cual podrá aplicarse únicamente por la comisión de hechos tipificados como delitos considerados como graves y solo será impuesta a quienes al momento del hecho sean mayores de 14 años y menores de 18 años de edad. A los adolescentes se les podrán aplicar las medidas de orientación, protección y tratamiento que amerite el caso, atendiendo al interés superior, formación integral, reintegración social y familiar, la transversalidad, mínima intervención, subsidiariedad, especialización, flexibilidad y protección integral de los derechos del adolescente. Esta ley, establece las siguientes medidas de orientación (artículo 61): la amonestación; el apercibimiento; prestación de servicios en favor de la Comunidad; la formación ética, educativa y cultural; la recreación y el deporte; y, la formación y adiestramiento para el trabajo. Como medidas de protección (artículo 67): vigilancia familiar; libertad asistida; limitación o prohibición de residencia; prohibición de relacionarse con determinadas personas; prohibición de asistir a determinados lugares; prohibición de conducir vehículos motorizados; obligación de acudir a determinadas instituciones para recibir formación educativa, técnica, orientación o asesoramiento; y, obligación de abstenerse de ingerir bebidas alcohólicas, narcóticos o psicotrópicos. El tratamiento en internamiento será de acuerdo a las siguientes modalidades (artículo 84): internamiento durante el tiempo libre; e, internamiento en centros especializados. Las medidas previstas en dicha ley tienen la finalidad de fomentar la formación integral del adolescente, su reintegración familiar y social como las bases fundamentales para el pleno desarrollo de sus capacidades. Ésto implicará la existencia de órganos y autoridades especializadas de la justicia para adolescentes (artículo 12), los cuales son: 1) Tribunal Superior de Justicia del Distrito Federal (Jueces Especializados en Justicia para Adolescentes, Magistrados Especializados en Justicia para Adolescentes y Centro de Justicia Alternativa); 2) Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal (Ministerio

Público o Fiscal Especializado en Justicia para Adolescentes, Policía de Investigación Especializada en Adolescentes y Peritos); 3) Consejería Jurídica y de Servicios Legales del Distrito Federal (Defensores Públicos Especializados en Justicia para Adolescentes); y, 4) Secretaría de Gobierno (Autoridad Ejecutora y Centros de Internamiento y de Tratamiento). En relación con el punto antes mencionado, las autoridades locales asumieron la operación y control de los antes llamados Tutelares para Menores y que antes estaban a cargo del Gobierno Federal. En el caso del Distrito Federal se asumió la figura de las Comunidades de Tratamiento para Adolescentes en Conflicto con la Ley. Actualmente, la Dirección General de Tratamiento para Adolescentes (DGTPA) cuenta con seis Comunidades de Tratamiento Especializado para Adolescentes, una se encuentra destinada a albergar mujeres, cuatro a hombres y una más atiende a la población que cumple con una medida en libertad, siendo éstas (Subsecretaría de Sistema Penitenciario, 2017): la Comunidad de Tratamiento Especializado para Adolescentes (CTEA), la Comunidad de Diagnóstico Integral para Adolescentes (CDIA), la Comunidad para el Desarrollo de Adolescentes (CDA), la Comunidad Especializada para Adolescentes “Dr. Alfonso Quiroz Cuarón” (CEA-QC), la Comunidad para Mujeres (CM) y la Comunidad Externa de Atención para Adolescentes (CEAA).

Finalmente, el 16 de junio de 2016 se publicó el Decreto por el que se expide la LNSIIPA. La cual, tiene como objeto: 1) establecer el Sistema Integral de Justicia Penal para Adolescentes en la República Mexicana; 2) garantizar los derechos humanos de las personas adolescentes a quienes se les impute o resulten responsables de la comisión de hechos tipificados como delitos; 3) establecer los principios rectores del Sistema Integral de Justicia Penal para Adolescentes en la República Mexicana; 4) establecer las bases, requisitos y condiciones de los mecanismos alternativos de solución de controversias del Sistema Integral de Justicia Penal para Adolescentes; 5) determinar las medidas de sanción correspondientes a quienes se les compruebe la comisión de un hecho señalado

como delito por las leyes penales durante su adolescencia según su grupo etario (de 12 a menos de 14 años, de 14 a 16 años y de 16 a menos de 18 años); 6) definir las instituciones, órganos y autoridades especializados, así como delimitar y distribuir sus atribuciones y funciones para la aplicación de las normas del Sistema; 7) establecer los procedimientos de ejecución de medidas de sanción y los relativos para resolver las controversias que surjan con motivo de la ejecución de las medidas; y, 8) determinar los mecanismos de cumplimiento, sustitución y terminación de las medidas de sanción. Esta ley se aplicará a quienes se les atribuya la realización de una conducta tipificada como delito por las leyes penales y tengan entre 12 años cumplidos y menos de 18 años de edad, y que sean competencia de la Federación o de las entidades federativas, en el marco de los principios y derechos consagrados en la Constitución y en los Tratados Internacionales de los que el Estado Mexicano sea parte. También se aplicará esta ley a: a) las personas mayores de 18 años de edad a quienes se les atribuya la comisión o participación en un hecho señalado como delito en las leyes penales mientras eran adolescentes; b) las personas que se encuentren en proceso o cumpliendo una medida de sanción y cumplan 18 años de edad; y, c) en ningún caso, una persona mayor de edad podrá ser juzgada en el sistema de justicia para adultos, por la atribución de un hecho que la ley señale como delito por las leyes penales, probablemente cometido cuando era adolescente. En cuanto a la edad, las niñas y niños, a quienes se les atribuya la comisión de un hecho que la ley señale como delito estarán exentos de responsabilidad penal, sin perjuicio de las responsabilidades civiles a las que haya lugar. En ningún caso podrán imponerse medidas de sanción privativa de libertad a la persona que al momento de la comisión de la conducta tuviere entre 12 años cumplidos y menos de 14 años. La duración máxima de las medidas de sanción no privativas de libertad que se podrá imponer en estos casos es de un año y solo se podrá imponer una medida de sanción. Para las personas que al momento de la comisión de la conducta tuvieran entre 14 años y menos de 18 años, el Juez podrá imponer el cumplimiento de hasta dos medidas de

sanción. La duración máxima de las medidas de sanción que se podrá imponer a la persona que al momento de la comisión de la conducta tuviere entre 14 años cumplidos y menos de 16 años, será de tres años; y, entre 16 años y menos de 18 años será de cinco años. Las medidas de privación de la libertad se utilizarán como medida extrema y excepcional; y, solo se podrán imponer a personas adolescentes mayores de 14 años, por los hechos constitutivos de delito que esta ley señala, por un tiempo determinado y la duración más breve que proceda. Las medidas de sanción que se pueden imponer a las personas adolescentes son las siguientes (artículo 155): medidas no privativas de la libertad (amonestación; apercibimiento; prestación de servicios a favor de la comunidad; sesiones de asesoramiento colectivo y actividades análogas; supervisión familiar; prohibición de asistir a determinados lugares, conducir vehículos y de utilizar instrumentos, objetos o productos que se hayan utilizado en el hecho delictivo; no poseer armas; abstenerse a viajar al extranjero; integrarse a programas especializados en teoría de género, en casos de hechos tipificados como delitos sexuales; y, libertad asistida); y, medidas privativas o restrictivas de la libertad (estancia domiciliaria; internamiento; y, semi-internamiento o internamiento en tiempo libre). En todos los casos que se apliquen medidas de sanción, se impondrá además la medida de reparación del daño a la víctima u ofendido. Las medidas previstas en dicha ley tienen la finalidad de fomentar la formación integral del adolescente, su reintegración familiar y social como las bases fundamentales para el pleno desarrollo de sus capacidades. Además, el Sistema Integral de Justicia Penal para Adolescentes deberá contar con los siguientes órganos especializados (artículo 63): Ministerio Público; Órganos Jurisdiccionales; Defensa Pública; Facilitador de Mecanismos Alternativos; Autoridad Administrativa; y, Policías de Investigación.

2.6 Definición de uso y abuso de sustancias

Definir adecuadamente el concepto de droga, y los términos con ella relacionados, es el primer paso para un acercamiento comprensivo al estudio de dicho fenómeno (Otero-López, 1997).

Según el diccionario de la Real Academia Española (2018), droga es cualquier sustancia mineral, vegetal o animal, que se emplea en la medicina, en la industria o en las bellas artes. En su segunda acepción, droga es cualquier sustancia o preparado medicamentoso de efecto estimulante, deprimente, narcótico o alucinógeno.

La OMS (en Centro de Cooperación al Desarrollo de la Universidad de Granada, 2018) define a las drogas como toda sustancia que introducida en el organismo por cualquier vía de administración, produce de algún modo una alteración del natural funcionamiento del SNC del individuo y además es susceptible de crear dependencia, ya sea psicológica, física o ambas.

También, según la OMS (2005), las sustancias psicoactivas, conocidas más comúnmente como drogas, son sustancias que al ser tomadas pueden modificar la conciencia, el estado de ánimo o los procesos de pensamiento de un individuo.

El Instituto para la Atención y Prevención de las Adicciones en la Ciudad de México (IAPA, 2016a) señala que, durante la adolescencia, puede presentarse la tendencia a experimentar los efectos de distintas sustancias. Siendo de vital importancia diferenciar los niveles o tipos de consumo, porque no todos los consumidores, contextos y motivaciones son iguales.

Dentro de estos niveles, se tiene el uso que hace referencia al consumo esporádico, en el cual las sustancias son utilizadas de forma ocasional (Barra & Diazconti, 2013;

IAPA, 2016b y 2017) y que por su cantidad, frecuencia de uso o por la situación física y social del sujeto, no se detectan consecuencias negativas inmediatas sobre el consumidor ni sobre su entorno (Tapia, 2016). La Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (2010) distingue los siguientes tipos:

- *Experimental*. Todo consumo de sustancias empieza por aquí. El individuo prueba una o más sustancias, una o dos veces, y decide no volverlo a hacer. No tiene intenciones de hacerlo de nuevo porque tal vez los efectos no fueron placenteros, no le ve un sentido a continuar haciéndolo, o tal vez porque no va de acuerdo a su estilo de vida o forma de pensar. También porque simplemente ha saciado una curiosidad y tiene otras prioridades para su vida.
- *Recreativo*. Se empieza a presentar el consumo con cierta regularidad entre círculos de amigos, en contextos de ocio. No compra ni guarda, lo hace con gente que conoce y confía solo cuando siente deseos de hacerlo. Su objetivo es la búsqueda de experiencias agradables, placenteras y de disfrute, el aguante para la fiesta y para facilitar la relación con sus pares. Aunque consume con su círculo de amigos, no todos son consumidores. También ocupa su tiempo libre en otras actividades donde no hay presencia de sustancias. No piensa en el consumo como un escape o una solución a sus problemas porque tiene la capacidad de buscar diferentes alternativas frente a estos. Se da como un consumo pasajero asociado a situaciones concretas, y en algunos casos a épocas o etapas de la vida sin dejar consecuencias evidentes. Rara vez se pierde el control, no se consume en solitario, ni se tiende a experimentar con sustancias o vías de administración de alto riesgo.
- *Habitual*. Para llegar aquí se tuvo que haber pasado por alguna fase previa. Se tiene una droga de preferencia (quizás después de probar con muchas otras), un refuerzo permanente y un gusto por lo que siente. Por eso la frecuencia y la cantidad aumentan. La droga juega un papel importante en la vida y cumple funciones cada vez que la consume, por lo que es muy probable que lo haga repetidamente.

Otro de estos niveles, es el abuso, que se presenta cuando el uso de sustancias psicoactivas se vuelve compulsivo, se necesita de la droga y del contexto y estilo de vida en torno a ella (Barra & Diazconti, 2013). Por su cantidad, frecuencia de uso o por la situación física, psíquica y social del sujeto, se comienzan a producir consecuencias negativas para el consumidor y su entorno (Tapia, 2016), y puede poner en peligro su integridad o la de otros individuos (Barra & Diazconti, 2013). Así mismo, puede ser definido como el consumo de cualquier sustancia para fines que no sean médicos ni científicos o cuando aun siendo recetadas por un médico, se consumen a dosis mayores a las indicadas y se utilizan sin una finalidad terapéutica (Kimmel & Weiner, 1998; Barra & Diazconti, 2013; IAPA, 2016b y 2017); además, se usan en combinación con otra(s) sustancia(s) y éstas son autoadministradas (Barra & Diazconti, 2013). En el año 2002, la American Psychiatric Association en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su cuarta edición (DSM-IV) determinó que existe abuso de sustancias cuando no se han cumplido los criterios para la dependencia y existe un patrón desadaptativo de consumo que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativo, durante un período de 12 meses en el cual se puede presentar uno o más de los siguientes:

- Incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela o en casa.
- Consumo en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso.
- Problemas legales repetidos relacionados con la sustancia.
- Consumo continuado, a pesar de tener problemas sociales continuos o recurrentes o problemas interpersonales causados o exacerbados por los efectos de la sustancia.

Otero-López (1997) indicó que el establecimiento de estos niveles o tipos de consumo parece especialmente acertado, dado que:

1. Reconocer la importancia de la etapa inicial del consumo supone, ineludiblemente, el reconocimiento de analizar la conducta de consumo de drogas

entre aquellos grupos de edad en los que esta conducta tiende a producirse por primera vez: los adolescentes.

2. La frecuencia de consumo experimental supone un momento especialmente importante en el desarrollo de una conducta de consumo de drogas. Esta etapa es central en los modelos que sugieren que el consumo se desarrolla de manera secuencial.

3. La consideración de distintos niveles o tipos de consumo posibilita, asimismo, el conocer si una mayor implicación en el consumo conlleva, también, mayor implicación en otras actividades desviadas.

2.7 Clasificación de sustancias

El intento de establecer categorías de drogas basadas en características comunes y excluyentes ha sido un objetivo que ha estado presente a lo largo de la historia, de ahí la pluralidad y diversidad de clasificaciones elaboradas (Otero-López, 1997).

Según el Ministerio del Interior (2014), una manera sencilla de clasificar a las sustancias es en tres grandes grupos (véase Tabla 2.2) basada en los efectos que las drogas producen en el SNC:

- *Depresor*. Las drogas depresoras disminuyen o enlentecen las distintas funciones del SNC.
- *Estimulante*. Las drogas estimulantes aceleran el funcionamiento normal del cerebro y provocan un estado de activación elevada.
- *Alucinógeno*. Las drogas alucinógenas alteran las experiencias perceptivas de los individuos y producen alucinaciones (Santrock, 2004).

2.8 Causas del consumo de sustancias por adolescentes

Se considera que el uso de una droga es multifactorial, estos factores son calificados de riesgo, y son aquellas variables internas y/o externas que combinadas entre sí,

podrían resultar predisponentes o facilitadoras para el uso o abuso de drogas (inicio) o una transición en el nivel de implicación con las mismas (mantenimiento) (García & López-Sánchez, 2012; National Drug Intelligence Center: NDIC, 2012; Tapia, 2016). Si un individuo está expuesto a uno o varios factores de riesgo, no quiere decir que vaya a usar drogas, sólo lo hace más vulnerable ante la probabilidad de su consumo.

Los adolescentes son la población de más alto riesgo en el inicio del consumo de sustancias (De la Garza & Vega, 1983; González et al., 1996; Becoña, 2000; Cáceres et al., 2006; Vinet & Faúndez, 2012; González et al., 2016). Éste es especialmente peligroso en esta etapa porque se estimulan partes del cerebro que están cambiando (Papalia et al., 2009) teniendo implicaciones en su desarrollo (Jensen, 2008) y siendo propensos a comportamientos de riesgo (NDIC, 2012). Mientras más pronto se comience a utilizar una droga, es probable que mayor sea la frecuencia de su uso y mayor su tendencia a abusar de ella (Papalia et al., 2009; NDIC, 2012).

Un informe de los expertos de la OMS (en De la Garza & Vega, 1983) ha enfatizado como motivos que inician y propician el consumo de una o varias drogas las siguientes variables:

1. Satisfacer la curiosidad sobre el efecto de las drogas.
2. Adquirir la sensación de pertenecer a un grupo y de ser aceptado por otros.
3. Expresar independencia y a veces hostilidad.
4. Obtener experiencias placenteras, emocionantes, nuevas o peligrosas.
5. Adquirir un estado superior de conocimiento o de creatividad.
6. Conseguir una sensación de bienestar y tranquilidad.
7. Escapar a las situaciones angustiosas de la vida.

Tabla 2.2 Clasificación de las sustancias

| Efecto sobre el SNC | Sustancia | Estatus legal | Forma de consumo | Vida media | Efectos inmediatos | Efectos agudos | Efectos crónicos (enfermedades asociadas) |
|---------------------------------|--|------------------|--|--|---|---|--|
| D | Alcohol *Principal componente: Etanol o alcohol etílico | Legal y regulada | • Oral-digestiva. • Rectal. • Vaginal. | Orina: 3-5 d Cabello: - Sangre: 12 h | <ul style="list-style-type: none"> • Desinhibición. • Euforia. • Relajación. • Aumento de la sociabilidad. • Dificultad para hablar. • Dificultad para asociar ideas. • Descoordinación motora. <p><i>En adolescentes...</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Dificultad para realizar actividades que tienen que ver con la planificación, memoria y aprendizaje. • Son más -resistentes- que los adultos a los efectos sedantes y a la descoordinación motora. | <ul style="list-style-type: none"> • Se puede llegar a la intoxicación etílica, que puede provocar un coma e incluso la muerte. • Favorece conductas de riesgo. <p><i>En adolescentes...</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Interfiere en el desarrollo del cerebro que atraviesa un periodo crítico de cambios durante esta etapa, limitando su futuro y su potencial individual. • Afecta, entre otras, la zona cerebral (hipocampo) relacionada con la memoria y el aprendizaje. | <ul style="list-style-type: none"> • Hipertensión arterial. • Alteraciones del sueño. • Gastritis. • Agresividad. • Úlcera gastroduodenal. • Depresión. • Cirrosis hepática. • Disfunción sexual. • Cardiopatías. • Deterioro cognitivo. • Encefalopatías. • Demencia. • Cáncer. • Psicosis. <p><i>En adolescentes...</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • En los casos en que el consumo de alcohol produce síntomas de resaca o abstinencia, se producen daños sobre la memoria, el aprendizaje y la planificación de tareas. |
| E P R E S O R | Cannabis: Marihuana (trituration de flores, hojas y tallos secos) / Hachís (resina almacenada en las flores de la planta hembra) *Principal componente: THC | Illegal | • Inhalada. • Oral. | Orina: 2-14 d con uso / 25-60 d con abuso Cabello: 90 d Sangre: 2 d | <p>A dosis pequeñas el efecto es placentero, mientras que a dosis altas puede producir cuadros de gran ansiedad.</p> <p>Inmediatamente tras el consumo se produce lo que se llama -borrachera cannábica-, con:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sequedad de boca. • Enrojecimiento ocular. • Taquicardia. • Descoordinación de movimientos. • Risa incontrolada. • Somnolencia. • Alteración de la memoria, de la atención y de la concentración. | <ul style="list-style-type: none"> • Euforia. • Relajación. • Alucinaciones leves. • Distorsión del tiempo. • Déficits de atención y memoria. | <ul style="list-style-type: none"> • Problemas de memoria y aprendizaje. • Peores resultados académicos. • Abandono prematuro de los estudios. • Trastornos emocionales (ansiedad, depresión) y de la personalidad. • Enfermedades bronco-pulmonares y determinados tipos de cáncer. • Arritmias. • Psicosis y esquizofrenia (especialmente en individuos predisuestos). <p><i>En adolescentes...</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Provoca cambios neurobiológicos durante el periodo de maduración |

Personalidad en adolescentes en conflicto con la ley y con uso y abuso de sustancias

| | | | | | | | |
|---|------------------|---|--|--|--|---|-----------|
| | | | | | | | cerebral. |
| Disolventes inhalables | Intoxicación | <ul style="list-style-type: none"> Inhalada. | Orina: 12 h | <ul style="list-style-type: none"> Euforia. Somnolencia. Confusión. Entumecimiento. | <ul style="list-style-type: none"> Dolores de cabeza. Desvanecimientos. Aceleración de las pulsaciones. Desorientación. Sofocación. Convulsiones. | <ul style="list-style-type: none"> Fatiga. Disminución de la memoria. Depresión. Agresividad. Alucinaciones. Daños orgánicos múltiples. | |
| Heroina *Del grupo de los opiáceos | Ilegal | <ul style="list-style-type: none"> Inyectada. Oral-digestiva. Inhalada. Rectal. Vaginal. | Orina: 2 d Cabello: 90 d Sangre: 6 h | <ul style="list-style-type: none"> Acaloramiento de la piel. Sequedad de boca. Sensación de pesadez en las extremidades. | <ul style="list-style-type: none"> Flash (sensación intensa de placer), euforia, bienestar. Supresión del dolor. Náuseas y vómito. Picor considerable. Somnolencia. Las funciones mentales se ofuscan. La función cardíaca y respiratoria se altera. | <ul style="list-style-type: none"> Enfermedades infecciosas (VIH, hepatitis). Infecciones bacterianas de vasos sanguíneos. Venas cicatrizadas o colapsadas. Abscesos y otras infecciones de la piel y tejidos blandos. Enfermedades cardíacas y renales. Complicaciones pulmonares. Artritis y otros problemas reumáticos. | |
| GHB o éxtasis líquido (gamma hidroxibutirato) | | <ul style="list-style-type: none"> Oral-digestiva. | | <ul style="list-style-type: none"> Sensación de bienestar y euforia. Aumento de la sociabilidad y de la capacidad de comunicación. Sudoración. Sensaciones sedativas y de tranquilidad. | <ul style="list-style-type: none"> Somnolencia. Confusión. Depresión respiratoria. Temblores. Bradycardia. Estados de semiinconsciencia. | <ul style="list-style-type: none"> Ideas delirantes y alucinaciones. Alteraciones de la presión arterial. Irritación gastrointestinal. Dolores de cabeza. Náuseas. Dolores musculares. Comportamientos de riesgo. Alteraciones cognitivas y de memoria. Depresión. | |
| Tabaco *Principal componente: Nicotina | Legal y regulada | <ul style="list-style-type: none"> Vía oral-digestiva. Inhalada. | Orina: 2-4 d Cabello: 90 d Sangre: 24 h | Actúa sobre las áreas del cerebro que regulan las sensaciones placenteras y sobre el sistema cardiovascular aumentando la frecuencia cardíaca y la posibilidad de arritmias. Además, produce cambios en la viscosidad sanguínea y aumenta los niveles de triglicéridos y colesterol. | <ul style="list-style-type: none"> Arrugas prematuras en la zona del labio superior, alrededor de los ojos (patas de gallo), barbilla y mejillas, y coloración grisácea de la piel que constituye el llamado rostro del fumador. Manchas en los dientes, infecciones y caries dentales. Mal aliento y mal olor corporal por impregnación del olor del tabaco. Manchas amarillentas en uñas y dedos. <p><i>En adolescentes...</i></p> | <ul style="list-style-type: none"> Bronquitis crónica. Enfisema pulmonar. Cáncer de pulmón. Hipertensión arterial. Enfermedad coronaria (angina o infarto de miocardio). Accidentes cerebrovasculares (trombosis, hemorragias o embolias). Úlcera gastrointestinal. Gastritis crónica. Cáncer de laringe. Cáncer bucofaringeo. Cáncer renal o de vías urinarias. Impotencia sexual en el varón. | |

Personalidad en adolescentes en conflicto con la ley y con uso y abuso de sustancias

| | | | | | | | |
|---|--|--------|--|---|--|--|--|
| E S T I M U L A N T E | | | | | | <ul style="list-style-type: none"> •Aumento de catarrros de repetición. •Aumento de la tos. •Disminución del rendimiento deportivo. •Pérdida de apetito. | |
| | <p>Cocaína (erythroxyun coca)</p> <p>En polvo, pasta de coca o crack</p> | llegal | <ul style="list-style-type: none"> • Oral-digestiva. • Inhalada. Inyectada. | <p>Orina: 2-4 d</p> <p>Cabello: 90 d</p> <p>Sangre: 24 h</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Euforia y sensación de aumento de energía. • Disminución del apetito. • Estado de alerta y falsa sensación de agudeza mental. • Hipertensión arterial yaumento del ritmo cardiaco. • Contracción de los vasos sanguíneos. • Aumento de la temperatura corporal. • Dilatación de las pupilas. | <ul style="list-style-type: none"> • Reduce la capacidad de los consumidores de experimentar placer de forma natural y les hace menos sensibles a las gratificaciones yemociones. • Incremento del nivel de alerta. • Excitabilidad. • Euforia. • Reducción de la fatiga. • Irritabilidad. | <ul style="list-style-type: none"> • Alteraciones cardiovasculares y neurológicas. • Alteraciones del estado de ánimo: cambios bruscos de humor, depresión, irritabilidad, ansiedad, agresividad... • Insomnio. • Impotencia, alteraciones menstruales e infertilidad. • Paranoia. • Alucinaciones y psicosis. • Nasal: pérdida del olfato, hemorragias nasales, ronquera o perforación del tabique nasal. • Inyectada: reacciones alérgicas a la propia droga o a algunos de los componentes con los que se adultera, así como enfermedades infecciosas asociadas a la vía. |
| | Metanfetamina | | | <p>Orina: 1-2 d</p> <p>Cabello: 90 d</p> <p>Sangre: 12 h</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Aumento de la actividad. • Disminución del apetito. • Flash. | <ul style="list-style-type: none"> • Aumento de la atención. • Reducción del cansancio. • Reducción del apetito. • Sensación de euforia. • Aumento de la frecuencia cardiaca. • Aumento de la temperatura del cuerpo. • Convulsiones. • Aumento de la libido. | <ul style="list-style-type: none"> • Insomnio. • Anorexia. • Disminución de la libido. • Comportamiento violento. • Accidentes cerebrovasculares. • Relaciones sexuales de riesgo. • Trastornos paranoides. • Alucinaciones auditivas y visuales. • Inyectada: aparición de flebitis o abscesos cutáneos, posibilidad de contagio de enfermedades infecciosas (SIDA, hepatitis B y C, tétanos y otras). Reacción aguda por plomo usado como reactivo. |
| Éxtasis (MDMA ó 3-4 metilenedioxi metanfetami | | | | <ul style="list-style-type: none"> • Efecto vigorizante. • Aumento de la percepción a través de los sentidos. • Produce una sensación de bienestar, de cercanía y de | <ul style="list-style-type: none"> • Reducción de ciertas habilidades mentales, en especial de la memoria yde la capacidad del individuo para procesar la información. | <ul style="list-style-type: none"> • Daño en los procesos de atención, concentración y abstracción. • Pérdida de memoria. • Disminución de la libido. • Pérdida del apetito. | |

Personalidad en adolescentes en conflicto con la ley y con uso y abuso de sustancias

| | | | | | | | |
|---|---|---------------------|---|--|---|---|---|
| | na) *También se presenta en sales cristalizadas. | | | | <p>conexión con las demás personas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desinhibición. • Incremento de la autoestima. • Locuacidad. • Inquietud. • Confusión, agobio. • Taquicardia, arritmia e hipertensión. • Sequedad de boca, sudoración. • Escalofríos, náuseas. • Contracción de la mandíbula, temblores. • Deshidratación. • Aumento de la temperatura del cuerpo, de fuerza y de la percepción sensorial. | <ul style="list-style-type: none"> • Afecta al metabolismo del organismo. • Incrementa la actividad de ciertos neurotransmisores. • Estimulación mental, emocional y motora. | <ul style="list-style-type: none"> • Agresividad. • Mayor frecuencia de alteraciones psiquiátricas como ansiedad, depresión, sintomatología obsesiva, ideación paranoide o trastornos del sueño. • Flash con alucinaciones visuales o auditivas. |
| A L U C I N Ó G E N O | Hongos (psilocybe stropharia, paneolus y amanita muscari) | Regulado y vigilado | <ul style="list-style-type: none"> • Oral-digestiva. | Orina: 24 h Cabello: 3 d Sangre: 3 h | <ul style="list-style-type: none"> • Euforia. • Viaje psicodélico. | <ul style="list-style-type: none"> • Debilidad. • Náuseas. • Ansiedad. • Visión borrosa y alteraciones visuales como aumento del brillo de los colores o aumento de formas geométricas. | <ul style="list-style-type: none"> • Despersonalización. • Alucinaciones y delirios. • Crisis de pánico. • Convulsiones. • Hipertensión arterial y arritmias. • Trastorno de ansiedad, depresivo y psicótico. |
| | Peyote (mescalina) | | <ul style="list-style-type: none"> • Oral-digestiva. • Intraocular. | | <ul style="list-style-type: none"> • Cambios emocionales rápidos e intensos. • Viaje psicodélico. | <ul style="list-style-type: none"> • Sensación de tensión interior. • Euforia. • Alteraciones perceptuales características. • Distorsión de la imagen corporal. • Aumento de la intensidad del brillo y de los colores. • Mezclas sensoriales. • Distorsión espacio-tiempo. • Cambios intensos en el estado de ánimo. • Dificultad para expresar pensamientos. • Disminución pulmonar. • Hipertensión arterial y taquicardia. • Náuseas. • Incoordinación motora. • Aumento de la temperatura del | <ul style="list-style-type: none"> • Psicosis. • Convulsiones. • Hipertensión arterial y arritmias. • Disminución pulmonar. |
| | LSD (dietilamida del ácido lisérgico) | llegal | | | | | |

Personalidad en adolescentes en conflicto con la ley y con uso y abuso de sustancias

| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|---|--|
| | | | | | | <p>cuerpo.</p> <ul style="list-style-type: none">• Dificultad de la coordinación de los movimientos.• Exageración de los reflejos.• Intolerancia a la luz.• Percepción distorsionada del tiempo. | |
|--|--|--|--|--|--|---|--|

Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. (2007). *Guía sobre drogas*. España: Ministerio de Sanidad y Consumo.

Fernández, R. (2013). *Guía para urgencias médicas en la atención de intoxicaciones por abuso de sustancias psicoactivas, para médicos(as), enfermeras(os) y personal paramédico*. México: Instituto para la Atención y Prevención de las Adicciones en la Ciudad de México.

Santrock, J. (2004). *Psicología del desarrollo en la adolescencia*. (9na. edición). Madrid: McGraw-Hill Interamericana.

Ligado a lo anterior, Tapia (2016) refiere que en la adolescencia un aspecto importante en el acto de usar una droga, está basado en las expectativas sobre los efectos que espera obtener de manera consciente o implícita el usuario; en esta etapa de la vida, las expectativas de los efectos son más importantes que los propios efectos.

Estas variables o factores de riesgo pueden agruparse en función de distintos criterios. Es por ello, que a continuación se exponen de manera general los factores de riesgo asociados con la probabilidad del inicio y/o mantenimiento del consumo de sustancias.

Los **factores de riesgo individuales** están centrados en el individuo, se refieren tanto a las características del sujeto como a los procesos internos, y determinan una mayor o menor susceptibilidad o vulnerabilidad a las influencias sociales que favorecen el consumo de sustancias (González et al., 1996).

Dentro del factor genético los estudios llevados a cabo sugieren que los consumidores presentan con mayor probabilidad un historial previo de consumo por parte de los padres y/o hermanos (García & López-Sánchez, 2012). Además, se han identificado genes vinculados con la expresión de enzimas de degradación de ciertas sustancias psicoactivas, de modo que cuando existen características genéticas asociadas con dichas enzimas pueden condicionar la vulnerabilidad ante las adicciones (Aguilar, 2012). Se debe tomar en consideración que los genes con los que se nace, en combinación con las influencias del entorno, son responsables de alrededor de la mitad de la vulnerabilidad a la adicción que puede presentar una persona (NDIC, 2012).

En lo factores biológico-evolutivos se encuentra el sexo y la edad. Respecto al primero, se consideraba que había diferencias en el uso de sustancias tomando en cuenta que generalmente los varones eran más precoces y presentaban un mayor consumo habitual (González et al., 1996); sin embargo, estas desigualdades han ido

descendiendo a lo largo del tiempo y para algunas sustancias el sexo ya no es una variable discriminante en el consumo pues las diferencias, al comparar grupos de consumidores y no consumidores, no alcanzan el nivel de significatividad (González et al., 1996; Peñafiel, 2009; García & López-Sánchez, 2012). Con relación al segundo, la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017 (Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz et al., 2017), señala que el comienzo en el consumo de drogas ha ido disminuyendo a lo largo de los años, de 20.6 años en 2002 a 17.8 años en 2016. García y López-Sánchez (2012) hacen énfasis que el inicio en el consumo antes de los 15 años es un predictor consistente del abuso de drogas posterior y, al contrario, una edad más tardía en el inicio del consumo correlaciona con una mayor probabilidad de discontinuidad en el consumo.

Algunos trabajos, también han estudiado los factores cognitivos y psicológicos. En este grupo se incluyen (González et al., 1996):

- *Conocimientos*. Las investigaciones parecen coincidir en que las personas más conscientes de los efectos dañinos de las drogas son menos tolerantes con el uso de sustancias y es menos probable que desarrollen la adicción; sin embargo, no se debe olvidar que los conocimientos sobre los daños ocasionados por las drogas jugarán un papel poco significativo en el adolescente, debido a que en esta etapa, a pesar de las advertencias de padres, profesores y profesionales de la salud, se tiende a ignorar las consecuencias adversas relacionadas con el uso de sustancias y con frecuencia, los jóvenes creen que pueden controlar dicho comportamiento y abandonarlo en el momento que lo deseen.
- *Creencias*. Las creencias se verán influidas por las características de la fuente de información, la naturaleza de la comunicación y las características del receptor. Lo que el adolescente crea acerca de los efectos de la droga, sobre el propio acto de consumir y lo que experimentará con ellas determinará su consumo (Peñafiel, 2009).
- *Actitudes*. Existe un estrecho vínculo entre las actitudes hacia las drogas y su consumo ya que es posible encontrar correlaciones entre unas y otras.

- *Expectativas*. Existe una relación funcional entre las expectativas y el uso de drogas; aquellos individuos que abusan de las drogas tienen unas expectativas diferentes a los que no las utilizan respecto a los efectos de dichas sustancias. En la medida en que las expectativas son más positivas y el individuo espera conseguir resultados más satisfactorios puede observarse un mayor consumo.
- *Trastornos psicológicos*. Es frecuente que el consumo de drogas vaya asociado con algún tipo de trastorno psicológico (García & López-Sánchez, 2012). Entre los trastornos que más frecuentemente se han relacionado con el consumo de drogas en adolescentes se encuentran la depresión, la ansiedad y el estrés. La presencia de éstos está asociado al consumo de drogas, puesto que constituye una forma fácil y rápida para experimentar sensaciones placenteras a manera de automedicación, modificar los sentimientos asociados al malestar emocional, mitigar la tensión y el estrés, y afrontar los cambios y presiones del entorno por sus efectos sobre el SNC (Cáceres et al., 2006; Varela, Salazar, Cáceres & Tovar, 2007; Aguilar, 2012).

También, se tienen los factores comportamentales, que representan el grado de implicación en diversos problemas conductuales, así como en conductas desaprobadas socialmente. Las conductas problemáticas a edades tempranas son un buen predictor del consumo de drogas en la adolescencia y juventud (González et al., 1996).

Los **factores de riesgo sociales** son complejos, interactivos y difíciles de separar (González et al., 1996). Dentro de este grupo se encuentra el nivel microsocioal y el nivel macrosocioal (Espada, Pereira & García-Fernández, 2011).

El nivel microsocioal se refiere a aquellos contextos más inmediatos en los que el sujeto participa directamente (González et al., 1996). Englobaría las relaciones con los demás, los modelos de comportamiento a que debe ajustarse el individuo, entre otros.

Dentro de los *factores familiares* destacan la permisividad, las prácticas inadecuadas de funcionamiento familiar y la falta, la rigidez o la inconsistencia de las pautas normativas y disciplinarias, así como las relaciones distantes y frías, el rechazo o la hostilidad o, al contrario, el aglutinamiento y la falta de diferenciación entre los miembros de la familia (Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2007; Díaz & García-Aurrecochea, 2008). También, el consumo de sustancias ilícitas en el seno de la familia (Muñoz-Rivas & Graña, 2001; Cáceres et al., 2006; Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2007; Díaz & García-Aurrecochea, 2008; Espada et al., 2011; Aguilar, 2012; Tapia, 2016) ya que el modelado de los padres o hermanos (especialmente si son de mayor edad) es, un factor relevante para entender el comportamiento de los adolescentes en relación al consumo de sustancias debido a que si un adolescente observa en el entorno familiar el consumo como -normal-, entenderá como adecuado que él mismo lo pueda hacer en sus relaciones sociales con los amigos (González et al., 1996; Villarreal-González, Sánchez-Sosa, Musitu & Varela, 2010). Asimismo, influyen las relaciones conflictivas, el involucramiento excesivo de los padres, los límites rígidos o difusos, la triangulación del conflicto, las alianzas intergeneracionales y la parentalización de los hijos, es decir, la adjudicación a ellos de más responsabilidades familiares y domésticas de las debidas (Díaz & García-Aurrecochea, 2008). Otro aspecto que se ha estudiado es que el adolescente pertenezca a una familia monoparental, por el hecho de carecer de otro adulto representativo junto al padre o la madre; también, el divorcio de los padres es un predictor de la implicación de los hijos varones en el uso de drogas, sólo cuando la separación se produce en la adolescencia, por el contrario, el nuevo matrimonio de uno de los padres incrementa la probabilidad del consumo de drogas por parte de la chicas (Muñoz-Rivas & Graña, 2001; Peñafiel, 2009; García & López-Sánchez, 2012).

Los *factores relacionados con el grupo de iguales* son una de las variables más determinantes en el desarrollo del adolescente ya que la calidad de la interacción guía la socialización del adolescente (Villarreal-González et al., 2010; García &

López-Sánchez, 2012). Una serie de investigaciones detectaron la influencia de los amigos como el más claro predictor del consumo de drogas en el adolescente refiriendo que existe una relación altamente significativa entre la interacción del adolescente con amigos consumidores y su propio consumo (González et al., 1996; Espada et al., 2011; Aguilar, 2012; García & López-Sánchez, 2012). El proceso mediante el que los adolescentes son influidos por sus iguales incluye diferentes mecanismos: el modelado o aprendizaje social y el refuerzo selectivo de ciertas conductas del individuo por parte de sus compañeros. Es probable que los adolescentes manifiesten un comportamiento acorde a las normas establecidas y expresadas por el grupo, el grupo establece sus propias normas y el sujeto que pertenece a él debe adaptarse a ellas.

Los *factores escolares* que se relacionan de forma más significativa con el consumo de drogas son aquellos que inciden en el fracaso escolar: las características de la escuela, la insatisfacción escolar, un nivel más bajo de compromiso con las actividades académicas, un mayor nivel de absentismo o abandono escolar y una peor ejecución académica (González et al., 1996; Peñafiel, 2009).

El nivel macrosocial agruparía los factores de riesgo externos al individuo, de carácter socioestructural, socioeconómico, sociocultural, que condicionan la calidad de vida e influyen en la conducta adictiva convirtiéndola en un proceso no estático (González et al., 1996). La influencia de dichos factores opera a un nivel más amplio.

Los *medios de comunicación* juegan un importante papel en el aprendizaje de cuestiones relacionadas con el tema de las drogas en los adolescentes, y son percibidos por los jóvenes como una fuente fidedigna de información (González et al., 1996). Muchos eslogans publicitarios sugieren representaciones ideales, nostalgias e ídolos de los jóvenes y con ello estimulan los deseos en la dirección deseada.

Los estilos de vida están condicionados por *contextos económico-sociales* y presentan unas características que condicionan modelos de consumo y de respuesta social (González et al., 1996). La influencia de los modelos sociales parece crucial en la iniciación al consumo de drogas. Ciertos hábitos y estilos de vida se muestran como conductas de prestigio social y expresiones de placer a imitar por los adolescentes. García y López-Sánchez (2012) sugieren que los contextos sociales con grandes carencias socioambientales, una mayor disponibilidad de drogas y una expresa aceptación de las mismas inducen y recompensan el consumo fomentando actitudes favorables hacia el mismo. La actitud de la sociedad hacia las drogas es también determinante, ya que la aceptación social del consumo es un importante factor de riesgo (Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2007). A veces, la aceptación se ve favorecida por una falsa imagen de inocuidad de las drogas que no coincide con la realidad. Algunos valores como vivir al día y la búsqueda de placer a toda costa, prevalentes en la sociedad actual, suponen un factor de riesgo y fomentan la idea de vivir el presente y la necesidad de recibir gratificaciones inmediatas. Otro aspecto que está fuertemente enraizado es la sociedad de consumo (González et al., 1996). Los adolescentes no son ajenos al bombardeo consumista; a pesar de su dependencia económica hoy en día la adolescencia posee un poder adquisitivo mediatizado que nunca tuvo, de hecho, un sector cada vez más importante del mercado se dirige a ellos casi de forma exclusiva.

Por otro lado, se tienen las *normas sociales*, la sociedad se encarga de regular numerosas conductas, entre las cuales está el consumo de drogas, en algunos casos mediante disposiciones legales (drogas ilegales, prohibición de venta de alcohol o tabaco a menores de 18 años y consumo de tabaco en lugares públicos, entre otros) y, en otros, mediante normas tácitamente aceptadas (Peñafiel, 2009). Los adolescentes que tienden a transgredir las normas que regulan el comportamiento de las sociedades pueden verse impulsados a consumir drogas por el mero de hecho de incumplir las normas.

Finalmente, la *oferta y disponibilidad de las sustancias* tiene relación directa con el aumento del consumo ya que cuanto mayor sea la cantidad de droga en el mercado, un número mayor de sujetos se iniciará en el consumo, se consumirán mayores cantidades y el número de individuos que se convertirán en consumidores habituales será mayor (González et al., 1996). De cualquier manera, parece que la disponibilidad de la sustancia tiene un mayor efecto cuando va asociada a otras variables, como pueden ser la accesibilidad y el precio de la droga, de tal forma que a menor precio y a mayor accesibilidad, mayor es el consumo por parte de los jóvenes (García & López-Sánchez, 2012).

2.9 La personalidad del adolescente con consumo de sustancias

La explicación para la asociación entre el consumo de sustancias y los rasgos de personalidad presenta algunas dificultades, ya que se desconoce si el consumo de drogas modula una serie de rasgos previos, si la personalidad determina el consumo de drogas, o si son independientes (González et al., 2016). Es por ello, que muchos de los estudios sobre la personalidad del consumidor presentan resultados contradictorios; por una parte tenemos aquellos en que no se manifiestan o no aparecen claras diferencias entre los rasgos de personalidad de los consumidores y los no consumidores, y otros en donde se admite que existen ciertos rasgos de personalidad como factores de riesgo para el consumo de drogas en la adolescencia (González et al., 1996; Llorens, Palmer & Perelló, 2005; Fantin, 2006; García & López-Sánchez, 2012; González et al., 2016).

Entre las variables de personalidad que han mostrado una relación consistente con las conductas de consumo se tienen:

- *Autoestima*. En la adolescencia es frecuente que surjan dudas acerca de la propia valía, los cambios producidos durante esta edad pueden inducir a experimentar con drogas para tratar de ser diferente o hacer algo que implique un riesgo (González et al., 1996; Peñafiel, 2009). Otros autores, refieren que tener una autoestima alta está asociando con el consumo de drogas, porque las

personas se sienten confiadas y asumen comportamientos de riesgo como probarlas (Cáceres et al., 2006; Varela et al., 2007).

- *Bajo autocontrol.* Cuando las personas presentan este déficit tienen una mayor vulnerabilidad hacia el consumo de drogas por su incapacidad para controlar el comportamiento por consecuencias a largo plazo y su tendencia a realizar poco esfuerzo personal y obtener satisfacciones inmediatas y placenteras (Cáceres et al., 2006; Varela et al., 2007).

- *Baja tolerancia a la frustración.* La frustración es un fenómeno natural en la vida de cualquier ser humano, que surge cuando nos enfrentamos a un impedimento o bloqueo. A lo largo del proceso de desarrollo de la personalidad, las personas aprenden a postergar la gratificación de sus necesidades, de tal forma que son capaces de asumir una cierta dosis de frustración. Algunas personas, incapaces de tolerar la frustración, requieren la satisfacción inmediata de sus necesidades, de forma que las drogas pueden parecerles inicialmente un medio rápido para lograr el placer inmediato, más difícil de conseguir por otros medios (Peñañiel, 2009); o bien, los usuarios de drogas han pasado por una situación vital estresante incontrolable, lo que desencadena una sensación de pérdida de control sobre el medio ambiente por parte de la persona, así como del sentido de la propia existencia y le conduce al consumo abusivo de drogas -que sería una estrategia de afrontamiento y a la que se recurriría cuando otras estrategias fracasan- (González et al., 1996).

- *Búsqueda de sensaciones.* Zuckerman (1979, en Llorens et al., 2005, Peñañiel, 2009 y García & López-Sánchez, 2012) la definía como la necesidad de experiencias y sensaciones complejas, nuevas y variadas y el deseo de asumir riesgos físicos y sociales para satisfacerlas. La tendencia a buscar nuevas sensaciones puede interpretarse como una reacción frente a los sentimientos de hastío y aburrimiento que experimentan los consumidores; también se ha relacionado con la necesidad real de una mayor estimulación (derivada de factores biofisiológicos) que caracteriza a estos sujetos (González et al., 1996).

- *Comportamientos perturbadores.* Incluyen aquellas conductas que socialmente son molestas para los demás. Los individuos que presentan este tipo de conducta

tienen una mayor vulnerabilidad para desarrollar problemas relacionados con el consumo de drogas, debido a que existe una predisposición en la persona hacia la inconformidad, un alto grado de impulsividad, desafío a las figuras de autoridad, normas y oposición generalizada (Llorens et al., 2005; Cáceres et al., 2006; Varela et al., 2007). Además, la existencia de temperamentos variables e irritables (García & López-Sánchez, 2012) o una mayor presencia de conductas desviadas de las normas de comportamiento social típicas de la edad (Peñafiel, 2009) pueden considerarse importantes factores que incrementan notablemente la probabilidad del uso / abuso de drogas en la adolescencia.

- *Déficit en habilidades sociales.* Ocasiona en la persona dificultad para defender sus opiniones y enfrentarse adecuadamente a los demás cuando se trata de rechazar una oferta de consumo de drogas (Cáceres et al., 2006; Varela et al., 2007; Peñafiel, 2009).

- *Habilidades de afrontamiento y enfrentamiento inadecuadas.* Implican dificultad en enfrentar la decisión de consumir, o no, la sustancia (Cáceres et al., 2006; Varela et al., 2007; Peñafiel, 2009). De igual manera, el consumo de drogas puede ser asumido como una estrategia de afrontamiento del malestar emocional.

- *Locus de control externo.* Los adolescentes con un locus de control externo son más influenciados por los amigos, favoreciendo de este modo el consumo de sustancias (González et al., 1996).

- *Rebeldía.* Un factor que sobresale consistentemente como precursor del consumo de drogas es una predisposición hacia la rebelión, independencia y no conformidad (González et al., 1996). Un comportamiento rebelde suele estar vinculado con el uso más frecuente de sustancias ilegales.

CAPÍTULO 3. METODOLOGÍA

3.1 Justificación y planteamiento del problema

La adolescencia es un periodo del desarrollo que implica una serie de cambios biológicos, físicos, cognoscitivos y sociales, que se manifiestan en diferente intensidad en cada persona (González, 2001; Santrock, 2004; Papalia et al., 2012; Morris & Maisto, 2014). Con cada cambio experimentado por el joven puede sentirse inadaptado y, al mismo tiempo, comenzará a participar de la vida, costumbres y cultura de gente nueva, pudiendo alejarse de los amigos anteriores, e inscribirse en un nuevo espacio social, un espacio de riesgo (Bayón, 2005). Dentro de esta etapa, se destaca la susceptibilidad a cometer actos delictuales (Zambrano & Pérez-Luco, 2004; Alarcón et al., 2005) y el inicio del consumo de sustancias (De la Garza & Vega, 1983; González et al., 1996; Becoña, 2000; Cáceres et al., 2006; Vinet & Faúndez, 2012; González et al., 2016).

Los adolescentes en conflicto con la ley son a quienes se les atribuye la realización de una conducta tipificada como delito por las leyes penales y tenga entre doce años cumplidos y menos de dieciocho años de edad (LNSJPA, 2016). De acuerdo con la ENASJUP (2018), en 2017 se registraron 6,891 adolescentes en conflicto con la ley a nivel federal, de los cuales 6,352 eran hombres -que representa 92.18% del total nacional- y 539 eran mujeres -que representa 7.82% del total nacional-. La novena entidad que reportó mayor número de adolescentes en conflicto con la ley fue la Ciudad de México con 193 casos -que representa 2.80% del total nacional-, de los cuales, 186 adolescentes eran hombres -que representa 96.37% del total estatal- y 7 adolescentes eran mujeres -que representa 3.63% del total estatal-.

Dentro de los factores causales de la delincuencia juvenil se encuentran el sistema de apoyo familiar, la clase social y la escolaridad. Las teorías que han tratado de explicar la conducta delictiva en los jóvenes son: a) las teorías biológicas que contemplan los problemas derivados de la conducta desviada como incardinados en las estructuras físicas (Garrido, 1989); b) las teorías psicosociales que plantean la

necesidad de aunar el aspecto individual y social, destacando el componente relacional de la delincuencia, esto es, la vinculación entre el medio ambiente y la persona que interactúa con él (Garrido, 1987, en Mirón & Otero-López, 2005); y, c) las teorías psicológicas que han hecho hincapié principalmente en la pregunta quién, esto es, por qué esta persona es delincuente y por qué aquella no lo es (Rutter & Giller, 1983). Estas últimas teorías son clave ya que esta conducta implica interacciones, pensamientos y elecciones, emociones, recompensas, rasgos y perfiles de personalidad, aprendizajes y socializaciones, creencias, atribuciones y expectativas. Respecto a las características distintivas del adolescente en conflicto con la ley se puede observar la indiferencia hacia los sentimientos de las otras personas, falta de consciencia, impulsividad, la tendencia a identificarse con una escala antisocial de valores (Argyle, en West, 1973), egocentrismo, labilidad afectiva y agresividad (Tocaven, 1979).

La trascendencia del comportamiento delictivo en los adolescentes es que sirve como un alto predictor de problemáticas de ajuste psicológico, individual y social, incluyendo el comportamiento delincuenciales durante la edad adulta (Kohlberg, Ricks & Snarey, 1984; Gendreau, Little & Goggin, 1996). Asimismo, el costo de la delincuencia implica familias desintegradas y, relaciones y valores deteriorados; jóvenes muertos prematuramente y, con ello, pérdida del capital humano y de vidas humanas productivas y, un precio económico debido a la alta y costosa atención de las emergencias derivadas de la delincuencia, como, por ejemplo, los costos para la atención de la salud, de programas educativos y de rehabilitación (Sanabria & Uribe, 2009). En general, la alta participación de jóvenes en actos delictivos es una amenaza potencial para el desarrollo infantil, social y económico de un país (OMS, 2002).

Por otro lado, los adolescentes con uso de sustancias son personas comprendidas entre doce años y dieciocho años de edad, quienes presentan consumo esporádico, en el cual las sustancias son utilizadas de forma ocasional (Barra & Diazconti, 2013; IAPA, 2016b y 2017) y que por su cantidad, frecuencia de uso o por la situación

física y social del sujeto, no se detectan consecuencias negativas inmediatas sobre el consumidor ni sobre su entorno (Tapia, 2016); y, los adolescentes con abuso de sustancias son personas comprendidas entre doce años y dieciocho años de edad, quienes presentan consumo compulsivo (Barra & Diazconti, 2013) y que por su cantidad, frecuencia de uso o por la situación física, psíquica y social del sujeto, se comienzan a producir consecuencias negativas para el consumidor y su entorno (Tapia, 2016), y que puede poner en peligro su integridad o la de otros individuos (Barra & Diazconti, 2013).

De acuerdo con el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz et al. (2017), en la ENCODAT 2016-2017, se reportó que la edad de inicio del consumo de drogas en el año 2016 fue de 17.8 años. En la población adolescente (para esta encuesta fueron aquellas personas comprendidas entre 12 y 17 años) se observó que el consumo -alguna vez- aumentó entre el año 2011 y 2016 de 3.3% a 6.4% para cualquier droga, de 2.9% a 6.2% en drogas ilegales, de 2.4% a 5.3% en marihuana y el consumo de cocaína se mantuvo estable. El consumo en el -último año- aumentó casi el doble en el mismo lapso de tiempo, para cualquier droga de 1.6% a 3.1%, de drogas ilegales de 1.5% a 2.9%, de marihuana de 1.3% a 2.6% y, nuevamente, el consumo de cocaína se mantuvo estable. Finalmente, en cuanto al número de días perdidos por consumo de drogas, los hombres con consumo regular reportaron 15.0 días y los hombres con consumo experimental reportaron 2.2 días.

El inicio del consumo de sustancias depende de la combinación de múltiples factores, entre ellos, se encuentran los factores de riesgo individuales y los factores de riesgo sociales (González et al., 1996). Los primeros están centrados en el individuo, se refieren tanto a las características del sujeto como a los procesos internos, y determinan una mayor o menor susceptibilidad o vulnerabilidad a las influencias sociales que favorecen el consumo de sustancias (González et al., 1996), como, por ejemplo, el factor genético, el biológico-evolutivo, el cognitivo y psicológico, y los factores comportamentales. Dentro de los segundos, se encuentra el nivel microsociedad que se refiere a aquellos contextos más inmediatos en los que el

sujeto participa directamente (González et al., 1996) como la familia, el grupo de iguales y la escuela, y el nivel macrosocial que agruparía los factores de riesgo externos al individuo, de carácter socioestructural, socioeconómico, sociocultural, que condicionan la calidad de vida e influyen en la conducta adictiva convirtiéndola en un proceso no estático (González et al., 1996) como los medios de comunicación, el contexto económico-social, las normas sociales y, la oferta y disponibilidad de las sustancias. Entre las variables de personalidad que han mostrado una relación consistente con las conductas de consumo se tienen la autoestima, bajo autocontrol, baja tolerancia a la frustración, búsqueda de sensaciones, los comportamientos perturbadores que incluyen aquellas conductas que socialmente son molestas para los demás, déficit en habilidades sociales, habilidades de afrontamiento y enfrentamiento inadecuadas, locus de control externo y la rebeldía.

Ante el consumo de sustancias en la adolescencia, se debe tomar en cuenta que los problemas derivados se agravan considerablemente en estas edades (Vera-Delgado, Márquez-Gamiño, Vera-Delgado, Caudillo-Cisneros, Sotelo-Barroso & Cordova-de los Santos, 2014), especialmente, porque se estimulan partes del cerebro que están cambiando (Papalia et al., 2009) teniendo implicaciones en el desarrollo (Jensen, 2008). Pueden padecer trastornos mentales, alimentarios y tener tendencias suicidas, igualmente, inducen la iniciación precoz de relaciones sexuales con desinformación sobre sexualidad, conduciendo a embarazos no deseados y a infecciones de transmisión sexual y a la generación de familias disfuncionales (Vera-Delgado et al., 2014); entre otros daños ocasionados por el consumo de drogas se tienen los efectos crónicos sobre la salud como el daño a ciertos órganos o la aparición de enfermedades, los efectos físicos que ocasiona directamente la sustancia en un período corto de tiempo y, los efectos sociales derivados del consumo, como el daño de las relaciones interpersonales, la pérdida del trabajo y la desintegración familiar (González et al., 1996).

Tomando en consideración lo señalado anteriormente, se han dedicado esfuerzos por determinar si ciertos factores de personalidad predisponen a la delincuencia

adolescente (Rice, 2000) o al uso y abuso de sustancias. Para ésto, un aspecto que se ha abordado es el de estudiar los perfiles de personalidad de aquellos que infringen la ley mediante el MMPI-A (Espelage et al., 2003; Morán, 2009; Barragán, 2012); en México, se ha utilizado esta herramienta para evaluar a adolescentes con esta problemática enfocada hacia la relación de los factores psicológicos y familiares (Zamudio & Ampudia, 2004); los rasgos y características de personalidad de los menores infractores y los factores sociodemográficos que se asocian a las conductas antisociales (Morán, 2009); la correlación entre el MMPI-A y la Escala de Respuesta Individual Criminológica (ERIC) para detectar indicadores de un estado de peligrosidad (Serrano, 2009); y, la comparación de los rasgos de personalidad entre adolescentes en conflicto con la ley penal y adolescentes escolarizados detectados con problemas de conducta (Barragán, 2012). Asimismo, el MMPI-A, provee tres escalas específicas para la evaluación del consumo de sustancias en la adolescencia: MAC-A, RPAD y TPAD (Butcher et al., 1992; Vinet & Lucio, 2005); un aspecto que se ha abordado dentro de las investigaciones, tanto internacionales como nacionales, es el estudio del MMPI-A para discriminar entre los adolescentes con consumo de sustancias y los no consumidores (Weed et al., 1994; Micucci, 2002; Vinet & Faúndez, 2012); identificar el consumo de sustancias en adolescentes (Gallucci, 1997a; Vinet & Lucio, 2005; Careaga et al., 2004); diferenciar entre grupos de adolescentes con consumo de sustancias (Gallucci, 1997b; Magallón et al., 2012); asociar el consumo de sustancias en la adolescencia con otros comportamientos de riesgo (Komro et al., 1999); y, evaluar la capacidad para informar de manera errónea el consumo o no de sustancias en la adolescencia (Stein & Graham, 2005). A pesar de estos análisis aún no se han elaborado perfiles de personalidad diferenciados para estos dos grupos poblacionales, por lo que, la presente investigación pretende explorar sus diferencias de personalidad mediante el MMPI-A.

Con base en la información previa, la pregunta de investigación para el presente estudio fue la siguiente:

¿Las características de personalidad que presentan los adolescentes en conflicto con la ley serán diferentes a las características de personalidad que presentan adolescentes con uso y abuso de sustancias?

3.2 Objetivo General

El objetivo de esta investigación fue analizar las diferencias entre las características de personalidad que presentan los adolescentes en conflicto con la ley en comparación con las características de personalidad de los adolescentes con uso y abuso de sustancias mediante el Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota para Adolescentes (MMPI-A).

3.3 Objetivos Específicos

1. Describir las características sociodemográficas del grupo de adolescentes en conflicto con la ley y del grupo de adolescentes con uso y abuso de sustancias.
2. Obtener las características de personalidad del grupo de adolescentes en conflicto con la ley y del grupo de adolescentes con uso y abuso de sustancias.
3. Comparar las escalas de validez del MMPI-A entre el grupo de adolescentes en conflicto con la ley y el grupo de adolescentes con uso y abuso de sustancias.
4. Comparar las escalas clínicas del MMPI-A entre el grupo de adolescentes en conflicto con la ley y el grupo de adolescentes con uso y abuso de sustancias.
5. Comparar las escalas de contenido del MMPI-A entre el grupo de adolescentes en conflicto con la ley y el grupo de adolescentes con uso y abuso de sustancias.
6. Comparar las escalas suplementarias del MMPI-A entre el grupo de adolescentes en conflicto con la ley y el grupo de adolescentes con uso y abuso de sustancias.
7. Analizar si hay diferencias entre las características de personalidad del grupo de adolescentes en conflicto con la ley y las características de personalidad del grupo de adolescentes con uso y abuso de sustancias.

3.4 Hipótesis Conceptual

El Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota para Adolescentes (MMPI-A) ha sido usado para la identificación de las características psicológicas asociadas con la delincuencia juvenil (Espelage et al., 2003) y con la problemática del consumo de sustancias en la adolescencia (Vinet & Lucio, 2005). Algunos autores han sugerido que el MMPI-A es capaz de diferenciar entre un grupo de delincuentes juveniles y un grupo de adolescentes no delincuentes (Pena et al., 1996; Morton et al., 2002; Morton & Farris, 2002; Balbuena & Ampudia, 2004; Serrano, 2009; Barragán, 2012), y también, es capaz de discriminar entre un grupo de adolescentes con consumo de sustancias y un grupo de no consumidores (Weed et al., 1994; Micucci, 2002; Vinet & Faúndez, 2012) e identificar el consumo en esta población (Gallucci, 1997a; Vinet & Lucio, 2005; Careaga et al., 2004). Adicional, se ha estudiado la capacidad de este instrumento para detectar problemas de abuso de sustancias en un entorno correccional (Stein & Graham, 2001) y la capacidad para informar de manera errónea el abuso o no de sustancias en el mismo entorno (Stein & Graham, 2005).

Si se muestran diferencias en los perfiles de personalidad del MMPI-A entre un grupo de delincuentes juveniles y un grupo de adolescentes no delincuentes, y entre un grupo de adolescentes con consumo de sustancias y un grupo de adolescentes no consumidores, entonces, es posible que existan diferencias entre las características de personalidad que presentan los adolescentes en conflicto con la ley en comparación con las características de personalidad de los adolescentes con uso y abuso de sustancias.

3.5 Hipótesis Específicas

H₁ Existen diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de adolescentes en conflicto con la ley y el grupo de adolescentes con uso y abuso de sustancias, respecto a las escalas de validez del MMPI-A.

- H₂ Existen diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de adolescentes en conflicto con la ley y el grupo de adolescentes con uso y abuso de sustancias, respecto a las escalas clínicas del MMPI-A.
- H₃ Existen diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de adolescentes en conflicto con la ley y el grupo de adolescentes con uso y abuso de sustancias, respecto a las escalas de contenido del MMPI-A.
- H₄ Existen diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de adolescentes en conflicto con la ley y el grupo de adolescentes con uso y abuso de sustancias, respecto a las escalas suplementarias del MMPI-A.

3.6 Variables

Personalidad.

Adolescente en conflicto con la ley.

Adolescente con uso y abuso de sustancias.

3.7 Definición de las variables

- *Personalidad.* Medida con el Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota para Adolescentes (MMPI-A) a través de sus escalas básicas (validez y clínicas), escalas de contenido y escalas suplementarias (Lucio et al., 1998). Se refleja en la consistencia de las conductas a través del tiempo de la misma persona en diferentes contextos (Morris & Maisto, 2014; Cueli et al., 2016).
- *Adolescente en conflicto con la ley:* A quien se atribuya la realización de una conducta tipificada como delito por las leyes penales y tenga entre doce años cumplidos y menos de dieciocho años de edad (LNSIJA, 2016).
- *Adolescente con uso y abuso de sustancias:* Persona comprendida entre doce años y dieciocho años de edad, quien presente consumo esporádico, en el cual las sustancias son utilizadas de forma ocasional (Barra & Diazconti, 2013; IAPA, 2016b y 2017) y que por su cantidad, frecuencia de uso o por la situación física y social del sujeto, no se detectan consecuencias negativas inmediatas sobre el consumidor ni

sobre su entorno (Tapia, 2016); o bien, cuando presente consumo compulsivo (Barra & Diazconti, 2013) y que por su cantidad, frecuencia de uso o por la situación física, psíquica y social del sujeto, se comienzan a producir consecuencias negativas para el consumidor y su entorno (Tapia, 2016), y que puede poner en peligro su integridad o la de otros individuos (Barra & Diazconti, 2013).

3.8 Muestra

Para esta investigación se trabajó con una *muestra no probabilística por cuota*, debido a que la elección de aquellos miembros representativos, típicos y apropiados para el objetivo del presente estudio dependió de las causas relacionadas con las características de ésta (Kerlinger & Howard, 2002; Hernández, Fernández & Baptista, 2010).

3.9 Sujetos

Para esta investigación se consideraron un total de 120 sujetos, adolescentes varones de entre 13 y 18 años. Los cuales fueron divididos en dos grupos: 60 adolescentes en conflicto con la ley y 60 adolescentes con uso y abuso de sustancias.

3.10 Tipo de estudio

Esta investigación fue *no experimental*, debido a que se realizó sin manipular deliberadamente las variables, de tal forma que, se observó el fenómeno como se dio en su contexto natural, para posteriormente ser analizado (Hernández et al., 2010).

Fue *comparativo* ya que a partir de las descripciones obtenidas se realizó una comparación entre grupos (Hernández et al., 2010).

Y finalmente, fue un *estudio de campo* ya que la investigación fue llevada a cabo en una situación real (Hernández et al., 2010).

3.11 Diseño de investigación

El diseño de la investigación fue *transeccional o transversal* ya que la recolección de datos se dio en un solo momento, en un tiempo único, siendo su propósito el describir las variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado (Hernández et al., 2010).

A su vez, fue *descriptivo* debido a que el objetivo fue indagar la incidencia de las modalidades o niveles de una o más variables en una población, es decir, se recolectaron datos sobre cada una de las categorías, conceptos, variables, contextos, comunidades o fenómenos para después describirlos (Hernández et al., 2010).

Asimismo, fue de *dos muestras con una sola medición*, debido a que se analizaron dos muestras independientes que se consideran representativas de su grupo, evaluándolas en un corte específico de tiempo, es decir, en una sola aplicación (Hernández et al., 2010).

3.12 Instrumento

Para esta investigación se utilizó el ***Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota para Adolescentes (MMPI-A)***, adaptado al español para México por Lucio, con la colaboración de Ampudia y Durán, en 1998. Este instrumento permite explorar una cantidad importante de áreas de la personalidad; está diseñado para evaluar áreas de interés específicas para el adolescente como son: problemas escolares, problemas familiares y problemas con el alcohol o las drogas, así como, el suicidio, entre otros. Consta de 478 reactivos distribuidos alrededor de tres grupos

de escalas: escalas básicas (validez y clínicas), escalas de contenido y escalas suplementarias.

Escalas básicas

Escalas de validez

Evalúan el grado de consistencia y precisión que el adolescente ha proporcionado en sus respuestas a los reactivos de la prueba, lo cual ayuda a determinar si es posible hacer una interpretación del resto de las escalas.

- *INVAR (Inconsistencia de las respuestas variables)*. Está compuesta por 50 pares de reactivos similares u opuestos en cuanto a contenido. Una puntuación elevada indica que el adolescente posiblemente respondió a los reactivos en forma indiscriminada.
- *INVER (Inconsistencia de las respuestas verdaderas)*. Se basa en 24 pares de reactivos que son contrarios en cuanto a contenido. Una puntuación elevada indica que el adolescente posiblemente respondió a los reactivos en forma indiscriminada con verdadero y, por lo tanto, refleja una tendencia de respuesta de aprobación. En contraste, una puntuación muy baja indica una respuesta negativista o de no aprobación.
- *Escala F y subescalas F₁ y F₂ (Indicadores de infrecuencia)*. La escala F se compone de 66 reactivos; los primeros 33 forman la subescala F₁ y los últimos 33 corresponden a la subescala F₂. Los reactivos de la subescala F₁ proveen un método para evaluar el grado de aceptabilidad de los patrones de respuesta para las escalas básicas, mientras que, los reactivos de la subescala F₂ ofrecen un medio para evaluar el grado de aceptabilidad de un registro en relación a las escalas de contenido y suplementarias. Las puntuaciones elevadas indican que el adolescente está corroborando una gran cantidad de síntomas que se confirman como inusuales o infrecuentes.
- *Escala L (Mentira)*. Compuesta de 14 reactivos. Identifica a los adolescentes que manifiestan tentativas poco sofisticadas o ingenuas de presentarse de manera favorable a sí mismos con el fin de negar debilidades o fallas humanas comunes.

- *Escala K (Defensividad)*. Compuesta por 30 reactivos. Tiene el propósito de identificar individuos quienes responden defensivamente y sin espontaneidad.

Escalas clínicas

- *Escala 1 (Hs: Hipocondriasis)*. Consta de 32 reactivos. Éstos fueron seleccionados para detectar a los sujetos con historias clínicas que incluían sintomatología característica de la hipocondriasis (preocupación por la salud y las enfermedades).
- *Escala 2 (D: Depresión)*. Compuesta de 57 reactivos. Se describió esta medida como un índice de insatisfacción general con la propia vida (asociación con ideas y conductas suicidas e indicadores de depresión), incluyendo sentimientos de falta de motivación, desesperanza, moral pobre, abatimiento, apatía y sensibilidad excesiva.
- *Escala 3 (Hi: Histeria)*. Consiste en 60 reactivos. Sus reactivos abarcan dos grandes áreas de contenido, que incluyen: a) preocupaciones somáticas, así como, la negación de problemas y b) la necesidad de aceptación y aprobación social.
- *Escala 4 (Dp: Desviación psicopática)*. Constituida por 49 reactivos. Esta escala se asocia a numerosos problemas de conducta, problemas escolares, familiares y legales.
- *Escala 5 (Mf: Masculinidad-Femineidad)*. La escala tiene 44 reactivos. Es una medida de los intereses masculinos o femeninos.
- *Escala 6 (Pa: Paranoia)*. Está integrada por 40 reactivos. Los cuales fueron seleccionados para identificar aquellos pacientes que manifestaban sintomatología paranoide (ideas de referencia, suspicacia, sentimientos de persecución, rigidez y rectitud moral personal).
- *Escala 7 (Pt: Psicastenia)*. Esta escala consta de 48 reactivos, diseñados para evaluar la psicastenia, que es un síndrome neurótico estrechamente relacionado con la categoría del trastorno obsesivo compulsivo. Abarca una amplia variedad de sintomatología, incluyendo quejas físicas, infelicidad, problemas para concentrarse, pensamientos obsesivos, ansiedad y sentimientos de inferioridad.
- *Escala 8 (Es: Esquizofrenia)*. Consta de 77 reactivos. Las áreas de contenido de la escala 8 incluyen procesos de pensamiento delirante, percepciones peculiares

(como alucinaciones), aislamiento social, trastornos del afecto y la conducta, dificultades para concentrarse e impulsividad.

- *Escala 9 (Ma: Hipomanía)*. Compuesta por 46 reactivos. Incluye contenido referente a grandiosidad, irritabilidad, fuga de ideas, egocentrismo, estado de ánimo elevado e hiperactividad cognoscitiva y conductual.
- *Escala 0 (Is: Introversión social)*. Esta escala está constituida por 62 reactivos. Evalúa los problemas en las relaciones sociales.

Escalas de contenido

- *ANS-A (Ansiedad-adolescentes)*. Consta de 21 reactivos. Evalúa la desadaptación general, así como síntomas específicos tales como la depresión y problemas somáticos.
- *OBS-A (Obsesividad-adolescentes)*. Integrada por 15 reactivos. Está relacionada con la desadaptación generalizada, así como con la dependencia, con conducta ansiosa y con ideación o conductas suicidas.
- *DEP-A (Depresión-adolescentes)*. Constituida por 26 reactivos. Se relaciona con la manifestación de conductas y síntomas de disforia y depresión; además evalúa la presencia de ideación y conductas suicidas.
- *SAU-A (Preocupación por la salud-adolescentes)*. La escala tiene 37 reactivos. Es una medida de las quejas somáticas. Además, las calificaciones elevadas en esta escala parecen relacionarse con mala conducta, pobre desempeño académico y otros problemas escolares.
- *ENA-A (Enajenación-adolescentes)*. Esta escala consta de 20 reactivos. Evalúa la distancia emocional con relación a los demás.
- *DEL-A (Pensamiento delirante-adolescentes)*. Compuesta por 19 reactivos. Mide la desadaptación generalizada. La escala sugiere experiencias sensoriales delirantes, así como de otros síntomas y conductas que pueden ser indicadores de psicosis.
- *ENJ-A (Enojo-adolescentes)*. Esta escala consta de 17 reactivos. Los adolescentes con calificaciones elevadas manifiestan problemas importantes en el control del enojo.

- *CIN-A (Cinismo-adolescentes)*. Contiene 22 reactivos. Los adolescentes con elevaciones en esta escala muestran actitudes misantrópicas, es decir, creen que los demás quieren aprovecharse de ellos, por lo que utilizan medios injustos para obtener ventajas. Se sienten incomprendidos por los otros y piensan que los demás están celosos de ellos.
- *PCO-A (Problemas de conducta-adolescentes)*. Integrada por 23 reactivos. Las calificaciones elevadas de esta escala se asocian con problemas de conducta importantes. Estos problemas incluyen robo, mentiras, romper o destruir cosas, ser irrespetuosos, maldecir y ser opositoristas.
- *BAE-A (Baja autoestima-adolescentes)*. Constituida por 18 reactivos. Los sujetos con calificaciones elevadas en esta escala tienen una visión negativa de sí mismos y un desempeño pobre en la escuela. También parece ser un indicador de depresión.
- *ASL-A (Aspiraciones limitadas-adolescentes)*. Esta escala contiene 16 reactivos. Mide los pocos logros y participación limitada en las actividades escolares. Además, la escala está relacionada con tendencias antisociales como fugarse de la casa, dedicarse a la vagancia y acting-out en el área sexual.
- *ISO-A (Incomodidad en situaciones sociales-adolescentes)*. Consta de 24 reactivos. Las conductas relacionadas con la elevación de esta escala son consistentes con su conceptualización como medida de inconformidad y alejamiento social. Además, puede relacionarse con depresión y problemas de conducta alimentaria y contradice la posibilidad de conductas agresivas o de acting-out.
- *FAM-A (Problemas familiares-adolescentes)*. Compuesta de 35 reactivos. Las personas con puntuaciones elevadas en la escala indican desacuerdos con y entre los padres. También reportan diversos síntomas y conductas delictivas o neuróticas.
- *ESC-A (Problemas escolares-adolescentes)*. Esta escala tiene 20 reactivos. Los sujetos con puntuaciones altas presentan tanto problemas de conducta como académicos. También mide desadaptación en general.
- *RTR-A (Rechazo al tratamiento-adolescentes)*. Constituida por 26 reactivos. Los sujetos con puntuaciones altas refieren actitudes negativas hacia los médicos y profesionales de la salud mental. No creen que otras personas puedan entenderlos o

estén interesados sobre lo que les está pasando. Son renuentes a hacerse cargo y enfrentar sus problemas o dificultades.

Escalas suplementarias

- *MAC-A [Alcoholismo de MacAndrew-revisada (de adolescentes)]*. Escala integrada por 49 reactivos. Las puntuaciones naturales de 28 o mayores sugieren abuso de sustancias.
- *RPAD (Reconocimiento de problemas con el alcohol y/o drogas)*. Compuesta por 13 reactivos. Esta escala fue desarrollada para reconocer en los jóvenes, problemáticas con respecto al uso de alcohol y otras drogas, así como, síntomas asociados a dicho uso.
- *TPAD (Tendencia a problemas con el alcohol y/o drogas)*. Consta de 36 reactivos. Desarrollada para determinar la probabilidad de que los adolescentes presenten problemas de alcohol y drogas.
- *INM-A (Inmadurez-adolescentes)*. Esta escala tiene 43 reactivos. Determina el grado en el cual el adolescente refiere conductas, actitudes y percepciones de él mismo y otros que reflejan inmadurez en términos de estilo interpersonal, complejidad cognoscitiva, consciencia de sí mismo, juicio adecuado y control de impulsos.
- *A-A (Ansiedad-adolescentes)*. Consta de 35 reactivos. Las puntuaciones altas indican angustia, ansiedad, molestias y trastornos emocionales generales.
- *R-A (Represión-adolescentes)*. Esta escala está constituida por 33 reactivos. Los sujetos con puntuaciones elevadas se muestran sobrecontrolados, inhibidos y menos espontáneos que otros adolescentes.

Por otro lado, se han realizado estudios de confiabilidad y validez en el MMPI-A en población mexicana. Para determinar la estabilidad temporal de las escalas básicas del instrumento se le solicitó a un subgrupo de 380 adolescentes de la muestra normativa mexicana (327 sujetos: 151 varones y 176 mujeres) participar en un estudio test-retest. La mayoría de las escalas básicas de la prueba mostraron una consistencia interna que va de moderada a alta. Las correlaciones de la muestra

test-retest del coeficiente producto-momento de Pearson y el error estándar de medida, fueron en general altas. Con base en los datos obtenidos, se pudo concluir que el instrumento presenta una confiabilidad adecuada, en lo que se refiere a estabilidad temporal de las escalas básicas, para la población mexicana. De la misma forma, en lo referente a la confiabilidad del instrumento en la muestra normativa de adolescentes mexicanos, la consistencia interna para las escalas básicas fue obtenida a través del coeficiente alfa de Cronbach. Los varones presentaron coeficientes de consistencia interna que fueron de .58 a .80 y las mujeres alcanzaron coeficientes de consistencia interna que oscilaron entre .52 y .87. Dado que la mayoría de las escalas tuvieron coeficientes de consistencia interna que van de moderadas a altas, se pudo concluir que el instrumento es confiable para la población mexicana. Con respecto a la estabilidad temporal de las escalas de contenido y suplementarias, en el grupo de varones, algunas de las escalas tuvieron correlaciones relativamente bajas, como la escala de Alcoholismo de MacAndrew-revisada (MAC-A), mientras que, las mujeres obtuvieron correlaciones que van de moderadas a altas en este grupo de escalas. En conclusión, los resultados indicaron que la mayoría de las escalas de contenido y suplementarias tuvieron coeficientes alfa, que van de moderados a altos y que, por tanto, son confiables para la población mexicana.

Asimismo, los estudios de validez y confiabilidad no serían suficientes si no se hubiera recopilado los datos de la muestra clínica. Los cuales mostraron que las puntuaciones de la media obtenidas en las escalas clínicas por estos sujetos fueron mayores que las de la población normativa, tanto en los varones como en las mujeres. En cuanto, a las puntuaciones de las escalas de contenido y suplementarias de la muestra clínica de adolescentes mexicanos, se muestra que la mayoría están por arriba de las medias obtenidas por la muestra normativa mexicana. Además, la consistencia interna de las escalas básicas en la muestra clínica fue bastante elevada tanto en los varones como en las mujeres. En el caso de los coeficientes alfa de las escalas de contenido y suplementarias también fueron

altos en la mayoría de las escalas, tanto en los varones como en las mujeres, aunque menos elevados que los de las escalas básicas.

Se concluye entonces que, con los datos obtenidos de estos estudios, el Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota para Adolescentes (MMPI-A), es válido y confiable para la población mexicana.

3.13 Procedimiento

Los datos se obtuvieron a partir de una investigación sobre violencia escolar que se llevó a cabo por la Dra. Ampudia y colaboradores en la Facultad de Psicología en la División de Estudios de Posgrado, quienes desarrollaron un instrumento para identificar a grupos de adolescentes. Se obtuvieron los participantes para esta investigación de los datos obtenidos en este estudio, los cuales ya estaban clasificados en los grupos de adolescentes en conflicto con la ley y adolescentes con uso y abuso de sustancias, después de ser evaluados, a quienes se les aplicó el MMPI-A, versión para adolescentes mexicanos (Lucio, Ampudia y Durán, 1998). Ya recabada la información, se procedió a realizar el procesamiento de datos y el análisis estadístico para obtener los resultados y poder analizar las conclusiones.

3.14 Análisis de datos

Para esta investigación el análisis estadístico se realizó mediante el Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales SPSS, con el propósito de poder realizar un análisis cuantitativo y cualitativo de los resultados obtenidos.

Se utilizó estadística descriptiva, mediante frecuencias y porcentajes para el análisis de la distribución de las variables sociodemográficas de la muestra. También, se utilizó este tipo de estadística para obtener medidas de tendencia central, como la media y la desviación estándar para las puntuaciones T de las escalas de validez, clínicas, de contenido y suplementarias del Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota para Adolescentes (MMPI-A), con el fin de obtener las características de

personalidad de cada uno de los grupos: adolescentes en conflicto con la ley y adolescentes con uso y abuso de sustancias.

Mediante estadística inferencial (prueba paramétrica t de Student para grupos independientes), se analizaron las diferencias estadísticamente significativas entre las medias de puntajes T de las escalas de validez, clínicas, de contenido y suplementarias en el grupo de adolescentes en conflicto con la ley y en el grupo de adolescentes con uso y abuso de sustancias.

CAPÍTULO 4. ANÁLISIS DE RESULTADOS

Con base en el objetivo de esta investigación, que fue analizar las diferencias entre las características de personalidad que presentan los adolescentes en conflicto con la ley y los adolescentes con uso y abuso de sustancias, se llevaron a cabo diversas pruebas estadísticas. Se realizaron pruebas de estadística descriptiva como frecuencias y porcentajes de las variables sociodemográficas: edad, sexo, estado civil y escolaridad. Así mismo, se obtuvieron medidas de tendencia central: media y desviación estándar de cada una de las escalas del Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota para Adolescentes (MMPI-A). Finalmente, se utilizó la prueba t de Student de estadística inferencial paramétrica para corroborar las hipótesis planteadas.

4.1 Estadística descriptiva

Frecuencias y porcentajes: variables sociodemográficas

Como primer nivel de análisis estadístico se emplearon elementos de estadística descriptiva como son frecuencias y porcentajes de las variables edad, sexo, estado civil y escolaridad para describir a los participantes que integraron la muestra estudiada. Los resultados se presentan a continuación:

Tabla 4.1 *Frecuencia y porcentaje de la variable edad*

| Edad | En conflicto con la ley | | Con uso y abuso de sustancias | |
|---------|-------------------------|-------|-------------------------------|-------|
| | F | % | F | % |
| 13 años | 4 | 6.7 | 7 | 11.7 |
| 14 años | 16 | 26.7 | 11 | 18.3 |
| 15 años | 16 | 26.7 | 11 | 18.3 |
| 16 años | 9 | 15.0 | 12 | 20.0 |
| 17 años | 13 | 21.7 | 15 | 25.0 |
| 18 años | 2 | 3.3 | 4 | 6.7 |
| Total | 60 | 100.0 | 60 | 100.0 |
| | (M= 15.28; DE= 1.342) | | (M= 15.48; DE= 1.501) | |

En relación con la variable edad, en la Tabla 4.1 se observa que la media de edad para los adolescentes en conflicto con la ley fue de 15.28 años (DE=1.342); y, la media de edad para los adolescentes con uso y abuso de sustancias fue de 15.48 años (DE=1.501).

Por otro lado, las frecuencias de edad más elevadas del grupo de adolescentes en conflicto con la ley correspondieron a los 14 y 15 años (F=16; %=26.7); posteriormente, se encuentra la edad de 17 años (F=13; %=21.7); seguida de los 16 años (F=9; %=15.0); después los 13 (F=4; %=6.7); y, finalmente, la frecuencia más baja fue la de los 18 años (F=2; %=3.3). Respecto al grupo de adolescentes con uso y abuso de sustancias, se observa que el valor de la frecuencia más alta fue el de los 17 años (F=15; %=25.0); seguida de los 16 años (F=12; %=20.0); posteriormente, se encuentran los 14 y 15 años (F=11; %=18.3); después la edad de 13 años (F=7; %=11.7) y el valor de frecuencia más baja fue el de 18 años (F=4; %=6.7).

Tabla 4.2 *Frecuencia y porcentaje de la variable sexo*

| Sexo | En conflicto con la ley | | Con uso y abuso de sustancias | |
|--------|-------------------------|-------|-------------------------------|-------|
| | F | % | F | % |
| Hombre | 60 | 100.0 | 60 | 100.0 |
| Total | 60 | 100.0 | 60 | 100.0 |

En la Tabla 4.2 se observa que tanto para el grupo de adolescentes en conflicto con la ley como para el grupo de adolescentes con uso y abuso de sustancias el 100% de los sujetos fueron hombres.

Tabla 4.3 *Frecuencia y porcentaje de la variable estado civil*

| Estado civil | En conflicto con la ley | | Con uso y abuso de sustancias | |
|--------------|-------------------------|-------|-------------------------------|-------|
| | F | % | F | % |
| Soltero | 53 | 88.3 | 53 | 88.3 |
| Casado | 2 | 3.3 | 3 | 5.0 |
| Unión libre | 5 | 8.3 | 4 | 6.7 |
| Total | 60 | 100.0 | 60 | 100.0 |

En cuanto al estado civil de los participantes (Tabla 4.3), en el grupo de los adolescentes en conflicto con la ley la frecuencia más alta fue el estado civil soltero (F=53; %=88.3), seguido del estado civil en unión libre (F=5; %=8.3) y la frecuencia más baja corresponde a casado (F=2; %=3.3); mientras que, en el grupo de los adolescentes con uso y abuso de sustancias también la frecuencia más elevada es el estado civil soltero (F=53; %=88.3), seguido del estado civil en unión libre (F=4; %=6.7) y la más baja corresponde a casado (F=3; %=5.0).

Tabla 4.4 Frecuencia y porcentaje de la variable escolaridad

| Escolaridad | En conflicto con la ley | | Con uso y abuso de sustancias | |
|--------------|-------------------------|-------|-------------------------------|-------|
| | F | % | F | % |
| Primaria | 12 | 20.0 | 4 | 6.7 |
| Secundaria | 33 | 55.0 | 34 | 56.7 |
| Preparatoria | 15 | 25.0 | 22 | 36.7 |
| Total | 60 | 100.0 | 60 | 100.0 |

Finalmente, en la Tabla 4.4, con respecto a la variable escolaridad se puede observar que para el grupo de adolescentes en conflicto con la ley la frecuencia más elevada corresponde al nivel académico de secundaria (F=33; %=55.0); seguido del nivel de preparatoria (F=15; %=25.0) y la frecuencia más baja es la de primaria (F=12; %=20.0); en cambio, para el grupo de adolescentes con uso y abuso de sustancias la frecuencia más alta, también fue, el nivel académico correspondiente a secundaria (F=34; %=56.7); seguido de preparatoria (F=22; %=36.7); y, con una frecuencia mucho menor se encuentran los de primaria (F=4; %=6.7).

Medidas de tendencia central (media y desviación estándar): Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota para Adolescentes (MMPI-A)

Como segundo nivel de análisis estadístico, se obtuvieron las medidas de tendencia central como son la media y la desviación estándar, para las puntuaciones T lineales y uniformes que corresponden a la calificación normalizada del MMPI-A en su versión en español para México de las escalas de validez, clínicas, de contenido y

suplementarias con el fin de obtener el perfil de personalidad para el grupo de adolescentes en conflicto con la ley y el perfil de personalidad para el grupo de adolescentes con uso y abuso de sustancias. Los resultados se presentan a continuación:

Tabla 4.5 *Media y desviación estándar de las escalas y subescalas de validez del MMPI-A*

| Escala / subescala | En conflicto con la ley | | Con uso y abuso de sustancias | |
|--------------------|-------------------------|------|-------------------------------|------|
| | Media | DE | Media | DE |
| L | 88 | 36.8 | 49 | 10.1 |
| K | 46 | 22.1 | 47 | 9.8 |
| F | 62 | 12.9 | 63 | 15.0 |
| F ₁ | 64 | 13.6 | 65 | 16.3 |
| F ₂ | 59 | 13.3 | 59 | 13.9 |
| INVER | 69 | 2.4 | 60 | 11.9 |
| INVAR | 64 | 2.6 | 63 | 11.4 |

En la Tabla 4.5 se muestran las puntuaciones T lineales para las escalas y subescalas de validez del grupo de adolescentes en conflicto con la ley y del grupo de adolescentes con uso y abuso de sustancias. Se observa que para el primer grupo, la media de puntuaciones T se encuentra en el rango de 46 a 88; mientras que, en el segundo grupo, la media de puntuaciones T fluctúa entre 47 y 65.

En el caso del grupo de adolescentes en conflicto con la ley, las escalas que se encuentran por encima de la **media teórica (T=50)** son: L (Media=88; DE=36.8), INVER (Media=69; DE=2.4), la subescala F₁ (Media=64; DE=13.6), INVAR (Media=64; DE=2.6), F (Media=62; DE=12.9), y la subescala F₂ (Media=59; DE=13.3). Abajo de la media teórica, se encuentra la escala K (Media=46; DE=22.1).

Para el grupo de adolescentes con uso y abuso de sustancias, las escalas que se encuentran por encima de la media teórica son: la subescala F₁ (Media=65; DE=16.3), F (Media=63; DE=15.0), INVAR (Media=63; DE=11.4), INVER (Media=60; DE=11.9) y la subescala F₂ (Media=59; DE=13.9). Abajo de la media teórica, se encuentran las escalas L (Media=49; DE=10.1) y K (Media=47; DE=9.8).

Conforme a los resultados obtenidos para las escalas y subescalas de validez, se puede apreciar que en el grupo de adolescentes en conflicto con la ley hubo un mayor número que se ubicaron por encima de la media teórica; por lo que, de las 5 escalas y 2 subescalas de validez, 6 mostraron dicha elevación: L, INVER, F₁, INVAR, F y F₂; mientras que, en el grupo de adolescentes con uso y abuso de sustancias se ubicaron 5 por encima de la media teórica: F₁, F, INVAR, INVER y F₂. Siendo en el primer grupo la escala L la que obtuvo mayor elevación de la puntuación T y la subescala F₁, en el segundo grupo. Además, en ambos, la escala K fue la que obtuvo menor puntuación.

Tabla 4.6 *Media y desviación estándar de las escalas clínicas del MMPI-A*

| Escala | En conflicto con la ley | | Con uso y abuso de sustancias | |
|--------|-------------------------|------|-------------------------------|------|
| | Media | DE | Media | DE |
| 1 Hs | 48 | 13.5 | 60 | 12.1 |
| 2 D | 44 | 11.9 | 54 | 10.7 |
| 3 Hi | 38 | 7.2 | 58 | 11.2 |
| 4 Dp | 75 | 8.3 | 62 | 10.5 |
| 5 Mf | 49 | 10.5 | 53 | 13.3 |
| 6 Pa | 34 | 5.8 | 58 | 13.2 |
| 7 Pt | 49 | 25.3 | 58 | 12.7 |
| 8 Es | 53 | 15.2 | 59 | 13.0 |
| 9 Ma | 68 | 24.7 | 58 | 12.5 |
| 0 Is | 38 | 12.5 | 52 | 9.5 |

En la Tabla 4.6 se muestra la media de las puntuaciones T uniformes de las escalas clínicas (1-Hs, 2-D, 3-Hi, 4-Dp, 6-Pa, 7-Pt, 8-Es y 9-Ma) y la media de las puntuaciones T lineales de las escalas no clínicas (5-Mf y 0-Is) para el grupo de adolescentes en conflicto con la ley y el grupo de adolescentes con uso y abuso de sustancias. Se observa que para el grupo de adolescentes en conflicto con la ley la media de las puntuaciones T va de 34 a 75 y para el grupo de adolescentes con uso y abuso de sustancias oscila entre 52 y 62.

Para el grupo de adolescentes en conflicto con la ley la escala más elevada con respecto a la media teórica fue: 4 Dp (Media=75; DE=8.3), encontrándose 25 puntos por encima de la media teórica. De la misma manera, las escalas 9 Ma (Media=68; DE=24.7) y 8 Es (Media=53; DE=15.2) presentan una puntuación T mayor a la

media teórica. Por debajo de la media teórica, se tiene a las escalas: 5 Mf (Media=49; DE=10.5), 7 Pt (Media=49; DE=25.3), 1 Hs (Media=48; DE=13.5), 2 D (Media=44; DE=11.9), 3 Hi (Media=38; DE=7.2), 0 Is (Media=38; DE=12.5) y 6 Pa (Media=34; DE=5.8).

En cuanto al grupo de los adolescentes con uso y abuso de sustancias, los resultados muestran que la escala 4 Dp (Media=62; DE=10.5) fue la más elevada, encontrándose 12 puntos por encima de la media teórica. De la misma forma, el resto de las escalas presentan una puntuación T mayor a la media teórica: 1 Hs (Media=60; DE=12.1), 8 Es (Media=59; DE=13.0), 3 Hi (Media=58; DE=11.2), 6 Pa (Media=58; DE=13.2), 7 Pt (Media=58; DE=12.7), 9 Ma (Media=58; DE=12.5), 2 D (Media=54; DE=10.7), 5 Mf (Media=53; DE=13.3) y 0 Is (Media=52; DE=9.5).

Al comparar los resultados de ambos grupos se puede observar que el grupo de adolescentes con uso y abuso de sustancias es el que presenta todas las escalas clínicas por encima de la media teórica; mientras que, en el grupo de adolescentes en conflicto con la ley se elevan únicamente 3 escalas: 4 Dp, 9 Ma y 8 Es, sin embargo, este grupo obtuvo las puntuaciones T más altas.

Tabla 4.7 *Media y desviación estándar de las escalas de contenido del MMPI-A*

| Escala | En conflicto con la ley | | Con uso y abuso de sustancias | |
|--------|-------------------------|------|-------------------------------|------|
| | Media | DE | Media | DE |
| ANS-A | 84 | 3.1 | 55 | 11.1 |
| OBS-A | 56 | 9.2 | 54 | 11.8 |
| DEP-A | 53 | 14.1 | 58 | 11.9 |
| SAU-A | 64 | 16.5 | 59 | 12.0 |
| ENA-A | 78 | 7.7 | 55 | 12.8 |
| DEL-A | 52 | 10.4 | 59 | 13.4 |
| ENJ-A | 58 | 18.0 | 54 | 12.5 |
| CIN-A | 50 | 21.0 | 52 | 9.1 |
| PCO-A | 69 | 7.9 | 57 | 12.7 |
| BAE-A | 48 | 7.4 | 58 | 15.1 |
| ASL-A | 72 | 25.3 | 53 | 12.9 |
| ISO-A | 60 | 20.0 | 52 | 9.0 |
| FAM-A | 55 | 9.5 | 57 | 11.5 |
| ESC-A | 54 | 6.9 | 59 | 13.7 |
| RTR-A | 64 | 26.8 | 58 | 15.8 |

La Tabla 4.7 expone la media de las puntuaciones T uniformes para el grupo de adolescentes en conflicto con la ley y el grupo de adolescentes con uso y abuso de sustancias, en relación a las escalas de contenido. Se aprecia que para el grupo de adolescentes en conflicto con la ley la media de las puntuaciones T fluctúa entre 48 y 84; mientras que, para el grupo de adolescentes con uso y abuso de sustancias la media de puntuaciones T va de 52 a 59.

Respecto al grupo de adolescentes en conflicto con la ley se muestra que las escalas que se ubicaron por encima de la media teórica fueron: ANS-A (Media=84; DE=3.1), ENA-A (Media=78; DE=7.7), ASL-A (Media=72; DE=25.3), PCO-A (Media=69; DE=7.9), SAU-A (Media=64; DE=16.5), RTR-A (Media=64; DE=26.8), ISO-A (Media=60; DE=20.0), ENJ-A (Media=58; DE=18.0), OBS-A (Media=56; DE=9.2), FAM-A (Media=55; DE=9.5), ESC-A (Media=54; DE=6.9), DEP-A (Media=53; DE=14.1), DEL-A (Media=52; DE=10.4) y CIN-A (Media=50; DE=21.0). La escala que se ubicó por debajo de la media teórica fue: BAE-A (Media=48; DE=7.4).

Para el grupo de adolescentes con uso y abuso de sustancias, se observa que por encima de la media teórica se localizan todas las escalas: SAU-A (Media=59; DE=12.0), DEL-A (Media=59; DE=13.4), ESC-A (Media=59; DE=13.7), DEP-A (Media=58; DE=11.9), BAE-A (Media=58; DE=15.1), RTR-A (Media=58; DE=15.8), PCO-A (Media=57; DE=12.7), FAM-A (Media=57; DE=11.5), ANS-A (Media=55; DE=11.1), ENA-A (Media=55; DE=12.8), OBS-A (Media=54; DE=11.8), ENJ-A (Media=54; DE=12.5), ASL-A (Media=53; DE=12.9), CIN-A (Media=52; DE=9.1) e ISO-A (Media=52; DE=9.0).

Respecto a las escalas de contenido se observa que en el grupo de los adolescentes en conflicto con la ley de las 15 escalas de contenido, 14 escalas se ubicaron por encima de la media teórica: ANS-A, ENA-A, ASL-A, PCO-A, SAU-A, RTR-A, ISO-A, ENJ-A, OBS-A, FAM-A, ESC-A, DEP-A, DEL-A y CIN-A; mientras que, en el grupo

de adolescentes con uso y abuso de sustancias, todas las escalas se ubicaron por encima de la media teórica.

Tabla 4.8 *Media y desviación estándar de las escalas suplementarias del MMPI-A*

| Escala | En conflicto con la ley | | Con uso y abuso de sustancias | |
|--------|-------------------------|------|-------------------------------|------|
| | Media | DE | Media | DE |
| MAC-A | 66 | 23.7 | 62 | 11.3 |
| RPAD | 58 | 4.8 | 65 | 12.4 |
| TPAD | 77 | 31.7 | 69 | 10.6 |
| INM-A | 71 | 13.1 | 58 | 11.5 |
| A-A | 68 | 9.5 | 53 | 10.4 |
| R-A | 50 | 9.5 | 51 | 9.4 |

La tabla 4.8 presenta la media de las puntuaciones T lineales para el grupo de adolescentes en conflicto con la ley y el grupo de adolescentes con uso y abuso de sustancias respecto a las escalas suplementarias. Se observa que para el grupo de adolescentes en conflicto con la ley la media de las puntuaciones T va de 77 a 50; mientras que, para el grupo de adolescentes con uso y abuso de sustancias la media de las puntuaciones T oscila entre 69 y 51.

En relación al grupo de adolescentes en conflicto con la ley, las escalas que se encontraron arriba de la media teórica fueron: TPAD (Media=77; DE=31.7), INM-A (Media=71; DE=13.1), A-A (Media=68; DE=9.5), MAC-A (Media=66; DE=23.7) y RPAD (Media=58; DE=4.8). Por otro lado, la escala que se ubicó en la media teórica fue: R-A (Media=50; DE=9.5).

Para el grupo de adolescentes con uso y abuso de sustancias se observa que todas las escalas se ubicaron por arriba de la media teórica: TPAD (Media=69; DE=10.6), RPAD (Media=65; DE=12.4), MAC-A (Media=62; DE=11.3), INM-A (Media=58; DE=11.5), A-A (Media=53; DE=10.4) y R-A (Media=51; DE=9.4).

Respecto a las escalas suplementarias se observa que en el grupo de los adolescentes en conflicto con la ley de las 6 escalas, 5 escalas se ubicaron por encima de la media teórica: TPAD, INM-A, A-A, MAC-A y RPAD, y la que se ubicó

en el mismo nivel fue R-A; en tanto que, en el grupo de adolescentes con uso y abuso de sustancias, todas las escalas se ubicaron por encima de la media teórica.

4.2 Estadística inferencial

Prueba paramétrica t de Student para grupos independientes

Finalmente, como tercer nivel de análisis estadístico se utilizó la prueba t de Student para grupos independientes. El propósito de este procedimiento fue identificar las diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de adolescentes en conflicto con la ley y el grupo de adolescentes con uso y abuso de sustancias en las puntuaciones T de las escalas de validez, clínicas, de contenido y suplementarias del MMPI-A. Los resultados se presentan a continuación:

Tabla 4.9 *Estadística inferencial paramétrica t de Student de las escalas de validez del MMPI-A*

| Escala | En conflicto con la ley | | Con uso y abuso de sustancias | | t | Sig. |
|----------------|-------------------------|------|-------------------------------|------|---------|-----------------|
| | Media | DE | Media | DE | | |
| L | 88 | 36.8 | 49 | 10.1 | 7.885 | 0.001*** |
| K | 46 | 22.1 | 47 | 9.8 | -0.353 | 0.725 |
| F | 62 | 12.9 | 63 | 15.0 | -0.340 | 0.735 |
| F ₁ | 64 | 13.6 | 65 | 16.3 | -0.462 | 0.695 |
| F ₂ | 59 | 13.3 | 59 | 13.9 | -0.034 | 0.973 |
| INVER | 69 | 2.4 | 60 | 11.9 | -31.380 | 0.001*** |
| INVAR | 64 | 2.6 | 63 | 11.4 | -37.223 | 0.001*** |

Nivel de significancia= *p≤0.05; **p≤0.01; ***p≤0.001

En la Tabla 4.9 se muestran las diferencias estadísticamente significativas para las escalas de validez entre el grupo de adolescentes en conflicto con la ley y el grupo de adolescentes con uso y abuso de sustancias.

Las escalas en las que se encontró un nivel de significancia de $p \leq 0.001$ fueron: L ($t=7.885$; $p=0.001$), INVER ($t=-31.380$; $p=0.001$) e INVAR ($t=-37.223$; $p=0.001$).

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las escalas K y F, y en las subescalas F₁ y F₂.

Tabla 4.10 Estadística inferencial paramétrica *t* de Student de las escalas clínicas del MMPI-A

| Escala | En conflicto con la ley | | Con uso y abuso de sustancias | | t | Sig. |
|--------|-------------------------|------|-------------------------------|------|---------|-----------------|
| | Media | DE | Media | DE | | |
| 1 Hs | 48 | 13.5 | 60 | 12.1 | -5.371 | 0.001*** |
| 2 D | 44 | 11.9 | 54 | 10.7 | -5.047 | 0.001*** |
| 3 Hi | 38 | 7.2 | 58 | 11.2 | -11.474 | 0.001*** |
| 4 Dp | 75 | 8.3 | 62 | 10.5 | -11.765 | 0.001*** |
| 5 Mf | 49 | 10.5 | 53 | 13.3 | 21.073 | 0.001*** |
| 6 Pa | 34 | 5.8 | 58 | 13.2 | -13.023 | 0.001*** |
| 7 Pt | 49 | 25.3 | 58 | 12.7 | -2.566 | 0.01** |
| 8 Es | 53 | 15.2 | 59 | 13.0 | -2.156 | 0.03* |
| 9 Ma | 68 | 24.7 | 58 | 12.5 | -5.228 | 0.001*** |
| 0 Is | 38 | 12.5 | 52 | 9.5 | -6.831 | 0.001*** |

Nivel de significancia= *p≤0.05; **p≤0.01; ***p≤0.001

En el caso de las escalas clínicas, para los adolescentes en conflicto con la ley, las escalas que se elevaron por encima de la media teórica fueron 4 Dp, 8 Es y 9 Ma; mientras que, para los adolescentes con uso y abuso de sustancias, las escalas que se encontraron por encima de la media teórica fueron 1 Hs, 2 D, 3 Hi, 4 Dp, 5 Mf, 6 Pa, 7 Pt, 8 Es, 9 Ma y 0 Is.

Respecto a estas escalas (clínicas), en la Tabla 4.10 se presentan aquellas en las que se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de adolescentes en conflicto con la ley y el grupo de adolescentes con uso y abuso de sustancias.

En todas las escalas se encontraron diferencias estadísticamente significativas. En las escalas que se encontró un nivel de significancia de $p \leq 0.001$ fueron 1 Hs ($t = -5.371$; $p = 0.001$), 2 D ($t = -5.047$; $p = 0.001$), 3 Hi ($t = -11.474$; $p = 0.001$), 4 Dp ($t = -11.765$; $p = 0.001$), 5 Mf ($t = 21.073$; $p = 0.001$), 6 Pa ($t = -13.023$; $p = 0.001$), 9 Ma ($t = -5.228$; $p = 0.001$) y 0 Is ($t = -6.831$; $p = 0.001$). Por otra parte, la escala que presentó una diferencia estadísticamente significativa a nivel de $p \leq 0.01$ fue 7 Pt ($t = -2.566$; $p = 0.01$). Y por último, la escala que presentó un nivel de significancia de $p \leq 0.05$ fue 8 Es ($t = -2.156$; $p = 0.03$).

Cabe recordar que el grupo de adolescentes con uso y abuso de sustancias presentó mayor cantidad de escalas por arriba de la media teórica; sin embargo, las puntuaciones T más altas las obtuvo el grupo de adolescentes en conflicto con la ley.

Tabla 4.11 *Estadística inferencial paramétrica t de Student de las escalas de contenido del MMPI-A*

| Escala | En conflicto con la ley | | Con uso y abuso de sustancias | | t | Sig. |
|--------|-------------------------|------|-------------------------------|------|--------|-----------------|
| | Media | DE | Media | DE | | |
| ANS-A | 84 | 3.1 | 55 | 11.1 | 19.727 | 0.001*** |
| OBS-A | 56 | 9.2 | 54 | 11.8 | 0.594 | 0.554 |
| DEP-A | 53 | 14.1 | 58 | 11.9 | -1.965 | 0.05* |
| SAU-A | 64 | 16.5 | 59 | 12.0 | 1.932 | 0.05* |
| ENA-A | 78 | 7.7 | 55 | 12.8 | 12.163 | 0.001*** |
| DEL-A | 52 | 10.4 | 59 | 13.4 | -2.861 | 0.005*** |
| ENJ-A | 58 | 18.0 | 54 | 12.5 | 1.349 | 0.180 |
| CIN-A | 50 | 21.0 | 52 | 9.1 | -0.749 | 0.455 |
| PCO-A | 69 | 7.9 | 57 | 12.7 | -3.909 | 0.001*** |
| BAE-A | 48 | 7.4 | 58 | 15.1 | -4.650 | 0.001*** |
| ASL-A | 72 | 25.3 | 53 | 12.9 | 5.157 | 0.001*** |
| ISO-A | 60 | 20.0 | 52 | 9.0 | 2.825 | 0.001*** |
| FAM-A | 55 | 9.5 | 57 | 11.5 | -1.157 | 0.250 |
| ESC-A | 54 | 6.9 | 59 | 13.7 | -2.808 | 0.001*** |
| RTR-A | 64 | 26.8 | 58 | 15.8 | 1.628 | 0.106 |

Nivel de significancia= *p≤0.05; **p≤0.01; ***p≤0.001

En la Tabla 4.11 se presentan las escalas de contenido en las que se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de adolescentes en conflicto con la ley y el grupo de adolescentes con uso y abuso de sustancias.

Las escalas de contenido que presentan diferencias estadísticamente significativas son las siguientes: con un nivel de significancia de $p \leq 0.001$ se encontraron las escalas de ANS-A ($t=19.727$; $p=0.001$), ENA-A ($t=12.163$; $p=0.001$), PCO-A ($t=-3.909$; $p=0.001$), BAE-A ($t=-4.650$; $p=0.001$), ASL-A ($t=5.157$; $p=0.001$), ISO-A ($t=2.825$; $p=0.001$), ESC-A ($t=-2.808$; $p=0.001$) y DEL-A ($t=-2.861$; $p=0.005$). Y las escalas con una significancia con nivel $p \leq 0.05$ fueron DEP-A ($t=-1.965$; $p=0.05$) y SAU-A ($t=1.932$; $p=0.05$).

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las escalas de OBS-A, ENJ-A, CIN-A, FAM-A y RTR-A.

Tabla 4.12 Estadística inferencial paramétrica *t* de Student de las escalas suplementarias del MMPI-A

| Escala | En conflicto con la ley | | Con uso y abuso de sustancias | | t | Sig. |
|--------|-------------------------|------|-------------------------------|------|--------|-----------------|
| | Media | DE | Media | DE | | |
| MAC-A | 66 | 23.7 | 62 | 11.3 | 1.406 | 0.162 |
| RPAD | 58 | 4.8 | 65 | 12.4 | -0.778 | 0.438 |
| TPAD | 77 | 31.7 | 69 | 10.6 | 6.330 | 0.001*** |
| INM-A | 71 | 13.1 | 58 | 11.5 | 5.683 | 0.001*** |
| A-A | 68 | 9.5 | 53 | 10.4 | 8.118 | 0.001*** |
| R-A | 50 | 9.5 | 51 | 9.4 | -0.939 | 0.350 |

Nivel de significancia= *p≤0.05; **p≤0.01; ***p≤0.001

En la Tabla 4.12 se observan las diferencias estadísticamente significativas obtenidas en las escalas suplementarias entre el grupo de adolescentes en conflicto con la ley y el grupo de adolescentes con uso y abuso de sustancias.

Se encontró que las escalas que presentan un nivel de significancia de $p \leq 0.001$ fueron TPAD ($t=6.330$; $p=0.001$), INM-A ($t=5.683$; $p=0.001$) y A-A ($t=8.118$; $p=0.001$).

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las escalas MAC-A, RPAD y R-A.

De acuerdo a los resultados presentados en el análisis inferencial paramétrico, se infiere que las puntuaciones en las escalas entre el grupo de adolescentes en conflicto con la ley y el grupo de adolescentes con uso y abuso de sustancias muestran diferencias significativas, lo cual se relaciona con las diferencias en los rasgos de personalidad entre ambos grupos.

CAPÍTULO 5. DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

5.1 Discusión

A partir de los resultados obtenidos en esta investigación, que fue analizar las diferencias entre las características de personalidad que presentan los adolescentes en conflicto con la ley en comparación con las características de personalidad de los adolescentes con uso y abuso de sustancias mediante el Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota para Adolescentes (MMPI-A), se propusieron diversas hipótesis de investigación para las cuales se llevaron a cabo diversas pruebas estadísticas con el objetivo de contestar a éstas a partir de los resultados obtenidos, mismos que, se presentan a continuación.

Respecto a la primera hipótesis que dice: **Existen diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de adolescentes en conflicto con la ley y el grupo de adolescentes con uso y abuso de sustancias, respecto a las escalas de validez del MMPI-A**, se acepta la hipótesis alterna, ya que de acuerdo al análisis estadístico realizado a través de la prueba paramétrica t de Student para grupos independientes, se observan diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones T lineales en las escalas de validez del grupo de adolescentes en conflicto con la ley respecto al grupo de adolescentes con uso y abuso de sustancias.

Las escalas en las que se observan dichas diferencias fueron las escalas L (mentira), INVER (inconsistencia de las respuestas verdaderas) e INVAR (inconsistencia de las respuestas variables), resultando más significativas para el grupo de los adolescentes en conflicto con la ley.

Dichos resultados se asemejan a los obtenidos por Morán (2009), quien encontró elevaciones por arriba de la media teórica en las escalas de validez L, F, F₁, F₂ e INVAR en menores infractores, de manera que indicó se trata de una población con dificultades para integrarse socialmente y cuya capacidad para adaptarse se ve

afectada debido a las perturbaciones emocionales que manifiesta y a los problemas que tienen para seguir las normas aprobadas por el exterior; poseen además escasos recursos individuales para enfrentarse de manera eficiente a nuevas situaciones, conflictos y demandas del medio ambiente que rara vez podrían resolver de manera asertiva. No obstante la escala L sugirió que los participantes intentaron dar una imagen positiva de sí mismos, sin embargo, las elevaciones de las escalas F y F₁ representaron una medida de exageración de síntomas a lo largo de la prueba, señalando también el reconocimiento de estos sujetos sobre un amplio número de problemas psicológicos.

Asimismo, Barragán (2012) reportó diferencias estadísticamente significativas en las escalas L, F, INVER e INVAR, al comparar los rasgos de personalidad de adolescentes en conflicto con la ley penal respecto a adolescentes escolarizados detectados con problemas de conducta. Por lo que describió al primer grupo, como adolescentes que tienden a atribuirse síntomas psicopatológicos, se perciben como desadaptados, con problemas de ajuste a su entorno social, muestran una mala imagen de sí mismos y se perciben incapaces de resolver los problemas que se les presentan, los cuales suelen expresar de forma exagerada. También, pueden mostrar dificultades para emplear los recursos psicológicos con los que cuentan para la resolución asertiva de las demandas que el medio les planteó.

En relación con la segunda hipótesis que dice: **Existen diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de adolescentes en conflicto con la ley y el grupo de adolescentes con uso y abuso de sustancias, respecto a las escalas clínicas del MMPI-A**, se acepta la hipótesis alterna, debido a que se observan diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones T uniformes y T lineales en las escalas clínicas del grupo de adolescentes en conflicto con la ley respecto al grupo de adolescentes con uso y abuso de sustancias. En todas las escalas se observan dichas diferencias.

En el caso de los adolescentes en conflicto con la ley, resultan más significativas las escalas 4 Dp (desviación psicopática) y 9 Ma (hipomanía).

De forma similar, Pena et al. (1996) identificaron que las escalas clínicas 4-Dp, 6-Pa y 9-Ma, y el tipo de código 4-9/9-4 en el MMPI-A definían los perfiles de los adolescentes delincuentes.

Toyer y Weed (1998), trabajaron con una muestra de delincuentes juveniles pertenecientes a un programa de consejería para pacientes externos, resultando la elevación más alta en el MMPI-A en la escala 4-Dp y mostrando correlación alta con la escala 9-Ma respecto a los informes del comportamiento de estas personas, por lo que se apoyó la validez concurrente del MMPI-A para ser usado con esta población.

Por otro lado, Losada-Paisey (1998) investigó la relación entre el tipo de delincuente juvenil sentenciado por delito de carácter sexual y no sexual y la personalidad. Los resultados indicaron que las puntuaciones en las escalas 4-Dp y 8-Es corresponden a jóvenes clasificados como ofensores sexuales, mientras que, las puntuaciones en las escalas 3-Hi y 7-Pt conciernen principalmente a sujetos clasificados como delincuentes no sexuales, concluyendo que las dimensiones de la personalidad, como los trastornos histéricos (histeria), los trastornos de ansiedad (psicastenia), la personalidad antisocial (desviación psicopática) y la desorganización cognitiva (esquizofrenia), difieren en las poblaciones de delincuentes sexuales y no sexuales.

Gumbiner et al. (1999) compararon las puntuaciones del MMPI-A de un grupo de delincuentes juveniles con investigaciones previas y realizaron la comparación de las normas del MMPI-A, Marks-Briggs y MMPI-2, siendo las escalas más elevadas para los delincuentes juveniles las puntuaciones T obtenidas en 4-Dp, 8-Es y 9-Ma.

Para predecir el grado de violencia, las autolesiones y las infracciones no violentas, Hicks et al. (2000), efectuaron un estudio en el que aplicaron el MMPI-A y la PCL-SV a delincuentes juveniles varones institucionalizados. Los resultados indicaron que los

psicópatas mostraron un número más alto de infracciones violentas que los no psicópatas. Además, se descubrió que, aun cuando las elevaciones en los patrones de configuración o de tipo de código creados por las escalas 4-Dp, 8-Es y 9-Ma del MMPI-A no fueron útiles para predecir las infracciones totales entre los delincuentes juveniles varones institucionalizados, las elevaciones en las escalas individuales 9 y 6-Pa fueron importantes para predecir infracciones violentas.

En el 2002, Morton et al. examinaron la capacidad del MMPI-A para discriminar entre delincuentes juveniles varones y una muestra normativa, encontraron puntuaciones bajas en la escala 5-Mf en la muestra de delincuentes juveniles, seguida por elevaciones en las escalas 4-Dp y 6-Pa, discriminado entre grupos, con una sensibilidad entre el 90% al 95% y una especificidad del 80% al 85%.

También, se han analizado los perfiles psicológicos y los síntomas de salud mental de delincuentes juveniles a través del MMPI-A y MAYSI-2, Espelage et al., 2003, revelaron cuatro perfiles distintos: dos para hombres y dos para mujeres. Entre los hombres, se identificó un grupo normativo sin puntuaciones clínicamente elevadas, no siendo representativo de ningún trastorno psicológico específico; y un segundo grupo, descrito como desorganizado, mostrando elevaciones en las escalas clínicas 8-Es, 6-Pa, 4-Dp y 7-Pt, reportaron significativamente, más síntomas relacionados con el estado de ánimo depresivo, alcohol y uso indebido de drogas y trastornos del pensamiento. Dicho perfil combinado con una elevación en la escala F sugirió psicopatología seria con gran número de experiencias inusuales. Las personas con este perfil fueron descritas a menudo como de mal humor, hostiles, impredecibles y propensos a temperamentos violentos. Carecían de habilidades sociales básicas, tendieron a ser socialmente retraídos y reportaron pensamientos, actitudes o alucinaciones inusuales. Tuvieron una tendencia a retirarse y confiar en la fantasía en momentos de estrés. Suelen presentar síntomas psicóticos, incluyendo contenidos de pensamiento extraño y delirios de persecución. Diagnósticos psiquiátricos de esquizofrenia o trastorno de personalidad antisocial, esquizoide o paranoide comúnmente acompañan estos perfiles. Además, este perfil clínico unido

a una baja puntuación en la escala K, se encontró a menudo entre los adolescentes con relaciones entre pares pobres, y una posible historia familiar de violencia física y rechazo a los cuidadores.

De igual forma, Balbuena y Ampudia (2004) realizaron un estudio cuyo objetivo fue analizar la conducta antisocial, para lo cual, compararon a un grupo de delincuentes juveniles y a un grupo de adolescentes no delincuentes. Los resultados mostraron diferencias significativas entre los dos grupos de jóvenes. Se observó que la elevación en la escala 4-Dp fue la más característica en los adolescentes delincuentes.

En el mismo año, Villareal y Ampudia realizaron una investigación para analizar el patrón de respuesta de la escala 4-Dp del MMPI-A en delincuentes juveniles institucionalizados, siendo utilizado para predecir el grado de violencia y las infracciones de acuerdo al tipo de respuesta en dicha escala. Los resultados indican que los adolescentes infractores tienden a elevar esta escala, por lo que, muestran características tendientes a la psicopatía, problemas familiares, falta de límites, baja tolerancia a la frustración y enojo.

Por otro lado, la literatura sugería que las escalas que reflejan comportamiento excitatorio se han usado para diferenciar a los adolescentes delincuentes de los no delincuentes, en este sentido, Peterson y Robbins (2008), realizaron un estudio en el que consideraron a la escala 4-Dp para predecir la reincidencia de los menores juzgados, midiendo ésta de acuerdo a la presencia o ausencia de cargos legales subsecuentes excluyendo la detención. Los resultados mostraron que ésta predice exitosamente la reincidencia, por lo que se concluyó que la elevación de conductas excitadoras aumenta la capacidad para predecir que los adolescentes pueden volver a delinquir. Los comportamientos excitatorios inmersos de un alto riesgo pueden ser percibidos por los adolescentes como experiencias valoradas dentro de su grupo de compañeros.

En el estudio que realizó Morán (2009) con menores infractores, se elevaron las escalas 1-Hs, 2-D, 4-Dp, 6-Pa, 7-Pt y 0-Is, sugiriendo una muestra de personas hipersensibles, suspicaces, hostiles y resentidos con su medio familiar y social, que se relacionan de manera desconfiada y cautelosa, mostrando con frecuencia actitudes de reto, desafío y rebeldía hacia los parámetros sociales y sus representantes, pudiendo incluso ser agresivos e insensibles; comúnmente, sus relaciones son tormentosas y tienen dificultades para involucrarse afectivamente; en general, su desempeño académico y laboral es pobre y aprenden poco de las experiencias previas, rasgos que favorecen la emergencia de conductas delictivas. Por ello, tienden al aislamiento y a refugiarse en su fantasía sobre interpretar la realidad, especialmente ante condiciones de mayor estrés, por lo que experimentan con frecuencia problemas o malestares físicos, así como estados de ansiedad, tensión y agitación, que les hacen reaccionar de manera impulsiva y poco asertiva, por tanto, su adaptación y desempeño en los distintos ámbitos es precaria.

Asimismo, Barragán (2012) encontró elevaciones en las escalas 6-Pa, 9-Ma, 4-Dp, 8-Es y 7-Pt en un grupo de adolescentes en conflicto con la ley penal, lo que sugiere que tienden a expresar emociones de forma abierta, como la agresión, el enojo y la impulsividad, asimismo indicó que se trata de adolescentes hostiles, agresivos, irritables, que presentan tendencia a la actuación de conflictos (acting-out), son impacientes, irreflexivos, impulsivos, poco tolerantes a la frustración, egocéntricos y tienden a culpar a los otros para no asumir sus propias responsabilidades. Manifiestan ideas de referencia, son suspicaces en las relaciones interpersonales y no se involucran emocionalmente en las relaciones que establecen. Presentan estados de ánimo cambiantes, que resultan poco predecibles; son sensibles a la crítica; y, suelen mostrarse resentidos e inconformes. Son jóvenes que tienen conflicto con las figuras de autoridad y muestran dificultades para incorporar o internalizar valores o estándares sociales, lo que propicia relaciones familiares conflictivas, problemas de ajuste escolar y conductas antisociales. Además, son jóvenes ansiosos e intranquilos, cuyo pensamiento suele ser confuso, por lo que tienen dificultades para atender y concentrarse. Dadas las características de

personalidad que se observan, se considera que tiene inclinación al uso de alcohol y/o drogas.

Mientras que, en el caso de los adolescentes con uso y abuso de sustancias las escalas más significativas resultaron ser 1 Hs (hipocondriasis), 2 D (depresión), 3 Hi (histeria), 5 Mf (masculinidad-femineidad), 6 Pa (paranoia), 7 Pt (psicastenia), 8 Es (esquizofrenia) y 0 Is (introversión social).

Lo cual coincide con lo expresado por Gallucci (1997b) quien señaló que las escalas 2-D, 3-Hi, 4-Dp y 9-Ma contribuyeron significativamente a la clasificación de adolescentes que abusaban de sustancias, dividiéndolos en tres grupos: un grupo primario de adictos a las sustancias caracterizado por un subcontrol conductual, un grupo secundario que manifestaba la ausencia de subcontrol conductual y un grupo combinado que presentaba características de subcontrol y sobrecontrol.

Micucci (2002) evaluó la capacidad de discriminación del MMPI-A con respecto a un diagnóstico de abuso de sustancias e indicó mayor precisión para los tipos de códigos que incluían las escalas 1-Hs, 2-D, 3-Hi, 5-Mf y 0-Is y, menor precisión para los tipos de códigos que incluían las escalas 4-Dp, 6-Pa y 9-Ma.

Finalmente, Magallón et al. (2012) realizaron un estudio sobre subtipos de adolescentes con TUS, el perfil mostró elevaciones moderadas en las escalas 4-Dp, 2-D y 3-Hi y el análisis discriminante mostró que las escalas 2-D, 4-Dp y 7-Pt, clasificaron correctamente a los pacientes dentro de los subgrupos obtenidos lo que derivó en cuatro perfiles: acting-out, caracterizado por las puntuaciones clínicamente significativas en 4-Dp, 3-Hi y 2-D, lo que indicó jóvenes con comportamiento antisocial, bajo control de impulsos y reacciones emocionales ante el conflicto con los demás, el segundo grupo, desorganizado-conflictivo, elevó las escalas 8-Es, 1-Hs, 3-Hi, 4-Dp, 2-D y 6-Pa y en menor medida la 7-Pt y 9-Ma, por lo que presentó un amplio espectro de síntomas clínicos severos, el tercer grupo, presentó puntajes moderadamente altos en 8-Es y 9-Ma, lo que refleja una tendencia hacia el

comportamiento impulsivo, por lo que se le denominó normativo-impulsivo y, finalmente, el cuarto grupo se caracterizó por una falta de manifestaciones psicopatológicas, presentando ligeras elevaciones en las escalas 3-Hi y 4-Dp y una ligera tendencia hacia puntuaciones altas en las escalas de validez L y K, mostrando un perfil engañoso-oculto.

Relativo a la tercera hipótesis que dice: **Existen diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de adolescentes en conflicto con la ley y el grupo de adolescentes con uso y abuso de sustancias, respecto a las escalas de contenido del MMPI-A**, se acepta la hipótesis alterna, dado que se observan diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones T uniformes en las escalas de contenido del grupo de adolescentes en conflicto con la ley respecto al grupo de adolescentes con uso y abuso de sustancias.

En el caso de las escalas de contenido se encontró que las que son estadísticamente significativas fueron ANS-A (ansiedad-adolescentes), DEP-A (depresión-adolescentes), SAU-A (preocupación por la salud-adolescentes), ENA-A (enajenación-adolescentes), DEL-A (pensamiento delirante-adolescentes), PCO-A (problemas de conducta-adolescentes), BAE-A (baja autoestima-adolescentes), ASL-A (aspiraciones limitadas-adolescentes), ISO-A (incomodidad en situaciones sociales-adolescentes) y ESC-A (problemas escolares-adolescentes).

Los adolescentes en conflicto con la ley mostraron elevaciones significativas en las escalas ANS-A, SAU-A, ENA-A, PCO-A, ASL-A e ISO-A.

Esto es consistente con lo indicado por Pena et al. (1996) quienes señalaron que las elevaciones en las escalas PCO-A, ESC-A, ENJ-A y CIN-A destacaron en los perfiles de los delincuentes.

En la misma línea, Toyer y Weed (1998), encontraron que las elevaciones más altas en las escalas de contenido del MMPI-A en una muestra de delincuentes juveniles

pertencientes a un programa de consejería fueron en las escalas PCO-A, ESC-A e INM-A. Los informes del comportamiento mostraron correlaciones altas con las escalas ESC-A y ENJ-A.

Por su parte, Peterson y Robbins (2008) encontraron elevaciones en las escalas de contenido PCO-A y CIN-A, que reflejan comportamiento excitatorio y se usan para predecir la reincidencia. Los resultados mostraron que la escala PCO-A predice exitosamente la reincidencia, con una fuerte relación. El contenido de dicha escala puede capturar algunas de las actitudes y comportamientos que caracterizan a estos adolescentes de alto riesgo.

Morán (2009) observó en el grupo de menores infractores elevación de las escalas de contenido relacionadas al grupo de conductas sintomáticas internas, entre las que se encuentran ANS-A, DEP-A y SAU-A, describiendo de esta forma a jóvenes con sentimientos de tristeza, minusvalía e incertidumbre hacia el futuro, quienes experimentan una sensación de vacío que les puede orillar a conductas autodestructivas, son temerosos y cautelosos en sus contactos, pueden verse preocupados por su salud, el funcionamiento físico y la imagen. Muestran un pobre desempeño en sus actividades con frecuencia afectadas por las dudas, tensiones y poca seguridad en sí mismos, culpan a otros por sus fracasos y parecen poco dispuestos a recibir ayuda, poniendo en tela de juicio la autoridad y las habilidades de los demás. Otras escalas que se le elevaron de forma significativa en esta investigación fueron FAM-A y BAE-A.

En relación a ello, Barragán (2012) encontró elevaciones en las escalas de contenido ANS-A, OBS-A, DEP-A, SAU-A, CIN-A, PCO-A y RTR-A de los adolescentes en conflicto con la ley penal, lo que deriva en que se relacionen con compañeros y amigos que frecuentemente están en problemas y participan en comportamientos que saben que no deberían hacer y les atrae la conducta criminal. En ocasiones pueden atemorizar a los extraños con respecto a ellos, sólo por el placer de hacerlo. Refieren importantes dificultades en el control del enojo y

considerables problemas por ser irritables; asimismo son impacientes, temperamentales y hacen berrinche con tal de conseguir lo que desean, y se observa tendencia a la actuación de conflictos (acting out). Dadas las características que presentan, pueden verse inmersos en peleas, especialmente cuando hay ingesta de sustancias de por medio. Asimismo, estos adolescentes presentan elevaciones en el grupo de escalas de conductas de inhibición, que, sugieren, síntomas de depresión, disforia y tristeza, porque son adolescentes que mantienen una opinión negativa de sí mismos por lo que se sienten inútiles e insatisfechos con sus vidas, refieren falta de confianza en sí mismos y consideran tener pocas habilidades y muchas fallas, manifiestan pensamientos auorreprobatorios, incluyendo aquellos referentes a creer que no han llevado el tipo de vida adecuado, pueden sentir que están condenados y que han cometido pecados inperdonables. Estos jóvenes refieren no tener esperanza en el futuro y éste les parece incierto como para hacer planes serios, creen que la vida no vale la pena, por lo que muestran desinterés hacia ella, indican pensamientos y experiencias extrañas e inusuales y creen que algo raro existe en su mente, son ansiosos, suelen sentirse solos aún cuando estén acompañados de otros y pueden indicar ideaciones paranoides. Se muestran preocupados constantemente y en ocasiones estas preocupaciones pueden ser desproporcionadas; a veces pueden sentir que las personas pierden la paciencia con ellos. Reportan problemas físicos que interfieren con el disfrute de sus actividades. Manifiestan pocos deseos de discutir sus problemas con los demás y no creen que otras personas puedan enterderlos o estén interesados en lo que les pasa. Se trata de jóvenes que en general muestran serios problemas de desadaptación y que dadas las características que poseen, podrían ceder fácilmente ante las presiones de otros; no suelen responsabilizarse cuando se presentan problemas y dejan que otros se hagan cargo de ellos.

Por otra parte, las escalas más significativas para los adolescentes con uso y abuso de sustancias son DEP-A, DEL-A, BAE-A y ESC-A.

Como lo señalaron Komro et al. (1999), quienes estudiaron sí el consumo de alcohol y el reconocimiento de problemas relacionados con el alcohol y las drogas se asociaron estadísticamente con comportamientos delictivos y violentos en estudiantes de octavo y noveno grado. Un porcentaje similar, en ambos grados, elevaron las escalas FAM-A, ASL-A, RPAD y TPAD; en el caso de ESC-A, los varones tuvieron una prevalencia más alta. Los resultados sugieren que el consumo de alcohol es un factor de riesgo independiente para las conductas delictivas y violentas entre los jóvenes.

Referente a la cuarta hipótesis que dice: **Existen diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de adolescentes en conflicto con la ley y el grupo de adolescentes con uso y abuso de sustancias, respecto a las escalas suplementarias del MMPI-A**, se acepta la hipótesis alterna, ya que se observan diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones T lineales en las escalas suplementarias del grupo de adolescentes en conflicto con la ley respecto al grupo de adolescentes con uso y abuso de sustancias.

Las escalas suplementarias que presentan diferencias estadísticamente significativas son TPAD (tendencia a problemas con el alcohol y/o drogas), INM-A (inmadurez-adolescentes) y A-A (ansiedad-adolescentes). Estas escalas resultaron más significativas para el grupo de los adolescentes en conflicto con la ley.

Lo anterior se corrobora con lo señalado por Pena et al. (1996), que informaron que los delincuentes juveniles generaron su puntuación promedio más baja en la escala suplementaria de R-A (Represión-adolescentes) y su puntuación más alta en MAC-A [Alcoholismo de MacAndrew-revisada (de adolescentes)], lo cual refleja una orientación desinhibida hacia la búsqueda de sensaciones. Además, obtuvieron puntuaciones elevadas en RPAD (Reconocimiento de problemas con el alcohol y/o drogas), TPAD e INM-A, que se asocian con tendencias impulsivas y tendencias acting out que suelen relacionarse con el abuso de alcohol y/o las drogas.

En su caso, Toyer y Weed (1998), reportaron elevaciones en las escalas suplementarias MAC-A e INM-A y, los informes del comportamiento mostraron correlaciones altas con las escalas RPAD y TPAD.

En 2001, Stein y Graham, estudiaron la capacidad del MMPI-A para detectar problemas de abuso de sustancias en un entorno correccional. Examinaron las escalas RPAD, TPAD y MAC-A para predecir el abuso de sustancias. Además, fue evaluada la validez incremental de RPAD en comparación con TPAD, así como, la validez incremental de TPAD en comparación con MAC-A. Los resultados indicaron que las escalas RPAD y TPAD, pero no MAC-A, pueden estar relacionadas con el abuso de sustancias, identificando que la comprensión de dicha situación puede ser crítica para entender otros factores que pudieron estar involucrados en la mala conducta, así como para el inicio del tratamiento. La escala RPAD mostró resultados superiores sobre la escala TPAD con referencia a la identificación del abuso de sustancias.

Archer et al. (2003) evaluaron a delincuentes juveniles varones, adolescentes varones que estaban recibiendo tratamiento psiquiátrico y a adolescentes varones dualmente diagnosticados con alguna enfermedad psiquiátrica y abuso de sustancias. Los resultados sugieren que las escalas suplementarias RPAD, INM-A y R-A, se pueden utilizar para discriminar eficazmente entre estos tres entornos de tratamiento. Los jóvenes delincuentes muestran puntuaciones altas en INM-A y R-A, en comparación de los otros dos grupos. En conjunto, estas escalas sugieren que el grupo de delincuentes juveniles puede caracterizarse por inmadurez emocional y psicológica, acompañado por intentos superficiales de parecer adaptados y controlados emocionalmente.

Por su lado, Morán (2009), detectó como escalas suplementarias significativas en los menores infractores a MAC-A y A-A, lo que alude a personas ansiosas e inconformes, que están dispuestas a correr riesgos con frecuencia asociados al consumo de alcohol u otras drogas, situación que puede incrementar la expresión de

comportamientos impulsivos, además de emplear el consumo de sustancias como un medio para enfrentar sus problemas de forma rápida, pero poco eficaz. No obstante, la tensión que padecieron pudo ser resultado de las circunstancias particulares que fueron enfrentando a partir de la comisión del delito, durante el proceso legal y a través de las condiciones de reclusión en que se encontraron inmersos.

Finalmente, Barragán (2012) comparó los rasgos de personalidad que presentan adolescentes en conflicto con la ley penal respecto a los rasgos de personalidad que presentan adolescentes escolarizados detectados con problemas de conducta a través del MMPI-A. En los resultados se encontró que existen diferencias estadísticamente significativas entre los rasgos de personalidad que presentaron ambos grupos en las escalas suplementarias del instrumento, en específico en A-A.

Análisis cualitativo

Se llevó a cabo un análisis cualitativo con el objeto de describir los rasgos de personalidad y las diferencias entre el grupo de adolescentes en conflicto con la ley y el grupo de adolescentes con uso y abuso de sustancias, mediante las puntuaciones T lineales y T uniformes del MMPI-A.

Los códigos de los perfiles obtenidos para cada uno de los grupos son los siguientes:

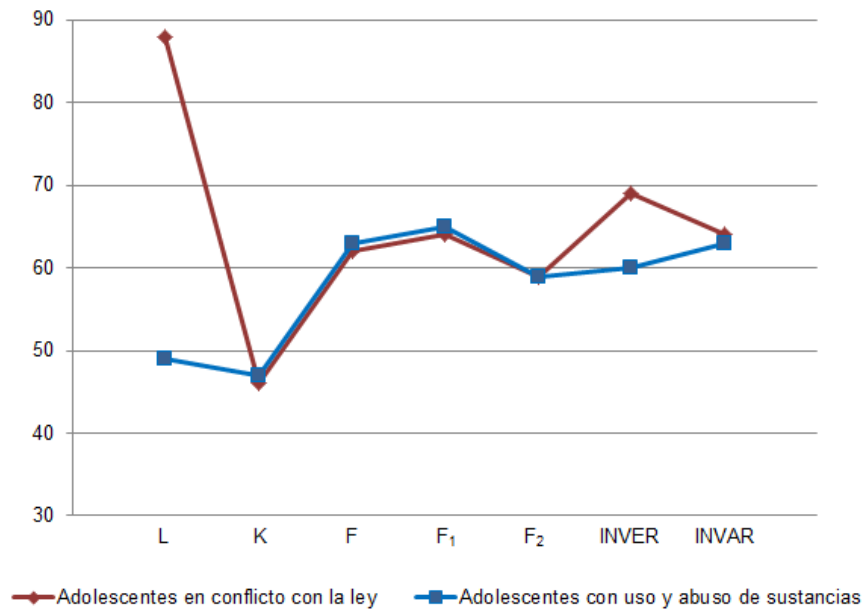
Adolescentes en conflicto con la ley:

4 9+ - 8/5712 : 306# L'''+F-/K:

Adolescentes con uso y abuso de sustancias:

41 - 83679250/ F-/LK:

Figura 5.1 Perfil de las escalas y subescalas de validez del MMPI-A



Con respecto a las escalas y subescalas de validez (Figura 5.1), las puntuaciones obtenidas por el grupo de adolescentes en conflicto con la ley y por el grupo de adolescentes con uso y abuso de sustancias, indican que los perfiles de personalidad obtenidos a través de las escalas clínicas, de contenido y suplementarias de MMPI-A son válidos e interpretables.

Las escalas INVER e INVAR no presentaron puntuaciones $T \geq 75$, lo que indica un registro de respuestas consistentes en ambos grupos. Asimismo, la escala F y las subescalas F₁ y F₂ no presentaron puntuaciones $T \geq 90$, lo que señala que los adolescentes no trataron de falsear o sobreenfocar una sintomatología, siguieran un patrón aleatorio de respuestas, fueran incapaces de leer y entender en forma adecuada la reserva de reactivos o sufrieran una enfermedad psiquiátrica muy grave; además, las subescalas no muestran diferencias considerables ya que presentaron una discrepancia menor a los 20 puntos, esto indica que los adolescentes mantuvieron la misma actitud hacia la prueba durante toda la aplicación. En el caso del grupo de adolescentes en conflicto con la ley, muestran una L con elevación marcada, siendo su puntuación $T > 65$ lo que puede referir adolescentes defensivos y que intentan ocultar problemas; mientras que, en el grupo

de adolescentes con uso y abuso de sustancias, los adolescentes se manifiestan en la posición en la que realmente se encuentran. Finalmente, la escala K, en ambos grupos, no presenta puntuaciones $T \geq 65$, lo que sugiere que los adolescentes no mostraron una actitud defensiva hacia la prueba.

La clave $L'''+F-/K$: que obtuvo el grupo de adolescentes en conflicto con la ley, señala que son adolescentes que se muestran en una posición favorable y positiva, con excesivo virtuosismo, en particular en lo concerniente a la ética personal o a la conducta social; negando (quizá de forma inconsciente) fallas o debilidades comunes e impulsos hostiles o agresivos, es decir, pudieron responder falsamente.

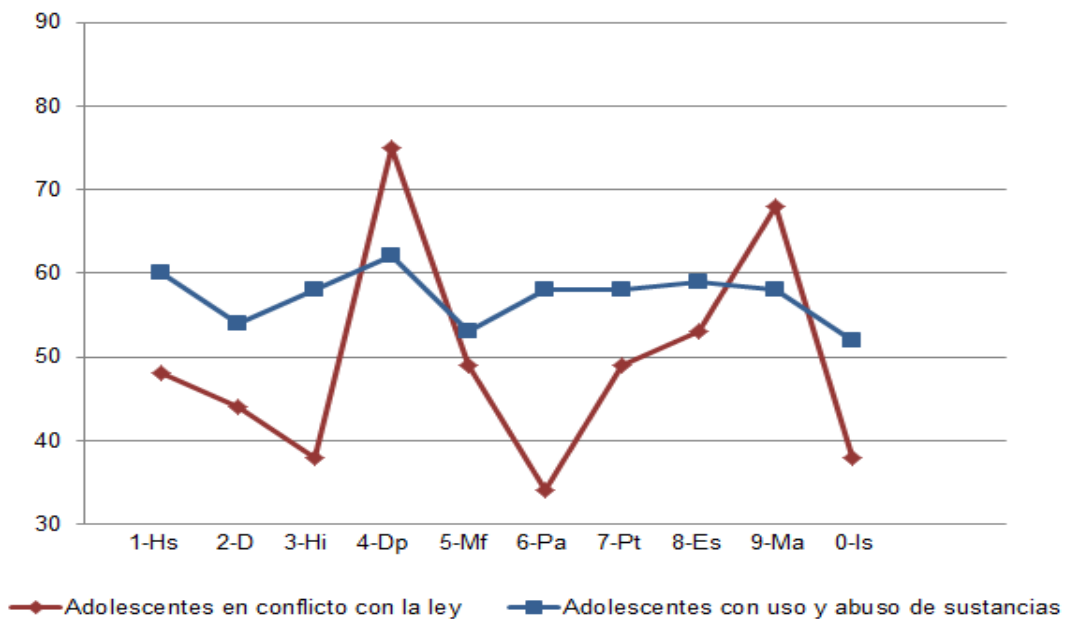
En tanto que, la clave $F-/LK$: que obtuvo el grupo de adolescentes con uso y abuso de sustancias, indica que este grupo tiende a corroborar una gran cantidad de síntomas que se confirman como inusuales o infrecuentes los cuales llegan a exagerar, se presentan a sí mismos (quizá de forma inconsciente) en una situación desfavorable y puede existir un desajuste grave o una tendencia a ser ingenuos.

Los datos obtenidos en esta investigación se pueden comparar con los que reporta Morán (2009), quien realizó un estudio con menores infractores varones, quienes elevaron las escalas de validez L, F, F_1 , F_2 e INVAR, para dicho autor estas escalas marcan una configuración que indica un grupo de jóvenes que tienden a exagerar sus síntomas, quienes presentan además una amplia variedad de problemas psicológicos, condición que además se ve favorecida por los bajos recursos con que cuentan para enfrentar sus conflictos.

Aunado a ello, en el caso del grupo de adolescentes en conflicto con la ley, los resultados se corroboran con lo indicado por Argyle (en West, 1973), quien sugería que una de las características más importantes de los delincuentes es su propensión a mentir y falsear los datos en los test. Además, Mussen et al. (1974) observaron que los delincuentes tenían considerablemente menos respeto y consideración por los derechos de los demás, se mostraban menos dispuestos a cooperar en la

observancia de las normas y en el cumplimiento de sus obligaciones como miembros de un grupo social y mostraban una tenencia a responder a las presiones ambientales con hostilidad, rechazo, o simple alejamiento de la situación; mientras que, en el grupo de adolescentes con uso y abuso de sustancias, los resultados se comprueban con lo señalado por González et al. (1996), Cáceres et al. (2006), Varela et al. (2007) y Peñafiel (2009) quienes indican que en esta etapa es frecuente que surjan dudas acerca de la propia valía y al tratar de ser diferentes, hacen algo que implique un riesgo o afrontan el malestar emocional experimentando con drogas.

Figura 5.2 Perfil de las escalas clínicas del MMPI-A



En cuanto a las escalas clínicas, las cuales se muestran en la Figura 5.2, la clave obtenida por el grupo de adolescentes en conflicto con la ley fue $4\ 9+8/5712:306\#$. Este grupo presenta una combinación de dos escalas elevadas con una $T > 60$, lo que da un tipo de código 4-9 identificado por Marks et al. (1974, en Archer & Krishnamurthy, 2012) como *prototipo de infractores* que corresponde a adolescentes que presentan conductas desafiantes, acting out, desobediencia, ausentismo escolar y fugas del hogar. Son socialmente extrovertidos, egocéntricos, narcisistas y demandantes, así como resentidos con figuras de autoridad. Además, se les percibe como impacientes, impulsivos, inquietos, descontrolados y buscan satisfacer sus

necesidades de manera inmediata. Suelen combinar su extroversión social y naturaleza gregaria con una tendencia a manifestar conductas de provocación y manipulación; también mienten, roban y realizan otras acciones antisociales. Lo anterior se refuerza con el bajo puntaje ($T < 40$) obtenido en la escala O, ya que confirma que este grupo muestra una actitud extrovertida y gregaria; al parecer son más activos, con una gran energía e impulsivos; suelen mostrar una fuerte necesidad de afiliación y trataran de parecer confiados, amistosos y socialmente sensibles lo cual puede ir encaminado a la cuestión del egocentrismo, demanda, manipulación y el satisfacer sus necesidades inmediatas. Ello se relaciona con la elevación en la escala L, al ser adolescentes que se muestran con excesivo virtuosismo en lo concerniente a la ética personal o a la conducta social; negando fallas o debilidades comunes e impulsos hostiles o agresivos. Por otro lado, la escala 3 indica que son jóvenes que tienden a manejar con libertad las quejas físicas o incomodidad; al parecer si no están obteniendo beneficio alguno del otro o dejan de ser el centro de atención, tendrán baja disposición y una participación social limitada, provocando que las relaciones interpersonales que establezcan sean poco amistosas, inflexibles y realistas. En adición, mostrarán falta de consciencia de los sentimientos y las motivaciones de los demás (escala 6).

Por su parte, la clave obtenida por el grupo de adolescentes con uso y abuso de sustancias fue 41-83679 250/. El presentar una escala 4 moderadamente elevada indica que este grupo es propenso a ser rebelde, hostil y difícil de tratar en psicoterapia. Pueden externalizar su conducta a través de la delincuencia, agresiones o involucrarse con el uso o abuso de alcohol y drogas. Estos adolescentes pueden presentar una tasa elevada de problemas escolares, consistentes en reprobación de los cursos, acciones disciplinarias y suspensiones, y además, tener desacuerdos y discusiones con sus padres o huir de casa. Confirmando lo anterior, la escala 1, indica que este grupo puede tener problemas escolares y presentar desacuerdos con sus padres. Aunado a ello, tienden a preocuparse por su salud y las enfermedades, informan dolencias exageradas respecto al funcionamiento físico y numerosos síntomas somáticos; o bien, pueden

presentar problemas internalizados como temor, sentimientos de culpa, retraimiento social, perfeccionismo, dependencia y ansiedad. Lo que se refuerza con la elevación en F ya que, como se mencionó, este grupo tiende a corroborar una gran cantidad de síntomas que se confirman como inusuales o infrecuentes los cuales llegan a exagerar. A pesar de que ninguna de las escalas se encuentra sumergida ($T \leq 40$), el perfil indica que las escalas más bajas son 5 y 0. Estas confirman las características expuestas anteriormente ya que los adolescentes de este grupo presentan con mayor frecuencia problemas de conducta en la escuela y delincuencia, posiblemente debido a que exhiben de sí mismo un estereotipo que enfatiza una sexualidad extrema e intereses masculinos tradicionales (escala 5); adicional a ello, podrán tener una actitud extrovertida, gregaria y sociable, se muestran activos y con gran energía, confiados, competentes y socialmente sensibles (escala 0).

Los hallazgos de este estudio coinciden con lo obtenido por Pena et al. (1996), quienes identificaron que el tipo de código 4-9/9-4 en el MMPI-A definían los perfiles de los adolescentes delincuentes, además de que las escalas 3 y 0 se ubicaban por debajo del promedio. Asimismo, Toyer y Weed (1998) trabajaron en un entorno de adolescentes infractores en donde las elevaciones más altas se obtuvieron en la escala 4, aunado a ello, se obtuvieron informes referentes a problemas de conducta que presentaba estos jóvenes mostrando que éstos correlacionaban altamente con la escala 9. Siguiendo esta línea, Morton et al. (2002) señalaron que las escalas para identificar a delincuentes juveniles varones son las elevaciones en las escala 4 y en menor medida en la 9, la cual si se presenta puede indicar un alto riesgo de ofensas reiteradas o graves. También, Peterson y Robbins (2008) llevaron a cabo un estudio donde señalaron que la escala 4 tiene una pequeña varianza incremental para predecir la reincidencia. Igualmente, Balbuena y Ampudia (2004) realizaron una investigación cuyo objetivo fue analizar la conducta antisocial, los resultados mostraron que en el grupo de adolescentes delincuentes se elevó la escala 4. De manera análoga, Villareal y Ampudia (2004), realizaron una investigación para analizar el patrón de respuesta de la escala 4 del MMPI-A en delincuentes juveniles institucionalizados, los resultados indicaron que los adolescentes infractores

tendieron a elevar esta escala con una $T=65$, por lo que, muestran características tendientes a la psicopatía, problemas familiares, falta de límites, baja tolerancia a la frustración y enojo.

Por otra parte, Gumbiner et al. (1999) realizaron un estudio con delincuentes juveniles, en donde los resultados indican que las puntuaciones T en las escalas 4, 8 y 9 fueron elevadas para esta muestra. De la misma manera, Hicks et al. (2000) efectuaron un estudio a delincuentes juveniles varones institucionalizados, quienes obtuvieron elevaciones en los patrones de configuración o de tipo de código creados por las escalas 4, 8 y 9; sin embargo, estas escalas no fueron útiles para predecir las infracciones totales entre los delincuentes juveniles, en cambio las elevaciones en la escala 9 fueron importantes para predecir infracciones violentas.

Otra investigación afín a lo hallado en este estudio es la de Espelage et al. (2003), quienes analizaron los perfiles psicológicos y los síntomas de salud mental de delincuentes juveniles; entre los hombres, se identificó un grupo normativo sin puntuaciones clínicamente elevadas, no siendo representativo de ninguna perturbación psicológica específica, aunque sobresalía una combinación 4-9, y un segundo grupo, descrito como desorganizado, mostrando elevaciones en las escalas clínicas 8, 4 y 7, lo que sugiere una psicopatología grave con una gran cantidad de experiencias inusuales, las personas con este tipo de perfil a menudo son malhumoradas, hostiles, impredecibles, propensas a temperamentos violentos, carecen de habilidades sociales básicas, tienden a ser socialmente retraídos, y pueden informar pensamientos, actitudes o alucinaciones inusuales, además que, confían en la fantasía en momentos de estrés.

De acuerdo a Morán (2009), quien realizó un estudio cuyo principal objetivo fue conocer los rasgos y las características de personalidad de los menores infractores, entre los resultados encontró elevaciones en las escalas clínicas 1, 2, 4 y 6, éstas están relacionadas con un alto índice de agresión y conducta antisocial; sin embargo, se encuentran también respuestas psicósomáticas asociadas a

importantes sentimientos depresivos. Barragán (2012) señaló que los rasgos de personalidad que presentan adolescentes en conflicto con la ley penal se pueden ver reflejados en las elevaciones de las escalas clínicas 9, 4, 7, 1 y 2.

En cuanto a los antecedentes de hallazgos relacionados con el uso y abuso de sustancias en adolescentes, se tiene al de Gallucci (1997b), quien evaluó a jóvenes que abusaban de sustancias y los dividió en tres grupos: un grupo primario de adictos a las sustancias caracterizado por un subcontrol conductual, un grupo secundario que manifestaba la ausencia de subcontrol conductual y un grupo combinado que presentaba características de subcontrol y sobrecontrol. Los análisis de función discriminante demostraron que las escalas 2, 3, 4 y 9 contribuyeron significativamente a la clasificación de los participantes en los tres grupos, los grupos primario y combinado elevaron las escalas excitatorias 9 y 4, el grupo secundario elevó la 3 moderadamente y la escala 2 fue significativamente elevada para los grupos secundario y combinado. De manera similar, Magallón et al. (2012) evaluaron a pacientes con TUS y comorbilidad psiquiátrica, el perfil general de personalidad mostró elevaciones moderadas en las escalas 4, 2 y 3, revelando cuatro perfiles; el primer grupo con estilo de personalidad acting out, se caracterizó por puntuaciones significativas en las escalas 4, 3 y 2 describiendo a pacientes con comportamiento antisocial, bajo control de impulsos y reacciones emocionales a conflictos con otros; el segundo grupo mostraba un perfil psiquiátricamente alterado y fue etiquetado como desorganizado-conflictivo teniendo elevación significativa en las escalas 8, 1, 3, 4, 2 y 6, y moderada en 7 y 9; el tercer grupo, denominado normativo-impulsivo, presentó puntajes moderados en 8 y 9 lo que reflejaba una tendencia hacia el comportamiento impulsivo; y, el cuarto grupo, calificado como engañoso-oculto, mostró ligeras elevaciones en las escalas 3 y 4.

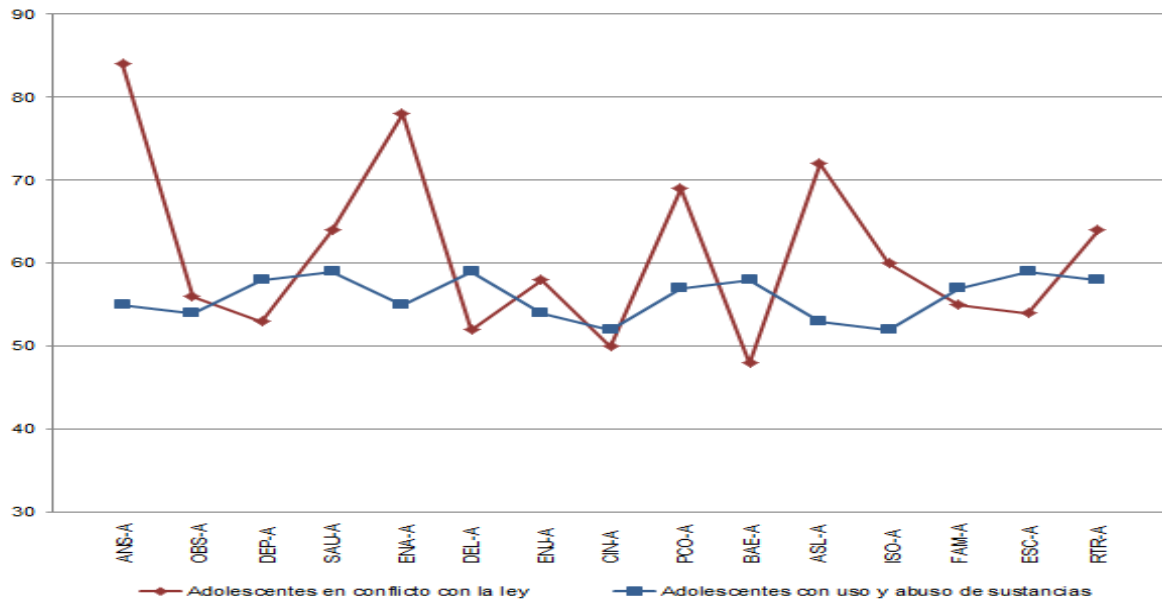
Finalmente, Micucci (2002) evaluó la capacidad de discriminación del MMPI-A en adolescentes pacientes psiquiátricos hospitalizados sin diagnóstico primario de abuso de sustancias y respecto a un diagnóstico de abuso de sustancias establecido en el curso del tratamiento, el tipo de código de perfil moderó con la

mayor precisión para las escalas 1, 2, 3, 5 y 0, indicando que el diagnóstico de sustancias puede ser mayor cuando los códigos incluyen estas escalas que cuando incluyen 4, 6 ó 9.

Además, en el caso de los adolescentes en conflicto con la ley, Argyle (en West, 1973) mencionó que los delincuentes se caracterizan por su falta de consciencia o débil superego; su falta de simpatía, o sea, su indiferencia hacia los sentimientos de las otras personas; su impulsividad o falta de control del ego, la cual se revelaba en la ejecución descuidada de diferentes tareas, poca perseverancia y una preocupación por la satisfacción inmediata más que por los objetos a largo plazo; y, una tendencia a identificarse a sí mismos con una escala antisocial de valores, a mostrar resentimiento y oposición a las autoridades controladoras. Por su parte, Hewitt y Jenkis (en West, 1973) diferenciaron a delincuentes agresivos insociales y a socializados o seudosocializados; los primeros, eran propensos a la crueldad, a la violencia y a la venganza, a iniciar peleas, a la destructividad y a desafiar abiertamente a la autoridad, además su actitud era amargada y se advertía que no sentían remordimiento, y los segundos, eran más propensos a hurtar y a asociarse con pandillas y malas compañías, pero eran abiertamente menos agresivos y con menos solidaridad. Así mismo, Reiss (en West, 1973) describió a los delincuentes sociales como muchachos que habían dejado de internalizar ciertos modelos propios de la clase media y experimentaban escasos sentimientos de culpa acerca de sus transgresiones, y a los delincuentes impulsivos, con escaso autodomínio y con muchos conflictos internos acerca de sus delincuencias. Finalmente, Tocaven (1979) indicó que el delincuente egocéntrico es aquel que trata de justificar su conducta ante sus propios ojos, no se siente culpable de sus faltas y acusa al entorno como medio de liberación. En cambio, los adolescentes con uso y abuso de sustancias, pueden presentar conductas que los vulneran para desarrollar problemas relacionados con el consumo de drogas, como la inconformidad, un alto grado de impulsividad, desafío a las figuras de autoridad (Llorens et al., 2005; Cáceres et al., 2006; Varela et al., 2007), así como, un temperamento variable e irritable (García & López-Sánchez, 2012), una mayor presencia de conductas desviadas de las normas

de comportamiento social típicas de la edad (Peñafiel, 2009) o un comportamiento rebelde y enfocado en la independencia (González et al., 1996).

Figura 5.3 Perfil de las escalas de contenido del MMPI-A



En relación a las escalas de contenido (Figura 5.3), los adolescentes en conflicto con la ley elevan significativamente ($T \geq 65$) las escalas ANS-A, ENA-A, ASL-A y PCO-A, y otras, de forma moderada (T de 60 a 64) como SAU-A, RTR-A e ISO-A. Este grupo presenta muchos síntomas de ansiedad, incluyendo tensión, preocupaciones frecuentes, trastornos del sueño, confusión, problemas para concentrarse e incapacidad para mantenerse ocupados en una tarea; llegan a tener la sensación de que pierden el control de su vida y sienten que algo terrible o espantoso está a punto de suceder (ANS-A), lo que puede relacionarse con su impaciencia, inquietud y descontrol; o bien, con el egocentrismo y manipulación que pueden generar en los otros al presentarse de esta forma (código 4-9 y escala 3). Además, se sienten pesimistas respecto a las interacciones sociales y tienen dificultad para sincerarse con otros y se sienten inhibidos cuando tienen que hablar en un grupo; tienden a creer que tienen una vida difícil y que no le importan a nadie, ni nadie los comprende; no aprecian las opiniones que le dan los demás y sienten que la gente frecuentemente obstaculiza sus intentos por superarse (ENA-A); ello puede

enfocarse a la baja disposición y participación social (escala 3) y al resentimiento que crean ante las figuras de autoridad, pudiendo depositar en ellos sus fallas académicas y familiares (código 4-9 y escala L). Tienen pocas metas educativas lo que se relaciona con bajas calificaciones, un nivel de participación bajo en las actividades escolares y ausentismo escolar; postergan las cosas y se rinden con rapidez al enfrentar una tarea difícil o frustrante, y dejan que los demás les resuelvan los problemas siempre que es posible; pueden llegar a presentar dificultades legales y arrestos, así como, huidas de casa (ASL-A); lo que se plasma en el código 4-9 en cuanto al ámbito legal, en suma con la escala 0 en lo social (manipulación) y con ENA-A en función del aspecto académico y familiar. En relación a lo anterior, tienen suspensiones escolares o antecedentes de infracciones legales; es posible que hayan cometido hurto, robo en tiendas, mentir, destrucción de propiedad ajena e insultar, agredir, usar y abusar del alcohol y otras drogas; se caracterizan por no percibir problema alguno, en tratar de darle la vuelta a las leyes y aprovecharse de los demás (PCO-A), lo que se relaciona con L y el código 4-9. Por otro lado, tienen la tendencia a preocuparse por su salud, confirman síntomas físicos y pueden sentirse enfermos y poco saludables; son chicos temerosos de la escuela, ansiosos y preocupados, propensos a los accidentes, poco independientes, perfeccionistas y con tendencia a experimentar culpa (SAU-A), que puede relacionarse con el código 4-9, con la escala 3 al manejar con libertad las quejas físicas y con ANS-A. No creen que los demás sean capaces de entenderlos o cuidar de ellos, y manifiestan una falta de disposición general a conversar acerca de ámbitos problemáticos; tal vez no se sientan capaces de planificar su propio futuro y por ello se muestran renuentes a aceptar la responsabilidad de los sucesos o resultados negativos en su vida; tienen relaciones deficientes con los hermanos y una tendencia a amenazar físicamente a sus compañeros; es posible que les incomode realizar cambios significativos en su vida o quizá sientan que trabajar con los demás en un proceso de cambio es inútil y un signo de debilidad; no pronostican resultados psicoterapéuticos malos, sino que indican la presencia de mecanismos defensivos al inicio del tratamiento que se relacionan con actitudes y creencias negativas (RTR-A), que puede verse reflejado con L, el código 4-9, escala 3 y ENA-A. Finalmente, encuentran muy difícil convivir

con otros, además son tímidos y se sienten incómodos en las situaciones sociales, no les gusta tener gente a su alrededor y frecuentemente evitan a los demás; pueden presentar ansiedad, nerviosismo y tener un bajo nivel de participación en las actividades escolares (ISO-A), esto se coteja con la escala 3 y ANS-A.

En cambio, el perfil de los adolescentes con uso y abuso de sustancias no presenta elevaciones significativas; sin embargo, las escalas que se encuentran arriba son SAU-A, DEL-A y ESC-A. Son adolescentes que tienden a preocuparse por su salud, confirman síntomas físicos en diversos ámbitos, entre los que se hallan problemas gastrointestinales, neurológicos, cardiovasculares, sensoriales, respiratorios y dermatológicos; pueden sentirse enfermos y poco saludables; son chicos temerosos de la escuela, ansiosos y preocupados, propensos a los accidentes, poco independientes, perfeccionistas y con tendencia a experimentar culpa (SAU-A); lo que se relaciona con las escalas F y 1. Pueden tener dificultades legales y problemas en la escuela; caracterizan sus experiencias como extrañas e inusuales y creen que existe algo raro en su mente, pueden tener un pobre reconocimiento de la realidad; también, suelen tener ideas paranoides, como la creencia de que los demás conspiran en su contra y los quieren controlar (DEL-A); lo que se plasma en la escala 4 y 5 en relación a los problemas legales y escolares. Posiblemente, tienen antecedentes de dificultades de orden jurídico, abuso de drogas, peleas y huidas de casa; manifiestan muchos problemas académicos como bajas calificaciones, reprobación de cursos, ausentismo y suspensiones disciplinarias, tienden a evitar la participación en actividades académicas o deportivas y perciben la escuela como una pérdida de tiempo, además de que suelen molestarse por cosas que suceden en este entorno (ESC-A), lo cual se coteja con la escala 5 y 4, incluidos los problemas jurídicos y escolares, aunado a que a la última se le suman los problemas familiares y el involucrarse con el uso o abuso de alcohol y drogas, también la escala 1 hace referencia a problemas familiares y escolares.

Investigaciones que han obtenido hallazgos similares a las del presente estudio en relación a las escalas de contenido son: la investigación realizada por Pena et al.

(1996), quienes señalaron que la escala que destacó en los perfiles de los delincuentes fue PCO-A, lo que sugiere que estos adolescentes tienden a resistirse a los agentes de cambio y niegan la responsabilidad de sus errores; otros autores fueron Toyer y Weed (1998) que indicaron que las elevaciones más altas de los delincuentes juveniles fueron en PCO-A y ESC-A; asimismo, Peterson y Robbins (2008), mostraron que PCO-A y la reincidencia tenían una fuerte relación, el contenido de esta escala puede capturar algunas de las actitudes y comportamientos que caracterizan a estos adolescentes de alto riesgo; aunado a ello, Barragán (2012) evaluó a adolescentes en conflicto con la ley penal encontrando elevaciones significativas en la escala PCO-A, la cual está relacionada con tendencias agresivas externas, lo que indica que estos adolescentes tienden a presentar problemas de conducta importantes, relacionados con mentir, robar y romper o destruir cosas, maldecir y ser irrespetuosos y oposicionistas.

Por su parte, Morán (2009) identificó que las escalas de contenido que se elevan en los menores infractores son ANS-A, DEP-A y SAU-A; lo cual sugiere aspectos relacionados con síntomas físicos, son adolescentes que se sienten constantemente enfermos y se encuentran preocupados acerca de su salud; asimismo, estos aspectos pueden verse reflejados en comportamientos inapropiados, problemas escolares y pobre desarrollo académico; comúnmente parecen cansados e insatisfechos, con problemas para percibir la realidad, dificultades de concentración y preocupaciones somáticas.

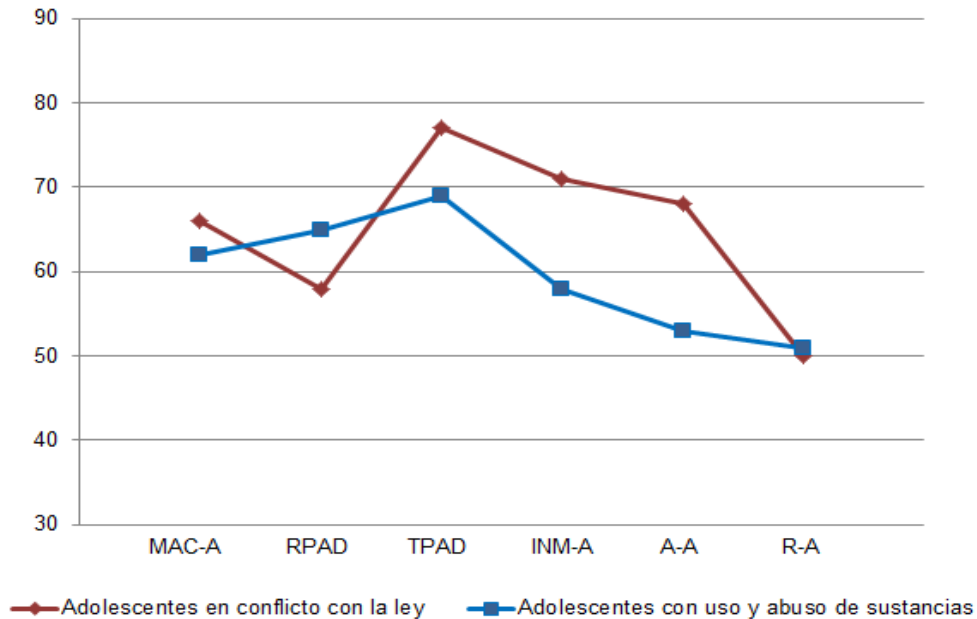
Finalmente, Komro et al. (1999) descubrieron que el consumo de alcohol y el reconocimiento de problemas relacionados con el alcohol y las drogas se asociaron estadísticamente con comportamientos delictivos y violentos en estudiantes, quienes elevaron las escalas FAM-A, ASL-A y en el caso de ESC-A, los varones tuvieron una prevalencia más alta.

En relación a los adolescentes en conflicto con la ley, Mussen et al. (1974) observaron que los futuros delincuentes, en su adolescencia, estaban menos

ajustados, cuando se les desafió académicamente se rindieron fácilmente, dijeron tener menos intereses en la vida, y en general se vio que carecían de entusiasmo, reconocieron también tener sentimientos de depresión y desaliento, cambios bruscos del humor, reportaron más a menudo toda una variedad de manifestaciones somáticas y conductuales de la ansiedad y preocupaciones hipocondríacas. Por su parte, Hewitt y Jenkis (en West, 1973) identificaron que los delincuentes hiperinhibidos o neuróticos, a pesar de sus transgresiones, se inclinan a la tristeza, depresión y timidez, están faltos de interés y energía. Curran y Mallison (en Tocaven, 1979) consideraron que hay que diferenciar dentro de la personalidad psicopática aquella vulnerable que bajo presión puede y suele presentar reacciones psicopáticas, la de caracteres inusuales o anormales que no siempre son necesariamente inestables o socialmente indeseables y la personalidad cuya característica principal es su conducta social o antisocial. Asimismo, Karpman (1947, en Tocaven, 1979) hizo una clasificación de la personalidad psicopática en dos tipos, la de tipo primario o ideopático que sería el tipo afectivamente empobrecido en cuanto al desarrollo de la consciencia y la capacidad de establecer relaciones afectivas e introyectar un código; y, la de tipo secundario o sintomático, en el cual la conducta oculta trastornos neuróticos o psicóticos subyacentes. Posteriormente, Tocaven (1979) describió al delincuente egocéntrico como el que tiende a desvalorizar los argumentos o enfoques de los otros y los valores presentes en la sociedad en que convive y al delincuente con agresividad negativa como aquel que guarda una postura de resentimiento contra la sociedad, una impulsividad que estalla y que pueden de pronto romper con las últimas barreras o inhibiciones que aún quedaban y lanzarlo a la ejecución del ilícito. Por otra parte, los adolescentes con uso y abuso de sustancias, pueden consumir debido a que han pasado por una situación vital estresante incontrolable, lo que desencadena una sensación de pérdida de control sobre el medio ambiente, así como, del sentido de la propia existencia (González et al., 1996); pueden presentar un locus de control externo siendo influenciados por sus amigos (González et al., 1996) y teniendo dificultad para defender sus opiniones y enfrentarse adecuadamente a los demás cuando se

trata de rechazar una oferta de consumo de drogas (Cáceres et al., 2006; Varela et al., 2007; Peñafiel, 2009).

Figura 5.4 Perfil de las escalas suplementarias del MMPI-A



Finalmente, en cuanto a las escalas suplementarias (Figura 5.4), los adolescentes en conflicto con la ley pueden mostrar conductas antisociales, tener problemas de comportamiento y disciplinarios en la casa y la escuela, interaccionan negativamente con su grupo de pares, y tienen propensión a desarrollar problemas con el alcohol y las drogas (TPAD), lo cual se relaciona con el código 4-9, la escala 6 y PCO-A. Además, ésto se confirma con INM-A, la cual se asocia con conductas antisociales ya que los adolescentes son propensos a involucrarse en pleitos y a haber estado detenidos; son desobedientes, poco cooperativos, desafiantes y tienen una incidencia alta de dificultades académicas; además, son jóvenes con poca participación en actividades sociales posiblemente por su desconfianza y acosan a los demás y, en aquellas que establecen, son oportunistas, explotadores y demandantes, tienden a ser egocéntricos y a ver la vida en forma simplista y concreta, se enojan con facilidad; ello tiene que ver con el código 4-9, la escala 3 y ENA-A. Adicional, la escala A-A indica que son ansiosos, miedosos, propensos a creerse culpables, pueden reportar molestia y trastornos emocionales generales y se

alteran fácilmente en situaciones sociales; lo cual tiene que ver con la escala 3, ANS-A y ENA-A. La escala MAC-A indica que son socialmente extrovertidos, exhibicionistas, dominantes, impulsivos y les gusta correr riesgos, así como, buscar sensaciones extremas, sugiere abuso de sustancias o su posibilidad; esto se plasma en el código 4-9 y en PCO-A. La escala más baja es R-A, que indica que son adolescentes extrovertidos, enérgicos, expresivos, poco cohibidos, agresivos, astutos, dominantes e informales; lo que concierne al código 4-9.

Los adolescentes con uso y abuso de sustancias también pueden mostrar, en menor medida, conductas antisociales, tienen problemas de comportamiento y disciplinarios en la casa y la escuela, interaccionan negativamente con su grupo de pares, y tienen propensión a desarrollar problemas con el alcohol y las drogas (TPAD), lo que se relaciona con las escalas 1, 4 y 5. Pueden ser adolescentes impulsivos y con un pobre reconocimiento de su entorno; reconocen el consumo de alcohol, marihuana u otras drogas, y confirman muchas actitudes, creencias o conductas que se asocian con el uso de estas sustancias (RPAD), lo que se reafirma con las escalas F, 1 y DEL-A. Además, tienden a ser socialmente extrovertidos, exhibicionistas, dominantes, impulsivos y les gusta correr riesgos, así como, buscar sensaciones extremas, sugiere abuso de sustancias o su posibilidad (MAC-A), enfocadas a las escalas 4 y 0. Las escalas más bajas del perfil son A-A y R-A, lo cual, indica que son jóvenes extrovertidos, enérgicos, competitivos, socialmente abiertos, agresivos, astutos, dominantes, informales, pueden tener poca tolerancia a la frustración y usualmente prefieren la acción a la contemplación, que de igual forma refuerzan las escalas 4 y 0.

Estos resultados son afines a los obtenidos por Pena et al. (1996), quienes informaron que los delincuentes juveniles generaron su puntuación promedio más baja en la escala suplementaria R-A, lo cual refleja una orientación desinhibida hacia la búsqueda de sensaciones, y obtuvieron puntuaciones elevadas en MAC-A, RPAD, TPAD e INM-A, que se asocian con tendencias impulsivas y acting out que suelen relacionarse con el abuso de alcohol y/o las drogas.

Por su parte, Toyer y Weed (1998), en su estudio, señalaron que las escalas suplementarias más altas son MAC-A e INM-A, que se asocian a problemas específicos como con el tratamiento y con la conducta, respectivamente; además los informes de comportamiento mostraron correlaciones altas con RPAD y TPAD.

Asimismo, Stein y Graham (2001) estudiaron la capacidad del MMPI-A para detectar problemas de abuso de sustancias en un entorno correccional, los resultados indican que las escalas RPAD y TPAD, pueden estar relacionadas con el abuso de sustancias; la escala RPAD mostró resultados superiores sobre la escala TPAD con referencia a la identificación del abuso de sustancias.

Archer et al. (2003) evaluaron a delincuentes juveniles varones, a adolescentes varones que estaban recibiendo tratamiento psiquiátrico y a adolescentes varones dualmente diagnosticados con alguna enfermedad psiquiátrica y abuso de sustancias, los resultados sugieren que RPAD, INM-A y R-A, se pueden utilizar para discriminar eficazmente entre estos tres entornos de tratamiento ya que los jóvenes delincuentes mostraron puntuaciones elevadas en INM-A en comparación de los otros dos grupos; esta escala sugiere que el grupo de delincuentes juveniles puede caracterizarse por inmadurez emocional y psicológica.

Siguiendo esta línea, Morán (2009) señaló que las escalas suplementarias elevadas en menores infractores son MAC-A y A-A, lo que sugiere un grupo de jóvenes con tensiones internas, dispuestos a correr riesgos, por lo que adicionalmente presentan y reconocen el uso y abuso de alcohol y otras drogas, pueden llegar a consumir como un medio para enfrentar las demandas sociales, la pertenencia al grupo y contrarrestar en cierta medida su propia insatisfacción o carencia personal; asimismo, tienen indicadores de ansiedad que pudiesen estar relacionados con las condiciones de comisión del delito, aprehensión y reclusión.

En cambio, Barragán (2012) indicó que en los adolescentes en conflicto con la ley se observó una elevación en MAC-A e INM-A, sugiriendo problemas de uso y abuso en

la ingesta de alcohol y otras sustancias; pueden ser jóvenes exhibicionistas y que les gusta correr riesgos; refieren conductas, actitudes y percepciones sobre ellos mismos y otros que reflejan inmadurez en términos de estilo interpersonal, complejidad cognoscitiva, consciencia de sí mismo, juicio inadecuado y control de impulsos, esto es que, son adolescentes con poca confianza en sí mismos, falta de insight o introspección, falta de desarrollo cognoscitivo, incomodidad en situaciones interpersonales o sociales, alienación y desconfianza, hostilidad y actitudes antisociales, egocentrismo y narcisismo y externación de la culpa; asimismo, refieren mayores niveles de ansiedad, molestias y trastornos emocionales generales.

En relación a investigaciones afines con el uso y abuso de sustancias en adolescentes se tiene la de Weed et al. (1994), quienes encontraron en su investigación que RPAD y TPAD discriminaban entre adolescentes que abusan de sustancias y adolescentes clínicos y no clínicos; TPAD pareció funcionar mejor en comparación con RPAD y MAC-A al hacer estas distinciones; en comparación con RPAD y TPAD, MAC-A tuvo un desempeño más pobre en la discriminación entre adolescentes con abuso de sustancias y adolescentes clínicos.

Gallucci (1997a) examinó los correlatos de algunas escalas del MMPI-A para la identificación de abuso de sustancias respecto a los reportes de los terapeutas de adolescentes en tratamiento por esta misma condición; las escalas TPAD, MAC-A y RPAD se correlacionaron de manera confiable y positiva con reportes de bajo control, impulsividad, búsqueda de sensaciones, agresión y abuso de sustancias y se correlacionaron negativamente con los reportes de control excesivo del comportamiento.

Este mismo autor, evaluó a adolescentes que abusaban de sustancias y los dividió en tres grupos (primario, secundario y combinado), los análisis de función discriminante demostraron que las escalas suplementarias MAC-A, TPAD y RPAD contribuyeron significativamente a la clasificación de los participantes en los grupos; la escala MAC-A fue inferior para el grupo secundario en comparación con los otros

grupos; TPAD fue significativamente alta para el grupo secundario, pero baja en los grupos primario y combinado; y finalmente, RPAD se elevó moderadamente para los grupos secundario y combinado (Gallucci, 1997b).

Asimismo, Komro et al. (1999) realizaron un estudio donde los resultados sugieren que el consumo de alcohol es un factor de riesgo independiente para las conductas delictivas y violentas entre los jóvenes, elevando las escalas RPAD y TPAD.

Por otro lado, Micucci (2002) identificó que las escalas suplementarias RPAD, MAC-A y TPAD fueron mejores para identificar con precisión a los adolescentes que consumían sustancias, pudiendo ser útiles incluso cuando otros diagnósticos psiquiátricos son los principales focos de tratamiento.

De acuerdo a Careaga et al. (2004), quienes utilizaron el MMPI-A para identificar el abuso de sustancias en delincuentes juveniles analizando las escalas MAC-A, RPAD y TPAD, indicaron que estas escalas se elevaron, siendo RPAD la más alta con referencia a la identificación del abuso de sustancias.

En último lugar, se tiene la investigación de Vinet y Faúndez (2012), que realizaron un estudio en el cual discriminaron entre dos grupos, uno de procedencia clínica y el otro considerado normal, notaron que las escalas suplementarias MAC-A, RPAD y TPAD, poseen una capacidad de discriminación muy alta; además, destacó la utilidad de MAC-A y RPAD para distinguir entre adolescentes con consumo problemático y no problemático, siendo la máxima discriminación en varones RPAD; TPAD evidenció mayor capacidad de discriminación, detectando mejor la ausencia de consumo (especificidad) que su presencia (sensibilidad), se trata de una escala encubierta que no alude directamente a los problemas de consumo y resulta útil con adolescentes que pretendan ocultar su consumo.

Al respecto de los adolescentes en conflicto con la ley, Tocaven (1979) afirmó que existen características que se acusan a la personalidad del infractor, éstas son:

egocentrismo (tendencia a referir todo a sí mismo), labilidad afectiva (fluctuaciones afectivas muy notables), agresividad (capacidad del individuo para enfrentarse con su entorno y tratar de dominarlo, si tal capacidad se dirige normalmente entonces estamos ante el aspecto positivo de la agresividad, de lo contrario, de modo patológico nos encontramos ante la cara negativa de la misma) e indiferencia afectiva (la falta de resonancia, en lo íntimo del sujeto, de los objetos, cosas, personas, sucesos, etc. de su entorno social). Por el contrario, los adolescentes con uso y abuso de sustancias, pueden consumir porque se sienten confiados y asumen comportamientos de riesgo como probarlas (Cáceres et al., 2006; Varela et al., 2007), pueden estar buscando experiencias y sensaciones complejas, nuevas y variadas (Zuckerman 1979, en Llorens et al., 2005, Peñafiel, 2009 y García & López-Sánchez, 2012); además, de obtener satisfacción inmediata y placentera, realizando poco esfuerzo (Cáceres et al., 2006; Varela et al., 2007) y gratificando de sus necesidades, evitando la frustración (Peñafiel, 2009).

5.2 Conclusión

La adolescencia es una etapa de la vida humana que se caracteriza por múltiples cambios, tanto biológicos, físicos, cognitivos y sociales. Estos cambios, sumados a los diferentes entornos donde crecen y se desarrollan los jóvenes, pueden propiciar que sea un periodo especialmente vulnerable en donde se pueden ver inmersos en comportamientos de riesgo. Entre ellos, se encuentran a los adolescentes a quienes se les atribuye la realización de conductas tipificadas como delitos por las leyes penales, y los adolescentes con uso de sustancias, quienes presentan un consumo esporádico u ocasional de drogas legales o ilegales y que por su cantidad, frecuencia de uso o por la situación física, psíquica y social del joven, no se detectan consecuencias negativas inmediatas sobre el consumidor ni sobre su entorno y, a los adolescentes con abuso de sustancias que son quienes presentan un consumo compulsivo y que por su cantidad, frecuencia de uso o por la situación física, psíquica y social del sujeto, se comienzan a producir consecuencias negativas para

el consumidor y su entorno, pudiendo poner en peligro su integridad o la de otros individuos.

La relevancia de estos comportamientos es que si no se atienden a tiempo, han sido identificados como predictores de problemáticas en la adultez como el continuar con dichas conductas, así como, tener efectos sobre el individuo y la sociedad, lo cual representa un alto costo; en el caso directo sobre el individuo ya que se coloca en una situación que puede traerle consecuencias en varias áreas de su vida como ser privado de su libertad, interrumpir sus estudios u otra actividad que esté realizando, puede mermar su salud y traerle secuelas como aquellos daños ocasionados por el consumo de sustancias, entre los que se incluye, el deterioro de ciertos órganos o la aparición de ciertas enfermedades, al igual que, la muerte; y, para la sociedad debido a que éstas problemáticas generan impacto en la familia y en el contexto en el que se desenvuelven dichas personas, además del coste económico ya que se deben de generar programas para la atención de la salud, educativos, de rehabilitación y mantener a las Comunidades de Tratamiento para Adolescentes, al Instituto para la Atención y Prevención de las Adicciones de la Ciudad de México, a los Centros de Integración Juvenil, A. C. y a aquellas otras organizaciones de índole gubernamental o de la iniciativa privada y con lo que ello implica, es decir, la infraestructura y el personal a cargo de la implementación de estos proyectos.

En ambos casos interviene la combinación de múltiples factores; sin embargo, se puede destacar la dimensión psicológica que es el conjunto de procesos que permiten guiar la conducta en los contextos donde se dan las diversas situaciones en que se participa y, de ella, desprenderse los rasgos y perfiles de personalidad cuya importancia radica en que permiten entender los motivos que llevan a conducirse a una persona de tal o cual forma y, ayudan a predecir la conducta y la manera en que interactúan sus factores. Es por ello, que para la evaluación de la personalidad se han desarrollado instrumentos como el Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota para Adolescentes (MMPI-A), el cual permite explorar las problemáticas que atañen esta investigación.

Teniendo este panorama, el objetivo general de este estudio fue analizar las diferencias entre las características de personalidad que presentan los adolescentes en conflicto con la ley en comparación con las características de personalidad de los adolescentes con uso y abuso de sustancias mediante el MMPI-A; motivo por el cual, en esta sección, se abordarán los principales hallazgos que se obtuvieron, se expondrá la relevancia y las principales aportaciones de este estudio y, se identificarán las limitaciones y futuras líneas de investigación.

Respecto a las características sociodemográficas de los adolescentes en conflicto con la ley y de los adolescentes con uso y abuso de sustancias, se concluye que los varones en ambos grupos coinciden en el estado civil; mientras que, las distribuciones de las muestras difieren en relación a la edad y al nivel escolar. La muestra estuvo compuesta por 120 varones (60 en cada grupo), de acuerdo a la información consultada, el 95% de los adolescentes en conflicto con la ley a nivel distrital eran hombres y, en los adolescentes con uso y abuso de sustancias, los hombres son más precoces y presentan un mayor consumo habitual, por lo cual, se eligieron masculinos para realizar esta investigación. El rango de edad comprendido en el presente análisis fue de los 13 a los 18 años; la media de edad para el grupo de adolescentes en conflicto con la ley fue de 15.28 años y, para los adolescentes con uso y abuso de sustancias de 15.48 años, en este punto pareciera que ambos grupos se asemejan; sin embargo, analizando de forma más detallada los porcentajes de edad, el riesgo de incursionar en conductas delictivas se presenta a una edad más temprana a comparación del consumo de sustancias ya que en el caso del primer grupo, los jóvenes de 14 y 15 años representan el 50% de la muestra total, mientras que, para el segundo, los jóvenes de 17 años representan el 25%, este último dato coincide con lo reportado en la ENCODAT 2016-2017; asimismo, estas problemáticas tienen un bajo porcentaje a los 13 años, posiblemente debido a que incrementando la edad es cuando los jóvenes comienzan a tener una mayor apertura social, aumentan su grupo de amigos, empiezan a conocer gente nueva y, al mismo tiempo, incursionan en estos comportamientos; aunado a ello, estas conductas también disminuyen considerablemente a la edad de

18 años, ello puede deberse a que la situación jurídica cambia radicalmente a partir de los 19 ya que a esta edad las personas son consideradas adultas y juzgadas como tal, siendo el sistema menos benevolente, además, los jóvenes pueden ser más cuidadosos y tener una mejor estrategia para pasar desapercibidos por las autoridades o al consolidar su personalidad se definen sus rasgos y estas conductas, si se presentaron, fueron limitadas a esta etapa de su vida como lo indican Moffitt y Blos; la primer autora señala que lo que motiva a los delincuentes limitados a la adolescencia es el deseo de tener acceso al poder y los privilegios de la adultez, pero la conducta disminuye cuando se dan cuenta que pueden obtener estos privilegios por medios legítimos; mientras que, el segundo autor, refiere que hay una conducta delictiva pasajera durante la adolescencia, indicando una crisis psicológica propia de esta etapa.

En cuanto al nivel académico, la mayoría de los jóvenes de ambos grupos, presentan un nivel escolar igual al de secundaria, concordando con lo señalado por la ENASJUP (2018), en la cual se reportó que en 2017 de los 193 adolescentes que se encontraban en el sistema de justicia penal en la Ciudad de México, 169 de ellos tenían estudios de educación básica -que representa el 87.56% del total estatal-; se debe considerar que generalmente a los 15 años ocurre una transición importante entre la secundaria y el bachillerato, lo cual puede representar una escisión si estos adolescentes, por ejemplo, no son aceptados o no pueden continuar con sus estudios de la educación media superior ya que como lo señala González et al. en 1996, Rodríguez et al. en 2007 y Peñafiel en el 2009 una situación de fracaso en la escuela, lleva al muchacho a buscar otras alternativas a la misma y se encuentra con la calle y todo lo que conlleva, lo que lo puede encaminar a presentar conductas que impacten su vida, como las estudiadas en esta investigación; sin embargo, los grupos difieren en cuanto a los niveles primaria y bachillerato. Los adolescentes en conflicto con la ley presentaron un mayor número de jóvenes con este tipo de educación básica, posiblemente a consecuencia de que esta conducta se llega a presentar a edades más tempranas y, los adolescentes con uso y abuso de

sustancias, lo hicieron en relación al nivel medio superior, es posible que este leve aumento se deba a la edad identificada de inicio de consumo.

En relación al estado civil, más del 80% de los adolescentes, en ambos grupos, se encuentran solteros, asemejándose a los resultados de 2017 reportados en la ENASJUP (2018), en donde el 75.65% reportan este dato, es decir, 146 de los 193 adolescentes en conflicto con la ley en la Ciudad de México indicaron estar solteros; a dichas edades, las decisiones de los jóvenes pueden fluctuar, en este momento pueden querer algo y luego ya no, además, de que el vivir con una pareja podría implicar una suma de responsabilidades y si deciden casarse, jurídicamente representaría todo un proceso, por lo que posiblemente lo eviten.

La principal aportación de esta investigación fue el describir las diferencias en los rasgos de personalidad de los adolescentes en conflicto con la ley respecto a los adolescentes con uso y abuso de sustancias. El MMPI-A ha sido utilizado para la identificación de las características psicológicas asociadas con la delincuencia juvenil, el uso y abuso de sustancias y otros problemas de comportamiento de los adolescentes. Es importante mencionar que al evaluar la personalidad adolescente es necesario realizarlo en función de un criterio de personalidad definido, debido a los cambios inherentes en su desarrollo. El MMPI-A, adaptado al español para México por Lucio, con la colaboración de Ampudia y Durán, en 1998, el cual es válido y confiable para la población mexicana, permite explorar una cantidad importante de áreas de la personalidad; está diseñado para evaluar áreas de interés específicas para el adolescente como son: problemas escolares, problemas familiares y problemas con el alcohol o las drogas, así como, el suicidio, entre otros; sus reactivos están distribuidos alrededor de tres grupos de escalas: escalas básicas (validez y clínicas), escalas de contenido y escalas suplementarias.

De acuerdo con los resultados obtenidos en esta investigación, se identificó que los adolescentes en conflicto con la ley elevaron significativamente ($T \geq 65$) algunas de las escalas clínicas (4 y 9), de contenido (ANS-A, ENA-A, ASL-A y PCO-A) y

suplementarias (TPAD, INM-A, A-A y MAC-A) lo que indica una alta probabilidad de que las características o descriptores asociados con estas escalas se apliquen al individuo, sin embargo, no todas las características correlacionadas con dichas escalas podrán aplicarse a un adolescente determinado; en cambio, los adolescentes con uso y abuso de sustancias sólo elevaron a este nivel las escalas suplementarias TPAD y RPAD.

En ambos grupos, la escala clínica que más sobresale es Desviación Psicopática, en el primer grupo su elevación es clínicamente significativa, mientras que, en el segundo es moderadamente elevada, lo que hace que se deba de tener menos confianza en la interpretación, además de que se avalan menos síntomas o problemas de conducta de aquellos con elevaciones marcadas. Esta escala, refleja que en ambos grupos se presentan numerosos problemas de conducta incluidos problemas escolares y familiares, así como, acting out; sin embargo, difieren en otros descriptores, es posible que en el primer grupo indique un incremento grave en la conducta delictiva, problemas legales y la propensión a presentar consumo de sustancias y, en el segundo, señale el uso de alcohol u otras drogas. En cuanto a las escalas suplementarias, en ambos grupos, la elevación de la escala Tendencia a problemas con el alcohol y drogas es clínicamente significativa, confirmando los problemas escolares y familiares, además, de la propensión a desarrollar problemas con el alcohol y las drogas, o bien, es posible que en el caso del segundo grupo lo afirme; asimismo, en el primer grupo, puede reflejar violación a reglas.

Aunado a ello, se concluye que las principales diferencias entre los rasgos de personalidad de estos dos grupos están en que, los adolescentes en conflicto con la ley se caracterizan por responder falsamente, mostrándose en una posición positiva, negando fallas comunes e impulsos hostiles o agresivos, siendo renuentes a aceptar la responsabilidad de los sucesos y resultados negativos de su vida. Presentan conductas antisociales y agresividad. Además, tienen pocas metas educativas lo que se relaciona con bajas calificaciones, un nivel de participación bajo en las actividades escolares y ausentismo escolar. Son desafiantes, desobedientes y

resentidos con figuras de autoridad. Se les perciben como activos, impulsivos y buscan satisfacer sus necesidades de manera inmediata, postergan las cosas y se rinden con rapidez al enfrentar una tarea difícil o frustrante. Son egocéntricos, narcisistas y demandantes, soliendo combinar su extroversión social y naturaleza gregaria con una tendencia a manifestar conductas de manipulación; tienden a creer que tienen una vida difícil y que no le importan a nadie, ni nadie los comprende o cuidará de ellos. Dejan que los demás les resuelvan los problemas siempre que les es posible, no aprecian las opiniones que les dan y sienten que la gente frecuentemente obstaculiza sus intentos por superarse; asimismo, mostrarán incomodidad, falta de consciencia de los sentimientos y las motivaciones de los demás. Manifiestan una falta de disposición general a conversar acerca de ámbitos realmente problemáticos donde tengan que sincerarse. Tienden a manejar con libertad las quejas físicas, sintiéndose enfermos o poco saludables, además manifiestan síntomas de ansiedad, incluyendo tensión, preocupaciones frecuentes, trastornos del sueño, confusión, problemas para concentrarse e incapacidad para mantenerse ocupados en una tarea, pueden llegar a tener la sensación de que pierden el control de su vida y sienten que algo terrible o espantoso está a punto de suceder.

Por otro lado, los adolescentes con uso y abuso de sustancias tienden a externalizar su conducta al involucrarse con el consumo de alcohol o drogas y confirman muchas actitudes, creencias o conductas que se asocian con el uso de estas sustancias. Pueden mostrarse rebeldes y hostiles. Se preocupan por su salud y las enfermedades, exageran síntomas físicos o somáticos en diversos ámbitos, entre los que se hallan, problemas gastrointestinales, neurológicos, cardiovasculares, sensoriales, respiratorios y dermatológicos; o bien, pueden presentar problemas internalizados como temor, sentimientos de culpa, retraimiento social, perfeccionismo, dependencia y ansiedad. Pueden ser adolescentes con un pobre reconocimiento de su entorno y de la realidad; caracterizan sus experiencias como extrañas e inusuales y creen que existe algo raro en su mente; también, suelen tener ideas paranoides, como la creencia de que los demás conspiran en su contra y los

quieren controlar, pudiéndose alterar fácilmente en situaciones sociales e interaccionando negativamente con su grupo de pares. Son jóvenes que pueden mostrarse extrovertidos, exhibicionistas, dominantes, competitivos, confiados, activos, con gran energía e impulsivos, les gusta correr riesgos, exhibiendo de sí mismos un estereotipo que enfatiza intereses masculinos tradicionales, así como, buscan sensaciones extremas; además, pueden tener poca tolerancia a la frustración y usualmente prefieren la acción a la contemplación.

El conocer las diferencias entre los perfiles de personalidad de los adolescentes en conflicto con la ley y de los adolescentes con uso y abuso de sustancias, podrá permitir visualizar las características distintivas en estos grupos y encaminar los programas de prevención e intervención a la realidad en que viven estos jóvenes, ya que a pesar de que se cuentan con varios proyectos orientados a mitigar la conducta de estos grupos pudieran no ser tan efectivos ya que los números de adolescentes inmersos en estas problemáticas siguen aumentando, así que el tener estos perfiles podría facilitar el identificar qué es lo que motiva a los jóvenes y con ello contrarrestarlo con acciones enfocadas. Además, este estudio da el referente a no etiquetar a todos los jóvenes como problemáticos, sino que ayuda a entender que hay ciertas características de su personalidad que los predispone a realizar una u otra conducta.

Esta investigación está limitada en cuanto a las características de la muestra, ya que ésta está conformada únicamente por varones, y su generalización al universo total. Además, la poca información sociodemográfica con la que se cuenta no permitió hacer mayores inferencias en cuanto al contexto de los grupos. Por otro lado, los grupos estudiados no son excluyentes, por lo que dentro del grupo de adolescentes en conflicto con la ley podría haber jóvenes que han usado o tienen abuso de sustancias, pero que niegan la problemática, así como, en el grupo de adolescentes con uso y abuso de sustancias podría haber jóvenes que han cometido acciones contrarias a la ley, pero que no han sido detenidos o que no se les atribuyó responsabilidad de los mismos.

A partir de los hallazgos de esta investigación, se recomienda ampliar el número de la muestra y analizar también a mujeres ya que a pesar de que el número de femeninas, según los datos estadísticos, no es tan alto a comparación de los varones, son comportamientos que van en aumento también para ellas, así se identificarían las características específicas de cada sexo y se podría evitar que las estadísticas siguieran incrementando y frenar el fenómeno antes de que acarree mayores consecuencias.

También, se propone reducir el rango de edad y ver cómo se comportan en ciertos extractos, se invita a que en el caso de los adolescentes en conflicto con la ley se verifique el periodo de edad en el que se cometieron la mayor cantidad de delitos ya que la ENASJUP (2018) reportó el mayor número de adolescentes en conflicto con la ley entre los 18 a 22 años de edad, no obstante, se debe recordar que según la LNSIIPA, ésta se puede aplicar a las personas mayores de 18 de edad a quienes se les atribuya la comisión o participación en un hecho señalado como delito en las leyes penales mientras eran adolescentes y para los jóvenes con uso y abuso de sustancias se sugiere estudiar los 17 y, analizar qué es lo que sucede en éstas edades para que realicen una u otra conducta, debido a que la mayor frecuencia de adolescentes se concentra en ciertos parámetros de edad.

Además, podría hacerse un análisis más detallado en base a las variables sociodemográficas para identificar los factores de protección y de riesgo de acuerdo al estrato social al que pertenece el adolescente y, así, poder observar cómo afectan o protegen éstos a los jóvenes y, al mismo tiempo, encaminar los programas de prevención de acuerdo a las diferentes necesidades de esta población.

Finalmente, resultaría interesante llevar a cabo un estudio longitudinal para puntualizar el desarrollo de los jóvenes mexicanos en una carrera delictiva o en una vida inmersa en el consumo de sustancias, tomando en consideración las características de personalidad de cada grupo y también las variables contextuales.

REFERENCIAS

- Aguilar, O. (2012). Algunos factores relacionados con las adicciones. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 17 (2), 69-70.
- Aguirre, A. (1994). *Psicología de la adolescencia*. España: Alfaomega Grupo Editor.
- Aguirre, J. (2010). Jóvenes en conflicto con la ley. Situación posterior a la reforma constitucional. *Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública*, 93, 1-44.
- Alarcón, P., Vinet, E. y Salvo, S. (2005). Estilos de personalidad y desadaptación social durante la adolescencia. *Psyche*, 14 (1), 3-16.
- Allport, G. (1977). *La personalidad, su configuración y desarrollo*. Barcelona: Herder.
- American Academy of Pediatrics. (2001). Health care for children and adolescents in the juvenile correctional care system. *Pediatrics*, 107 (4), 799-803.
- American Psychiatric Association. (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su cuarta edición: DSM-IV*. España: Masson.
- Ampudia, A. (1998). Modelo diagnóstico de conductas psicopatológicas en un grupo de adolescentes. Tesis de doctorado. Facultad de Psicología, UNAM.
- Andrucci, G., Archer, R., Pancoast, D., Gordon, R. (1989). The relationship of MMPI and sensation seeking scales to adolescent drug use. *Journal of Personality Assessment*, 53, 252-266.
- Archer, R., Bolinsky, P., Morton, T. y Farris, K. (2002). A factor structure for the MMPI-A replication with male delinquents. *Assessment*, 9 (4), 319-326.
- Archer, R., Bolinsky, P., Morton, T. y Farris, K. (2003). MMPI-A characteristics of male adolescents in juvenile justice and clinical treatment settings. *Assessment*, 10 (4), 400-410.
- Archer, R. y Klinefelter, R. (1992). Relationship between MMPI codetypes and MAC scale elevations in adolescent psychiatric samples. *Journal of Personality Assessment*, 58, 149-159.
- Archer, R. y Klinefelter, R. (1997). MMPI-A scale-level factor structure: replication in a clinical sample. *Assessment*, 4 (4), 337-349.
- Archer, R. y Krishnamurthy, R. (2012). *Aplicaciones clínicas del MMPI-A*. México: Manual Moderno.
- Arellano, E. (2006a). Justicia especializada para adolescentes. *Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública*, 7, 1-37.
- Arellano, E. (2006b). Sistema integral de justicia para adolescentes. *Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública*, 3, 1-17.
- Azaola, E. (1996). Posibilidades y límites de dos modelos de justicia para menores. *Alegatos*, 1, 1-8.
- Azzolini, A. (2010). La justicia para adolescentes en el Distrito Federal. *Alegatos*, 76, 725-748.
- Balbuena, A. y Ampudia, A. (2004). Análisis del comportamiento antisocial en grupos de adolescentes delincuentes y no delincuentes. Simposio: Estudios sobre la personalidad antisocial en el adolescente. *XII Congreso Mexicano de Psicología "Una mirada al futuro: La eficacia de los servicios que proporciona el psicólogo"*. Septiembre, Guanajuato, Guanajuato.
- Barra, A. y Diazconti, R. (2013). *Guías para el debate. Las diferencias entre el uso, el abuso y la dependencia a las drogas*. México: Espolea A. C.
- Barragán, X. (2012). Perfil de personalidad del adolescente en conflicto con la ley penal: Un estudio comparativo. Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología, UNAM.
- Bayón, F. (2005). Juventud y prisión. *Revista de Estudios de Juventud*, 69, 9-28.
- Becoña E. (2000). Los adolescentes y el consumo de drogas. *Papeles del Psicólogo*, 77, 25-32.
- Blos, P. (1990). *Psicoanálisis de la adolescencia*. México: Joaquín Mortiz, S. A.
- Blos, P. (2003). *La transición adolescente*. (2da. edición). Buenos Aires: Amorrortu.
- Butcher, J., Williams, C., Graham, J., Archer, R., Tellegen, A., Ben-Porath, Y. y Kaemmer, B. (1992). *Minnesota Multiphasic Personality Inventory-Adolescente: MMPI-A: Manual for Administration, Scoring, and Interpretation*. Estados Unidos de América: University of Minnesota Press.
- Cáceres, D., Salazar, I., Varela, M. y Tovar, J. (2006). Consumo de drogas en jóvenes universitarios y su relación de riesgo y protección con los factores psicosociales. *Universitas Psychologica*, 5 (3), 521-534.
- Calero, A. (2010). El nuevo sistema de justicia para adolescentes en México. *Derechos Humanos: Temas y Problemas*, 49, 241-262.
- Careaga, G., González, M., Ortiz, M. & Ampudia, R. (2004). La delincuencia juvenil y su relación con

- el uso y abuso de alcohol y drogas. Simposio: Estudios sobre la personalidad antisocial en el adolescente. *XII Congreso Mexicano de Psicología "Una mirada al futuro: La eficacia de los servicios que proporciona el psicólogo"*. Septiembre, Guanajuato, Guanajuato.
- Centro de Cooperación al Desarrollo de la Universidad de Granada. (2018). Programa de Prevención de las Drogodependencias. Recuperado el 20 de febrero de 2018, de <http://cicode.ugr.es/drogodependencia/pages/legislacion/drogas>
- Craig, G. y Baucum, D. (2009). *Desarrollo psicológico*. (9na. edición). México: Pearson Educación.
- Cruz, E. (2007). El concepto de menores infractores. *Revista del Posgrado en Derecho de la UNAM*, 3 (5), 335-355.
- Cueli, J., Reidl, L., Martí, C., Lartigue, T. y Michaca, P. (2016). *Teorías de la personalidad*. (3ra. edición). México: Trillas.
- De la Garza, F. y Vega, A. (1983). *La juventud y las drogas: Guía para jóvenes, padres y maestros*. México: Trillas.
- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. (2007). *Guía sobre drogas*. España: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Diario Oficial de la Federación. (2000). Recuperado el 25 de marzo de 2017, de http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=2053045&fecha=31/12/1969
- Diario Oficial de la Federación. (2005). Recuperado el 02 de marzo de 2017, de http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=2101661&fecha=12/12/2005
- Diario Oficial de la Federación. (2009). Recuperado el 03 de marzo de 2017, de http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5103690&fecha=14/08/2009
- Diario Oficial de la Federación. (2012). Recuperado el 03 de marzo de 2017, de http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5283459&fecha=27/12/2012
- Diario Oficial de la Federación. (2014). Recuperado el 03 de marzo de 2017, de http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5377243&fecha=24/12/2014
- Diario Oficial de la Federación. (2015). Recuperado el 03 de marzo de 2017, de http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5399103&fecha=02/07/2015
- Díaz, B. y García-Aurrecochea, R. (2008). Factores psicosociales de riesgo de consumo de drogas ilícitas en una muestra de estudiantes mexicanos de educación media. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 24 (4), 223-232.
- Dussich, J. (1989). Juvenile Delinquency: Definitions, Character, and Theory. *Research in Criminology*, 70-80.
- Espada, J., Pereira, J. y García-Fernández, J. (2011). Modelos sociales y consumo de alcohol en la adolescencia. *Medicina y Humanidades*, 71 (3), 71-73.
- Espelage, D., Cauffman, E., Broidy, L., Piquero, A., Mazerolle, P. y Steiner, H. (2003). A cluster-analytic investigation of MMPI profiles of serious male and female juvenile offenders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42 (7), 770-777.
- Esquinca, G. y Moreno, J. (2016). *¿Se garantizan los derechos jóvenes? Justicia para adolescentes en México*. México: Centro de Investigación para el Desarrollo, A. C. (CIDAC).
- Fantin, M. (2006). Perfil de personalidad y consumo de drogas en adolescentes escolarizados. *Adicciones*, 18 (3), 285-292.
- Fernández, R. (2013). *Guía para urgencias médicas en la atención de intoxicaciones por abuso de sustancias psicoactivas, para médicos(as), enfermeras(os) y personal paramédico*. México: Instituto para la Atención y Prevención de las Adicciones en la Ciudad de México.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. México. (2010). *Los derechos de la infancia y la adolescencia en México: Una agenda para el presente*. Recuperado el 1ro. de abril de 2015, de http://www.unicef.org/mexico/spanish/UNICEF_SITAN_final_baja.pdf
- Gallucci, N. (1994). Criteria associated with clinical scales and Harris-Lingoes subscales of the Minnesota Multiphasic Personality Inventory with adolescent inpatients. *Psychological Assessment*, 6 (3), 179-187.
- Gallucci, N. (1997a). Correlates of MMPI-A substance abuse scales. *Assessment*, 4 (1), 87-94.
- Gallucci, N. (1997b). On the identification of patterns of substance abuse with the MMPI-A scales. *Psychological Assessment*, 9 (3), 224-232.
- Gantner, A., Graham, J. y Archer, R. (1992). Usefulness of the MAC scale in differentiating

- adolescents in normal, psychiatric, and substance abuse settings. *Psychological Assessment*, 4, 133-137.
- García, J. y López-Sánchez, C. (2012). *Estrategias de intervención en la prevención de drogodependencia*. España: Síntesis, S. A.
- Garrido, V. (1989). *Pedagogía de la delincuencia juvenil*. España: CEAC.
- Gendreau, P., Little, T. y Goggin, C. (1996). A meta-analysis of the predictors of adult offender recidivism: What works! *Criminology*, 34 (4), 575-607.
- Germán, I. y Ocariz, E. (2009). Menores infractores/menores víctimas: Hacia la ruptura del círculo victimal. *Eguzkilore*, 23, 287-300.
- Gerrig, R. y Zimbardo, P. (2005). *Psicología y vida*. (17va. edición). México: Pearson Educación.
- Glaser, B., Calhoun, G. y Petrocelli, J. (2002). Personality characteristics of male juvenile offenders by adjudicated offenses as indicated by the MMPI-A. *Criminal Justice and Behavior*, 29 (2), 183-201.
- González, F., García-Señorán, M. y González, S. (1996). Consumo de drogas en la adolescencia. *Psicothema*, 8 (2), 257-267.
- González, J. (2001). *Psicopatología de la adolescencia*. México: Manual Moderno.
- González, J. y Reyes, L. (2007). La administración de justicia de menores en México. La reforma del artículo 18 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. *Boletín Mexicano de Derecho Comparado*, 118, 65-96.
- González, L. (2007). La política criminal en materia de menores, niños y adolescentes. *Alegatos*, 67, 579-588.
- González, M., Espada, J., Guillén-Riquelme, A., Secades, R. y Orgilés, M. (2016). Asociación entre rasgos de personalidad y consumo de sustancias en adolescentes españoles. *Adicciones*, 28 (2), 108-115.
- Grove, W., Zald, D., Lebow, B., Snitz, B. y Nelson, C. (2000). Clinical versus mechanical prediction: A meta-analysis. *Psychological Assessment*, 12 (1), 19-30.
- Gumbiner, J., Arriaga, T. y Stevens, A. (1999). Comparison of MMPI-A, Marks and Briggs, and MMPI-2 norms for juvenile delinquents. *Psychological Reports*, 84 (3), 761-766.
- Hathaway, S. y Monachesi, E. (1963). *Adolescent personality and behavior: MMPI patterns of normal, delinquent, dropout, and other outcomes*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill Interamericana.
- Herrera-Hernández, M., Ampudia, A. y Reidl, L. (2013). Factores de riesgo que identifican a adolescentes y jóvenes en conflicto con la ley. *Psicología y Salud*, 23 (2), 209-216.
- Hicks, M., Rogers, R. y Cashel, M. (2000). Predictions of violent and total infractions among institutionalized male juvenile offenders. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 28 (2), 183-190.
- Hoffman, L., Paris, S. y Hall, E. (1996). *Psicología del desarrollo hoy*. (6ta. edición). España: McGraw-Hill Interamericana.
- Huesmann, L. y Lefkowitz, M. (1978). Sum of MMPI scales F, 4, and 9 as a measure of aggression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46 (5), 1071-1078.
- Hurlock, E. (1987). *Psicología de la adolescencia*. México: Paidós.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2018). *Encuesta Nacional de Adolescentes en el Sistema de Justicia Penal (ENASJUP) 2017*. Recuperado el 08 de septiembre de 2019, de <https://www.inegi.org.mx/programas/enasjup/2017/>
- Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Instituto Nacional de Salud Pública, Comisión Nacional Contra las Adicciones y Secretaría de Salud. (2017). *Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco, 2016-2017*. Villatoro-Velázquez J.A., Resendiz-Escobar, E., Mujica-Salazar, A., Bretón-Cirett, M., Cañas-Martínez, V., Soto-Hernández, I., Fregoso-Ito, D., Fleiz-Bautista, C., Medina-Mora, M. E., Gutiérrez-Reyes, J., Franco-Núñez, A., Romero-Martínez, M. y Mendoza-Alvarado, L. Ciudad de México, México: INPRFM. Recuperado de 06 de febrero de 2018, de <https://www.gob.mx/salud%7Cconadic/acciones-y-programas/encuesta-nacional-de-consumo-de-drogas-alcohol-y-tabaco-encodat-2016-2017-136758>
- Instituto para la Atención y Prevención de las Adicciones en la Ciudad de México. (2016a). Breve

- glosario de conceptos básicos. Recuperado el 20 de febrero de 2018, de http://cursos.inspvirtual.mx/moodle27/pluginfile.php/12740/mod_resource/content/1/Breve%20glosario%20de%20conceptos%20b%C3%A1sicos.pdf
- Instituto para la Atención y Prevención de las Adicciones en la Ciudad de México. (2016b). Curso: Intervención en consumidores de marihuana. Recuperado el 20 de febrero de 2018, de <http://moocs.inspvirtual.mx/marihuana/curso/>
- Instituto para la Atención y Prevención de las Adicciones en la Ciudad de México. (2017). Diplomado: Diagnóstico diferencial en el trastorno por uso de sustancias. Recuperado el 20 de febrero de 2018, de <http://cursos.inspvirtual.mx/moodle27/user/view.php?id=11974&course=353>
- Islas de González, O. (2007). La reforma al artículo 18 constitucional. *Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM*, 37-69.
- Jaffe, L. y Archer, R. (1987). The prediction of drug use among college students from MMPI, MCMI, and sensation seeking scales. *Journal of Personality Assessment*, 51, 243-253.
- Jensen, J. (2008). *Adolescencia y adultez emergente. Un enfoque cultural*. México: Pearson Educación.
- Jiménez, R. (2005). La delincuencia juvenil: Fenómeno de la sociedad actual. *Papeles de población*, 11 (43), 215-261.
- Kail, R. y Cavanaugh, J. (2011). *Desarrollo humano. Una perspectiva del ciclo vital*. (5ta. edición). México: Cengage Learning Editores.
- Kerlinger, F. y Howard, B. (2002). *Investigación del comportamiento*. México: McGraw-Hill Interamericana.
- Kimmel, D. y Weiner, I. (1998). *La adolescencia: Una transición del desarrollo*. (1ra. edición). Barcelona: Ariel.
- Kohlberg, L., Ricks, D. y Snarey, J. (1984). Childhood development as a predictor of adaptation in adulthood. *Genetic Psychology Monographs*, 110 (1), 91-172.
- Kolb, L. (1992). *Psiquiatría clínica moderna*. (6ta. edición). México: La Prensa Medica Mexicana.
- Komro, K., Williams, C., Forster, J., Perry, C., Farbakhsh, K. y Stigler, H. (1999). The relationship between adolescent alcohol use and delinquent violent behaviors. *Journal of Child and Adolescent Substance Abuse*, 9, 13-28.
- Ley de Justicia para Adolescentes para el Distrito Federal. (2007). Recuperado el 26 de febrero de 2017, de <http://docs.mexico.justia.com/estatales/distrito-federal/ley-de-justicia-para-adolescentes-para-el-distrito-federal.pdf> / <http://www.aldf.gob.mx/archivo-9372a5bf36bb9aa24722a8d9863542c5.pdf>
- Ley Nacional del Sistema Integral de Justicia Penal para Adolescentes. (2016). Recuperado el 26 de febrero de 2017, de <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LNSIJPA.pdf>
- Ley para el Tratamiento de Menores Infractores, para el Distrito Federal en materia común y para toda la República en materia federal. (1991). Recuperado el 03 de marzo de 2017, de <http://www.aldf.gob.mx/archivo-1e69478d662dbf11346270f06ad0929f.pdf> / http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/abro/ltmi/LTMI_abro.pdf
- Ley para la Protección de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes. (2000). Recuperado el 02 de marzo de 2017, de https://www.unicef.org/mexico/spanish/mx_resources_ley_nacional.pdf
- Ley que crea los Consejos Tutelares para Menores Infractores en el Distrito Federal y Territorios Federales. (1974). Recuperado el 03 de marzo de 2017, de <http://docs.mexico.justia.com/estatales/distrito-federal/ley-que-crea-los-consejos-tutelares-para-menores-infractores-del-distrito-y-territorios-federales.pdf>
- Ley Tutelar de Menores. (1973). Recuperado el 03 de marzo de 2017, de <http://legislacion.asamblea.gob.ni/normaweb.nsf/b92aaea87dac762406257265005d21f7/4e69ab08bc468b04062570a10057835d>
- Llorens, N., Palmer, A. y Perelló, J. (2005). Características de personalidad en adolescentes como predictores de la conducta de consumo de sustancias psicoactivas. *Trastornos Adictivos*, 7 (2), 90-96.
- Losada-Paisey, G. (1998). Use of the MMPI-A to assess personality of juvenile male delinquents who are sex offenders and nonsex offenders. *Psychological Reports*, 83 (1), 115-122.
- Lucio, E., Ampudia, A. y Durán, C. (1998). *Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota para*

- Adolescentes: MMPI-A: Manual*. México: Manual Moderno.
- Magallón, E., Díaz, R., Foms, M., Goti, J., Canalda, G. y Castro J. (2012). Subtipos de adolescentes con trastornos por uso de sustancias y comorbilidad psiquiátrica utilizando los análisis de cluster y discriminante de perfiles MMPI-A. *Revista de sociodrogalcohol*, 24 (3), 219-228.
- Massey, R., Walfish, S. y Krone, A. (1992). Cluster analysis of MMPI profiles of adolescents in treatment for substance abuse. *Journal of Adolescent Chemical Dependency*, 2, 23-33.
- McCreary, C. y Mensh, I. (1977). Personality differences associated with age in law offenders. *Journals of Gerontology*, 32 (2), 164-167.
- Micucci, J. (2002). Accuracy of MMPI-A scales ACK, MAC-R, and PRO in detecting comorbid substance abuse among psychiatric inpatients. *Assessment*, 2, 111-122.
- Ministerio del Interior. (2014). *Las drogas y los medicamentos*. España: Dirección General del Tráfico.
- Mirón, L. y Otero-López, J. (2005). *Jóvenes delincuentes*. España: Ariel.
- Mischel, W. (1988). *Teorías de la personalidad*. (4ta. edición). México: McGraw-Hill Interamericana.
- Moffitt, T. (1993). Adolescence-Limited and Life-Curse-Persistent Antisocial Behavior: A Developmental Taxonomy. *Psychological Review*, 100 (4), 674-701.
- Monachesi, E. (1950). Personality characteristics and socio-economic status of delinquents and non-delinquents. *Journal of Criminal Law and Criminology*, 40 (5), 570-583.
- Morán, M. (2009). Rasgos de personalidad del menor infractor. Tesis de maestría. Facultad de Psicología, UNAM.
- Morris, C. y Maisto, A. (2014). *Psicología*. México: Manual Moderno.
- Morton, T. y Farris, K. (2002). MMPI-A structural summary characteristics of male juvenile delinquents. *Assessment*, 9 (4), 327-333.
- Morton, T., Farris, K. y Brenowitz, L. (2002). MMPI-A scores and high points of male juvenile delinquents: Scales 4, 5, and 6 as markers of juvenile delinquency. *Psychological Assessment*, 14 (3), 311-319.
- Muñoz-Rivas, M. y Graña, J. (2001). Factores familiares de riesgo y de protección para el consumo de drogas en adolescentes. *Psicothema*, 13 (1), 87-94.
- Mussen, P., Conger, J. y Kagan, J. (1974). *Desarrollo de la personalidad en el niño*. México: Trillas.
- National Drug Intelligence Center. (2012). *El abuso de drogas y la drogadicción*. Estados Unidos de América: United States Department of Health and Human Services.
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. (2010). *La prevención en manos de los y las jóvenes. Herramientas pedagógicas en prevención del consumo de sustancias psicoactivas y mitigación del impacto para líderes de organizaciones juveniles*. Colombia: Alvi.
- Organización Mundial de la Salud. (2002). *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Washington, D.C. Recuperado el 06 de mayo de 2016, de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112670/1/9275315884_spa.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2005). *Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas*. Estados Unidos de América: Signature Book Printing.
- O'Shaughnessy, R. (1992). Clinical aspects of forensic assessment of juvenile offenders. *Psychiatric Clinics of North America*, 15 (3), 721-735.
- Otero-López, J. (1997). *Droga y delincuencia. Un acercamiento a la realidad*. Madrid: Pirámide.
- Papalia, D., Duskin, R. y Martorell, G. (2012). *Desarrollo humano*. (12va. edición). México: McGraw-Hill Interamericana.
- Papalia, D., Wendkos, S. y Duskin, R. (2009). *Psicología del desarrollo. De la infancia a la adolescencia*. México: McGraw-Hill Interamericana.
- Parra, M. (2011). Riesgo de proteccionismo legal con adolescentes en conflicto con la ley entre 12 y 18 años. Tesis de licenciatura. Facultad de Derecho, UNAM.
- Pena, L., Megargee, E. y Brody, E. (1996). MMPI-A patterns of male juvenile delinquents. *Psychological Assessment*, 8 (4), 388-397.
- Peñafiel, E. (2009). Factores de riesgo y protección en el consumo de sustancias en adolescentes. *Pulso*, 32, 147-173.
- Perry, M., Kennedy, W., Patrick, C. y Patryka, D. (1996). Examination of the MMPI-A for the assessment of psychopathy in incarcerated adolescent male offenders. *International Journal of Offender Therapy Comparative Criminology*, 40 (3), 224-233.
- Peterson, M. y Robbins, B. (2008). Using the MMPI-A to predict recidivism in adjudicated minors. *Applied Psychology in Criminal Justice*, 4 (2), 172-181.

- Pineda, J. y Terrones, R. (2012). Prevención secundaria de la conducta antisocial para adolescentes en conflicto con la ley. Taller de habilidades sociales. Tesis de licenciatura. Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM.
- Rathus, S., Fox, J. y Ortins, J. (1980). The MacAndrew Scale as a measure of substance abuse and delinquency among adolescents. *Journal of Clinical Psychology*, 36, 579-583.
- Real Academia Española. (2018). Recuperado el 05 de marzo de 2018, de <http://dle.rae.es/>
- Redondo, S. y Andrés, A. (2007). Psicología de la delincuencia. *Papeles del psicólogo*, 28 (3), 147-156.
- Rice, F. (2000). *Adolescencia. Desarrollo, relaciones y cultura*. (9na. edición). Madrid: Prentice Hall Hispanoamericana.
- Rodríguez, F., Paíno, S. y Moral, M. (2007). El factor de socialización escolar en la carrera delictiva: Análisis psicosocial diferencial en una muestra penitenciaria en España. *Revista Colombiana de Psicología*, 16, 77-91.
- Rodríguez, L. (2000). *Criminalidad de menores*. México: Porrúa.
- Rutter, M. y Giller, H. (1983). *Delincuencia juvenil*. Barcelona: Martínez Roca.
- Sanabria, A. y Uribe, A. (2009). Conductas antisociales y delictivas en adolescentes infractores y no infractores. *Pensamiento Psicológico*, 6 (13), 203-217.
- Sánchez-Teruel, D. (2012). Factores de riesgo y protección ante la delincuencia en menores y jóvenes. *Revista de Educación Social*, 15, 1-12.
- Santrock, J. (2004). *Psicología del desarrollo en la adolescencia*. (9na. edición). Madrid: McGraw-Hill Interamericana.
- Santrock, J. (2006). *Psicología del desarrollo. El ciclo vital*. (10ma. edición). Madrid: McGraw-Hill Interamericana.
- Serrano, M. (2009). Correlación entre el MMPI-A y ERIC para detectar indicadores de un estado de peligrosidad, como un riesgo en dos muestras: Menores infractores y estudiantes de nivel bachillerato del estado de Hidalgo. Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología, UNAM.
- Sharma, B., Dhillon, S. y Bano, S. (2009). Juvenile delinquency in India-a cause for concern. *Journal Indian Academy Forensic Medicine*, 31(1), 68-72.
- Stein, L. y Graham, J. (2001). Use of the MMPI-A to detect substance abuse in a juvenile correctional setting. *Journal of Personality Assessment*, 77 (3), 508-523.
- Stein, L. y Graham, J. (2005). Ability of substance abusers to escape detection on the Minnesota Multiphasic Personality Inventory-Adolescent (MMPI-A) in a juvenile correctional facility. *Assessment*, 12 (1), 28-39.
- Subsecretaría de Sistema Penitenciario. (2017). *Comunidades para Adolescentes. Dirección General de Tratamiento para Adolescentes*. Recuperado el 03 de marzo de 2017, de <http://www.reclusorios.cdmx.gob.mx/adolescentes/index.html>
- Tapia, D. (2016). *Adicciones en el adolescente. Prevención y atención desde un enfoque holístico*. México: Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM.
- Tocaven, R. (1976). *Menores infractores*. México: Edicol.
- Tocaven, R. (1979). *Elementos de criminología infanto-juvenil*. México: Edicol.
- Torrente, G. y Rodríguez, A. (2004). Características sociales y familiares vinculadas al desarrollo de la conducta delictiva en pre-adolescentes y adolescentes. *Cuadernos de Trabajo Social*, 17, 95-115.
- Toyer, E. y Weed, N. (1998). Concurrent validity of the MMPI-A in a counseling program for juvenile offenders. *Journal of Clinical Psychology*, 54 (4), 395-399.
- Varela, M., Salazar, I., Cáceres, D. y Tovar, J. (2007). Consumo de sustancias psicoactivas ilegales en jóvenes: factores psicosociales asociados. *Pensamiento Psicológico*, 3 (8), 31-45.
- Vera-Delgado, M., Márquez-Gamiño, S., Vera-Delgado, K., Caudillo-Cisneros, C., Sotelo-Barroso, F. y Cordova-de los Santos, V. (2014). Rasgos de personalidad de escolares adolescentes en entorno conflictivo. *Acta Universitaria*, 24 (NE-2), 61-66.
- Vilariño, M., Amado, B. y Alves, C. (2013). Menores infractores: Un estudio de campo de los factores de riesgo. *Anuario de Psicología Jurídica*, 23, 39-45.
- Villanueva, R. (2007). La reforma al artículo 18 constitucional y su impacto en el sistema menores infractores. *Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM*, 351-360.
- Villareal, R. y Ampudia, A. (2004). Evaluación del trastorno psicopático de la personalidad en una

- muestra de menores infractores. Simposio: Estudios sobre la personalidad antisocial en el adolescente. *XII Congreso Mexicano de Psicología "Una mirada al futuro: La eficacia de los servicios que proporciona el psicólogo"*. Septiembre, Guanajuato, Guanajuato.
- Villarreal-González, M., Sánchez-Sosa, J., Musitu, G. y Varela, R. (2010). El Consumo de Alcohol en Adolescentes Escolarizados: Propuesta de un Modelo Sociocomunitario. *Psychosocial Intervention*, 19 (3), 253-264.
- Vinet, E. y Faúndez, X. (2012). Consumo de alcohol y drogas en adolescentes evaluado a través del MMPI-A. *Salud Mental*, 35 (3), 205-213.
- Vinet, E. y Lucio, E. (2005). Aplicabilidad de las normas mexicanas y estadounidenses del MMPI-A en la evaluación de adolescentes chilenos. *Revista Mexicana de Psicología*, 22 (2), 519-528.
- Walfish, S., Massey, R. y Krone, A. (1990). MMPI profiles of adolescent substance abusers in treatment. *Adolescence*, 25, 567-572.
- Weed, N., Butcher, J. y Williams, C. (1994). Development of MMPI-A alcohol/drug problem scales. *Journal of Studies on Alcohol*, 55, 296-302.
- West, D. (1973). *La delincuencia juvenil*. (2da. edición). España: Labor.
- Williams, C. y Butcher, J. (1989). An MMPI study of adolescents: I. Empirical validity of the standard scales. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1 (4), 251-259.
- Wolfson, K. y Erbaugh, S. (1984). Adolescent responses to the MacAndrew Alcoholism Scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52 (4), 625-630.
- Zambrano, A. y Pérez-Luco, R. (2004). Construcción de identidad en jóvenes infractores de ley, una mirada desde la psicología cultural. *Revista de Psicología*, 13 (1), 115-132.
- Zamudio, F. y Ampudia, A. (2004). Características del medio ambiente familiar y la conducta antisocial del adolescente. Simposio: Estudios sobre la personalidad antisocial en el adolescente. *XII Congreso Mexicano de Psicología "Una mirada al futuro: La eficacia de los servicios que proporciona el psicólogo"*. Septiembre, Guanajuato, Guanajuato.