



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

CARRERA DE PSICOLOGÍA

**CONDUCTAS DE RIESGO ASOCIADAS A LAS
CREENCIAS IRRACIONALES DE LOS
MENORES EN SITUACIÓN DE CALLE**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

P R E S E N T A N:

**Claudia Nayeli Hernández Sánchez
Ricardo Vázquez Galván**

DIRECTOR DE TESIS

Edgar Pérez Ortega

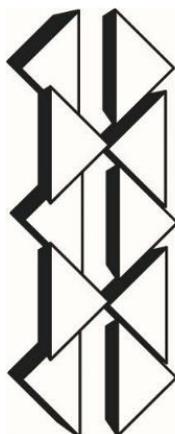
JURADO

LIC. Jorge Arturo Manrique Urrutia

MTRA. María Felicitas Domínguez Aboyte

MTRO. Mario Manuel Ayala Gómez

MTRA. María de los Ángeles Martínez Suárez



**F E S
ZARAGOZA**

Ciudad de México. 2019



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

A mi hijo. Enrique mío, me has dado la gran dicha de ser madre, este logro es para ti. Desde que crecías en mi vientre me enseñaste el significado real del valor y de la fortaleza.

A mi madre, el ser más amoroso. Sin tus cuidados, amor, apoyo y comprensión, no lo hubiera logrado. Gracias por ser la mejor mamá.

A mi padre, la persona más inteligente y capaz. Gracias por ser la guía de mi vida, por enseñarme el significado de la honestidad y la constancia.

A mi hermano Hugo, por ser el mejor ejemplo de la tenacidad.

A Rodrigo, por acompañarme en este camino tan complejo y no soltar nuestra mano.

A las que han sido mi segunda madre, mis tías Laura y Guadalupe, gracias por su amor infinito y apoyo incondicional.

A Virginia, por tu amor y apoyo incondicional, gracias por todo.

A nuestro Director de Tesis. Edgar, gracias por tu apoyo, tu infinita comprensión y por el aprendizaje.

A Ricardo, mi compañero de Tesis. Por su apoyo y amistad incondicional, ¡lo logramos!.

A la UNAM, nuestra Alma Mater, por mi formación profesional.

¡México, Pumas, Universidad!

Claudia Nayeli Hernández Sánchez

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer principalmente a mi padre, Mario Vázquez y a mi madre, Juana Galván, por su guía, apoyo y amor incondicional, por ser los principales pilares en mi vida y por nunca dejar de creer en mí.

A mi familia, Karina Vázquez, Romina Vázquez, Luis Colín, Victoria Donato, Marcelino Vázquez, Natividad Galván, Reinalda García, Tadeo Colín y Danna Rodríguez, porque siempre estuvieron en los momentos felices y tristes junto a mí y sé, que siempre estarán cuando los necesite.

Y a mis amigos, Claudia, Tey, Marisol, Mali, Gaby, Liliana, Carlos, Salvador, Hugo, etc... Esa familia que yo elegí y viví con ellos buenas y malas experiencias, pero siempre en constante crecimiento.

A Edgar, por su tiempo, amistad, sabiduría y apoyo. A Mario, María de los Ángeles, María Felicitas y Jorge por su gran ayuda para terminar este proyecto.

Ricardo Vázquez Galván

ÍNDICE GENERAL

Índice general

Resumen.....	1
Capítulo 1 Introducción.....	2
Capítulo 2 Menores en situación de calle.....	5
2.1 Factores que influyen para que los menores decidan vivir en la Calle.....	8
2.1.1 Económicos.....	8
2.1.2 Familiar.....	9
2.1.3 Violencia.....	11
2.1.4 El rol materno.....	13
2.1.5 Ausencia parental.....	14
2.2. Razones por las que los menores no dejan la calle.....	15
2.2.1 Amigos.....	15
2.2.2 Amores en la calle.....	16
2.2.3 Libertad.....	16
2.2.4 Trabajo y robo.....	17
2.2.5 Prostitución.....	18
2.2.6 Consumo de droga.....	18
2.2.7 Analfabetismo funcional.....	18
2.3. El funcionamiento psicológico.....	19
Capítulo 3 Terapia Racional Emotiva Conductual.....	24
3.1 Modelo del A-B-C-D-E.....	26
3.2 Emoción.....	28
3.3 Cognición.....	30
3.4 Creencias Irracionales.....	33
3.4.1 Dimensión de Proceso.....	43
3.4.2 Dimensión de Contenido.....	45
Capítulo 4 Conducta.....	47
4.1 Teoría de la conducta problemática.....	49
4.2 Conductas de riesgo.....	52
4.3 Principales conductas de riesgo en menores en situación de calle.....	63
Capítulo 5 Metodología.....	65
5.1 Planteamiento del problema.....	65

5.2 Pregunta de investigación.....	67
5.3 Objetivos.....	67
5.4 Material y métodos	67
5.4.1 Diseño de estudio.....	67
5.4.2 Muestra.....	67
5.4.3 Variables.....	68
5.4.4 Técnicas de recolección de datos.....	69
5.4.5 Procedimiento.....	71
5.4.6 Análisis estadístico.....	72

Capítulo 6 Resultados.....	73
7. Discusión.....	88
8. Conclusiones.....	94
9. Bibliografía.....	99
10. Anexos.....	110

Resumen

El presente documento abordó el fenómeno de los menores en situación de calle enfocándose en la asociación entre las creencias irracionales y las conductas de riesgo, dicho nivel se analizó mediante la correlación de estas variables. Se utilizó el instrumento “Escala de actitudes y creencias” (Caballo, Lega y Gonzalez, 1996) y el Listado de cotejo de Conductas de Riesgo (OMS, 2018) aplicándose a 100 menores que estaban en situación de calle. Los análisis que se realizaron fueron de estadística descriptiva para tener una perspectiva de la recurrencia de las variables de conductas de riesgo y creencias irracionales, así como una correlación bivariada de Spearman entre las variables mencionadas. Los resultados obtenidos exponen que la presencia de ideas irracionales está asociada con la práctica de conductas de riesgo.

Palabras clave: *situación de calle, conductas de riesgo, creencias irracionales.*

Capítulo 1

1 Introducción

Las crisis económicas, políticas y sociales que afectaron históricamente a México repercuten en primera instancia en las familias de escasos recursos, debido a éste problema, surgen conflictos al interior de la sociedad, ejemplo de ello, son el incremento de los índices de delincuencia, consumo de drogas, bebida alcohólicas, pandillerismo, desintegración familiar y el abandono de menores desde una concepción emocional y física (Makowski, 2012). El sector infantil es el más vulnerable y por lo tanto el que recibe el mayor impacto de estas crisis, dando como resultado una población infantil desprotegida y olvidada.

A pesar de que en México el fenómeno de los menores en situación de calle es cotidiano, suele ser infravalorado, prueba de ello es que el último censo oficial realizado por la UNICEF y el DIF fue en el año 1995, en donde se identificó que existen más de 13 mil menores de 18 años viviendo en condiciones de calle (Pérez, 2003). Algunas de las excusas que las Instituciones del Gobierno han dado como respuesta para el abandono de esta población, es que la gran movilidad y anonimato que guarda les ha dificultado tener una cifra actualizada, razón por la que hoy en día desconocen la dimensión real de éste fenómeno y en consecuencia, los programas sociales no tienen una intervención apropiada y significativa (Altamirano, 2018).

De acuerdo a Gutiérrez y Vega (2003), las investigaciones realizadas en la población de menores en situación de calle se han enfocado en los problemas de la subsistencia infantil en las calles, su organización social, el uso de inhalantes, los factores que lo propician y determinar las consecuencias neurológicas y psicológicas que produce el consumo deliberado de disolventes.

Son pocos los trabajos que han generado información que permita caracterizar a esta población desde una perspectiva psicológica, uno de ellos, es el

de Villegas (2013), esta autora identificó pensamientos y creencias irracionales causantes de conductas impulsivas en adolescentes en situación de calle. También encontró evidencia de que la baja tolerancia a la frustración, poca capacidad de espera, susceptibilidad a la crítica y estrategias inadecuadas en la solución de conflictos están relacionadas a comportamientos de tipo impulsivo-agresivo.

Morales (2007) plantea que la impulsividad facilita que las personas respondan de forma agresiva, probablemente por la tendencia de actuar dejándose llevar por el impulso del momento, lo que también facilita la manifestación de conductas agresivas.

En un artículo publicado por Pérez (2003) postula que en el proceso de callejerización que viven los menores en situación de calle se crean alteraciones a nivel neurológico que resulta en la modificación de aspectos de su personalidad y que tiene un impacto directo en la psique del niño, ya que por su condición de edad se encuentran más orillados a las conductas de alto riesgo entre las que destaca realizar acciones ilegales para sobrevivir. Es decir, su experiencia de vida está ligada a ingresos a los distintos espacios de reclusión, los cuales fortalecen su identificación con el grupo de calle y sus conductas ilegales. Finalmente concluye que la cultura callejera se mueve preponderantemente sobre tres ejes vivenciales: adicciones, sexualidad y violencia.

Dado lo anterior y considerando las bases teóricas de Ellis (1996) de que las personas que presentan de manera dogmática creencias absolutistas y rígidas, presentaran perturbaciones emocionales serias, tenderán a ser inhibidas, hostiles, defensivas, ansiosas, incapaces, indiferentes, desordenadas y deprimidas, surge la idea de describir las creencias irracionales que muestran los menores en situación de calle y analizar cuáles de ellas los llevan a realizar conductas de riesgo, por lo que ésta investigación se enfocará en determinar ésta asociación para obtener una aproximación a este sector marginal respecto a la estructura cognitiva dadas sus condiciones de vida en calle. Con esta aproximación se facilitará la implementación

de acciones de intervención para los albergues e instituciones que trabajan directamente con esta población.

Capítulo 2

2 Menores en situación de calle

El fenómeno de los menores en situación de calle aparece como consecuencia de una serie de situaciones económicas desfavorables y una total negligencia por parte del gobierno, sociedad y las propias familias de los menores (Llorens, 2005). Las crisis económicas, políticas y sociales que afectaron históricamente a México, repercuten en primera instancia en las familias de escasos recursos y el sector infantil es el más vulnerable, por lo tanto, es el que recibe el mayor impacto de estas crisis, dando como resultado una población infantil desprotegida y olvidada (Makowski, 2012).

El origen del fenómeno de los menores en situación de calle es multifactorial y las principales causas relacionadas con la salida del menor de su hogar van desde factores económicos, estructura e integración familiar e influencias externas a la familiar (Villegas 2013).

Para tener un mejor entendimiento de esta población es importante diferenciar las distintas tipologías que se han desarrollado a lo largo de la historia por instituciones y autores que se han dedicado a la investigación de la población infantil callejera. A continuación, se consideran varias definiciones, con las cuales se pretende llegar a un consenso para las similitudes y diferencias y poseer una conceptualización sobre esta población.

En las últimas décadas la UNICEF estableció tres tipos básicos para denominar a la población en situación de calle de manera general (Hernández, 2005):

1) Menores de la calle. Nombra a aquellos menores y adolescentes que han roto vínculos familiares y que han hecho de la calle su hogar.

2) Menores en la calle. Se refiere a aquellos que realizan actividades generadoras de ingresos en cruceros y espacios públicos cerrados, pero aún viven con su familia

3) Menores en riesgo. Designa a aquellos que viven en condiciones de pobreza pero que mantienen vínculos con sus familias y con otras instituciones como la escuela.

En México, una de las instituciones gubernamentales que ha abordado el fenómeno de menores de la calle es el Sistema Integral para el Desarrollo de La Familia (DIF), el cual ha establecido una clasificación de tres grandes categorías, a través del Subprograma de Atención al Menor en Situación Extraordinaria (MESE), (Gutiérrez, 1992):

1. Niño de la calle: es aquel que, por presentar una situación familiar altamente conflictiva o por vivir en condiciones de pobreza extrema, rompe totalmente sus lazos familiares y deja su hogar y su comunidad. La calle, se convierte, entonces, en su casa, su escuela, su jardín, su espacio de subsistencia. Las condiciones adversas lo hacen desarrollar una enorme capacidad de desplazamiento, y se ve precisado a realizar actividades de subempleo y/o delictivas. Se ubica en zonas urbanas y la calle (plazas, cruceros, parques, mercados y sitios de atracción turística y comercial) se torna en su hábitat principal reemplazando a la familia como factor esencial de crecimiento y sociabilidad.
2. Niño en la calle: es aquel que, sin haber roto sus vínculos familiares, realiza actividades de subempleo y pasa la mayor parte del día fuera del espacio doméstico. Manifiesta irregularidad en la escuela, procede de barrios o clónicas marginales y se ve obligado a cooperar en la raquítica economía familiar. Los menores vende-chicles, vende-periódicos, los menores limpiaparabrisas, los boleros, entre otros, forma parte de este subgrupo de menores en situación extraordinaria. Una característica fundamental que lo

diferencia del anterior es que éste aún mantiene sus lazos familiares –aunque generalmente son débiles- y continúa durmiendo en casa.

3. Menor en riesgo: comprende a todos aquellos menores que viven entre los sectores de población con niveles económicos muy precarios, que forman parte de familias desintegradas o altamente conflictivas, aquellos que reciben maltrato y se desenvuelven en condiciones familiares y sociales totalmente adversas. Estos menores no realizan actividades de sub-empleo pero son candidatos idóneos para integrarse a cualquiera de las dos categorías anteriormente mencionadas. Esto es, son menores que corren el riesgo de ser expulsados a la calle.

Como entendido, la diferencia es que los menores en situación de calle han roto vínculos familiares totalmente y los menores en la calle aún mantienen estos vínculos por muy mínimos que sean, a pesar de que pasan el mayor tiempo del día fuera de casa (Pérez, 2003).

En la presente investigación se optó por tomar la definición de menor en situación de calle considerando lo expuesto por Taracena (2011), como una persona menor de 18 años, donde la base de su supervivencia depende directamente o en gran medida a los recursos que obtenga de trabajar en la calle y que suelen tener una relación familiar fracturada o nula y saben sobrevivir en la calle, disponiendo de redes sociales que le ayudan en su supervivencia.

Sin embargo, éste término sólo se tiene que utilizar en una forma para identificar a los menores que tienen las características antes descritas, ya que suele ser despectivo y desindividualiza al menor.

2.1. Factores que influyen para que los menores vivan en la calle

Los principales factores que influyen para que los menores vivan en la calle son socioeconómicos y familiares, éstos están fuertemente asociados entre sí ya que la alteración de uno implica un impacto en los demás, dando como resultado el abandono de su casa en una forma definitiva o periódica (Pojomovsky, 2008). Los menores no son expulsados de su seno familiar por solo un motivo, a continuación, se enlistan las razones por las que un niño toma la decisión de dejar su casa de manera definitiva o periódica.

2.1.1 Económicos

En las condiciones estructurales de extrema pobreza se sitúa uno de los motivos de peso en la salida hacia la calle. Las deficiencias del sistema económico-social provocan carencias y pobreza extrema en amplios sectores de la población, impidiendo a los menores otras salidas e impulsando la búsqueda de recursos en la calle, ya sea como parte de una estrategia familiar o individual (Pojomovsky, 2008). Según Fernández (1995), “una situación familiar de extrema pobreza y origen macro-social, provoca el naufragio completo de los núcleos familiares que se constituyen a partir de ella. El problema del menor en situación de calle es un problema de las familias de la calle, que abandonadas por la sociedad y sus instituciones sucumben en su propio abandono...”.

Un estudio realizado por Makowski (2012) sostiene que en la CDMX la mayoría de los menores en situación de calle provienen de las colonias o zonas marginadas de la ciudad, de diversos municipios conurbanos y de otros estados de la República Mexicana. Inzúa (2006) y Makowski (2012) afirman que los factores que influyen para que un niño abandone su hogar se pueden presentar en cualquier nivel económico social, pero son de las zonas marginales de donde provienen mayormente.

Cabe destacar que si bien las condiciones de pobreza que afectan a la mayoría de los hogares de estos menores (presiones socioeconómicas, hacinamiento, familias numerosas, carencia de servicios públicos) pueden potenciar situaciones de violencia intrafamiliar, ésta no es privativa de una determinada clase (Pojomovsky, 2008). Sin embargo, éstas situaciones suelen ser más invisibilizadas que las que acaecen en los hogares pobres, debido a los circuitos públicos de mayor exposición que transitan estos últimos y a la estigmatización de la que son objeto.

2.1.2. Familiar

La Organización de las Naciones Unidas para la Educación, Ciencia y Cultura (UNESCO) en su convención sobre derechos del niño (2010), define a la familia como un grupo fundamental de la sociedad y media natural para el crecimiento y el bienestar de todos sus miembros.

Según el DIF (2003), la familia es también el primer grupo al que pertenece una persona, ahí se nace, se crece, se vive y se muere como persona. Es una institución natural, para el espacio educativo y es un ámbito de encuentros y una fuente de virtudes. Por lo que también es la primera escuela porque además de las funciones afectivas y socializadoras, tiene la función de impartir diferentes tipos de conocimiento. Es decir, la vida familiar será la primera escuela de aprendizaje emocional.

El funcionamiento familiar repercute en los diversos aspectos de la funcionalidad global de los adolescentes, es en esa etapa donde los individuos pueden involucrarse en conductas de riesgo que les prometa la conformación de una identidad, así como el acompañamiento y la comunicación que, muchas veces, no obtiene en otros lugares, incluyendo el hogar (Martínez, 2019).

Las percepciones positivas que los adolescentes tienen acerca de su familia, un ambiente familiar adecuado, una relación positiva con sus padres, así como la percepción que tienen sobre el grado en el que reciben apoyo familiar, se asocia

con fuertes aspiraciones personales, así como con un buen rendimiento escolar. Además, es en la familia donde el niño va adquiriendo un sentido de pertenencia (Fernández, 2016).

Como lo mencionado, la estructura familiar es un factor decisivo para el desarrollo de un niño y un adolescente, un adecuado funcionamiento es relevante, siendo la disfunción familiar un factor que se asocia a mayor prevalencia de problemas en salud mental y aumento en la violencia. (Mangrulkar, Whitman y Posner. 2001). Cuando se rompe este esquema, la familia es, en muchos casos, un factor que determina el inicio del proceso de callejerización de menores, niñas y jóvenes. El quiebre con sus familias de origen alcanza tal magnitud que la calle se convierte en una elección forzada donde "no hay otra mejor y a veces no hay otra" (Chejter, 2002).

En un estudio realizado por Martínez, Rosete y Ríos (2007), se comparó el tipo de hogar en que viven los menores de escuelas públicas y los menores en situación de calle antes de salir de aquél. Encontraron que la mayoría de los menores de escuela vivía en familias integradas por padre, madre y hermanos, en tanto que los menores de la calle no contaban con dicha estructura familiar; se encontró que 40% vivía con sus padres, 20% únicamente con su madre o con su padre, o bien, con sus esposos, amigos, hermanos o abuelos.

Otro estudio realizado por Makowski (2012), revela que los miembros que conformaban la familia de los menores en situación de calle, son principalmente aquellos con quienes tienen un lazo consanguíneo: hermanos 61.1%, ambos padres 46.5% y madre 25.7%. En algunos casos se encontró que hay la presencia de algún familiar que vive en la calle (13.5%) y en otros, que el familiar que vive en la calle se trata, por lo general, de un hermano (71.2%).

Taracena (2012) afirma que las familias expulsoras generalmente tienen las siguientes características: son portadoras de violencia simbólica, verbal y física,

tienen alto índice de abusos sexuales, registran elevado consumo de alcohol y drogas, hay falta de contención y relaciones afectivas positivas, muestran falta de deseo y de proyecto para los hijos, presentan problemas de relación con las instituciones y tienen dificultades para simbolizar y elaborar.

Según Robichaux (2007), las familias con menores en situación de calle no siempre son monoparentales; existen algunas en donde la pareja se ve obligada a trabajar para solventar las necesidades básicas de todos sus miembros. Sin embargo, el efecto será similar, debido a que las condiciones materiales de vida y la actividad laboral de los padres les impedirá a estos estar pendientes de la formación de los hijos.

Todos éstos supuestos parten de considerar a la familia como responsable exclusiva y/o principal de la situación de calle que atraviesan los menores, acusandola de no cumplir con las responsabilidades “que le corresponden” y de ser la causante natural de la inmersión del niño en la calle y de su conversión en “vago” primero y en “delincuentes” después. Por lo tanto, es posible sostener que la familia de los menores en situación de calle debe ser caracterizada como una familia en crisis permanente y por ello considerada como familia de riesgo, con conductas de riesgo de expulsión de sus hijos. (Carretero, 1996).

2.1.3 Violencia

Cuando el núcleo familiar sufre alguna fisura significativa durante un periodo largo de tiempo, es susceptible a perder estabilidad y puede generar problemas en sus integrantes, especialmente en los menores, esto podría generar violaciones en sus derechos fundamentales, por ejemplo; violencia física, psicológica, sexual, y verbal, escasez de alimento, desinterés de sus padres en su desarrollo físico y psicológico, necesidad de los niños de trabajar para ayudar económicamente en la casa o ser obligados a trabajar y como resultado final, optar por salir de sus casas y vivir en la calle (Pojomovsky, 2008).

La violencia en México actualmente es uno de los grandes problemas que afecta a la población infantil, millones de menores, niñas y adolescentes en México, crecen en un contexto de violencia cotidiana que deja secuelas profundas e incluso termina cada año con la vida de centenares de ellos. Gran parte de esta violencia (física, sexual, psicológica, discriminación y abandono) permanece oculta y en ocasiones, es aprobada socialmente.

Así mismo, padecer cualquier tipo de violencia durante la niñez puede dar como resultado la búsqueda de soluciones extremas como modo de resolución de los conflictos, donde la calle se erige como una de ellas (Pojomovsky, 2008).

En las últimas décadas se ha reconocido y documentado que la violencia contra los menores ejercida por los padres y otros miembros cercanos de la familia —física, sexual y psicológica, así como la desatención deliberada— es un fenómeno común. Desde la infancia temprana hasta los 18 años de edad, los menores son vulnerables a variadas formas de violencia en sus hogares. Los agresores son diferentes de acuerdo con la edad y madurez de la víctima, y pueden ser los padres, padrastros, padres de acogida, hermanos y otros miembros de la familia y cuidadores (UNICEF, 2006).

La UNICEF en su artículo sobre Violencia y Salud del año 2006, refiere que el DIF, tan sólo en la CDMX, recibió un promedio de cuatro casos de maltrato infantil por día entre los años 2000 y 2002. En casi la mitad de los casos (47%) la responsable fue la madre, en el 29% fue el padre, lo que significa que la familia que debería ser el lugar mejor equipado para proteger a los menores y niñas se puede convertir en una zona de riesgo para ellos. Así mismo, el orden de frecuencia en el que fueron denunciados los tipos de maltrato infantil, el abuso sexual se ubicaba en el 4º lugar.

El abuso sexual infantil suele ser perpetrado mayoritariamente por miembros confiables de la familia. La Organización Mundial de la Salud (2006) estimó que 150

millones de niñas y 73 millones de menores de 18 años experimentaron relaciones sexuales forzadas u otras formas de violencia sexual con contacto físico.

Estas situaciones traumáticas a veces suelen ser difíciles de detectar a causa del pacto de silencio que se establece al interior de las familias. “El abusador manipula el poder y carga a la víctima con la responsabilidad del secreto. El secreto del niño protege no sólo al abusador, sí no a sí mismo y a su familia” Perrone y Nanini (citados en Rozanski, 2003). El abuso suele estar asociado con amenazas de muerte hacia la víctima, su madre y hermanos, advirtiéndole que la familia se destruirá si se denuncia el hecho. Por lo tanto, es importante la detección de tales hechos a la hora de intentar la vuelta del niño a su hogar (Rozanski, 2003).

2.1.4 El rol materno

En muchos hogares las madres no siempre están en condiciones de enfrentar decididamente el poder patriarcal ejercido sobre los menores y niñas por los padres, padrastros, hermanos mayores, tíos o abuelos a través de golpes, abusos sexuales, incestos, aunque en otros casos, es la madre quien se ubica como defensora de los menores. En otros casos, muchas de las agresiones hogareñas provienen de la madre, según investigaciones como la de Lewis, (2001) realizadas en diferentes países, los menores que están en la calle se reconocen culpables por no ser objeto del amor materno, de hecho, varios expresaron que se merecían lo que les pasó (tener que abandonar el hogar) ya que de haber actuado diferente y "obedecido", tal vez hubieran sido queridos por sus madres (citado en Cornejo Portugal, 1999).

Según Lucchini (1993), es común que ésta población intenta preservar una imagen de madre acorde al modelo materno ideal vigente en la sociedad. De esta manera, aún si a veces adjudican a la madre actos de violencia en su contra, relativizan su responsabilidad en función de las condiciones de vida por las que atraviesan. Como contrapartida, los esfuerzos por mantener una imagen coherente

e ideal de la madre permiten al niño establecer la principal referencia estable para la constitución de su identidad y autovaloración.

2.1.5 Ausencia parental

La ausencia repentina de alguno o de ambos padres reconoce variados orígenes: la reclusión carcelaria, el fallecimiento, alguna enfermedad grave, el abandono o la “entrega” para su crianza a familiares, conocidos o instituciones. Estas ausencias involuntarias desarticulan de manera caótica las relaciones familiares, debilitando y trastocando los roles y la normativa hogareña y provocando mayores carencias y penurias. Los casos de abandono o entrega quizás constituyen una de las experiencias más traumáticas, dolorosas y difíciles de ser descifradas por parte de los menores. Algunos menores refieren que fueron sus amigos, hermanos, novios quienes los persuadieron para irse a la calle. Así, los padres y los propios menores señalan a las “malas compañías” como los causantes de tal proceder. Esta argumentación tiende a relegar el sentido autónomo de la decisión individual, poniendo el énfasis en la amistad, el amor o la fraternidad, como una especie de “contagio” irresistible (Pojomovsky, 2008).

Con base en lo mencionado, se puede entender a la familia como el primer grupo de personas que rodean a casi todo ser humano y prepara a los menores para que en un futuro puedan desarrollarse adecuadamente y como una estructura que sustenta, organiza y dirige en muchos sentidos la personalidad y conductas del sujeto, por lo que es una pieza decisiva para que un menor tome la determinación de vivir en la calle o de lo contrario, desista de esta idea.

No existe una tipología de la familia ideal, sin embargo, la diferencia de las familias de los menores que no están en situación de calle en contraparte de los que lo están, podría precisarse en que en el interior de ella existen condiciones de vida digna, de buen trato o al menos hay elementos de retención que promueven y facilitan su permanencia dentro del hogar.

2.2. Razones por las que los menores no dejan la calle

La permanencia en la calle por parte de los menores implica una variedad de factores que coadyuvan a su arraigo en ésta, así como existen actividades que realizan los menores en situación de calle que genera una dependencia mayor a la vida callejera. Al tener una vida en la calle es complicado tener un cambio que implique más que abandonar, renunciar a estas condiciones, ya que existen diferentes ataduras que hacen que a los menores les sea difícil dejar este tipo de vida; como las que se enlistan a continuación (Pojomosvky 2008).

2.2.1 Amigos

Los vínculos afectivos generados y reforzados en la vida callejera, constituyen verdaderos anclajes que obstaculizan un eventual retorno de los menores a su casa. La búsqueda de algún tipo de reconocimiento es vital para diferenciarse del ámbito desdibujado de donde suelen provenir, para constituirse en “alguien que existe”, en alguien que vale, que es importante y del cual pueden llegar a depender otros según Shaw (citado en Pojomovsky, 2008).

El grupo de pertenencia en la calle, los “hermanos de calle”, la “banda”, los amigos o las parejas, consagran una presunción de alianzas, complicidades y emociones difíciles de replicar en casa, dotan de estrategias de sobrevivencia: cuidados, protección, rechazo a las agresiones, acceso a la droga y recursos para la subsistencia, afianzando así la permanencia callejera.

En el caso de las niñas, la pertenencia a un grupo no siempre les acarrea protección, recursos y afecto. La dominación patriarcal de género también se despliega en este ámbito de pares (Pojomovsky, 2008).

2.2.2 Amores en la calle

Algunos menores se van de sus hogares tras de su pareja que ya se encontraba en la calle y que no quieren perder. En muchos casos, ante la desaprobación familiar de esa relación y la imposibilidad de tener un “techo propio” la pareja no encuentra otra alternativa que buscar refugio en la calle (Pojomovsky, 2008). En otros, el amor se inicia partir de las amistades que se van entretejiendo en diferentes relaciones callejeras donde, en ciertas circunstancias, prima lo efímero; pero puede ocurrir que estos amores sean (o pretendan ser) para toda la vida. Los altibajos que implica la vida de errante y callejera provocan retornos esporádicos al hogar, donde los amores no quedan al margen.

2.2.3 Libertad

Las ansias de libertad, de hacer lo que quieren, “que nadie los mande” aparecía como un mandato al momento de abandonar el hogar. La posibilidad de “elegir” la calle como intento de conseguir libertad suele ser contradictoria cuando los pesares que trae consigo no se relacionan con las ilusiones puestas en ella. Los menores se desalientan especialmente cuando ha transcurrido una etapa más o menos prolongada, donde la fascinación se disipa y dejan de ponderar las supuestas ventajas logradas (Pojomovsky, 2008).

De ahí que quienes se acercan a menores, niñas o adolescentes que recientemente están “probando la calle”, seguramente encuentren rechazo a cualquier propuesta de cambio de su situación. No ocurre lo mismo cuando han “cumplido” con una etapa y empiezan a manifestar dudas, temores o a constatar situaciones verdaderamente amenazantes.

El deseo de aventura, de conocer la calle, de hallarle un sentido a la vida, es compartido tanto por los jóvenes de sectores excluidos como por los de otros sectores sociales. Para algunos autores como Shaw, (citado en Pojomovsky, 2008), la motivación de vivir en la calle en los países altamente desarrollados no difiere

demasiado de las de los países periféricos, sino que constituyen “dos caras” de la misma moneda.

Los menores que permanecen en las calles saben que su libertad no es perfecta, pero siguen ilusionados con alcanzarla algún día. Al defender su libertad y su independencia, no confían en las instituciones y pocas veces sacrificarán su búsqueda del placer, diversión y libertad por la seguridad de una cama o un espacio de acogimiento y contención Shaw (citado en Pojomovsky, 2008).

2.2.4 Trabajo y robo

Algunos menores se van de sus hogares para realizar alguna actividad de subsistencia que en algunos casos les permite cierto grado de autonomía. En esos casos se van quedando, no regresan un día o dos y cada vez se perfila más dificultosa la vuelta. Sin embargo, la mayoría se enfrenta a una nueva paradoja: trabajar en la calle requiere de cierto nivel de organización contra la que conspira la propia vida callejera. Por lo cual suelen romper la rutina de las actividades de subsistencia emprendidas inicialmente y las convierten en esporádicas a inestables, desorganizándose paulatinamente.

A su vez, se observa que los menores suelen alternar actividades consideradas comúnmente como trabajo con otras ligadas a lo ilícito hasta alcanzar diferentes niveles de estructuración que los conducen al robo en grupo. Justamente son esas actividades, el grado de compromiso y responsabilidad que adquieren, la manipulación de armas, los que terminan aferrándose a la vida callejera. Para otros menores el trabajo llega a convertirse en un motivo conveniente para permanecer en la calle, viven la experiencia laboral con responsabilidad, dedicación que a veces les genera una verdadera compulsión, fortaleciendo la inserción en ella (Pojomovsky, 2008).

2.2.5 Prostitución

Chejter (2002) sostiene que la prostitución callejera se constituye en una de las opciones que tienen los menores que están en situación de calle para poder sobrevivir. No suele ser una actividad de subsistencia exclusiva, sino que se alterna con las demás actividades ya mencionadas. A partir de novios, amigos, familiares o conocidos de la calle con la excusa de la protección y de facilitarles la supervivencia, algunas niñas “si no logran su autonomía de tránsito por las calles se arriesgan a la servidumbre de un explotador” (Giberti, 1998).

2.2.6 Consumo de droga

El consumo de drogas es un acto muy común en los menores en situación de calle, esto gracias a la disponibilidad de las drogas en este entorno, círculos sociales cercanos al niño que las consuman, curiosidad de consumir, la idea de que el consumo es generalmente tolerado, o una forma de fuga para los problemas del infante.

Generalmente la adolescencia es la etapa inicial donde se usan drogas por primera vez, se comienza por el uso de drogas legales (alcohol y tabaco), y de esta forma el niño tiene un mayor riesgo para consumir drogas ilegales (Martínez, 2004),

Aunque la vida en la calle no siempre genera adictos, allí se hace notoriamente visible y manifiesto el fenómeno de la drogadicción, la calle ampara y potencia el uso de drogas por las posibilidades que brinda, por el circuito de amigos que facilitan e incitan en el consumo, y por la ausencia de normas y sanciones familiares o del entorno (Martínez, 2004).

2.2.7 Analfabetismo funcional

Cuando el menor de edad toma la decisión de abandonar su hogar, se enfrentará a diversos obstáculos en su estancia en la calle, uno de estos será el poco o nulo nivel

académico. Por lo general, el menor saldrá de su hogar antes de terminar la educación básica y este será un gran problema para su desarrollo intelectual, ya que corre el riesgo de ser un analfabeta funcional. La UNESCO (1982) en su 29ª reunión celebrada en París, define al analfabetismo funcional como: "...la persona que no puede emprender aquellas actividades en que la alfabetización es necesaria para la actuación eficaz en su grupo y comunidad y que le permitan asimismo seguir valiéndose de la lectura, la escritura y la aritmética al servicio de su propio desarrollo y del desarrollo de la comunidad."

El analfabeta funcional podrá descifrar los signos alfabéticos, ligarlos entre sí y convertirlos en una palabra, y esta palabra ligarla con palabras sucesivas. Sin embargo su nivel será muy bajo y se enfocará a señales y lecturas básicas. Debido al pobre desarrollo de la lectoescritura su desarrollo cerebral será básico y el nivel de procesamiento de información será deficiente para una integración productiva en la sociedad.

Según el INEGI (2010) en el Censo de población y vivienda, en México el 7.6 % de la población es analfabeta y el 12.6 es analfabeta funcional.

2.3. El funcionamiento psicológico

El proceso de callejerización que viven los menores en situación de calle desde que son expulsados de su seno familiar, probablemente crea alteraciones y modifica aspectos de su personalidad, creencias y actitudes, las cuales tienen un impacto directo en la psique del niño. Algunos autores han creado perfiles psicológicos de los menores en situación de calle donde describen las principales características de esta población. Alcalde, Atocha, Carvajal, Liberti y Piaggio (citado en Llorens, 2005) elaboraron un perfil psicológico de los menores en situación de calle que incluye las siguientes características:

1. Una estructura psíquica precaria, que se podría describir como un yo precario.
2. Carencias materiales y afectivas importantes.
3. Falta de atención de la madre y el padre, lo cual es vivido como una fantasía crónicamente insatisfecha.
4. Condiciones precarias de vida que someten a los menores a situaciones de desprotección y vulnerabilidad crónica.
5. Dificultades cognitivas.
6. Vivencias frecuentes de maltrato. Con correlatos de estrés postraumático frecuentes, como la presencia de recuerdos intrusivos tipo flashback.
7. Autoestima deteriorada. Vivencia de minusvalía que con frecuencia, es compensada con fantasías omnipotentes.
8. Familia percibida como amenazante.
9. Hogar conflictivo que lleva a considerar la ida como opción.
10. Actuación en el afuera de los conflictos psicológicos internos (tendencia al acting out).
11. Uso de la negación y la omnipotencia como mecanismo para defenderse.
12. Construcción de nuevas identidades en la calle, asunción de nombres nuevos y fabulación de la historia personal que responde a la negación mencionada, pero al mismo tiempo, colabora en desarrollar una historia personal fragmentada.
13. Experiencia sexual temprana en la cual se reportan algunas historias de abuso.
14. Conducta hiperactiva, con necesidad de llamar la atención.
15. Conductas agresivas, desafiantes.
16. Tendencia a relacionarse con los demás a través de la provocación.
17. Alto consumo de drogas, especialmente inhalantes.

Le Roux & Smith (citado en Llorens, 2005) argumentan que la solución de irse del hogar con frecuencia muestra la posesión de recursos positivos como autonomía, independencia, capacidad para defenderse ante situaciones violentas y

opresivas, así como el desarrollo de estrategias de afrontamiento creativas para sobrevivir en el imprevisible ambiente de la calle. En contrasentido hay características negativas frecuentes como: el abuso de drogas, alta impulsividad, desconfianza y tendencias a manipular a los adultos, locus de control interno, moralidad convencional y un rechazo a hablar de sus vidas. El locus de control interno o el grado en que los menores se atribuyen la capacidad de controlar en alguna medida las situaciones de su vida, es una de las variables protectoras principales que diferencian a los menores que muestran más síntomas psiquiátricos de aquellos que no los presentan.

Llorens (2005) construyó las siguientes categorías:

1. Altos niveles de desconfianza. Hay que tener en cuenta que es la desconfianza lógica de un encuentro entre dos desconocidos en el escenario impredecible de la calle y la esperada en jóvenes que con gran frecuencia han sido maltratados por adultos que supuestamente eran cuidadores.
2. Una involucración afectiva sumamente intensa (pero lábil). A pesar de la desconfianza inicial, una vez establecido algún tipo de vínculo, la involucración es más bien intensa, incluyendo múltiples demandas de atención, búsqueda de contacto físico, intentos de asegurar la presencia continua del adulto. Éste tipo de vínculos, donde las necesidades afectivas se hacen muy intensas, incontenibles e insaciables son descritas en la terminología psicoanalítica como voraces y pueden ir acompañados de expresiones regresivas, es decir, que muestran modos de funcionamiento psicológico propio de etapas evolutivamente más tempranas.
3. Ansiedad de separación.
4. Una fuerte carga agresiva. Las relaciones interpersonales están marcadas por intercambios violentos.

5. Reclamo ante la mínima expresión de rechazo de estar siendo abandonados, los menores constantemente están evaluando cuando se los va abandonar.
6. Demostración de gran cantidad de conductas ansiosas, temores y fobias. Revelación de síntomas de ansiedad bajo la forma de fobias, insomnio, terrores nocturnos y pesadillas, así como expresiones explícitas de miedo.
7. Conductas impulsivas de descarga inmediata.
8. Respecto a confrontar las emociones, el mecanismo empleado con mayor frecuencia es el de la negación; en ellos existe una fuerte tendencia a esconder las experiencias dolorosas, se resta importancia a las carencias afectivas, diciendo que no son problemas verdaderos y se evita hablar de los problemas emocionales. Con frecuencia esto viene acompañado de una forma de racionalización consistente en considerar que hablar y compartir las emociones placenteras es inútil y lo importante es no pensar en eso y dedicarse a resolver los problemas prácticos de la realidad. Estas consideraciones no son desestimadas, si se considera el escenario abrumador que llega a representar la calle. La negación es un mecanismo frecuente ante las vivencias traumáticas crónicas para evitar vivir abrumado por el malestar.
9. La negación de los afectos displacenteros va de la mano de la resistencia a explorar recuerdos del pasado. En general existen grandes dificultades para hablar del pasado y en muy pocas ocasiones se manifiestan directamente cuales son las situaciones de conflicto familiar que contribuyeron a la situación actual. Así como hay dificultades para hablar del pasado, se presentan dificultades para organizar una visión de futuro.
10. Los planes a futuro cuando existen tienden a ser más bien desestructurados, sin asidero en planes factibles y sin elementos de la realidad.
11. Existe un consumo de drogas bastante extendido y acentuado en algunos de los grupos entrevistados, aun cuando también hay grupos de jóvenes que manifiestan depresión de no haber consumido drogas. Algunos incluso

afirman con orgullo ser distintos a otros jóvenes que habitan en la calle porque no consumen drogas, sin embargo, el consumo es habitual pues además de las funciones de socialización que cumple. Algunos menores tienen una noción clara sobre los efectos que las distintas drogas generan en ellos y las utilizan según el estado que desean lograr.

12. Identidad devaluada. Se refiere a una identidad marcada por una autovaloración frágil donde los menores y las niñas con frecuencia se sienten poco valiosos porque no reciben reconocimiento y como consecuencia de la dolorosa vivencia de la exclusión, rechazo y estigmatización que han vivido. Esta vivencia se convierte en muchos casos en uno de los conflictos psicológicos centrales y es por ello que muchas de sus conductas e interacciones tienen que ver con intentos de acceder a una mayor sensación de valía.

Capítulo 3

3.Terapia Racional Emotiva Conductual

Las conductas, sentimientos y pensamientos constituyen la base del funcionamiento humano y los tres aspectos están fuertemente entrelazados e interrelacionados, ya que si uno de estos sufre un cambio es muy probable que produzca un cambio en los otros dos (Ellis, 1996).

Esto lo considera La Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC), la cual fue conformada y descrita por Albert Ellis durante el año de 1955 en la ciudad de Nueva York. Esta terapia cognitivo-conductual es el fruto de las investigaciones que Ellis realizó como psicólogo clínico (Ellis y Dryden, 1987). En la década de los sesenta adquiere el título de “Terapia Racional-Emotiva” con la formulación del Modelo ABC y las ampliaciones sobre la importancia de las emociones en el libro “Razón y Emoción en psicoterapia” de Ellis en 1962 y la publicación del Manual de la Terapia Racional Emotiva de Ellis y Gringer en 1977 (citados en Lega et al., 1997).

La Terapia Racional Emotiva evolucionó conceptualmente a través de los años en las características del pensamiento irracional y la manera de clasificarlas, pero no es hasta 1993 cuando adquiere el nombre de “Terapia Racional Emotivo Conductual” con las revisiones y actualizaciones que Ellis realiza en sus obras, ejemplo de ello “Razón y emoción en psicoterapia” en 1994 (citado en Lega et al., 1997). Aunque cabe destacar que desde sus inicios siempre utilizó métodos conductuales, así como técnicas cognitivas y emotivas en la práctica de la terapia (Ellis, 1980).

Ellis resalta la importancia del lenguaje interno en la formación del pensamiento y el hecho de que nuestros procesos emocionales dependen de la manera en la cual estructuramos nuestros pensamientos (Ellis, 1980; Ellis y Dryden, 1987).

El pensamiento, la emoción y la conducta están estrechamente relacionados, funcionando de una manera integral, pero cabe aclarar que para Ellis el pensamiento y la emoción difieren en que, en ocasiones, el pensamiento es más calmado y tiene una menor implicación somática. Pero en general, ambos actúan de una manera circular en donde la emoción se convierte en pensamiento y el pensamiento se convierte en emoción. Es por este motivo que la TREC incluye métodos terapéuticos cognitivos, emotivos y conductuales, enfatizando la importancia de tratar individualmente a cada persona alterada de acuerdo con sus tendencias y propensiones; lo cual, sin lugar a dudas, la convierte en una terapia de acción integrada (Ellis, 1996).

Otro supuesto básico de la TREC es que el pensamiento y la emoción pueden tomar la forma de auto diálogos y por ende las ideas que las personas continúan diciéndose a sí mismas se convierten en sus pensamientos constantes, emociones y acciones (Ellis, 1996).

Dicho de otra manera, parecería que las emociones positivas como el amor o el júbilo, son resultado (o por lo menos están asociadas) de frases internalizadas como: ¡Esto es bueno!, teniendo como consecuencia conductas de tipo adaptativo que ayudan a las personas a alcanzar sus metas a mediano y largo plazo. Y por otro lado, las emociones negativas como el enojo, la ira y la depresión, están asociadas con pensamientos o auto-verbalizaciones negativas como: ¡Esto es malo!, teniendo como consecuencia conductas desadaptativas que no hacen otra cosa más que perturbar al individuo y sabotear sus intentos de superación (Ellis, 1996).

Es decir que si las personas adultas no usaran este tipo de verbalizaciones a nivel consciente o inconsciente, la mayoría de las emociones negativas no existirían (Ellis, 1996).

En otras palabras, los patrones rígidos, dogmáticos y radicales de pensamiento están asociados con la mayoría de las perturbaciones mentales, ya

que, según Ellis (1978) no son los acontecimientos los que perturban a una persona, sino su percepción de los mismos. Y a su vez es muy probable que una manera perturbada de pensar conduzca a un sujeto a realizar conductas antisociales, que no hacen otra cosa que aumentar las probabilidades de que experimente nuevamente acontecimientos que podría considerar como dañinos.

3.1 Modelo del A-B-C-D-E

El método que es empleado por el enfoque de Albert Ellis para suprimir las creencias irracionales y volver a las personas seres más racionales se conoce como el esquema del A-B-C-D-E por sus siglas en inglés “Activating- Beliefs- Consequences –Disputing- Effective” (Ellis, 1988).

Cada momento del modelo corresponde a un paso en el proceso explicativo donde se pueden conceptualizar los problemas psicológicos en un individuo.

El punto A es conocido como Acontecimientos, hechos, experiencias o eventos activadores, los cuales pueden ser internos o externos. El segundo punto son las ideas o creencias (Beliefs-Punto B). De los dos puntos anteriores, mayormente de las creencias, se produce el punto C, Consecuencias, el cual es la respuesta tanto cognitiva, conductual como emocional que presenta el individuo (Ellis y Abrahms, 1978; y Lega et al., 1997).

En el esquema ABC los acontecimientos y sucesos del ambiente (A) no producen directamente las consecuencias cognitivas, emocionales y/o conductuales (C), sino que son los pensamientos, actitudes y creencias (B) los que median dichas consecuencias (Calvete y Cardeñoso, 1999).

Los pensamientos incluyen inferencias, atribuciones y predicciones, consideradas como de fácil acceso a la conciencia. Las evaluaciones y las creencias, hacen referencia a cogniciones más profundas, como los esquemas o ideas nucleares (Lega et al., 1997).

Este modelo explica que cuando un acontecimiento ocurre, activa las creencias del sujeto, las cuales pueden ser de dos formas: racionales o irracionales. Las primeras corresponden, a grandes rasgos a “lo que quiere o desea” la persona y se formulan como oraciones preferenciales. En cambio las Creencias Irracionales son demandas o exigencias absolutistas (Ellis y Abrahms, 1978; Caro, 2007).

De acuerdo al tipo de creencias (racional o irracional) serán las consecuencias (Ellis y Abrahms, 1978; Caro, 2007):

- Si se parte de una interpretación del tipo racional, ante un acontecimiento percibido como desagradable, entonces las consecuencias son: emociones negativas apropiadas y ligeras, y las conductas bastante apropiadas o deseables.
- Si se parte de una interpretación del tipo irracional entonces las consecuencias son: emociones negativas inapropiadas y fuertes, y las conductas inapropiadas o indeseables.

La diferencia entre perturbarse y optar por una solución saludable ante un problema determinado, se encuentra en el tipo de creencias que el sujeto tiene dentro de su mente (Punto B), dichas creencias son el lugar en el cual las emociones y las conductas nacen, es por eso que la TREC se enfoca en este punto para modificar las consecuencias emocionales y conductuales (Punto C) de sus pacientes. Para lograr este cambio la TREC utiliza la disputa racional (Punto D) como su principal herramienta, así tratará de refutar cada una de las ideas irracionales que están haciendo que el sujeto incurra en una “C” autodestructiva, logrando que al final del tratamiento, las “C” negativas sean sustituidas por nuevas conductas y emociones constructivas y más sanas (Punto E) (Ellis, 1996).

La refutación, cuestionamiento o debate de las creencias irracionales, promueve un cambio para hacerlas menos dogmáticas, por ello es de gran importancia este paso “D” en la intervención de los terapeutas cognitivos-conductuales. En un principio el terapeuta dirige este paso para enseñarle al

paciente a cuestionarse y producir efectos (E) en su cognición, conducta o sentimientos (Lega et al., 1997).

En conclusión, la finalidad de la TREC al usar el modelo “A-B-C-D-E” no es otro que el de modificar las conductas y emociones de los individuos, mediante la refutación cognitiva con el apoyo del uso de estrategias emotivas y conductuales, para conseguir que las cogniciones sean flexibles y reducir creencias irracionales, al mismo tiempo que sustituye las conductas y emociones autodestructivas por otras más sanas y productivas, hasta que la persona dirija su vida con una filosofía racional saludable (Lega et al., 1997; Caro, 2007).

3.2 Emoción

La TREC está basada en la idea de que tanto las emociones como las conductas de un individuo son, en gran medida, producto de las creencias que posee y de la interpretación que haga de la realidad (Ellis, 1980).

De tal forma se explica que la emoción y el pensamiento se encuentran entre mezclados hasta llegar a un grado en el cual se solapan de tal manera que en muchas ocasiones (aunque no en todas) pueden llegar a ser vistos como la misma cosa, por ello, si se logra que el sujeto cambie su manera de pensar de manera positiva, se consigue que él mismo deje de lado sus trastornos emocionales (Ellis, 1996). No obstante, cada uno de estos tres procesos tiene su explicación y fundamentos que los distinguen teóricamente.

La emoción es definida por la TREC como “evaluaciones con un fuerte componente corporal” o bien como la reacción fisiológica que un individuo experimenta cuando evalúa un acontecimiento o estímulo y lo percibe como “bueno”, “malo”, “benéfico” o “dañino”(Lega et al.,1997).

Las emociones son, en gran parte, “una forma de pensamiento o el resultado del pensamiento” por lo que se definen como “procesos sensorio-cognoscitivos” que forman un rango más amplio que los sentimientos. Los sentimientos, en cambio son

“estados sensoriales relativamente puros y apreciaciones sensoriales” (Ellis, 1980, p. 51).

Aunque cabe aclarar que para explicar el proceso de las emociones se señala que intervienen factores psico-físico y ambientales los cuales no se dan de modo aislado, sino en interacción. Entonces, la emoción no tiene una causa única, sino que proviene de tres fuentes: de procesos sensoriomotores, de la estimulación biofísica de los tejidos del sistema nervioso central y periférico, y de pensamientos o procesos cognitivos (Ellis, 1980 y Lega et al., 1997).

Las emociones pueden ser empleadas por los seres humanos para superar obstáculos que en apariencia pudieran ser insuperables, pueden ser el motor que impulse a las personas para alcanzar metas que, sin sentimientos tales como: el enojo o la desesperación, jamás hubieran sido capaces de siquiera concebir. En algunos casos las creencias irracionales motivan a la exageración de las emociones lo que puede generar conductas desadaptativas, ya sea; conductas agresivas, depresivas e incluso hacer que saboteen sus oportunidades de triunfo, volviendo las emociones desadaptativas (Murillo, 2008).

Cuando ocurre un acontecimiento desagradable las personas tienen la opción de elegir entre una consecuencia emocional saludable y útil, como serían la lástima o la decepción; o por el contrario, optar por una consecuencia negativa o no saludable, como una grave ansiedad, depresión, cólera o la autocompasión. De la misma manera cuando experimentan un evento desagradable, las personas pueden elegir entre diversas formas de ayudarse a sí mismas a salir de la mala situación en la cual se encuentran, o en caso de no ser posible cambiarla, se ayudan a sí mismos a aceptarla (Ellis y Blau, 1998).

El problema se da cuando las personas optan frecuentemente por opciones autodestructivas en vez de constructivas para afrontar las dificultades de la vida, como por ejemplo: quejarse, no hacer nada para mejorar su situación, beber en exceso o evitar enfrentarse con la situación desagradable. Cabe resaltar que es el

pensamiento irracional, el que genera una reacción emotiva-conductual poco adaptativa, por lo que conviene que este pensamiento sea debatido y revalorado para que deje de ejercer una carga emocional (Ellis, 1996).

En este sentido, la misma emoción que puede ser empleada para mejorar una situación, también puede ser empleada para empeorarla y producir un estancamiento. La diferencia entre estas dos vertientes es el tipo de pensamiento que el sujeto emplee para enfocar dicha emoción (Murillo, 2008).

De acuerdo con Ellis (1996) las personas que presenten de manera dogmática creencias absolutistas y rígidas, presentaran perturbaciones emocionales serias, tenderán a ser inhibidas, hostiles, defensivas, ansiosas, incapaces, indiferentes, desordenadas y deprimidas.

La TREC sostiene que casi todas las perturbaciones neuróticas provienen de tomarse las cosas demasiado en serio y expone como antídoto el sentido del humor; también señala que en la base de la mayoría de las afirmaciones anti empíricas y poco realistas que causan las perturbaciones se encuentran los *tengo*, ya sean explícitos o encubiertos (Lega et al., 1997).

3.3 Cognición

La TREC define la cognición en términos de estructuras, contenidos, procesos y productos para explicar tanto rasgos adaptativos como no adaptativos (Beck, 1995; Lega et al., 1997).

Las estructuras cognitivas hacen referencia a la organización interna de la información en términos de memoria a corto plazo, memoria a largo plazo y memoria sensorial, los cuales son unidades de almacenamiento implicadas en la retención de información (Rim y Masters, 1982; Lega et al., 1997).

El contenido cognitivo representa el contenido real de información que se almacena, es decir, conocimiento semántico, información y creencias almacenadas, entre otros. Los procesos cognitivos son la manera de funcionar del sistema para

percibir, almacenar, transformar y gobernar la salida de información, dentro de ellos se encuentra la atención, la elaboración cognitiva, la codificación y la recuperación (Lega et al., 1997).

Por último, los productos cognitivos son los resultados de la manipulación del sistema cognitivo como la atribución, las decisiones, los pensamientos, etcétera. La combinación y trabajo en armonía de todo lo anterior; estructuras, contenidos, procesos y productos es lo que la TREC define como cognición humana (Lega et al., 1997).

Los pensamientos son de gran importancia en la práctica de la TREC, son la parte central para generar el cambio terapéutico en las emociones, conductas y actitud del individuo. Por ello recibe especial atención la distinción de los tres niveles de pensamiento; en un primer nivel de actividad rápida de evaluación se encuentran los pensamientos automáticos, el segundo nivel lo constituyen las creencias intermedias y por último, el nivel más esencial, las creencias centrales (Beck, 1995).

Los pensamientos automáticos, como nivel superficial de la cognición, suelen ser evaluaciones breves y veloces, pueden ser en forma de palabras o imágenes ante situaciones específicas. No surgen de una deliberación o razonamiento, son tan rápidos que es posible que la persona no sea demasiado consciente de estos pensamientos y por tanto que sea poco cuestionado (Beck, 1995; Lega et al., 1997).

Las creencias centrales son ideas tan fundamentales y profundas que no suelen expresarse, son globales, rígidas y se generalizan en exceso. Están relacionados con los contenidos y las estructuras que forman parte de la cognición y suelen ser llamados esquemas (Beck, 1995; Lega et al., 1997).

Los esquemas son creencias, actitudes y conceptos que se crean a partir de experiencias tempranas como reglas generales, inflexibles o suposiciones silenciosas conformándose como filtros perceptivos del individuo para seleccionar, discriminar, así como para formar evaluaciones, juicios y distorsiones de las situaciones reales (Lega et al., 1997). Son más difíciles de descubrir, dado que

forman parte de la filosofía de vida del sujeto, según Lega et al. (1997) son las creencias irracionales nucleares o estructuras subyacentes de creencias.

La mediación cognitiva implica la existencia de representaciones simbólicas de la realidad que frecuentemente pueden ser falsas o imprecisas. De acuerdo con Rim y Masters (1982), algunas de las disfunciones que se presentan por las deficiencias y las distorsiones cognitivas son:

- Pensamiento dicotómico. Este proceso disfuncional consiste en categorizar los eventos en todo o nada y bueno o malo, sin reconocimiento del continuo graduado que podría reflejar la situación estímulo.
- Los errores inferenciales (anticipación de consecuencias o adivinar el porvenir). El error consiste en que durante un razonamiento lógico, se saltan pasos al confiar en premisas implícitas erróneas o arbitrarias (las cuales pueden ser basadas en la propia experiencia, la de otros o lo que socialmente se impone) que anticipan consecuencias generalmente irreales.
- Atención selectiva o descalificar lo positivo y enfatizar lo negativo. El sujeto atiende selectivamente a determinados estímulos específicos, al sesgar la información genera un subconjunto de organización de la realidad que evoca patrones de respuestas inadecuados.
- Sobregeneralización. Un incidente aislado produce la idea de una regla general.

De acuerdo con el modelo de la TREC se puede tener una creencia poco realista o ilógica y, sin embargo, por sí misma no causa un trastorno de tipo emocional o una disfunción en la vida de la persona, sino hasta que se genera una exigencia inflexible y absolutista a partir de la cognición disfuncional, esto es, hasta que se constituye como una creencia irracional constante, es decir, se conforma como una actitud preferencial ante los eventos, una filosofía de vida (Caro, 2007).

3.4 Creencias Irracionales

De acuerdo con la TREC (Ellis, 1996), es posible crear un aproximado sobre las metas que las personas persiguen a lo largo de la vida, dichas metas generalizadas son las siguientes:

- a) Permanecer vivos, en movimiento y disfrutar,
- b) Disfrutar de la vida tanto en solitario como en colectividad,
- c) Mantener relaciones de intimidad con determinadas personas,
- d) Hallar un sentido a la vida a través de la educación y la experiencia,
- e) Inventar y llevar a cabo objetivos que vislumbren una vocación,
- f) Disfrutar del ocio y del juego.

En el intento activo de alcanzar estas metas las personas suelen encontrarse con experiencias o acontecimientos adversos y estas experiencias desfavorables pueden hacerlos sentir fracasados, incómodos y rechazados.

Fue en una conferencia presentada en el congreso anual de American Psychological Association “Asociación Psicológica American” (APA), donde Ellis conceptualiza por primera vez los términos de “ideas irracionales, creencias erróneas y poco asertivas acerca de uno mismo y las demás personas” como la base de la perturbación psicológica (Ellis y Dryden, 1987; Cabezas y Lega, 2006).

Para Ellis (Ellis y Abrahms, 1978) las distorsiones cognitivas perjudiciales se generan a partir de la tiranía de los debo, los tengo y deberías, por eso es preferible que las personas sean enfrentadas a cada una de esas ideas o distorsiones cognitivas, de lo contrario, las creencias irracionales se mantendrán y desarrollarán nuevas.

Las personas se dejan guiar por sus creencias tanto racionales como irracionales, las primeras les ayudan a reaccionar con conductas y sentimientos saludables y funcionales; las segundas, en cambio les dificultan el alcanzar sus metas, a largo y mediano plazo, y propósitos básicos. Por lo que si las creencias irracionales se instauran como frecuentes pueden ser generadoras de problemas emocionales (Ellis, 1996; Caro, 2007).

De acuerdo con Ellis (1980), el ser humano tiene la tendencia biológica hacia lo irracional, a menudo tiende a polarizar sus deseos personales o sociales hasta volverlos exigencias rígidas y absolutistas. Pero también tiene una segunda tendencia hacia la posibilidad de elegir y la habilidad de identificar, cuestionar y cambiar el pensamiento irracional (Lega et al., 1997; Caro, 2007).

Lo irracional de una creencia se observa en la medida que es falsa, ilógica, que no está basada en la realidad, esto no significa que la persona no sea capaz de razonar, sino que llega a conclusiones erróneas. Lo irracional implica la inadaptación del pensamiento del individuo al interferir con la supervivencia y la felicidad del mismo (Caro, 2007).

Algunas creencias irracionales, como cualquier otra creencia, son incluidas por los padres en la niñez como un elemento del esquema educativo sociocultural estableciéndose como esquemas antes de que se asienten los estadios del pensamiento racional (Ellis y Blau, 1998).

Por lo cual se puede concluir que no son los acontecimientos externos (salvo eventos externos o internos extremos) los que producen las consecuencias conductuales, emocionales y cognitivas, es decir, es el propio sujeto aplicando su proceso de valoración personal sobre esos eventos quién en última instancia produce tales consecuencias ante ellos. El que esos eventos tengan una mayor o menor resonancia en sus consecuencias, es decir, produzcan estados emocionales perturbadores extremos e irracionales o racionales dependerá fundamentalmente

de las actitudes valorativas (creencias) de ese sujeto particular (Bizarro & Caballero 2006).

Esos acontecimientos serán valorados en tanto y en cuanto impliquen a las metas personales del sujeto, a su vez, esas metas podrán ser perseguidas de modo irracional, produciendo un procesamiento de la información absolutista y consecuencias psicológicas trastornantes, o bien, siguiendo un procesamiento de la información preferencial y consecuencias emocionales saludables (Cambell, 1990).

Ahora bien, las creencias irracionales se presentan cuando las personas experimentan un conjunto de experiencias que las perturban de una manera significativa, y así aceptan, inventan o implican ideas. Ellis y Grieger (1990) identificaron algunas características de las creencias irracionales que ayudan a la detección de éstas, las cuales son:

1. No tienen una lógica consistente.
2. No se pueden probar a través de la realidad empírica.
3. Son absolutistas y dogmáticas.
4. Como consecuencia provocan emociones que perturban a la persona.
5. No ayudan a conseguir los objetivos trazados.

Lega, Caballo y Ellis (1997) creen que una buena manera de discriminar las creencias irracionales podría ser buscar los “debería” y los “tendría que” en el discurso de una persona; no obstante también resaltan la importancia de averiguar si es que realmente estas palabras representan una exigencia, ya que en algunos casos los debo, tendría que y otras expresiones, en apariencia dogmáticas, suelen ser empleadas de manera inocua. La definición problemática de estas palabras se da cuando representan un imperativo como si se hablara de un dogma moral.

Estas afirmaciones básicas las cuales son generadoras de neurosis, son tan perniciosas para la salud mental de las personas como las doce creencias

irracionales básicas que acabamos de revisar. Dichas afirmaciones se pueden resumir en tres (Ellis, 1996):

1. Debo, absolutamente, de tener éxito en la mayoría de las actividades que realizo; de lo contrario, soy una persona inútil. Este tipo de pensamiento tiene como resultado una grave sensación de ansiedad, depresión, desesperanza e inutilidad. Y lleva al individuo a realizar conductas de evitación, renuncia, abandono o adicción.
2. El resto de la gente debe, absolutamente, tratarme con consideración, justicia, respeto, y amabilidad; si no lo hacen son personas hipócritas que no merecen ser felices de ninguna manera. Esta manera de pensamiento da como resultado: sentimientos de ira, furia y resentimiento. Y por ende lleva a acciones de lucha, enemistad, violencia, guerras, genocidios.
3. La vida debe ser absolutamente confortable, placentera y valiosa; de lo contrario será algo horrible e insoportable. Dicho tipo de pensamiento tiene como resultado: sentimientos de auto-compasión, ira, y baja tolerancia a la frustración. Puede llevar a conductas de abandono, queja continua y adicciones.

Estas tres afirmaciones básicas generadoras de neurosis, comparten varios puntos en común entre los cuales se encuentran los siguientes: todas y cada una de ellas tienen una naturaleza radical, de todo o nada, buscan el beneficio propio sin importar los sentimientos y necesidades de las demás personas, son ideas que no ayudan al individuo a realizarse como persona, sino que por el contrario lo estancan en reproches inútiles hacia sí mismo y hacia el mundo en general, además de que buscan predecir y controlar acontecimientos sobre los cuales el sujeto no tiene control alguno.

Para esta investigación se tomará la definición de creencias irracionales como aquellas cogniciones e ideas que sabotean o bloquean el logro de las metas trazadas o más importantes del ser humano, las cuales carecen de algún sustento teórico, racionalidad, lógica y son absolutistas (Bizarro y Caballero, 2006).

Adicional, Ellis (citado en Giménez, 2018) realiza una diferencia entre la adquisición de las creencias irracionales y el mantenimiento de las mismas, con el término adquisición hace referencia a los factores que facilitan su aparición en la vida del sujeto, estos serían:

- A. Tendencia innata de los humanos a la irracionalidad. Los seres humanos tienen en sus cerebros sectores precorticales productos de su evolución como especie que facilitan la aparición de tendencias irracionales en su conducta.
- B. Historia de aprendizaje. Los seres humanos, sobre, todo en la época de socialización infantil, pueden aprender de su experiencia directa o de modelos socio familiares determinadas creencias irracionales. También se destaca en este punto que una persona puede haber aprendido creencias y conductas racionales que le hacen tener una actitud preferencial o de deseo ante determinados objetos, pero debido a su tendencia innata puede convertirlas en creencias irracionales o exigencias.

Por otro lado, con el término mantenimiento, Ellis (citado en Giménez, 2018) se refiere a los factores que explican la permanencia de las creencias irracionales una vez adquiridas donde se destacan tres factores:

- a) Baja tolerancia a la frustración. La persona, siguiendo sus exigencias de bienestar, practica hedonismo a corto plazo (tengo que estar bien ya) que le hacen no esforzarse por cambiar (debería ser más fácil).
- b) Mecanismos de defensa psicológicos. Derivados de la baja tolerancia a la frustración y de la intolerancia al malestar.
- c) Síntomas secundarios. Derivados también de la baja tolerancia a la frustración y de la intolerancia al malestar. Constituyen problemas secundarios y consiste en “estar perturbados por la perturbación” (por ejemplo, ansiedad por estar ansioso).

Las creencias irracionales que la gente mantiene ayudan a crear y mantener sentimientos y acciones que sabotean su posibilidad de afrontar de una manera adecuada los eventos desagradables, suelen caracterizarse por afirmaciones del tipo debería de, tendría que, tengo que, además de las lógicas pero destructivas y denigrantes irracionalidades que por lo general acompañan a estos <<debos>> (Ellis, 1996).

A continuación, se expondrán las primeras creencias irracionales propuestas por Ellis citado en Lega, Caballo y Ellis (1997), intentando realizar una contextualización con los menores en situación de calle.

1. Uno debería ser amado o aprobado por todas las personas.

- La aprobación y el querer ser estimado por todas las personas es un objetivo inalcanzable e imposible, porque es inevitable que las personas no gusten a algunas personas, esto puede ser por prejuicios o por indiferencia.
- Al esforzarse en ser estimado por las demás personas, significa vivir por lo que los demás piensan y quieren que uno sea y haga, y no por los propios objetivos.

La sociedad tiende a juzgar más y estigmatiza al sector social infantil que se encuentra en situación de calle, el cual se encuentra acostumbrado a recibir rechazo y prejuicios de las personas que no pertenecen a su misma situación social. Esta dinámica de rechazo provoca que el amor y aceptación que reciben por parte de sus pares probablemente potencialice un apego mayor hacia estos y así desarrollen la necesidad de permanecer en la calle, ya que otras personas no los aceptarán ni amarán.

2. Para ser tomado en consideración, uno debería ser competente en casi todos los aspectos.

- Es una demanda sumamente exagerada y absoluta, porque nadie puede ser perfecto en casi todos los aspectos que se desean; al

aferrarse a esta creencia se puede llegar a caer en decepciones y malestar.

- La idea se relaciona con el pensamiento de que el valor de las personas está definido por las realizaciones que se tengan y se desarrollará un temor por fracasar.

Una posible asociación de la idea irracional sobre la competitividad absoluta se puede encontrar desde casa, ya que el propio niño se visualiza incompetente y no se encuentra a la altura de las expectativas que sus padres tienen sobre de él. Pero si en su casa no existe ningún tipo de interés en él o alguna expectativa que cumplir, ésta si la va a encontrar en la escuela o en otro círculo social cercano, donde probablemente se encuentre ante situaciones problemáticas.

3. Algunas personas son intrínsecamente malas y merecen un castigo.

- Al calificar a una persona como mala, siempre realizará acciones malas y no podrá cambiar en un futuro.
- Acusar a una persona significa que no debe de realizar ese tipo de acciones, cuando en realidad no hay razones para que una persona actúe de la manera que uno considere conveniente.
- Cuando una persona acusa a otra por su mal comportamiento, inevitablemente tenderá a volver sus propias normas acusatorias y terminará detestándose.

Los menores en situación de calle posiblemente crean un rechazo hacia ellos mismos o hacia terceras personas considerándolas como “malas” y que merecen algún castigo. Cuando ellos creen que su comportamiento es malo por tener problemas en escuela, casa y fuera de ella, probablemente pueden suscitarse los siguientes escenarios:

-Castigarse a sí mismo. Puede atentar contra su propia persona incurriendo en prácticas de conductas de riesgo y así se crea un círculo repetitivo donde él siempre realizará acciones malas “porque es un niño malo y no puede cambiar”.

-Aceptar un castigo de una tercera persona. Puede asumir la responsabilidad de que realizó una mala acción aceptando castigos impuestos de otras personas como familiares, maestros y otros. De esta manera puede iniciarse un círculo de violencia, ya que la agresión física por desgracia es la que más se suscita en estas situaciones.

Cuando una persona cataloga a una otra como mala (violento, estricto, represivo, etc.) pensará que es merecedor a un castigo, y éste podrá ser ejecutado por el propio menor o por terceras personas. Cuando el menor piensa que él puede ejecutar el castigo podrá practicar conductas que dentro de su percepción afecten a las personas que él cataloga como malas, por ejemplo: conductas de riesgo, bajo desempeño o deserción escolar y desafiar límites establecidos.

4. Las cosas deberían ser exactamente siempre como uno espera que sean (y es terrible cuando no lo son).
 - Cuando se está constantemente abatido por las circunstancias negativas que se den no ayudará a mejorarlas.
 - Es comprensible que en ocasiones algunas situaciones que se experimentan no sean de nuestro agrado, pero el estar perturbado constantemente porque las cosas son como son es absurdo.

Al idealizar ciertos aspectos de su vida y contrastarlos con su situación real, el menor posiblemente pensará que ésta es terrible y por ende buscará escapar de ella, ya que tiene muy poco o nulo control sobre su felicidad y tristeza; pensando que no puede enfrentar ni cambiar su situación actual.

5. Las personas tienen muy poco control interno sobre su felicidad o tristeza personal.
 - Los acontecimientos afectarán cuando se categoriza como horrendo o terrible en vez de desagradable. Estos acontecimientos son terribles debido a nuestra evaluación del evento.

6. De haber alguna posibilidad de que algo pueda ser peligroso se debe de preocupar bastante en relación a ello.
 - Es racional prever la posibilidad de que algún peligro suceda y si ocurre, afrontarlo, pero que se tenga constante temor, aprehensión y ansiedad, no es algo que pueda ayudar a prevenir dichos acontecimientos o sea constructivo, ya que produce mayor malestar de lo que resuelve.
 - La constante ansiedad y temor de que una situación desagradable se presente, no sólo no evita que suceda, si no que a menudo contribuye a su aparición, o impide afrontar con eficacia cuando se presente.

Cuando un menor vive una constante preocupación por las situaciones desagradables y trata de prevenirlas, puede presentar comportamientos que, sin darse cuenta, provoquen esas situaciones que tanto le generan ansiedad. Por ejemplo, cuando un menor ve amenazada su integridad física debido a la violenta y negligente dinámica familiar, buscará prevenir situaciones más desagradables y saldrá a la calle, sin darse cuenta que así está contribuyendo a que esa situación a la que tanto temía y quería prever, la está provocando.

7. Es más fácil evitar que enfrentar las dificultades y responsabilidades inherentes al vivir.
 - La confianza de uno mismo surge al no evitarlas, porque gracias a ello ganamos experiencias, desarrollo personal y creatividad.

- El poner pretextos o inventar argumentos para evitar responsabilidades es arduo, esto puede crear un mayor malestar.

El tomar la decisión de salir a la calle y practicar conductas de riesgo, son maneras de evitar las responsabilidades de la vida diaria y las dificultades que ésta conlleva, pero de igual manera esto evita un desarrollo personal.

8. Se debe depender de los demás y tener alguien más fuerte en quien confiar.

- En ocasiones apoyarse en otras personas es algo positivo, pero en exceso puede llegar a disminuir la confianza y aumentar la ansiedad, ya que uno se pone a merced de fuerzas y personas externas.
- En la sociedad es natural depender de algunas personas, pero no se debe a que la dependencia crezca en exceso. Cuando una persona depende y confía en los demás de una manera significativa, es probable que deje de hacer cosas y actividades que a uno le gusta y se ajuste a los intereses de los demás.

El niño en situación de calle podrá encontrar en sus pares una figura protectora que posiblemente en casa no tenía, pero tampoco se percatará de que, al depender en exceso de alguien, esto le impedirá desarrollarse como una persona independiente, capaz de tomar decisiones por sí solo y así no tendrá otra opción más que permanecer en situación de calle.

9. La conducta presente y futura de una persona depende irreversiblemente del significado de acontecimientos pasados.

- Cuando se permite una influencia excesiva del pasado, da por sentado que cuando una cosa o situación valida, siempre lo será, sin importar si las circunstancias cambien, esto puede llegar a ser un error de generalización.

- Si se está bajo una fuerte influencia del pasado es casi seguro que se está descuidado el presente y pierde la oportunidad de mejorar las cosas y esforzarse más para superarse.

Cuando el niño no supera las experiencias desagradables del pasado y permite que influyan en su presente, está perdiendo la oportunidad de cambiar su vida y esto podrá impedirle esforzarse para abandonar su situación de calle.

10. Cada problema tiene (debería tener una solución ideal) y resulta catastrófico cuando dicha solución no se logra encontrar.

- El pensamiento de que solo hay una solución correcta a los problemas o que no se puede controlar el mundo externo no es algo objetivo y pueden llegar a tomarse como desastres porque la gente así lo piensa.
- Al exigirse un control absoluto sobre las situaciones de la vida, limita las posibles soluciones a los problemas, ya que se demanda mucho de sí.

Si el menor no se da cuenta que no existe un control total sobre todas las situaciones desagradables que vive o vivió, permanecerá en situación de calle y como se había analizado en puntos anteriores, le impedirá conseguir una mejor calidad de vida.

3.4.1 Dimensión de Proceso

El concepto de irracionalidad teóricamente ha cambiado a través de los años llegando hasta siete creencias irracionales específicas que se identifican individualmente. En uno de sus últimos trabajos Ellis (1997) divide las creencias irracionales en dos dimensiones; proceso y contenido.

De las primeras creencias irracionales y de los debo, se resumen en siete categorías, tres de las características del pensamiento se incluyen en el apartado de proceso: Tremendismo, Baja tolerancia a la frustración y Condenación o evaluación global (Lega et al., 1997).

- Tremendismo- Es la tendencia a resaltar lo negativo de un evento por lo que se obtiene una conclusión exagerada.

Ejemplo: Creencia irracional- Esto no debería ser tan malo como es.

- Baja tolerancia a la frustración-Tendencia a exagerar lo insoportable de una situación y considerar que es imposible ser feliz ante ese evento.

La baja tolerancia a la frustración deriva de convertir un deseo en un deber, por lo que la frustración se percibe como algo terrible o catastrófico. Entiéndase por frustración el no conseguir algo experimentando sensación de disgusto, irritación o molestia.

Ejemplo: Creencia irracional- Las cosas deben cambiar para darme lo que quiero, de lo contrario, no puedo soportarlo ni ser feliz. Debo obtener satisfacción inmediata, no tener molestia alguna o no podré soportarlo y mi vida será horrible (Ellis y Blau, 1998).

- Condenación o evaluación global-Tendencia a evaluar como “mala” la totalidad de la persona, así como restar valía de uno mismo y/o los demás por su conducta o el aprecio que le brinden los demás.

Ejemplo: Creencia irracional- “Soy malo porque tengo tales o cuales malas cualidades”. “Debo hacer las cosas bien o seré peor que otros, soy un inútil”.

Caballo, Lega y González (1996), además de estos tres niveles en el apartado de procesos de la escala de Actitudes y Creencias para la versión en español, incluyen la “exigencia” y sus subderivados:

- Exigencia I – Exigencia por aceptación de los demás y eficacia.
- Exigencia por comodidad –Necesidad de relajación y bienestar.
- Exigencia II – Creencia racional “quiero hacer algunas cosas bien” y “Solo porque estoy tenso/a algunas veces, no significa que siempre estaré así”.

3.4.2 Dimensión de Contenido

En el contenido, la segunda dimensión de medición, se encuentran los temas generales o subjetivos, referentes a la ansiedad de ego y la ansiedad situacional, de ellas se desprenden tres categorías más de las creencias irracionales; Aprobación, Éxito y Comodidad (Lega et al., 1997).

La ansiedad, por sí misma, es un miedo exagerado, una persona ansiosa se preocupará racionalmente por la posibilidad de no controlar las cosas y obtener resultados indeseables; en contraste, una persona ansiosa que considera irracionalmente la situación exigirá tener el control absoluto de las cosas, “tiene que conducirse de forma perfecta o serán horribles las consecuencias”, tales creencias ocasionan la ansiedad de ego (Ellis y Blau, 1998; Lega et al., 1997).

- Ansiedad de ego o perturbación del yo (autodevaluación)- Tensión emocional que resulta cuando las personas piensan que su valía personal está siendo amenazada, que siempre deben comportarse perfectamente, y que es horrible y catastrófico el fallar o ser rechazado (Lega et al., 1997).

El perfeccionismo y la tendencia al pensamiento grandioso es una forma de generalización incorrecta al considerar como bueno por su manera de actuar, siendo perjudiciales cuando se inclinan al “miedo al fracaso” y “miedo al éxito”.

De ahí que de la ansiedad de ego se deriven los procesos de éxito y aprobación (Lega et al., 1997).

- Éxito- Necesidad rígida de actuar perfectamente, ya que el más mínimo error compromete el sentido de bienestar personal, la autoimagen y la aceptación por parte de los demás.
- Aprobación- Necesidad de aprobación y amor de las personas, aunado a sentimiento de rechazo y desestimación cuando no se consiguen. Ejemplo de creencia irracional: “No me puedo aceptar hasta ganar tu aprobación, debo conseguirla” (Ellis y Abrahams, 1978).

El otro tema del contenido es la ansiedad situacional o perturbaciones incómodas provocadas por, como su nombre lo señala, situaciones incómodas o baja tolerancia a la frustración. La ansiedad situacional es generada por la creencia irracional de Comodidad, la cual es la tendencia a exagerar lo estresante de una situación al cometer un error, catalogándolo como terrible, insoportable y frustrante (Lega et al., 1997).

Capítulo 4

4 Conducta

Villegas (2013) concluyó que los menores en situación de calle crean pensamientos irracionales y por ende acciones impulsivas o inadecuadas para una interacción social debido a que en la calle se enfrentan a situaciones hostiles que afectan directamente su salud psicológica.

Éstas acciones se podrían considerar como conductas que atentan contra su integridad física y mental, para ello, es relevante entender qué es una conducta, cómo se origina y cómo es que se torna en una constante en la vida de las personas.

La conducta desde un modelo cognitivo-conductual, se encuentra bajo la influencia del estado fisiológico del organismo, su historia de aprendizaje, la situación ambiental presente y una variedad de procesos cognoscitivos. Donde el aprendizaje, desde esta perspectiva, se explica mediante procesos vicarios y simbólicos (Rim y Masters, 1982).

Las funciones cerebrales y procesos del pensamiento le proporcionan al humano la capacidad de organizar su experiencia en tiempo y espacio, de tal forma que pueda anticipar las consecuencias de sus acciones y de economizar los esfuerzos para la solución de problemas (Mestre y Palmero, 2004).

Sin embargo, la adecuación de los procesos no asegura un comportamiento adaptativo. “El sujeto debe ser capaz de presentar las respuestas requeridas en una situación dada; si su repertorio de respuestas es deficiente, su conducta necesariamente será inadecuada. Las deficiencias de la respuesta conductual pueden ser resultado de las limitaciones fisiológicas, aprendizaje insuficiente, retención pobre o utilización inapropiada de la respuesta.” (Rim y Masters, 1982, p. 224).

Desde el punto de vista del estudio del modelo cognitivo se afirma que existen factores internos que median la conducta humana, en este sentido son organismos autoestimulativos, gracias a su capacidad simbólica de pensamiento y lenguaje (Ellis, 1980; Rim y Masters, 1982).

El lenguaje consigo mismo y con los demás genera refuerzos o castigos que influyen en el comportamiento. También mediante procesos simbólicos no sensitivos, tales como las sonrisas, las frases críticas, las medallas, etcétera, es posible dirigir e influir el comportamiento (Ellis, 1980).

Desde la TREC el factor cognitivo, específicamente la tendencia a formular creencias, constituye el marco de referencia principal para determinar la perturbación o la adaptación conductual de la persona (Lega et al., 1997, p. 33), es decir, el comportamiento no determina al ser. Distinguiendo la conducta de la persona, volviendo la conducta cuestionable y posible de cambiar.

Ante una situación específica, las creencias subyacentes de una persona influyen sobre sus percepciones, y esto se expresa por medio de pensamientos automáticos (Beck, 1995).

Posteriormente estos pensamientos automáticos inciden sobre la conducta y la emoción, además, a menudo van acompañados de una respuesta fisiológica (Beck, 1995; Lega et al., 1997). De ahí que, dado su origen o mediación cognitivo, en términos de creencias racional o irracional, se le denomine a la conducta su cualidad de racional o irracional, según sea adaptativa y funcional o no, para una persona ante una situación determinada (Caro, 2007).

Como se indicó en el capítulo anterior, las creencias en general son una parte fundamental de la cognición humana, todos los seres humanos producen de forma natural y regular creencias que pueden ser catalogadas como irracionales o racionales, de acuerdo al contexto, funcionalidad y adaptación para que una persona logre sus metas. Lo racional se refiere a lo verdadero, lógico, pragmático,

basado en la realidad y qué tanto facilita que la gente logre sus metas y propósitos (Caro, 2007).

Las personas se dejan guiar por sus creencias tanto racionales como irracionales, las primeras les ayudan a reaccionar con conductas y sentimientos saludables y funcionales; las segundas, en cambio les dificultan el alcanzar sus metas, a largo y mediano plazo, y propósitos básicos. Por lo que si las creencias irracionales se instauran como frecuentes pueden ser generadoras de conductas disfuncionales (Ellis, 1996; Caro, 2007).

Si se parte de una interpretación racional, probablemente se expresará una conducta bastante apropiada o deseable. En cambio, si se parte de una creencia irracional, se tenderá a conductas inapropiadas o indeseables (Caro, 2007).

Cardeñoso y Calvete (2004) reportaron que las puntuaciones de irracionalidad correlacionan con problemas de conducta en adolescentes, destacando las asociaciones entre necesidad de aceptación/éxito y la justificación de violencia. Además, encontraron que las creencias irracionales de necesidad de aceptación/éxito e Indefensión se asocian a la orientación negativa hacia los problemas.

4.1 Teoría de la conducta problemática

Mangrulkar, Whitman y Posner (2001) realizaron un compendio de algunas teorías para explicar la adquisición de conductas problemáticas, una de ellas es la teoría de la conducta problemática, sobre la cual se basó esta investigación. Esta teoría argumenta que las conductas de riesgo se generan por la estimulación de complejas interacciones entre los individuos y su ambiente.

La teoría de la conducta problemática comenzó con 3 sistemas básicos explicativos:

1. Sistema de la personalidad, que incluyen los valores, expectativas, creencias, actitudes, orientaciones hacia uno mismo y hacia los otros, son

los procesos cognitivos que reflejan los esquemas internos y la experiencia social.

2. Sistema del medio ambiente percibido, tiene relación con la percepción del individuo hacia las actitudes y creencias de la familia y pares, considerando los apoyos, influencia, controles, modelos y expectativas de otros, y que tienen como característica que pueden ser conocidos o percibidos, teniendo un significado para la persona.
3. Sistema conductual, son el conjunto de conductas que se aprendieron y que son sociablemente inaceptables (ingesta de alcohol, tabaco y otras drogas, conductas sexuales inadecuadas, delincuencia, etc. y serán el resultado de la interacción de la personalidad y la influencia ambiental)

Más adelante se le incluyeron 3 variables que interactúan directamente con los sistemas antes mencionados (Mangrulkar, Witman y Posner, 2001; Becoña, 2002):

- a) Ambiente Social y características demográficas, (se incluyen la educación y ocupación de los padres, estructura familiar, bajo nivel educativo pobreza, raza, exposición a condiciones insalubres, agua contaminada, radiación y contaminación del aire).
- b) Proceso de socialización (ideología e influencia parental, de los pares y de los medios de comunicación).
- c) Biología Genética (enfermedades, anomalías genéticas, lesiones, uso y adicción a drogas Salud y genética).

De esta forma las conductas problemáticas serán resultado de una múltiple gama de elementos desde; sociales, el ambiente percibido, la personalidad, físicos y biológicos, donde los factores de riesgo, que son las circunstancias o situaciones que hacen más probable la aparición de una conducta problemática y los factores de protección, que servirán como aislantes y, por ende, disminuyen el impacto del riesgo, tendrán una tarea muy importante.

Existen cinco grupos de factores de riesgo y protección que sirven de marco conceptual general para la conducta problemática de los adolescentes. Estos grupos o dimensiones son los siguientes: biológico/genéticos, medio social, medio percibido, personalidad y conducta. Dentro de los factores de riesgo biológico/genéticos considera la historia familiar de alcoholismo y, de protección, la alta inteligencia. Dentro del medio social considera como factores de riesgo la pobreza, la anomía normativa, la desigualdad racial y las oportunidades ilegítimas; de protección, las escuelas de calidad, la familia cohesionada, disponer de recursos vecinales y disponer de adultos interesados. Dentro del medio percibido los factores de riesgo son los modelos de conducta desviada y los conflictos normativos entre padres y amigos; de protección, los modelos de conducta convencional y altos controles de la conducta desviada. Dentro de la personalidad, como factores de riesgo considera la percepción de pocas oportunidades, baja autoestima y la propensión a correr riesgo; de protección, la valoración de los logros, la valoración de la salud y la intolerancia a la desviación. Y, dentro de la conducta, como factores de riesgo los problemas con el alcohol y el bajo rendimiento escolar; de protección, la asistencia a la iglesia y participar en clubes escolares y de voluntarios (Becoña, 2002).

Jessor (1993) defiende la idea de que las conductas de riesgos o conductas problema se deben considerar de forma conjunta, ya que son manifestaciones distintas de ese síndrome de conducta de riesgo propio de la adolescencia, por lo que la intervención debe dirigirse hacia ese estilo de vida como un todo y no solo sobre las conductas problema de forma independiente.

Como lo mencionado, esta investigación se basó en la teoría de la conducta problemática ya que relaciona las siguientes variables (las cuales se contextualizan en el caso específico de los menores en situación de calle):

- 1) Sistema de personalidad, debido a que es la inclusión del sistema de valores y creencias, por lo tanto, aquí se desarrollan las ideas irracionales; las cuales se abordan en el siguiente apartado.
- 2) Ambiente social y medio ambiente percibido. El medio en el cual el niño vive y se relaciona, esto es, su entorno familiar y sus pares. Este ambiente social se ve proyectado en los factores que incitan a que el menor que abandone su hogar (situación económica, violencia, abuso incestuoso y la ausencia de la figura materna/paterna).
- 3) Sistema conductual; ya que son el conjunto de la práctica de las conductas de riesgo, las cuales ya realizaban en casa y probablemente incrementarán en situación de calle.
- 4) Ambiente Social y características demográficas: Exposición a condiciones insalubres
- 5) Proceso de Socialización: Influencia de los pares e interés de ellos, estigmatización de su estado por la sociedad.
- 6) Sistema Biológico: El estado de salud que el menor lleve en las calles y antes de salir de ellas.

4.2 Conductas de riesgo

En nuestro país existe un número considerable de adolescentes que son víctimas de los problemas de los países en desarrollo, como son la crisis económica, la escasez de empleos lícitos, la falta y mala calidad de educación, la carencia o inadecuado acceso a los servicios públicos que favorecen un nivel de calidad y bienestar de vida, el aumento a la propensión a ser víctima de asaltos y robos, la accesibilidad a sustancias tóxicas, entre otros.

La Organización Mundial de la Salud (2016) menciona que actualmente los adolescentes enfrentan desafíos como la pobreza, la falta de un grupo familiar estable, escaso acceso a la información y servicios de salud, por nombrar algunos de ellos, y que se vuelven un obstáculo para lograr su bienestar psicológico y físico.

Estas condiciones pueden convertirse en una amenaza potencial para el desarrollo de la familia, del individuo y para el desarrollo social y económico de un país.

Según algunos autores, (Arbex, 2005; Becoña, 2002), el riesgo o la vulnerabilidad durante la etapa de desarrollo de la adolescencia es por situaciones micro y macro sociales- Es decir, el nivel micro se refiere a los entornos sociales en los que se están socializando, por ejemplo, crecer en entornos de alto riesgo (delincuencia, disponibilidad de drogas, armas, violencia, pobreza, hacinamiento, etc.), con familias problemáticas (poca comunicación, escasa afectividad, consumidores, etc.), jóvenes excluidos socialmente, inmigrantes con problemas de integración social, etc. También, por su particular riesgo personal, que está determinado por su historia de inadaptación y fracaso escolar, hijos de padres ausentes, niños con una experimentación temprana con sustancias tóxicas e inicio de una vida sexualmente activa, personalidad, comportamiento, creencias, desarrollo cognitivo, baja autoestima y problemas psicológicos. Ahora bien, entre los factores macro que afectan a los jóvenes se encuentra la pobreza, el desempleo, la crisis financiera global, la migración rural/urbana, un sistema educativo débil, de baja calidad, así como ineficaces sistemas judicial y sanitario.

Así, una persona se encuentra en situación de riesgo cuando tiene múltiples e importantes factores de riesgo y escasos factores de protección (Arbex, 2002). Sin embargo, la subestimación de los riesgos es habitual en los adolescentes en diferentes circunstancias. Será más probable cuando está en juego su imagen, cuando se han habituado a ellos mismos, cuando creen poder controlarlos y/o tienen expectativas de daños poco significativos, cuando se relacionan con importantes ganancias personales o cuando tienen una actitud fatalista y creen que los riesgos son inevitables.

Naim (2003) señala que la medición de comportamientos de riesgo es indispensable para contar con información de calidad sobre el desarrollo saludable de los jóvenes.

Estos datos nos llevan a considerar el contexto en el que se desarrollan los adolescentes, dado que presentan cambios cognitivos y psicosociales que favorecen la experimentación de situaciones nuevas que pueden conducir a la ruptura de las normas sociales, incrementando con ello las posibilidades de presentar conductas no adaptativas y conductas que atentan contra la salud y la integridad física y mental, como las conductas de riesgo.

Durante las últimas décadas, la prevalencia de las conductas de riesgo entre la juventud en América Latina y el Caribe ha experimentado un incremento preocupante (Becoña, 2002).

Las conductas de riesgo son las acciones voluntarias o involuntarias que realiza un individuo o una comunidad, que podrá tener consecuencias negativas o nocivas para su integridad (Corona, 2011).

La OMS (2018) enlistó 22 conductas de riesgo en el artículo “Adolescentes: riesgos para la salud y soluciones”:

- Experimentar un embarazo no deseado
- Consumir cigarros
- Realizar robos
- Estar involucrado en una pelea
- Tener relaciones sexuales sin protección
- Consumir bebidas alcohólicas
- Decir mentiras
- Vomitar después de comer
- Tener relaciones sexuales con desconocidos
- Consumir comida chatarra
- Tener pensamientos suicidas
- Comer de forma excesiva
- Consumir drogas sintéticas

- Autolesionarse
- Usar las redes sociales de una forma inadecuada
- Automedicarse
- Consumir marihuana
- Faltar a la escuela sin justificación
- Quedarse con hambre
- Realizar conductas temerarias
- Consumir drogas inhalantes
- Agredir verbalmente a otras personas

A continuación, se precisará a qué hacen referencia dichas conductas.

Embarazos no deseados

Ramos y López (2011) conceptualizan el embarazo no deseado como el momento que la mujer queda embarazada sin quererlo, pero por cuestiones personales, sociales y culturales, se ve obligada a tener al producto.

El embarazo en adolescentes es un fenómeno que ha cobrado importancia en los últimos años debido a que México ocupa el primer lugar en el tema, entre los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) con una tasa de fecundidad de 77 nacimientos por cada mil adolescentes de 15 a 19 años de edad. Asimismo, 23% de las y los adolescentes inician su vida sexual entre los 12 y los 19 años. De estos, 15% de los hombres y 33% de las mujeres no utilizaron ningún método anticonceptivo en su primera relación sexual. Es así que de acuerdo con estos datos, aproximadamente ocurren al año 340 mil nacimientos en mujeres menores de 19 años (Secretaría de Salud, 2002).

Consumo de tabaco

Es la acción de aspirar humo generalmente producido por el tabaco contenido en un cigarrillo. El hecho de fumar cigarrillos que contienen muchas sustancias tóxicas

como la nicotina o alquitrán, se reconoce perjudicial para la salud (Ariza, Artunduaga y Gamba 2016).

La prevalencia de los adolescentes que fuman en la edad de 12 a 17 años es aproximadamente de un millón de jóvenes. La Encuesta de Tabaquismo en Jóvenes realizada por el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) en 2009, evidencia que el tabaquismo representa el principal riesgo común de las enfermedades crónicas no transmisibles y se considera como un problema de salud pública de importancia internacional. Encontró que la mayor prevalencia de fumadores adolescentes se encuentra en la Ciudad de México (20%) y el inicio del consumo de cigarro oscila entre los 11 y los 13 años de edad (INEGI, 2004).

Respecto a los factores que están asociados al consumo del tabaco, se han detectado factores sociales como la historia familiar, influencia de los amigos y exposición a publicidad de tabaco, así mismo se detectaron factores psicológicos como la rebeldía, bajo rendimiento y presión académica, búsqueda de sensaciones, ansiedad, depresión, estrés, creencias y actitudes hacia el tabaco (Ariza, Artunduaga y Gamba 2016).

Robar

Según la Real Academia Española (RAE, 2019), robar hace referencia a la acción de tomar para sí lo ajeno, o hurtar de cualquier modo que sea. El Instituto Nacional de Estadísticas de México (2013) reporta una mayor incidencia de delitos cometidos por adolescentes entre los 14 y 17 años. El Consejo de Menores (2005) identifica que los hombres, con edades entre los 11 a los 17 años, infringen más las leyes en comparación con las mujeres, observándose una mayor incidencia entre los 15 a los 17 años. Actualmente, más adolescentes en edades tempranas se encuentran a disposición ante la ley para un proceso judicial y las infracciones más comunes son los robos (Villatoro, Gutiérrez, Quiroz, Moreno y Gaytán, 2005).

Estar involucrado en peleas

La RAE (2019) define la pelea a la acción de contender, confrontar o reñir, aunque sea sin armas o solo de palabra, en este sentido, se definirá como la acción de estar involucrado en una confrontación física o verbal.

La violencia juvenil comprende un abanico de actos agresivos que van desde la intimidación y las peleas hasta formas más graves de agresión y el homicidio. Se calcula que, en el año 2000, la violencia juvenil se cobró la vida de 199 000 jóvenes (OMS, 2016). Por cada joven que muere por causas violentas, muchos otros sufren lesiones que requieren tratamiento hospitalario.

Los ataques con armas de fuego son mortales con más frecuencia que los puñetazos, patadas y ataques con arma blanca. Las riñas físicas y la intimidación son también frecuentes entre los jóvenes. Los homicidios y la violencia no mortal entre los jóvenes contribuyen enormemente a la carga mundial de muertes prematuras, lesiones y discapacidad, además de tener repercusiones graves, que a menudo perduran toda la vida, en el funcionamiento psicológico y social de una persona. Entre los jóvenes con comportamientos violentos y delictivos, la presencia de alcohol, drogas o armas aumenta las probabilidades de que la violencia lleve aparejadas lesiones o la muerte. El hecho de haber sufrido castigos físicos severos o presenciado actos de violencia en el hogar, la falta de supervisión y vigilancia por parte de los padres y la asociación con compañeros delincuentes son otros factores importantes a considerar (OMS, 2016).

Relaciones sexuales sin protección

La sexualidad, al ser parte de la vida individual de las personas, es un producto de la cultura y está inmersa en diferentes ámbitos. Las actividades sexuales en jóvenes se consideran actividades de riesgo por el uso indebido o nulo de métodos anticonceptivos, tener relaciones sexuales sin protección tiene consecuencias tales como: embarazos no planeados, maternidad y paternidad tempranas, matrimonios

forzados, abortos, infecciones de transmisión sexual, abuso sexual, entre otros (Secretaría de Salud, 2002).

Seis de cada 10 mexicanos no suelen utilizar condón en sus relaciones sexuales debido a la falta de información, la violencia en la pareja y los prejuicios sobre este anticonceptivo. Según la OMS (2018), más de 1 millón de personas de 15 a 49 años se contagian cada día por una infección de transmisión sexual (ITS) que se puede curar.

Consumo de alcohol

Es el acto de consumir alguna bebida alcohólica, aquella que contiene más de 2.5° de alcohol, específicamente, etanol o alcohol etílico, el cual es un depresor del Sistema Nervioso Central que adormece sistemática y progresivamente las funciones del cerebro, como la coordinación, la memoria y el lenguaje. La Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) en el 2008 reporta que el problema más importante en adicciones en México está en el abuso del consumo de bebidas alcohólicas (Secretaría de Salud, 2002).

Además de estar asociado con la violencia y ser una de las principales causas de mortalidad entre jóvenes (por accidentes de tránsito) está vinculado con un pobre rendimiento académico, mayor probabilidad de contraer enfermedades de transmisión sexual, depresión, ansiedad, desórdenes de personalidad y participación en pandillas. Su uso, el de drogas y la combinación de ambos afecta la regulación del autocontrol y contribuye directa e indirectamente a la transmisión del VIH y a la mortalidad y morbilidad infantil (Naimi, 2003).

Mentir

Acto de decir o manifestar lo contrario de lo que se sabe, cree o piensa (RAE, 2019). Como cualquier otro comportamiento, también las personas aprenden a mentir, además se miente en un ámbito específico. Todas las personas mienten, es una práctica social consuetudinaria y consensuada, los individuos mienten y se les

miente (Craig, 2012). La razón por la que ocurre tan cotidianamente, según Hernando (2009), es que cumple una función social, la de posibilitar la convivencia en determinadas situaciones donde decir la verdad es inapropiado.

Vomitir después de comer

Conducta relacionada con trastornos alimenticios que generalmente están asociados con la bulimia y anorexia (Sánchez, 2013). La OMS (2016) ha clasificado la bulimia como un trastorno mental y del comportamiento, el cual es un problema de salud mental cada vez más frecuente entre las mujeres jóvenes. En México se han encontrado porcentajes desde el 5% hasta 18% de conductas alimentarias de riesgo en mujeres adolescentes de la CDMX.

Tener relaciones sexuales con desconocidos

Es la práctica de riesgo que se realiza de forma casual, recreativo o con la finalidad de obtener algo a cambio (Lamas, 2017). El comportamiento sexual de riesgo ha sido definido con relación a una situación potencialmente capaz de infligir daño a la salud del sujeto que la practica o a la de otro individuo (Secretaría de Salud, 2002).

Consumir comida chatarra

Es la ingesta de comestibles pobres en nutrientes, con un alto contenido de azúcar, grasa y sodio (Profeco, 2018).

El precio y la practicidad de la comida "chatarra" en México elevan su consumo desde la infancia. El consumo de estos productos se potencia ya que son prácticos, rápidos, baratos pero de poca calidad. Desafortunadamente, a consecuencia del consumo desmedido de este tipo de alimentos, siete de cada 10 adultos mexicanos (49 millones) y uno de cada tres niños (12 millones) presentan sobrepeso, obesidad y obesidad mórbida (Profeco, 2018).

Tener pensamientos suicidas

El pensamiento de quitarse la vida que puede ser transitorio o patológico. La conducta suicida se manifiesta mediante comportamientos autodestructivos que podrían acabar con la propia vida e involucran fantasías de muerte, autolesiones, ideación, amenazas e intentos suicidas (Abou, 1996).

Según el INSP (2015), en la última década hubo seis mil 425 suicidios en México, de los cuales 10.5 por ciento (674) tenía entre 10 y 17 años de edad.

Ingestión excesiva de comida

La ingesta excesiva de alimentos, conducta que generalmente se relaciona con hábitos inadecuados de alimentación (atracones de comida), trastornos alimentación (bulimia nerviosa), malnutrición y obesidad (Hernández, 2016).

A nivel mundial, en 2016 más de uno de cada seis adolescentes de 10 a 19 años tenía sobrepeso (OMS, 2018).

Agredir verbalmente a otras personas

Es la respuesta oral que resulta nociva para el otro, a través de insultos o comentarios de amenaza o rechazo (RAE, 2019).

Autolesionarse

Se refiere al daño deliberado hacia el tejido del propio cuerpo sin intento suicida. Se llevan a cabo en la piel diferentes tipos de autolesión, entre ellas se encuentran: tallado en la piel, picadura de herida, golpes en la piel, raspado de piel para extraer sangre, inserción de objetos, quemaduras, entre otras (INSP, 2015).

Uso inadecuado de redes sociales

Dentro de los principales riesgos que las personas pueden tener al hacer uso de redes sociales es el contacto o interacción con personas que busquen perjudicar al

usuario, mediante extorciones, robo de información personal, suplantación de identidad, favores que ponen en riesgo la integridad del usuario y fraudes con tarjetas bancarias (SEP, 2017).

Consumir drogas sintéticas

En México las cifras muestran que cada vez existe mayor exposición al consumo y es mayor la facilidad con la que se consiguen las drogas entre los jóvenes (INSP, 2015).

El consumo de drogas en la adolescencia constituye un problema de salud pública y una gran preocupación para sus familias, profesionales de la salud, profesores y sociedad en general. Entre las razones que dan los jóvenes para dicha conducta están: sentirse mayor, ser aceptados, socialización, experimentar, sentir placer, por rebeldía, para satisfacer la curiosidad, aliviar la ansiedad, la depresión, el estrés o el aburrimiento y evadir problemas personales (Becoña, 2002).

A veces, el consumo o no consumo de drogas es un elemento de inclusión social en ese ambiente, por lo que observar a otras personas que consumen y llevan a cabo conductas relacionadas con las drogas, facilitará su uso. La decisión estará en función de los valores y creencias del adolescente, pero también de su medio sociocultural, familiar, de amistad, entre otros (Becoña, 2002).

Conductas temerarias

Un ser humano, en teoría, debe preocuparse por los riesgos y actuar en consecuencia de esta conciencia, si no le hace, se podría decir que es una persona temeraria. Temerario hace referencia a un adjetivo que permite calificar a la persona cuya conducta es muy imprudente y, por lo tanto, acarrea riesgos. Es decir, un individuo temerario es aquel que no presta atención al peligro y que, por lo tanto, actúa de una manera que podría calificarse irracional (OMS, 2018).

Ausentismo escolar

Hace referencia a las faltas recurrentes de un alumno a su escuela, esto quiere decir, que el fenómeno denota la no asistencia de los estudiantes a las clases que deben tomar de acuerdo a su curso. En México, el ausentismo escolar afecta a una cuarta parte de los alumnos evaluados mediante la prueba PISA (SEP, 2017).

Poca ingesta de comida

La ONU (2011) utiliza hambre como sinónimo de desnutrición crónica, aunque también se refiere al hambre como privación de alimentos, o a la sensación incómoda o dolorosa causada por no ingerir en un determinado momento suficiente energía a través de los alimentos.

Consumir marihuana

Es la autoadministración de los brotes floridos o con fruto del cannabis. La marihuana es la droga ilegal más consumida en México. Más de siete millones de mexicanos, un 8,6% de los adultos entre los 18 y los 65 años de edad, aseguran que la han probado al menos una vez. El consumo de marihuana también se ha duplicado entre los menores de edad: un 5,3% de los jóvenes entre 12 y 17 años la han probado, mientras que en 2011 solo un 2,4% lo había hecho. Las autoridades alertan de que el número de adolescentes que han probado cualquier droga por primera vez se ha multiplicado por cuatro desde 2002 (OMS, 2018).

Automedicación

Es la administración por cuenta propia o por consejo de otra persona de un medicamento sin ninguna intervención por parte del médico. En México, es una práctica arraigada debido al alto costo de la consulta médica y los fármacos. El 78% de la población mexicana recurre a esta práctica sin tener en cuenta que pone en peligro su vida, pues incluso una intoxicación por el mal uso de medicamentos puede provocar una reacción adversa y morir (Secretaría de Salud, 2002).

Consumir drogas inhalantes

Es la autoadministración de sustancias que se transforman en vapor a temperatura ambiente. Las sustancias que se inhalan para obtener efectos psicoactivos son los disolventes orgánicos presentes en numerosos productos de uso doméstico e industrial (como pegamento, aerosoles, pinturas, disolventes industriales, quitaesmaltes, gasolina y líquidos de limpieza) y los nitritos alifáticos, como el nitrito de amilo (OMS, 2018).

4.3 Principales conductas de riesgo en menores en situación de calle

Villegas (2013) señala que las características que harían más vulnerables a los menores y jóvenes a incurrir en actividades de riesgo es la hiperactividad, baja inteligencia, agresividad temprana, bajo autocontrol-impulsividad, alta distractibilidad, irreflexividad sobre los efectos negativos del comportamiento, alta tendencia a tomar riesgos, atribuir la responsabilidad de su comportamiento a fuerzas externas y a sentir que el mundo es para el propio beneficio, extrema confianza en sí mismo, pereza en el ejercicio del pensamiento crítico, tendencia a interpretar al mundo como un lugar hostil, y abuso de drogas y alcohol.

Los menores en situación de calle durante su infancia atraviesan una fase crítica de mortalidad y morbilidad, ya que en ella se enfrentan a diversos problemas de salud debido a conductas de riesgo que comprometen el bienestar (Crowley, 2013).

Esta población tiende a usar drogas siguiendo patrones de comportamiento grupal que encierran distintos significados. Por un lado, se entiende que el consumo de drogas por parte de estos/as menores/as tiene un sentido de fuga de la dura realidad que deben enfrentar en las calles. También se sostiene que algunas de las sustancias tóxicas que utilizan por inhalación quitan la sensación de hambre u otras, euforizante, quita la sensación de cansancio. Por otro lado, estos menores saben que el único grupo de pertenencia que tienen es el de sus propios pares, por lo que

tienden a identificarse con aquellos modelos de conducta que su grupo genera. Si en estos modelos de conducta está incluido el consumo de drogas, entonces para pertenecer al grupo es necesario consumir drogas. Para este grupo de menores en situación de calle, las drogas juegan un rol importante en sus vidas, en tanto adquieren un sentido social en el grupo de pertenencia (Crowley, 2013).

En el censo realizado por la UNICEF en el año de 1996, se encuentra que las principales actividades que podrían generar riesgos a los menores en situación de calle son; un 70% aceptó que consumía algún tipo de droga, el 50% declaró tener vida sexual activa y de ellos, 43% se inició entre los siete y catorce años. En 62.37% de los casos, los chicos habían sido detenidos por drogadicción, vagancia o robo. La mayoría (85.4%) se encontraba entre los 12 y 17 años de edad (Pérez, 2003).

Como se comentó, una de las principales consecuencias conductuales de los menores que viven en situación de calle es la impulsividad, la cual Villegas (2013) describe como una capacidad para demorar reforzadores donde se le suma una falta de adecuada evaluación de estímulos, y que las personas que presentan impulsividad presentan problemas inhibitorios de sus pensamientos, emociones y conductas que propician a su vez agresividad y pueden originar problemas para identificar sus errores, falta de memoria, perspicacia y confusión a nivel cognitivo.

Capítulo 5

5 Metodología

5.1 Planteamiento del problema

A pesar de que en México el fenómeno de los menores en situación de calle es cotidiano, suele ser infravalorado, prueba de ello es que el último censo oficial realizado por la UNICEF y el DIF fue en el año 1995. Algunas de las excusas que las Instituciones del Gobierno han dado como respuesta para el abandono de esta población, es que la gran movilidad y anonimato que guardan les ha dificultado tener una cifra actualizada, razón por la que hoy en día desconocen la dimensión real de éste fenómeno y en consecuencia, los programas sociales no tienen una intervención apropiada y significativa (Altamirano, 2018).

De acuerdo a Gutiérrez y Vega (2003), las investigaciones realizadas en la población de menores en situación de calle se han enfocado en los problemas de la subsistencia infantil en las calles, su organización social, el uso de inhalantes, los factores que lo propician y determinar las consecuencias neurológicas y psicológicas que produce el consumo deliberado de disolventes. Son pocos los trabajos que han generado información que permita caracterizar a esta población desde una perspectiva psicológica, uno de ellos, es el de Villegas (2013), esta autora identificó pensamientos y creencias irracionales causantes de conductas impulsivas en adolescentes en situación de calle. También encontró evidencia de que la baja tolerancia a la frustración, poca capacidad de espera, susceptibilidad a la crítica y estrategias inadecuadas en la solución de conflictos están relacionadas a comportamientos de tipo impulsivo-agresivo. Morales (2007) plantea que la impulsividad facilita que las personas respondan de forma agresiva, probablemente por la tendencia de actuar dejándose llevar por el impulso del momento, lo que también facilita la manifestación de conductas agresivas. En un artículo publicado por Pérez (2003) postula que en el proceso de callejerización que viven los menores en situación de calle se crean alteraciones a nivel neurológico que resulta en la modificación de aspectos de su personalidad y que tiene un impacto directo en la

psique del niño, ya que por su condición de edad se encuentran más orillados a las conductas de alto riesgo entre las que destaca realizar acciones ilegales para sobrevivir. Es decir, su experiencia de vida está ligada a ingresos a los distintos espacios de reclusión, los cuales fortalecen su identificación con el grupo de calle y sus conductas ilegales. Finalmente concluye que la cultura callejera se mueve preponderantemente sobre tres ejes vivenciales: adicciones, sexualidad y violencia.

Éstos estudios son los más representativas y meramente los únicos que han seguido una línea de investigación de las condiciones psicológicas de esta población. Considerando las bases teóricas de Ellis (1996), las personas que presentan de manera dogmática creencias absolutistas y rígidas, presentaran perturbaciones emocionales serias, tenderán a ser inhibidas, hostiles, defensivas, ansiosas, incapaces, indiferentes, desordenadas y deprimidas.

Dado lo anterior, surge la idea de describir las creencias irracionales que muestran los menores en situación de calle y analizar cuáles de ellas los llevan a realizar conductas de riesgo, por lo que ésta investigación se enfocará en determinar ésta asociación para obtener una aproximación a este sector marginal respecto a la estructura cognitiva dadas sus condiciones de vida en calle. Con esta aproximación se facilitará la implementación de acciones de intervención para los albergues e instituciones que trabajan directamente con esta población.

Además, se busca ser un aporte en el aspecto preventivo para la población de menores de edad que estén en riesgo de situación de calle, ya que con la información generada, en las instituciones educativas se podrían implementar programas que busquen mediatizar las creencias irracionales que pudiesen presentar los estudiantes y asimismo, evitar que éstas sean un paso para el desarrollo y/o incremento de conductas de riesgo así como para el abandono de su hogar.

5.2 Pregunta de Investigación

¿Cuáles son las conductas de riesgo asociadas a las creencias irracionales de los menores en situación de calle?

5.3 Objetivos

General

Describir cuales conductas de riesgo están asociadas a las creencias irracionales de los menores en situación de calle.

Particular

Describir las principales creencias irracionales de los menores en situación de calle.

Describir las principales conductas de riesgo de los menores en situación de calle.

5.4 Material y métodos

5.4.1 Diseño de estudio

La investigación fue no experimental ya que se realizó sin la manipulación deliberada de variables y se observaron los fenómenos en su ambiente natural sin intervención directa. El tipo de estudio fue descriptivo ya que se pretendió caracterizar un determinado fenómeno y establecer su estructura, esto es, decir cómo es y cómo se manifiesta y determinar si existía correlación entre dos variables (Castañeda, 2004). El método fue transversal ya que se estudiaron personas de diferentes edades en un punto del tiempo.

5.4.2 Muestra

La muestra estuvo constituida por 100 menores de ambos sexos, con edad máxima de 18 años, de nacionalidad mexicana, que sabían leer y escribir, que se encontraban en situación de calle dentro de la Ciudad de México, que asistían al comedor comunitario del Albergue CAIS Plaza del Estudiante y al Centro de Formación y Restauración “Casa de María A.C.”, que no se encontraban en estado de intoxicación por el consumo de alcohol o drogas, sin alguna lesión física o cerebral que impidiera la comprensión de los instrumentos. La selección de muestra

fue no probabilística ya que no se basó en la probabilidad de ocurrencia de los elementos que conformaban la muestra, sino que se siguieron diferentes criterios para hacer la elección, de tipo cuota ya que el conocimiento de la población se utilizó para seleccionar a los miembros de la muestra que fueron apropiados para los propósitos de la investigación (Kerlinger, 2002).

5.4.3 Variables

Conceptual

Ideas irracionales: Pensamiento anticientífico, basado en una forma de pensar ilógica y poco realista. (Ellis & Lega, 1990).

Conducta de riesgo: Forma específica de conducta de la cual se conoce su relación con una susceptibilidad incrementada para una enfermedad específica o para un estado de salud deficiente (OMS, 1998).

Menores en situación de calle: Persona menor de 18 años, donde la base de su supervivencia depende directamente o en gran medida a los recursos que obtenga de trabajar en la calle y que suelen tener una relación familiar fracturada o nula y saben sobrevivir en la calle, disponiendo de redes sociales que le ayudan en su supervivencia (Taracena, 2011).

Operacional

Ideas irracionales. Las respuestas dadas a las subescalas de la “Escala de actitudes y creencias” de Lega, Caballo y Ellis (1997):

Tremendismo. Tendencia a resaltar lo negativo de un evento.

Baja tolerancia a la frustración. Tendencia a exagerar lo insoportable de una situación.

Condenación. Tendencia a evaluar como “mala” la totalidad de la persona.

Exigencia I. Exigencia por aceptación de los demás y eficacia.

Exigencia por comodidad. Necesidad de relajación y bienestar.

Exigencia II. Creencia racional “quiero hacer algunas cosas bien” y “Solo porque estoy tenso/a algunas veces, no significa que siempre estaré así”.

Éxito. Necesidad rígida de actuar perfectamente para sentirse bien consigo mismo.

Aprobación. Necesidad de aceptación y amor de las personas.

Comodidad. Tendencia a exagerar lo estresante de una situación al cometer un error.

Conductas de riesgo. Las respuestas obtenidas en listado de cotejo basado en las conductas de riesgo publicadas por la OMS en el artículo “Adolescentes: riesgos para la salud y soluciones” (2018): embarazos no deseados, consumo de cigarrillos, robar, involucrarse en peleas, práctica de relaciones sexuales sin protección, consumo de bebidas alcohólicas, mentir, vomitar después de comer, práctica de relaciones sexuales con desconocidos, consumo de comida chatarra, presencia de pensamientos suicidas, alimentarse de forma excesiva, consumo de drogas sintéticas, autolesionarse, uso inadecuado de redes sociales, automedicación, consumo de marihuana, ausencia escolar sin justificación, quedarse con hambre, realizar conductas temerarias y consumo de drogas inhalantes.

Menores en situación de calle: Personas menores de 18 años que usan las calles como hábitat, que no tienen vínculo con su familia y que asisten al comedor comunitario del Albergue CAIS Plaza del Estudiante y al Centro de Formación y Restauración “Casa de María A.C.”.

5.4.4 Técnicas de recolección de datos

1. Se aplicó la “Escala de Actitudes y Creencias” versión en español para la medición de creencias irracionales creado por Lega, Caballo y Ellis (1996). La versión inicial del ABT en español fue preparada y utilizada con muestras

de sujeto universitarios españoles (Caballo, Lega y González, 1996) (Apéndice A). Un análisis factorial de dicha versión ha encontrado 10 factores que explican el 63% de la varianza y refleja, en buena medida, la estructura original hipotetizada de la escala cuatro niveles de procesos (exigencia, tremendismo, baja tolerancia a la frustración y condenación) y tres niveles de contenido (aprobación, éxito y comodidad). El ABT consta de 48 ítems, con una escala Likert del 1 al 5 que va de “Estoy muy en desacuerdo...a...Estoy muy de acuerdo” (Apéndice A), la escala permite calcular siete puntajes correspondientes a los siete niveles mencionados anteriormente, agrupando los ítems en la forma descrita a continuación. El puntaje de cada nivel se calcula añadiendo los números seleccionados por el sujeto en cada uno de los ítems.

En Proceso pueden calcularse cuatro puntajes agrupando los ítem de la siguiente forma:

Exigencia: Ítems #13, 17, 21, 25, 29, 33

Tremendismo: Ítems #14,18,22,26,30,34

Baja Tolerancia a la Frustración: Ítems #3,7,11,39,43,47

Condenación: Ítems #4,8,12,40,44,48

En Contenido pueden calcularse cuatro puntajes agrupando los ítem de la siguiente forma:

Aprobación: Ítems #4,7,13,22,25,34,40,43

Éxito: Ítems #8,11,14,17,26,29,44,17

Comodidad: Ítems #3,12,18,21,30,33,39,48

El segundo instrumento que se aplicó fue un listado de cotejo basado en las conductas de riesgo publicadas por la OMS en el artículo “Adolescentes: riesgos

para la salud y soluciones” (2018): El listado es de carácter dicotómico, registra la presencia o ausencia de las conductas de riesgo practicadas en los últimos 5 días antes de la aplicación del mismo. Está conformado por 22 conductas de riesgo: embarazos no deseados, consumo de cigarrillos, robar, involucrarse en peleas, práctica de relaciones sexuales sin protección, consumo de bebidas alcohólicas, mentir, vomitar después de comer, práctica de relaciones sexuales con desconocidos, consumo de comida chatarra, presencia de pensamientos suicidas, alimentarse de forma excesiva, consumo de drogas sintéticas, autolesionarse, uso inadecuado de redes sociales, automedicación, consumo de marihuana, ausencia escolar sin justificación, quedarse con hambre, realizar conductas temerarias y consumo de drogas inhalantes, así como la edad y sexo del menor (Apéndice B). Las opciones de respuesta se basan en elegir las opciones “Sí” o “No” según sea el caso, es decir, “Sí” cuando han practicado la conducta señalada o “No”, si es que no la han practicado en los últimos 5 días. En cuanto a la validez del cuestionario, se decidió apelar por el juicio de expertos, al ser una opinión informada de personas con trayectoria en el tema, que son reconocidas por otros como expertos cualificados en éste y que pueden dar información, evidencia, juicios y valoraciones (Escobar- Pérez y Cuervo-Martínez, 2008), es decir, al ser un listado elaborado y emitido por la OMS, no fue necesario realizar algún procedimiento estadístico par su validación. Para la confiabilidad se utilizó el alfa de Cronbach obteniendo una varianza del 0.86, se utilizó este procedimiento ya que se considera el indicador más idóneo porque da un único valor de consistencia (Carvajal, 2011).

5.4.5 Procedimiento

La recopilación de los datos se realizó en dos fases. La primera fase se enfocó en la aplicación de los dos instrumentos a los menores en situación de calle del Albergue CAIS Plaza del Estudiante, el primero instrumento aplicado fue el listado de cotejo de conductas de riesgo y después se aplicó la “Escala de actitudes y creencias”. Para ello se solicitó al Director del Albergue el permiso pertinente para ingresar a sus instalaciones días previos a la aplicación. En la segunda fase,

también se solicitó permiso al Director del Centro de Formación y Restauración “Casa de María A.C.” con quien se tuvo una entrevista para compartir los objetivos de la investigación. Se siguió la misma secuencia de aplicación de los instrumentos para los menores en situación de calle de este albergue. En general, se les proporcionó los dos instrumentos con una pluma y se les leyeron las instrucciones para el llenado, cuando tuvieron dudas se les proporcionaron ejemplos, dejando que fueran ellos quienes respondieron en la totalidad los dos instrumentos.

5.4.6 Análisis estadístico

Se realizó un análisis estadístico para describir los datos (sexo y edad) de la población mediante distribución de frecuencias y medidas de tendencia central (moda, mediana y media). También se realizó un análisis estadístico para la variable de creencias irracionales (en el grupo de niveles de contenido y niveles de procesos) y para la variable de las conductas de riesgo, esto para describir los datos obtenidos para cada una y para el mayor conocimiento de la misma, mediante las medidas de tendencia central (moda, mediana y media). Para analizar las conductas de riesgo que están asociadas a las creencias irracionales de los menores en situación de calle, se utilizó el coeficiente no paramétrico de correlaciones de Spearman.

El procedimiento estadístico que se empleó para la confiabilidad del instrumento fue mediante el alfa de Cronbach basada en la siguiente ecuación $\alpha = \left(\frac{k}{k-1}\right)\left(1 - \frac{\sum Vi}{Vt}\right)$.

Se obtuvo la varianza de todos los ítems y también de la sumatoria (Anexo 1), se realizó una suma de las varianzas obtenidas y se anexó un renglón para obtener $\sum Vi$, a continuación se sustituyeron los miembros de la ecuación con los datos del instrumento $\alpha = \left(\frac{22}{22-1}\right)\left(1 - \frac{4.250}{24.554}\right)$ y así se obtuvo la varianza $\alpha = 0.866289$.

Capítulo 6

6 RESULTADOS

El total de la muestra fue de 100 menores, de los cuales 44 eran mujeres y 56 eran hombres (véase Tabla 1), la edad oscilaba entre los 11 a 18 años de edad (véase Tabla 2) con un promedio de edad de 14 años (véase Tabla 3).

Tabla 1

Frecuencia de los menores con base en su sexo

Sexo	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Masculino	56	56	56
Femenino	44	44	100
Total	44	44	

Tabla 2

Frecuencia de los menores con base en su edad

Edad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
11	4	4.0	4.0
12	10	10.0	10.0
13	22	22.0	22.0
14	13	13.0	13.0
15	8	8.0	8.0
16	21	21.0	21.0
17	16	16.0	16.0
18	6	6.0	6.0
Total	100	100.0	100.0

Tabla 3

Tabla estadística de la edad de los menores

		Edad del menor (Años)
N	Valido	100
	Perdidos	0
	Media	14.68
	Mediana	15.00
	Moda	13
	Desviación	1.969
	Varianza	3.876

Para el Objetivo Particular de describir las creencias irracionales principales de los menores en situación de calle, se aplicó el instrumento “Escala de Actitudes y Creencias” versión en español para la medición de creencias irracionales creado por Lega, Caballo y Ellis (1996). Se encontró que en las subescalas de Aprobación, Éxito y Comodidad correspondientes al nivel de Contenido se encuentra la mayor frecuencia. Tienen presencia pero en menor frecuencia las subescalas de Exigencia, Tremendismo, Baja tolerancia a la frustración, Aprobación y Condenación, pertenecientes al Nivel de Proceso (véase tabla 4).

El total de la muestra presentó un promedio más alto en la subescala de Éxito y Comodidad, ya que tuvo la media más alta con 5.71 y 5.74 respectivamente (véase tabla 4), es decir, la creencia irracional constante en el grupo de menores en situación de calle es la necesidad rígida de actuar perfectamente para sentirse bien consigo mismo y la tendencia a exagerar lo estresante de una situación al cometer un error.

Tabla 4
Medias de las Creencias Irracionales

Nivel de Proceso	Nivel de Contenido	Media	Moda
Exigencia		4.50	6
Tremendismo		4.31	6
Baja Tolerancia a la Frustración		4.00	6
Condenación		3.48	5
	Aprobación	4.84	8
	Éxito	5.71	8
	Comodidad	5.74	7

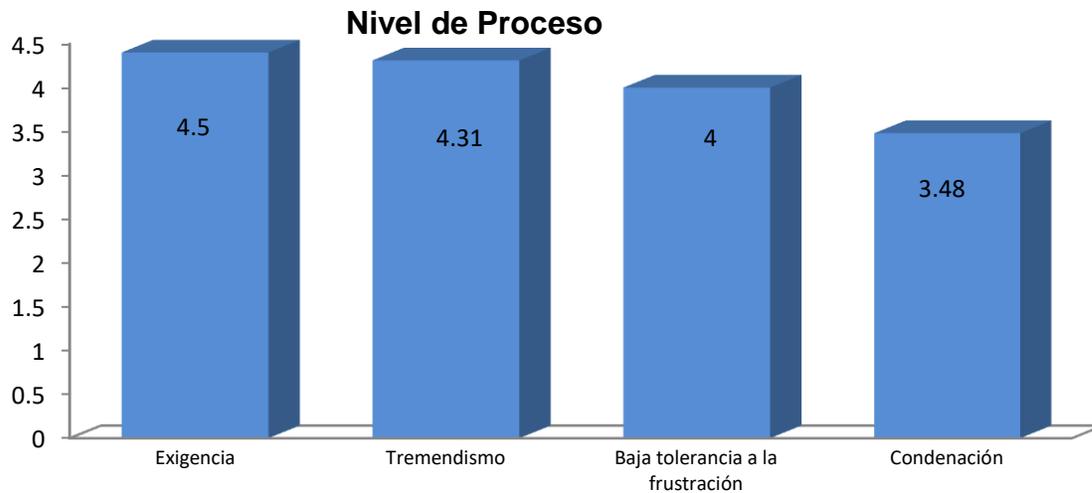
En cuanto al Nivel de Proceso, fueron las subescalas de Exigencia, Tremendismo y Baja tolerancia a la frustración las que presentaron una mayor incidencia (véase gráfica 1). En la subescala de Exigencia se encontró una media de 4.50 (véase tabla 5), estos datos indican el grado en que una persona posee la tendencia a la “exigencia por aceptación de los demás y eficacia” así como el de la creencia “quiero hacer algunas cosas bien”. En la subescala de Tremendismo se encuentra una media de 4.31 (véase tabla 5), que representa una tendencia a resaltar lo negativo de un evento. La subescala de Baja Tolerancia a la Frustración se encontró una media de 4.0 (véase tabla 5), esta subescala indica una tendencia a exagerar lo insoportable de una situación. En la de Condenación fue en la que se encontró menor puntaje ya que reportó una media de 3.48 (véase tabla 5), es decir, que el grupo presenta en menor medida la tendencia a referir la tensión como algo constante y a evaluar como “mala” la totalidad de la persona si no obtienen la aceptación de los demás o al hacer mal algunas cosas (véase tabla 5).

Tabla 5

Frecuencia de los subgrupos del Nivel de Proceso de las creencias irracionales

	Exigencia	Tremendismo	Baja Tolerancia a la Frustración	Condenación
N				
Valido	100	100	100	100
Perdidos	0	0	0	0
Media	4.50	4.31	4.00	3.48
Mediana	5.00	5.00	4.00	4.00
Moda	6	6	6	5
Desv. Desviación	1.521	1.813	1.723	1.888
Varianza	2.313	3.287	2.970	3.565
Suma	450	431	400	348

Gráfica 1
Medias del Nivel de Proceso



En cuanto al Nivel de Contenido, fueron las subescalas de Aprobación y Éxito las que tuvieron una mayor incidencia (véase gráfica 2). En la subescala de Aprobación se encontró una media de 4.84, en esta subescala se muestra el nivel de “necesidad de aceptación y amor de las personas” que presenta el grupo. En la subescala de Éxito se encontró una media de 5.71 (véase tabla 6), en esta subescala se muestra el nivel de la “necesidad rígida de actuar perfectamente para sentirse bien consigo mismo”, por último, en la Escala de Comodidad fue donde se encontró la media más alta de 5.74 (véase tabla 6), los niveles de esta subescala señalan la tendencia a exagerar lo estresante de una situación al cometer un error.

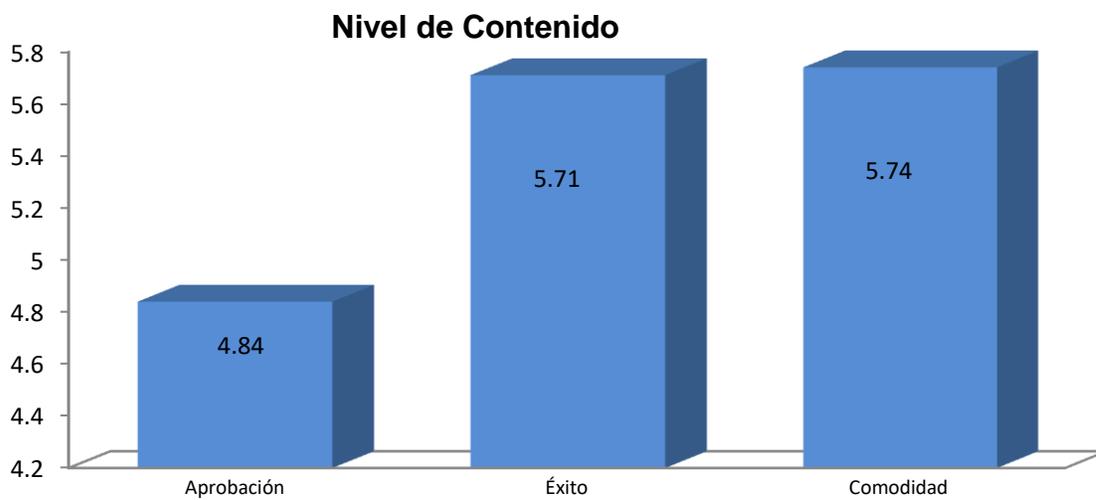
Tabla 6

Frecuencia de los subgrupos del Nivel de Contenido de las creencias irracionales

	Aprobación	Éxito	Comodidad
N			
Valido	100	100	100
Perdidos	0	0	0
Media	4.84	5.71	5.74
Mediana	5.00	6.00	6.00
Moda	8	8	7
Desviación	2.627	2.129	2.053
Varianza	6.903	4.531	4.215
Suma	484	571	574

Gráfica 2

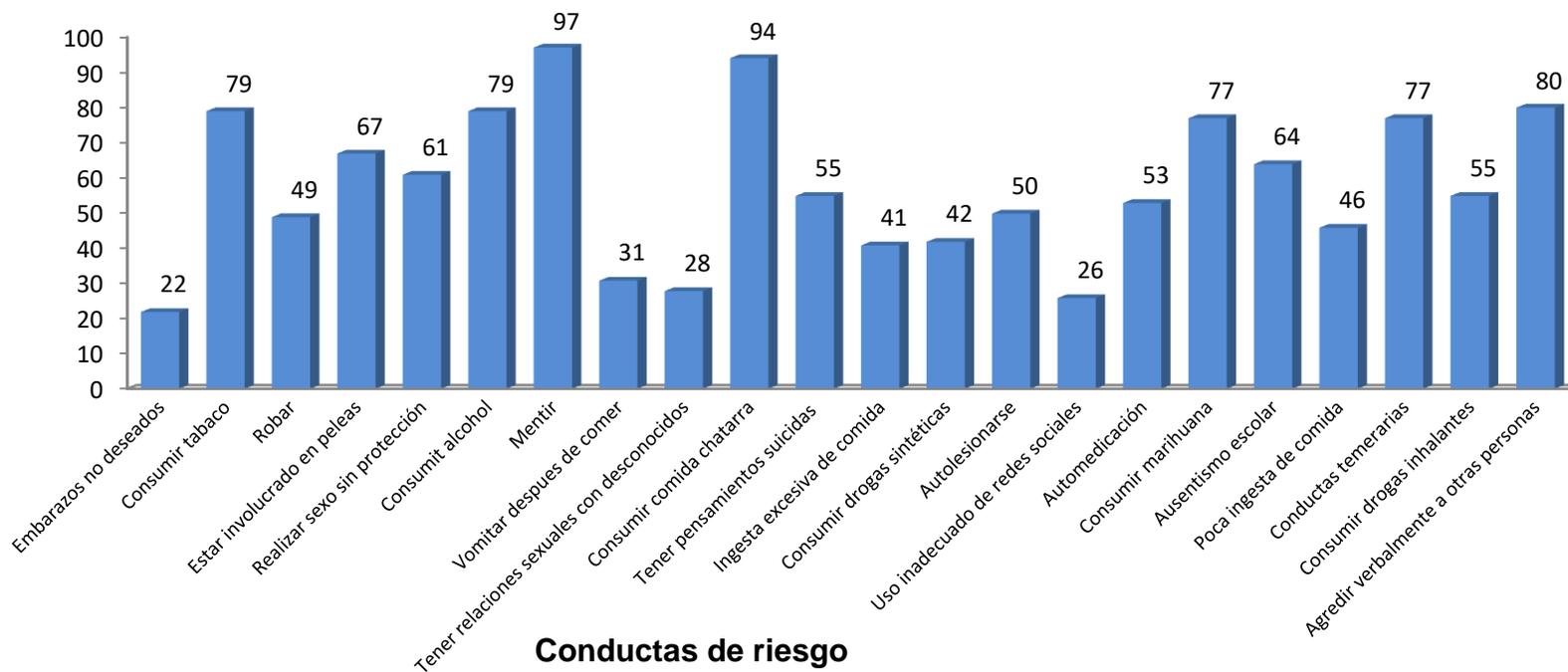
Medias del Nivel de Contenido



Respecto al Objetivo Particular de describir las principales conductas de riesgo en el grupo de menores en situación de calle, se aplicó el Listado de cotejo basado en las Conductas de Riesgo publicadas por la OMS en el artículo “Adolescentes: riesgos para la salud y soluciones” (2018). Se realizó una gráfica para visualizar principalmente cuáles conductas han sido practicadas, encontrando que el consumir tabaco, estar involucrado en peleas, realizar sexo sin protección, consumir alcohol, mentir, consumir comida chatarra, tener pensamientos suicidas, autolesionarse, automedicación, consumir marihuana, ausentismo escolar, conductas temerarias, consumir drogas inhalantes y agredir verbalmente a otras personas son las más frecuentes en el grupo (véase gráfica 3).

Gráfica 3

Conductas de riesgo de los menores en situación de calle



El Objetivo General de la investigación fue analizar cuáles conductas de riesgo están asociadas con las creencias irracionales de los menores en situación de calle. Para conocer con mayor detalle éstas asociaciones, se realizó una correlación de Spearman entre cada una de las 22 conductas de riesgo identificadas por la OMS y cada una de las 7 subescalas de las creencias irracionales (véase tabla 7). Se optó por utilizar una correlación de Spearman por la naturaleza de la variable de las conductas de riesgo ya que la medida de ésta es de tipo nominal.

A continuación, se enlistan las asociaciones encontradas entre las conductas de riesgo y las Subescalas de creencias irracionales de los menores en situación de calle (véase tabla 7):

- Embarazos no deseados- Exigencia, Tremendismo, Baja Tolerancia a la Frustración, Condenación, Aprobación, Éxito y Comodidad.
- Consumir cigarros- Exigencia, Tremendismo, Baja Tolerancia a la Frustración, Condenación, Aprobación, Éxito y Comodidad.
- Realizar robos- Exigencia, Baja Tolerancia a la Frustración, Éxito y Comodidad.
- Estar involucrado en peleas- Exigencia, Tremendismo, Baja Tolerancia a la Frustración, Condenación, Aprobación, Éxito y Comodidad.
- Tener relaciones sexuales sin protección- Exigencia, Tremendismo, Baja Tolerancia a la Frustración, Condenación, Aprobación, Éxito y Comodidad.
- Consumir bebidas alcohólicas- Exigencia, Tremendismo, Baja Tolerancia a la Frustración, Condenación, Aprobación, Éxito y Comodidad.
- Mentir-Sin relación con alguna creencia irracional.
- Vomitar después de comer- Exigencia, Tremendismo, Baja Tolerancia a la Frustración, Condenación, Aprobación, Éxito y Comodidad.
- Tener relaciones sexuales con desconocidos- Exigencia, Tremendismo, Baja Tolerancia a la Frustración, Condenación, Aprobación, Éxito y Comodidad.
- Consumir comida chatarra- Exigencia, Tremendismo y Aprobación.

- Tener pensamientos suicidas- Exigencia, Tremendismo, Baja Tolerancia a la Frustración, Condenación, Aprobación, Éxito y Comodidad.
- Comer de forma excesiva. Exigencia y Aprobación.
- Consumir drogas sintéticas. Exigencia, Baja Tolerancia a la Frustración, Condenación, Aprobación, Éxito y Comodidad.
- Autolesiones. Exigencia, Tremendismo, Baja Tolerancia a la Frustración, Condenación, Aprobación, Éxito y Comodidad.
- Usar las redes sociales de una forma inadecuada. Exigencia, Tremendismo, Baja Tolerancia a la Frustración, Condenación, Aprobación, Éxito y Comodidad.
- Automedicarse. Exigencia, Tremendismo, Baja Tolerancia a la Frustración, Condenación, Aprobación, Éxito y Comodidad.
- Consumir marihuana-Tremendismo, Baja tolerancia a la frustración, Éxito y Comodidad.
- Faltar a la escuela sin justificación-Éxito, Baja tolerancia a la frustración y Comodidad.
- Quedarse con hambre. Exigencia, Baja Tolerancia a la Frustración, Condenación, Aprobación, Éxito y Comodidad.
- Realizar conductas temerarias. Exigencia, Tremendismo, Baja Tolerancia a la Frustración, Éxito y Comodidad.
- Consumir drogas inhalantes- Baja tolerancia a la frustración y Éxito.
- Agredir verbalmente a otras personas. Exigencia, Baja Tolerancia a la Frustración y Éxito.

Es decir, las conductas de riesgo practicadas por el grupo de menores en situación de calle están asociadas principalmente con la tendencia a resaltar lo negativo de un evento, exagerar lo insoportable de una situación, evaluar como “mala” la totalidad de la persona, exigencia por aceptación de los demás y eficacia, necesidad rígida de actuar perfectamente para sentirse bien consigo mismo, necesidad de aceptación y amor de las personas y la tendencia a exagerar lo estresante de una situación al cometer un error.

Tabla 7

Correlaciones de las conductas de riesgo y las creencias irracionales

		Nivel de Proceso				Nivel de Contenido			
		Exigencia.	Tremendismo.	Baja Tolerancia a la Frustración.	Condenación.	Aprobación.	Éxito.	Comodidad.	
Rho de Spearman	Experimentó un embarazo no deseado	Coeficiente de correlación	0.151	0.104	0.119	0.090	0.035	0.162	.237*
		Sig. (bilateral)	0.134	0.302	0.237	0.371	0.728	0.107	0.017
		N	100	100	100	100	100	100	100
	Consumió cigarros	Coeficiente de correlación	.275**	.281**	.280**	0.115	.225*	.247*	.260**
		Sig. (bilateral)	0.006	0.005	0.005	0.253	0.024	0.013	0.009
		N	100	100	100	100	100	100	100
	Realizó robos	Coeficiente de correlación	0.103	-0.066	0.103	-0.003	-0.021	0.048	0.149
		Sig. (bilateral)	0.308	0.514	0.309	0.978	0.838	0.636	0.139
		N	100	100	100	100	100	100	100
	Estuvo involucrado en una pelea	Coeficiente de correlación	.245*	0.039	.231*	0.168	0.108	0.196	.223*

	Sig. (bilateral)	0.014	0.697	0.021	0.096	0.285	0.050	0.026
	N	100	100	100	100	100	100	100
Tuvo relaciones sexuales sin protección	Coeficiente de correlación	0.075	.239*	0.118	0.072	0.055	0.191	.217*
	Sig. (bilateral)	0.460	0.017	0.244	0.474	0.584	0.057	0.030
	N	100	100	100	100	100	100	100
Consumió bebidas alcohólicas	Coeficiente de correlación	0.187	.259**	0.176	.271**	.229*	.231*	.286**
	Sig. (bilateral)	0.062	0.009	0.080	0.006	0.022	0.021	0.004
	N	100	100	100	100	100	100	100
Dijo mentiras	Coeficiente de correlación	-0.046	-0.047	-0.109	-0.017	-0.017	-0.099	-0.066
	Sig. (bilateral)	0.648	0.642	0.282	0.870	0.863	0.326	0.513
	N	100	100	100	100	100	100	100
Vomitó después de comer	Coeficiente de correlación	.302**	0.077	0.172	0.157	.271**	0.051	0.127
	Sig. (bilateral)	0.002	0.445	0.088	0.119	0.006	0.617	0.207
	N	100	100	100	100	100	100	100
Tuvo relaciones sexuales con desconocidos	Coeficiente de correlación	0.151	0.047	.233*	0.084	0.062	.226*	0.191
	Sig. (bilateral)	0.135	0.640	0.020	0.405	0.541	0.024	0.057

	N	100	100	100	100	100	100	100
Consumió comida chatarra	Coefficiente de correlación	0.085	0.008	-0.080	-0.104	0.044	-0.071	-0.134
	Sig. (bilateral)	0.403	0.935	0.427	0.303	0.661	0.481	0.183
	N	100	100	100	100	100	100	100
Tuvo pensamientos suicidas	Coefficiente de correlación	.307**	.218*	.233*	0.164	0.161	.301**	.275**
	Sig. (bilateral)	0.002	0.030	0.020	0.104	0.109	0.002	0.006
	N	100	100	100	100	100	100	100
Comió de una forma excesiva	Coefficiente de correlación	0.035	-0.022	-0.060	-0.187	0.006	-0.114	-0.134
	Sig. (bilateral)	0.727	0.824	0.551	0.063	0.949	0.261	0.185
	N	100	100	100	100	100	100	100
Consumió drogas sintéticas	Coefficiente de correlación	0.141	-0.005	0.099	0.049	0.128	0.052	0.032
	Sig. (bilateral)	0.161	0.960	0.325	0.626	0.205	0.604	0.751
	N	100	100	100	100	100	100	100
Se provocó lesiones	Coefficiente de correlación	0.088	0.100	0.071	0.195	0.174	0.124	0.016
	Sig. (bilateral)	0.384	0.321	0.481	0.051	0.082	0.220	0.878
	N	100	100	100	100	100	100	100
Usó las redes sociales de una forma inadecuada	Coefficiente de correlación	0.102	0.027	0.175	0.039	0.134	0.024	0.089

	Sig. (bilateral)	0.311	0.788	0.082	0.700	0.182	0.812	0.378
	N	100	100	100	100	100	100	100
Se automedicó	Coeficiente de correlación	0.008	0.079	0.010	0.080	0.040	0.006	0.110
	Sig. (bilateral)	0.938	0.435	0.925	0.431	0.695	0.956	0.275
	N	100	100	100	100	100	100	100
Consumió marihuana	Coeficiente de correlación	0.177	.318**	.234*	0.124	0.170	.292**	.244*
	Sig. (bilateral)	0.078	0.001	0.019	0.218	0.091	0.003	0.015
	N	100	100	100	100	100	100	100
Faltó a la escuela sin justificación	Coeficiente de correlación	.274**	0.100	.270**	0.139	0.162	0.184	.236*
	Sig. (bilateral)	0.006	0.324	0.007	0.166	0.108	0.068	0.018
	N	100	100	100	100	100	100	100
Se quedó con hambre	Coeficiente de correlación	0.140	-0.025	0.141	0.132	0.072	0.121	0.128
	Sig. (bilateral)	0.166	0.802	0.161	0.190	0.477	0.232	0.206
	N	100	100	100	100	100	100	100
Realizó alguna conducta temeraria	Coeficiente de correlación	0.052	0.004	0.042	-0.019	-0.023	0.039	0.070
	Sig. (bilateral)	0.604	0.967	0.682	0.852	0.824	0.704	0.492
	N	100	100	100	100	100	100	100
Consumió drogas inhalantes	Coeficiente de correlación	0.175	0.126	.204*	0.113	0.114	.214*	0.187

	Sig. (bilateral)	0.081	0.212	0.042	0.263	0.259	0.032	0.062
	N	100	100	100	100	100	100	100
Agredió verbalmente a otras personas	Coeficiente de correlación	0.078	-0.127	0.035	-0.053	-0.041	0.004	-0.014
_____	Sig. (bilateral)	0.440	0.209	0.731	0.604	0.687	0.965	0.893
_____	N	100	100	100	100	100	100	100

Capítulo 7

7 DISCUSIÓN

En cuanto a la variable de creencias irracionales, se aplicó el instrumento de “Escala de actitudes y creencias” para la medición de creencias irracionales versión español, creado por Caballo, Lega y Gonzales (1996). El listado se divide en el Nivel de Proceso (exigencia, tremendismo, baja tolerancia a la frustración y condenación) y en el Nivel de Contenido (aprobación, éxito y comodidad).

El grupo obtuvo puntajes más elevados en el Nivel de Contenido. En los dos primeros lugares se ubicaron las subescalas de Aprobación y Éxito, esta tendencia a exagerar lo estresante de una situación al cometer un error así como la necesidad rígida de actuar perfectamente se podrían explicar con lo reportado por Lewis (2001) quien indica que los menores que están en la calle se reconocen culpables por no ser objeto del amor materno, donde expresaron que se merecían lo que les pasó (tener que abandonar el hogar) ya que de haber actuado diferente y “obedecido”, tal vez hubieran sido queridos por sus madres.

La necesidad rígida y el sentir que siempre deben de actuar perfectamente dado que el más mínimo error compromete el bienestar personal, se contextualizaría en la vida en calle con el pensamiento de que el más mínimo error puede conducir a la muerte.

La necesidad de aprobación y amor de las personas, aunado a un sentimiento de rechazo y desestimación cuando no se consiguen se ven reflejado en el perfil psicológico que postuló Llorens (2005), donde una de las características del grupo de menores en situación de calle refiere la tendencia de buscar la aprobación de las personas que los rodea, ya que es el único grupo de pertenencia que tienen. Al verse poco valorados buscarán hacer todo lo mejor posible evitando cometer errores dentro de su estilo de vida

callejero para que de esta forma, no solo sean parte de una comunidad sino que sean indispensable para ella.

Hay que enfatizar que las subescalas se derivan de la ansiedad, otra de las características del perfil psicológico que realizó Llorens (2005) para este grupo, quien resalta que los vínculos emocionales precarios y la baja autoestima de los menores generarán una gran cantidad de conductas ansiosas, temores y una identidad devaluada.

En tercer lugar se ubicó la subescala de Comodidad, esta tendencia a exagerar lo estresante de una situación al cometer un error puede deberse al contexto de vida en calle, sustentado por Villegas (2013) quien menciona que una de las consecuencias de la estancia en la calle propicia pensamientos regidos por baja tolerancia a la frustración relacionadas a comportamientos de tipo impulsivo-agresivo. Pojomovsky (2008) subraya que al tener una baja tolerancia a la frustración, el menor busca salidas para sus problemas y una de ellas es el abandono total de su casa. El sufrir abandono y/o maltrato, podría generar pensamientos absolutistas visualizando dichas experiencias como terribles y fuera de su control, desarrollando sentimientos de tristeza, odio y rechazo, es decir, ideas pertenecientes a esta subescala.

Las creencias irracionales principales en la población se ven respaldadas con lo postulado por Villegas (2013), quien indica que la estancia en calle afecta directamente la salud psicológica de los menores, creando pensamientos irracionales y por ende acciones impulsivas o inadecuadas para una interacción social debido a que en la calle se enfrentan a situaciones hostiles que afectan directamente su salud psicológica, así como Pérez (2003) quien evidenció que el proceso de callejerización crea alteraciones y modifica aspectos de la personalidad, creencias y actitudes que tienen un impacto directo en la psique del menor, es decir, que el modo de vida callejero crea alteraciones a nivel neurológico que resulta en la modificación de aspectos de su personalidad y que tiene un impacto directo en la psique del niño.

Para analizar la variable de conductas de riesgo se aplicó el Listado de cotejo basado en las Conductas de Riesgo publicadas por la OMS en el artículo “Adolescentes: riesgos para la salud y soluciones” (2018), el cual considera 22 conductas de riesgo que pondrían en riesgo la integridad de un menor, siendo éstas los embarazos no deseados, el consumo de cigarrillos, robar, involucrarse en peleas, la práctica de relaciones sexuales sin protección, el consumo de bebidas alcohólicas, mentir, vomitar después de comer, la práctica de relaciones sexuales con desconocidos, el consumo de comida chatarra, la presencia de pensamientos suicidas, alimentarse de forma excesiva, el consumo de drogas sintéticas, autolesionarse, el uso inadecuado de redes sociales, la automedicación, el consumo de marihuana, ausencia escolar sin justificación, quedarse con hambre, realizar conductas temerarias y el consumo de drogas inhalantes.

Los resultados arrojaron que el grupo practicó todas las conductas de riesgo del listado de cotejo aunque fuera una sola vez en su vida, hecho que se explica con lo que Villegas (2013) reporta acerca de que los menores en situación de calle saben que el único grupo de pertenencia que tienen es el de sus propios pares, por lo que tienden a identificarse con aquellos mediante modelos de conducta que su grupo genera. Si en estos modelos de conducta está incluido cierto comportamiento, entonces para pertenecer al grupo será necesario realizarlo a pesar de que comprometa su integridad. Las conductas más frecuentes fueron el consumir tabaco, estar involucrado en peleas, realizar sexo sin protección, consumir alcohol, mentir, consumir comida chatarra, tener pensamientos suicidas, autolesionarse, automedicación, consumir marihuana, ausentismo escolar, conductas temerarias, consumir drogas inhalantes y agredir verbalmente a otras personas.

Por otro lado, los resultados encontrados pueden interpretarse de acuerdo a Pérez (2003) quien enuncia que la cultura callejera se mueve preponderantemente sobre tres ejes vivenciales: adicciones, sexualidad y violencia, es decir, las conductas de alto riesgo están asociadas a la cultura callejera ya que se pierde la percepción de riesgos y la falta de control sobre sus actos debido a que su experiencia de vida está ligada a ingresos a

los distintos espacios de reclusión, los cuales fortalecen su identificación con el grupo de calle y sus conductas ilegales, teoría que se refleja en los resultados obtenidos en el registro de conductas de riesgo.

El hecho de que el consumo de alcohol y drogas sea una constante en el grupo, puede explicarse con lo sustentado por Villegas (2013), quien reporta que la impulsividad y otras características psicológicas de los menores en situación de calle como la hiperactividad, baja inteligencia, agresividad temprana, bajo autocontrol, alta distractibilidad, irreflexividad sobre los efectos negativos del comportamiento, alta tendencia a tomar riesgos, atribuir la responsabilidad de su comportamiento a fuerzas externas y a sentir que el mundo es para el propio beneficio, extrema confianza en sí mismo, pereza en el ejercicio del pensamiento crítico, tendencia a interpretar al mundo como un lugar hostil, propician el abuso de drogas y alcohol.

Otra explicación del porqué de estas conductas la sustenta Martínez (2004), quien comenta que la calle ampara y potencia este tipo de conductas por las posibilidades que brinda, por el circuito de amigos que facilitan e incitan en el consumo, y por la ausencia de normas y sanciones familiares o del entorno.

La presencia de conductas temerarias y la agresión verbal podrían estar justificadas de acuerdo con Llorens (2005), ya que refiere que las conductas impulsivas de descarga inmediata y la tendencia a relacionarse con los demás a través de la provocación son parte del perfil psicológico en menores en situación de calle. Estas conductas también podrían explicarse con lo reportado por Morales (2007), quien plantea que la impulsividad de los menores en situación de calle facilita que respondan de forma agresiva, probablemente por la tendencia de actuar dejándose llevar por el impulso del momento.

La conducta de practicar sexo sin protección se ve respaldado en lo postulado por Pérez (2003) ya que menciona que en la cultura callejera se pierde la percepción de

riesgos y la falta de control sobre sus actos, traducándose en el plano sexual en prácticas sin protección. Menciona que en el grupo de menores de edad por esta misma condición se encuentran más orillados a las conductas de alto riesgo entre las que destaca realizar acciones ilegales para sobrevivir.

De todas las conductas presentes en el grupo y con base en lo anunciado por la UNICEF (1996), las principales conductas que podrían generarles riesgos a los menores en situación de calle es el consumir algún tipo de droga, realizar sexo sin protección y el robo.

En cuanto a las conductas de riesgo asociadas a las subescalas de las creencias irracionales de los menores, las correlaciones significativas más relevantes fueron las siguientes:

- Embarazos no deseados-Comodidad.
- Consumir cigarros-Exigencia, Tremendismo, Baja Tolerancia a la Frustración, Aprobación, Éxito y Comodidad.
- Estar involucrado en peleas-Exigencia, Baja Tolerancia a la Frustración y Comodidad.
- Tener relaciones sexuales sin protección-Tremendismo y Comodidad,
- Consumir bebidas alcohólicas-Tremendismo, Condenación, Aprobación, Éxito y Comodidad.
- Vomitar después de comer-Exigencia y Aprobación.
- Tener relaciones sexuales con desconocidos-Baja tolerancia a la frustración y Éxito.
- Tener pensamientos suicidas-Exigencia, Tremendismo, Baja tolerancia a la frustración, Éxito y Comodidad.
- Consumir marihuana-Tremendismo, Baja tolerancia a la frustración, Éxito y Comodidad.

- Faltar a la escuela sin justificación-Éxito, Baja tolerancia a la frustración y Comodidad.
- Consumir drogas inhalantes- Baja tolerancia a la frustración y Éxito.

Estas evidencias podrían entenderse con base en lo que postuló Cortada (1972), al experimentar tantas situaciones adversas en una edad temprana e inmadura, el menor es incapaz de desarrollar argumentos para el manejo adecuado de la frustración, obteniendo como resultado, la creación de dificultades para controlar sus emociones, conductas impulsivas y agresivas, ansiedad y depresión.

Llorens (2005) menciona que los menores tratan de ganar la aceptación de sus pares imitando las conductas de éstos, es decir, aquí se encuentra una explicación del por qué las conductas de riesgo están asociadas a las creencias irracionales, es la necesidad de aceptación de personas de su entorno como estrategia para sentirse aceptado y no fijar el rechazo por su condición callejera.

Cabe resaltar que finalmente no son los acontecimientos externos (salvo eventos externos o internos extremos) los que producen las consecuencias conductuales, emocionales y cognitivas, sino que el propio sujeto aplica su proceso de valoración personal sobre esos eventos quién en última instancia produce tales consecuencias ante ellos (Bizarro & Caballero 2006).

Capítulo 8

8 CONCLUSIONES

Los menores en situación de calle como todas las personas, poseen creencias irracionales, como una corroboración de que existe irracionalidad en la mayoría de las personas (que concuerda con la teoría de Ellis (1980) donde señala que el ser humano tiene la tendencia biológica a pensar de manera irracional), siendo las más representativas las del grupo perteneciente a las subescalas de Aprobación, Éxito y Comodidad.

Es decir, este grupo puede describirse como individuos con tendencia a exagerar lo estresante de una situación al cometer un error, esto es, con ansiedad situacional, así como con necesidad rígida de actuar perfectamente, ya que tienen pensamientos constantes de que el más mínimo error compromete el sentido de bienestar personal, la autoimagen y la aceptación por parte de los demás, con una constante tensión emocional ya que piensan que su valía personal está siendo amenazada y que siempre deben comportarse perfectamente ya que sería horrible y catastrófico el ser rechazado, además de tener necesidad de aprobación y amor de las personas, aunado a un sentimiento de rechazo y desestimación cuando no se consiguen.

Las conductas de riesgo principales fueron el consumir tabaco, estar involucrado en peleas, realizar sexo sin protección, consumir alcohol, mentir, consumir comida chatarra, tener pensamientos suicidas, autolesionarse, automedicación, consumir marihuana, ausentismo escolar, conductas temerarias, consumir drogas inhalantes y agredir verbalmente a otras personas.

Un evento activador como equivocarse o no actuar perfectamente además de errar en el intento de ganar la aprobación de sus pares o ser rechazado por los mismos, podría ser interpretado como algo horrible, insoportable y catastrófico que no debería de estar

ocurriendo, lo que podría hacer que el sujeto cuando no lo consigue se sienta ansioso y frustrado, lo que conlleva a practicar éstas conductas de riesgo.

Las correlaciones más significativas de las conductas de riesgo respecto a las creencias irracionales de los menores en situación de calle fueron las siguientes:

- Los embarazos no deseados están relacionados con la tendencia a exagerar lo estresante de una situación al cometer un error.
- Consumir cigarrillos está relacionado con la exigencia por aceptación de los demás y eficacia, necesidad de relajación y bienestar, tendencia a resaltar lo negativo de un evento, tendencia a exagerar lo insoportable de una situación, necesidad de aceptación y amor de las personas, necesidad rígida de actuar perfectamente para sentirse bien consigo mismo y tendencia a exagerar lo estresante de una situación al cometer un error.
- Estar involucrado en peleas está relacionado con la exigencia por aceptación de los demás y eficacia, necesidad de relajación y bienestar, tendencia a exagerar lo insoportable de una situación y tendencia a exagerar lo estresante de una situación al cometer un error.
- Tener relaciones sexuales sin protección está relacionado con la tendencia a resaltar lo negativo de un evento y tendencia a exagerar lo estresante de una situación al cometer un error.
- Consumir bebidas alcohólicas está relacionado con la tendencia a resaltar lo negativo de un evento, tendencia a evaluar como “mala” la totalidad de la persona, necesidad de aceptación y amor de las personas, necesidad rígida de actuar perfectamente para sentirse bien consigo mismo y tendencia a exagerar lo estresante de una situación al cometer un error.
- Vomitar después de comer está relacionado con la exigencia por aceptación de los demás y eficacia, necesidad de relajación y bienestar y necesidad de aceptación y amor de las personas.

- Tener relaciones sexuales con desconocidos está relacionado con la tendencia a exagerar lo insoportable de una situación y necesidad rígida de actuar perfectamente para sentirse bien consigo mismo.
- Tener pensamientos suicidas está relacionado con la exigencia por aceptación de los demás y eficacia, necesidad de relajación y bienestar, tendencia a resaltar lo negativo de un evento, tendencia a exagerar lo insoportable de una situación, necesidad rígida de actuar perfectamente para sentirse bien consigo mismo y tendencia a exagerar lo estresante de una situación al cometer un error.
- Consumir marihuana está relacionado con la tendencia a resaltar lo negativo de un evento, tendencia a exagerar lo insoportable de una situación, necesidad rígida de actuar perfectamente para sentirse bien consigo mismo y tendencia a exagerar lo estresante de una situación al cometer un error.
- Faltar a la escuela sin justificación está relacionado con la necesidad rígida de actuar perfectamente para sentirse bien consigo mismo, tendencia a exagerar lo insoportable de una situación y tendencia a exagerar lo estresante de una situación al cometer un error.
- Consumir drogas inhalantes está relacionado con la tendencia a exagerar lo insoportable de una situación y necesidad rígida de actuar perfectamente para sentirse bien consigo mismo.

En conclusión, es el propio individuo quien genera estas asociaciones que afectan su integridad física y mental, por lo que la aplicación de terapia psicológica en este sector tan vulnerable es de suma importancia, puesto que la mayoría de los menores a lo largo de su vida han sufrido vivencias muy desagradables que podrían ocasionar traumas severos, y en estos casos, la aplicación de la terapia no solo ayuda en la modificación de conductas sino también en un cambio cognitivo, conductual y filosófico.

Como propuesta se sugiere realizar otras investigaciones al respecto con una muestra mayor y comparar entre diversas poblaciones en situación de calle, considerando el tiempo de estancia en la calle, dado que las condiciones de vida en calle

puede influir en el nivel de irracionalidad, así como en la frecuencia de las conductas de riesgo.

Cabe recalcar que un problema que se encontró en esta investigación, fue el poco control al aplicar los cuestionarios en algunos sectores de los menores en situación de calle, ya que se encontraban bajo la influencia de algún estupefaciente y eso complicaba la aplicación de las pruebas, siendo éste un factor determinante para que a estos individuos se decidiera no aplicar el instrumento.

Además de señalar que es bastante difícil de abordar este grupo por los peligros que pueden correr los investigadores al adentrarse en sectores marginales, ya que las personas que están en situación de calle se concentran en puntos rojos de la ciudad donde prevalece la violencia e inseguridad.

Así mismo, conocer la realidad en la que los menores en situación de calle viven es de suma relevancia ya que sirve para poder implementar mejores intervenciones para esta población en instituciones públicas y privadas, así como para actualizar las que ya existen dentro de ellas. Este documento se centró en describir las conductas de riesgo asociadas a las creencias irracionales de los menores en situación de calle precisamente con el fin de que esta aproximación y caracterización sea un aporte en la actualización de los conocimientos previos de la población callejera, así como para su mejora en el trabajo realizado con ellos. Analizando la forma en la que las instituciones gubernamentales y la sociedad civil ayuda a este sector, en ocasiones resulta incompleta por la falta de recursos e información que poseen acerca de esta población, enfocándose principalmente en la modificación de conductas por medio de castigos u otro tipo de intervenciones que generalmente no resuelven el problema de raíz.

Adicional de los resultados obtenidos, es de fundamental valor señalar que es vital que se evite que los menores tomen la decisión de salir de casa, fomentando una educación integral en las familias, especialmente en aquellas que se encuentran en

situación de marginalidad, con el apoyo de psicólogos e instituciones para poder intervenir antes de que los menores salgan de su hogar.

9 Bibliografía

- Abou, A. (1996). *Pensamientos e intentos suicidas en la adolescencia: estudio de caso*. Tesis para obtener el grado de Maestra en Psicología clínica. Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de México. México. Recuperado de: <http://132.248.9.195/ppt1997/0237516/0237516.pdf>
- Álvarez, M. (2010). *La violencia y su relación en la salida de menores y jóvenes en riesgo de calle* (Tesis para obtener el grado de licenciatura). Universidad Nacional Autónoma de México. México.
- Arbex, C. (2005): La vulnerabilidad en los menores: *El espacio educativo*. Bilbao, Universidad de Deusto, pp. 77-100.
- Ariza, J. Artunduaga, D. y Gamba, L. (2016). *Factores relacionados al consumo de tabaco y la prevalencia de este hábito en los estudiantes de enfermería de la Pontificia Universidad Javeriana durante el segundo semestre del año 2016*. Trabajo de grado presentado como requisito para optar por el título de Enfermera. Pontificia Universidad Javeriana, Facultad de Enfermería. Bogotá, Colombia.
- Becerra, A.L. (2008). Promoción de habilidades en padres de familia con un hijo con necesidades educativas especiales asociadas a autismo: manejo de programas para el área de atención en casa. Tesis de maestría. Universidad Nacional Autónoma de México, UNAM. Mexico.
- Beck, J. (1995). *La conceptualización cognitiva*. En Beck, J. *Terapia Cognitiva. Conceptos básicos y profundización*. (pp.31-44). España: Gedisa.
- Becoña, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Ministro del Interior. Madrid, España.
- Berlinerblau, V. (1998). *Abuso sexual infantil: Una perspectiva forense*. En Lamberti, S. (Comp.) *Violencia Familiar y Abuso Sexual*. Buenos Aires, Argentina: Universidad.

- Bizarro, M. Caballo, T. (2006). *Detección de ideas irracionales en un grupo específico de personas obesas*. (Tesis para obtener el título de licenciatura en psicología). UNAM, FES Zaragoza. México.
- Caballo V. E., Lega, L. I. y González, S. (1996). Factor analysis of a back translation Spanish version of the Scale of Attitudes and Beliefs (SAB). *Comunicación presentada en el 30th Annual Convention of the Association for Advancement of Behavior Therapy*. New York, Estados Unidos.
- Cabezas, H. y Lega, L. (2006) Relación empírica entre la terapia racional emotivo-conductual de Ellis y la terapia cognitiva de Beck en una muestra costarricense. *Educación*. 30 (2), 101-109. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx> ISSN
- Cardeñoso, O. y Calvete, E. (2004). *Desarrollo de un inventario de creencias irracionales para adolescentes*. Recuperado de: <https://psycnet.apa.org/record/2004-20979-006>
- Caro, I. (2007). *La terapia racional emotivo conductual de A. Ellis*. En Caro, I. *Manual teórico-práctico de psicoterapias cognitivas*. Bilbao: Desdée de Brower.
- Carretero, A. (1996). *Chicos de la calle*. Buenos Aires, Argentina: Corregidor.
- Carvajal, A., Centeno, C., Watson, R., Martínez, M., & Sanz Rubiales, Á. (2011). ¿Cómo validar un instrumento de medida de la salud?. *Canales del Sistema Sanitario de Navarra*, 34(1), 63-72. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272011000100007&lng=es&tlng=es.
- Castañeda, De la Torre, Morán y Lara. (2004). *Metodología de la Investigación*. México: Mc Graw Hill.
- Chejter, S. (2002). *Chicos de la calle*. 5(20), 16. Recuperado de: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7326.pdf>
- Cornejo Portugal, I. (1999). Los Hijos del asfalto, una prospección cualitativa a los menores de la calle. *Convergencia. Revista Convergencia Ciencias Sociales*. 6 (19). 207-243.

- Corona, F. (2011). Prevención de conductas de riesgo. *Medicina Clínica Condes*. 22 (01). P 68-75.
- Cortada, N. (1972) *Manual del test de tolerancia a la frustración (PFT)* de Saúl Rosenzweig. Argentina: Paidós.
- Craig, D. (2012). *Sé que mientes*. México: Aguilar.
- Crowley, I. (2013). *Los derechos de la infancia y la adolescencia en Zacatecas*. ODISEA, A.C, FLACSO y UNICEF México. Recuperado de: http://www.unicef.org/mexico/spanish/SITAN_Zacatecas_web.pdf
- Escobar-Pérez, J. y Cuervo-Martínez, A. (2008). Validez de contenido y juicio de expertos: una aproximación a su utilización. *En Avances en Medición*, 6, pp. 37-36. Recuperado de: https://www.humanas.unal.edu.co/101irs.101etría/files/7113/8574/5708/Articulo3_Juicio_de_Expertos_27-36.pdf
- Ellis, A. (1980). *Razón y emoción en psicoterapia*. Bilbao: Brouwer.
- Ellis, A. (1984 b). The essence of RET. *Journal of Rational Emotive Therapy*, 2(1), 19-25. Recuperado de: <https://page-one.springer.com/pdf/preview/10.1007/BF02283005>
- Ellis, A. (1988). *Desarrollando los ABC de la terapia racional-emotiva*. En Mahoney, M. y Freeman, A. (comp.) *Cognición y psicoterapia*. (pp.337-346). México: Paidós.
- Ellis, A. (1996). *Una terapia breve más profunda y duradera*. España: Paidós.
- Ellis, A. y Abrahms, E. (1978). *Terapia racional emotiva: Mejor salud y superación personal afrontando nuestra realidad*. México: Pax.
- Ellis, A. y Abrahms, E. (2001). *Terapia racional-emotiva (TRE). Mejor salud y superación personal afrontando nuestra realidad*. Ciudad de México, México. Pax México.
- Ellis, A. y Becker, I. (1982). *A guide to personal happiness*. California, Estados Unidos: Deusto.
- Ellis, A. y Blau, S. (1998). *Vivir en una sociedad irracional*. México: Paidós.

Ellis, A. y Dryden, W. (1987). *Práctica de la terapia racional emotiva*. Bilbao: Desclee de Brouwer.

Ellis, A y Grieger, R. (1990). *Manual de terapia racional-emotiva*, Vol 2. Bilbao, España: Desclee de Brouwer.

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2002). *Protección infantil contra la violencia, la explotación y el abuso*. Recuperado de: http://www.unicef.org/spanish/protection/57929_58006.html

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2006). *Violencia y maltrato*. Recuperado de: [https://www.unicef.org/mexico/spanish/Informe_Nacional-capitulo_II_y_III\(2\).pdf](https://www.unicef.org/mexico/spanish/Informe_Nacional-capitulo_II_y_III(2).pdf)

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2006) Derechos del niño. Recuperado de: http://www.unicef.org/violencestudy/spanish/reports/SG_violencestudy_sp.pdf

Fernández, D. (1995). Notas para comprender teóricamente la cultura de los menores de la calle, en A. Bar-Din (comp.) *Los menores marginados en América Latina. Una antología de estudios psicosociales*, México, UNAM.

Fonseca, C. Cardarello, A. (1999) *Direitos dos mais e menos humanos*, *Horizontes Antropológicos*, Porto Alegre, 5(10), 104-112. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-71831999000100005>

Giberti, E. (1998). *Chicos de la calle en Buenos Aires*. Buenos Aires, Argentina. Filial

Giménez, M, J. (2018). *Creencias irracionales y su relación con la percepción de la feminidad en pacientes con diagnóstico de cáncer mamario del hospital oncológico Solca Tungurahua*. (Proyecto de Investigación previo a la obtención del título de Psicóloga Clínica). Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Ambato, Ecuador. Recuperado de: <http://repositorio.pucesa.edu.ec/bitstream/123456789/2450/1/76726.pdf>

Grima, J. y Le Fur, A. (1999). *Los chicos de la calle o trabajo chico*. Buenos Aires, Argentina. Limen/ Humanitas.

- Gutiérrez, R. y Vega, L. (2003). Las investigaciones psicosociales sobre la subsistencia infantil en las calles desarrolladas en el INP durante los últimos 25 años. *Salud mental*. 26 (6). 27-34. México.
- Hernández, H. G. (2005). *Una visión al futuro de los menores de la calle*. (Tesis para obtener el título de psicología). Facultad de Psicología UNAM. México.
- Hernández, S. (2016). *Propuesta de prevención de los factores predisponentes en el desarrollo de los trastornos alimenticios*. Tesis para obtener el título de licenciada en psicología. Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México, México. Recuperado de: <http://132.248.9.195/ptd2016/junio/0745646/Index.html>
- Hernando, A. (2009). Poligrafía de la mentir. *El viejo Topo*. 252, 96-101.
- Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática. (2004). *Encuesta Nacional de Adicciones 2012*. Recuperado de http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/onct/ENA_2002.pdf.
- Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática. (2010). *Analfabetismo en México: una deuda social*. 3. Recuperado de http://www.inegi.org.mx/RDE/RDE_07/Doctos/RDE_07_Art1.pdf.
- Instituto Nacional de Salud Pública. (2015). *Conducta suicida en adolescentes en México*. Recuperado de: <https://www.insp.mx/informacion-relevante-insp/4705-saludmental-cosamec.html>
- Inzúa, V. (2006). *La pobreza y el menor marginado en el Distrito Federal*. *Revista de Trabajo Social, Menores de la calle*, México: unam-ents.
- Jessor, R (1991). Risk behavior in adolescence: A psychosocial framework for understanding and action. *Journal of Adolescent Health*, 12, 597-605. Estados Unidos. Recuperado de: <https://ibs.colorado.edu/jessor/pubs.html>

- Jessor, R. (1993). Successful adolescent development among youth in high-risk setting. *American Psychologist*, 48, 117-126. Estados Unidos. Recuperado de: <https://ibs.colorado.edu/jessor/pubs.html>
- Kazdin, A. (1993). Tratamientos conductuales y cognitivos de la conducta antisocial en menores: avances de la investigación. *Psicología conductual Yale University*. 1 (1). P. 111-114.
- Kazdin, A. E. y Buela-Casal, G. (1996). *Conducta antisocial evaluación, tratamiento y prevención en la infancia y adolescencia*. Madrid: Pirámide.
- Lamas, M. (2017). Trabajo Sexual e Intimidación. Cuicuilco. *Rev. ciencias antropológicas*, 24(68), 11-34. Recuperado de: <http://www.scielo.org.mx/pdf/crca/v24n68/2448-8488-crca-24-68-11.pdf>
- Lega, L.I. Caballo, V.E. y Ellis, A. (1997). *Teoría y práctica de la terapia racional emotivo conductual*. Madrid, España: Siglo XXI.
- Llorens, M. (2005). *Menores con experiencia de vida en la calle. Una aproximación psicológica*. España. Paidós.
- Lucchini, R. (1993). *Enfant de la rue: identité, sociabilité, drogue*. Paris, Francia: Droz.
- Makowski, S. (2012). *Menores, niñas, adolescentes y jóvenes en situación de calle*. México. Lenguaraz.
- Mangrulkar, L. Whitman, C. Posner, M. (2001) *Enfoque de habilidades para la vida para un desarrollo saludable de menores y adolescentes*. Organización Panamericana de la Salud, División de Promoción y Protección de la Salud. Recuperado de: <https://convivencia.files.wordpress.com/2008/11/habilidades2001oms65p.pdf>
- Martínez, P. (2004). Menores de la calle. Autoestima y funcionamiento y ocio. *Enseñanza e investigación psicológica*. 12 (2). 367-384. México.

- Martínez, P. Rosete, M y Ríos R. (2007). Menores de la calle: Autoestima y funcionamiento yoico. *Enseñanza e investigación en psicología*. 12(2), 367-384. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/292/29212211.pdf>
- Martínez, Z. (2019). *El vínculo familia-escuela para el desarrollo psicosocial del adolescente*. (Tesis para obtener el título de Licenciatura). Facultad de Filosofía y Letras UNAM. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Mestre, J. M. y Palmero, F. (2004). *Procesos psicológicos básicos*. México: Mc Graw-Hill.
- Morales, F. (2007). *El efecto de la impulsividad sobre la agresividad y sus consecuencias en el rendimiento de los adolescentes*. Tesis Doctoral. Departamento de Psicología. University Rovira i Virgili (España).
- Murillo, O. (2008). El enojo en madres y padres de hijas adolescentes: propuesta de orientación desde la TREC y la inteligencia emocional. *Actualidades Investigativas en Educación*, 8(2), 1-30.
- Naomi, T. (2003). *Binge Drinking Among US Adults*. JAMA 289: 70-75.
- Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. (1982). *Analfabetismo y alfabetización*. Recuperado de <http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001339/133942so.pdf>.
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *Glosario de promoción de la salud*. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67246/WHO_HPR_HEP_98.1_spa.pdf;jsessionid=0879AAC06AB430B26AE4BCB0F1B37E1D?sequence=1
- Organización Mundial de la Salud. (2006). *Estudio de las Naciones Unidas sobre la violencia contra los menores*. Recuperado de <https://www.unicef.org/violencystudy/reports.html>.
- Organización Mundial de la Salud. (2016). *Glosario de términos de alcohol y droga*. Recuperado de:
https://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf

Organización de las Naciones Unidas (2010). *En el preámbulo de la convención sobre derechos del niño*. Recuperado de <http://www.fao.org/docrep/014/al936s/al936s00.pdf>

Organización de las Naciones Unidas. (2011). *La Seguridad Alimentaria: Información para la toma de decisiones. Guía Práctica, Una introducción a los conceptos básicos de la seguridad alimentaria.* (p.3). Recuperado de <http://www.fao.org/docrep/014/al936s/al936s00.pdf>

Pantoja, J. (2010). Expectativas y su relación con el nivel de consumo de alcohol en una población de estudiantes de bachillerato. *Unión de Universidades de América Latina y el Caribe Organismo Internacional.* 10 (46). 35-64. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/373/37318636005.pdf>

Pérez, J. (2003). La infancia callejera: Apuntes para reflexionar el fenómeno. *Revista Española para la educación comparada.* 9 (12). 1-30.

Pojomovsky, J. (2008). *Cruzar la calle: Menores y adolescencia en las calles de la ciudad.* Tomo 1. Buenos Aires, Argentina. Espacio.

Pantoja, J. (2010). Expectativas y su relación con el nivel de consumo de alcohol en una población de estudiantes de bachillerato. *Unión de Universidades de América Latina y el Caribe Organismo Internacional.* 10 (46). 35-64. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/373/37318636005.pdf>

Pérez, J. (2016). Definición de temerario. Recuperado de (<https://definicion.de/temerario/>).

Posada, A. Gómez, J y Ramírez, H. (2008). Crianza humanizada: una estrategia para prevenir el maltrato infantil. *Acta Pediátrica de México,* 29 (5), México. Acta Pediátrica de México.

Procuraduría Federal del Consumidor. (2018). *Alimentos Chatarra.* México. Recuperado de: <https://www.gob.mx/profeco/documentos/alimentos-chatarra?state=published>

Ramos, R. y López, A. (2011). Embarazo no deseado a término en mujeres atendidas en dos hospitales del Distrito Federal. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 16(4), 240-247. Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/quirurgicas/rmq-2011/rmq114i.pdf>

Real Academia Española. (2019a). Robar. En *Diccionario de la lengua española* (23.3.a ed.). Recuperado de: <https://dle.rae.es/?id=WXknmzC>

Real Academia Española. (2019b). Mentir. En *Diccionario de la lengua española* (23.3.a ed.). Recuperado de: <https://dle.rae.es/?id=Ox4gLIC>

Rendón, E y Valdez E. (2012). *Comparación de creencias irracionales entre dos grupos: Internos de la penitenciaría y personas sin antecedentes penales*. Tesis para obtener el título de licenciado en psicología. Universidad Nacional Autónoma de México. México.

Rim, D. y Masters, J. (1982). *Terapia de la conducta: técnicas y hallazgos empíricos*. México: Trillas.

Robichaux, D. (2007). *Familia y diversidad en América Latina: estudio de casos*. Argentina: CLACSO.

Rozanski, C. (2003). *Abuso sexual infantil ¿Denunciar o silenciar?*. Buenos aires Argentina: Ediciones B.

Sánchez, B. (2013). *Trastornos de la Conducta Alimentaria, de 18 a 22 años en las Alumnas de la Carrera de Psicología de la Universidad Tecnológica Intercontinental del año 2013*. Tesis para obtener el título de Licenciatura en Psicología Clínica. Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Tecnológica Intercontinental. Fernando de la Mora, Paraguay. Recuperado de: <http://www.utic.edu.py/v6/investigacion/attachments/article/78/Tesis%20Completa.pdf>.

Secretaría de Educación Pública. (2017). *¿Conoces los riesgos que presenta el Internet y redes sociales para ti y tu familia?*. México. Recuperado de:

<https://www.gob.mx/sep/articulos/conoces-los-riesgos-que-presenta-el-internet-y-redes-sociales-para-ti-y-tu-familia-conocelos?idiom=es>.

Secretaria de Salud. (2002). *La salud sexual y reproductiva en la adolescencia: un derecho a conquistar*. México. Recuperado de; <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7199.pdf>

Shaw, K. (2002^a). *Hacia una teoría general de la calle. Shine a light, la red internacional pro menores de la calle*. Recuperado de www.cit-dr.org/sal/library.html

Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) (2003). *El desarrollo del adolescente*. Recuperado de: <http://www.desarrollo-del-adolescente-aspectos-fisicos-psicologicos-y-sociales>.

Sutton-Simon, K. (1981) Assessing belief systems: Conceptions and strategies. En P.C. Kendall y S.D. Hollon (108irs.), *Assessment strategies for cognitive behavioral interventions*. Nueva York. Academic Press.

Taracena, E. (2011). Habitar la calle: pasos hacia una ciudadanía a partir de este espacio. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*. 9 (1). 4-25.

Taracena, E. (2012). Las familias expulsoras de menores y niñas hacia la calle. *Género y Salud en Cifras*. 10(1), 31-40 Recuperado de: <http://cneqsr.salud.gob.mx/contenidos/descargas/RevistaGySenC/EneAbr12.pdf>

Toribio, L. (2010). Unicef: Casi 200 millones de menores han sido víctimas de abuso. *Excelsior*. Recuperado de <https://www.excelsior.com.mx/2012/11/19/nacional/870500>

Villatoro, J., Gutiérrez, M., Quiroz, N., Moreno, M., Gaytán, L. (2006). Encuesta de estudiantes de la Ciudad de México 2006. Prevalencias y evolución del consumo de drogas. *Salud Mental*, vol. 32, núm. 4, julio-agosto, pp. 287-297. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

Distrito Federal, México

Villegas, L. (2013). *Conductas impulsivas en menores y jóvenes que se encuentran en situación de riesgo de vida en calle*. Evaluación e intervención cognitivo – conductual. Trabajo para especialización en psicología clínica. Universidad Pontificia Bolivariana. Medellín, Colombia.

Anexos 10

ANEXO A

Edad: _____

Sexo: (M) (F)

Escolaridad: _____

Este inventario pretende investigar la manera en que usted piensa acerca de varias cosas. Encontrará una serie de afirmaciones con las cuales usted puede estar de acuerdo o en desacuerdo. A la derecha de cada afirmación hallará los números del 1 al 5. Deberá tachar aquel número que mejor describa su reacción ante cada una de las afirmaciones. La equivalencia de los números es la siguiente.

1. Significa ESTOY MUY EN DESACUERDO.
2. Significa MODERADAMENTE EN DESACUERDO.
3. Significa NI ACUERDO NI EN DESACUERDO.
4. Significa MODERADAMENTE DE ACUERDO.
5. Significa MUY DE ACUERDO.

No es necesario pensar mucho sobre cada reactivo. Marque su contestación rápidamente y siga hacia la siguiente afirmación. Asegúrese de marcar como REALMENTE SIENTA acerca de la afirmación y no como usted cree que DEBERÍA SENTIR, trate de evitar las respuestas con número 3, ó neutrales, lo más que sea posible.

EJEMPLO						
1 ESTOY MUY EN DESACUERDO	2 MODERADAMENTE EN DESACUERDO	3 NI ACUERDO NI EN DESACUERDO	4 MODERADAMENTE DE ACUERDO	5 MUY DE ACUERDO		
1. Me gusta conocer gente		1	2	3	4	5

1 ESTOY MUY EN DESACUERDO	2 MODERADAMENTE EN DESACUERDO	3 NI ACUERDO NI EN DESACUERDO	4 MODERADAMENT E DE ACUERDO	5 MUY DE ACUERDO		
	1. Quiero caerle bien a algunas personas.	1	2	3	4	5
	2. A veces es desagradable cuando no hago las cosas bien.	1	2	3	4	5
	3. En ocasiones, cuando estoy tenso/a, me es imposible funcionar adecuadamente.	1	2	3	4	5
	4. Algunas veces, cuando no le caigo bien a la gente pienso que soy una mala persona.	1	2	3	4	5
	5. Quiero hacer bien algunas cosas.	1	2	3	4	5
	6. A veces es desagradable cuando estoy tenso/a.	1	2	3	4	5

7. Algunas veces, cuando no le agrado a la gente, me resulta imposible funcionar adecuadamente.	1	2	3	4	5
8. En ocasiones, cuando hago las cosas mal, pienso que soy un fracaso.	1	2	3	4	5
9. De vez en cuando quiero estar relajado/a.	1	2	3	4	5
10. A veces es desagradable cuando no le agrado a la gente.	1	2	3	4	5
11. Algunas veces, cuando no lo hago bien, me es imposible funcionar adecuadamente.	1	2	3	4	5
12. En ocasiones, cuando estoy tenso/a, pienso que siempre estaré de esa manera.	1	2	3	4	5
13. Necesito caerle bien a algunas personas.	1	2	3	4	5
14. A veces es terrible cuando no hago las cosas bien.	1	2	3	4	5
15. En ocasiones, cuando estoy tenso/a, me resulta imposible funcionar adecuadamente.	1	2	3	4	5
16. Pienso que no soy una mala persona incluso si no le caigo bien a algunas personas.	1	2	3	4	5
17. Necesito hacer algunas cosas bien.	1	2	3	4	5
18. En ocasiones es terrible cuando estoy tenso/a.	1	2	3	4	5
19. Algunas veces, cuando no le caigo bien a la gente, me es difícil funcionar adecuadamente.	1	2	3	4	5
20. Pienso que no soy un fracaso incluso si hago mal algunas cosas.	1	2	3	4	5
21. De vez en cuando necesito estar relajado/a.	1	2	3	4	5
22. A veces es terrible cuando no le caigo bien a la gente.	1	2	3	4	5
23. En ocasiones, cuando no le caigo bien a la gente, me es difícil funcionar adecuadamente.	1	2	3	4	5
24. Pienso que no siempre estaré tenso/a, incluso si a veces no me encuentro relajado/a.	1	2	3	4	5
25. Es esencial que le agrade a algunas personas.	1	2	3	4	5
26. Algunas veces, cuando no hago las cosas bien, me siento perturbado/a.	1	2	3	4	5
27. En ocasiones es frustrante cuando estoy solo/a.	1	2	3	4	5
28. Sólo porque no les agrade a algunas personas no significa que sea una mala persona.	1	2	3	4	5
29. Es esencial que haga bien algunas cosas.	1	2	3	4	5
30. Algunas veces, cuando estoy tenso/a, me perturbo.	1	2	3	4	5
31. A veces es frustrante cuando no le caigo bien a la gente.	1	2	3	4	5
32. Sólo porque hago algunas cosas mal, no significa que sea un fracaso.	1	2	3	4	5

33. De vez en cuando es esencial estar relajado/a.	1	2	3	4	5
34. Algunas veces cuando no le agrado a la gente me siento perturbado/a.	1	2	3	4	5
35. En ocasiones es frustrante cuando no hago las cosas bien.	1	2	3	4	5
36. Sólo porque estoy tenso/a algunas veces, no significa que siempre estaré así.	1	2	3	4	5
37. Es importante que le agrade a algunas personas.	1	2	3	4	5
38. A veces, cuando no hago las cosas bien, me siento decepcionado/a.	1	2	3	4	5
39. Algunas veces es insoportable cuando estoy tenso/a.	1	2	3	4	5
40. Si no les agrado a algunas personas eso significa que soy una mala persona.	1	2	3	4	5
41. Es importante que haga bien algunas cosas.	1	2	3	4	5
42. En ocasiones cuando estoy tenso, me siento decepcionado/a.	1	2	3	4	5
43. A veces es insoportable cuando no le caigo bien a la gente.	1	2	3	4	5
44. Si hago algunas cosas mal eso significa que soy un fracaso.	1	2	3	4	5
45. De vez en cuando es importante estar relajado/a.	1	2	3	4	5
46. En ocasiones cuando no le gusto a la gente, me siento decepcionado/a.	1	2	3	4	5
47. A veces es insoportable cuando no hago las cosas bien.	1	2	3	4	5
48. Nunca voy a conseguir estar relajado.	1	2	3	4	5

ANEXO B

Edad: _____

Sexo: (M) (F)

Ha tenido embarazos no planeados: _____

En este inventario se busca saber qué tipos de conductas ha realizado en los últimos 5 días. En la fila de la izquierda encontrará una serie de conductas, en las filas de la derecha habrá dos opciones SI y NO. Si usted ha realizado la conducta que se cuenta en la fila de la izquierda en los últimos 5 días podrá un Tache bajo la casilla SI, de lo contrario pondrá un tache bajo la casilla NO.

Conductas	SI	NO
Consumir de tabaco.		
Robar.		
Estar involucrado en peleas.		
Tener relaciones sexuales sin protección.		
Consumir de alcohol.		
Mentir.		
Vomitir después de comer.		
Tener relaciones sexuales con desconocidos.		
Consumir comida chatarra.		
Tener pensamientos suicidas.		
Ingestión excesiva de comida.		
Agredir verbalmente a otras personas.		
Autolesionarse.		
Uso inadecuado de redes sociales.		
Consumir drogas sintéticas.		

Conductas	SI	NO
Conductas temerarias.		
Ausentismo escolar.		
Poca ingesta de comida.		
Consumir marihuana,		
Automedicación.		
Consumir drogas inhalantes.		

Anexo C

Estadísticos descriptivos		
	N	Varianza
Embarazos no deseados	200	0.117
Consumir cigarros	200	0.245
Realizó robos	200	0.193
Estuvo involucrado en una pelea	200	0.248
Tuvo relaciones sexuales sin protección	200	0.226
Consumió bebidas alcohólicas	200	0.219
Dijo mentiras	200	0.061
Vomitó después de comer	200	0.145
Tuvo relaciones sexuales con desconocidos	200	0.121
Consumió comida chatarra	200	0.048
Tuvo pensamientos suicidas	200	0.237
Comió de una forma excesiva	200	0.207
Consumió drogas sintética	200	0.183
Se autolesionó	200	0.22
Usó las redes sociales de una forma inadecuada	200	0.148
Se automedicó	200	0.243
Consumió marihuana	200	0.251

Faltó a la escuela sin justificación	200	0.251
Se quedó con hambre	200	0.215
Realizó alguna conducta temeraria	200	0.246
Consumió drogas inhalantes	200	0.224
Agredió verbalmente a otras personas	200	0.203
Sumatoria de la varianza de los 22 ítems		4.25
Varianza del total o suma	200	24.554
N válido (por lista)	200	