



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA**

**CARRERA DE PSICOLOGÍA**

**ESTILOS DE CRIANZA MATERNOS  
EN NIÑOS CON CONDUCTA DISOCIAL**

**T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:  
**LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

**P R E S E N T A**  
**ORTIZ CORONEL GRECIA EMILIA**

**TUTOR:** MTRO. JUAN JIMENEZ FLORES

**JURADO:** DRA. MIRNA GARCIA MENDEZ  
MTRO. RUBEN LARA PIÑA  
MTRO. ALEJANDRO BALDERAS GONZALEZ  
LIC. EDUARDO A. CONTRERAS RAMIREZ



**MEXICO, D.F.**

**2008**



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.

En memoria,  
A Mis Abuelas

Ma. de la Luz †

Tu orgullo y amor a la vida me inspira a creer en ella.

Mary †

Por que siempre estas en mi corazón. Te extraño.

# DEDICATORIA

## **A MI MAMA**

Por ser un pilar importante  
en mi vida. Mis logros son tuyos.

## **A MI ABUELO**

Por ser el padre que siempre  
necesite. Lo amo

## **A LOURDES:**

Por quererme como a una hija.

## **A FILI**

Por ser guía y amigo,  
pero sobre todo un padre  
Gracias.

## **A TERE**

Tu enseñanza me convirtió  
en la mujer que ahora soy.  
Te quiero.

## **A ROCIO**

Gracias por ser una amiga y una cómplice  
inseparable en los momentos más importantes.

## **A MIS HERMANOS:**

### **MÓNICA**

Tu fortaleza ha sido  
un ejemplo para mí.  
Te admiro.

### **ADRIAN**

Tu valentía es lo que  
me fortalece día a día. Siempre  
hay más, por que luchar.

### **MICHEL**

Las diferencias se notan  
en el corazón.  
Siempre serás mi hermanita.

### **PARA ÁNGELA**

La grandeza de tu alma  
me hace crecer como persona.

### **PARA LUZ**

Gracias por cuidar el  
camino de quien te necesita.

### **ALICIA**

Gracias por apoyarme  
en cada proyecto.

### **JUAN JI MENEZ FLORES**

Por convertirte en parte de mi familia

**A TODA MI FAMILIA**

Por ser un respaldo en cada paso que doy, y luz en la penumbra.

**A G R A D E C I M I E N T O S**

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

Tu espíritu lleva el nombre de libertad y su voz es emblema de sabiduría.

**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA**

Gracias por hacer de tus paredes un hogar para mí.

**AL MTR0. JUAN JI MENEZ FLORES**

Tu excelencia me impulsa a superarme.

**A M I S S I N O D A L E S**

**MTR0. RUBEN**

Gracias por sus consejos y comentarios.

**DRA. MIRNA**

Por sus observaciones siempre puntuales.

**MTR0. ALEJANDRO**

Le agradezco su tiempo brindado.

**LIC. EDUARDO**

El trabajo es el cimiento de la grandeza.

**A M I S P R O F E S O R E S**

Quienes nutrieron mi alma con conocimiento.

**ALBERTO HIDALGO**

Eres quien paso a paso labró con esfuerzos un pedazo de mi camino.

**A M I S A M I G A S**

**SARAHÍ**

Por ser mi confidente y mi cómplice pero sobre todo mi amiga.

**MAR**

Gracias por permitirme ser tu confidente y tu amiga.

**PATY**

Gracias por brindarme tu

**ZELL**

Tu valentía es un ejemplo

**ELI**

Tu naturaleza

**amistad. Tu compromiso  
siempre es admirable.**

**a seguir**

**fortalece a quien sea.**

# INDICE

	<b>PÁGINA</b>
<b>RESUMEN</b> .....	vii
<b>INTRODUCCION</b> .....	viii
 <b>CAPÍTULO 1</b>	
<i>Psicopatología Infantil</i> .....	1
1.1. Definición de la psicopatología infantil.....	1
1.2. Factores protectores y de riesgo de la psicopatología .....	4
1.3. Diferencias de la psicopatología según sexo y edad.....	8
1.4. Psicopatología de la niñez y adolescencia.....	11
1.5. El desarrollo y la psicopatología.....	12
1.6. Psicopatología/anormalidad.....	14
1.7. El rol de la regulación de la emoción en el desarrollo de la psicopatología.....	19
 <b>CAPÍTULO 2</b>	
<i>Conducta Disocial</i> .....	25
2.1 Agresividad.....	26
2.2 Delincuencia.....	27
2.3 Conducta Antisocial.....	28
2.4 Clasificación de la conducta según el DSM-IV-TR.....	29
2.5 Subtipos según el DSM-IV-TR.....	31
2.6 Clasificación según el CIE-10.....	32
2.7 Otros trastornos disociales.....	37
2.8 Criterios diagnósticos.....	38
2.9 Especificaciones de gravedad.....	40
2.10 Diagnóstico diferencial.....	40
 <b>CAPÍTULO 3</b>	
<i>Estilos de Crianza Materna</i> .....	44
3.1 La socialización.....	44
3.2 Estilos de crianza o prácticas parentales.....	46

3.3 Efectos a largo plazo de los estilos de crianza.....	51
3.4 Características de los niños con un estilo de crianza.....	52
3.5 Factores de riesgo para el ajuste psicosocial.....	55
3.6 Factores de riesgo familiares asociados a problemas conductuales.....	56
<b>CAPÍTULO 4</b>	
<i>Investigaciones Relacionadas</i> .....	59
<b>CAPÍTULO 5</b>	
<i>Método</i> .....	68
5.1 Preguntas de investigación.....	68
5.2 Objetivo Particular.....	68
5.3 Objetivos Generales.....	68
5.4 Hipótesis.....	68
5.5 Definición de variables.....	68
5.6 Población.....	69
5.7 Muestreo.....	69
5.8 Instrumentos.....	69
5.9 Diseño de investigación.....	70
5.10 Tipo de estudio.....	70
5.11 Procedimiento.....	70
<b>CAPÍTULO 6</b>	
<i>Resultados</i> .....	72
<b>CAPÍTULO 7</b>	
<i>Discusión</i> .....	87
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	96
<b>APÉNDICE.....</b>	101



# Estilos De Crianza Maternos En Niños Con Conducta Disocial

## Resumen:

La psicopatología infantil representa una ocurrencia cada vez de mayor frecuencia y una preocupación social importante. Los recientes cambios y condiciones sociales pueden hacer que los niños padezcan un riesgo cada vez mayor tanto para el desarrollo de trastornos como para la manifestación de problemas más graves en edades tempranas. El comportamiento disfuncional y la psicopatología se desarrollan de acuerdo a los mismos principios que la conducta normal. De esta forma, la conducta disocial es una de las problemáticas más costosas socialmente, Kazdin y Buela-Casal, 1998 la describen como actos agresivos, robos, vandalismo, inicio de incendios, mentiras, ausentismo escolar, abandono del hogar, y otros actos que violan reglas sociales mayores y expectativas. El contexto en que la persona interactúa genera un peso importante en ella. Las investigaciones reflejan que la crianza ejerce efectos tanto en las variaciones en el contexto del funcionamiento adaptativo como en relación con la psicopatología (Márquez-Caraveo, Hernández-Guzmán, Aguilar, Pérez-Barrón & Reyes-Sandoval, 2007). El objetivo del presente estudio por lo tanto es conocer la relación entre la crianza materna en los niños con conducta disocial. Para lo cual se utilizó una muestra de 186 niños de ambos géneros, con edades de 8 a 11 años; pertenecientes a dos escuelas primarias del Estado de México. Se les aplicó dos instrumentos, el primero Medición de la Percepción Infantil de Estilos de Crianza Maternos (López, 2002) y el segundo, Cuestionario de Conductas Antisociales-Delictivas (Seisdedos, 1982, validado por Sánchez, 2002). El tipo de estudio es correlacional, para el análisis de datos se utilizó una Correlación de Pearson, una “t de student” para muestras independientes y una distribución de frecuencias. Se encontraron los siguientes resultados: no existen diferencias significativas entre la crianza tanto para niños como para niñas. Existe una correlación significativa de los estilos de crianza maternos de no aceptación, rechazo, ejecución orientada, falta de límites y castigo con la conducta disocial. No existen diferencias estadísticamente significativas entre los estilos de crianza maternos y la conducta disocial entre niños y niñas.

**Descriptor:** Psicopatología infantil, Conducta disocial, Conducta Delictiva, Estilos de

Crianza Maternos, Niños, Niñas.

## INTRODUCCION

En los últimos años, se ha hecho evidente la necesidad de estudiar la naturaleza, evaluación y tratamiento de los trastornos infantiles. No obstante, es claro que los modelos de explicación, evaluación y tratamiento son sólo una adaptación de los modelos de la psicopatología adulta (Fajardo, 2005). Por ello es importante tomar en cuenta las necesidades actuales basadas en las problemáticas, sociales, familiares y profesionales que la población infantil representa.

Por lo cual el objetivo de la presente investigación es *identificar la relación que se da entre los estilos de crianza maternos y la conducta disocial en niños*. De ésta manera contribuir a la profundización del conocimiento de esta problemática generando nuevas herramientas para el tratamiento y prevención de dicha conducta.

### **El estudio se justifica bajo los siguientes criterios:**

En las últimas décadas el incremento de conductas violentas y delictivas en los adolescentes conduce a reflexionar sobre las distintas manifestaciones en que halla expresión la conducta agresiva de los niños y jóvenes, situada en el aspecto clínico como *conducta disocial*. Los hechos reflejados por los medios de comunicación dejan a la luz que estos fenómenos van incrementándose, generando tensiones al interior del sistema familiar y las instituciones escolares, lo que conduce no sólo a un estado de preocupación de ambos contextos, sino también, a un alerta para todos aquellos sectores comprometidos con la salud y educación de los niños.

La literatura especializada en el área señala que existe una relación significativa entre los problemas de conducta en la infancia, especialmente de agresión y el subsecuente desarrollo de conductas antisociales como la delincuencia, de tal forma que niños que presentan comportamiento agresivo están en alta probabilidad de desarrollar este patrón de conducta en la adolescencia y la edad adulta, a menos que se incida oportunamente a fin de tratar de frenar el curso de desarrollo de esta conducta.

Sin embargo, para ello es necesario comprender este fenómeno respecto a las variables implicadas en éste. A la fecha existen diversos estudios que fundamentan y describen las variables implicadas. No obstante, en México se carece de estudios sistemáticos que permitan realizar un análisis certero del desarrollo y evaluación de las conductas agresivas en niños, así como de su mantenimiento a través del tiempo y los factores asociados a la misma (Ayala, 2001).

Las consecuencias a largo plazo de la conducta disocial son enormes, tanto en términos de sufrimiento humano como de impacto económico. Las exigencias de recursos de la comunidad, la pérdida en productividad y la necesidad de intervenciones continuas a largo plazo debido a los problemas infantiles son extremadamente costosas (Caballo, 2001).

La conducta disocial es uno de los trastornos más costosos, debido que los niños o jóvenes antisociales a menudo siguen en contacto continuado con las instituciones de salud mental y sistemas judiciales hasta la madurez. La magnitud de las conductas antisociales es también importante, ya que los niños que realizan un tipo de conducta antisocial son propensos a realizar otros (Kazdin & Buela-Casal, 1998).

La línea de investigación que ha explorado concuerda con el aumento en la prevalencia de conductas agresivas; en un estudio realizado por la Asociación Mexicana de Pediatría (Hernández & Martí, 1998), a preescolares en la Ciudad de México, 15% de los niños estudiados presentaba conductas problemáticas entre las cuales están incluidas las conductas de agresividad. En el estudio de seguimiento, el 60% de las dificultades persistían después de los ocho años de edad, se estima que la prevalencia del trastorno de conducta es de alrededor de 12% de la población muestra.

La conducta agresiva y la conducta disocial predicen una serie de comportamientos negativos a nivel psicosocial, y de salud en la adolescencia y en la vida adulta. El DSM-IV-TR (APA, 2005) considera la conducta disocial como un patrón de comportamiento persistente y repetitivo en el que se violan los derechos básicos de los otros o importantes normas sociales adecuadas a la edad del sujeto. Estos comportamientos se dividen en cuatro grupos: comportamiento agresivo el cual causa

daño físico o amenaza con ello a otras personas o animales; comportamiento agresivo que causa pérdidas o daños a la propiedad, fraudes o robos y violaciones graves de las normas.

La conducta disocial es un problema que dadas las implicaciones clínicas y sociales, hace urgente entender los factores asociados con su establecimiento y mantenimiento a través del tiempo. La importancia de conocer las prácticas parentales oportunamente radica en poder lograr la prevención de conductas antisociales, ya que las conductas agresivas en la vida adulta pueden llegar a mantener una serie de consecuencias legales, al igual que implicaciones en las áreas afectivas de los sujetos con este trastorno. Los niños con conducta disocial mantienen conflictos significativos con sus pares y familiares; por otra parte en el área educativa son rechazados y tienen cambios institucionales recurrentes.

La elaboración de ésta tesis se sustenta, como se ha mencionado con anterioridad en los estilos de crianza maternos y la relación con la conducta disocial, debido a que en la literatura se menciona de manera importante la influencia de la variable crianza para que se desarrolle la conducta disocial. Esta conducta genera grandes costes a la sociedad y a las instituciones educativas, de salud mental y de tipo judicial. Por lo tanto tal problemática no sólo se debe estudiar, sino también tratar y prevenir.

La importancia del estudio estriba en que en México, se han visto en aumento las conductas disociales disfrazadas bajo el título de *delincuencia*, y por lo tanto, el estudio de éstas se ha apartado de la psicología y se ha mermado en el estudio político, de igual manera se ha perdido de vista tanto para los estudiosos como para la gente común que la crianza es un determinante en las conductas de los seres humanos.

Es por ello que a lo largo de esta tesis se plantean siete capítulos que proporcionan el esquema fundamental de la investigación.

CAPITULO 1. Aporta una explicación de la psicopatología infantil, por lo tanto tiene como objetivo el de entablar la relación entre el desarrollo de las emociones con la

psicopatología infantil, permitiendo de esta forma darle una explicación a la formación de la conducta en estudio.

CAPITULO 2. Aborda la conducta disocial, la cual plantea los indicadores - etiología, características (CIE-10 y DSM-IV)- del trastorno disocial. De esta manera el trastorno disocial se ha definido como actos agresivos, robos, vandalismo, inicio de incendios, mentiras, ausentismo escolar, abandono del hogar, y otros actos que violan reglas sociales mayores y expectativas, en la infancia. Sobre esta vertiente es importante dar un espacio para plantear el diagnóstico del trastorno, ya que éste podría parecer el resultado de una ambigüedad en la definición empleada para el trastorno o de problemas en las cuestiones metodológicas/artefactos. El hecho de que muchos trastornos infantiles frecuentemente compartan similitudes clínicas tiene importantes implicaciones con respecto a cómo se conceptualiza la psicopatología infantil (Caballo, 2001).

El CAPITULO 3 se centra en los estilos de crianza o prácticas parentales, con el fin de reconocer los diferentes modos de llevar a cabo la crianza por parte de la madre. El interés por evaluar los factores de riesgo a temprana edad ha dirigido a una serie de investigadores a realizar estudios que puedan anunciar factores de riesgo y diseñar estrategias para prevenir posibles problemas en el futuro. La gran variedad de estilos de crianza puede afectar de manera diferente a los niños.

En el CAPITULO 4 se plantean las investigaciones recientes directamente relacionadas con el estudio, las cuales dan validez empírica a la investigación realizada, de ésta forma proporcionan nuevas vertientes de conocimiento y focalizan las áreas que no han sido desarrolladas.

CAPITULO 5 se plasma el cosmos metodológico. Se desarrolla el objetivo de la investigación, se definen las variables relacionadas y la hipótesis de la investigación es planteada.

El CAPITULO 6 plantea los resultados del tratamiento estadístico que se les dio a los datos mediante el programa Statistical Package for Social Sciences (SPSS), los cuales se presenta el análisis descriptivo y el análisis inferencial.

Por último en el CAPITULO 7, se presentan las conclusiones y la discusión que surgieron a partir del estudio de la literatura especializada y del análisis estadístico pertinente. Se plantean los resultados de la muestra para hacer generalizaciones que favorezcan la comparación de la intervención sobre la población de niños y se establecen las limitaciones de la investigación.

Es importante mencionar que esta introducción al cuerpo del trabajo nos da una visión amplia y concreta a lo desarrollado en dicha tesis. A continuación se desarrollan los tópicos antes mencionados.

# CAPITULO 1

## PSICOPATOLOGIA INFANTIL

Este apartado tiene como objetivos describir el desarrollo de la psicopatología infantil, definirá los factores protectores y de riesgo, diferencias entre lo normal y lo patológico, diferencias de la psicopatología por sexo y edad, y el segundo objetivo describir el proceso de la emoción como un determinante para la psicopatología infantil.

### **1.1 Definición de psicopatología infantil**

El campo de la psicología clínica infantil y del adolescente tiene una larga tradición. Sus orígenes se remontan a los primeros años de 1900, habiéndose centrado inicialmente en la evaluación de niños y adolescentes que manifestaban una serie de problemas de comportamiento y de aprendizaje en la escuela y en las clínicas de salud mental. La historia de la psicopatología infantil está unida al desarrollo del concepto de infancia y a la evolución de la salud mental. La transformación de la estructura y dinámica social producida en el siglo XIX posibilitó un cambio de perspectiva respecto a la educación y crianza de los niños. Esta nueva orientación cristalizó en el siglo XX, en el que se centra la atención en el desarrollo normal y anormal del niño, orientado a la trayectoria de la psicopatología infantil (Rivas, 1995, Caballo & Simón, 2001).

Por lo tanto, la psicopatología infantil puede ser definida como el estudio científico de la conducta anormal, o alteraciones conductuales, del niño o niña. Dicho estudio científico supone la explicación de la conducta y de las variables responsables de las alteraciones conductuales que se producen durante el período infantil, la descripción y clasificación de dicha conducta (Jiménez, 1997).

De ésta manera la psicología clínica infantil y del adolescente constituye un campo importante de la salud mental que frecuentemente ha sido descuidado a favor de la psicología clínica del adulto.

Los objetivos de la psicopatología son el estudio de los fenómenos psíquicos, el conocimiento de las organizaciones y dinámicas psicológicas que están a la base de las

perturbaciones del psiquismo, logrando así un mayor conocimiento de sus determinantes, evolución y de las consecuencias de un trastorno puede originar en el desarrollo (Almonte, Montt & Correa, 2003).

Es así, como todo psicólogo infantil es advertido durante su formación profesional acerca de la importancia del desarrollo normal del niño para ser capaz de evaluar la anormalidad de una conducta.

Se ha puesto de manifiesto que la psicopatología infantil representa una preocupación social importante y de frecuente ocurrencia. Los aspectos que respaldan la importancia del problema provienen de varias fuentes. En *primer lugar*, la psicopatología infantil tiene una ocurrencia relativamente frecuente. En *segundo lugar* existen continuidades a lo largo de la vida en muchas formas de psicopatología infantil. Aunque la naturaleza y gravedad de sus problemas pueden cambiar, muchos niños no superan las dificultades de la infancia. En *tercer lugar*, los recientes cambios y condiciones sociales pueden hacer que los niños padezcan un riesgo cada vez mayor tanto para el desarrollo de trastornos como para la manifestación de problemas más graves en edades más tempranas (Caballo & Simón, 2001).

La psicopatología consta de un elemento descriptivo y un elemento dinámico. Se preocupa tanto del estudio transversal de la manifestación psiquiátrica, como del estudio longitudinal de los cambios que éste experimenta con el desarrollo (Almonte, Montt & Correa, 2003).

Las consecuencias a largo plazo de la psicopatología infantil son enormes, tanto en términos de sufrimiento humano como de impacto económico. Las exigencias de recursos de la comunidad, la pérdida en productividad y la necesidad de intervenciones continuas y a largo plazo debido a los problemas infantiles son extremadamente costosas.

En los últimos años, se han utilizado frecuentemente sistemas de diagnóstico estandarizados, como el DSM-IV-TR (American Psychological Association, 2005) y la CIE-10 (World Health Organization, 1992), para definir la psicopatología en los niños.



Por supuesto, la progresiva utilización y aceptación de éstos sistemas diagnósticos es, sin duda, una indicación del extendido acuerdo sobre la naturaleza fundamental de la psicopatología en niños o sobre los criterios específicos que deberían utilizarse para definir esa psicopatología (Caballo & Simón, 2001).

De ésta manera la paidopsiquiatría surge como una subespecialidad de la psiquiatría para ahondar específicamente en los problemas mentales y psíquicos que ocurren durante la infancia y la adolescencia. Su campo es privilegiado en tanto que se ocupa de la ontogénesis del ser, del estudio del desarrollo normal y patológico que acaece por la percepción de unas condiciones internas y externas, que llegan a un primer filtro esas primeras y fundamentales etapas de la vida, en el proceso de la estructuración de la personalidad (Caraveo, 1997).

La psiquiatría infantil en la actualidad es una disciplina multifacética en evolución, y como tal amplía su campo de estudio creando nuevos modelos de evaluación y tratamiento, acrecentando de manera sustancial las investigaciones epidemiológicas (Rivas, 1995).

En su campo de estudio confluyen necesariamente la expresión y desarrollo de determinantes biológicas y psicológicas tempranas, así como las influencias sociales modeladoras de la relación con los padres y con el medio circundante. Es durante ese período cuando los procesos de asimilación y socialización conforman la estructura caracterológica del individuo determinado tanto vulnerabilidades como fortalezas, mismas que se traducen en probabilidades para el desarrollo y manifestación ulterior en el sujeto adulto (Caraveo, 1997).

Las manifestaciones clínicas del desarrollo psíquico anormal indican la coexistencia de áreas de funcionamiento perturbado que definen la patología y áreas de funcionamiento normal que facilitan la adaptación.

Como se ha mencionado la psicopatología infantil es una anomalía en el funcionamiento psíquico del sujeto. Existen algunos factores que permiten que dicha anomalía sea más propensa, es decir, los factores de riesgo generan que la

anormalidad tenga una mayor probabilidad de presentarse. En cambio, los factores protectores son aquellos que delimitan estas probabilidades, por lo tanto las posibilidades de la normalidad son mayores.

## **1.2 Factores protectores y de riesgo de la psicopatología**

La psicopatología resulta de la interacción recíproca entre los factores protectores y de riesgo a que está expuesto el individuo en su desarrollo. La salud mental ocurre cuando predominan los factores protectores sobre los de riesgo, y la resiliencia individual permite que el equilibrio se mantenga. Por el contrario, cuando predominan los factores de riesgo y se produce un desequilibrio que la resiliencia personal no puede compensar, se manifiesta la psicopatología (Almonte, Montt & Correa, 2003).

Un factor de riesgo es aquel que aumenta la probabilidad de que aparezca un trastorno. Un factor de protección es el que disminuye la probabilidad de que aparezca el trastorno o de que se de un resultado negativo ante una determinada adversidad (Ezpeleta, 2005).

Los investigadores han descrito aquellos factores de riesgo asociados al desarrollo y mantenimiento de la conducta antisocial. Éstos se pueden clasificar en cuatro grandes grupos: 1) las características de los niños, 2) las características de los padres, 3) los factores contextuales y 4) la interacción padre-hijo. En relación con las características de los niños, una serie de estudios señala que los más irritables, con poco autocontrol, muy activos y con problemas de atención e impulsividad, presentan más probabilidades de mostrar problemas de conducta y conducta antisocial que los niños que no presentan tales (Ayala, Pedroza, Morales, Caso-López & Barragán, 2002).

Los factores de riesgo pueden ser predisponentes (vulnerabilidad biológica), precipitantes (experiencias de vida), mantenedores y agravantes (representados principalmente por las respuestas familiares, escolares y sociales a las manifestaciones clínicas del individuo), o determinantes, se refieren al protagonismo del sujeto al no asumir o no resolver las situaciones perturbadoras (Almonte, Montt & Correa, 2003).

Los factores de riesgo se observan con frecuencia encadenados, por lo tanto la exposición a diferentes factores de riesgo tiene un efecto a acumulativo; los factores de riesgo y de protección pueden ser específicos de un determinado trastorno (Ezpeleta, 2005).

Según Ayala, Pedroza, Morales, Caso-López y Barragán (2002) en los padres se ha encontrado que la inmadurez, la inexperiencia, la impulsividad, la depresión, la hostilidad, el rechazo, el temperamento negativo, la incompetencia, el sentirse agobiado por su papel como padres, y la falta de apego hacia sus hijos se relacionan con el comportamiento agresivo de los niños. Existen ciertas características de los padres (el grado de competencia con el que se perciben, su aislamiento social, su nivel de apego al niño, su estado de salud, su incapacidad para desempeñar su rol como padres, su depresión y el apoyo que reciben de su cónyuge) así como variables contextuales (los estresores de la vida) que influyen en la habilidad de los padres para responder efectivamente ante la conducta de sus hijos. Éstos se asocian confiablemente con la conducta agresiva y antisocial de los niños.

Los factores de protección son, habitualmente, características del individuo, como la buena autoestima, o del ambiente como la buena relación y comunicación familiar, que ayudan a amortiguar los efectos de la adversidad. Los factores protectores que previenen la conducta antisocial en 5 tipos principales: 1) apoyo padre e hijo, 2) métodos positivos de disciplina, 3) monitoreo y supervisión, 4) familias dedicadas a sus hijos y 5) padres que buscan información y apoyo (Ayala, Pedroza, Morales, Caso-López y Barragán; Ezpeleta, 2005).

De igual forma, los mismos autores mencionan que la supervisión de los padres, su apego a los hijos y la congruencia en la disciplina son los factores protectores más efectivos para promover la resiliencia contra la delincuencia en los antisociales.

A partir de la identificación de estos factores de riesgo y de los protectores asociados al comportamiento antisocial de los niños, se ha reportado que, aunque en menor grado, la presencia de otros indicadores explica parcialmente la generalización del comportamiento a otros escenarios.

De esta manera las diferentes manifestaciones psiquiátricas, tanto en el niño como en el adolescente, resultan de la interacción de factores biológicos, psicológicos y socioculturales, los que pueden actuar como predisponentes, facilitadores, precipitantes y determinantes. En algunos casos pueden actuar como agentes protectores, que contribuyan a atenuar o inhibir el impacto de los anteriores (Almonte, Montt & Correa, 2003).

Tanto los factores protectores como de riesgo se encuentran inmersos dentro del cosmos del sujeto, como se ha mencionado anteriormente los efectos que pueden causar dependerá directamente de la intensidad y de la contingencia con lo que se presentan. Es decir, se mantienen como causantes de la psicopatología a partir de la instauración de estos en el niño.

A continuación se presenta una tabla con factores de riesgo y protectores para la psicopatología infantil.

**TABLA 1**  
FACTORES PROTECTORES Y DE RIESGO PARA LA PSICOPATOLOGÍA INFANTIL

	<b>FACTORES PROTECTORES</b>	<b>FACTORES DE RIESGO</b>
<b>Factores personales</b> <i>Constitución</i>	<i>Procesos regulatorios normales</i>	<i>Trastornos regulatorios Hiporreactivos/hiperreactivos</i>
<b>Temperamento</b>	Fácil adaptación	Difícil adaptación
<b>Expresión emocional</b>	Satisfactoria	Restringida, cohibida
<b>Relaciones interpersonales</b>	Satisfactorias	Insatisfactorias
<b>Límites</b>	Definidos y respetados	Indefinidos, invasivos
<b>Antecedentes mórbidos</b>	No relevantes	Retardo mental Tr. Orgánico cerebral Tr. Desarrollo

		Enfermedades crónicas
<b>Experiencias de vida</b>	Integrada/Normativas	Disociadas/traumáticas
<b>Sistema familiar</b>	Funcional	Disfuncional
<b>Clima familiar</b>	Cálido, acogedor, empático, vital	Hostil, Amenazante, rechazante, desvitalizado
<b>Subsistema parental</b>	Biparental	Monoparental
<b>Actitud frente a los hijos</b>	En alianza/cálidos acogedores	En conflicto/desautorizante Recíprocas/maltrato infantil
<b>Definición de los límites</b>	Claros	Difusos e inestables
<b>Estado de salud</b>	Salud mental satisfactoria Salud física satisfactoria	Alcoholismo, psicosis, depresiones, enfermedad coronaria, cirrosis, muerte.
<b>Subsistema parento filial</b>	Satisfactorio	Conflicto
<b>Vinculación temprana</b>	Estable, Segura, Contenedora	Inestable o insegura, desligado ansiógena
<b>Sistema escolar Rendimiento escolar</b>	Satisfactorio/continuidad	Bajo rendimiento, deserción escolar o repetición de ésta.
<b>Relaciones interpersonales</b>		
<b>Con profesores</b>	Respeto recíproco	Autoritarias, sometedoras
<b>Compañeros</b>	Integrado al grupo	Excluido del grupo
<b>Sistema social Recursos económicos</b>	Satisfactorio	Extrema pobreza Extrema riqueza
<b>Integración</b>	Inserción social	Marginalidad

### **1.3 Diferencias de la psicopatología según sexo y edad**

La identificación de un patrón claro de diferencias debidas a la edad se complica por una serie de cuestiones, entre las que se incluyen: 1) una falta de uniformidad de las medidas utilizadas para evaluar la conducta a lo largo de un rango de edades; 2) cambios cualitativos en la expresión de la conducta asociados al desarrollo; 3) interacciones entre la edad y el género; 4) el empleo de diferentes fuentes de información; 5) la(s) conducta(s) problema específica(s) de interés; 6) el estatus clínico del niño que se esta evaluando, y 7) el empleo de diferentes criterios diagnóstico para niños de edades diferentes (Caballo & Simón, 2001).

Las primeras investigaciones sobre las diferencias de género se han centrado, principalmente, en las comparaciones descriptivas de las frecuencias de ocurrencia de distintos trastornos y problemas para niños y niñas de diferentes edades.

Dentro de las consultas por psicopatologías se encuentra con más frecuencia en los varones, desde la niñez hasta la adolescencia media, lo que explicaría por que en el varón son más frecuentes los trastornos que tienen una base madurativa. En la adolescencia tardía las frecuencias de consultas tienden a equiparse en ambos sexos, para predominar en el sexo, para predominar en el sexo femenino en la adultez.

Las tasas de prevalencia son mayores en hombres que en mujeres. El trastorno disocial es muy raro que comience después de los 16 años de edad. El curso del trastorno disocial es variable.

*En hombres.* El síndrome de déficit de atención con hiperactividad motora, trastornos del lenguaje y aprendizaje y los trastornos de eliminación son significativamente más frecuentes en el hombre que en la mujer en las etapas preescolar y escolar. En la adolescencia los trastornos de conducta o trastornos disociales, el abuso de alcohol y drogas, predominan en los varones. Las conductas suicidas (ideación, gestos e intentos) son menos frecuentes en los varones, pero debido a que éstos utilizan métodos más efectivos, los suicidios consumados ocurren más en éstos (Almonte, Montt & Correa, 2003).

Se ha encontrado que los varones superan en número a las mujeres en la mayoría de los trastornos de la infancia y la adolescencia, con las excepciones de los trastornos de ansiedad y mutismo selectivo. Las diferencias debido al sexo en la psicopatología infantil interactúan con la edad, los niños manifiestan más dificultades que las niñas durante la primera y mediana infancia, especialmente respecto a los trastornos de comportamiento perturbador. Las dificultades de las niñas pueden aumentar durante la adolescencia, con mayores tasas de ocurrencia para la depresión y el estado de ánimo disfórico desde la mitad de la adolescencia hasta la edad adulta (Caballo & Simón, 2001).

El trastorno disocial se diagnostica más frecuentemente en varones, con tasas de prevalencia que van del 6 al 16 por 100, mientras que las estimaciones de mujeres diagnosticadas con un trastorno disocial van de 2 al 9 por 100. El DSM-IV-TR presenta tasas de la población que van del 1 a más del 10 por 100 sin especificar la distribución por sexo. Aunque la diferencia de prevalencia del trastorno entre hombres y mujeres parece ser especialmente correcta para el trastorno disocial de inicio en la infancia (antes de los 10 años), conforme los hombres y las mujeres se acercan a la adolescencia, sus tasas de prevalencia suelen manifestar menos discrepancia (APA, 2005).

*En mujeres.* En la etapa de la adolescencia las mayores dificultades en asumirla la corporalidad explican la mayor frecuencia del trastorno dismórfico corporal, anorexia nerviosa o la preocupación por el sobrepeso y la obesidad. Los síndromes conversivos ocurren casi exclusivamente en el sexo femenino. Los intentos de suicidio son más frecuentes que en el varón, probablemente por mayores dificultades de integración social y por tener una mayor vulnerabilidad a la angustia y a la depresión (Almonte, Montt & Correa, 2003).

Los estudios han encontrado que el trastorno disocial y la hiperactividad son más frecuentes en niños de 12 a 16 años que en las niñas. Por el contrario, parece que los problemas emocionales son más frecuentes en las niñas que en los niños durante este período de desarrollo. Además, se ha encontrado que señales tempranas de agresión predicen la conducta antisocial posterior en los niños, pero no en las niñas (Caballo & Simón, 2001).

Aunque las comparaciones de género pueden proporcionar conocimientos sobre características relacionadas con el género, esta información, cuando se toma aisladamente, no aborda posibles diferencias cualitativas en: 1) cómo se expresa la psicopatología en las niñas comparadas con los niños; 2) los procesos y mecanismos que subyacen a esta manifestación; 3) las consecuencias a largo plazo de ciertas conductas para chicos comparadas con las chicas, y/o 4) el impacto diferencial de determinados acontecimientos ambientales en niños comparadas con niñas (Caballo & Simón, 2001).

Los tipos de ambientes de educación infantil que predicen la resistencia (resiliencia) a la adversidad podrían también ser diferentes para niños y niñas. La resistencia en niñas esta asociada con familias que combinan la asunción de riesgos y la independencia con el apoyo de un cuidador femenino. Por el contrario, la resistencia en niños se relaciona con familias en las que hay un modelo masculino, una estructura, reglas y cierto fomento de la expresividad emocional (op.cit).

Los hallazgos que relacionan las diferencias debidas al género y la psicopatología infantil son complejos, inconsistentes y, a veces, difíciles de interpretar. Sin embargo, la investigación reciente indica claramente que los efectos del género son esenciales para comprender la expresión y el curso de la mayoría de las formas de psicopatología infantil (Caballo & Simón, 2001).

Existe un primer período de alta incidencia para el cambio de conductas, un segundo período (6-12 años) con descenso de la problemática y, finalmente, en la adolescencia, se incrementa de nuevo la incidencia (Santo-Domingo, Baca, Carrasco & García Camba, 2002).

Hacia los 8 años los problemas de conducta son más frecuentes en los varones en todas las edades, así como los problemas de personalidad, pero a partir de ahí, los problemas son menos frecuentes en las mujeres que los hombres. Los trastornos de conducta son más frecuentes en los varones que en mujeres, mientras que los problemas de personalidad son más frecuentes en las niñas. En la adolescencia los problemas



emocionales y afectivos se observan mayoritariamente en las niñas (Santo-Domingo, Baca, Carrasco & García Camba, 2002).

#### **1.4 Psicopatología de la niñez y adolescencia**

Los trastornos psiquiátricos iniciados en la niñez experimentan modificaciones en el curso de la adolescencia, por efectos del desarrollo. Algunos son superados, otros continúan hacia la adultez, con las modificaciones que resultan de enfrentar las problemáticas propias de la adolescencia relacionadas con la asunción de los papeles sociales y sexuales. También pueden ocurrir agravaciones propias del curso evolutivo de cada patología en particular. En la adolescencia es posible que se manifiesten plenamente patologías que se inician y terminan en esta etapa o que, iniciándose en este período, se prolonguen hasta la adultez (Almonte, Montt & Correa, 2003).

A continuación se presenta la tabla con los trastornos que inician en la niñez y en la adolescencia.

**TABLA 2**  
TRASTORNOS DE LA NIÑEZ Y DE LA ADOLESCENCIA, POR PERÍODO DE INICIO

---

#### ***Trastornos que se inician en la niñez y pueden terminar en la adolescencia***

- Encopresis
- Enuresis
- Trastorno de ansiedad
- Tartamudez
- Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (T D A H)
- Trastorno específico de aprendizaje
- Trastorno oposicionista desafiante
- Trastornos disociales

#### ***Trastornos que inician en la niñez y continúan a través de la adolescencia hacia la adultez***

- Trastornos del desarrollo de la identidad sexual
  - Retardo mental
  - Trastornos generalizados del desarrollo
  - Trastornos específicos del desarrollo
-

- Tartamudez
- T D A H
- Trastornos disociales

### ***Trastornos que se inician y terminan en la adolescencia***

- Trastornos de adaptación
- Trastornos de ansiedad
- Conductas de riesgo
- Trastornos disomórfico corporal
- Obesidad
- Trastornos de conducta alimentaria
- Psicosis agudas
- Conductas suicidas

### ***Trastornos que se inician en la adolescencia y continúan en la adultez***

- Trastornos de ansiedad
- Trastornos de personalidad
- Trastornos depresivos
- Conductas suicidas
- Trastornos psicóticos
- Trastornos de alimentación
- Trastornos obsesivo compulsivo
- Trastornos relacionados con sustancias
- Trastornos disociales (pueden continuar como trastornos de personalidad)

## **1.5 El desarrollo y la psicopatología**

Márquez (2006) advierte que la perspectiva del desarrollo constituye un concepto esencial tanto en la psicología adulta como en la infantil y continúa, no se trata sólo de que algunos trastornos supongan una distorsión del desarrollo de la personalidad, de que algunos tengan sus raíces en traumas físicos o de una experiencia en la infancia, de que algunos supongan una interferencia en el proceso normal de desarrollo genéticamente determinado o de que otros duren tantos años que sean inevitables las consideraciones sobre las causas y consecuencias del desarrollo; el proceso de desarrollo constituye el vínculo crucial entre los determinantes genéticos y

las variables ambientales, entre la sociología y la psicología individual y entre las causas fisiogénicas y psicogénicas.

Se considera importante señalar que algunos principio básicos respecto al desarrollo (Caraveo, 1997):

1. El desarrollo psíquico es producto de influencias maduraciones intrínsecas (maduración biológica del SNC),
2. Existen continuidades y discontinuidades –reorganizaciones funcionales o emergencias *dinovo* tanto biológicas y ambientales que influyen en el desarrollo,
3. Los factores biológicos y ambientales son causa y consecuencia,
4. Los factores experimentales o ambientales influyen fundamentalmente en él: contenido adquirido, la velocidad con la que se adquiere y el nivel que se alcanza,
5. El desarrollo se expresa en conductas que resultan de una interacción recíproca entre el niño y el medio a través de cadenas asociadas indirectas más que de relaciones causa-efecto directas, ´
6. No existe un solo mecanismo responsable, ni una sola teoría provee de explicación, y
7. El desarrollo implica un incremento en el nivel de estructura y funcionamiento.

Por lo tanto, es importante considerar el concepto de desarrollo, Macías-Valádez (cit. en Caraveo, 1997) define al desarrollo como la aparición, evolución y consolidación de las estructuras que sustentan las funciones mentales de un individuo, que interactúa en su medio físico y social, en un tiempo que se sitúa arbitrariamente desde la época perinatal hasta la adolescencia.

Esta definición enfatiza el desarrollo en los siguientes términos:

1. Como expresión de tipo evolutivo,
2. Del conjunto de funciones mentales de un individuo y no de ciertas áreas, ya que la palabra áreas del desarrollo remite por un lado a un esquema evolutivo del mismo, tal como el propuesto por A. Gesell; la palabra líneas del desarrollo tienen por el otro lado una connotación específica desarrollada principalmente

por A. Freud. Por el contrario, se considera que la investigación del desarrollo debe recorrer un largo camino antes de circunscribir el desarrollo psíquico a campos específicos. Lo anterior no significa negar la contribución tan importante de estos dos autores al estudio del desarrollo infantil, sino enfatizar una concepción teórica específica. En este sentido se prefiere el término de psicomotor como equivalente de psíquico o mental, en el sentido utilizado por Wernicke y sobre todo Dupré, para referirse a la asociación estrecha entre el desarrollo de la motricidad, de la inteligencia y de la afectividad en los tres primeros años.

3. Es también resaltada en esta definición la naturaleza interactiva en el desarrollo del binomio individuo-medio. La disputa inato-adquirido, naturaleza y crianza, etc., ocupó por muchos años a científicos de una u otra postura en el estudio del desarrollo infantil.

Como se ha observado el desarrollo, tiene tres fundamentos importantes, los cuales interactúan de manera agrupada para que se dé un desarrollo normal, pero cuando alguno de éstos eslabones no trabaja adecuadamente, entonces, existe la posibilidad de que el desarrollo sea anormal, por lo tanto, ser un precipitante para generar una psicopatología.

Anteriormente se ha mencionado que la psicopatología surge a partir de un funcionamiento no adecuado en el sujeto. Por lo tanto a continuación se plantea la diferencia entre la psicopatología y la normalidad.

### **1.6 Psicopatología/normalidad**

Los trastornos infantiles se han considerado habitualmente como desviaciones que implican una disminución del funcionamiento adaptativo, una desviación estadística, malestar o incapacidad inesperadas y/o deterioro biológico (Jiménez, 1997).

El estado de un niño se considera como un trastorno sólo si: 1) provoca un deterioro o una privación de beneficios al niño, teniendo en cuenta las normas sociales,

y 2) es consecuencia del fallo de algún mecanismo interno para realizar su función natural (Caballo & Simón, 2001).

El desarrollo psicológico normal se realiza a través de logros sucesivos y progresivos que permiten al niño resolver las demandas del medio en que vive, este proceso psicológico madurador que es el desarrollo emocional del niño es el resultado de la conjunción de muchas funciones y actividades psíquicas diversas que se integran en la unicidad de la personalidad infantil. Estas funciones psíquicas son de índole diferente, pero pueden agruparse en cuatro grandes ámbitos: el desarrollo de la actividad física y psicomotora, el desarrollo de las funciones cognitivas, el desarrollo de la dimensión social y el desarrollo emocional (Rodríguez-Sacristán, 2000).

Este último tiene gran relevancia con el desarrollo de las psicopatologías infantiles, es por ello importante tomar en cuenta el desarrollo emocional. Rodríguez-Sacristán (2000), realiza una descripción por etapas del desarrollo emocional:

En el *primer año de vida*, casi todo el mundo afectivo del niño se basa en la relación con su principal cuidador, la madre, que comienza desde el momento del nacimiento y continúa hasta la lactancia. En este primer período se desarrolla la conducta del apego, y se establece un vínculo que va a estar influido por variables tales como el temperamento del niño, la conducta de la madre o la calidad de los encuentros entre ambos, y que va a predecir cómo va a hacer el comportamiento adaptativo a lo largo de la infancia.

En la *primera infancia*, la afectividad continúa desarrollándose y el niño va sintiéndose progresivamente más parte de su familia y de su pequeño mundo, adquiriendo cada vez iniciativa en estas relaciones. Característico de esta etapa es también la aparición de las conductas oposicionismo (uso del no) y de desobediencia, que surgen sobre los tres años y que le ayudan a delimitar su incipiente yo que hasta ahora estaba prácticamente unido al de la madre.

En la *segunda infancia*, es mucho más intensa la relación con sus compañeros y amigos, lo cual facilita el perfeccionismo de dar y recibir afecto que ya había iniciado

en la etapa anterior y que ahora existiendo a estos compañeros, sin perder el cariño que siempre ha expresado a sus padres, aunque va dejando de percibirlos como omnipotentes. El niño comienza a ser más consciente de sus propias reacciones afectivas y emocionales y las logra razonar o bien arremete verbalmente, mientras que antes, frente a cualquier contratiempo, las respuestas eran frecuentemente el llanto o el miedo.

En la *adolescencia*, los cambios más notables y trascendentes son los que afectan a la maduración puberal hormonal y sexual que se produce a gran velocidad, que puede ser una fuente potencial de problemas. Aparece el instinto sexual con toda su fuerza, hecho que puede ser vivido de una manera angustiosa por parte del adolescente. Los afectos y los sentimientos van dirigidos hacia sus iguales del otro sexo y son menos intensos los dirigidos hacia su familia, produciéndose en esta etapa las primeras relaciones amorosas, que no suelen ser duraderas. Al ser una época de tantos y tan rápidos cambios, el adolescente no siempre sabe adaptarse adecuadamente, lo que conlleva una situación de crisis y de conflicto.

**TABLA 3**  
PSICOPATOLOGÍAS INFANTILES GENERADAS A PARTIR DE LA EDAD LOGROS PERSONALES Y DE LOS CONFLICTOS DE LA EDAD

<b>EDAD</b>	<b>LOGROS PERSONALES Y SOCIALES</b>	<b>CONFLICTOS</b>	<b>PSICOPATOLOGIA (MAS FRECUENTES)</b>
0-2 Años	Progresos notables en comportamientos psicosociales y en relación al organismo.  Primer año esencial. Se aprenden los grandes estilos emocionales y afectivos.	Alterna confianza-desconfianza.  Rechaza aunque necesita vincularse.  Lucha con la oralidad.	Autismo.  Estructuras deficitarias
2-5 Años	Consigue eficacias en lenguaje y limpieza.  Al principio solitario.	Primera crisis vital (30 meses)  La aurora de la Personalidad llega con	Psicosis desintegrativa Trastornos del lenguaje.  Trastornos esfinterianos.

		<p>pequeños desequilibrios.</p> <p>Independencia.</p> <p>Confusión realidad-imaginación que origina inseguridad.</p> <p>Conflictos edípicos</p>	<p>Negativismos y aislamientos.</p> <p>Miedos</p> <p>Estructuras deficitarias.</p> <p>Angustia por separación.</p>
6-11 Años	<p>Motivaciones académicas y de sus pares.</p> <p>Calma aparente</p> <p>Motivaciones lúdicas.</p> <p>Intento de control lógico.</p>	<p>Empiezan los sentimientos de culpabilidad, vergüenza y de soledad que son fuentes de angustia.</p> <p>Conflictos derivados del segundo nacimiento.</p>	<p>Trastornos específicos del aprendizaje.</p> <p>Fobia escolar</p> <p>Mutismos</p> <p>Tics</p> <p>Trastornos obsesivos compulsivos</p> <p>Ansiedad generalizada</p> <p>Prob. de conducta</p>
11-15 Años	<p>Tiempo de luces y sombras.</p> <p>Despegue de autonomías.</p> <p>Motivaciones en torno a la psicosexualidad.</p> <p>Vigencia de lo emocional</p>	<p>Conflictos consigo mismo y con los demás.</p> <p>Conflictos de identidad personal, sexual y de roles.</p> <p>Conflictos dependencia-independencia.</p> <p>Crisis vital.</p>	<p>Trastornos de la alimentación.</p> <p>Anorexia.</p> <p>Trastornos de la sexualidad.</p> <p>Trastornos de la conducta.</p> <p>Depresiones.</p> <p>Síntomas de conversión.</p> <p>Esquizofrenia.</p>

Es muy difícil delimitar las fronteras entre lo normal y lo patológico. Por ello es necesario que conozcamos bien los criterios que nos permitan enjuiciar, justamente, lo que es normal o patológico en los comportamientos infantiles concretos.

**TABLA 4**  
CRITERIOS Y FUENTES PARA DIFERENCIAR LO NORMAL DE LO PATOLÓGICO

1. La información de la familia. La sanción social.
2. La gravedad
3. La profundidad en la afectación.
4. La índole de la alteración de las funciones psíquicas y la historia natural longitudinal de la organización psicopatológica.
5. Los criterios diagnósticos incluyentes o excluyentes de las Clasificaciones de enfermedades (CIE-10 ó DSM-IV).
6. El concepto de normalidad que empleamos: estadístico, ideal o funcional.

§ La *familia* es la primera en detectar cuando un problema psicopatológico sobrepasa los límites de lo que se considera normal. Al principio le cuesta trabajo aceptarlo, pero la evidencia ineludible de los propios trastornos termina de imponerse.

§ La *mayor o menor gravedad* del trastorno sirve también como criterio añadido-nunca como criterio único- para delimitar lo normal de lo patológico. Los caracteres del trastorno que permiten afirmar la gravedad, de acuerdo con Lang (1979, cit. en Rodríguez-Sacristán, 2000):

1. La brutalidad de aparición
2. La multiplicidad de signos
3. La aparatosidad de los síntomas.
4. El índice de la gravedad ya acordada de algunos de los síntomas.
5. La gravedad en la estructura, según el tipo de desorganización.
6. La evidencia de descomposición.
7. La no integración de algunos síntomas de organización inferiores en otros superiores y una evidente disarmonía.



La gravedad de un trastorno se revela en las repercusiones que tienen a largo plazo, porque pueda poner en peligro la vida o el equilibrio psíquico del niño, hipotecando seriamente el futuro de la persona.

- § La *profundidad en la afectación de las funciones psíquicas* es otro criterio para establecer las relaciones y diferencias entre lo normal y lo patológico.
- § La *propia historia natural evolutiva de cada organización psicopatológica*.
- § Los *criterios diagnósticos* de las Clasificaciones de las enfermedades, CIE-10 y el DSM-IV tienen como finalidad diferenciar unos trastornos de otros.
- § Las *funciones psíquicas básicas* son las afectivas, las cognitivas, las comunicativas y las psicomotoras y a partir de estas funciones se organiza la personalidad de manera unitaria. En toda esa dinámica, el desarrollo progresivo y madurativo de las funciones sufre inestabilidad, desequilibrios, desajustes y desorganizaciones, pero siempre desde la base inicial de funciones psíquicas normales, necesarias para vivir.

Se ha mencionado anteriormente como la emoción juega un papel importante en el desarrollo de la psicopatología infantil. Por lo tanto es importante retomar el proceso de la regulación emocional con la finalidad de comprender como se desarrolla la psicopatología.

### **1.7 El rol de la regulación emocional en el desarrollo de la psicopatología**

Un aspecto importante del desarrollo emocional es la habilidad de autorregulación de las emociones propias.

Las emociones son procesos que se activan cada vez que el organismo detecta algún peligro o amenaza a su equilibrio, son, por lo tanto, procesos adaptativos que ponen en marcha programas de acción genéticamente determinados, que se activan súbitamente y que movilizan una importante cantidad de recursos psicológicos. La

principal función de la emoción es la organización de una actividad compleja en un lapso muy breve, con la finalidad de anticiparse a las consecuencias (Fernández-Abascal & Palmero, 1999).

En la actualidad la emoción tiene relevancia como una importante área de estudio, incluyendo como un factor en modelos de psicopatología y tratamientos en adultos y niños. Las teorías contemporáneas de la emoción describen la emoción como procesos que ayudan a el funcionamiento para conseguir la meta para el manteniendo del buen-existir. La emoción también juega un rol significativo en la naturaleza y desarrollo de la psicopatología (Hankin & Abela, 2005).

La regulación emocional consta de procesos intrínsecos y extrínsecos entre los que se encuentran el aprender a reconocer, monitorear, evaluar y modificar las reacciones emocionales. La regulación emocional es crucial para mantener una conexión adecuada con los procesos perceptuales que se llevan a cabo durante el episodio emocional y así tener acceso al mayor número de respuestas adaptativas, e incrementar la flexibilidad y propiedad de las respuestas ante éstas. La inhabilidad para regular las emociones dan como resultado el deterioro de la capacidad para identificar y dirigir las emociones de forma adaptativa (Fernández, 2005).

Fernández-Abascal y Palmero (1999) mencionan que el proceso emocional se desencadena por la percepción de unas condiciones internas y externas, que llegan a un primer filtro que suponemos formado por un proceso dual de evaluación valorativa. Como consecuencia de esta evaluación tiene un lugar una activación emocional, que se compone de una de una experiencia subjetiva o sentimiento, una expresión corporal o comunicación no verbal, una tendencia a la acción o afrontamiento y unos cambios fisiológicos que dan soporte a todas las actividades anteriores. Las manifestaciones externas de la emoción o los efectos observables de la misma son frutos de un segundo filtro que tamiza las mismas. Así, la cultura y el aprendizaje hacen que las manifestaciones emocionales se vean sensiblemente modificadas.

En un inicio, los infantes utilizan los sistemas reguladores innatos adaptándolos al medio ambiente para con ello desarrollar mecanismos internos de control que dirigen

la conducta. Las experiencias cognoscitivas tempranas contribuyen a la diferenciación de tres reacciones emociones generalizadas en su origen: placer/alegría, miedo y enojo (Fernández, 2005).

El riesgo para desarrollar, un desorden no aumenta de un momento a otro. La vulnerabilidad para psicopatología existe cuando se es estable, estilizado un modelo de regularización emocional en el cual falta la flexibilidad y situacional sensitivo, necesariamente para tratar con un complejo mundo y en tanto relacionarse con el modo dominante de responder (Hankin & Abela, 2005).

El desarrollo de la autorregulación emocional es afectado por la calidad del medio ambiente, así como del cuidado que reciben los niños. Los adultos fungen como auxiliares en la regulación emocional estableciendo las normas de control conductual, anticipando situaciones difíciles o frustrantes, y ayudando al niño cuando pierde el control al mismo tiempo que le permite regularse (Fernández, 2005).

Los patrones de regulación emocional han sido estudiados en relación con variables tales como el apego, la crianza, los cuales a su vez han sido asociados con conductas problemas.

La conexión entre emociones y trastornos se basa en la premisa básica de considerar las emociones como instrumentos de intercambio para la vida social. Así, la sonrisa es, además de un signo de emoción positiva o de felicidad una señal de cooperación; la cólera suele ser considerada una emoción negativa que puede expresar conflictos interpersonales; el miedo es una emoción que se interpreta conductualmente como un signo de evitación de la interacción y que puede generar ansiedad y angustia. Por lo tanto la propia autoconciencia emocional, así como el reconocimiento de las emociones de los demás, son capacidades prácticas necesarias para unas adecuadas relaciones sociales. Precisamente los niños con problemas muestran dificultades en la decodificación y en la regulación de las emociones, realizan interpretaciones de éstas poco precisas y en ocasiones sesgadas, y emplean mucho más tiempo en estas tareas que otros niños sin problemas (Fernández-Abascal & Palmero, 1999).

La emoción se asocia con la psicopatología, frecuentemente comprende pobremente de regularización de respuesta, tal como emociones abrumadoras, restricción de emociones, afectos inapropiados y pobres duración de emociones adaptadas (Hankin & Abela, 2005).

Coincidiendo con la manifestación de otras características temperamentales, la regulación emocional comprende un set de competencias para modular los estados afectivos.

Se ha descrito como harsh, la reacción exagerada, emocionalidad negativa, coerciva, excesivamente estricta, punitiva, controlante y autoritario, los actos específicos comprenden un grupo de conductas de crianza severa incluyen gritos, dominan las frecuentes negativas, apodos, expresión de enojo y amenazas físicas y agresión. Las emociones desreguladas en los programas de intervención en crianza severa para padres abusivos usualmente incluye mantener un “diario de enojos” y entrenamiento en “manejo de la ira” para ayudar a los padres a monitorear y regular sus emociones (Hernández-Guzmán, 1999).

La evidencia disponible sugiere que hay un vínculo moderadamente fuerte entre los estilos de crianza y las capacidades de regulación emocional en los niños. La disfunción emocional desplegada por los padres a través de la crianza punitiva afecta la habilidad de sus hijos para regular sus emociones. Facilitadas o aprendidas desde la socialización parental de emociones negativas, incluyendo crianza severa, la disfunción emocional del niño conduce a un número de problemas sociales en las escuelas (Fernández, 2005).

Las interacciones de la agresividad física y emocional entre los padres y el niño forma la base de cómo interactúa el niño con otros. Los niños transfieren algo del afecto negativo y estrategias deficientes que han aprendido desde la interacción padre – hijo, a sus interacciones con su grupo, resultando en relación incompetente con sus compañeros (Hernández-Guzmán, 1999).

***- La desregulación de la emoción del enojo***

La desregulación de la emoción del enojo es el aspecto más estudiado de los procesos emocionales en el desarrollo de la psicopatología. Es más frecuentemente asociada con la “externalización” de síntomas, que son, otros síntomas disruptivos o perturbadores. La irritabilidad y otras formas intensas de reacción del enojo son también vistos en individuos con síntomas de ansiedad y depresión.

Existen abundantes estudios que representan las investigaciones entre niveles altos de enojo, medidas en varias direcciones y externalizar problemas de conductas, como reportes de profesores o padres entre niños de edad preescolar y edad escolar. Los niños con externalización de problemas son frecuentemente persistentes, agresivos, desafiantes, opositoristas, en ellos el esfuerzo es lograr la meta, como el costo de relaciones disruptivas (Hankin & Abela, 2005).

Los niños evasivos experimentan emociones negativas relacionadas con el rechazo y como consecuencia de esto, aprender a inhibir la expresión del afecto negativo evitando las relaciones interpersonales cercanas (Fernández, 2005).

Las relaciones entre desregulación del enojo y conductas sintomáticas son contextos específicos puede variar como una situación funcional, en personas por género o representación de las reglas culturales. El enojo en niños puede ser vista más aceptable que el enojo en niñas lo cual puede atribuirse a que los niños más grandes tienen porcentajes abiertos de agresión (Hankin & Abela, 2005).

La diferencia entre la regulación emocional según el género de los escolares, se debe a los procesos de socialización, se espera que las mujeres perciban y tengan mayor apego emocional con sus padres. Lo cual implica que las niñas sean más susceptibles al moldeamiento parental que los niños. Por otro lado, cuando la relación emocional se ve alterado o retrasado provoca desregulación emocional (Fernández, 2005)

El enojo tiene ha ser más claramente presentado como un factor de riesgo para desordenes externalizados en un modelo cíclico coercitivo. En un ciclo coercitivo un niño desafiar a los padres, quienes entonces se enojan, principalmente hacia una intensificación a los niños y los padres enojados hasta producen una complicidad. En

otras palabras, intensifica esta díada padre-hijo, mutuamente tienen influencia de enojo, en vez de la modulación. El modelo ha tenido resistir a pruebas empíricas. En niños como en jóvenes en edad preescolar son asociados mutuamente las interacciones de enojo rápidas exteriorizando problemas y el enojo recíproco entre padres y jóvenes es también la correlación con la conducta disocial en adolescentes. Además, los altos niveles de expresión de enojo no es simplemente correlación de problemas externalizados, ellos pronostican continuidad de problemas (Hankin & Abela, 2005).

Los padres por medio de entrenamiento forman la adquisición de habilidades de regulación emocional en los hijos y modelan simplemente a través de las interacciones padre - hijo. El entrenamiento parental en relación con en relación a la emoción y apoyo de emociones afecta la regulación fisiológica infantil y a la habilidad para regular sus emociones. “El entrenamiento parental ayuda al niño a desarrollar la habilidad para inhibir afectos negativos, self shoot, y centrar la atención (incluyendo la atención en contextos sociales). Los padres quienes exhiben emociones negativas hirientes y hostiles frecuentemente pueden modelar la conducta desregulada para los niños por imitación (Hernández-Guzmán, 1999).

En la revisión de literatura en adultos se encontró evidencia entre las bases biológicas aproximaciones del sistema motivacional y la personalidad antisocial. Estas sugieren que la desregularización de aproximación de conducta, envolviendo respuestas psicológicas hacia la emoción de enojo (Hankin & Abela, 2005).

La investigación ha implicado el vínculo entre la desregulación emocional infantil y la agresión. Los efectos mediadores de la regulación emocional infantil, canaliza el efecto de la crianza emocional negativa sobre el ajuste emocional del niño (Hernández-Guzmán, 1999).

La combinación de una relación de apego insegura y las conductas de paternaje puede inducir a través de la desregulación emocional conductas disruptivas, las cuales a su vez, provocan estrategias de crianza inadecuadas en los padres exarcebando las conductas problemas de los niños (Fernández, 2005).

En este capítulo se desarrollo la psicopatología infantil, y la importancia de la regulación emocional en el desarrollo de conductas disruptivas, como la conducta disocia. A continuación se planteará dicha conducta.

## CAPITULO II

### CONDUCTA DISOCIAL

Este capítulo tiene como objetivos en primer lugar, presentar las diferencias entre conducta agresiva, conducta disocial y delincuencia y, en segundo lugar describir las clasificaciones de la conducta disocial según el CIE-10 y el DSM-IV-TR. Por último se presenta el diagnóstico diferencial para dicha conducta.

De esta manera todos los problemas diagnosticados en la infancia, los comportamientos antisociales, como se encuentran en los niños con trastorno disocial, provocan la mayor preocupación de la sociedad. Esto se debe, en parte, a su visibilidad, a la cantidad de personas que suelen estar afectadas y a sus graves implicaciones para la sociedad.

La conducta antisocial, en especial la delincuencia, ha mostrado una tendencia a crecer en la última década dentro del ámbito nacional, situación que puede ser más alarmante si se toma en cuenta que las estadísticas reales de los delitos muchas veces son de difícil acceso, sobre todo porque un alto porcentaje de los casos no se denuncian (Juárez, Villatoro, Gutiérrez, Bautista & Medina- Mora, 2005).

En la divergencia de los enfoques para la conceptualización y clasificación de la psicopatología infantil se ha hecho evidente al intentar caracterizar la conducta agresiva, la delincuencia y el trastorno disocial, mejor conocido por algunos autores como problemas de conducta.

La literatura de investigación no hace una clara distinción entre estos términos. Se usan indistintamente en mucha de las investigaciones y en su definición comparten claramente muchos elementos en común. Por lo tanto, es importante diferenciar estos términos para tener una mayor claridad al momento de abordarlos. Se incluye a continuación la definición de conducta agresiva, la delincuencia y la conducta antisocial.



## **2.1 Agresividad**

La agresividad humana constituye un acto multideterminado que usualmente resulta en daño físico (o verbal) hacia otros o hacia uno mismo (u objetos). Aparece en muchas formas y puede ser defensiva, premeditada o impulsiva. La agresión defensiva se considera como parte normal de la conducta humana. Por su parte, la agresión premeditada e impulsiva se considera patológica (Coccaro, 1996, citado en Fajardo 2006).

La *agresividad* en niños y adolescentes puede definirse como una conducta destructiva que intenta infligir daño físico a otros, a él mismo, o a propiedades. Para considerarse como inapropiado o excesivo, la conducta destructiva no solamente debe causar riesgo a otros, sino que también debe causar deterioro en el desarrollo del niño, en las relaciones interpersonales, así como en logros en casa, escuela o en la comunidad. La conducta destructiva debe ser abierta y puede incluir agresión física, amenazas verbales de agresión, arrebatos explosivos de destrucción de propiedad en el contexto de frustración o estimulación aversiva, y conducta de autopunitiva.

Un niño agresivo pega, muerde, amenaza, maltrata, demanda y destruye. La agresividad es particularmente común durante periodos de amenaza, enojo, rabia, furia y frustración. Para el momento en que los niños llegan a la edad escolar, sus habilidades de afrontamiento son lo suficientemente sofisticadas y su espectro de habilidades sociales es también lo suficientemente adecuado como para que puedan generalmente permanecer calmados y cooperativos aún al enfrentar eventos estresores o circunstancias poco placenteras. No obstante, algunos niños en edad escolar no han desarrollado adecuadamente las habilidades necesarias para manejar su agresividad efectivamente (Bandura & Ribes, 1972).

Un niño socialmente inmaduro expresará sus sentimientos negativos y hostiles en forma destructiva. Pueden tener ataques agresivos que dañen su propiedad (como juguetes) o la propiedad de otros, pueden aventar objetos, tirar muebles, romper lámparas o patear paredes. Estas conductas se desencadenan generalmente por frustración, humillación o enojo. Algunos niños que han fallado en llamar la atención de

sus padres mediante conductas más positivas desarrollan el hábito de llamar la atención mediante conductas negativas (Hernández-Guzmán, 1999).

El niño con conducta agresiva se comporta diferente al niño delincuente, aunque comparten algunas similitudes, por ello es importante reconocer un comportamiento de otro.

## **2.2 Delincuencia**

Desde un marco positivista se considera que la delincuencia es un fenómeno o hecho natural (Castellanos, 1969, cit. en González, 1996). En este enfoque se adopta una postura fatalista frente al problema, según la cual se señala que el delito es un fenómeno inevitable, tanto en relación con el sujeto individual clasificado como delincuente, como en cuanto a la sociedad en general. Se afirma que el sujeto no tiene posibilidades de elegir su conducta, porque existen factores externos que la determinan, ya sean éstos de carácter biológico, psicológico o social; así como tampoco existe la posibilidad de que algún grupo social esté libre de delincuentes, pues de manera natural se presentará el fenómeno en un porcentaje de los miembros de cada grupo social.

La conducta delictiva comprende todos los actos que se enfrentan con limitaciones legales, para los delincuentes juveniles, las conductas delictivas comprenden dos tipos de actos. Uno de ellos consiste en los comportamientos que sólo son ilegales debido a la edad del delincuente. Los delitos relacionados con la edad se denominan *delitos de estatus* y son considerados ilegales hasta que se alcanza la mayoría de edad (Ollindick, 1990).

Por lo tanto la persona que delinque es el sujeto activo de un delito o falta; sea autor, cómplice o encubridor, y tanto si es autor material como si se trata del inductor. El individuo condenado por un delito o falta penados, aunque sea inocente, por haberse consumado un error. Un delincuente es un sujeto que, con intención dolosa o grave culpa hace lo que la ley prohíbe u omite en ella lo mandado (Romero, 2005).

De esta manera los trastornos de conducta y la delincuencia coinciden parcialmente en distintos aspectos pero no son lo mismo. Las acciones delictivas en la infancia primera y media se tratan de modo informal más oficialmente. También es posible que jóvenes delincuentes juzgados en los tribunales no se consideren con trastornos de conducta. Los jóvenes pueden haber cometido delitos (homicidio, tráfico de drogas, prostitución) en una o más ocasiones pero no ser considerado como patológico, trastornado emocionalmente o con un mal funcionamiento en el contexto de la vida diaria (Kazdin & Buela -Casal 1998).

Muchas veces en el área clínica suelen confundirse la delincuencia con conducta disocial, aunque es importante marcar que muchas de las personas quienes son delincuentes suelen tener dicha conducta, no todas las personas que tienen conducta disocial son delincuentes. Así el estudio de esta conducta se describe a continuación.

### **2.3 Conducta antisocial**

Por otro lado, la *conducta antisocial* en el niño se ha definido como actos agresivos, robos, vandalismo, inicio de incendios, mentiras, ausentismo escolar, abandono del hogar, y actos que violan reglas sociales mayores y expectativas. Por su parte, un patrón persistente de conducta antisocial se refiere más específicamente al “Trastorno disocial o Problemas de Conducta”, éste afecta diversas áreas del funcionamiento actual y, en muchos casos, continua con la disfunción en la adultez. Algunos estudios longitudinales indican que el Trastorno disocial es estable a través del tiempo, y que presagia diversos problemas en la vida adulta como, por ejemplo, conducta criminal, alcoholismo y desadaptación (Kazdin & Buela Casal, 1998).

A lo largo del desarrollo infantil, niños y adolescentes con una evolución normal manifestarán en ocasiones conducta antisocial. Se les podrá observar exhibiendo pataletas, peleando con sus hermanos, desobedeciendo a sus padres o destruyendo la propiedad de otros o la propia. Sin embargo, no realizarán estos actos en la mayoría de los contextos, ni con una frecuencia tal que puedan ser etiquetados como “niños problemas” por sus iguales, padres y profesores. Esto lleva a la distinción entre niños

que se desarrollan normalmente y aquéllos diagnosticados con trastorno disocial (Caballo & Simón, 2004).

Los resultados de la conducta antisocial en los estudiantes adolescentes de México, indican que es mayor la proporción de los hombres que incurren en este tipo de comportamientos, y que destacan la participación en riñas, el golpear o dañar cosas ajenas, el golpear o herir a otras personas y tomar dinero. Los comportamientos considerados de mayor gravedad como vender drogas y usar un arma para robar o atacar a alguien, se han documentado en una proporción baja de estudiantes. Las mediciones de 1997 y de 2000 hubo ligeros incrementos, y que en algunos actos no hubo cambios en el comportamiento antisocial de los estudiantes de secundaria y bachillerato de la Ciudad de México. Sin embargo, las conductas antisociales tuvieron un incremento mayor entre las mediciones 2000 y 2003; mayor aún si se comparan únicamente los años 1997 y 2003 (Juárez, Villatoro, Gutiérrez, Bautista & Medina-Mora, 2005).

#### **2.4 Clasificación de la Conducta Disocial según el DSM-IV-TR**

La conducta disocial es uno de los problemas infanto-juveniles más difíciles de abordar. La categorización depende de las conductas que efectúe el niño. Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV- TR (2005) el Trastorno Disocial se caracteriza por:

Un patrón de comportamiento persistente y repetitivo en el que violan los derechos básicos de los otros o importantes normas sociales adecuadas a la edad del sujeto. Estos comportamientos se dividen en cuatro grupos:

1. Comportamiento agresivo que causa daño físico o amenaza con él a otras personas o animales,
2. Comportamiento no agresivo que causa pérdidas o daños a la propiedad,
3. Fraudes o robos y
4. Violaciones graves a las normas.

Tres (o más) comportamientos característicos deben haber aparecido durante los últimos 12 meses y por lo menos un comportamiento se habrá dado durante los últimos 6 meses

El trastorno de comportamiento provoca deterioro clínicamente significativo de la actitud social, académica o laboral. Es importante mencionar que el trastorno disocial puede diagnosticarse en individuos mayores de 18 años, pero sólo si se cumplen los criterios de trastorno antisocial de la personalidad. El patrón de comportamiento suele presentarse en distintos contextos como el hogar, la escuela o la comunidad.

Los niños o adolescentes con este trastorno suelen iniciar su comportamiento agresivo a reaccionar agresivamente ante otros. Pueden desplegar un comportamiento fanfarrón, amenazador o intimidatorio; utilizar un arma que puede provocar daño físico grave; ser cruel físicamente con personas o animales; robar enfrentándose a una víctima; o forzar a otra a una actividad sexual. La violencia física puede adoptar la forma de violación, asalto o, en raros casos, homicidio.

La destrucción deliberada de la propiedad de otras personas puede incluir prender fuego deliberadamente con la intención de provocar daños graves o destruir deliberadamente la propiedad de otras personas de distintos modos.

Los fraudes o robos son frecuentes y pueden incluir el violentar el piso, la casa o el automóvil de otra persona; a menudo los sujetos mienten o rompen promesas con el fin de obtener bienes o favores, o evitar deudas u obligaciones o roban objetos de cierto valor sin enfrentamiento con la víctima.

Los niños que presenta este trastorno incurren también en violaciones graves de la norma. Los niños con este trastorno y antes de los 13 años de edad, permanecen fuera de casa en horas nocturnas a pesar de las prohibiciones de los padres. Pueden existir fugas de casa durante la noche. Para que sea considerada como síntoma de trastorno disocial, la fuga debe haber ocurrido por lo menos dos veces (o sólo una vez si el sujeto no regresó durante un período de tiempo prolongado). Los niños con este trastorno pueden hacer novillos en la escuela con frecuencia con ausencias del trabajo sin razones que lo justifiquen.

En México aumentaron las conductas relacionadas con el factor de violencia y robos, constituido por actos como tomar parte en riñas, golpear o dañar objetos, golpear o herir a personas, tomar mercancía sin pagarla y tomar dinero o valores por 50 pesos o menos, situación que se repite en los actos graves que, aunque presentan incrementos menores, señalan que los comportamientos de tomar dinero o valores mayores a 500 pesos y atacar a alguien usando un objeto o arma, cuando se compararon todas las mediciones acusaron aumento, estos cambios no se observan en otras conductas como vender drogas y usar un arma para robar (Juárez, Villatoro, Gutiérrez, Bautista & Medina-Mora, 2005).

La CIE-10 (1996). Describe al trastorno disocial por su forma persistente y reiterada de alteración de la conducta, agresiva o desafiante. En el grado máximo pueden existir violaciones de las normas, desproporcionadas a las que serían aceptables para la edad del niño y las características de la sociedad en la que vive. Se trata, por tanto, de algo más grave que una travesura infantil o rebeldía adolescente.

Los actos disociales o criminales aislados no son, por sí mismos, fundamentos para el diagnóstico, que implica una forma duradera de comportamientos. Los rasgos del trastorno disocial pueden ser también secundarios a otros trastornos psiquiátricos.

Existen subtipos de la conducta disocial, tanto considerada en el CIE-10 como en el DSM-IV-TR. Por lo tanto es importante identificar uno de otro.

## **2.5 Subtipos según el DSM-IV-TR**

Según el DSM-IV-TR (APA, 2005) en función de la edad del inicio del trastorno se han establecido dos subtipos de trastorno disocial (tipo de inicio infantil y tipo de inicio adolescente). Los subtipos difieren en cuenta a la naturaleza característica de los problemas de comportamiento que presentan, curso evolutivo y pronóstico, y proporción de sexos. Ambos subtipos pueden presentarse de manera leve, moderada o grave.

- ***Tipo de inicio infantil***

Se define por el inicio de por lo menos una característica de trastorno disocial antes de los 10 años de edad. Los sujetos con el tipo de inicio infantil suelen ser hombres, frecuentemente despliegan violencia física sobre los otros, tienen unas relaciones problemáticas con sus compañeros, pueden haber manifestado un trastorno negativista desafiante durante su primera infancia y usualmente presentan síntomas que satisfacen todos los criterios de trastorno disocial antes de la pubertad.

Los sujetos con tipo de inicio infantil tienden a presentar un trastorno de conducta persistente y a desarrollar un trastorno antisocial de la personalidad en su etapa adulta con mayor probabilidad que los sujetos con tipo de inicio adolescentes.

- ***Tipo de inicio adolescente***

Ese subtipo se define por la ausencia de características de trastorno disocial antes de los 10 años de edad. Comparados los sujetos con el tipo de inicio infantil, tienden menos a desplegar comportamientos agresivos y a tener más relaciones normativas con compañeros (aunque frecuentemente plantean problemas de comportamientos en compañía de otros). Estos sujetos son menos propensos a sufrir un trastorno disocial persisten o a desarrollar en la vida adulta un trastorno antisocial de la personalidad. La proporción de hombres a mujeres con trastorno disocial es inferior en el tipo de inicio adolescente que el tipo de inicio infantil.

## **2.6 Clasificación según el CIE-10**

Para el CIE-10 el trastorno disocial se clasifica a partir de varios factores:

- ***Trastorno disocial limitado al contexto familiar***

Para esta categoría se incluye trastornos disociales en los que el comportamiento disocial o agresivo (que va más allá de manifestaciones oposicionistas, desafiantes o disruptivas) está completa o casi completamente restringido al hogar o a las relaciones con los miembros de la familiar nuclear o allegados. Las relaciones entre los progenitores y el hijo gravemente alteradas no son por sí mismas suficientes para el diagnóstico. Las manifestaciones más frecuentes son robos en el hogar de dinero o

pertenencias de una o dos personas concretas, que puede acompañarse de nuevo con un comportamiento destructivo deliberado hacia miembros concretos de la familia, tales como romper juguetes u objetos de adorno, ropas, rayar los muebles o destruir pertenencias apreciadas. El diagnóstico puede basarse también en la presencia de actos de violencia contra miembros de la familia (pero no hacia otras personas) o en provocar incendios deliberados en el hogar.

### *Pautas para el diagnóstico*

El diagnóstico requiere que no exista ninguna alteración significativa de conducta fuera del ambiente familiar y que la relación del niño fuera de la familia esté dentro de la normalidad.

En la mayoría de los casos, estos trastornos disociales limitados al contexto familiar han comenzado en relación con una alteración grave de la relación del niño con uno o más miembros de la familia nuclear. En algunos casos, por ejemplo, el trastorno puede haberse iniciado por conflictos con la llegada de un nuevo padrastro o madrastra. La validez nosológica de esta categoría todavía es incierta, pero es posible que esta alteración de conducta tan específica de una situación no implique el mal pronóstico de los trastornos disociales generalizados.

### **- *Trastorno disocial en niños no socializados***

Este tipo de trastorno disocial se caracteriza por la combinación de un comportamiento agresivo disocial persistente con una dificultad generalizada significativa para las relaciones personales con otros niños.

### *Pautas para el diagnóstico*

El factor distintivo clave de este trastorno es la falta de integración entre los compañeros y tiene prioridad diagnóstica sobre las otras diferenciaciones. Los problemas de relación con los compañeros se manifiestan principalmente por un aislamiento o rechazo, impopularidad entre los otros niños y por una falta de amigos íntimos o de relaciones empáticas recíprocas y duraderas con los compañeros de la misma edad. Las relaciones con los adultos tienden a estar marcadas por la discordia, la hostilidad y el resentimiento, pero puede existir una buena relación con algunos adultos (aunque por lo general falta una confianza íntima) que no descarta el diagnóstico. Con



frecuencia, aunque no siempre, se presentan alteraciones emocionales que sí alcanzan un grado suficiente para satisfacer las pautas del trastorno mixto.

Las ofensas se realizan en la mayoría de los casos en solitario. Las formas características de comportamiento son: intimidaciones, peleas excesivas y en niños mayores extorsiones o atracos violentos, niveles excesivos de desobediencia, grosería, falta de cooperación y resistencia a la autoridad, rabietas graves y accesos incontrolados de cólera, destrucción de propiedades ajenas, incendios y crueldad con otros niños y animales. No obstante, algunos niños aislados se ven envueltos en delitos es menos importante para hacer el diagnóstico que la cualidad de las relaciones personales.

El trastorno suele ser generalizado en distintas situaciones, pero puede ser más manifiesto en el colegio. La especificidad de una situación concreta distinta del hogar es compatible con el diagnóstico.

**Incluye:** Trastorno disocial, tipo agresivo solitario

Trastorno disocial en niños no socializados

#### ***- Trastorno disocial en niños socializados***

Esta categoría incluye formas de comportamiento disocial o agresivo persistente que se presentan en niños generalmente bien integrados en el grupo de compañeros.

#### ***Pautas par el diagnóstico***

El rasgo diferencial clave es la existencia de amistades adecuadas y duraderas con compañeros de aproximadamente la misma edad. Con frecuencia, pero no siempre, el grupo de compañeros lo constituyen otros jóvenes implicados en actividades delictivas o disociales (en este caso, la conducta socialmente inaceptable del niño puede estar aprobada por los compañeros y regula por las normas de la subcultura a la que pertenece). No obstante este no es un requisito necesario para el diagnóstico, y el niño puede formar parte de un grupo de compañeros no delincuentes y la alteración del comportamiento tener lugar fuera de este contexto. Puede existir una alteración en la relación con las víctimas o con otros niños si la alteración de la conducta implica

intimidación. De nuevo, esto no invalida el diagnóstico si el niño tiene alguna pandilla a la cual es leal y con cuyos miembros le une una amistad duradera.

Las relaciones con figuras de autoridad adultas tienden a ser pobres, pero pueden existir buenas relaciones con personas concretas. Las alteraciones emocionales pueden ser mínimas. La alteración de conducta puede extenderse también al ambiente familiar, pero si se limita al hogar debe descartarse este diagnóstico. Con frecuencia el trastorno es más evidente fuera del contexto familiar, y el que tenga una relación específica con el colegio (u otros ambientes fuera del seno familiar) es compatible con el diagnóstico.

**Incluye:** Trastorno disocial de tipo grupal

Delincuencia en grupo

Delitos formando por una banda

Robos en compañía de otros

Ausencias escolares.

**Excluye:** Actividades de bandas sin trastornos psiquiátricos manifiestos

### ***-Trastorno disocial desafiante opositorista***

Este tipo de trastorno disocial se ve característicamente en niños de edades inferiores a los nueve o diez años. Se define por la presencia de un comportamiento marcadamente desafiante, desobediente y provocador, y por la ausencia de otros actos disociales o agresivos más graves que violen la ley o los derechos de los demás. Un comportamiento malicioso o travieso grave no es en sí mismo suficiente para el diagnóstico. Muchos autores se consideran que las formas de comportamiento de tipo opositorista desafiante son una forma menos grave del trastorno disocial, en vez de un tipo cualitativamente distinto.

No existen datos experimentales que determinen si la diferencia es cuantitativa o cualitativa. Sin embargo, los hallazgos sugieren que de tratarse de un trastorno distinto, lo sería principal y únicamente en los niños más pequeños. Se debe emplear esta categoría con cautela, sobre todo en el caso de niños de mayor edad. Los trastornos disociales clínicamente significativos en niños mayores suelen acompañarse de un

comportamiento disocial o agresivo que va más allá del desafío, la desobediencia o la conducta disruptiva, aunque no es raro que vayan procedidos de un trastorno desafiante y opositor en edades más tempranas. Esta categoría se incluye para reflejar la práctica diagnóstica habitual y facilitar la clasificación de los trastornos que aparecen en los niños pequeños.

### *Pautas para el diagnóstico*

El rasgo principal de este trastorno es una forma de comportamiento persistentemente negativista, hostil, desafiante, provocador y disruptivo, que está claramente fuera de los límites normales del comportamiento de un niño de la misma edad, contexto sociocultural y que no incluye violaciones más graves de los derechos ajenos que se reflejan en el comportamiento agresivo y disocial especificado para las categorías de trastornos de conducta. Los niños con este trastorno se oponen frecuentemente y activamente a las peticiones o reglas de los adultos y molestan deliberadamente a otras personas. Tienden a sentirse enojados, resentidos y fácilmente irritados por aquellas personas a quienes culpan de sus propios errores o dificultades. Generalmente tienen una baja tolerancia a la frustración y pierden control fácilmente. Lo más característico es que sus desafíos sean provocaciones que dan lugar a enfrentamientos. Por lo general muestran un grado excesivo de grosería, falta de colaboración y resistencia a la autoridad.

Este comportamiento suele ser más evidente en el contacto con los adultos o compañeros que el niño conoce bien, y los signos del trastorno pueden no ponerse de manifiesto durante la entrevista clínica.

La diferencia clave con otros tipos de trastornos disociales es la ausencia de violación de las leyes o los derechos fundamentales de los demás, como el robo, la crueldad, la intimidación, el ataque o la destrucción. La existencia de cualquiera de estas formas de comportamiento excluiría el diagnóstico. Sin embargo el trastorno desafiante opositor, como se ha subrayado en el párrafo anterior, se encuentra con frecuencia en otros tipos de trastornos disociales. Se deberá codificar cualquier otro tipo de trastorno disocial con preferencia al trastorno disocial desafiante opositor.

**Excluye:** Trastorno disocial con comportamiento abiertamente disocial o agresivo

## **2.7 Otros trastornos disociales**

### ***- Trastorno disocial sin especificar***

Se trata de una categoría residual no recomendada que debería ser empleada únicamente para los trastornos que satisfagan las pautas generales, pero en los que el subtipo no ha sido especificado o que no satisfacen las pautas de ninguno de los tipos específicos.

**Incluye:** Trastorno del comportamiento en la infancia sin especificar

Trastorno disocial en la infancia sin especificar.

### ***- Trastorno disociales y de las emociones mixtos***

Este grupo de trastorno se caracteriza por la combinación de un comportamiento persistente agresivo, disocial o desafiante, con síntomas claros y marcados de depresión, ansiedad u otras alteraciones emocionales.

### ***Pautas para el diagnóstico.***

La gravedad del trastorno debe ser suficiente como para que satisfagan las pautas del trastorno disocial en la infancia y del trastorno de las emociones de comienzo específico en la infancia, o un trastorno neurótico del adulto o de un trastorno del humor. Aún no se han llevado a cabo investigaciones suficientes para establecer si esta categoría debería realmente estar separada de los trastornos disociales en la infancia. Se incluye aquí por su potencial importancia etiológica y por contribuir a una mayor fiabilidad de la clasificación.

### ***- Trastorno disocial depresivo***

Esta categoría requiere la combinación del trastorno disocial en la infancia con una depresión persistente y marcada del estado de ánimo, puesta de manifiesto por síntomas como desdicha excesiva, pérdida de interés y placer por las actividades habituales, reproches hacia sí mismo y desesperanza. También pueden estar presentes trastornos del sueño y apetito.

**Incluye:** trastorno disocial asociado a un trastorno depresivo

- *Otros trastornos disociales y de las emociones mixtas*

Esta categoría requiere la combinación de un trastorno disocial en la infancia con síntomas emocionales persistentes y marcados, como ansiedad, temores, obsesiones o compulsiones, despersonalización o desrealización, fobias o hipocondría. La cólera y el resentimiento son más bien rasgos de un trastorno disocial que de un trastorno de las emociones, pero no contradicen ni apoyan el diagnóstico.

**Incluye:** Trastorno disocial asociado a un trastorno de las emociones o a un trastorno neurótico.

## **2.8 Criterios Diagnósticos de la Conducta Disocial**

- *Criterios para el diagnóstico de trastorno disocial (DSM-IV-TR).*

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

### **Agresión a personas y animales**

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

### **Destrucción de la propiedad**

- (8) Ha provocado deliberadamente incendios con la intención de causar daños graves.
- (9) Ha destruido deliberadamente propiedades de otras personas (distinto de provocar incendios).

### **Fraudulencia o robo**

- (10) Ha violentado el hogar, la casa o el automóvil de otra persona.
- (11) A menudo miente para obtener bienes o favores o para evitar obligaciones (esto es 'tima' a otros).
- (12) Ha robado objetos de cierto valor sin enfrentamiento con la víctima (p.ej., robos en tiendas, pero sin allanamientos o destrozos; falsificaciones)

### **Violaciones graves de norma**

- (13) A menudo permanece fuera de casa de noche a pesar de las prohibiciones paternas, iniciando este comportamiento antes de los 13 años de edad.
- (14) Se ha escapado de casa durante la noche por lo menos dos veces, viviendo en la casa de sus padres o en un hogar sustituto (o sólo una vez sin regresar durante un largo período de tiempo).
- (15) Suele hacer novillos en la escuela, iniciando esta práctica antes de los 13 años de edad.

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

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

### **- *Criterios diagnósticos para el CIE-10***

El CIE-10 maneja sus pautas diagnosticas a partir de el nivel de desarrollo del niño. Las rabietas, por ejemplo, forman parte del desarrollo normal a la edad de los tres años y su mera presencia no debería de ser base para el diagnóstico del mismo modo la violación de los derechos cívicos de otras personas (como un crimen violento), no se

encuentra al alcance de la mayoría de los niños de siete años de edad y no es, por lo tanto, un criterio diagnóstico necesario para este grupo de edad.

Las formas de comportamiento en las que se basa el diagnóstico pueden ser más de los siguientes tipos: grado excesivo de peleas o intimidaciones, crueldad hacia otras personas o animales, destrucción grave de pertenencias ajenas, incendio, robo, mentiras reiteradas, ausencias en la escuela y fugas del hogar; rabietas frecuentes y graves; conducta desafiante y provocativa, y desobediencia grave y persistente. Cualquiera de estas categorías, si es intensa, es suficiente para el diagnóstico, pero los actos disociales aislados no lo son.

Son criterios de exclusión otros trastornos subyacentes, como la esquizofrenia, la manía, los trastornos generalizados del desarrollo, el trastorno hiperactivo y la depresión.

## **2.9 Especificaciones de gravedad**

**Leve.** Son muy pocos o ninguno los problemas de comportamiento que exceden de los requeridos para establecer el diagnóstico, y estos problemas causan a otros daños relativamente pequeños.

**Moderado.** El número de problemas de comportamientos y su efecto sobre otras personas son intermedios entre -leve- y -grave-.

**Grave.** Hay muchos problemas de comportamiento que exceden de los requerimientos para establecer el diagnóstico, o los problemas de comportamiento causan daños considerables a otras personas.

## **2.10 Diagnóstico Diferencial**

Hay que tener en cuenta que el trastorno disocial puede solaparse con otros trastornos. La coexistencia de trastornos de las emociones en la infancia debería llevar al diagnóstico de trastorno mixto de las emociones y trastornos disociales. La categoría

de trastorno hiperactivo tiene prioridad si un caso satisface también las pautas de este trastorno. No obstante, grados leves o limitados a situaciones concretas de hiperactividad y de falta de atención se presentan con frecuencia en niños que padecen un trastorno disocial, como también una baja autoestima y trastornos emocionales menores. Ninguno de ellos excluye el diagnóstico.

**Excluye:** Trastornos asociados a:

- Trastornos emocionales
- Trastornos hiperactivos
- Trastornos del humor (afectivos)
- Trastornos generalizados del desarrollo
- Esquizofrenia.

Solloa (2001) hace referencia que se debe distinguir el trastorno disocial de otros, ya que este trastorno tiene elementos que se pueden confundir con los siguientes:

#### ***-Trastorno Negativista Desafiante***

Incluye algunas características observadas en el trastorno disocial, pero no incluye el patrón persistente de comportamiento más grave, que implica la violación de los derechos básicos de otras personas o de las normas sociales.

#### ***-Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH)***

Ha existido controversia acerca del grado en que el trastorno disocial y el TDAH constituyen dimensiones conductuales diferentes. Hinshaw (1987, citado en Solloa, 2001) llegó a la conclusión de que el trastorno disocial y el TDAH son dimensiones distintas pero correlacionadas en algunos aspectos. Se ha comprobado la validez interna de esta distinción determinando el grado en el que el trastorno disocial y el TDAH tienen consecuencias diferentes.



Por su parte el DSM-IV-TR (2005) establece que los niños con TDA suelen exhibir un comportamiento hiperactivo e impulsivo que puede ser perturbador, pero que este comportamiento no viola por sí mismo las normas sociales propias de la edad.

### ***-Episodio Maníaco***

Cuando un niño presenta un episodio maníaco manifiesta irritabilidad y alteraciones en su conducta habitual; normalmente se distingue del patrón de problemas comportamentales propio del trastorno disocial por que el episodio maníaco se presenta con episodios marcados con un inicio y final bien delimitado y no es crónico como el trastorno disocial; el episodio maníaco incluye síntomas característicos como una expansión del estado de ánimo e invariablemente hay antecedentes de episodios depresivos.

### ***-Trastorno Adaptativo***

El trastorno adaptativo se desarrolla en clara asociación con el inicio de un estrés psicosocial, con alteración del comportamiento o con alteración mixta de las emociones y el comportamiento. El diagnóstico del trastorno disocial sólo debe aplicarse cuando el comportamiento en cuestión sea sintomático de una disfunción subyacente del individuo y no constituya simplemente una reacción ante el evento estresante.

### ***- Comportamiento antisocial en la niñez o adolescencia.***

Durante el desarrollo, los niños pueden presentar algunos problemas de comportamiento aislados con los que no se cumplen criterios del trastorno disocial ni de trastorno adaptativo. El trastorno disocial sólo se diagnostica si los problemas en la conducta del niño o joven representan un patrón repetitivo y persistente.

### ***- Trastorno antisocial de la personalidad***

El diagnóstico de trastorno antisocial de la personalidad no puede atribuirse a sujetos de menos de 18 años, ya que por ser un trastorno de personalidad implica que es una forma de funcionamiento crónica y habitual de la persona.

Como se revisó en este capítulo, el trastorno disocial, es complejo y de grandes consecuencias bio-psico-sociales en el sujeto, por lo tanto es importante determinar factores predeterminantes para que se dé dicha conducta. El incremento en los actos relacionados con la violencia, incluso el de atacar a alguien usando un objeto o arma, hace necesaria una intervención a nivel educativo que enfoque las nuevas formas en que los adolescentes estudiantes se relacionan entre sí y que los aleje de ésta. Es necesario entender por qué los adolescentes incurren actualmente en conductas antisociales; las condiciones que favorecen este tipo de conductas no se asocian únicamente con factores de desventaja y marginación.

Por lo tanto el siguiente capítulo plantea los estilos de crianza y su repercusión en el desarrollo del niño, para que éste tenga una evolución normal o no.

## CAPITULO III

### ESTILOS DE CRIANZA

En este apartado se aborda la crianza como un factor importante para el desarrollo de la conducta disocial, ya que como se explica a continuación los estilos de crianza parten de su natura para ser un factor de riesgo para el trastorno disocial.

Es importante considerar que la familia como primer agente socializador en el cual se presentan las normas culturales y morales de la sociedad, es la presentadora del sujeto en el medio en el cual se va desarrollar,

#### **3.1 La socialización**

El aprendizaje de la socialización para el sujeto en el primer sistema, será de vital importancia para el continuo con los demás escenarios, es decir, en su desarrollo tendrá que enfrentarse a una serie de re-aprendizajes, lo cual le permitirá acoplarse a las nuevas normas sociales.

La socialización comienza, así, desde el establecimiento del primer vínculo que es el que se da entre la madre y su bebé. De esta manera la familia es la primera institución por la cual el sujeto se enfrenta, por lo tanto las normas sociales y morales son aprendidas en su mayoría por el paso de ésta, funge como socializadora del niño, y a partir de ella el sujeto generará coaliciones con las demás instituciones, tales como la escuela y la iglesia. Así la familia es la primera instancia en la que el niño práctica y somete a prueba el comportamiento social.

Por lo tanto una de las funciones principales de la familia es la socialización de los hijos en el sistema de valores, actitudes y creencias sobre sí mismos y sobre la sociedad. En el contexto familiar donde al niño, por primera vez, se le indica qué es lo bueno, lo valioso, lo deseable y en donde comienza a construir su propio sistema de valores. Evidentemente, el proceso de construcción del sistema de valores no solo se ve influido por estos *otros significativos*; no es un sistema inmutable y, a lo largo de la vida, son diversas las influencias que se adivinan en la organización del sistema de creencias (Buega & Murillo, 1997).

Jackson y colaboradores (1996, cit. en Buega & Murillo, 1997) identifican cuatro factores principales que influyen en los procesos de transmisión de valores de padres a hijos:

1. La naturaleza y los tipos de valores que se consideren. Parece que la socialización de valores instrumentales o terminales pueden tener mecanismos y, por tanto, resultados diferentes.
2. Las percepciones y atribuciones que los hijos hacen al respecto a los valores parentales. Las actitudes que los adolescentes atribuyen a sus padres son mejores predictores de las actitudes que ellos mismos desarrollarán que las actitudes reales de los padres; parece también que la influencia de los valores y/o actitudes parentales en los valores de los hijos aumenta sustancialmente cuando los hijos perciben con exactitud los valores y actitudes de sus padres.
3. La edad del hijo, puesto que se asocia a su desarrollo cognitivo. El desarrollo cognitivo es importante en la formación de valores tanto por que establece el límite inferior en el que puede tener lugar la internalización, como porque las distintas categorías de valores pueden socializarse mejor en distintos niveles de desarrollo.
4. La calidad de las relaciones paternofiliales. En medida en que el hijo se identifique con los padres es más probable que internalice los valores de éstos. La identificación con los padres depende de las cualidades que los padres tengan, tales como poder y prestigio, y de la conducta parental hacia el hijo, particularmente en las dimensiones de apoyo, control y participación. El control inductivo conduce más que ningún otro a la identificación del hijo con el padre o madre.

Entonces el sistema familiar ejerce durante la primera infancia un impacto predominante, que posteriormente comparte con otros sistemas; no obstante, la influencia de la familia es persistente, continua y personal, y afecta directamente el comportamiento infantil. La familia, principalmente el subsistema de la pareja de los padres, es el agente socializador responsable de la adquisición de conocimiento y estrategias cognoscitivas, reglas de comportamiento y motivación (Hernández-Guzmán, 1999).

Los estilos de crianza y la disciplina con la que pretenden regular ciertas conductas, establecen en gran medida la forma de relación entre madre e hijos, todo ello esta enmarcado en un contexto cultural de acuerdo con el grupo de pertenencia y son un reflejo de las presiones del medio ambiente, de las creencias y del valor que se le atribuye al período de la infancia. Por ello los estilos de crianza de acuerdo a la sociedad, valores y costumbres, varían de familia en familia en una misma sociedad, en donde supuestamente se comparten los mismos códigos de socialización (López, 2000).

La mayoría de las investigaciones acerca de la disciplina familiar han detectado dos dimensiones o factores básicos que explican la mayor parte de la varianza de la conducta disciplinar: el apoyo parental y el control parental (Baumrind, 1978; Ferrari & Olivette, 1993, en Buega & Murillo, 1997). A partir de éstos dos factores, muchos autores han intentado describir una tipología de los estilos disciplinares con el fin de estudiar los antecedentes y las consecuencias que se derivan de las diversas formas de socialización.

### **3.2 Estilos de crianza o prácticas parentales**

La crianza se define como la responsabilidad asumida por los padres respecto al crecimiento físico y desarrollo emocional y social de un hijo. Es una expresión de una forma particular de relación entre padres e hijos, que es singular y única entre todas las ligas humanas. Se define como la responsabilidad asumida por los padres respecto al crecimiento físico y el desarrollo emocional y social de un hijo (Márquez-Caraveo, Hernández-Guzmán, Aguilar, Pérez-Barrón & Reyes-Sandoval, 2007).

Buega y Murillo (1997), señalan que utilizar únicamente tipologías de estilos parentales en la investigación puede llevar a la pérdida de la gran riqueza que subyace en las interacciones padres-hijos, restringiendo la búsqueda de los mecanismos a través de los cuales se producen influencias entre los padres e hijos. El estilo parental no representa únicamente una combinación aditiva de diferentes tipos de comportamiento parental, sino que una variable contextual o *clima emocional* que se transmite a partir de las variables –además de la demanda y el apoyo tales como el tono de voz y el lenguaje corporal.

En este sentido, Buega y Murillo (1997), después de revisar numerosas investigaciones relativas a las distintas prácticas parentales concluyen que los adolescentes presentan conductas más ajustadas cuando los padres:

1. Mantienen normas claras para el comportamiento de sus hijos;
2. Refuerzan las reglas y regulaciones con sanciones que no son abiertamente punitivas o facilitadoras de ciclos coercitivos;
3. Proporcionan una disciplina consistente
4. Explican sus afirmaciones
5. Permiten una toma y destaca entre padres e hijo/a en las discusiones familiares
6. Se implican en la vida diaria del adolescente y lo animan a desarrollar habilidades útiles, particularmente en las áreas donde es más probable el riesgo y,
7. Potencian la diferenciación permitiendo al adolescente desarrollar sus propias opiniones en un entorno cohesivo.

En relación con las dos dimensiones principales de la socialización familiar, durante la adolescencia los padres han de ser, por una parte responsivos con las necesidades del adolescente para incrementar la responsabilidad y toma de decisiones en la familia mientras que, al mismo tiempo, han de mantener un alto nivel de cohesión y afecto en el entorno familiar. Es decir, a medida que el niño comienza a asumir más responsabilidades y llega a tener mayor confianza en sí mismo, se obtendrán resultados más favorables en el desarrollo si los padres continúan siendo fuente de apoyo para sus hijos.

La importancia que tienen los padres sobre la conducta de sus hijos, se ha confirmado a través de varias investigaciones en las que se analizan: la influencia que tienen los padres en su adaptación, en su desempeño académico, delincuencia y en el consumo de drogas (Op cit).

Oldano (1998, en Hurtado, 2000) menciona que el comportamiento antisocial muchas veces se origina de una disciplina defectuosa, específicamente en la relación de los padres frente al comportamiento de los hijos. Los padres representan el mundo

exterior del niño es de ellos de quien toman su forma de comportarse y de actuar, son ellos los encargados de dar una formación que permita desempeñarse adecuadamente, primero en su ambiente familiar y después en su ambiente social, son los padres los encargados de formar hábitos, de dar a conocer al niño principios, valores y leyes que se deben respetar.

Del estilo de crianza que adopten los padres dependerá grandemente de la calidad de la relación que mantengan a futuro con su hijo. Se lo propongan o no, los padres y demás miembros de la familia utilizan predominantemente un estilo de interacción con el niño, e influyen determinadamente sobre:

- (a) La forma en que éste interprete el contexto social dentro y fuera de la familia.
- (b) Su comportamiento y su ajuste personal dentro del contexto familiar y en otros contextos. Se han aislado tres estilos de crianza básicos: el autoritario, el permisivo y el de la autoridad racional. Aunque la mayoría de los padres usan elementos de unos y otros en forma combinada, siempre existe el predominio de uno en particular (Hernández-Guzmán, 1999).

Baumrind (1966, citado en Hoffman y cols., 1995) realizó un estudio longitudinal, en el cual contempló la relación entre padres e hijos en términos de cuanto exigen los padres a sus hijos (incluyendo el grado de control ejercido) y hasta que punto son receptivos a los intereses y necesidades de éstos. De esta manera incorporó un modelo teórico de los procesos emocionales y conductuales dentro de la conceptualización de estilo paterno. Distinguió tres tipos de control paterno: el permisivo (pasivo), autoritario y autoritativo (control firme o democrático).

Argumentó además que cada uno de los aspectos que influyen sobre la conducta paterna como son la ideología del padre, las demandas de maduración hacia el niño o técnicas de disciplina específica, son independientes entre sí. Además enfatizó la necesidad de considerar efectos interactivos entre diferentes dimensiones de conductas paternas, esto es, combinando índices de apoyo paterno, aceptación o involucramiento con índices de control o ser estricto (Ortega, 1994).

A continuación se describen cada uno de los estilos paternos de Baumrind:

- ***Permisivo***

La madre permisiva intenta comportarse no punitiva, de manera afirmativa, de aceptación hacia los impulsos, deseos y acciones del niño. Consulta con él acerca de decisiones, políticas y da explicaciones para las reglas familiares. Hace pocas demandas para las responsabilidades domésticas y la conducta ordenada. También permite al niño regular sus propias actividades en la medida que sea posible, evita el ejercicio de control, y no lo estimula a obedecer, externamente define las reglas. Así mismo intenta usar la razón y manipulación, para lograra sus fines.

- ***Autoritario***

La madre autoritaria intenta moldear, controlar y evaluar la conducta y actitudes del niño de acuerdo a lo establecido en las reglas de conducta, usualmente en absoluto orden, reglas teológicas motivadas y formuladas por su alta autoridad. Valora la obediencia como una virtud y aprueban el castigo. Cree en mantener al niño en su lugar, en restringir su autonomía y en asignar responsabilidades domésticas para inculcar respeto al trabajo. Aprecia el orden y la estructura tradicional. No proporciona ni aceptan el reforzamiento o aliento verbal. Cree que el niño deberá aceptar su trabajo como correcto, así como la palabra del padre. La madre autoritaria es severa en sus cuidados, su disciplina es estricta y consistente.

- ***Autoritativo (Control firme o democrático)***

La madre que proporciona el control firme intenta guiar las actividades del niño de una manera racional, de una forma orientada. Ella da un reforzamiento verbal y lo acepta. Forma y educa con el razonamiento y la supervisión. Solicitan las objeciones del niño cuando él no acepta obedecer, valora tanto la voluntad y autonomía del niño como la disciplina. Ejerce un control firme y señalan las divergencias padre-hijo, reconocen los intereses del niño y no lo limitan con restricciones. La madre autoritativa afirma las cualidades presentes del niño, pero también agrupa un estándar de conductas futuras. Usan razonamiento y forman o educan con disciplina y reforzamiento para lograr sus objetivos.



La tipología de estilos paternos de Bumrind se propone a lo largo de dos dimensiones ortogonales de demandas y responsabilidades. Demanda se refiere a la voluntad de los padres para actuar como agentes socializadores, mientras que la responsabilidad se refiere al reconocimiento de los padres de la individualidad del niño.

Cuando se cruzan estas dos dimensiones se producen cuatro estilos paternos. Los padres autoritativos (democráticos), quienes presentan tanto demandas como responsabilidades altas; los padres autoritarios, demandas altas y pocas responsabilidades; los padres permisivos múltiples responsabilidades, pero pocas demandas y, padres negligentes que no están comprometidos con responsabilidades ni con demandas (Miller, 1993. Citado en Jiménez, 2000).

Coopersmith (1967. citado en Ortega, 1994) proporcionó una segunda línea en el campo de la investigación sobre conductas paternas, ya que propone las siguientes dimensiones en los estilos de crianza:

- ***Aceptación***

Cuando los padres se preocupan por los sentimientos de sus hijos, surgen actitudes de amor y aprobación del niño, tal como es éste otras personas pueden valorar su apariencia, habilidades, ejecución u otras cualidades, pero los padres que aceptan a sus hijos, pueden expresar amor, y aprobación hacia su hijo, que tiene limitaciones en sus atributos o funcionamiento.

- ***Rechazo***

Estos padres son hostiles, fríos y no aceptan al niño y se expresan de él como un intruso, sin valor o como un objeto negativo. Los padres expresan su rechazo al mostrarse negligentes hacia su niño, se muestran indiferentes hacia sus necesidades o aspiraciones. Las actitudes de desaprobación, carencia de afecto y hostilidad pueden expresarse en cualquiera de las dos formas de rechazo, pasiva o activa. En la forma pasiva el padre adopta una actitud indiferente casual, al cual al niño se le ignora, la despreocupación se refleja en el desconocimiento del niño. La forma más activa de rechazo se presenta en un número mayor de manifestaciones abiertas de disgusto, castigo severo e injustificado y a la privación de las necesidades físicas y sociales.

Ambas formas de rechazo, pasiva y activa expresan desinterés, despreocupación y disgusto hacia el niño.

- ***Castigo***

Se mencionan tres categorías las dos primeras son el castigo corporal y el retiro de amor, estas técnicas son esencialmente negativas y la tercera es la negación y la separación.

- ***Control***

Los padres no sólo adoptan una actitud general hacia el tipo de control que emplean, ya que también utilizan la frecuencia y severidad. Los padres primero emplean técnicas positivas o negativas para influenciar la conducta del niño, las técnicas positivas se reflejan en el castigo físico aislamiento y retiro de amor.

- ***Límites***

Los límites que establecen los padres, pueden variar de diferentes maneras, dos de las cuales son: los padres establecen un número limitado de reglas, y no tienen la fuerza necesaria para que se cumplan, en este caso tenemos que se le permite al niño proceder con un mínimo de limitaciones por parte de los padres. En el otro caso el niño tiene un gran número de restricciones inalterables.

- ***Permisividad***

Una forma de permisividad es el número de demandas que los padres imponen al niño. Bajo una extrema permisividad, el medio ambiente proporciona gratificaciones al niño, cuyas necesidades se expresan libremente.

### **3.3 Efectos a largo plazo de los estilos de crianza**

Los estilos de crianza básicos se han estudiado y comparado entre sí. Los resultados de estas investigaciones señalan consistentemente al estilo de autoridad racional como el más efectivo, además de estar relacionado con un ajuste en general de los niños (López, 2000).

La escala propuesta por Baumrind incluye grados de restricción, dirección y efectividad de la relación materna. Radke's propone tres, tierna y severidad de castigo, escalas de disciplina: autoridad, restricción paterna y severidad de castigo. Sears y Maccoby, agregan una más: permisividad – restricción (Hoffman y cols, 1995).

Baumrind (1996, citado en López, 2000) mencionó ocho propuestas de efectos en el niño de las técnicas disciplinarias:

1. El castigo tiene un daño inevitable por el lado de los afectos y es significativamente una conducta que predomina en el estilo autoritario. Lo punitivo y hostil es una técnica disciplinaria que esta asociada con disturbios emocionales y cognitivos en el niño (se muestran nerviosos y tienen bajo rendimiento escolar). Sin embargo, los padres ven el castigo como un instrumento disciplinario para lograr sus objetivos. Los estímulos aversivos como las nalgadas, gritos y golpes son menos efectivos que las recompensas.
2. La supervisión, altas demandas y otras manifestaciones de autoridad paterna provocan niños rebeldes y en especial durante la adolescencia.
3. El control genera pasividad y dependencia.
4. La marcada restricción de los padres puede disminuir la asertividad en los hijos y generar problemas de delincuencia.
5. La total permisividad libre o bien autoridad de los padres, también puede provocar problemas psicológicos en los niños.
6. El estilo autoritario de los padres muestra un temor por parte de ellos de perder el control sobre los hijos, y al desear controlarlo puede ser contraproducente.
7. El control inhibe la confianza de creatividad del niño.
8. Los patrones de crianza varían según el género.

### **3.4 Características de los niños con un estilo de crianza**

Según Hoffman y cols. (1995) las características de los niños con un estilo de crianza autoritario, permisivo, democrático y negligentes o indiferentes son los siguientes:

## § Autoritario

- El niño tiende a ser más retraído, temeroso, apocado, irritable y con poca interacción social.
- Carece de espontaneidad y control interno
- Las niñas tienden a ser pasivas y dependientes en la adolescencia; los niños se vuelven rebeldes y agresivos.

## § Permisivo

- Disponen de una gran libertad y poca conducción
- Tienden a ser impulsivos, agresivos, rebeldes, socialmente ineptos y no son capaces de asumir responsabilidades.
- En otros casos pueden ser independientes, activos, capaces de controlar la agresividad y con un alto grado de autoestima.

## § Democrático/ Autoritativos

- Mejor ajuste emocional, con más confianza personal, autocontrol y son socialmente competentes.
- Mayor rendimiento escolar y elevada auto-estima.

## § Negligente/ Indiferente

- Impulsos destructivos y conducta delictiva.

Las prácticas de crianza de los padres a través de conductas agresivas sobre niños y jóvenes aumentan considerablemente sus conductas antisociales. Por otro lado, los padres que aceptan y utilizan un control firme o racional promueven un ajuste de competencia tanto psicológica como social en sus hijos (López, 2000).

Es obvio que muchos niños que son víctimas de condiciones familiares visiblemente desagradables son propensos a la violencia, además de esta condición también se encuentra el descuido o negligencia de los progenitores, es obviamente doloroso para los niños pequeños y por lo tanto no resulta sorprendente encontrar que muchos niños altamente agresivos hayan tenido progenitores indiferentes (Hurtado, 2000).

Una forma de socializar a los hijos es a través de la disciplina, lo cual permite controlar la propia conducta, de manera que sea adecuada para una determinada

situación. En sentido es de mencionarse que la disciplina no sólo restringe el comportamiento, sino que también puede afectar el desarrollo de la moralidad, la cognición y el comportamiento.

El papel de padres necesita de un repertorio muy complejo de conductas que incorpora conocimiento, actitudes, valores, disposiciones, habilidades específicas y estilos de interacción. Cada niño nace con características propias que determinan en gran medida su desarrollo futuro, pero los padres, tendrán una gran influencia sobre el desarrollo infantil en muchas formas, la cual tendrá repercusiones a lo largo de toda la vida (Hernández-Guzmán, 1999).

Las relaciones madre-hijo y sus efectos sobre el ajuste social infantil, el control materno negativo puede responsabilizarse de la agresividad y problemas de conducta en el niño, pero que estos problemas se exacerbaban cuando coexisten en el sistema familiar con eventos vitales negativos, como insatisfacción marital o síntomas depresivos de la madre. La agresividad además de predecir rechazo al ingreso del niño en la escuela, se ha vinculado con delincuencia en la niñez tardía y adolescencia (Hernández-Guzmán, 1999).

La familia es responsable del funcionamiento social de los hijos, en su papel de proveedora de oportunidades de interacción social, fungiendo como arquitecta de escenarios propios para esa interacción. Las prácticas de crianza representan el factor más poderoso, por medio del cual, la familia modifica y mantiene el ajuste socioemocional de los hijos. Cuando las prácticas de crianza son positivas, promuevan la salud psicológica infantil, entendida esta como la utilización de recursos de afrontamiento del estrés orientados hacia la adquisición de habilidades y capacidades de solución de problemas para ajustarse a las demandas sociales y ecológicas (Hernández-Guzmán, 1999).

En una investigación llevada por Márquez-Caraveo, Hernández-Guzmán, Aguilar, Pérez-Barrón y Reyes-Sandoval (2007), sugieren que los estilos de crianza maternos conflictivos, falta de cohesión u organización, la falta de apoyo, y el rechazo y la distancia emocional caracterizan a las familias en riesgo de desenlaces que

comprometen la salud física y mental de los hijos, como el abuso de alcohol y drogas, el embarazo temprano y la conducta agresiva o la delincuencia juvenil, independientemente de si la unidad de análisis es el ambiente familiar compartido o la relación padres-adolescente.

El hallazgo de una correlación de calidez y control en los padres y de rechazo con control en las madres, sugiere una percepción diferencial de la crianza por parte de los adolescentes.

### **3.5 Factores de Riesgo para el ajuste psicosocial**

Si bien la familia puede caracterizarse desde el punto de vista de sus miembros como un modelo de compromisos y obligaciones a largo plazo, la evidencia demuestra que con cierta frecuencia los miembros familiares fracasan en el cumplimiento de éstas funciones, además la violencia, los malos tratos, la indiferencia, el abandono y otros tipos de problemas familiares tienen lugar en el seno familiar (Buega & Murillo, 1997)

Indudablemente, los distintos estudios e investigaciones que han tratado de determinar la importancia de las variables familiares en la conducta delictiva juvenil, no se han limitado en las interacciones y procesos familiares como elementos únicos y explicativos en el despliegue de este tipo de comportamiento. La combinación entre los factores familiares en conjunción con otros individuales (hiperactividad, agresividad, problemas de conducta) o sociales (problemas de marginación social, vecindario pobre y desintegración familiar) han sido insertados en el marco de éstas explicaciones. Asimismo, encontrar el modelo único de explicación no es posible si se tienen en cuenta las diferencias implícitas entre el vandalismo y el delito tipificado, entre el delito ocasional y el delito reiterado, entre el delincuente ocasional y el delincuente con carrera delictiva. En este sentido, la constelación de factores familiares con fuerzas que actúan en el individuo, en la comunidad y en la cultura resultan sumamente importantes en el desarrollo de explicaciones satisfactorias (Buega & Murillo, 1997).

Si nos centramos en el ámbito familiar, es posible encontrar una serie de factores que parecen asociarse en mayor o menor medida al desarrollo de problemas

conductuales de sus hijos. Así numerosas investigaciones apuntan a una constelación de factores familiares de riesgo, entre los que destacan los siguientes.

### **3.6 Factores de riesgo familiares asociadas a problemas de conductuales:**

<p><b>1. Disciplina familiar:</b> Disciplina parental inadecuada, inconsistente, rechazo paterno, castigo por actos leves.</p>
<p><b>2. Estilos parentales:</b> Crianza deficiente, negligencia.</p>
<p><b>3. Interacción padre-hijo:</b> Falta de cariño, pobre cohesión familiar, problemas de comunicación</p>
<p><b>4. Interacción conyugal:</b> Problemas de pareja, peleas, maltrato</p>
<p><b>5. Transmisión de valores:</b> Confusión de valores en la familia</p>
<p><b>6. Funcionamiento familiar:</b> Desorganización y distanciamiento</p>
<p><b>7. Fuentes de estrés intrafamiliar:</b> <b>C</b>ambio de residencia, pérdida de ingresos, bajos ingresos, empleo inestable</p>
<p><b>8. Modelado:</b> Antecedentes delictivos en uno o varios miembros de la familia</p>
<p><b>9. Tipo de familia:</b> Familias numerosas, rotas con un solo progenitor</p>

En esta línea y acuerdo con Loeber y Dishion (1983), una de las variables familiares con mayor valor predictivo para el primer delito es el tipo de disciplina familiar y los estilos disciplinarios.

Variables familiares con mayor valor predictivo para el primer delito

**Primer delito**

1. Medidas compuestas del Funcionamiento familiar:  
Disciplina y estilos parentales
2. Delincuencia en miembros de la familia
3. Medidas únicas del funcionamiento familiar
4. Separación de padres e hijos

La socialización inadecuada o más bien la inoperancia del sistema familiar en cuanto a sus funciones de socialización parecen por lo tanto relacionarse de forma importante en el bienestar de los hijos. Existen tres estilos de paternidad emocionalmente inadecuados para el desarrollo y ajuste de los hijos: el estilo *laissez-faire*, la desatención total de los sentimientos de los hijos y el desprecio hacia los sentimientos de los hijos:

- *Estilo laissez-faire:* los problemas emocionales de los hijos son considerados como banales o molestos, y por ello, rara vez los padres ofrecen a sus hijos una respuesta emocional alternativa y en el caso de brindar una respuesta, utilizan tácticas inadecuadas como el soborno o el engaño con el fin de que el hijo deje de estar enfadado o triste.
- *Ignorar completamente los sentimientos de los hijos:* con este estilo también se ignoran los problemas emocionales de los hijos. Sin embargo a diferencia del primer estilo, aquí los sentimientos de los hijos no reciben nunca la atención de los padres. Este tipo de padre carece totalmente de las habilidades necesarias para desarrollar a sus hijos, la competencia emocional.
- *Despreciar y no respetar los sentimientos del niño:* este tipo de padres si bien se centra en los problemas emocionales de los hijos, la conducta que tienen hacia sus hijos es generalmente muy desaprobadora y excesivamente dura, tanto en lo que concierne a las críticas como en los castigos.



La importancia de estos estilos emocionalmente inadecuados de paternidad en el ajuste de los niños resulta básica. Los niños con padres con estos tipos de estilos muestran mayores dificultades de adaptación tanto en el ámbito familiar- mayores conflictos con los padres- como en el ámbito social- problemas de relación con los demás, conducta agresiva, hostil-.

Estos estudios están en concordancia con las explicaciones psicológicas que enfatizan que la delincuencia ocurre cuando el proceso normal de aprendizaje social basado en las recompensas y castigos de los padres, se ve alterado por una disciplina errática, una pobre supervisión, hostilidad entre los padres, y modelos paternos antisociales y criminales (Farrington, 1992). Cuando no se crean fuertes relaciones entre las personas implicadas en las situaciones de interacción, los castigos y recompensas mediados interpersonalmente tienen poca influencia (Garrido, 1997).

En este capítulo se ha estudiado las prácticas parentales con el objetivo de reconocer la relación con el trastorno disocial, ya que es una parte importante para que se mantengan las conductas disfuncionales en los niños, se debe a los estilos de crianza poco estables, es por ello que dentro de la psicología, se han realizado una serie de investigaciones con la finalidad de evaluar dicha correlación. A continuación se presentan las líneas de investigación que se han llevado a cabo y las cuales son el sustento empírico del presente estudio.

## CAPITULO IV

### INVESTIGACIONES DIRECTAMENTE RELACIONADAS

El propósito del presente capítulo, es dar a conocer las investigaciones que se han realizado bajo el espectro de las variables ha estudiar, lo cual permitirá tener una idea clara respecto a la forma de estudio de la conducta disocial y los estilos de crianza.

Diversas investigaciones han señalado que la conducta disocial se estable a través del tiempo incrementando su intensidad y frecuencia, lo que facilita el desarrollo de patrones de conducta antisocial en la adolescencia y la edad adulta tales como la delincuencia, el abuso de sustancia, pandillerismo, inestabilidad en relaciones laborales y personales (Ayala, 2001).

En México, entre 1973 a 1978 se realizaron mediciones a los niños, donde encontraron que los trastornos de la conducta en la infancia fueron de 3.5% en los varones y 2.3% en las niñas. En 1975, el ISSTE reportó 3.1 % del mismo tipo de trastornos y 1.4% de enuresis. En 1986, la SSA informó que 24% de los trastornos del aprendizaje, se habían presentado en 18% de los niños y 13% de las niñas. Los niños de 5 a 9 años presentaron con mayor frecuencia trastornos del aprendizaje, se habían presentado en 18% de los niños y el 15 % de las niñas. Los niños de 5 a 9 años presentaron con mayor frecuencia trastornos de conducta (34.1%), transitorios de inadaptación (13.6%) asociados con afecciones cerebrales (8.3%) y retardo mental (8.2%) mientras que las mujeres de esa edad presentaron trastornos de conducta (30%), transitorios de inadaptación (13.5). Los estudios de 1988 muestran que, los menores en edad escolar, los aspectos de conducta de mayor prevalencia fueron: miedoso-nervioso, lentitud para aprender y lenguaje anormal. Se observó un predominio significativo de de trastornos por Déficit de Atención, Trastornos de conducta y Problemas de Aprendizaje especialmente en varones de 9 a 12 años (Rico, Magis, Guerrero, Gómez, Ruíz, Vargas & Silva, 1998)

Las conductas problemas tienen grandes factores que fungen como precipitadotes de ellas. Existe un gran número de estudios muestran que aquéllos niños que están expuestos a prácticas de crianza negativas que van desde el castigo y crianza despreocupado hasta castigo severo y abuso en la infancia tienden a ser antisociales,

agresivos y cometen crímenes violentos más tarde en su vida. Tanto los estudios retrospectivos como los longitudinales muestran claramente que las prácticas de crianza con violencia incrementan el riesgo de una mala adaptación en el desarrollo, no obstante el mecanismo que explica el punto de unión entre el parentaje negativo y el desajuste no se ha esclarecido (Haapasalo & Pokela, 1999 citado en Fajardo, 2006).

En un estudio realizado en preescolares de la Ciudad de México, 15% de la población infantil presentan conductas problemáticas referidas a la alimentación, trastorno del sueño y conductas agresivas, incluyendo la hiperactividad. En estudios de seguimiento de preescolares con estos problemas, se ha observado que 60% de las dificultades presentes a los tres años de edad persistían después de los ocho años de edad; además se encuentra una cifra de prevalencia de 11% para varones y 8.4 para mujeres en una población de enseñanza secundaria. La prevalencia del trastorno de conducta es de alrededor de 12% de una población muestra (Fernández & Martí, 1998).

Otro estudio que realizaron los mismos investigadores encontraron que los niños desobedientes y agresivos a los tres años de edad continúan teniendo problemas similares en el colegio, y más de 50% de ellos sigue teniéndolos en el seguimiento de los seis años de edad.

Fernández y Martí, 1998 ha sido uno de los pioneros en estudiar los efectos del deterioro de los vínculos afectivos, o de apego, sobre el desarrollo de conductas hostiles y ulteriormente de trastornos de conducta o psicopatías antisociales. El señaló la correlación existen entre la separación de las figuras parentales durante períodos de tiempo prolongados y el desarrollo de las psicopatías, que son trastornos definidos por acciones en contra de la sociedad, de la familia o de uno mismo. En los niños que verdaderamente muestran crueldad y falta de compasión por otros, la capacidad para establecer vínculos afectivos está siempre alterada.

En última década se llevó a cabo una investigación en el Instituto Nacional de Psiquiatría, donde las mediciones fueron de 1997-2003; los resultados obtenidos demuestran que las conductas disociales son similares en hombres y mujeres, aunque las mujeres aún representan una proporción menor, con una relación de casi dos hombres

por cada mujer que lleva a cabo alguna conducta antisocial. Aunque es importante existen variaciones por delegación en las proporciones de estudiantes que llevan a cabo cualquier conducta antisocial, los incrementos más importantes de 1997 a 2003 son los presentados en las delegaciones Benito Juárez y Tlalpan, que han pasado a ser las dos con mayor prevalencia de conducta antisocial. La situación es muy similar respecto a robos y violencia, aunque en este caso Tlalpan ocupó el cuarto lugar en 2003. Para actos graves, los cambios señalan a la Benito Juárez en sexto lugar durante ese mismo año, por encima de la media del Distrito Federal; Tlalpan ocupa el tercer lugar, y Venustiano Carranza y Azcapotzalco alcanzan la prevalencia más alta para este tipo de actos.

Todos estos datos muestran incrementos en el número de los estudiantes que llevaron a cabo conductas antisociales en 2003 y una movilidad por delegación de los mismos. Esta evolución del fenómeno hace necesario trabajar sobre los aspectos relacionados con este tipo de comportamientos y saber cómo interactúan para entender el porqué de los incrementos. Anteriormente se relacionaban los actos antisociales más con situaciones específicas de ciertas regiones, como la delegación Gustavo A. Madero, Iztapalapa y en general las delegaciones del centro, norte y oriente del Distrito Federal. Sin embargo, los incrementos en el comportamiento antisocial se han dado principalmente en la Benito Juárez y en Tlalpan, que si bien en años anteriores se encontraban en lugares intermedios, ahora ocupan las primeras posiciones (Juárez, Villatoro, Gutierrez, Bautista & Medina-Mora, 2005).

A la par se han realizado investigaciones sobre la conducta agresiva, en un estudio realizado en niños y adolescentes mexicanos sobre el desarrollo de la conducta agresiva que las características de los amigos del niño, enojo ante situaciones conflictivas, estrés en la crianza a los padres, ambiente familiar, prácticas disciplinarias empleadas por los padres para el control de la conducta agresiva de sus hijos son variables asociadas a la conducta agresiva, por otra parte en una segunda investigación los resultados demuestran que la probabilidad de que el niño demuestre conducta agresiva aumenta cuando se presenta un alto nivel paternal relacionado con la pobre competitividad del padre para la crianza del niño, por un alta restricción al papel de padre, los problemas de adaptabilidad en el niño a los cambios a su ambiente, el enojo físico del niño, la disciplina irritable explosiva, el uso de instrucciones específicas y la

conducta agresiva del padre (Ayala, 2001).

Las investigaciones realizadas en el ámbito de la conducta agresiva en niños y adolescentes permiten señalar que tales comportamientos tienden a estabilizarse con el tiempo, pero más aún a progresar hacia comportamientos más complejos, como la delincuencia. reportaron una alta correlación entre la conducta agresiva observada en los niños en edad escolar y la conducta antisocial que se presenta en la adolescencia y la vida adulta (Ayala, Pedroza, Morales, Caso-López, & Barragán, 2002).

El número de trastornos de conducta presentados en la infancia, son predictores del número de conductas antisociales en la edad adulta, siendo el problema de la agresión el más significativo.

Muris, Bögels, Meesters, Kamp y Van Oosten (1996, en Fajardo, 2006) demostraron una relación positiva entre las prácticas de crianza negativas y los problemas de conducta externalizados. Encontraron que niños con desórdenes de conducta disruptiva muestran patrones de crianza más aberrantes, además se observan conductas más negativas que positivas.

En una investigación llevada a cabo por Burt, McGue, DeMarte, Krueger e Iacono (2006), respecto al tiempo de menarca y los orígenes del trastorno de conducta se llegó a la conclusión de que los hallazgos proporcionan soporte directo para las interpretaciones psicosociales del impacto de menarca precoz y, en menor medida, menarca demorada en el desarrollo de Conducta Disocial. Además, ellos prestan soporte a la noción de que en algunos casos, las influencias genéticas en las psicopatologías pueden ser más fuertes en el ambiente “promedio, esperable”.

Otra investigación de problemas de conductas preadolescentes en niñas y niños lleva por Messer, Goodman, Rowe, Howard; Maughan (2006), se examinan las diferencias en función del sexo en los correlatos de los trastornos del comportamiento disruptivo (DBDs) en niños preadolescentes, utilizando indicadores de un amplio rango de factores de riesgo bien establecidos para el DBDs y los resultados a los 3 años tras la valoración inicial.

Los análisis se basaron en los datos de niños de entre 5 y 10 años ( $n= 5,913$ ) procedentes del “Estudio Británico de salud mental en niños y adolescentes, 1999”, y de un seguimiento de 3 años de submuestras seleccionadas ( $n= 1,440$ ) de edades comprendidas entre los 8-13 años. Se asignaron diagnósticos DSM-IV utilizando la valoración “Developmental and Well-Being Assessment” para ambos grupos.

Los niños y las niñas fueron igualmente expuestos a la mayoría de riesgos sociales y familiares para los DBDs, con poca evidencia de sensibilidad diferencial para estos riesgos. Los niños estuvieron mayormente expuestos a dificultades de neurodesarrollo, trastorno por déficit de atención/hiperactividad, y problemas de mirada fija, y mostraron tasas inferiores de conductas pro-sociales. En conjunto, estos factores y castigos físicos podrían alcanzar el 54 % de las diferencias de sexo observadas en DBDs. En el seguimiento, los resultados para niñas y los niños con DBDs fueron muy similares. En la valoración inicial, los niños con problemas de conducta subumbral, tuvieron mayor probabilidad de exhibir DBDs que las niñas (25 % vs. 7%). Las diferencias sexuales en los niveles de una variedad de características infantiles y factores interpersonales probablemente son importantes en la comprensión de las diferencias de sexo en riesgo para sufrir los DBDs en muestras de preadolescentes.

Kazdin (2006) es uno de los estudios de la conducta disocial en niños y adolescentes más importantes, encontró en un estudio de pretratamientos de las relaciones sociales, alianza terapéutica y mejoramientos en prácticas parentales en enseñanza de habilidades directivas parentales, el autor examinó la alianza terapéutica – parental en padres en enseñanzas de habilidades directivas para niños ( $N= 218$ , 53 niños y 165 niñas; edades entre 2-14 años) referidos clínicamente por conducta oposicionista, agresiva y antisocial. Las interrelaciones de pretratamiento de las relaciones sociales, la alianza terapéutica parental sobre el curso del tratamiento y mejoramientos en prácticas parentales como el de tratamientos fueron evaluados por diferentes engaños. Como esperando, la mejor cualidad de la alianza terapéutica-parental.

Una investigación llevada a cabo por Knutson, DeGarmo, Koeppi y Reid, (2005) sobre los Cuidados negligentes y estilos de crianza severos en el desarrollo de la agresión infantil, se utilizaron 218 niños considerados en desventaja, con edades entre 4 y 8 años. Las mamás fueron reclutadas de dos estados para tener una muestra diversa

con respecto al grado de urbanización y etnicidad. Los índices de Multimétodo y multifuente fueron usados para probar el modelo teórico usando Modelamiento de Ecuaciones Estructurales (*Desventaja social- Cuidado negligente- Disciplina punitiva*). Los resultados han establecido el rol del cuidado negligente, supervisión negligente y la crianza punitiva como mediadores del rol de la desventaja social en el desarrollo de la agresión infantil.

Knutson, DeGarmo y Reid, (2004) desarrollaron una prueba empírica para probar un modelo teórico diseñado para entender como la crianza deficiente es reflejada en la negligencia y en la crianza severa. Pueden contar para establecer un vínculo entre la desventaja social económica y el desarrollo de problemas de conducta en la infancia y la adolescencia. La investigación ha vinculado la negligencia con delincuencia, problemas de conducta diagnosticados y posteriores conductas criminales; la crianza negligente puede ser un importante mediador en la desventaja y los resultados infantiles en la forma de conducta agresiva y antisocial.

Para la primera cohorte, utilizaron las familias reclutadas cuando el niño estaba en primer año escolar, el modelo estableció que el cuidado negligente y la disciplina punitiva contribuyeron únicamente a la conducta antisocial. Esto es, el cuidado negligente fue asociado con estatus de conducta antisocial inicial incremento en conducta antisocial del primer al quinto grado. La disciplina punitiva fue asociada marginalmente con conducta antisocial el inicio pero predice significativamente el aumento en la conducta antisocial en los siguientes cinco años.

Por otro lado, la supervisión negligente no mostró ser importante en el desarrollo de conducta antisocial en la cohorte inicial. Para la cohorte final, aquellas familias que fueron enroladas cuando el niño estaba en quinto grado fue un poco diferente. Aunque el constructo de cuidado negligente fue asociado con altos niveles de conducta antisocial inicial y marginalmente asociado con el aumento de conducta antisocial para la segunda cohorte.

La diferencia más notable entre las dos cohortes fue el hallazgo de que el constructo supervisión negligente fue relacionado con el cuidado negligente y con la

disciplina punitiva en la predicción de la conducta antisocial infantil. Una segunda diferencia entre las dos cohortes fue el vínculo significativo entre el cuidado negligente y la disciplina punitiva. Finalmente, para la segunda cohorte la disciplina punitiva fue importante en la predicción de estatus antisocial, pero menos importante como predictor de cambio en la conducta antisocial 5 años después.

Considerando estos dos hallazgos del modelo, tenemos en primer lugar que la disciplina punitiva predice la conducta antisocial, este hallazgo coincide con otros trabajos. Segundo, la fuerte evidencia de la importancia del cuidado negligente en el desarrollo de la agresión infantil. Y algunas evidencias de la importancia de la supervisión negligente en el desarrollo de la agresión infantil.

Otra investigación llevada a cabo por Chang, Schwartz, Dodge en conjunto con la Universidad del Sur de California y la Universidad de China de Hong Kong en el cual se estudia la Crianza severa en relación con la regulación de la emoción infantil y la agresión, el estudio presenta un modelo de crianza severa que tuvo un efecto indirecto, pero de igual forma uno directo sobre la agresión infantil en las escuelas a través de procesos de regulación emocional infantil. Este modelo está enmarcado en el sistema familiar controlado por conflicto marital y depresión parental. Medido en una muestra de 325 niños Chinos y sus padres, El modelo mostró adecuada bondad de ajuste. Después de controlar la regulación emocional, la crianza severa mostró un reducido efecto sobre la agresión infantil. La crianza severa también es mediador del mal funcionamiento del subsistema familiar. Sobre las conductas del niño. También fueron hipotetizados los efectos de la intervención entre los padres y el género de los hijos. La crianza severa de los padres afectó más a los hijos que a las hijas. Ya que la crianza severa de las madres tuvo un efecto similar sobre los niños en ambos sexos.

Muchos estudios empíricos han examinado la asociación entre la crianza severa y la agresión, recientemente, la literatura ha cambiado el efecto principal entre la interacción entre la crianza severa y el calor parental en la predicción de la agresión infantil. Sugiriendo un modelo no lineal donde la asociación entre la crianza severa y la agresión infantil depende de cuales acciones de disciplina parental son cargadas en una manera emocionalmente controlada o una manera emocionalmente cargada. Esta



relación lo lineal implica la influencia de la crianza severa sobre la agresión infantil independiente de los actos físicos de castigo.

Un propósito separado se ha examinado la regulación emocional sobre la parte de los niños y sus padres, los hallazgos sugieren que la regulación emocional del niño es afectada por las emociones punitivas de los padres (Eisenberg, 1999). Y, en turno, afecta conductas sociales incluyendo agresión. Poniendo juntos a estos dos procesos de desarrollo que se dan por separado, se puede enriquecer teóricamente el examen de la regulación emocional infantil en la mediación del efecto de la crianza severa sobre la agresión infantil.

Otra importante dirección teórica es examinar la crianza severa y la conducta infantil dentro del sistema familiar. En la aproximación de sistema, el efecto negativo de la crianza severa se observa emanando desde el disturbio en otros subsistemas que resulta en un malfuncionamiento del sistema. Entre las perturbaciones de los subsistemas familiares, el conflicto marital es causa y consecuencia, la depresión parental ha sido ampliamente implicada como precedente de crianza severa y problemas emocionales y de conducta en los niños.

La asociación entre variables parentales y conducta infantil, aparece más fuertemente vinculada a la madre que al padre, y a los hijos que a las hijas, especialmente con hijos jóvenes. Los estudios publicados se concentran sobre el empleo de crianza severa en las madres y los hijos antes que en los padres y las hijas.

Otra investigación fue realizada por Anton Aluja, Victoria del Barrio y Luis F. García en la cual estudiaron la personalidad, valores sociales y satisfacción de pareja como factores predictores de los estilos de crianza parentales. En el cual encontraron que los estilos de crianza parentales pueden afectar la conducta y socialización de los adolescentes, el objetivo fue analizar los estilos de crianza de los padres, valores sociales (prestigio social, orden, benevolencia, y conservadurismo-liberalismo), los cinco grandes factores de personalidad, y la satisfacción de pareja (acuerdo general, afecto, satisfacción, y cohesión) en los padres de adolescentes. Este es un estudio prospectivo basado en método de análisis correlacional. Se encontró que los estilos educativos definidos por el cariño y aceptación se relacionan con los rasgos de

personalidad como responsabilidad y estabilidad emocional, alta satisfacción de pareja y preferencia por valores prosociales. Al contrario, los estilos de crianza de sobreprotección y favoritismo se relacionan con baja amabilidad y baja apertura el poco ajuste de pareja con falta de cohesión y valores sociales definidos por falta de benevolencia y preferencia por valores de prestigio social.

En una investigación realizada en España sobre los estilos relacionales parentales y ajuste adolescente, en una muestra de 848 adolescentes de edades comprendidas entre los 12 y los 17 años, que cumplimentaron un cuestionario que incluía una escala con 6 dimensiones sobre su percepción del estilo parental o relacional materno y paterno y otros instrumentos para evaluar el ajuste adolescente. Los resultados obtenidos fueron que el estilo materno y el paterno fueron evaluados por separado encontrándose una alta coincidencia entre ambos estilos, que además mostraron una relación muy significativa con el ajuste de chicos y chicas (Oliva, Parra & Arranz, 2006).

La estimación de la prevalencia de trastornos en los mexicanos entre 3 y 12 años ha sido de 15 al 20% habiéndose encontrado asociado con la presencia de trastornos depresivos en los adultos y con el consumo de alcohol.

La demanda atendida en los servicios de salud mental en los centros de salud de la Ciudad de México han demostrado que una tercera parte corresponde a niños, siendo los trastornos de conducta y los problemas de aprendizaje los motivos más frecuentes de la demanda de atención (Caraveo, 1997).

En el presente capítulo se describieron algunas de las investigaciones de gran relevancia para la comprensión de la problemática a estudiar. El siguiente capítulo plantea el método con el cual se llevó a cabo la investigación.

## CAPITULO V

### MÉTODO

#### **5.1 Preguntas de investigación:**

1. ¿Existen diferencias significativas en los estilos de crianza maternos entre niños y niñas?
2. ¿Existen diferencias significativas en la conducta disocial entre niños y niñas?
3. ¿Cómo se relacionan los estilos de crianza maternos y la conducta disocial infantil?

#### **5.2 Objetivo particular:**

Identificar la relación que se da entre los estilos de crianza maternos y la conducta disocial en niños.

#### **5.3 Objetivos generales:**

- Identificar si los Estilos de Crianza maternos se relacionan con en el trastorno disocial.
- Identificar las diferencias en la Conducta Disocial entre niños y niñas
- Identificar las diferencias en los Estilos de Crianza Maternos entre niños y niñas

#### **5.4 Hipótesis:**

**Hi.** Existe relación estadísticamente significativa entre los estilos de crianza maternos y la conducta disocial.

**Hi2:** Existen diferencias estadísticamente significativas entre la crianza y la conducta disocial entre niños y niñas.

#### **5.5 Definición de Variables:**

Variable 1: *Estilos de crianza*

**Definición conceptual:** La crianza se define como la responsabilidad asumida por los padres respecto al crecimiento físico y desarrollo emocional y social de un hijo. Es una expresión de una forma particular de relación entre padres e hijos, que es singular y única entre todas las ligas humanas. Se define como la responsabilidad asumida por los padres respecto al crecimiento físico y el desarrollo emocional y social de un hijo (Elena-Caraveo, Hernández-Guzmán, Aguilar, Pérez-Barrón & Reyes, 2007).

**Definición operacional:** La literatura científica ha clasificado a los estilos de crianza de acuerdo a las siguientes categorías: control firme, falta de límites, aceptación, rechazo, preferencia hacia el sujeto; sobreprotección, fomentar autonomía, ejecución orientada, y castigo (López, 2000).

Variable 2: ***Conducta disocial***

**Definición conceptual:** Patrón de comportamiento persistente y repetitivo en el que violan los derechos básicos de los otros o importantes normas sociales adecuadas a la edad del sujeto (Kazdin & Buela-Casal, 1998).

**Definición operacional:** Actos agresivos, robos, vandalismo, inicio de incendios, mentiras, ausentismo escolar y otros actos que violan reglas sociales mayores y expectativas

### **5.6 Población:**

En la investigación participaron 186 alumnos sus edades fluctuaron entre 8 y 12 años de ambos sexos pertenecientes de las Escuelas Primarias Calmecac, Emiliano Zapata ubicadas en las colonias Vergel de Guadalupe y Nueva Aragón respectivamente; pertenecientes al municipio de Nezahualcóyotl, ubicadas en zonas marginales; por ser este uno de los factores asociados para este tipo de conducta.

### **5.7 Muestreo:**

La muestra fue seleccionada por un método no probabilístico por disponibilidad (Kerlinger, 2002).

### **5.8 Instrumento:**

Se utilizaron dos instrumentos, el primero Percepción Infantil de los Estilos de Crianza Maternos, consta de 47 reactivos, dividido en 10 factores: aceptación, ejecución orientada, falta de límites, rechazo, preferencia hacia el sujeto, sobreprotección, falta de autonomía, control firme, castigo y castigo II. Tuvo una validación de una alfa de Cronbach de 0.83.

El segundo, Cuestionario de Conductas Antisociales-Delictivas, el cual consta de 40 preguntas dividido en dos bloques, el primero de 20 preguntas, el cual evalúa la conducta disocial y el segundo de 20 reactivo el cual califica la conducta delictiva (Seisdedos, 1982, validado por Sánchez, 2002, con un alfa de Cronbach de 0.81.).

### **5.9 Diseño de investigación**

Se utilizó un diseño no experimental- transversal para muestras independientes (Kerlinger, 2002).

### **5.10 Tipo de estudio:**

Se realizó un estudio de tipo descriptivo, ya que asocia las variables mediante un patrón predecible para un grupo o población (Kerlinger, 2002).

### **5.11 Procedimiento**

Se aplicaron en una sola exposición los dos instrumentos a medir. Ambas pruebas fueron entregadas al mismo tiempo, con la indicación que la primera en calificar sería el Instrumento de Percepción Infantil en los Estilos de Crianza Maternos al termino de dicha evaluación se procedió a la aplicación del Cuestionario de Conductas Antisociales-Delictivas. Cada grupo evaluado fue supervisado por dos instructores con la finalidad mantener orden durante y la aplicación y responder las dudas que surgieran durante la evaluación. Las instrucciones fueron las siguientes:

#### ***Instrucciones:***

- En la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza (UNAM) realizará una investigación con el fin de conocer como te cuida tú mamá.
- Para este estudio es importante tú participación.
- No hay respuestas buenas ni malas, por favor contesta con toda franqueza, diciendo la verdad.
- Trata de no dejar ninguna pregunta sin contestar.
- Lee cuidadosamente cada pregunta o enunciado.
- **GRACIAS!!!!!!**

Una vez que se coleccionaron los datos, éstos fueron apilados en orden para realizar una base de datos y su posterior análisis utilizando el SPSS-15.

Para el análisis de los datos de la variable Estilos de Crianza Maternos se recodificaron los valores por factor, de manera que a mayor puntuación de los factores protectores menor es la presentación de la conducta. A mayor puntuación de los factores de riesgo mayor se presenta las conductas.

Por lo tanto a continuación se presentan los resultados obtenidos de los análisis estadísticos en el SPSS-15, apoyando con esto la revisión bibliográfica antes elaborada.

## CAPITULO VI

### ANÁLISIS DE RESULTADOS

A partir de las respuestas de los participantes, se realizó una estadística descriptiva para identificar la variable estilos de crianza maternos.

#### Análisis de Frecuencias

**TABLA 1**  
DESCRIPCIÓN DE LAS FRECUENCIAS OBTENIDAS DE LOS FACTORES DE ESTILOS DE CRIANZA MATERNOS

	<b>MEDIA</b>	<b>DESVIACIÓN ESTÁNDAR</b>	<b>MÍN</b>	<b>MÁX</b>
<b>ACEPTACIÓN</b>	11.54	2.58	8	22
<b>EJECUCIÓN ORIENTADA</b>	10.69	2.51	8	21
<b>FALTA DE LÍMITES</b>	4.77	1.33	3	9
<b>RECHAZO</b>	9.12	2.53	7	20
<b>PREFERENCIA HACIA EL SUJETO</b>	3.11	1.26	2	6
<b>SOBREPROTECCIÓN</b>	7.51	1.22	4	9
<b>FALTA DE AUTONOMÍA</b>	2.7	1.21	2	6
<b>CONTROL FIRME</b>	8.3	2.08	6	18
<b>CASTIGO</b>	5.08	1.22	3	9
<b>CASTIGO II</b>	7.38	1.82	5	14

\*N=186

En la Tabla 1, se observa un sesgo positivo en la distribución en todos los factores de crianza materna, lo cual indica que la mayoría de los valores se concentran por debajo de la media.

Los factores de estilos de crianza maternos se muestran a continuación a través de las tablas de distribución de frecuencias agrupadas:

### **Factor Aceptación**

Para ubicar a los datos extremos de esta variable se procedió a establecer un punto de corte de acuerdo a los valores de la norma obteniendo límite inferior igual a 9 y límite superior igual a 14. Bajo este criterio y como puede apreciarse en la Tabla 2 el porcentaje de población con valores por arriba de 14 equivale al 15% de la población.

**TABLA 2**  
DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS DEL FACTOR ACEPTACIÓN

<b>Válidos</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Percentil Válido</b>	<b>Percentil Acumulado</b>
<b>8</b>	19	10.2	10.2
<b>9</b>	26	14.0	24.2
<b>10</b>	24	12.9	37.1
<b>11</b>	36	19.4	56.5
<b>12</b>	26	14.0	70.4
<b>13</b>	17	9.1	79.6
<b>14</b>	10	5.4	84.9
<b>15</b>	12	6.5	91.4
<b>16</b>	9	4.8	96.2
<b>17</b>	2	1.1	97.3
<b>18</b>	4	2.2	99.5
<b>22</b>	1	.5	100
<b>Total</b>	186	100	

Una sexta parte de la población esta expuesta a la no aceptación por parte su madre.



**Factor Ejecución orientada**

Se estableció el punto de corte de acuerdo a los valores de la media más una desviación estándar obteniendo límite inferior igual a 8 y límite superior igual a 13. Bajo este criterio y como puede apreciarse en la distribución de frecuencias agrupadas el porcentaje de población con valores arriba de 13 es el 9 % de la población.

**TABLA 3**  
DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS DEL FACTOR EJECUCIÓN ORIENTADA

<b>Válidos</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Percentil Válido</b>	<b>Percentil Acumulado</b>
<b>8</b>	34	18.3	18.3
<b>9</b>	38	20.4	38.7
<b>10</b>	34	18.3	57.0
<b>11</b>	26	14.0	71.0
<b>12</b>	17	9.1	80.1
<b>13</b>	16	8.6	88.7
<b>14</b>	5	2.7	91.4
<b>15</b>	5	2.7	94.1
<b>16</b>	4	2.2	96.2
<b>17</b>	3	1.6	97.8
<b>18</b>	1	.5	98.4
<b>19</b>	2	1.1	99.5
<b>21</b>	1	.5	100
<b>Total</b>	186	100	

El 9% de la población no tiene un estilo de crianza de Ejecución Orientada.

**Factor Falta de límites**

Los datos extremos se obtuvieron al establecer un punto de corte de acuerdo a la norma, de ésta manera el límite inferior es de 3 y el límite superior de 6. Siguiendo dicho criterio observamos que la distribución de frecuencias agrupadas el porcentaje de la población con valores que se encuentran por arriba de 6 equivale al 9 % de la población.

**TABLA 4**  
DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS DEL FACTOR FALTA DE LÍMITES

<b>Válidos</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Percentil Válido</b>	<b>Percentil Acumulado</b>
<b>3</b>	35	18.8	18.8
<b>4</b>	49	26.3	45.2
<b>5</b>	51	27.4	72.6
<b>6</b>	35	18.8	91.4
<b>7</b>	7	3.8	95.2
<b>8</b>	8	4.3	99.5
<b>9</b>	1	.5	100
<b>Total</b>	186	100	

Una décima parte de la población tiene un estilo de crianza con falta de límites.

### **Rechazo**

Al igual que el factor anterior se obtuvieron los datos extremos a través del punto de corte de la norma, siendo el límite inferior de 7 y el límite superior de 11. Bajo este criterio y como puede observarse en la distribución de frecuencias agrupadas el porcentaje de la población con valores arriba de 11 es el 13 % de la población.

**TABLA 5**  
DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS DEL FACTOR RECHAZO

<b>Válidos</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Percentil Válido</b>	<b>Percentil Acumulado</b>
<b>7</b>	51	27.4	27.4
<b>8</b>	55	29.6	57.0
<b>9</b>	20	10.8	67.7
<b>10</b>	23	12.4	80.1
<b>11</b>	13	7.0	87.1
<b>12</b>	6	3.2	90.3
<b>13</b>	6	3.2	93.5
<b>15</b>	5	2.7	96.2
<b>16</b>	1	.5	96.8
<b>17</b>	3	1.6	98.4

<b>18</b>	2	1.1	99.5
<b>20</b>	1	.5	100
<b>Total</b>	186	100	

Es evidente que una sexta parte de la población tiene una crianza de rechazo por parte de su madre.

### **Preferencia hacia el sujeto**

Para ubicar los datos extremos de éste factor se estableció el punto de corte de la norma, obteniendo el límite inferior de 2 y el límite superior de 4. Bajo este criterio y como puede observarse en la distribución de las frecuencias agrupadas el porcentaje de población con valores arriba de 4 equivale al 12% de la población.

**TABLA 6**  
DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS DEL FACTOR  
PREFERENCIA HACIA EL SUJETO

<b>Válidos</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Percentil Válido</b>	<b>Percentil Acumulado</b>
<b>2</b>	78	41.9	41.9
<b>3</b>	49	26.3	68.3
<b>4</b>	37	19.9	88.2
<b>5</b>	3	1.6	89.8
<b>6</b>	19	10.2	100
<b>Total</b>	186	100	

El 12% de la población tienen un estilo de crianza materno de preferencia hacia el sujeto.

### **Sobreprotección**

Al igual que los factores anteriores se procedió a establecer el punto de corte de acuerdo a los valores de la norma, obteniendo el límite inferior de 6 y el límite superior de 9. Bajo este criterio se observa en la tabla 7 que el porcentaje de la población con valores por arriba de 9 equivale al 25 % de la población.

**TABLA 7**  
DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS DEL FACTOR  
SOBREPROTECCIÓN.

<b>Válidos</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Percentil Válido</b>	<b>Percentil Acumulado</b>
<b>4</b>	7	3.8	3.8
<b>5</b>	4	2.2	5.9
<b>6</b>	15	8.1	14.0
<b>7</b>	66	35.5	49.5
<b>8</b>	48	25.8	75.3
<b>9</b>	46	24.7	100
<b>Total</b>	186	100	

Se observa que en la Tabla 7 una cuarta parte de la población tiene un estilo de crianza de Sobreprotección.

### **Falta de autonomía**

Para obtener los datos extremos de este factor se establecieron a partir del punto de corte de los valores de la norma, de esta manera se obtuvo el límite inferior equivalente a 2 y el límite superior igual a 4. Bajo este criterio y como puede observarse en la distribución de las frecuencias agrupadas el porcentaje de población con valores arriba de 4 es del 11% de la población.

**TABLA 8**  
DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS DEL  
FACTOR FALTA DE AUTONOMÍA

### **Falta de autonomía**

<b>Válidos</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Percentil Válido</b>	<b>Percentil Acumulado</b>
<b>2</b>	124	66.7	66.7
<b>3</b>	19	10.2	76.9
<b>4</b>	23	12.4	89.2
<b>5</b>	8	4.3	93.5
<b>6</b>	12	6.5	100

<b>Total</b>	186	100
--------------	-----	-----

Una décima parte de la población tiene un estilo de crianza materno de falta de autonomía.

### **Control firme**

El límite inferior equivalente a 6 y límite superior igual 10, se establecieron a partir del punto de corte de los valores de la media y la desviación estándar. Por lo tanto se observa bajo este criterio en la tabla 9 que el porcentaje de la población con valores por arriba de 10 equivale al 11% de la población.

**TABLA 9**  
DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS DEL FACTOR CONTROL FIRME

<b>Válidos</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Percentil Válido</b>	<b>Percentil Acumulado</b>
<b>6</b>	35	18.8	18.8
<b>7</b>	37	19.9	38.7
<b>8</b>	43	23.1	61.8
<b>9</b>	25	13.4	75.3
<b>10</b>	25	13.4	88.7
<b>11</b>	10	5.4	94.1
<b>12</b>	3	1.6	95.7
<b>13</b>	2	1.1	96.8
<b>14</b>	2	1.1	97.8
<b>15</b>	2	1.1	98.9
<b>16</b>	1	.5	99.5
<b>18</b>	1	.5	100
<b>Total</b>	186	100	

Se observa que el 11% de la población se ejecuta el estilo de crianza de *Control Firme*.

### **Castigo**

El punto de corte se estableció a partir de la norma obteniendo el límite inferior de 4 y límite superior de 6. Por lo tanto bajo este criterio y como puede apreciarse en la distribución de frecuencias agrupadas el porcentaje de la población con valores por arriba de 6 equivale al 13 % de la población.

**TABLA 10**  
DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS DEL FACTOR CASTIGO

<b>Válidos</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Percentil Válido</b>	<b>Percentil Acumulado</b>
<b>3</b>	18	9.7	9.7
<b>4</b>	36	19.4	29
<b>5</b>	76	40.9	69.9
<b>6</b>	33	17.7	87.6
<b>7</b>	17	9.1	96.8
<b>8</b>	4	2.2	98.9
<b>9</b>	2	1.1	100
<b>Total</b>	186	100	

Una sexta parte de la población se encuentra expuesta al Castigo por parte de la crianza de la madre.

### **Castigo II**

Se procedió a establecer los datos extremos de esta variable a partir de los valores de la media y la desviación estándar obteniendo el límite inferior de 6 y límite superior de 9. Por lo tanto, la distribución de frecuencias agrupadas el porcentaje de la población con valores por arriba de 9 equivale al 10% de la población.

**TABLA 11**  
DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS DEL FACTOR CASTIGO II

<b>Válidos</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Percentil Válido</b>	<b>Percentil Acumulado</b>
<b>5</b>	33	17.7	17.7
<b>6</b>	28	15.1	32.8
<b>7</b>	47	25.3	58.1

<b>8</b>	31	16.7	74.7
<b>9</b>	28	15.1	89.8
<b>10</b>	7	3.8	93.5
<b>11</b>	5	2.7	96.2
<b>12</b>	6	3.2	99.5
<b>14</b>	1	.5	100
<b>Total</b>	186	100	

La décima parte de la población tiene un estilo de crianza materno de Castigo II.

A continuación se presenta los resultados obtenidos del análisis de frecuencia de la variable Conducta Disocial y Conducta Delictiva.

**TABLA 12**  
DESCRIPCIÓN DE LAS FRECUENCIAS OBTENIDAS DE LOS FACTORES DE LA CONDUCTA DISOCIAL Y LA CONDUCTA DELICTIVA

	<b>MEDIA</b>	<b>DESV. EST.</b>	<b>MÍN</b>	<b>MÁX</b>
<b>CONDUCTA DISOCIAL</b>	4.26	4.77	0	20
<b>CONDUCTA DELICTIVA</b>	1.34	2.90	0	16

La Media de la variable conducta disocial es de 4.26, lo cual equivale al primer décil de la prueba.

**TABLA 13**  
DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS DE LA VARIABLE CONDUCTA DISOCIAL

<b>Válidos</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Percentil Válido</b>	<b>Percentil Acumulado</b>
<b>0</b>	52	28	28

<b>1</b>	19	10.2	38.2
<b>2</b>	18	9.7	47.2
<b>3</b>	15	8.1	55.9
<b>4</b>	14	7.5	63.4
<b>5</b>	8	4.3	67.7
<b>6</b>	17	9.1	76.9
<b>7</b>	7	3.8	80.6
<b>8</b>	6	3.2	83.9
<b>9</b>	3	1.6	85.5
<b>10</b>	5	2.7	88.2
<b>11</b>	4	2.2	90.3
<b>12</b>	2	1.1	91.4
<b>13</b>	2	1.1	92.5
<b>14</b>	5	2.7	95.2
<b>15</b>	2	1.1	96.2
<b>16</b>	2	1.1	97.3
<b>18</b>	2	1.1	98.4
<b>19</b>	1	.5	98.9
<b>20</b>	2	1.1	100
<b>Total</b>	186	100	

Partiendo de las mediciones del Cuestionario de Conductas Antisociales y Delictivas, el límite superior de la prueba es de 15, lo cual nos indica en la tabla de distribución de frecuencias que 9 niños presentan conducta disocial, lo cual equivale al 4% de la población total.

**TABLA 14**  
DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS DEL  
FACTOR CONDUCTA DELICTIVA

<b>Válidos</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Percentil Válido</b>	<b>Percentil Acumulado</b>
<b>0</b>	126	67.7	67.7
<b>1</b>	21	11.3	79
<b>2</b>	9	4.8	83.9



<b>3</b>	6	3.2	87.1
<b>4</b>	3	1.6	88.7
<b>5</b>	4	2.2	90.9
<b>6</b>	1	.5	91.4
<b>7</b>	2	1.1	92.5
<b>8</b>	3	1.6	94.1
<b>9</b>	4	2.2	96.2
<b>10</b>	2	1.1	97.3
<b>11</b>	2	1.1	98.4
<b>12</b>	2	1.1	99.5
<b>16</b>	1	.5	100
<b>Total</b>	186	100	

Se procedió a obtener el límite del siguiente factor de conductas delictivas, el cual equivale a 7. Por lo tanto en la tabla de frecuencias agrupadas se puede observar que los valores por arriba de 7 presentan conductas delictivas lo cual equivale al 7 % de la población.

A continuación se presenta la correlación producto momento de Pearson para identificar la relación entre los factores de la variable estilos de crianza.

### **Correlación Producto-Momento de Pearson**

**TABLA 16**  
CORRELACIÓN ENTRE LOS FACTORES ESTILOS DE CRIANZA MATERNOS  
Y LA CONDUCTA DISOCIAL

	<b>Conducta Disocial</b>	
<b>Aceptación</b>	r	.184*
	R <sup>2</sup>	4%
<b>Ejecución orientada</b>	r	.162*
	R <sup>2</sup>	3%
<b>Falta de límites</b>	r	.270**

	R <sup>2</sup>	7%
<b>Rechazo</b>	r	.272**
	R <sup>2</sup>	7%
<b>Castigo II</b>	r	.182*
	R <sup>2</sup>	4%

\* .05

\*\* .001

Como se puede observar en la Tabla 16, solamente se encontró relación con cinco factores de crianza con la conducta disocial, en los cuales su correlación de Pearson fue bajo y el nivel de significancia manejados fue de .05 y 01. por lo cual se no se acepta Ho.

En la siguiente tabla se presenta la correlación de los estilos de crianza maternos con la conducta delictiva

**TABLA 17**  
CORRELACIÓN ENTRE LOS FACTORES ESTILOS DE CRIANZA MATERNOS  
Y LA CONDUCTA DELICTIVA

<b>Conducta Delictiva</b>		
<b>Aceptación</b>	r	.147*
	R <sup>2</sup>	2%
<b>Falta de limites</b>	r	.299**
	R <sup>2</sup>	9%
<b>Rechazo</b>	r	.263**
	R <sup>2</sup>	7%
<b>Castigo II</b>	r	.192*
	R <sup>2</sup>	4%

\* .05

\*\* .001

Los resultados obtenidos de la correlación de la conducta delictiva con los estilos de crianza maternos fue la siguiente: se observa que el coeficiente de Pearson fue bajo, los niveles de significancia fue de .05 y .001 por lo tanto no se acepta Ho.

Se presentan los resultados obtenidos de los estilos de crianza maternos en relación con el sexo, a partir de la Prueba “t de student” para muestras independientes.

### **Prueba “t de student”**

**TABLA 18**  
DIFERENCIAS POR SEXO DE LOS FACTORES  
ESTILOS DE CRIANZA MATERNOS

	<b>F</b>	<b>SIG.</b>	<b>T</b>	
<b>ACEPTACIÓN</b>	5.326	.022	-.639	.524
<b>EJECUCIÓN ORIENTADA</b>	.290	-.546	-.546	.586
<b>FALTA DE LÍMITES</b>	1.676	1.172	1.172	.243
<b>RECHAZO</b>	.948	-.825	-.825	.410
<b>PREFERENCIA HACIA EL SUJETO</b>	3.754	1.839	1.839	.068
<b>SOBREPROTECCIÓN</b>	3.788	1.581	1.581	.116
<b>FALTA DE AUTONOMÍA</b>	2.312	1.077	1.077	.283
<b>CONTROL FIRME</b>	9.253	-1.411	-1.411	.160
<b>CASTIGO</b>	.279	-8.44	-.844	.400
<b>CASTIGO II</b>	.066	-.740	-.740	.460

\* .05

\*\* .001

A partir de los resultados obtenidos se encuentra que el total de sujetos evaluados para el sexo femenino fue de 87, en tanto que para el sexo masculino fueron 99 sujetos evaluados. Es evidente que no existen diferencias significativas entre los factores de estilos de crianza maternos entre hombres y mujeres.

**TABLA 19**  
DIFERENCIAS POR SEXO DE LOS FACTORES  
CONDUCTA DISOCIAL Y CONDUCTA DELICTIVA

	<b>F</b>	<b>SIG.</b>	<b>t</b>	
<b>CONDUCTA DISOCIAL</b>	9.448	.002	-2.335	.021*
<b>CONDUCTA DELICTIVA</b>	25.734	.000	-3.078	.002**

\* .05

\*\* .001

A partir de los resultados obtenidos del análisis de la conducta disocial y la conducta delictiva, se observa lo siguiente:

La conducta disocial se obtuvo **p** equivalente a .021 significativo a .05. Por lo tanto se observa que si existen diferencias entre hombres y mujeres en esta variable.

Mientras que en la conducta delictiva se observa que el valor de **t** es igual a -3.078 y de **p** de .002; lo cual nos indica que si existen diferencias entre la conducta delictiva entre ambos géneros.

En la siguiente tabla se presenta los resultados obtenidos de las diferencias por sexo entre la conducta disocial y los estilos de crianza maternos.

**TABLA 20**  
DIFERENCIAS POR SEXO DE LOS FACTORES  
ESTILOS DE CRIANZA MATERNOS Y CONDUCTA DISOCIAL

	<b>F</b>	<b>SIG.</b>	<b>t</b>	
<b>CRIANZA</b>	1.951	.164	-3.77	.707
<b>CONDUCTA DISOCIAL</b>	9.448	.002	-2.335	.021*

\* .05

\*\* .001

En la tabla 20 se observa que no existen diferencias significativas entre niños y niñas en los estilos de crianza maternos. Mientras que en la conducta disocial se encuentran diferencias significativas a .05. Por lo tanto se acepta Ho.

**TABLA 21**  
DIFERENCIAS POR SEXO DE LOS FACTORES  
ESTILOS DE CRIANZA MATERNOS Y CONDUCTA DELICTIVA

	<b>F</b>	<b>SIG.</b>	<b>T</b>	
<b>CRIANZA</b>	1.951	.164	-3.77	.707
<b>CONDUCTA DELICTIVA</b>	25.734	.000	-3.078	.002**

\* .05

\*\* .001

Se observa que no existen diferencias significativas entre niños y niñas en los estilos de crianza maternos. En la conducta delictiva sí se encuentran diferencias significativas a .01. Por lo tanto se acepta  $H_0$ .

## CAPITULO VII

### DISCUSIÓN

Para fines de la presente investigación se llevó a cabo un estudio correlacional, el cual nos permitió asociar las variables estilos de crianza maternos y la conducta disocial mediante un patrón predecible.

Para comprender la estructura de la variable estilos de crianza maternos se utilizó un análisis de frecuencias. Los estilos de crianza estudiados se ajustan a la tipología de Baumrind y se retoman los de Coopersmith.

Los resultados obtenidos del análisis de datos demuestran que el (14%) de la población no son aceptados; el (9%) tienen un estilo de crianza materno de no ejecución orientada; el (9%) tiene falta de límites; el (13%) de la población es rechazada; el (25%) es sobreprotegido; el (12%) tiene preferencia hacia el sujeto; el (11%) tienen un estilo de crianza materno autoritario; el (6 %) de los niños su madre no ejercen un control firme; el (13%) el estilo de crianza es basado en castigo y el (10%) la crianza es de castigo severo.

A pesar de que los porcentajes son bajos, es importante considerar que la literatura menciona que esta población se encuentra en riesgo, al generalizar los datos, nos encontramos que la muestra puede ser significativa para comprender la población infantil en general.

Según Baumrind (1996, citado en López, 2000 & Hoffman y cols. 1995) existen efectos de la crianza materna:

El *castigo* tiene un daño inevitable por el lado de los afectos y es significativamente una conducta que predomina en el estilo autoritario. Lo punitivo y hostil es una técnica disciplinaria que esta asociada con disturbios emocionales y cognitivos en el niño. Esta asociada a impulsos destructivos y conducta delictiva.

La *supervisión*, provoca que las altas demandas y otras manifestaciones de autoridad paterna generen niños rebeldes, en especial durante la adolescencia.

El *control* genera pasividad y dependencia, la marcada restricción de los padres puede disminuir la asertividad en los hijos y generar problemas de delincuencia.

Por su parte la total *permisividad* provoca problemas psicológicos en los niños. Disponen de una gran libertad y poca conducción. Tienden a ser impulsivos, agresivos, rebeldes, socialmente ineptos y no son capaces de asumir responsabilidades

El estilo *autoritario* de los padres muestra un temor por parte de ellos de perder el control sobre los hijos. El niño tiende a ser más retraído, temeroso, irritable y con poca interacción social. Carece de control interno además se los niños se vuelven rebeldes y agresivos.

Los adultos fungen como auxiliares en la regulación emocional estableciendo las normas de control conductual, anticipando situaciones difíciles o frustrantes, y ayudando al niño cuando pierde el control al mismo tiempo que le permite regularse (Fernández, 2005).

Los padres representan el mundo exterior del niño es de ellos de quien toman su forma de comportarse y de actuar, son ellos los encargados de dar una formación que permita desempeñarse adecuadamente, primero en su ambiente familiar y después en su ambiente social, son los padres los encargados de formar hábitos, de dar a conocer al niño principios, valores y leyes que se deben respetar (Oldano, 1998, cit. en Hurtado, 2000).

De ésta manera la crianza ha sido definida como la responsabilidad asumida por los padres respecto al crecimiento físico y desarrollo emocional y social de un hijo. Es una expresión de una forma particular de relación entre padres e hijos, que es singular y única entre todas las ligas humanas. Por lo tanto es la responsabilidad asumida por los padres respecto al crecimiento físico y el desarrollo emocional y social de un hijo (Elena-Caraveo, Hernández-Guzmán, Aguilar, Pérez-Barrón & Reyes, 2007).



Los tipos de ambientes de educación infantil que predicen la resistencia a la adversidad podrían también ser diferentes para niños y niñas. La resistencia en niñas esta asociada con familias que combinan la asunción de riesgos y la independencia con el apoyo de un cuidador femenino. Por el contrario, la resistencia en niños se relaciona con familias en las que hay un modelo masculino, una estructura, reglas y cierto fomento de la expresividad emocional (Hernández-Guzmán, 1999).

La diferencia entre la regulación emocional según el género de los escolares, se debe a los procesos de socialización, se espera que las mujeres perciban y tengan mayor apego emocional con sus padres. Lo cual implica que las niñas sean más susceptibles al moldeamiento parental que los niños. Por otro lado, cuando la relación emocional se ve alterado o retrasado provoca desregulación emocional (Fernández, 2005)

A pesar de que existen evidencias de las diferencias entre los estilos de crianza tanto para niños como para niñas; dentro del análisis de los resultados se encontró que no existen diferencias entre las mujeres y hombres en el estilo de crianza llevada por la madre. Es decir, que los niños y las niñas perciben de igual forma la crianza materna.

Las prácticas de crianza de los padres a través de conductas agresivas sobre niños y jóvenes aumentan considerablemente sus conductas antisociales. Pero es importante considerar que aunque existen otros factores para que desarrolle dicha conducta, la crianza sigue siendo un factor de gran relevancia.

De ésta manera la conducta antisocial, en especial la delincuencia, ha mostrado una tendencia a crecer en la última década dentro del ámbito nacional, situación que puede ser más alarmante si se toma en cuenta que las estadísticas reales de los delitos muchas veces son de difícil acceso (Juárez, Villatoro, Gutierrez, Bautista & Medina-Mora, 2005).

La conducta disocial es descrita por la CIE-10 (OMS, 1996) por su forma persistente y reiterada de alteración de la conducta, agresiva o desafiante. En el grado máximo pueden existir violaciones de las normas, desproporcionadas a las que serían

aceptables para la edad del niño y las características de la sociedad en la que vive. Se trata, por tanto, de algo más grave que una travesura infantil o rebeldía adolescente.

Mientras que la conducta delictiva es descrita como todos los actos que se enfrentan con limitaciones legales, para los delincuentes juveniles, las conductas delictivas comprenden dos tipos de actos. Uno de ellos consiste en los comportamientos que sólo son ilegales debido a la edad del delincuente. Los delitos relacionados con la edad se denominan *delitos de estatus* y son considerados ilegales hasta que se alcanza la mayoría de edad (Ollindick, 1990).

Como se observó en los resultados, el 4% de la población presenta conducta disocial. Considerando que los rangos de edad van de los 8 años a los 12 años podemos decir, que es una cifra alarmante, ya los niños desde edades tempranas están presentados conductas disruptivas, las cuales a mediano y a largo plazo tendrán consecuencias costosas tanto para las instituciones de salud como para las instituciones gubernamentales.

En los últimos estudios realizados en nuestro país se encontró que aumentaron las conductas relacionadas con el factor de violencia y robos, constituido por actos como tomar parte en riñas, golpear o dañar objetos, golpear o herir a personas, tomar mercancía sin pagarla y tomar dinero o valores por 50 pesos o menos, situación que se repite en los actos graves que, aunque presentan incrementos menores, señalan que los comportamientos de tomar dinero o valores mayores a 500 pesos y atacar a alguien usando un objeto o arma, cuando se compararon todas las mediciones acusaron aumento (Juárez, Villatoro, Gutiérrez, Bautista & Medina Mora, 2005).

Lo mismo pasa para la conducta delictiva, en los resultados de esta investigación se encontró que 14 niños presentan conductas delictivas. Lo cual nos indica que existe una población que de no ser atendida, llegará a la etapa adulta con las mismas conductas y en una situación de riesgo latente.

Los resultados de la conducta antisocial en los estudiantes adolescentes de México, indican que es mayor la proporción de los hombres que incurrir en

comportamientos antisociales, y que se destacan la participación en riñas, el golpear o dañar cosas ajenas, el golpear o herir a otras personas y tomar dinero. Los comportamientos considerados de mayor gravedad como vender drogas y usar un arma para robar o atacar a alguien, se han documentado en una proporción baja de estudiantes. Las mediciones de 1997 y de 2000 hubo ligeros incrementos, y que en algunos actos no hubo cambios en el comportamiento antisocial de los estudiantes de secundaria y bachillerato de la Ciudad de México. Sin embargo, las conductas antisociales tuvieron un incremento mayor entre las mediciones 2000 y 2003; mayor aún si se comparan únicamente los años 1997 y 2003 (Juárez, Villatoro, Gutierrez, Bautista & Medina Mora, 2005).

El trastorno disocial se diagnóstica más frecuentemente en varones, con tasas de prevalencia que van del 6 al 16 por 100, mientras que las estimaciones de mujeres diagnosticadas con un trastorno disocial van de 2 al 9 por 100. El DSM-IV- TR presenta tasas de la población que van del 1 a más del 10 por 100 sin especificar la distribución por sexo. Aunque la diferencia de prevalencia del trastorno entre hombres y mujeres parece ser especialmente correcta para el trastorno disocial de inicio en la infancia (antes de los 10 años), conforme los hombres y las mujeres se acercan a la adolescencia, sus tasas de prevalencia suelen manifestar menos discrepancia (APA, 2005).

Los resultados obtenidos en esta investigación se encontraron que no existen diferencias significativas en la conducta disocial tanto para hombres como para mujeres, es decir, que en ambos sexos la conducta disocial se presenta de igual. Estos datos fueron corroborados con los resultados dados en la conducta delictiva en donde tampoco se encontró diferencias significativas entre ambos sexos.

Lo cual no confirma las investigaciones realizadas con anterioridad. Dichos resultados pueden deberse a que las comparaciones de género pueden proporcionar conocimientos sobre características relacionadas con éste, pero, cuando se toma aisladamente, no aborda posibles diferencias cualitativas, es decir, 1) cómo se expresa la psicopatología en las niñas comparadas con los niños; 2) los procesos y mecanismos que subyacen a esta manifestación; 3) las consecuencias a largo plazo de ciertas

conductas para chicos comparadas con las chicas, y/o 4) el impacto diferencial de determinados acontecimientos ambientales en niños comparadas con niñas (Caballo & Simón, 2001).

Aunque existen muchos estudios relacionados con las diferencias de género en la psicopatología infantil, es importante considerar que las condiciones sociales se modifican rápidamente, a comparación de algunas décadas, tanto las niñas como los niños presentan los mismos factores de riesgo para desarrollar conductas disruptivas, por lo tanto no es de extrañarse que las patologías sean homologas tanto en hombres como en mujeres.

Los factores de protección son, habitualmente, características del individuo, como la buena autoestima, o del ambiente como la buena relación y comunicación familiar, que ayudan a amortiguar los efectos de la adversidad. Los factores protectores que previenen la conducta antisocial en 5 tipos principales: 1) apoyo padre e hijo, 2) métodos positivos de disciplina, 3) monitoreo y supervisión, 4) familias dedicadas a sus hijos y 5) padres que buscan información y apoyo. (Ayala, Pedroza, Morales, Caso-López y Barragán; Ezpeleta, 2005).

La literatura sugiere que existe una estrecha relación entre los estilos de crianza y las conductas disociales y delictivas. Lo cual es confirmado por los resultados obtenidos en este estudio. Se encontró que tanto la conducta disocial como la delictiva se relaciona con la No aceptación por parte de la madre. En tanto que la No ejecución orientada solo incrementa la conducta disocial. La falta de límites se relaciona con ambas conductas. Mientras que el rechazo incrementa la conducta disocial y su vez la conducta delictiva. Por último el castigo severo es asociado con ambas conductas.

Fernández, 2005, menciona que existe evidencia que sugiere que hay un vínculo moderadamente fuerte entre los estilos de crianza y las capacidades de regulación emocional en los niños. La disfunción emocional desplegada por los padres a través de la crianza punitiva afecta la habilidad de sus hijos para regular sus emociones. Facilitadas o aprendidas desde la socialización parental de emociones negativas,

incluyendo crianza severa, la disfunción emocional del niño conduce a un número de problemas sociales en las escuelas y en la conducta disruptiva (Fernández, 2005).

Hernández-Guzmán, 1999 describió la crianza punitiva o harsh, como reacción exagerada, emocionalidad negativa, coerciva, excesivamente estricto, punitivo, controlante y autoritario, los actos específicos comprenden un grupo de conductas de crianza severa incluyen gritos, dominan las frecuentes negativas, apodos, expresión de enojo y amenazas físicas y agresión. Las emociones desreguladas en los programas de intervención en crianza severa para padres abusivos usualmente incluye mantener un “diario de enojos” y entrenamiento en “manejo de la ira” para ayudar a los padres a monitorear y regular sus emociones.

Las interacciones de la agresividad física y emocional entre los padres y el niño forma la base de cómo interactúa el niño con otros. Los niños transfieren algo del afecto negativo y estrategias deficientes que han aprendido desde la interacción padre – hijo, a sus interacciones con su grupo, resultando en relación incompetente con sus compañeros (Hernández-Guzmán, 1999).

En niños como en jóvenes en edad preescolar son asociados mutuamente las interacciones de enojo rápidas exteriorizando problemas y el enojo recíproco entre padres y jóvenes es también la correlación con la conducta disocial en adolescentes. Además, los altos niveles de expresión de enojo no es simplemente correlación de problemas externalizados, ellos pronostican continuidad de problemas (Hankin & Abela, 2005).

La combinación de una relación de apego insegura y las conductas de paternaje puede inducir a través de la desregulación emocional conductas disruptivas, las cuales a su vez, provocan estrategias de crianza inadecuadas en los padres exarcebando las conductas problemas de los niños (Fernández, 2005).

Los resultados del presente estudio coinciden con estudios realizados anteriormente, las diferencias encontradas pueden deberse a que cada una de las

investigaciones difiere de algún modo; a pesar de ello, es importante mencionar que se deben tomar en cuenta para nutrir el campo de estudio.

Cabe puntualizar que entre los niños y los adolescentes, la conducta antisocial, es un hecho que se detecta alrededor y diversas manifestaciones de la sociedad: en el cine, en la televisión, en la prensa, en la calle, en la escuela y en la familia. En la actualidad el problema ya no es sólo de grupos marginados, se esta extendiendo y aparece en los centros urbanos como en los pequeños núcleos de la población (Seisdedos, 2001).

De ésta manera en ésta investigación los resultados arrojaron que no existen diferencias estadísticamente significativas entre la crianza y la conducta disocial entre niños y niñas, es decir, que se acepta la segunda Ho.

La discusión de la naturaleza y extensión del problema social ignora la tragedia personal que refleja la conducta antisocial. Existe, por supuesto, el desajuste crónico y la infelicidad de aquellos cuya conducta es de proporciones graves, además están las numerosas víctimas de ésta conducta. Los niños con conductas antisociales clínicamente graves tienden a continuar estas conductas en la adolescencia y la madurez (Kazdin, 1998).

Los costes personales o no monetarios son excesivos, cada historia individual representa una tragedia personal. La comprensión hacia el niño o adolescente con trastornos de conducta puede provocarse fácilmente dando detalles de las citasiones e influencia de las que surgen tales niños.

### **LIMITACIONES**

Algunas limitaciones y recomendaciones para futuras investigaciones se presentarán a continuación.

Una vez en desarrollo la investigación, se observaron varias limitaciones. La principal fue el acceso a la población infantil, debido a los permisos otorgados por las escuelas primarias. Dentro de la muestra utiliza no es suficientemente representativa,

por lo cual se recomienda que en las futuras investigaciones consideren una muestra mayor.

También es recomendable que la muestra se realice en un rango de edad superior, ya que los niños evaluados fueron de 8 años de edad a 12, lo cual nos indica que la mayoría de ellos todavía se encuentran en infancia intermedia y apegadas a las reglas familiares y sociales.

Una de las observaciones para las siguientes investigaciones, es controlar la variabilidad en la muestra, con la finalidad de conocer si los resultados son iguales a éste estudio.

Se recomienda que las investigaciones futuras sigan con la línea en prevención de las conductas disociales, ya que los costos son enormes, de no prevenir y no tratar a tiempo.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychological Association (2002). *Manual de estilo de publicaciones de la American Psychological Association* (2a. ed.). E.U.A: Manual Moderno
- American Psychological Association (2005). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3a edic) (DSM –IV-TR). España: Masson
- Alaéz; M., Martínez-Arias, R. & Rodríguez Sutil, C. (2000). Prevalencia de trastornos psicológicos en niños y adolescentes, su relación con la edad y género. *Psicothema*, 004 (12).
- Almonte, T., Montt, M., & Correa, F. (2003). *Psicopatología infantil y de la adolescencia*. Chile: mediterráneo.
- Ayala, H. (2001). Estudio de caso: conducta agresiva en infante. *Revista Mexicana de Psicología*, 1 (15).
- Ayala, H. (2001). Estudio longitudinal para determinar el estilo de crianza como factor de riesgo es niños con conducta agresiva. *Revista Mexicana de Psicología*, 2 (16)
- Ayala, H., Pedroza, F., Morales, S., Caso-López, A., & Barragán, Torres. (2005). Factores de riesgo y factores protectores y generalización del comportamiento agresivo en una muestra de niños en edad escolar. *Revista Salud Mental*, 2, (25).
- Bandura, A. & Ribes, E. (1972). *Modificación de la conducta análisis de la agresión y la delincuencia*. México: Trillas.
- Benjet, C. & Lara, C. (2000) Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica. *Salud mental*. 04(16).



- Buega, S. & Murillo, M. (1997). *Las Adolescencia, familia y conducta antisocial: Estilos de disciplina, comunicación, clima familiar, funcionamiento*. España: C.S.V (Cristóbal Serrano Villalba).
- Burt, McGue, DeMarte, Krueger & Iacono (2006). Tiempo de menarca y los orígenes del trastorno de conducta.
- Caballo, V. & Simón, M. (2001). *Manual de psicología clínica infantil y del adolescente. Trastornos generales*. Madrid: Pirámide.
- Caballo, V. (2004). *Manual de trastornos de la personalidad. Descripción, evaluación y tratamiento*. España: Editorial Síntesis.
- Caballo, V. & Simón, M. (2004). *Manual de psicología clínica infantil y del adolescente. Trastornos específicos*. Madrid: Pirámide.
- Caraveo-Anduaga, J. (1997). Paidopsiquiatría y epidemiología. *Psiquiatría Infantil*. 6(1-3).
- Caraveo-Anduaga, J.; Colmenares-Bermúdez, E. & Martínez-Vélez, N.(2002). Síntomas, percepción y demanda de atención en salud mental en niños y adolescentes de la Ciudad de México. *Salud pública Méx*. 6(44). p.p. 492-498
- Coolican, H. (1994). *Métodos de Investigación y estadística en Psicología*. México: Manual Moderno.
- Ezpeleta, L. (2005). *Factores de riesgo en psicopatología del desarrollo*. España: Masson
- Fajardo, V. (2006). *Conducta agresiva en niños: Evaluación de los efectos de un modelo de tratamiento cognitivo conductual y de entrenamiento a padres*. Tesis de Doctorado no publicado. UNAM. México.

- Fernández, H. (2005). La vergüenza en los niños: su conceptualización psicológica, medición y correlatos conductuales. Tesis de Doctorado. UNAM. México
- Fernández –Abascal, E. & Palmero, F. (1999). *Emociones y salud*. España: Ariel Psicología
- Fernández & Martí (1998). *Asociación Mexicana de Pediatría y Psiquiatría*. México: McGraw- Hill.
- González, A. (1996). *Cuaderno de educación especial 1: problemas en torno a la conceptualización del menor infractor*. México: Facultad de Estudios Superiores de Zaragoza, UNAM.
- Hankin & Abela (2005). *Development of psychopathology: a vulnerability- stress perspective*. E. U.A: SAGE
- Hernández- Guzmán, L. (1999). *Hacia la salud psicológica: Niños socialmente competentes*. México: UNAM
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C. & Baptista, P. (2006). *Metodología de la investigación* (4ª. ed.). México: McGraw-Hill
- Hoffman, L., Paris, S., & Hall, E. (1995). *Psicología del desarrollo hoy* (6a. ed.). España: McGraw-Hill
- Hurtado, F. (2000). *Algunos factores psicológicos –familiares y sociales- del delincuente juvenil*. Tesis de Licenciatura. UNAM. México.
- Jiménez Hernández, M (1997, 2ª ed.). *Psicopatología infantil*. España: Aljibe
- Jiménez, G. (2000). *Estilos de crianza maternos informado por madres e hijos y su relación con estatus socioeconómicos del niño escolar*. Tesis de Maestría en Psicología Social. UNAM. México.

- Juárez, F., Villatoro, J., Gutiérrez, M., Fleiz, C., & Medina-Mora, M. (2005). Tendencias de la conducta antisocial en estudiantes del Distrito Federal: Mediciones 1997-2003. *Salud Mental*, 3 (28).
- Kazdin, A. & Buela-Casal, G. (1998). *Conducta antisocial. Evaluación, tratamiento y prevención en la infancia y la adolescencia*. Madrid: Pirámide
- Kazdin, A. & Moira, W., (2006). Pretreatment Social Relations, Therapeutic Alliance, and Improvements in Parenting Practices in Parent Management Training.
- Kerlinger, F. & Lee, H. (2002). *Investigación del comportamiento. Métodos de Investigación en Ciencias Sociales*. México: McGraw-Hill
- Márquez-Caraveo, E., Hernández-Guzmán, L., Villalobos, J., Pérez-Barrón, V., Reyes-Sandoval, M. (1997). Datos Psicométricos del EMBU-I. “Mis memorias de crianza” como indicador de la percepción de crianza en una muestra de adolescentes de la Ciudad de México. *Revista de Salud Mental*, 2, (30).
- López, M. (2000). *Medición de la percepción en los estilos de crianza madre-hijo*. Tesis de Maestría en Psicología Clínica. México: Facultad de Psicología, UNAM
- Oliva, F., Parra, A. & Arranz, E. Estilos relacionales parentales y ajuste adolescente. Disponible en: [www.psiquiatria.com](http://www.psiquiatria.com)
- Ollindick, T. (1990). *Psicopatología Infantil*. España: Martínez Roca
- Organización Mundial de la Salud (1996). *Clasificación Multiaxial de los Trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes. Clasificación de la CIE-10 de los trastornos mentales y del comportamiento en niños y adolescentes*. E.U.A: Panamericana.

- Ortega, S. (1994). *Influencia de los estilos de crianza materno en el autoconcepto del niño*. Tesis de maestría en psicología educativa. UNAM. México.
- Rico, H., Magis, C., Guerrero, M., Gómez, M., Ruíz, C., Vargas, O., & Silva, J. Frecuencia de los trastornos mentales en los niños escolares de 1er. Grado de primaria. *Salud Mental* 2 (9)
- Rivas, T. (1995). *Psicopatología en la edad escolar*. Santander: Universidad de Cantabria
- Rivera, S. & García, M. (2005) *Aplicación de la estadística a la psicología*. México: Porrúa
- Rodríguez-Sacristán, J. (2000). *Psicología Infantil Básica, Teoría y casos clínicos*. España: Psicología Pirámide
- Romero. S. (2005). *Código Penal de Distrito Federal*. México: Editorial Universitario.
- Santo-Domingo, Baca, Carrasco & García-Camba. (2002). *Manual de Psiquiatría*. Madrid: Ars Médica.
- Seisdedos, N. (2001). *Cuestionario de Conductas Antisociales – Delictivas*. México: Manual Moderno.
- Servera, M. (2002). *Intervención en los trastornos del comportamiento infantil*. Madrid: Pirámide
- Siegel, S (1991). *Estadística no paramétrica: aplicadas a las ciencias de la conducta*. México: Trillas
- Solloa, L. (2001). *Los trastornos psicológicos en el niño: etiología, características, diagnóstico y tratamiento*. México: Trillas

# APÉNDICE

**APÉNDICE****A****Instrumento De Medición De La Percepción Infantil  
De Estilos De Crianza Maternos**

- Este cuestionario trata de buscar maneras para mejorar nuestra salud y la de nuestra familia, recuerda contestar pensando en la persona que te cuida.
- Lo que tú contestes en el cuestionario, nadie lo va a saber.
- No tienes que escribir tu nombre.
- Lo que contestes esta bien pero se trata de que contestes con la verdad.
- Esto no es un examen.
- No hay respuestas ni buenas ni malas.
- Una cosa muy importante es que si tienes alguna pregunta, la hagas con toda confianza.

**EJEMPLO.**

Juega conmigo:

- a) Nunca ( )
- b) A veces ( )
- c) Muchas veces ( )

Si colocas la cruz (x) en el primer paréntesis quiere decir que:

*Juega contigo NUNCA*

Si colocas la cruz (x) en el segundo paréntesis quiere decir:

*Juega contigo A VECES*

Si colocas la cruz (x) en el tercer paréntesis quiere decir:

*Juega contigo MUCHAS VECES*

**POR FAVOR RECUERDA SOLO USAR LÁPIZ**

REACTIVO	NUNCA	A VECES	MUCHAS VECES
1. Me abraza			
2. Siento que me quiere			
3. Me consuela cuando estoy triste			
4. Me tiene paciencia			
5. Le preocupa que me vea arreglado			
6. Le gusta hablar conmigo			
7. Puedo contar con ella (él) cuando la (lo) necesito			
8. Me habla amistosamente			
9. Me ayuda cuando tengo un problema			
10. Me dice que antes de jugar, tengo que hacer mi tarea			
11. Espera que yo tenga mis cosas en orden			
12. Me dice cuales son mis responsabilidades			
13. Me deja hacer lo que yo quiera			

14. Me deja ir a donde yo quiera sin preguntarme nada			
15. Me deja salir aún cuando no haya hecho el trabajo que me encargó			
16. Dice que soy un burro			
17. Me dice que soy un inútil			
18. Ignora mis sentimientos			
19. Dice que soy un problema			
20. Me critica			
21. Todo lo que hago le parece mal			
22. Me prefiere más a mí que a mis hermanos			
23. Me trata mejor que a mis hermanos			
24. Les regala más juguetes a mis hermanos que a mí			
25. Me cuida demasiado			
26. Se preocupa por mucho por mi salud			
27. Me baña			
28. Me viste			



29. No me deja salir por miedo a que me pase algo			
30. Me deja escoger a mis amigos (as)			
31. Me baño solo (a)			
32. Hacemos cosas juntos (as)			
33. Me enseña cosas que quiero aprender			
34. me ayuda con mi tarea cuando no entiendo algo			
35. Me impulsa a hacer las cosas lo mejor posible			
36. Le gusta que saque buenas calificaciones			
37. Le gusta platicar de las cosas buenas que hago			
38. Me alienta para que me apure			
39. Cuando voy bien en la escuela me felicita			
40. Cuando no hago la tarea me pega			
41. Cuando me castiga me explica por que			

42. Me grita por todo			
43. Cuando me pega me explica por que lo hace			
44. Me da coscorriones o jalones de orejas			
45. Le gusta castigarme			
46. Me pega por cualquier cosa			
47. Cuando saco malas calificaciones me pega			

**¡¡G R A C I A S!!**

**APÉNDICE****B****CUESTIONARIO A-D**

Sexo:\_\_\_\_\_ Edad:\_\_\_\_\_ Grado y Grupo:\_\_\_\_\_

**Instrucciones**

Cuando el examinador te lo indique vuelve la hoja y encontrarás una serie de frases sobre cosas que las personas hacen alguna vez; es probable que hayas hecho algunas cosas. Lee cada frase y señala el SÍ, si has hecho lo que dice en la frase; señala el NO, en el caso contrario.

Tus respuestas van a ser tratadas confidencialmente, por eso se te pide que contestes con sinceridad. Procura no dejar frases sin contestar, decídetes por el Sí o por el No.

**AHORA VOLTEA LA HOJA Y  
CONTESTA TODAS LAS FRASES**

**Contesta SI o NO a las frases siguientes:**

1. Alborotar o silbar en una reunión, lugar público o de trabajo

SI	NO
----	----

2. Salir sin permiso (del trabajo, la casa o la escuela)

SI	NO
----	----

3. Entrar a un sitio prohibido (jardín privado, casa vacía)

SI	NO
----	----

4. Ensuciar las calles/aceras, rompiendo botellas o volcando cubos de basura

SI	NO
----	----

5. Decir “groserías” o palabras fuertes

SI	NO
----	----

6. Molestar o engañar a personas desconocidas

SI	NO
----	----

7. Llegar tarde al trabajo, escuela o reunión

SI	NO
----	----

8. Hacer trampas (en examen, competencia importante, información de resultados)

SI	NO
----	----

9. Tirar basura al suelo (cuando hay cerca una papelera o un cubo)

SI	NO
----	----

10. Hacer *graffitis* o pintas en lugares prohibidos (pared, banco, mesa, etc)

SI	NO
----	----

11. Tomar frutas de un jardín o huerto que pertenece a otra persona

SI	NO
----	----

12. Romper o tirar al suelo cosas que son de otra persona

SI	NO
----	----

13. Gastar bromas pesadas a la gente, como empujarlas dentro de un charco o quitarles la silla cuando van a sentarse

SI	NO
----	----

14. Llegar a propósito, más tarde de lo permitido (casa, trabajo, obligación)

SI	NO
----	----

15. Arrancar o pisotear flores o plantas de un parque o de un jardín

SI	NO
----	----

16. Llamar a la puerta de alguien y salir corriendo

SI	NO
----	----

17. Comer, cuando esta prohibido, en el trabajo, clase, cine, etc

SI	NO
----	----

18. Contestar mal a un superior o autoridad (trabajo, clase o calle)

SI	NO
----	----

19. Negarse a hacer las tareas encomendadas (trabajo, clase o casa)

SI	NO
----	----

20. Pelearse con otros (con golpes, insultos o palabras ofensivas)

SI	NO
----	----



21. Pertener a una pandilla que arma líos, se mete en peleas o crea disturbio

SI	NO
----	----

22. Tomar el coche o la moto de un desconocido para dar un paseo, con la única intención de divertirse

SI	NO
----	----

23. Forzar la entrada de un almacén, garage, bodega o tienda de abarrotes

SI	NO
----	----

24. Entrar en una tienda que esta cerrada, robando o sin robar algo

SI	NO
----	----

25. Robar cosas de los coches

SI	NO
----	----

26. Llevar algún arma (cuchillo o navaja) por si es necesario en una pelea

SI	NO
----	----

27. Planear de antemano entrar en una casa, apartamento, etc., para robar cosas de valor (y hacerlo si se puede)

SI	NO
----	----

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

SI	NO
----	----

29. Forcejear o pelear para escapar de un policía

SI	NO
----	----

30. Robar cosas de un lugar público (trabajo, colegio) por valor de más de 100 Pesos

SI	NO
----	----

31. Robar cosas de almacenes, supermercados o tiendas de autoservicios, estando abiertos

SI	NO
----	----

32. Entrar a una casa, apartamento, etc., y robar algo (sin haberlo planeado antes)

SI	NO
----	----

33. Robar materiales o herramientas a gente que esta trabajando

SI	NO
----	----

34. Gastar frecuentemente en el juego más dinero del que se puede

SI	NO
----	----

35. Robar cosas o dinero de las máquinas tragamonedas, teléfonos públicos, etc

SI	NO
----	----

36. Robar ropa de un tendedero o cosas de los bolsillos de ropa colgada en un perchero

SI	NO
----	----

37. Conseguir dinero amenazando a personas más débiles

SI	NO
----	----

38. Tomar drogas

SI	NO
----	----

39. Destrozar o dañar cosas en lugares públicos

SI	NO
----	----

40. Entrar en un club prohibido o comprar bebidas prohibidas

SI	NO
----	----

**¡¡G R A C I A S!!**