



**Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo**

Instituto de Ciencias de la Salud

**Área Académica de Psicología**

**T E S I S**

**Relación entre la conducta antisocial, conducta delictiva y  
la frecuencia de autolesiones, en adolescentes de Hidalgo.**

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:**

**LICENCIADA EN PSICOLOGÍA:**

**PRESENTA:**

Lucero Priscila Resendiz Molina

**DIRECTOR**

Mtro. José Ángel Castillo Martínez

Pachuca de Soto, Hidalgo 2018



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO  
Instituto de Ciencias de la Salud  
Área Académica de Psicología

29 de octubre de 2018  
Asunto: Autorización de Impresión formal

DRA. REBECA MARÍA ELENA GUZMÁN SALDAÑA  
JEFA DEL ÁREA ACADÉMICA DE PSICOLOGÍA  
*Head of academic psychology area*

Manifiestamos a usted que se autoriza la impresión formal del trabajo de investigación de la pasante Lucero Priscila Resendiz Molina, bajo la modalidad de Tesis Individual cuyo título es: "Relación entre la conducta antisocial, conducta delictiva y la frecuencia de autolesiones, en adolescentes de Hidalgo" debido a que reúne los requisitos de decoro académico a que obligan los reglamentos en vigor para ser discutidos por los miembros del Jurado.

"AMOR, ORDEN Y PROGRESO"

Nombres de los Docentes Jurados	Cargo	Firma de Aceptación del Trabajo para su Impresión Formal
Dr. Sergio Santamaría Suárez	Presidenta	
Mtro. José Ángel Castillo Martínez	Primer Vocal	
Dr. Gerardo Huizado Amigo	Segundo Vocal	
Dra. Verónica Rodríguez Contreras	Tercer Vocal	
Dr. Rubén García Cruz	Secretario	
Dra. Andrómeda Ivette Valencia Ortiz	Suplente	
Dra. Claudia González Fragoso	Suplente	



Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo  
Instituto de Ciencias de la Salud  
Área Académica de Psicología  
Tel: (477) 440-4400 ext. 4444 y 4445  
www.uahidalgos.edu.mx

## **Dedicatoria**

A mis padres Enedina & Severiano mi eterno ejemplo

Que me enseñaron a trabajar y esforzarme por lo que deseo, por no abandonar mis sueños y enseñarme que lo que vale la pena no se consigue fácil. Me inculcaron el valor de la responsabilidad y gracias a ellos es que puedo lograr mis sueños.

Mi deuda con ustedes es infinita y como comienzo de mi agradecimiento les dedico este trabajo a su propio esfuerzo y dedicación conmigo por hacerme de la mujer y profesionalista que hoy en día soy.

## AGRADECIMIENTO

A mis amigos

Sin duda ellos sabrán el lugar que ocupan en mi vida, a todos los que estuvieron en mis momentos difíciles de redacción, investigación, planeación, siempre me brindaron palabras reconfortantes de aliento que motivaron a terminar este proyecto, tengo la fortuna de tener buenos amigos en esta vida que sin duda no solo están para momentos de diversión, me quedo claro en esta travesía académica siempre conté con su apoyo.

A LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO

Que brinda el espacio para que interesados por la investigación tengan las bases necesarias para aventurarse y lograrlo. Al área académica de Psicología, mis profesores que sin duda hicieron de mí una mejor persona y me convirtieron en la profesionista que soy hoy en día, de todos mis profesores me llevo cosas muy significativas que ahora comprendo a la perfección. Por la pasión que comparten sus conocimientos y el trato ameno que generan en el aula. Mucha suerte tuve de encontrarlos en mi camino.

A mi Director de Tesis

Al Mtro. José Ángel Castillo Martínez, quien en todo momento desde que le hable de mi idea de realizar un trabajo de investigación como este, mostro entero interés y entrega, siempre brindo confianza, es pieza clave para el día de hoy concluir con éxito, si el camino era duro y pareciera no acabarse él supo acompañar y brindarme las herramientas académicas necesarias para llegar al éxito.

## **RESUMEN**

El presente trabajo tuvo como objetivo el identificar la relación entre las conductas antisociales, las conductas delictivas y las autolesiones no suicidas en adolescentes escolarizados de nivel secundaria, donde se contó con una muestra dividida. Para ello se realizó una evaluación a 264 adolescentes escolarizados de una secundaria pública de Pachuca Hidalgo y otra evaluación a 233 adolescentes escolarizados de una escuela secundaria pública del municipio de San Agustín Tlaxiaca, Hidalgo, obteniendo un total de 497, la evaluación se realizó a través de un par de instrumentos para medir la conducta antisocial, delictiva y autolesiones. El estudio fue de tipo exploratorio y correlacional, y los datos obtenidos se registraron anónimamente, en primer lugar, por tratarse de alumnos menores de edad y por petición de ambas escuelas, el control de casos con puntuaciones elevadas se identificó por grado y grupo del alumno. Para poder dar seguimiento de algún modo a estos casos y como agradecimiento a los planteles se proporcionaron platicas referentes a las autolesiones; los casos específicos fueron remitidos a las autoridades pertinentes de la institución tomando en cuenta la normatividad escolar. De acuerdo con los resultados, la conducta antisocial en el caso de los hombres, se relaciona con un incremento en conductas delictivas, asimismo, los hombres que muestran conducta autolesivas severas incrementaran la conducta delictiva. En el caso de las mujeres se encontró que la presencia de conductas autolesivas menores y severas se desarrollan a la par de las conductas antisociales y/o delictivas. El análisis indica que, de las variables analizadas, la relación es más fuerte entre las autolesiones menores y severas para las mujeres mientras que en el caso de los varones la relación entre conductas delictivas y antisociales es más relevante.

## **PALABRAS CLAVE**

Conducta Antisocial, Conducta Delictiva, Autolesiones, Adolescente escolarizado

## **ABSTRACT**

The main objective of this study is to identify the relation / connection among antisocial behavior, criminal manners and non- suicidal self-harm in teenagers enrolled at secondary level, in which a sample divided was used. To achieve it, there was an evaluation to 264 adolescents attending a public junior school in Pachuca, Hidalgo then, a second evaluation took place, to 233 adolescents attending a public junior school in the municipality of San Agustin Tlaxiaca, Hidalgo; a total of 497 students. The evaluation was carried out by means of a pair of instruments to measure antisocial, criminal and self- harm behavior.

The study is exploratory and correlational. The data obtained was recorded anonymously, due to the request of both schools and mainly in consideration on students' age. The control of cases with high scores was identified by grade and group of the students. In order to conduct a follow-up on some of the cases, talks were give regarding self-harm, some others were sent with the authorities of the institution, considering the school regulations. According to the results, antisocial behavior in men's case, is related to an increase in criminal behavior also, men who show severe self-injurious behavior increase criminal behavior. In women's case, it was found that the incidence of minor and sever self-injurious behavior are developed along with antisocial and / or criminal behavior.

The analysis indicates that, of the variables analyzed, the relation is stronger between the minor and severe self-harm for women, while in the case of males the relationship between criminal and antisocial behaviors is more relevant.

## **KEYWORDS**

antisocial behavior, criminal manners and non- suicidal self-harm in teenagers enrolled at secondary level.

## Índice

Resumen.....	5
Introducción.....	12
Marco teórico.....	16
Capítulo I: Autolesiones .....	16
1.1 Definición .....	16
1.2 Etiologías de las Autolesiones .....	17
1.3 La piel un factor importante .....	18
1.4 Síntomas y características .....	19
1.5 Tipos de autolesiones .....	20
1.5.1 Conductas Autolesivas Mayores .....	21
1.5.2 Conductas Autolesivas Compulsivas .....	21
1.5.3 Conductas Autolesivas Impulsivas .....	21
1.6 Prevalencia .....	21
1.7 Tratamiento psicológico para autolesiones .....	23
1.7.1 Cambio pretratamiento: destacar las capacidades de autocuración de los clientes y utilizar sus habilidades..	23
1.7.2 Principales puntos fuertes: identificación y utilización en múltiples contextos .....	24
1.7.3 Éxitos pasados e intuiciones no utilizadas: restaurar lo que funciona y asumir riesgos positivos para crear posibilidades .....	25

1.7.4	Las inteligencias múltiples: estilo clave de aprendizaje e itinerarios para la expresión y el cambio ....	25
1.7.5	Pasión, significado y emoción positiva: aumentar la implicación del paciente en el flujo de las actividades ..	26
1.7.6	Historias de sincronidad y hechos casuales: identificar y utilizar actividades y ambientes afortunados	26
1.7.7	El sistema determinado por la solución: aprovechar la competencia de los miembros de la red social del paciente y de los aliados implicados en el sistema de ayuda .....	27
1.7.8	Preguntas para crear posibilidades .....	27
1.8	Instrumento de evaluación: Cédula de autolesiones .....	28
Capítulo II: Conducta antisocial .....		30
2.1	Definición .....	30
2.2	Etiologías de la conducta antisocial .....	31
2.2.1	Perspectiva clínica .....	31
2.2.2	Teorías de las conductas antisociales .....	32
2.2.3	Teorías del aprendizaje .....	32
2.2.4	Teoría de Asociación Diferencial .....	34
2.2.5	Teoría de la Acción Razonada .....	35
2.2.6	Teoría Ecológica .....	35

2.3 Tipo de conducta antisocial .....	37
2.3.1 Trastorno de la personalidad límite .....	37
2.4 Tratamiento psicológico para conducta antisocial .....	39
2.4.1 Tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos de personalidad .....	39
2.4.2 Técnicas terapéuticas utilizadas en los trastornos específicos de personalidad trastorno antisocial .....	40
2.5 Instrumento de medición: Cuestionario de conducta antisocial delictiva .....	42
Capítulo III: Conducta delictiva .....	44
3.1 Definición .....	44
3.2 Teorías .....	44
3.2.1 Teoría basada en la biofisiología .....	44
3.2.2 Teorías basadas en el razonamiento cognitivo y emocional .....	45
3.2.3 La teoría de la personalidad de Eysenck .....	46
3.3 Predominio de los atentados contra los bienes .....	47
3.3.1 Trafico de drogas y abuso sexual .....	47
3.4 Principales motivaciones de adolescentes delincuentes .....	48
3.5 Prevalencia .....	49
3.6 Tratamiento psicológico para conducta delictiva .....	50
3.7 Instrumento de medición: Cuestionario de conducta antisocial delictiva .....	55
Capítulo IV: Método .....	56

4.1 Objetivo general .....	56
4.2 Objetivos específicos .....	56
4.3 Pregunta de investigación .....	56
4.4 Hipótesis conceptuales .....	56
4.5 Hipótesis Estadísticas .....	56
4.6 Justificación .....	58
4.7 Tipo de diseño y estudio .....	60
4.8 Variables .....	60
4.9 Población .....	62
4.10 Muestra .....	62
4.11 Criterios de inclusión .....	62
4.12 Procedimiento .....	63
Resultados .....	66
Discusión .....	76
Lista de referencias .....	81
Anexos .....	87

## Índice de tablas

Tabla 1: Sexo y Relación Sentimental .....	66
Tabla 1.1: Grado Escolar .....	66
Tabla 1.2: Apoyo Psicológico previo a la aplicación de las pruebas .....	67
Tabla 2: Conducta Antisocial con respecto al sexo .....	67
Tabla 2.1: Conducta Antisocial con respecto a la edad y sexo .....	68
Tabla 2.2: Conducta antisocial por escuelas .....	69
Tabla 2.3: Conducta antisocial por grado en hombres y mujeres .....	69
Tabla 2.4: Conducta antisocial por turno escolar en hombres y mujeres.....	70
Tabla 2.5: Conducta antisocial y estado sentimental .....	70
Tabla 3: Conducta delictiva y sexo .....	71
Tabla 3.1: Conducta delictiva por escuelas .....	71
Tabla 3.2: Conducta delictiva y grado escolar .....	72
Tabla 3.3: Conducta delictiva y turno escolar .....	72
Tabla 4: Autolesiones con respecto al sexo .....	73
Tabla 4.1: Autolesiones con respecto a la edad .....	73
Tabla 4.2: Autolesiones por escuelas .....	74
Tabla 5: Correlación entre Conducta Antisocial, Delictiva y autolesiones en Hombres .....	74
Tabla 5.1: Correlación entre conducta antisocial, delictiva y autolesiones en hombres en Mujeres .....	75

## Introducción

En diversos países y en específico en México las conductas disruptivas tanto hacia el propio individuo como para el contexto donde se desenvuelve han presentado incrementos significativos, los cuales han afectado diversas variables de desarrollo, como lo es la educativa, social y emocional. Durante un tiempo considerable en diversos países e investigadores se han preocupado sobre el origen, desarrollo y sobre todo consecuencias que atribuyen este tipo de conductas en la población adolescente, por lo que de acuerdo a investigaciones realizadas en diversos estudios se encontró una relación existente y significativa entre la conducta antisocial y la conducta delictiva en los adolescentes como es mencionado por Sanabria y Uribe (2009), quienes encontraron comportamientos antisociales-delictivos en edades tempranas y por tiempos prolongados (niños pequeños y/o preadolescentes, entran a ser parte de un grupo en alto riesgo para continuar con las mismas conductas y de mayor gravedad durante la edad adulta). Estos mismos jóvenes también estarían en alto riesgo para otros problemas, como dificultades académicas, consumo de sustancias psicoactivas y comportamientos sexuales de riesgo. Ya que se considera la adolescencia como un periodo crítico debido a que en esta etapa pueden darse las bases para la aparición de síntomas, enfermedades y ciertas alteraciones de la personalidad además de producirse una gran variedad de cambios biológicos, psicológicos y sociales (Herrera 1999, como se citó en Zuñe del Valle, 2017).

Cuando estos factores o dimensiones presentan problemas y se combinan, pueden influir a que los jóvenes presenten problemas de comportamiento, inicialmente cometiendo conductas antisociales hasta llegar, de forma progresiva, a involucrarse en actos delictivos (Gaeta & Galvanovskis, 2011 como se citó en Zuñe del Valle, 2017).

Al igual se han encontrado datos importantes en la relación de las autolesiones no suicidas y la conducta antisocial en adolescentes, ejemplo de ello es el estudio de Nader y Boehme, (2003 en Díaz, González, Minor & Moreno, 2008) ya que la autoagresión también puede presentarse en un contexto patológico, con objetivos y motivaciones diferentes y con particularidades en su presentación y significación; es

frecuente que la autolesión responda a la necesidad de manipulación por parte del paciente, quien desea exhibir su comportamiento para obtener ganancias, situación que puede presentarse en los trastornos disociativos, trastornos ficticios y personalidad antisocial. Se encontró por Ros, et al. (2004 como se citó en Ruiz, 2009) que en trastornos de la personalidad como límite y la antisocial, principalmente se dan tendencias autodestructivas, excesos de ira, comportamientos de automutilación y el uso/abuso de sustancias; estos actos suelen estar precipitados por los temores de separación o rechazo, o por la expectativa de tener que asumir una mayor responsabilidad. El intento suicida muchas veces aparece como un reproche o chantaje, mediante el acto mismo del intento, el supuesto suicida intenta presionar al otro, amenaza con quitarle algo (su propia persona), en mucha medida sucede con la conducta antisocial, aunque no en todos los casos; dichas conductas son reproches a la sociedad.

Los investigadores Howard, Finn, José y Gallagher, (2012) sugieren que el abuso de alcohol mostro un nivel de comportamiento antisocial que fue significativamente mayor del mostrado por aquellos que manifiestan solo conducta antisocial, el análisis de moderación indicó que el uso problemático de alcohol amplifico significativamente a la varianza en los adultos la conducta antisocial y la conducta autolesiva aumentó significativamente la conducta antisocial.

Así como señala la evidencia se sugiere que el abuso de ciertas sustancias y las conductas autolesivas en la adolescencia tiene como resultados cambios estructurales en el cerebro descritos en De Bellis et al. (2008, como se citó en Howard, Finn, Jose & Gallagher, 2012) lo que se entiende como la necesidad de demostrar que estos cambios están causalmente relacionados con comportamiento antisocial.

La literatura ha indicado que una de las áreas con mayor índice de problemas en centros penitenciarios son las autolesiones, las cuales se pueden definir como conductas de los internos hacia su integridad física (Hivert 1984 como se citó en Mohíno, 2002). La severidad de las lesiones se distribuye según gravedad y posibles secuelas, desde lesiones leves a mutilaciones, valorándose la necesidad de ingresos

hospitalarios. Las causas de estos episodios son múltiples y se distribuyen en una amplia horquilla que incluye motivos judiciales, régimen carcelario, clínicos y sociales. Episodios de autolesiones aparecen muy frecuentemente entre jóvenes antisociales en prisiones con diagnóstico de trastornos de personalidad. Se encontró que Jóvenes reclusos con episodios de autolesión presentaron mayor prevalencia de antecedentes de malos tratos en la infancia. Los jóvenes reclusos con episodios de autolesión en prisión presentaron mayor prevalencia de antecedentes de malos tratos en la infancia, mayor frecuencia de faltas disciplinarias y más sintomatología psicopatológica ansiosa, depresiva y de alienación.



## **MARCO TEÓRICO**

### **Capítulo I: Autolesiones**

En este capítulo se aborda el tema de autolesiones en adolescentes, profundizando en causas, consecuencias y posibles tratamientos psicológicos.

#### **1.1 Definición**

La primera característica definitoria de la autolesión (AL) es la presencia de daño físico objetivo, es decir, la persona se produce a sí misma lesiones en la piel, habitualmente cortaduras con navajas u otros objetos; se incluyen las excoriaciones con material abrasivo (trozos de madera, tapas de envases, etc.). Asimismo, quemaduras con cigarro e irritaciones con material químico, tal como jabón, detergente, ácido, etc. (Levenkron, 2006 como se citó en Marín 2013).

Las conductas autolesivas se caracterizan por ser una acción lesiva, intencional y deliberada que una persona lleva a cabo en sí misma, produciéndose con ello un daño corporal de baja letalidad. Comúnmente constituye un hábito repetitivo que puede implementarse en forma crónica con la función principal de reducir el estrés o malestar emocional, por tanto, no constituye un acto consignado socialmente como en el caso de rituales religiosos. No es una conducta suicida, su fin último no es terminar con la vida, se trata de un mecanismo de enfrentamiento autodestructivo.

El daño auto infringido en tejido corporal no se inserta en un significado social específico, por ejemplo, religioso o de aceptación social, sino en uno de naturaleza personal, el cual varía entre los perpetradores de la autolesión. Esta conducta puede llevarse a cabo en forma ritualizada y habitualmente sin testigos, puesto que la finalidad de la autolesión es modificar y reducir estados emocionales perturbadores (Favazza, 1996).

## 1.2 Etiologías de las Autolesiones

Muchos investigadores han intentado conocer las causas o predisponentes de las autolesiones, diversos son los modelos que han establecido las variables de esta conducta, distintas vertientes abordan posibles explicaciones como lo es la regulación afectiva esta perspectiva menciona que la acción lesiva intencional se utiliza para expresar y externalizar emociones perturbadoras e intolerables, a la vez que se crea un sentido de control sobre las mismas (Allen, 1995; Linehan, 1993 como se citó en Marín, 2013). Emociones tales como ira, ansiedad, frustración y vergüenza, comúnmente se han asociado al momento previo del acto autolesivo, tales emociones son seguidas de experiencias subjetivas de alivio y calma cuando la acción se ha concretado. Algunas otras perspectivas apuestan más por una interacción ambiental como mediadoras del origen y el mantenimiento de la autolesión. Las respuestas positivas del ambiente inmediato refuerzan tal comportamiento, a la vez que colocan la responsabilidad del conflicto emocional fuera de la persona, quien aprende a manipular y controlar el ambiente a través de la autolesión. El aprendizaje social puede estar también en el origen de la autolesión, así como en el seguimiento de modelos, especialmente entre pares (Suyemoto, 1998).

Otras investigaciones asumen que las autolesiones tienen dos funciones: 1) Proporciona gratificación sexual, 2) Proporciona un castigo por sentimientos sexuales, permitiendo así evadir las conductas sexualmente motivadas, así como controlar la sexualidad y la maduración psicosexual en general (Suyemoto, 1998). La autolesión como acción distorsionada serviría como solución a la expresión de pulsiones en conflicto, a lo cual subyacen problemas edípicos y, por tanto, de naturaleza sexual. Se piensa que las autolesiones cumplen la función de afirmar los límites del self, marcar la piel puede ayudar a crear un sentido de mayor independencia, autonomía y distinción de los otros (Klonsky, 2007); en este sentido, la sangre y las cicatrices son la indicación de la realidad del self, creando una representación única, distinta y separada de sí mismo.

### **1.3 La piel un factor importante**

A través de los años, las marcas en la piel como cicatrices, tatuajes y perforaciones han tenido significados y formas de ser interpretados, tanto para quienes lo realizan como para aquellos que lo interpretan y analizan. Hernández (2010) retoma lo que dijo Reisfeld en 2004, donde reflexiona sobre autolesionarse la piel como devoción religiosa, para marcar la transición del joven a la adultez, distintivo de un clan o tribu, medio de identificación personal, una forma de mostrar valor o virilidad, estímulo de atracción sexual, como talismán para alejar los malos espíritus, parte necesaria de los ritos funerarios, una forma de diferenciar a la mujer casada de la casadera, como muestra de amor, forma de marcar e identificar a esclavos, marginados o convictos; con esto podemos observar que a lo largo de los años se han utilizado de una forma u otra, con fines diferentes ya sea alguien que tenga mayor estatus o como parte del proceso de inclusión a un grupo.

Anzieu (1998) refiere que la piel es un conjunto de órganos diferentes, debido a su complejidad anatómica, fisiológica y cultural; de todos los órganos y sentidos es el más vital, ya que este puede vivir, ciego, sordo, privado del gusto y del olfato, pero no se puede sobrevivir sin piel, esta tiene gran cantidad de receptores (50 por cada 100 milímetros cuadrados), es el sentido que está en contacto con los demás sentidos.

La piel no es solo un órgano de los sentidos, realiza papeles anexos de muchas otras funciones biológicas: respira y transpira, segrega y elimina, mantiene el tono, estimula la respiración, la circulación, la digestión, la excreción y actúa sobre la reproducción. En su conjunto sostiene al cuerpo en torno al esqueleto y su verticalidad, es protección contra las agresiones exteriores y transmite excitaciones o informaciones útiles.

La piel mantiene el equilibrio entre el medio interno y externo, y en su forma, coloración y cicatrices conserva las marcas provocadas por lo exterior, a su vez es reflejo de buena o mala salud orgánica y el espejo de nuestra alma nos proporciona dolores y placeres, es sólida y frágil, está al servicio del cerebro, pero se regenera mientras las células nerviosas no pueden hacerlo; es elástica, es superficial y profunda, es la sede del bienestar y de la seducción. En ella se refleja nuestra vulnerabilidad por su finura,

y al mismo tiempo nuestra flexibilidad adaptativa y evolutiva, en conclusión, la piel tiene un estatus de intermediaria, de separación y de transicionalidad.

La página de internet “autolesión Selfinjury Foro ASeFo” es una red de habla hispana sobre autolesión formada por la comunidad con la finalidad de acercar a la sociedad la información sobre las autolesiones, en donde plantea los siguientes objetivos: prevenir el posible contagio de las autolesiones, el cutting por internet como un posible estilo de vida; unir afectados, familias y profesionales para fomentar la relación, información, comprensión y expresión; así como dar información contrastada y fiable a la sociedad, eliminar ideas equivocadas y mitos.

#### **1.4 Síntomas y características**

Los síntomas indicadores de una conducta autolesiva según se menciona en el estudio de Ávila y Pachar, (2016). con base en diversas investigaciones abordadas sobre el tema coinciden en los siguientes puntos específicos:

- 1- Tener dificultad para concentrarse en un tema específico.
- 2- Pérdida de interés en actividades que eran de su agrado.
- 3- Sentimiento de tristeza o desesperanza.
- 4- Aislamiento de su grupo de amigos o familia.
- 5- Dificultades en su rendimiento académico o disciplinario.
- 6- Cambio repentino en su conducta como irritabilidad, llanto.
- 7- Expresión manifiesta de la intención autolesiva o ideas de suicidio

Las características comunes de una persona que se autolesiona en términos generales son:

- 1- Presenta baja autoestima.
- 2- Son hipersensibles al rechazo.
- 3- Tiene niveles muy altos de agresividad.
- 4- No controlan sus emociones negativas.
- 5- Su comportamiento depende del estado anímico.
- 6- No se proyectan a futuro.

- 7- Piensan en lesionarse al sentir tristeza y angustia.
- 8- Presentan ansiedad y depresión.
- 9- Se muestran irritables.
- 10- Creen ser incapaces de controlar situaciones conflictivas.
- 11- Desconocen técnicas para afrontar momentos críticos.
- 12- Son evitativos.
- 13- Se ven como personas débiles y sin autoridad.

### **1.5 Tipos de autolesiones**

Antes de clasificar la autolesión es necesario abordar una serie de elementos que permitan una mejor comprensión de cada tipo. Kahan y Pattison (1984 como se citó en Salvador y Carvaca, 2015), identificaron tres componentes en los actos de autolesión: Dirección, letalidad y repetición.

**Dirección:** Se refiere a que tan intencional fue la conducta. Un acto con intención es aquel que se logra en un lapso de tiempo corto, se está consciente de los efectos dañinos que tiene y se busca lograrlos. De no ser así, se considera un acto indirecto de autolesión.

**La letalidad:** Se refiere a la posibilidad de que el acto resulte en la muerte, ya sea de inmediato o en un futuro próximo. En un acto letal casi siempre la intención es la muerte. Si no se quiere o se piensa en la posibilidad de morir, el acto no tiene el componente de letalidad.

**La repetición:** Hace referencia así el acto se hace una vez o se repite con frecuencia por un periodo de tiempo.

Favazza (1996 como se citó en Igor et al., 2013), da a conocer su apreciación de las conductas autolesivas por medio de su libro, donde años más tarde junto a Simeón clasificaría dichas conductas de la siguiente forma:

- Conductas autolesivas mayores
- Conductas autolesivas compulsivas
- Conductas autolesivas impulsivas

### **1.5.1 Conductas Autolesivas Mayores**

Se manifiestan en el individuo cuando se producen graves daños en los tejidos del organismo, provocándose la castración, extirpación ocular y amputación de las extremidades. Estas conductas se generan de manera impulsiva y repentina, según Simeón y Favazza (1996, citado por Igor et al. 2013) el 75% de estos casos ocurre durante episodios psicóticos, generalmente en la esquizofrenia, de igual manera se presenta en trastornos anímicos graves, transexualismo y trastornos de la personalidad severos.

### **1.5.2 Conductas Autolesivas Compulsivas**

Se identifican por ser conductas repetitivas como rascarse reiteradamente la piel produciéndose excoriaciones, morderse las uñas o tirarse el cabello. Según Simeón y Favazza, (1996 citado por Igor et al. 2013) la intensidad del daño es leve a moderada, con una frecuencia repetitiva y un patrón compulsivo, a veces experimentada como actos automáticos.

### **1.5.3 Conductas Autolesivas Impulsivas**

En estas conductas encontramos cortadas (cutting) o quemarse la piel son las conductas más frecuentes al igual se puede encontrar la introducción de objetos punzantes en espacio subdérmico, creando incluso cavidades en los tejidos. Según Simeón y Favazza (1996 citado por Igor et al., 2013) esta práctica se encuentra de leve a moderado y su acción puede tener un proceso de ritualización en la persona que lo hace o tener un significado simbólico.

## **1.6 Prevalencia**

Anteriormente la AL se asociaba a grupos clínicos restringidos tales como: pacientes con enfermedades psiquiátricas crónicas y graves, así como a aquéllos que acudían a atención psiquiátrica de emergencia, a población de cárceles, jóvenes de internados y escuelas de educación especial. Se asumía que la persona con este problema cursaba con alteraciones psiquiátricas severas y con un déficit de adaptación significativo. La AL aún se vincula casi exclusivamente con experiencias caóticas/ traumáticas en la

infancia, tales como disfunción familiar, abuso sexual, violencia, enfermedades mentales, etc. (Santos, 2011 como se citó en Marín 2014).

En un estudio realizado a adolescentes atendidos por autolesiones en el periodo comprendido entre los años 2005 y 2011 en el Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”, en la Ciudad de México, encontró que los motivos para autolesionarse, en 42.1% de los casos se asociaba a baja tolerancia a la frustración y manipulación; en los expedientes se mencionaba que las lesiones eran posteriores a discutir con los padres o las parejas sentimentales, de forma impulsiva, con el objeto de disminuir la frustración y/o para provocar culpa en la persona con la que discutían. En el 30.6% de los casos esta conducta se asoció a síntomas afectivos como tristeza o irritabilidad o para “lograr sentir algo y sentirse vivos”. En el 19.1% estuvo asociada a síntomas de ansiedad; en el 4.5%, a síntomas psicóticos, generalmente alucinaciones auditivas imperativas; en el 1.6% de los casos las autolesiones fueron conductas imitativas y en el 1.4% se realizaron para pertenecer a un grupo. Al momento de su evaluación clínica, se reportó que la conducta autolesiva había estado presente durante 18.48 ( $\pm 16.8$ ) meses, siendo frecuente (cuatro o más veces por mes) en 43% de los casos. Se observó un incremento notable de casos de adolescentes con autolesiones atendidos en el hospital: en 2005 esta conducta se registró en 0.4% de la población atendida y para el 2011 se había incrementado a 5.7%, en particular la frecuencia de cortes y golpes en los últimos tres años. Se observaron cambios en la frecuencia de los diagnósticos asociados a las autolesiones: los trastornos afectivos y el abuso de sustancias se incrementaron del 50 al 73% y del 0 al 18%, respectivamente; por otro lado, las autolesiones asociadas a retraso mental se redujeron del 14% en 2005 al 3% en 2011 (Ulloa, Contreras, Paniagua & Victoria, 2013).

## 1.7 Tratamiento psicológico para autolesiones

Selekman (2009) menciona la importancia de que terapeuta y paciente sean coautores de las historias de solución, en general se trata de hábitos totalmente casuales y poner especial atención a las cosas positivas que parecieran suceder por casualidad y que les han permitido establecer estrategias de *coping* (afrontamiento) adoptadas en el pasado, los puntos fuertes, la iniciativa y experiencia de los clientes son elementos fundamentales para la construcción conjunta de soluciones adaptadas a sus dificultades y para convertirse en coautores de historias inspiradas por la solución, en realidad, la investigación indica que la habilidad del terapeuta reside en su capacidad de hacer surgir y utilizar las competencias, las ideas de cambio y las preferencias de los pacientes, a fin de permitirles alcanzar sus objetivos de la forma más eficiente posible (Selekman, 2009; Nardone et al. 2011 en Nardone y Selekman, 2013).

Estos autores abordan siete puntos fuertes y las áreas de recursos para la creación conjunta de historias determinadas para la solución con los clientes autoagresivos y las ventajas que aporta ofrecer a los pacientes la oportunidad de crear sus programas originales a favor del cambio, que son útiles como hojas de ruta para el éxito terapéutico.

### 1.7.1 *Cambio pretratamiento: destacar las capacidades de autocuración de los clientes y utilizar sus habilidades*

Un procedimiento muy eficaz para acceder a los recursos y a las capacidades de los clientes es ofrecerlos un experimento de pre asesoramiento antes de la sesión inicial. Del hecho de ofrecer a los pacientes un experimento de pre asesoramiento se obtienen cinco beneficios.

- Hemos accedido a lo que ya funciona (habilidades de afrontamiento)
- Aumentamos la conciencia de los pacientes y prestamos atención a los momentos no problemáticos y asintomáticos en los que han asumido un cierto control sobre sus dificultades

- Conseguimos hacerles reflexionar sobre este aspecto, lo que les proporciona una sensación de autoeficacia
- Estamos en condiciones de aumentar sus esperanzas y los niveles de optimismo
- Cortamos la duración del tratamiento, puesto que la primera sesión pasa a ser la segunda, ya que el primer contacto da pie a esta intervención.

El terapeuta puede empezar la sesión preguntando:

- Desde el momento en que llamaste por primera vez a nuestro despacho, ¿Qué ha mejorado en tu situación?
- ¿Eres consciente de cómo has obtenido estos resultados?
- Si los cambios siguieran en esta dirección, ¿Sería esto lo que desearías?
- En una escala del 1 al 10, en la que 10 es tu situación óptima, y el 1 significa que todavía hay mucho que hacer, ¿Qué puntuación darías a tu situación de hace un mes?
- ¿De qué modo han contribuido tus padres a evitar que cortaras?

### *1.7.2 Principales puntos fuertes: identificación y utilización en múltiples contextos*

Peterson y Seligman (s.f. como se citó en Nardone & Selekman, 2013), identificaron 24 puntos fuertes del ser humano y elaboraron un cuestionario llamado *Values in action inventory of strengths* (VIA) la mayor parte de los pacientes solo reconoce tres o cuatro puntos fuertes, pero no son conscientes de las 19-20 áreas poco desarrolladas o latentes identificadas por el cuestionario. Para contribuir a aumentar el sentido y el objetivo de la vida de los pacientes y desarrollar su altruismo, podemos hacer que experimenten nuevas formas de utilización de los puntos fuertes.

### *1.7.3 Éxitos pasados e intuiciones no utilizadas: restaurar lo que funciona y asumir riesgos positivos para crear posibilidades*

El dicho “nada tiene tanto éxito como el éxito” es una verdad universal. Cualquier mejoría que haya obtenido en el pasado nuestros clientes pueden servir de modelo para el futuro, por tanto, es fundamental, en las primeras sesiones, invitar a nuestros nuevos clientes a compartir con nosotros las soluciones que han puesto en práctica anteriormente para resolver otras dificultades. Podemos animarlos a aplicar a sus dificultades actuales las estrategias de *problem solving* (resolución de problemas) que funcionaron tiempo atrás. Mientras exploramos sus éxitos pasados, es útil descubrir si han sido instrumentos específicos o estrategias aprendidas de anteriores terapeutas o programas de tratamiento, de los que obtuvieron algún beneficio pero que luego dejaron de utilizar, (Selekman, 2005, 2009 como se citó en Nardone & Selekman, 2013).

A veces los pacientes tienen ideas creativas, pero no han conseguido ponerlas en práctica, por ejemplo, a un paciente que se autolesionaba se le ocurrió un día comprarse un pintalabios color rojo sangre y, en vez de cortarse, dibujar heridas con él en las zonas del brazo donde habitualmente se lesionaba, tres días después, no solo dejó de cortarse, sino que pensó que estaba “sanada” por utilizar el pintalabios en los brazos (Nardone & Selekman, 2013).

### *1.7.4 Las inteligencias múltiples: estilo clave de aprendizaje e itinerarios para la expresión y el cambio*

El modelo de las inteligencias múltiples, desarrollado por el psicólogo Howar Gardner, ofrece a los terapeutas un marco muy valioso para planificar intervenciones a medida, basada en las capacidades originales de los clientes, para Gardner, todos los seres humanos poseen diez áreas de inteligencia. Por ejemplo, cuando se trabaja con un paciente que se autolesiona, dotada en las áreas de inteligencia lingüística y visual-espacial, los terapeutas deberían recurrir al uso de la escritura expresiva y a las

intervenciones de arte-terapia, que armonizan bien con sus áreas clave. De este modo se contribuirá a promover una relación de cooperación y a hacer el proceso de cambio más agradable e interesante, ofreciendo dos itinerarios posibles, esto permitirá aumentar la cooperación y la adhesión al cumplimiento de las estrategias de cambio propuestas (Nardone & Selekman, 2013).

#### *1.7.5 Pasión, significado y emoción positiva: aumentar la implicación del paciente en el flujo de las actividades*

Cuando se inicia un tratamiento con nuevos pacientes autoagresivos es muy útil descubrir cuáles son sus pasiones y las cosas que en su vida les parecen significativas. La participación en estos hobbies y en las áreas de interés suscita a menudo en ellos emociones positivas, Fredrickson, (2009 en Nardone y Selekman, 2013). ha descubierto, a través de sus profundas investigaciones sobre las emociones positivas, que estas reducen las negativas, tales como los estados de ánimo depresivos y ansiosos, aumentando en cambio la esperanza, el optimismo y los niveles de felicidad. Una emoción positiva puede aumentar la resiliencia de las personas y las capacidades creativas de *problem solving* (resolución de problemas), ya que muchos pacientes autoagresivos luchan por controlar su humor, introducirlos en actividades significativas y divertidas, tanto durante el tiempo libre como en los momentos de dificultad, puede ayudarles a mantenerse alejados de experiencias dañinas y contribuir a equilibrar su estado de ánimo. Como parte del proceso de construcción de la estructura para el mantenimiento de los objetivos y para ayudar a nuestros pacientes a “mantener el control”, deberemos animarlos a entregarse más a su especial “trance positivo” (Nardone & Selekman, 2013).

#### *1.7.6 Historias de sincronicidad y hechos casuales: identificar y utilizar actividades y ambientes afortunados*

Otra vía que podemos utilizar como posible camino para el cambio es considerar las historias de sincronicidad y de hechos casuales en la vida de nuestros clientes, Carl

Gustav Jung fue el primero en estudiar científicamente y en escribir sobre las coincidencias sorprendentes y significativas, que le llevaron a elaborar el concepto de sincronicidad (Jung, 1999 en Nardone & Selekman, 2013). Jung creía que muchas de estas coincidencias significativas o hechos fortuitos no se producían simple y solamente por casualidad. Para algunas personas estas coincidencias significativas pueden ser transformativos. Por lo tanto, en el ámbito de la encuesta de cambio *precounseling* (asesoramiento previo), en las sesiones iniciales con los nuevos clientes es útil averiguar si en un pasado reciente se han producido algunas coincidencias significativas o hechos fortuitos que hayan resultado ser transformativos y que les hayan ofrecido una sabiduría valiosa y una comprensión de su situación, o les algún beneficio (Nardone y Selekman, 2013).

*1.7.7 El sistema determinado por la solución: aprovechar la competencia de los miembros de la red social del paciente y de los aliados implicados en el sistema de ayuda*

Los clientes y los miembros clave implicados constituyen en sistema determinado por la solución (Selekman, 2005, 2009, 2010 como se citó en Nardone & Selekman, 2013). Los otros adultos, aquellos que sirven de modelo, han proporcionado un apoyo constante, consejos, sabiduría y han estado disponibles para a conexión emocional, pueden ser parientes, profesores, entrenadores, amigos íntimos de la familia. Ha colaborado con ellos desde el principio y durante todo el proceso del tratamiento, rápidamente se generan conjuntamente soluciones de gran utilidad; el paciente percibirá un fuerte sentido de comunidad y de poyo, y los beneficios del tratamiento resultaran reforzados.

*1.7.8 Preguntas para crear posibilidades*

Categorías de preguntas destinadas a definir objetivos, a activar estrategias de afrontamiento, a crear pesimismo y a ayudar a exteriorizar, las cuales pueden ser utilizadas tanto en las sesiones iniciales como en las posteriores, con el objetivo de

crea un contexto de cambio. Los terapeutas han de preguntar de forma propositiva, seleccionando y construyendo tipos específicos de preguntas sobre la base del material propuesto por el cliente y teniendo en cuenta las distintas respuestas.

- Preguntas para definir el objetivo: Son aquellas que cumplen la función de ayudar a la familia y terapeuta a construir un plan de trabajo lo que nos servirá de indicador para conocer cuando nos encontremos en el estado que el paciente considera deseable y a partir de estas metas planteadas por la familia se buscan estrategias bajo la técnica específica que el paciente necesite.
- Pregunta del milagro: Es la técnica más utilizada para realizar una proyección al futuro, y uno de los principales componentes de la terapia centrada en soluciones.
- Preguntas hipotéticas: Serán preguntas que muestren panoramas al paciente con la intención de conocer que de esto le hace sentido y tiene algún significado importante para él.
- Preguntas para medir: La terapia centrada en soluciones ofrece la técnica de pregunta en escala, nos sirve para “medir” la gravedad del problema obteniendo información complementaria para establecer la línea base del problema, así como disponer de un elemento más con el que evaluar el resultado de la terapia.
- Preguntas para ampliar excepciones: Servirán para encontrar más situaciones que el paciente ya esté realizando o que le hayan funcionado en algún momento de su vida con relación a la situación que se esté trabajando bajo el tratamiento terapéutico.

### **1.8 Instrumento de evaluación: Cédula de autolesiones**

La cédula de autolesiones consta de 63 ítems de respuestas dicotómica sí-no, 4 preguntas de opción múltiple y 2 con respuesta abierta. Busca la prevalencia de la autolesión tenga o no un intento suicida a 1, 6 y 12 meses a lo largo de la vida. Explora el método, la topografía, componente adictivo y los motivos que desencadenan y atenúan las autolesiones, así como la edad de inicio de la conducta autolesiva. El instrumento fue diseñado basándose en los criterios del manual diagnóstico y

estadístico de los trastornos mentales (DSM-5) para las autolesiones no suicidas. También explora la intencionalidad suicida que se tiene en el presente y la que se tuvo en el pasado (Albores-Gallo et al. 2014).

## Capítulo II: Conducta Antisocial

### 2.1 Definición

La conducta antisocial se refiere a la violación de los derechos de los demás y a las normas sociales apropiadas a la edad que rigen la vida colectiva; implica infringir reglas y expectativas sociales. Así mismo, una conducta antisocial causa un perjuicio al entorno, donde se incluye el lastimar a otros, a sus posesiones o propiedades (De la Peña, 2010).

Conocido también como un trastorno antisocial de la personalidad (TAP), un patrón general de desconocimiento de los derechos de los demás, tiene antecedentes en la infancia y la adolescencia y en la edad adulta se asocia con una serie de negativos resultados de la vida (American Psychiatric Association, [APA], 2014).

Para explicar las conductas antisociales se parte del concepto general de desviación que apunta a la violación de normas sociales, las cuales, por un lado, señalan a un comportamiento mayoritario, normal y/o frecuente dentro de un sistema sociocultural particular, y por el otro, refiere a lo apropiado y permitido desde la evaluación social dentro del relativismo cultural y situacional (De la Peña, 2010).

Se utiliza el termino de Delincuencia Juvenil el cual está relacionado con la conducta antisocial, para aquellos comportamientos que van a requerir atención directamente relacionado con el mundo del derecho y la justicia, aquí entran en juego términos jurídicos como delincuente, delito y criminalidad. La delincuencia implica un fenómeno social, donde se incluyen una amplia variedad de conductas que son ilegales para la edad de los jóvenes (Martínez, 2015).

Por otro lado, se encuentra el concepto de anomia social. Durkheim lo desarrolló como una falta de normas que forma parte de las características de la estructura social por los cambios bruscos que impiden fijar límites (Alvarado & Cruz, 2004).

## **2.2 Etiologías de la conducta antisocial**

Existen diversas teorías que explican desde su perspectiva el comportamiento de las conductas antisociales, éstas son abordadas desde la herencia, genética, sociológicas y de aprendizaje.

### **2.2.1 Perspectiva clínica**

Fue en 1835 cuando se hicieron los primeros intentos por describir a la personalidad antisocial llamándola “locura moral” (Pritchard, 1835; Chávez-León, 2002, como se citó en Alvarado & Cruz, 2004). Para la psicopatología existen trastornos relacionados con la conducta antisocial, dentro de los que destacan el trastorno disocial, el negativista - desafiante como parte de los comportamientos anti normativos y el trastorno antisocial de la personalidad, los cuales perjudican significativamente las actividades sociales, académicas y laborales de la persona.

El trastorno disocial incluye actos como el robo, agresión, empleo de armas, daño a la propiedad y conductas que trasgreden las normas asignadas por padres y profesores; el negativista - desafiante considera, entre otros, a la persistencia de discusiones con adultos y el mostrarse iracundo, colérico y vengativo; mientras que el trastorno antisocial de la personalidad se caracteriza por la violación de los derechos de los demás, el fracaso en la adaptación a normas sociales y legales, manifestaciones de irritabilidad, agresión y peleas físicas, principalmente (De la Peña, 2010).

## 2.2.2 Teorías de las conductas antisociales

Para determinar la génesis de la conducta antisocial se estudia al sujeto como ente *biopsicosocial*, en el cual debe determinarse los factores criminógenos. Que son exógenos y endógenos. Dentro de los endógenos se encuentran los factores biológicos, estos engloban los de carácter interno, pero a nivel fisiológico y anatómico, no tanto psicológico (no se puede descartar su influencia). Ciertas enfermedades hereditarias o adquiridas provocan un comportamiento violento o agresivo, así como conductas híper (que aceleran), como ejemplo un mal funcionamiento de la glándula tiroidea (Hikal, 2011).

Los defensores de estas teorías tratan de explicar el comportamiento criminal en función de anomalías o disfunciones orgánicas, en la creencia de que son factores endógenos o internos del individuo, los que al concurrir en algunas personas les llevan a una predisposición congénita para la comisión de actos antisociales o delictivos. Del estudio de los rasgos biológicos o del estudio psicológico de la personalidad criminal tratan de obtener aquellos factores que predisponen a algunas personas al delito (Vázquez, 2003).

## 2.2.3 Teorías del aprendizaje

Albert Bandura, el principal exponente de la **teoría del aprendizaje social**, explica la conducta humana en los siguientes términos: consiste en “una interacción recíproca y continua entre los determinantes cognoscitivos, los comportamentales y los ambientales”, subrayando el decisivo papel que desempeñan las variables sociales para explicar el desarrollo y modificación de la conducta humana, así como la formación de la personalidad individual. (Bandura & Walters, 1987 como se citó en Vázquez, 2003).

El enfoque socio comportamental, también llamado: imitación, modelamiento, aprendizaje vicario, aprendizaje por observación o aprendizaje social (A.S), puede

definirse como aquel aprendizaje de un acto después de haber visto a un sujeto modelo hacerlo (Thorndike, 1911; Zamora, López & Cabrera, 2001 como se citó en Hernández et al. s/f). Aunque la observación no es la única forma de reproducir conductas. El A.S. puede transmitir información olfativa, auditiva y visual, involucrando la forma del comportamiento. ¿El observador puede aprender por medio de los sentidos; por ese motivo el A.S. no es exclusivamente observacional.

Existen dos principales teorías del aprendizaje por imitación, por un lado, Miller y Dollard con la teoría del aprendizaje vicario operante, los cuales indican que además de imitar la conducta de un modelo, éste otorga un reforzador. Por el otro lado el A.S. de Bandura donde las conductas son imitadas, pero no se reducen las consecuencias, sino que también habla de factores internos (psicológicos) y externos (sociales) (Chance, 2012 como se citó en Hernández et al. s/f).

Para comprender las alteraciones del comportamiento, parten de examinar con cuidado el proceso por el que se alcanza la socialización de la conducta y seleccionar las dimensiones o variables de la conducta infantil que parezcan tener importancia en el proceso de socialización (Vázquez, 2003). Del mismo modo intentan explicar la conducta desviada desde los principios del aprendizaje social, incidiendo en tres aspectos, sustanciales:

- 1) Las características de comportamiento de los modelos sociales, a los que el niño ha estado expuesto (aprendizaje por observación o imitación)
- 2) Las contingencias de refuerzo de su historia de aprendizaje y
- 3) Los métodos de instrucción que se han utilizado para desarrollar y modificar su conducta social.

## 2.2.4 Teoría de Asociación Diferencial

Sütherland, (1947, como se citó en De la Peña, 2010), considera que se puede llegar a ser delincuente según el ambiente en que uno se haya desarrollado. Su teoría de la asociación diferencial, llamada también de los contactos diferenciales, postula que el comportamiento desviado o delincuencial, al igual que el comportamiento normal o social, es aprendido. Las personas al vivir en sociedad se relacionan continuamente con otras personas, pudiendo convivir y relacionarse más a menudo con personas favorables a la ley o, por el contrario, con personas que violan y fomentan la violación de la misma. De acuerdo con Sütherland, un joven se volvería delincuente o tendría más posibilidades de serlo cuando las actitudes positivas frente al comportamiento desviado superan cuantitativamente a los juicios negativos hacia el mismo, es decir, cuando haya aprendido más a violar la ley que a respetarla. La teoría de la asociación diferencial propone el aprendizaje de la conducta criminal en interacción con otras personas mediante un proceso de comunicación. Al pasar los jóvenes la mayor parte del tiempo con su gente íntima aprenderán progresivamente a ser delincuentes a través de la intercomunicación. El aprendizaje del comportamiento criminal implicaría no sólo técnicas para la realización del mismo, sino la modulación de motivos, impulsos, razones y actitudes.

En síntesis, para este autor, la asociación diferencial con grupos antisociales o no antisociales, sería la única posible explicación del comportamiento criminal. Obviamente, esto es muy criticable por su marcado carácter reduccionista, y así el propio Sütherland señaló posteriormente que su teoría incumplía, entre otras cuestiones, algunas consideraciones de oportunidad para cometer actos delictivos (Binder, Geis & Bruce, 2001 como se citó en De la Peña, 2010).

### **2.2.5 Teoría de la Acción Razonada**

De ella se deriva el concepto de la percepción de normas sociales. Considera a las consecuencias negativas y positivas que pueden tener las creencias y acciones más allá de los impulsos y motivos inconscientes, de manera que el cambio en una creencia puede suscitar un cambio de conducta (Fishbein & Ajzen, 2005 como se citó en González, 2013).

### **2.2.6 Teoría Ecológica**

Parte de la idea que la ciudad produce delincuencia. En el seno de la gran urbe, existen zonas o áreas muy definidas donde este se concentra. Explica el efecto criminógeno de la gran ciudad acudiendo a los conceptos de desorganización y contagio inherentes a los modernos núcleos urbanos y, sobre todo, invocando al debilitamiento del control social que en estos tiene lugar. El deterioro de los grupos primarios (familia), la modificación cualitativa de las relaciones interpersonales que se tornan superficiales, la alta movilidad y consiguiente pérdida de arraigo al lugar de residencia, la crisis de los valores tradicionales y familiares, la superpoblación, la tentadora proximidad a las áreas comerciales e industriales donde se acumula riqueza y el mencionado debilitamiento del control social crean un medio desorganizado y criminógeno (García-Pablos, 2001, como se citó en López, 2012).

El paradigma cultural contextual, y fundamentalmente el enfoque ecológico de Bronfenbrenner, ofrece una de las bases más importantes en las que se asienta la psicología evolutiva actualmente. Y no sólo esta materia, sino también es referente en otras áreas de conocimiento como son la sociología y las ciencias políticas, es decir; el entorno, la persona, los niveles ecológicos y cómo investigar desde una “posición ecológica”. De esta manera, se puede seccionar este concepto en cuatro partes, que expresan cuatro supuestos (Cortés, 2002):

1. La relación entre el individuo y el ambiente: Acomodación mutua entre un ser humano activo, en desarrollo, y las propiedades cambiantes de los entornos.
2. La definición de persona: La persona en desarrollo.
3. La creación de un modelo ecológico de niveles contextuales: Afectado por las relaciones que se establecen entre estos entornos y por los contextos más grandes en los que están incluidos los entornos.
4. La investigación ecológica: El estudio científico.
5. Para Bronfenbrenner, el ambiente o el contexto es como un juego de muñecas rusas (referente lúdico que utiliza totalmente asociado a su cultura soviética), en el que cada estructura o nivel ecológico se relaciona con el otro. Estas estructuras son el microsistema, el mesosistema, el exosistema y el macrosistema. En la explicación de cada una de ellas, es inevitable la alusión de las otras tres.

**Macrosistema:** “se refiere a las correspondencias, en forma y contenido, de los sistemas de menor orden (micro, meso y exo) que existen o podrían existir, al nivel de la subcultura o de la cultura en su totalidad, junto con cualquier sistema de creencias o ideología que sustente estas correspondencias”.

**Microsistema:** “patrón de actividades, roles y relaciones interpersonales que la persona en desarrollo experimenta en un entorno determinado, con características físicas y materiales particulares”.

**Mesosistema:** “conjunto de interrelaciones de dos o más entornos en los que la persona en desarrollo participa activamente.”

**Exosistema:** “uno o dos entornos que no incluyen a la persona en desarrollo como participante activo, pero en los cuáles se producen hechos que afectan a lo que ocurre en el entorno que comprende a la persona en desarrollo, o que se ven afectados por lo que ocurre en ese entorno”

## **2.3 Tipo de conducta antisocial**

Existen algunos conceptos clínicos referentes a la conducta social que nos dan una visión más amplia del impacto que pueden tener estos en el entorno del adolescente escolarizado.

### **2.3.1 Trastorno de la personalidad límite**

Como antecedente para comprender el impacto que tiene este tipo de conductas en la sociedad y como estas han impactado en la interacción social, podemos mencionar la importante aportación que Émile Durkheim, (1998, como se citó en López, 2009), uno de los teóricos cuyos postulados tuvieron mayor relevancia en este sentido, sostiene que la sociedad es la encargada de integrar a los individuos que la forman y de regular sus conductas a partir del establecimiento de normas. El autor sostiene que, si la sociedad cumple adecuadamente, tanto la colectividad como cada uno de sus miembros, lograrán un orden estable que les permita desarrollarse plenamente. Cuando esto no ocurre, y la sociedad cae en una situación de anomia, pierde su fuerza para regular e integrar a los individuos, pudiendo producirse consecuencias adversas tales como el suicidio estudiado por Durkheim.

La anomia se refiere a la ausencia de un cuerpo de normas que gobiernen las relaciones entre las diversas funciones sociales que cada vez se tornan más variadas debido a la división del trabajo y la especialización, características de la modernidad. Dado que la transformación ha sido rápida y profunda, la sociedad se encuentra atravesando por una crisis transicional debida a que los patrones tradicionales de organización y reglamentación han quedado atrás y no ha habido tiempo suficiente

para que surjan otros acuerdos con las nuevas necesidades. Como consecuencia de ello, se ha producido una situación de competencia sin regulación, lucha de clases, trabajo rutinario y degradante, entre otros, en el que los participantes no tienen clara cuál es su función social y en la que no hay un límite claro, un conjunto de reglas que definan qué es lo legítimo y lo justo. Para Durkheim, la anomia no es más que una etapa, producto de las rápidas transformaciones. Etapa que, eventualmente, será superada a través de la creación de corporaciones o grupos profesionales en las que los individuos podrán reunirse a partir de la comunidad de intereses, con el establecimiento de reglas. Es decir, se constituirá la unidad en la diversidad, y de esta forma será posible reorganizar una sociedad que para Durkheim se encuentra desorganizada y fragmentada.

Con este preámbulo podemos entender mejor los criterios que son sugeridos por la APA, para distinguir un **trastorno de personalidad límite** en donde se distingue por una inestabilidad de las relaciones interpersonales, de la autoimagen y de los afectos, e impulsividad intensa, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos, y que se manifiesta por cinco (o más) de los hechos siguientes (APA,2014):

1. Esfuerzos desesperados para evitar el desamparo real o imaginado.

(Nota: No incluir el comportamiento suicida ni de automutilación que figuran en el Criterio 5.)

2. Patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas que se caracteriza por una alternancia entre los extremos de idealización y de devaluación.

3. Alteración de la identidad: inestabilidad intensa y persistente de la autoimagen y del sentido del yo.

4. Impulsividad en dos o más áreas que son potencialmente auto lesivas (p. ej., gastos, sexo, drogas, conducción temeraria, atracones alimentarios). (**Nota:** No incluir el comportamiento suicida ni de automutilación que figuran en el Criterio
5. Comportamiento, actitud o amenazas recurrentes de suicidio, o comportamiento de automutilación.
6. Inestabilidad afectiva debida a una reactividad notable del estado de ánimo (p. ej., episodios intensos de disforia, irritabilidad o ansiedad que generalmente duran unas horas y, rara vez, más de unos días).
7. Sensación crónica de vacío.
8. Enfado inapropiado e intenso, o dificultad para controlar la ira (p. ej., exhibición frecuente de genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes).
9. Ideas paranoides transitorias relacionadas con el estrés o síntomas disociativos graves.

## **2.4 Tratamiento psicológico para conducta antisocial**

### *2.4.1 Tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos de personalidad*

La terapia de conducta ha estado centrada fundamentalmente en los trastornos del eje 1. De los trastornos de personalidad se ha ocupado fundamentalmente el psicoanálisis, que ha hecho propuestas sobre el origen y tratamiento de este tipo de problemas.

El progresivo acercamiento de la terapia de conducta a los trastornos de personalidad en la década de los 90 (Beck & Freeman, 1995 como se citó en Echeburúa, 1999). Los tratamientos de estos problemas han predominado los enfoques más cognitivos de la terapia de conducta, en concreto, los diferentes puntos en común de las diferentes

terapias cognitivas son los siguientes (Wessler, 1993 como se citó en Echeburúa, 1999).

- Inclusión de procesos no conscientes. No se trata de aceptar el inconsciente freudiano, pero si procesos encubiertos que operan habitualmente fuera de nuestra conciencia, como las cogniciones (Beck), los esquemas (Young) y las reglas personales.
- Énfasis en los procesos interpersonales (Safran)
- Interés por los procesos emocionales (Wessler), que actúan en interdependencia con la cognición, como se ha puesto de relieve en las propuestas terapéuticas de Safran, Young y Wessler.
- Importancia de la relación terapéutica. En la terapia cognitiva de Beck se trataba de una serie de técnicas para examinar y corregir los pensamientos, en donde la relación terapeuta-paciente era secundaria. En estas terapias, por el contrario, la tarea del terapeuta es fundamental, encontrar evidencia a partir de la cual inferir procesos y contenidos no conscientes, atender a la conducta interpersonal que tiene lugar dentro de la sesión y provocar experiencias emocionales (Echeburúa, 1999).

#### *2.4.2 Técnicas terapéuticas utilizadas en los trastornos específicos de personalidad trastorno antisocial.*

- Entrenamiento en conductas prosociales:

Se trata de una secuencia de procedimientos que tienen como objetivo promover el desarrollo o aumento de las habilidades para responder adecuadamente a situaciones interpersonales específicas. Este entrenamiento parte de dos premisas: a) la comprensión de las conductas agresivas, como productos de la falta de habilidades para negociar competentemente en situaciones de conflicto y b) la influencia de los iguales. Se utilizan como estrategias específicas: instrucciones, modelado, role playing o ensayo conductual, discusión, retroalimentación y asesoramiento. Se ha utilizado

con eficacia en adolescentes delincuentes, como lo muestra el informe de casos presentado por Elder, Edelstein y Narick (1979). Estos autores aplicaron el entrenamiento en los contextos específicos en los cuales los sujetos habían presentado la conducta violenta. Los resultados mostraron mejoría en las habilidades entrenadas, así como en la conducta social general (González & Carrasco, 2006).

- Estrategias de control de la ira y de los impulsos:

Es una intervención destinada a lograr la autorregulación de la conducta mediante autoobservación, autoinstrucciones, autorreforzamiento y estrategias de autorregulación de la activación fisiológica. Esto último, a través del entrenamiento en técnicas de respiración y relajación. En este entrenamiento se enseña al sujeto a atender y percibir correctamente las claves fisiológicas que indican el comienzo de la ira y la agresividad. (González & Carrasco, 2006).

- Entrenamiento en solución de problemas:

Este entrenamiento pretende fortalecer las habilidades para solucionar problemas interpersonales y evitar conflictos y el consecuente riesgo de conductas violentas. Se suele realizar en intervenciones breves, entre 6 y 12 sesiones (Nangle, Erdley & Carpenter, 2002). La intervención pionera se aplicó a niños preescolares (Spivack & Shure, 1974) y posteriormente ha sido adaptada a otros rangos de edad. Dentro de este entrenamiento se incluyen estrategias específicas, tales como entrenamiento en auto-dirección de la atención a ciertos aspectos de la tarea o situación; modelado y reforzamiento de conductas prosociales como respuesta a las situaciones. En este tipo de intervenciones, el terapeuta tiene un rol activo modelando los procesos cognitivos, haciendo manifestaciones verbales, dando feedback, etc. (González & Carrasco, 2006).

## **2.5 Instrumento de medición: Cuestionario de conducta antisocial delictiva**

El cuestionario de A-D evalúa la conducta antisocial, fue desarrollada por Seisdodos en 1988. Con una adaptación a la población mexicana por Seisdodos y Sánchez (2001). La escala evalúa los aspectos antisociales y delictivos de la conducta desviada en niños y adolescentes específicamente. Los jóvenes contestaron si han realizado alguna vez el comportamiento particular SI= 1 NO= 0 (PUNTOS), de un total de 40 reactivos ubicados en dos partes, 20 elementos en la escala A (conducta antisocial) y 20 en la escala D (conducta delictiva). Se espera que se definan las cuatro áreas de evaluación del trastorno disocial (agresión a personas y animales, destrucción de la propiedad, fraudulencia o robo y violaciones graves de normas) y un factor adicional de abandono escolar en función del diseño, valores de consistencia interna altos ( $\alpha \geq .70$ ) y correlaciones de moderadas a altas con el criterio (conducta antisocial y delictiva), es decir, mayores a .50.



## Capítulo III: Conducta Delictiva

### 3.1 Definición

La conducta delictiva o la delincuencia se refiere a actos cometidos por personas más jóvenes que su edad legal (Erickson, 1992 como se citó en Gaeta 2011). Estas desviaciones de la conducta comprenden actos legalmente definidos como delictivos, tales como violencia, robo o vandalismo, hasta una variedad de conductas no delictuosas, como agresión, peleas, prepotencia y, en general un quebrantamiento serio de las normas en el hogar y en la escuela (Kazdin, 1988; Erickson, 1992, como se citó en Gaeta 2011).

### 3.2 Teorías

Diversas teorías han buscado entender y explicar las implicaciones psicoemocionales y sociales que tiene la conducta delictiva en los seres humanos especialmente en los adolescentes por ser una etapa de transición, a continuación, se abordan algunas de las teorías que mayor fuerza han tenido dentro de la investigación.

#### 3.2.1 Teoría basada en la biofisiología

Asumiendo, que los procesos biológicos median en el comportamiento antisocial y pro social del individuo, se sostiene que en la tendencia antisocial entendida como un síntoma y no una propiedad de ninguna patología ni estructura clínica en especial Winnicott utiliza la idea de síntoma a modo descriptivo de una anomalía, como que algo diferente ocurrió en un momento del desarrollo físico o emocional de un niño normal en esto convergen factores psicobiológicos como el nivel de *arousal* (excitación) o el cortisol hormona esteroidea que se libera como respuesta al estrés así como el impacto que tienen las hormonas sexuales en cada adolescente. Adicionalmente, se postula que el hipotálamo (centro nervioso regulador de conductas básicas de supervivencia, como la conducta antisocial) y la glándula pituitaria (productora de hormonas como la testosterona) desempeñan una función relevante en el control y producción del comportamiento. De acuerdo con la sociobiología, la conducta delictiva es producto de la combinación entre el código genético y cerebral y

el ambiente; por lo que, no es innata, sino que requiere de un aprendizaje (Jeffrey, 1978 como se citó en Vázquez, Fariña & Arce 2012).

Por su parte, el modelo neuropsicológico contempla la existencia de una relación directa entre el funcionamiento de las estructuras neurofisiológicas y el funcionamiento psicológico; en concreto, la literatura advierte de una relación entre el hipotálamo, la motivación y la emoción, resaltando la influencia de las estructuras cerebrales (las límbicas del cerebro anterior, la amígdala y el septum) en la manifestación de la conducta delictiva.

### **3.2.2 Teorías basadas en el razonamiento cognitivo y emocional**

Según la teoría cognitivo-conductual el modo cómo una persona piensa, percibe, analiza y valora la realidad influye en su ajuste emocional y conductual, así la literatura relaciona el comportamiento antisocial con estructuras cognitivas distorsionadas o pro delictivas (Herrero, 2005; Langton, 2007 como se citó en Vázquez, Fariña & Arce 2012). en tanto que éstas precipitan, alimentan, amparan o excusan las actividades delictivas (Redondo, 2008). Estas distorsiones pueden hacer que cada sujeto, para justificar su comportamiento antisocial, describa el delito desde su propia perspectiva, llegando incluso éstas, en casos como el delincuente sexual, a funcionar como «teorías implícitas», explicativas y predictivas del comportamiento, hábitos y deseos de las víctimas (Ward, 2000 en Vázquez, Fariña & Arce 2012). Estos pensamientos, en ocasiones, aparecen de forma automática, siendo resultado de los aprendizajes acumulados a lo largo de la vida (Beck, 2000; White, 2000 como se citó en Vázquez, Fariña & Arce 2012).

### 3.2.3 La teoría de la personalidad de Eysenck

Plantea que la conducta delictiva es producto de la influencia de las variables ambientales sobre los individuos con determinadas predisposiciones genéticas. Esto es, la conducta delictiva se explica por medio de procesos psicofisiológicos, como la emotividad, la excitación y el condicionamiento, que originan un determinado tipo de personalidad, el cual incide en la tendencia conductual del individuo ante determinadas situaciones (Garrido, 2005 como se citó en Vázquez, Fariña & Arce 2012).

Esta teoría postula tres dimensiones temperamentales de la personalidad:

a) Extroversión - introversión, b) neuroticismo - estabilidad emocional y c) psicoticismo (Redondo & Andrés - Pueyo, 2007 como se citó en Vázquez, Fariña & Arce 2012). Estas dimensiones son continuas y varían entre los individuos, predominando, en la mayoría de las personas, las puntuaciones intermedias entre los extremos. Estos rasgos de personalidad son generalizables, es decir, las personas que actúan de forma extrovertida o introvertida en una situación determinada tienden a comportarse de esa forma en otros contextos. En este caso, la extroversión aparece como una dimensión de la personalidad relacionada con una serie de rasgos diferentes, como la sociabilidad, la impulsividad, la actividad, la vivacidad y la excitabilidad; mientras que la introversión se encuentra asociada a rasgos como la timidez y la tranquilidad.

Por tanto, la dimensión extroversión, en contraposición con la introversión, refleja el grado en que una persona es sociable y participativa al relacionarse con otros sujetos. Por otra parte, el neuroticismo está vinculado a rasgos como baja tolerancia a la frustración y alta hipersensibilidad, ansiedad e inquietud. A este respecto, Eysenck y Ranchman (1965 en Vázquez, Fariña & Arce 2012) observaron que en un polo se sitúan las personas cuyas emociones son inestables, intensas y que se exaltan con facilidad, mostrándose, además, malhumoradas, susceptibles, ansiosas e intranquilas (neuroticismo); en el otro extremo están los sujetos cuyas emociones son estables, excitables con menos facilidad, calmadas, ecuanímes, despreocupadas y confiadas

(estabilidad). Concretamente, la dimensión neuroticismo-estabilidad emocional se refiere a la adaptación del individuo al ambiente y a la estabilidad de su conducta a través del tiempo.

Como se menciona en el texto de *Prevención de la Delincuencia Juvenil*. El carácter de los actos antisociales de adolescentes sigue tendencias similares en el mundo, por lo que éstos pueden agruparse de la siguiente manera. (Vanderschueren, 2004).

### **3.3 Predominio de los atentados contra los bienes**

Si se tiene en cuenta sólo las faltas aparentes, es decir, los que se dan a conocer, al menos dos tercios de las infracciones de menores corresponden con las diferencias propias a cada país a atentados contra los bienes. En segundo lugar, se ubican las actividades que dañan a las personas (alrededor del 10 a 20%) y luego, en menor grado, los delitos ligados al tráfico de estupefacientes o que atentan a las buenas costumbres o al orden público (Vandershueren & Lunecke, 2004).

#### **3.3.1 Trafico de drogas y abuso sexual**

El tráfico de drogas presenta diferentes niveles: el del crimen organizado que es muy rentable; el de los vendedores organizados a nivel de barrios que ejercen control en su sector, y el de los pequeños (*dealers*) o traficantes regulares u ocasionales (Vandershueren & Lunecke, 2004). El consumo o el abuso de droga es el problema más serio de los adolescentes. Se sabe que mientras más tardía sea para los adolescentes la primera experiencia de consumo de droga, más baja será la probabilidad de drogadicción en edad adulta. La entrada de adolescentes en el tráfico y el abuso de la droga ilícita son facilitados por una doble percepción. Primero, la opinión abundantemente difundida entre los adolescentes del carácter inocuo de las drogas ilícitas llamadas «blandas», esencialmente el *cannabis* y sus derivados. (Vandershueren & Lunecke, 2004).

Existe, sin embargo, otro tipo de conductas que atentan contra su salud como lo es el acoso sexual, que se manifiesta entre los adolescentes desde las primeras etapas del flirteo, particularmente entre los que han sido víctimas o testigos de la violencia en la familia. (Vandershueren & Lunecke, 2004).

### **3.4 Principales motivaciones de adolescentes delincuentes**

Como menciona Vandershueren y Lunecke, (2004), las razones que empujan a los adolescentes hacia los comportamientos antisociales o delictuales son múltiples y pueden comprender:

- La voluntad de apropiarse de bienes, dinero o servicios.
- El placer (por ejemplo, droga) o la gratificación sexual.
- La curiosidad (probar la droga), alcanzar un nivel de excitación o quebrar el aburrimiento.
- Desarrollar la autoafirmación, conseguir la aprobación de los pares, la admiración, un estatus popular.
- Atraer la atención.
- Afirmar el poder del “macho”, la valentía.
- Reducir la tensión generada por la rabia, la frustración o la ansiedad (ataque a las personas).
- Huir de una situación desagradable (el riesgo de ser arrestado).
- El sadismo o la dominación sobre otra persona.
- La venganza

### 3.5 Prevalencia

En México, las conductas antisociales y en especial la delictiva, se registran por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), el cual, en 2010, contabilizó a 13.517 jóvenes de 18 a 19 años de edad que fueron procesados en los juzgados de primera instancia del fuero común (sin tomar en cuenta el fuero federal ni a menores de 18 años); de éstos, 10.640 fueron sentenciados. Los delitos más comunes fueron: robo (8.239), abuso sexual (3.265), despojo (3.121), robo de vehículo (3.034), allanamiento de domicilio (2.026) golpes y lesiones (1.759), secuestro (803), homicidio (464) y violación (285) (Bautista & Vera, 2015).

El INEGI presenta la séptima edición de la Encuesta Nacional de Victimización y Percepción de la Seguridad Pública (ENVIPE) 2017. El propósito de esta encuesta es generar información a nivel nacional, por entidad federativa y áreas metropolitanas de interés, sobre el fenómeno de la victimización delictiva durante 2016, así como la percepción social respecto de la seguridad pública y el desempeño de las autoridades en el período marzo-abril de 2017. Esto, con el fin de proveer información al público en general y generar elementos para la toma de decisiones de política pública en estas materias. La ENVIPE estima 24.2 millones<sup>1</sup> de víctimas<sup>2</sup> de 18 años y más, lo cual representa una tasa de prevalencia delictiva de 28,788 víctimas por cada cien mil habitantes durante 2016, cifra estadísticamente equivalente a las estimadas de 2013 a 2015. (INEGI, 2017).

En 2016, el costo total a consecuencia de la inseguridad y el delito en hogares representó un monto de 229.1 mil millones de pesos, es decir, 1.1% del PIB. Lo cual equivale a un promedio de 5,647 pesos por persona afectada por la inseguridad y el delito. La tasa de víctimas por cada 100,000 habitantes es uno de los principales indicadores que se genera con las encuestas de victimización y que se conoce también como Prevalencia Delictiva, hidalgo registro en el año 2015, 19 245 víctimas, para el año 2016, se registraron 20 027 víctimas (INEGI, 2017).

### 3.6 Tratamiento psicológico para conducta delictiva

Existe una gran diversidad de técnicas y estrategias provenientes de los diferentes marcos teóricos, cuyo objetivo es reducir la agresividad. Normalmente estas técnicas se dan en compañía unas de otras, formando intervenciones multimodales (González & Carrasco, 2006).

#### *Estrategias y Técnicas derivadas de los diferentes modelos teóricos*

Modelos psicodinámicos	Terapia del entorno; Psicoterapia, Catarsis
Modelos conductuales	Modelado conductual; Economía de fichas o Programa de puntos; Coste de respuesta; Tiempo fuera; Ensayo Conductual; Establecimiento de contrato; Relajación, <i>BioFeedback</i> (biorretroalimentación) y Autoobservación de <i>arousal</i> (excitación) de ira; exposición.
Modelos cognitivo-conductuales	Auto-instrucciones: Habilidades de afrontamiento, Autocontrol y control emocional; Educación afectiva; Entrenamiento en habilidades sociales; Aumento de autoestima; Aumento de autoeficacia; Desarrollo de asertividad; Inoculación de estrés; Role-playing; Relajación; Habilidades en solución de problemas sociales.
Modelos cognitivos	Entrenamiento atribucional; Reestructuración cognitiva; Resolución de problemas;

	Razonamiento ético; Adopción de perspectiva
Modelos de aprendizaje social	Grupo de pares; Modelado de conductas alternativas; Desarrollo habilidades prosociales
Modelos sistémicos	Terapia familiar sistémica, comunicación
Modelos cognitivos-sociales	Resolución de problemas interpersonales; Resolución de conflictos; Discusión de dilemas; cognitivo-sociales Juego cooperativo; Ayuda entre iguales y apoyo social; Desarrollo de autoeficacia en respuestas asertivas vs agresivas; Entrenamiento atribucional sobre claves sociales; Habilidades prosociales

Los programas de tratamiento multimodales que utilizan todos los recursos médicos, familiares y comunitarios disponibles, son aquellos que proporcionan los mejores resultados para controlar la conducta. Estos deben abarcar diferentes áreas de relación con las personas. A continuación, se enumeran las áreas de relación y algunas de las estrategias que se pueden promover (Vásquez, Fera, Palacios & De la Peña, 2010).

**Relación con el médico:**

- Asistir continuamente a las consultas programadas.
- Acudir acompañado de adulto responsable.

- Tomar puntualmente los medicamentos prescritos, en los casos más graves el medico deberá proponer el uso de psicofármacos para evitar el auto daño o el daño a los demás.

### **Relación con pares y compañeros:**

- Contribuir a disminuir el alto involucramiento con pares conflictivos y promover el involucramiento con pares pro - sociales (que ayuden a otros)
- Enriquecer las habilidades sociales participante en actividades culturales y deportivas.
- Promover mejores relaciones escolares (con alumnos y profesores).
- Proponer estrategias para mejorar el desempeño académico del adolescente, (horarios de estudio, taller de tareas, clases extraescolares).
- Evitar deserción escolar.
- Fomentar el compromiso hacia la educación.
- Fortalecer la estructura escolar (uso de tutorías dentro de la escuela) para mejorar la calidad académica.

### **Relaciones en la comunidad:**

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

Tal vez el programa cognitivo conductual más completo hasta el momento lo constituya el programa de competencias psicosocial o pensamiento prosocial (Ross, Fabiano, Garrido y Gómez, 1996; Garrido & López, 2005 como se citó en López, 2008).

Considera que para un buen ajuste social es necesario saber enfrentarse con éxito a las situaciones problemáticas que puedan surgir en la interacción con otras personas; capacidad que va a depender no solo de la habilidad para ponerse en el lugar de los demás, sino también de otras habilidades específicas como saber reconocer los problemas potenciales en el trato con la gente generar soluciones alternativas, evaluar las consecuencias y ver la relación causa efecto entre las acciones propias y ajenas (Ross & Ross, 1995; Ross, Antonowicz & Dhaliwal, 1995 como se citó en López, 2008).

Aquí se pone el énfasis en el pensamiento, pero ha de verse que es el refuerzo por parte de la sociedad de las actitudes y conductas prosociales lo que verdaderamente consolida un proceso de rehabilitación social. El delito es demasiado complejo como para pensar que un único factor, por ejemplo, un razonamiento defectuoso, pudiera ser un concepto explicativo útil.

Los elementos fundamentales de este programa son los siguientes:

- Se evalúan los déficits cognitivos y de habilidades de interacción de los sujetos
- Se trabaja con grupos reducidos (de 8 a 12 personas), en sesiones de 1-2 horas, 1-5 veces por semana.
- Se aplican las siguientes técnicas estructuras: solución de problemas, entrenamiento en habilidades sociales, control emocional, razonamiento crítico, desarrollo de valores, habilidades de negociación y pensamiento creativo.

## Componentes del programa:

- Autocontrol: Se enseña a los niños a manejar sus emociones, siendo menos impulsivos
- Meta-cognición: Que el sujeto sea capaz de evaluar los procesos de pensamiento que influyen en sus acciones y a su vez pueda persuadirse de cual le es más benéfica.
- Habilidades sociales: Lograr desarrollar competencias que favorezcan la interacción con el medio ya sea lingüística, asertividad, reconocimiento emocional.
- Habilidades cognitivas de resolución de problemas interpersonales: Se enseña a que vivan en contacto con sus emociones para aprender a actuar ante ellas de forma asertiva.
- Pensamiento creativo o lateral: Ayudar a desarrollar nuevas ideas y conceptos, desarrollar su habilidad por formar nuevas combinaciones de ideas provenientes de una necesidad.
- Razonamiento crítico: Fomentar el análisis y evaluación de los razonamientos, en especial de aquello que socialmente se toma como verdadero.
- Mejora de los valores: Reforzar aquellos valores que se tengan aprendidos y centrarse en el significado que pudiera agregar valor a este aprendizaje.
- Manejo emocional: Enseñar a reconocer sus emociones para que así se tenga un manejo óptimo de las mismas.

### **3.7 Instrumento de medición: Cuestionario de conducta antisocial delictiva**

El cuestionario de A-D evalúa la conducta antisocial, fue desarrollada por Seisdedos en 1988. Con una adaptación a la población mexicana por Seisdedos y Sánchez (2001). La escala evalúa los aspectos antisociales y delictivos de la conducta desviada en niños y adolescentes específicamente. Los jóvenes contestaron si han realizado alguna vez el comportamiento particular SI= 1 NO= 0 (PUNTOS), de un total de 40 reactivos ubicados en dos partes, 20 elementos en la escala A (conducta antisocial) y 20 en la escala D (conducta delictiva). Se espera que se definan las cuatro áreas de evaluación del trastorno disocial (agresión a personas y animales, destrucción de la propiedad, fraudulencia o robo y violaciones graves de normas) y un factor adicional de abandono escolar en función del diseño, valores de consistencia interna altos ( $\alpha \geq .70$ ) y correlaciones de moderadas a altas con el criterio (conducta antisocial y delictiva), es decir, mayores a .50.

## **Capítulo IV: Método**

### **4.1 Objetivo general**

Determinar la relación que existe entre la conducta antisocial, la conducta delictiva y la frecuencia de las autolesiones no suicidas en adolescentes escolarizados de Hidalgo.

### **4.2 Objetivos específicos**

1. Determinar la frecuencia de la conducta antisocial, conducta delictiva y autolesiones en adolescentes escolarizados de Hidalgo por medio de pruebas psicométricas.
2. Determinar la relación que existe entre la frecuencia de conductas antisociales, la frecuencia de conducta delictiva y la frecuencia de autolesiones no suicidas en adolescentes escolarizados de Hidalgo.

### **4.3 Pregunta de investigación**

¿Cuál es la relación que existe entre la conducta antisocial, la conducta delictiva y la frecuencia de las autolesiones no suicidas, en adolescentes escolarizados de Hidalgo?

### **4.4 Hipótesis conceptuales**

Los adolescentes escolarizados que presentan conducta antisocial, conducta delictiva y/o autolesiones no suicidas tienen un mayor número de faltas disciplinarias indicándonos la agresividad latente existente por tener escasa adaptación al medio, reflejando la importante impulsividad que se lleva dentro.

### **4.5 Hipótesis Estadísticas**

H1 (SIN DIRECCIÓN): Sí existe relación estadísticamente significativa entre la conducta antisocial, conducta delictiva y las autolesiones no suicidas en adolescentes escolarizados de Hidalgo.

HO: No existe relación estadísticamente significativa entre la frecuencia de conducta antisocial, conducta delictiva y la frecuencia de las autolesiones no suicidas en adolescentes escolarizados de Hidalgo.

## 4.6 Justificación

La conducta antisocial, la conducta delictiva y las autolesiones no suicidas parecieran tener una raíz diferente, ya que pudiera sonar que la conducta delictiva es la más grave y para llegar a esto el adolescente debió haber pasado por muchas faltas contra la ley para poder relacionarse en este tipo de conducta, lo que no es totalmente así ya que el adolescente da señales de alerta desde mucho antes con pequeñas pero significativas acciones como la autolesión no suicida en cualquiera de sus modalidades (nula, moderada, severa) Cuando son estudiadas en el ambiente de los adolescentes escolarizados se puede observar la relación tan cercana que estas tres conductas tienen, como similitud se puede observar en ellas que las tres afectan la sana convivencia del adolescente, afecta su aprendizaje académico y social en virtud de lo aceptado por las normas, la agresión y autoagresión son uno de los principales factores que se encontraran en estas conductas.

El Instituto Nacional de Estadísticas de México (2013) reporta una mayor incidencia de delitos cometidos por adolescentes entre los 14 y 17 años, siendo menor en las mujeres que en los varones. 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. Las infracciones más comunes son los robos, participación en riñas, daños a objetos o propiedad ajena. Infracciones como el homicidio, la portación de armas prohibidas y el abuso sexual se presentan en menor índice; sin embargo, su tendencia de aparición ha aumentado en los últimos años, principalmente en las mujeres (Juárez, Villatoro, Gutiérrez, Fleiz y Medina – Mora, 2005 como se citó en Sánchez, Galicia & Robles, 2017). Con respecto a las autolesiones no suicidas como menciona Conacyt, 2018, cuando un joven no tiene las herramientas adecuadas para lidiar con sus emociones o con sus problemas cotidianos, puede recurrir a conductas destructivas. Las más conocidas son el abuso del alcohol o de las drogas, pero también puede utilizar una estrategia autodestructiva menos familiar: cortarse, quemarse y golpearse a sí mismo para escapar del dolor, tristeza, ira o culpa.

El adolescente escolarizado al mantenerse con conductas de este tipo puede llegar a perder su año académico, su relación familiar, la convivencia con sus amigos, y en situaciones más lamentables su vida. Por todo esto es importante entender el impacto que conductas de este tipo tienen en los adolescentes y poder trabajar en intervenciones específicas para la población o visualizar mejor la prevención primaria para los adolescentes escolarizados, generando oportunamente la concientización del impacto y consecuencias de sus acciones y no en función de si dañan a terceros, primero enseñarles el daño personal que se generan y trabajar con la percepción y como se están visualizando, así como enseñarles estrategias efectivas y sencillas para aprender a aceptar sus emociones y regularlas sin necesidad de agredirse o agredir a otros.

#### 4.7 Tipo de diseño y estudio

El tipo de diseño utilizado en esta investigación fue no experimental, ya que se realizó dentro del contexto natural de los adolescentes no se utilizaron estímulos para ninguna aplicación de pruebas ya que se buscaba analizar los resultados con posterioridad.

El estudio tuvo un alcance de tipo correlacional ya que tuvo el propósito de medir el grado de relación que existía entre las variables de estudio para así sustentar o refutar las hipótesis del estudio. Dándonos la oportunidad de observar la asociación de las variables.

#### 4.8 Variables

Conducta antisocial, conducta delictiva y autolesiones no suicidas.

Variable	Definición conceptual	Definición operacional
Conducta antisocial.	Se refiere a la violación de los derechos de los demás y a las normas sociales apropiadas a la edad que rigen la vida colectiva; implica infringir reglas y expectativas sociales. Asimismo, una conducta antisocial causa un perjuicio al entorno, donde se incluye el lastimar a otros, a sus posesiones o propiedades (De la Peña, 2010).	Se evaluará utilizando el cuestionario de A-D. De las preguntas 1 a la 20 (Seisdedos & Sánchez, 2001) evalúa los aspectos antisociales de la conducta desviada.

Conducta delictiva	La conducta delictiva o la delincuencia se refiere a actos cometidos por personas más jóvenes que su edad legal (Erickson, 1992 en Gaeta 2011). Estas desviaciones de la conducta comprenden actos legalmente definidos como delictivos, tales como violencia, robo o vandalismo, hasta una variedad de conductas no delictuosas, como agresión, peleas, prepotencia y, en general un quebrantamiento serio de las normas en el hogar y en la escuela (Kazdin, 1988; Erickson, 1992, en Gaeta 2011).	Se evaluará utilizando el cuestionario de A-D. De las preguntas 21 a la 40 (Seisdedos & Sánchez, 2001) evalúa los aspectos delictivos de la conducta desviada.
Autolesiones no suicidas.	Las autolesiones sin intención suicida se define como la destrucción tisular propositiva que el	Se evaluará utilizando la cédula de autolesión que se compone de 13 reactivos diseñados para detectar y medir

	individuo realiza a su propia piel o cuerpo sin la intención de morir (American Psychiatric Association, 2000 en Albores-Gallo et al.,2014)	temporalmente la autolesión no suicida (Tejeda, García, González Forteza & Andrade, 2012).
--	---	--



#### **4.9 Población**

Se contó con una población en su totalidad adolescentes entre 12 años y 16 años de edad, los cuales eran pertenecientes a la Secundaria General No. 2 de Pachuca, Hidalgo y a la Secundaria Rafael Ramírez Castañeda de San Agustín Tlaxiaca.

#### **4.10 Muestra**

La muestra fue seleccionada mediante un muestreo no probabilístico ya que no se efectuaron ningún tipo de normas probabilísticas, la muestra seleccionada se eligió por criterios acordados con las respectivas secundarias, participaron 264 adolescentes de la Secundaria General No 2 de Pachuca, Hidalgo y 233 adolescentes de la secundaria Rafael Ramírez Castañeda de San Agustín Tlaxiaca, Hidalgo en ambos casos seleccionados mediante un muestreo no probabilístico.

#### **4.11 Criterios de inclusión**

Se buscó que fueran alumnos de la secundaria general numero 2 turno vespertino o de la secundaria Rafael Ramírez Castañeda, que tuvieran un rango de edad entre los 12 años y 16 años de edad, mismos adolescentes escolarizados que aceptaron participar en el estudio, sabían leer y escribir y presentaron un nivel óptimo de comprensión lectora para poder entender los reactivos de las pruebas. En ambas secundarias los adolescentes eran alumnos ya inscritos en tiempo y forma al ciclo escolar.

#### **4.12 Procedimiento**

Se buscó obtener la aprobación de las autoridades correspondientes de la Secundaria General No.2 y una vez obtenida la autorización se dispuso a establecer los horarios y los días en los cuales se llevó a cabo la aplicación de los instrumentos. Tomando en cuenta los criterios de inclusión, se dio a la tarea de la selección de los participantes. La aplicación de pruebas se realizó a los grupos de 1º, 2º y 3º grado reuniéndolos con ellos respectivamente al grupo agendado por día, la aplicación consistió en aplicar las pruebas por grado y grupo logrando un total de 264 participantes. El procedimiento de aplicación fue de forma ordenada, aplicando en primer lugar a los grupos de primero,

continuando con segundo y por último tercero, al estar frente al grupo se les explicó la importancia de responder honestamente a cada ítem de las pruebas del cuestionario de A-D y la cédula de autolesión. Los datos obtenidos se capturaron en el programa estadístico SPSS 15.0, para poder analizar de manera óptima los resultados obtenidos.

En cuanto a la Secundaria Rafael Ramírez Castañeda se tuvo inicialmente contacto con una profesora de la misma secundaria la que acordó una cita con el director de la secundaria el profesor Jorge Camargo Pérez con quien se tuvo la oportunidad de platicar y explicar la intención de la investigación, se le mostraron los dos instrumentos a aplicar y las preguntas sociodemográficas, una vez autorizado por el director nos condujo a hablar con la subdirectora para que pudiera entregarnos una hoja con los horarios de los alumnos de 2° grado matutino. Una vez acordado con ella las materias en las que podíamos pedir las horas a los profesores los llamo para presentarnos oficialmente y así poder presentarnos directamente en el aula de clases, a partir de este día se trabajó durante un mes completo una hora era para aplicar las pruebas de la investigación por lo que la aplicación se realizó de la misma forma que en la primera secundaria, aplicación por grupo. En otra sesión nos fue solicitado dar una plática sobre los valores universales a los adolescentes.

Al finalizar el mes de aplicación se dio una plática con el tema de “autolesiones” a todos los alumnos de 2° grado en el patio principal de la secundaria, con la intención de agradecer el espacio y tiempo brindado en pro de la investigación, en la cual se obtuvieron buenos resultados los alumnos participaron en toda la plática brindando sus opiniones y realizando las actividades que se les indico. Con esto dimos por finalizado el trabajo en esta secundaria, agradeciendo a las autoridades pertinentes de la institución.

## RESULTADOS

En este capítulo se presentan los resultados obtenidos en el análisis realizado en el programa estadístico SPSS, aplicado en la Secundaria General n° 2 y en la Secundaria Rafael Ramírez Castañeda. La suma de los participantes fue de 497 adolescentes. De los cuales, de la primera secundaria fueron 264 y la segunda secundaria 233 en orden de aplicación.

A continuación, se muestran los resultados sociodemográficos con respecto a las variables investigadas.

Tabla 1

### *Sexo y Relación Sentimental*

<b>Sexo</b>	<b>Muestra</b>
Hombre	44.7%
Mujeres	55.3%
Relación sentimental	26.4%

La tabla 1 muestra el porcentaje total obtenido en ambas secundarias con respecto al sexo de los estudiantes, encontrando mayor porcentaje en las mujeres (55.3%). Teniendo el 26.4% de la muestra una relación de pareja al momento de la aplicación. Se tomó como un dato importante para que este no se convirtiera en un sesgo.

Tabla 1.1

### *Grado Escolar*

<b>Variables</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Totales</b>
Primero	16.9%	84
Segundo	<b>65.2%</b>	<b>324</b>
Tercero	17.9%	89

En la tabla 1.1 se muestra el porcentaje por grado escolar en ambas secundarias mostrándose mayor nivel en el segundo grado con 324 alumnos (65.2%) ya que en la secundaria Rafael Ramírez Castañeda solo se tuvo población de este nivel.

Tabla 1.2

*Apoyo Psicológico previo a la aplicación de las pruebas*

<b>Apoyo psicológico</b>	<b>Porcentaje</b>
Si	23.9%
No	<b>76.1%</b>
<b>Tiempo</b>	
Nunca	76.7%
1 – 3 meses	<b>15.3%</b>
4 – 6 meses	4.8%
7 – 9 meses	.6%
10 – 12 meses	1.4%
Más de 1 año	1.6%

En la tabla 1.2 se muestran los adolescentes que habían contado con un apoyo psicológico previo a la aplicación, encontrando que en su mayoría no habían contado con dicha atención. De los que recibieron apoyo psicológico, la mayoría de estos (15.3%) fue en un rango de 1 a 3 meses.

Tabla 2

*Conducta Antisocial con respecto al sexo.*

	Nulo	Moderado	Severo	Total
Hombres	62.2%	34.7%	3.2%	100%
Mujeres	42.9%	50.2%	6.9%	100%

En la tabla 2 se muestran los porcentajes respecto a la presencia de conducta antisocial en cada sexo, no encontrando puntuaciones significativas en alguno de ellos. Sin embargo, con respecto a los puntajes altos se encontró en el sexo femenino (6.9%) una mayor prevalencia en comparación con el sexo masculino en el rango de severo

Tabla 2.1

*Conducta Antisocial con respecto a la edad y sexo*

		<b>HOMBRES</b>					<b>MUJERES</b>						
		12	13	14	15	16	TOTAL	12	13	14	15	16	TOTAL
<b>EDAD</b>	<b>NULO</b>	23.9 %	47.1 %	18.8 %	9.4 %	.7 %	62.2 %	19.5 %	59.3 %	15.3 %	5.9% %	.0% %	42.9 %
	<b>MODERADO</b>	18.2 %	45.5 %	22.1 %	11.7 %	2.6 %	34.7 %	15.2 %	50.0 %	26.1 %	7.2% %	1.4 %	50.2 %
	<b>SEVERO</b>	14.3 %	14.3 %	42.9 %	14.3 %	14. 3%	3.2% %	10.5 %	26.3 %	42.1 %	21.1 %	.0% %	6.9% %
	<b>SEVERO</b>	14.3 %	14.3 %	42.9 %	14.3 %	14. 3%	3.2% %	10.5 %	26.3 %	42.1 %	21.1 %	.0% %	6.9% %

La tabla 2.1 indica los porcentajes de la conducta antisocial en relación con la edad y el sexo, encontrando que los niveles severos de conducta antisocial se encuentran en la edad de 14 años para hombres (42.9) y mujeres (42.1%). Por el contrario, la edad en que menos tienden a presentarse dichas conductas, fue a los 13 años.

Tabla 2.2

*Conducta antisocial por escuelas*

	<b>Hombres</b>		<b>Mujeres</b>	
	General n° 2	Rafael Ramírez	General n° 2	Rafael Ramírez
Nula	67%	57%	41.6%	44.4%
Moderado	27.8%	42.1%	49.0%	51.6%
Severa	5.2%	.9%	9.4%	4.0%

La tabla 2.2 indica en que secundaria se encontró mayor porcentaje con respecto a la conducta antisocial siendo la secundaria General n° 2 la que presentó mayor porcentaje severo tanto en hombres (5.2%) como en mujeres (9.4%).

Tabla 2.3

*Conducta antisocial por grado en hombres y mujeres*

	<b>Nulo</b>	<b>Moderado</b>	<b>Severo</b>
<b>Hombres</b>			
Primero	81.8%	15.9%	2.3%
Segundo	58.1%	40.4%	1.5%
Tercero	54.8%	35.7%	9.5%
<b>Mujeres</b>			
Primero	55.0%	37.5%	7.5%
Segundo	45.2%	50.0%	4.8%
Tercero	23.4%	61.7%	14.9%

La tabla 2.3 nos permite observar la conducta antisocial con respecto a los grados escolares en hombres y mujeres. El grado en el que se encontraron los índices más bajos de conducta antisocial fue en 1ero de secundaria, donde el 81.8% de los hombres, y el 55% de las mujeres presentaron niveles nulos. En cuanto a los niveles severos de conducta antisocial, en ambos sexos se observa una mayor prevalencia en el 3er grado, aunque con un puntaje más significativo en las mujeres (14.9%).

Tabla 2.4

*Conducta antisocial por turno escolar en hombres y mujeres.*

	<b>Nulo</b>	<b>Moderado</b>	<b>Severo</b>
<b>Hombres</b>			
Matutino	<b>57.0%</b>	42.1%	.9%
Vespertino	67.0%	27.8%	<b>5.2%</b>
<b>Mujeres</b>			
Matutino	44.4%	51.6%	4.0%
Vespertino	41.6%	49.0%	<b>9.4%</b>

La tabla 2.4 muestra el porcentaje obtenido por turno con respecto a la conducta antisocial, teniendo un dato significativo (57.0%) en el turno matutino con nula conducta antisocial encabezado por los hombres, el rango de severo se encontró con una elevación significativa en el turno vespertino relacionado con las mujeres (9.4%), siendo casi el doble de los casos encontrados en la misma situación de los hombres (5.2%).

Tabla 2.5

*Conducta antisocial y estado sentimental*

	<b>Hombres</b>		<b>Mujeres</b>	
	Sí	No	Sí	No
Nulo	51.9%	<b>65.5%</b>	22.1%	51.0%
Moderado	40.7%	32.7%	66.2%	43.9%
Severo	7.4%	1.8%	11.7%	5.1%

La tabla 2.5 indica los porcentajes de la muestra con relación a su estado sentimental al momento de la evaluación, encontrando que en el caso de los hombres el 65.5% que no se encontraban en un estado sentimental presento niveles nulos de conducta antisocial. Por el contrario, las mujeres que se encontraron en una relación mostraron mayores índices de conducta antisocial en comparación de los hombres.

Tabla 3

*Conducta delictiva y sexo*

	<b>Nulo</b>	<b>Moderado</b>	<b>Severo</b>	<b>Total</b>
Hombres	63.5%	27.0%	<b>9.5%</b>	100%
Mujeres	71.6%	21.1%	<b>7.3%</b>	100%

En la tabla 3 se muestran los porcentajes de la conducta delictiva con respecto al sexo, encontrando el mayor porcentaje (más de la mitad) en ambos sexos, en un nivel nulo. Mientras que el rango severo estuvo más presente en el sexo masculino (9.5%), aunque sin diferencias estadísticamente significativas con el sexo femenino (7.3%).

Tabla 3.1

*Conducta delictiva por escuelas*

	<b>Hombres</b>		<b>Mujeres</b>	
	General n° 2	Rafael Ramírez	General n° 2	Rafael Ramírez
Nula	62.6%	64.5%	68.5%	75.4%
Moderado	22.6%	31.8%	20.8%	21.4%
Severa	14.8%	3.7%	10.7%	3.2%

La tabla 3.1 muestra los adolescentes con conductas delictivas por escuela, donde se identificó que en la secundaria Rafael Ramírez es donde menos conductas delictivas se presentaron. Mientras que en la secundaria General n°2 es la que presento mayor porcentaje de este tipo de conductas tanto en los hombres, como en las mujeres.

Tabla 3.2

*Conducta delictiva y grado escolar*

	<b>Nulo</b>	<b>Moderado</b>	<b>Severo</b>
<b>Hombres</b>			
Primero	<b>84.1%</b>	2.3%	13.6%
Segundo	59.6%	35.3%	5.1%
Tercero	54.8%	26.2%	<b>19.0%</b>
<b>Mujeres</b>			
Primero	67.5%	20.0%	12.5%
Segundo	73.9%	21.8%	4.3%
Tercero	66.0%	19.1%	<b>14.9%</b>

En la tabla 3.2 se muestra por grado escolar y sexo el porcentaje de la conducta delictiva encontrando que los hombres de primer grado se encontraron con mayor porcentaje en el nivel nulo (84.1%) y los de tercer grado presentaron una incidencia significativa tanto en hombres (19.0%) como en mujeres (14.9%) en el rango de conducta delictiva severa.

Tabla 3.3

*Conducta delictiva y turno escolar*

	<b>Nulo</b>	<b>Moderado</b>	<b>Severo</b>
<b>Hombres</b>			
Matutino	64.5%	31.8%	3.7%
Vespertino	62.6%	22.6%	<b>14.8%</b>
<b>Mujeres</b>			
Matutino	75.4%	21.4%	3.2%
Vespertino	68.5%	20.8%	<b>10.7%</b>

La tabla 3.3 indica los porcentajes de la conducta delictiva con respecto al turno escolar, encontrándose más de la mitad tanto en hombres como en mujeres en nula presencia de conducta delictiva y en el turno vespertino es donde se encontraron los porcentajes más significativos para hombres (14.8%) y mujeres (10.7%) en relación a las conductas delictivas severas.

Tabla 4

*Autolesiones con respecto al sexo.*

	<b>Hombres</b>		<b>Mujeres</b>	
	Sí	No	Sí	No
Nulo	40%	68.7%	52.6%	73%
Moderado	45%	23.1%	31.6%	20.3%
Severo	15%	8.2%	15.8%	6.6%

En la tabla 4 se muestra el porcentaje de los adolescentes que presentaron o no conductas autolesivas, encontrándose la mayoría con nula presencia de dichas manifestaciones. Los alumnos que refieren autolesiones severas en un nivel elevado fueron mínimos y se identificó solo en las mujeres (0.7%).

Tabla 4.1

*Autolesiones con respecto a la edad.*

	<b>Edad</b>				
	12	13	14	15	16
Nulo	18.5 %	50.8 %	20.4 %	9.0 %	1.3 %
Moderado	26.7 %	6.7 %	60.0 %	6.7 %	.0 %
Severo	50.0 %	.0 %	50.0 %	.0 %	.0 %

En la tabla 4.1 se muestran los porcentajes referentes a las autolesiones severas en los adolescentes de acuerdo a su edad, encontrando que en los adolescentes de 12 y 14 años de edad fue donde se presentaron estas conductas en un nivel severo, coincidiendo con el ingreso a la secundaria y el próximo egreso de esta.

Tabla 4.2

*Autolesiones por escuelas*

	<b>General n° 2</b>	<b>Rafael Ramírez</b>
Nula	93.9%	99.6%
Moderado	5.3%	.4%
Severa	.8%	.0%

En la tabla 4.2 se muestran los porcentajes de las autolesiones por escuelas encontrando que más del 90% de la muestra no presenta este tipo de conductas autolesivas, aunque en la General n°2 fue la única donde se identificó la presencia de autolesiones severas, en un porcentaje mínimo (0.8%).

Tabla 5

*Correlación entre Conducta Antisocial, Delictiva y autolesiones en Hombres*

	Conducta antisocial en hombres	Conducta delictiva en hombres	Conducta autolesiva severa	Conducta autolesiva menor
Conducta antisocial en hombres	1	<b>.594**</b>	.107	.044
Conducta delictiva en hombres	<b>.594**</b>	1	<b>.170*</b>	.027
Conducta autolesiva severa	.107	<b>.170*</b>	1	<b>.656**</b>
Conducta autolesiva menor	.044	.027	<b>.656**</b>	1

Los datos de la tabla 5, muestran una correlación de Pearson significativa bilateral entre la conducta antisocial y la conducta delictiva indicando que si el adolescente comienza a presentar conductas antisociales la estadística marca que comenzaran a presentar conductas delictivas. Asimismo, se identificó una correlación entre la conducta autolesiva menor y la conducta autolesiva severa, por lo que los adolescentes que presenten conductas autolesivas menores, paulatinamente su

gravedad aumentara, volviéndose más propensos a presentar conductas autolesivas severas. Esto comprueba lo que sugiere la literatura, pues indica que muchos adolescentes comenzaran con pequeños cortes, golpes o conductas autolesivas aumentando en su gravedad. Se encontró otra relación entre la conducta autolesiva severa y la conducta delictiva, indicando que si el adolescente presenta conductas autolesivas severas su conducta delictiva será desarrollada.

Tabla 5.1

*Correlación entre conducta antisocial, delictiva y autolesiones en hombres en Mujeres*

	Conducta autolesiva severa	Conducta autolesiva menor	Conducta antisocial en mujeres	Conducta delictiva en mujeres
Conducta autolesiva severa	1	.656**	.264**	.332**
Conducta autolesiva menor	.656**	1	.306**	.307**
Conducta antisocial en mujeres	.264**	.306**	1	.463**
Conducta delictiva en mujeres	.332**	.307**	.463**	1

De igual forma se realizó una correlación de Pearson entre las variables estudiadas y el sexo femenino, encontrando una relación significativa bilateral entre todas ellas tal como lo muestra la tabla 5.1. Lo cual indica que en las mujeres la presencia de conductas autolesivas menores y severas se desarrollan a la par de las conductas antisociales y/o delictivas. El análisis indica que, de las variables analizadas, la relación es más fuerte entre las autolesiones menores y severas.

## DISCUSIÓN

De acuerdo al estudio realizado con respecto a la conducta antisocial, conducta delictiva y autolesiones en adolescentes de algunas secundarias del estado de Hidalgo, tomando en cuenta una de la zona rural y otra de la zona urbana para partir de este punto y hacer un estudio comparativo buscando el tipo de conducta de mayor prevalencia e incidencia en la población de estudio.

Partiendo del estudio sociodemográfico para entender el contexto cultural del adolescente escolarizado relacionándolo con la variable de estudio se encuentran datos interesantes con valores estadísticamente significativos, muestra de ello pudimos encontrar por medio del análisis de datos en relación con el inicio de edad de estas conductas, como influye tener o no una relación sentimental, el grado escolar que estén cursando y la atención psicológica previa o el seguimiento de este que tengan en sus vidas. Permitiendo observar que existe una diferencia significativa en la presencia de dichas conductas entre los adolescentes de una zona urbana y rural.

Nuestra investigación coincide con los datos obtenidos en otros estudios como lo mencionan Sanabria y Uribe, 2009 en su estudio de Conductas antisociales y delictivas en adolescentes infractores y no infractores, donde encontraron una relación significativa entre la conducta antisocial y delictiva en adolescentes comentando que este es un grupo de alto riesgo que de continuar con estas conductas la gravedad en la adultez será mayor.

Basándonos en nuestra pregunta de investigación planteada al inicio sobre conocer cuál es la relación que existe entre la conducta antisocial, conducta delictiva y la frecuencia de las autolesiones no suicidas en los adolescentes escolarizados, se observa una importante correlación entre dichas variables, como encontramos en la literatura existe mayor relación entre conducta antisocial y conducta delictiva pero existen menos estudios enfocados a la investigación en relación con las autolesiones en adolescentes escolarizados del estado de Hidalgo, lo que nos permite explorar este campo de conductas para entender mejor el impacto psicológico que están teniendo en los adolescentes escolarizados. Como aporte a la investigación se encuentra que

las hipótesis de nuestra investigación se confirmaron con respecto a que, si existe relación entre las variables de estudio, tanto en hombres como en mujeres y dentro de los resultados estadísticamente significativos relacionados con la variable de estudio conducta antisocial se encontró que las mujeres (55.3%) que cursaban el segundo grado de secundaria que no mantenían una relación sentimental en el momento del estudio y no contaban con apoyo psicológico previo o durante el mismo, tuvieron mayor porcentaje y relación bilateral con la conducta autolesiva severa, lo que pudiera hacernos pensar que la ausencia de una relación sentimental (noviazgo, free) incrementa la probabilidad de cometer conductas autolesivas severas en las mujeres, por la “presión social” de no cumplir con lo que pareciera normal a la edad mencionada.

Siendo a la edad de 13 años el indicador del comienzo de estas conductas antisociales y a los 14 años de edad se encontró el puntaje más elevado, el sexo masculino (44.7%) coincide con los mismos indicadores de la edad. Siendo un dato importante para pensar en la aplicación de atención primaria para prevenir estas conductas que pudieran desencadenar en situaciones graves para los adolescentes escolarizados, dentro de estas acciones pueden ser pláticas, talleres, conferencias, convivencias informativas.

La escuela secundaria general n° 2 de Pachuca, Hgo mostro mayor presencia de estas conductas siendo su población más vulnerable la que cursaba el tercer grado del turno vespertino del sexo femenino con una relación sentimental con un indicador de grave, en comparación a la secundaria Rafael Ramírez de San Agustín Tlaxiaca.

En relación con la variable conducta delictiva los datos estadísticamente más significativos fueron que a la edad de 13 años los hombres comenzaron a mostrar conductas delictivas siendo a los 14 años de edad cuando la gravedad de estas se hizo presente con mayor intensidad, coincidiendo con los datos de conducta antisocial en la escuela secundaria general n° 2 de Pachuca, Hgo mostrando mayor presencia en alumnos de tercer grado turno vespertino con una relación sentimental, reafirmando el resultado obtenido de la correlación entre estas dos variables.

Con respecto a las conductas autolesivas se encontró en los datos estadísticos que nuevamente la escuela con mayor incidencia en casos fue la secundaria general n° 2 de Pachuca, Hgo en el rango de edad de 12 y 14 años, correspondiente a los grados de primero y tercero, turno vespertino. Estos datos nos hacen pensar que el contexto puede ser un factor importante en la severidad de estas conductas, el medio cumple un papel significativo, quizá presenten menor atención en casa, mayor presión social por cumplir algún rol, sean menos escuchados, relaciones personales más superficiales, son ideas que surgen al ver el contexto en el que los adolescentes escolarizados crecen.

Las correlaciones de variables muestran datos interesantes para comprender la relación de estas y sirviendo como indicador para poder prevenir conductas disruptivas en los alumnos.

En el caso específico de los hombres se encontró correlaciones significativas entre las variables de Conducta Antisocial y Conducta Delictiva, indicando que si el adolescente escolarizado, en este caso de 13 años de edad comienza a presentar Conducta Antisocial, estadísticamente es muy probable que desarrolle la presencia de Conducta Delictiva entre los 13 y 14 años de edad según nuestra muestra. Así mismo el adolescente escolarizado que presente conductas delictivas seguramente se encontrara vulnerable ante las conductas autolesivas severas, pasando por las conductas autolesivas menores hasta llegar a las severas. Si bien las mujeres pareciesen ser más fácil que inicien con conductas de autodestrucción, los hombres difieren y sus primeras conductas disruptivas serán hacia su entorno muy probablemente terminando por atentar contra su propia integridad como lo es autolesionándose.

La situación con las correlaciones de las mujeres es singular ya que todas las variables se ven afectadas entre sí. Es decir, la adolescente escolarizada que presente rasgos de conductas autolesivas menores como raspones intencionados es muy probable que se conviertan en cortadas intencionadas mostrando conductas disruptivas como antisocial y delictiva paulatinamente, puede verse impactada de este modo por todos los cambios a nivel físico que vive constantemente en esta etapa de transición y al ser

las autolesiones usadas mayormente como vía de regulación emocional, pudieran ser una salida fácil y rápida en momentos emocionalmente difíciles para la adolescente escolarizada que carezca de la adecuada inteligencia emocional.

Encontrando mayor valor estadístico entre la conducta autolesiva menor y la conducta autolesiva severa (.656\*\*). Así como sugiere Suyemoto (1998) en el modelo ambiental de conductas autolesivas, las variables ambientales como mediadoras del origen y el mantenimiento de la autolesión. Las respuestas positivas del mesosistema que refuerzan tal comportamiento, lo que podría explicar la correlación de una y otra conducta. Podemos deducir también que al ser la edad de 13 años una edad de transición donde el adolescente está en proceso de adaptación al incorporarse a un nuevo sistema educativo, donde los cambios físicos comienzan a ser más notables y la búsqueda de su identidad está en proceso pueden ser factores que atribuyan importantemente la inestabilidad de ciertas conductas disruptivas como se mencionaron dentro del marco teórico de este trabajo de investigación.

Pensando en que el sector escolar es el área donde los adolescentes escolarizados terminan de forjar o bien aprenden ciertas conductas al estar en contacto directo con una gran diversidad de pensamientos y costumbres las conductas antisociales y/o delictiva, y autolesiones no suicidas pueden tomar fuerza por imitación entre los alumnos. Como menciona Flores (2010 en Romero, Sánchez y Del Castillo 2017) en su investigación señala al contexto social como trasmisor de valores, al exponer a un nuevo contexto social a cada uno de los integrantes; diferentes personalidades son encontradas y nuevos valores se interiorizan positivamente o negativamente, situación que teóricamente podemos apoyar bajo la teoría ecológica de Bronfenbrenner y como cada sistema afecta de la misma forma al otro al estar interconectados.

De acuerdo a los resultados obtenidos en esta investigación, sería conveniente tomar medidas en la prevención primaria: como platicas psicoinformativas para los padres sobre el proceso de desarrollo del adolescente y poder mostrarles los datos obtenidos con investigaciones similares a esta para que puedan entender el contexto social y educativo en el que sus hijos pueden estar inmersos, temas psicoemocionales para la familia y programas enfocados a la intervención de estas conductas, si bien lo ideal es

la prevención no se puede en la actualidad solo centrarse en esto ya que un porcentaje importante de la población de adolescentes escolarizados y no escolarizados presentan ya rasgos de estas conductas, por ello es importante que existan programas de intervención para trabajar a la par y existan ayudas para ambas partes.

Dentro de las limitaciones de esta investigación encontramos áreas de oportunidad para en futuras investigación fortalecer la línea de investigación, de inicio sería importante tener un número de alumnos más equilibrado es decir población dividida similar en ambas secundarias para poder comparar mejor los resultados y tener correlaciones con mayor impacto en la población estudiada, en el caso de la secundaria Rafael Ramírez haber tenido alumnos de cada año escolar, así como se hizo en la secundaria General n° 2.

Para ampliar nuestra investigación en futuros trabajos consideramos interesante la variable de riesgo suicida y las funciones ejecutivas ya que nos parece que son variables que permitiría obtener datos más específicos sobre lo que produce y mantiene las conductas antisociales, delictivas y autolesiones no suicidas de los adolescentes escolarizados que probablemente se correlacionen entre sí y nos ayudaría a comprender mejor el factor desencadenante de estas conductas.

## Lista de Referencias

- Ahmadiéh, A. (2015). *Autolesiones en el medio penitenciario*. (Tesis inédita para obtener el título de Doctor). Universidad de Extremadura, España.
- Albores-Gallo, L., Méndez-Santos, J., Xóchitl-García, A., Delgadillo-González, Y., Chávez-Flores, C., & Martínez, O. (2014). Autolesiones sin intención suicida en una muestra de niños y adolescentes de la ciudad de México. *Actas Esp Psiquiatr*, 42(4), 159-168. URL: <http://actaspsiquiatria.es/repositorio/16/90/ESP/16-90-ESP-159-168-346514.pdf>
- Alvarado, A., & Cruz, A. (2004). *La conducta antisocial en adolescentes, su relación con el entorno familiar y la percepción de riesgo social, una base para la prevención de conductas delictivas*. (Tesis de licenciatura). Facultad de Psicología, UNAM, México, D.F.
- American Psychiatric Association [APA] (2014). DSM-V. Disponible en <http://www.clinicadepsicologiadalinde.com.mx/psicodigital/dsm-v/>
- Anzieu, D. (1998). *El yo-piel*. España: Biblioteca Nueva.
- Ávila, M., & Pachar, M. (2016). *Relación entre conductas autolesivas, ansiedad y depresión en adolescentes, una guía enfocada desde el modelo Cognitivo conductual*. (Tesis inédita para la obtención de título en psicología clínica). Universidad del Azuay, Cuenca, Ecuador.
- Barroilhet, S., Fritsch, R., Guajardo, V., Martínez, V., Vöhringer, P., Araya, R. & Rojas, G. (2012) Ideas autolíticas, violencia autoinfligida, y síntomas depresivos en escolares chilenos. *Revista Médica de Chile*. Recuperado de: <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v140n7/art07.pdf>
- Cortes, A. (2002). La contribución de la psicología ecológica al desarrollo moral. Un estudio con adolescentes. *Anales de Psicología*. Disponible en <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16718107>>ISSN0212-9728

- De la Peña, M. (2010). *Conducta antisocial en adolescentes: factores de riesgo y de protección*. (Tesis doctoral). Universidad Complutense de Madrid. Madrid, España.
- Díaz, A., González, A., Minor, N., & Moreno, O. (2008). La conducta autodestructiva relacionada con trastornos de personalidad en adolescentes mexicanos. *Revista electrónica de psicología Iztacala*, 11 (4), 46-63.
- Echeburúa, E. (1999). *Avances en el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos de personalidad.*, vol. 25, n° 102.
- Favazza, A. (1996). *Bodies under siege*. Baltimore: John Hopkins University Press.
- Forth, A., Kosson, D. & Hare, R. (2003). *Hare psychopathy checklist: youth versión*. Toronto: Ontario, Multi-Health Systems.
- Gaeta, M.L & Galvanovskis, A. (2011). Propensión a Conductas Antisociales y Delictivas en Adolescentes Mexicanos. *Psicología Iberoamericana*, 19(2), 47-54.
- González, M., & Carrasco, M. (2006). Intervención psicológica en agresión: técnicas, programas y prevención. *Acción Psicológica*, 4 (2). 83-105.
- González, T. (2013). *La relación de las conductas antisociales con los estilos de parentalidad y las expectativas escolares de estudiantes de ciudad de México*. (Tesis de Licenciatura). Universidad Nacional Autónoma de México. México. D.F.
- Guadarrama, L., Escobar, A., & Zhang, L. (2006) Bases neuroquímicas y neuroanatómicas de la depresión. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, 49 (2). Recuperado de: <http://www.revistas.unam.mx/index.php/rfm/article/view/12916/12234>
- Hernández, N. (2010). Reflexiones sobre Marcas en la Piel. *Psicología Iberoamericana*, 33-46.

- Hikal, W. (2011), *Criminología Etiológica-Multifactorial, Factores Criminógenos*  
Recuperado de  
<http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol20num1/Vol20No1Art11.pdf>
- Howard, R., Finn, P., Jose, P., & Gallagher, J. (2012). Adolescent-onset alcohol abuse exacerbates the influence of childhood conduct disorder on late adolescent and early adult antisocial behavior. *The journal of forensic psychiatry & psychology, 23*(1).
- Igor, M., Jer z, S., Montenegro, M., Montes, C., Siñva, H., & Villarroel, J. (2013). Conductas autolesivas no suicidas en la práctica clínica primera parte: conceptualización y diagnóstico. *Revista Chilena de neurología y psiquiatría, 51*(1), 38-45. doi: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272013000100006>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI] (2017). Encuesta nacional de victimización y percepción sobre seguridad pública (ENVIPE). Recuperado de [http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/boletines/2017/envipe/envipe2017\\_09.pdf](http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/boletines/2017/envipe/envipe2017_09.pdf)
- Klonsky, D. (2007). The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence. *Clinical Psychology Review, 27*, 226-239. URL: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2006.08.002>
- López, M. (2009). *El concepto de anomia de Durkheim y las aportaciones teóricas posteriores*. Iberoforum Revista de ciencias sociales de la Universidad Iberoamericana. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/2110/211014822005.pdf>
- López, C. (2012). *La conducta antisocial durante la adolescencia, dentro del marco de la psicología forense*. (Tesis de Licenciatura). Universidad Nacional Autónoma de México. México. Iztacala.

- López, J. (2008). El tratamiento de la conducta delictiva. En Perez, F. (eds). *Psicología de la delincuencia*. (pp. 220 – 235). Salamanca: Editorial CISE.
- Marín, M. (2013). *Desarrollo y evaluación de una terapia cognitivo conductual para adolescentes que se autolesionan*. (Tesis de Doctorado). Universidad Nacional Autónoma de México. México, D.F.
- Marín, M., Robles, R., González, C. & Andrade, P. (2012). *Propiedades psicométricas de la escala “Dificultades en la Regulación Emocional” en español (DERS-E) para adolescentes mexicanos*. Salud Mental vol 35, n° 6.
- Martínez, A. (2015). *Factores de riesgo de la conducta antisocial en menores en situación de exclusión social*. (Tesis Doctoral). Universidad Complutense de Madrid.
- Mohino, L., Ortega, L. M., Planchat, J., Dolado, G., Martí, A. & Cuquerella. (2002). *Diferencias clínicas y psicosociales entre jóvenes reclusos con episodios de autolesiones*. Servicio de Clínica Médico-Forense de Barcelona Instituto de Medicina Legal de Cataluña.
- Muñoz, J., & Amores, F. (2011). *El comportamiento antisocial como trastorno primario y la comorbilidad de otros trastornos en la infancia y la adolescencia*. 15:48. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10401/4501>
- Muñoz, J., Navas, E. & Graña J. (2005) Factores psicológicos de riesgo y protección para la conducta antisocial en adolescentes. *Actas Españolas de Psiquiatría* 33 (6). Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1373824>
- Nardone, G. & Selekman, M. (2013). *Hartarse, vomitar, torturarse. La terapia en tiempo breve*. Herder Editorial S.L., Barcelona.
- Organización Mundial de la Salud. (2016). CIE 10. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Las Enfermedades. Madrid: Meditor.
- Romero, A, Sánchez, A, & Del Castillo, A. (2017). *Conductas Delictivas Y Antisociales En Adolescentes Que Estudian Y No Estudian*. *European Scientific Journal* Vol. 13 N°14. Doi: 10.19044/esj.2017.v13n14p31

- Ruiz, A. (2009). *La relación entre el intento suicida y la conducta antisocial en una muestra de estudiantes en nivel medio y medio superior de la ciudad de México*. (Tesis inédita para obtener el grado de licenciatura). Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Salvador, V & Carvaca, A. (2015). Caracterización de las conductas autolesivas en adolescentes entre 12 y 13 años de la unidad educativa Julio María Matovelle de la ciudad de Guayaquil. (Tesis de licenciatura). Universidad de Guayaquil. Ecuador, Guayaquil.
- Sanabria, A. M. & Uribe A. F. (2009). Conductas antisociales y delictivas en adolescentes infractores y no infractores. *Pensamiento psicológico*, Vol. 6, n° 13, pp. 203-218
- Sánchez, A., Galicia, I., & Robles F. (2017). *Conductas antisociales delictivas en adolescentes: relación con el género, la estructura familiar y el rendimiento académico*. FES Iztacala, UNAM.
- Seisdedos, N., & Sánchez, P. (2001). *Cuestionario de conductas antisociales y delictivas A-D*. México: El Manual Moderno.
- Suyemoto, K. L. (1998). The functions of Self-Mutilation. *Clinical Psychology Review*, 18(5), 531-554.
- Torrico, E., Santín, C., Andrés, M., Álvarez, S., & López, M. (2002). El modelo ecológico Bronfenbrenner como marco teórico de la Psicooncología. *Anales de psicología*, 18 (1), 45-59.
- Ulloa, R., Contreras, C., Paniagua, K., & Victoria, G. (2013) Frecuencia de autolesiones y características clínicas asociadas en adolescentes que acudieron a un hospital psiquiátrico infantil. *Salud Mental Vol. 36* recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2013/sam135j.pdf>

- Vandershueren, F. & Lunecke, A. (2004). Prevención de la delincuencia juvenil. Análisis de experiencias internacionales. Chile: División de seguridad ciudadana, Ministerio del Interior.
- Vázquez, C. (2003). Teorías criminológicas sobre delincuencia juvenil. *Delincuencia juvenil. Consideraciones penales y criminológicas*. Colex, Madrid. Disponible en [http://www2.uned.es/dpto\\_pen/delincuencia-juv/documentos/delincuencia/teorias-criminologicas.pdf](http://www2.uned.es/dpto_pen/delincuencia-juv/documentos/delincuencia/teorias-criminologicas.pdf)
- Vázquez, J. Fariña, F. & Arce, R. (2012). *Comportamiento antisocial y delictivo en conflicto social*. Universidad de Vigo.
- Vásquez, M. J., Feria, M., Palacios, L. & De la Peña, F. (2010). *Guía clínica para el trastorno disocial*. Ed. Jesus Shoshana, Javier Alfaro, Ma. Elena Medina-Mora. México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. (Serie: Guías clínicas para la atención de trastornos mentales).
- Zuñe del Valle, C. (2017). Conductas antisociales y delictivas en un grupo de adolescentes no infractores. *Asociación Latinoamericana de Psicología Jurídica y Forense*, Perú. Disponible en <http://psicologiajuridica.org/archives/671>

## Anexos

### Instrumento CAL

CEDULA DE AUTOLESION (CAL) ©

2014

**INSTRUCCIONES:** Por favor, contesta cada pregunta en las secciones NO / SI indicadas (primeras 12 preguntas), marcando con una **X** donde corresponda. Contesta "SI" a aquello que hayas hecho intencionalmente, con un **claro propósito de lastimarte/herirte pero sin intención de quitarte la vida**. Si contestaste que SI a alguna pregunta, aclara tu respuesta con las dos secciones siguientes (¿cuántas veces lo has hecho? y ¿cuándo fue la última vez?), marca solo una opción por sección. Si contestaste que NO, pasa a la siguiente pregunta. Por último contesta la pregunta 13 marcando sólo una opción de respuesta según aplique.

Nombre	Edad	Sexo (H/M)	Fecha	Escuela / institución	Grupo
--------	------	------------	-------	-----------------------	-------

No.	¿Has hecho alguna de estas acciones a propósito pero sin querer quitarte la vida?	¿Alguna vez?		¿Cuántas veces lo has hecho?						¿Cuándo fue la última vez?						
		NO	SI	1	2-5	6-10	+10	+20	Hoy	Esta semana	Este mes	Este año	+ de 1 año			
1	Cortarte hasta lastimarte/sangrar la piel	NO	SI	1	2-5	6-10	+10	+20								
2	Rayar, marcar, pinchar tu piel (SIN sangrar)	NO	SI	1	2-5	6-10	+10	+20								
3	Quemarte (con cigarrillos u otro objeto)	NO	SI	1	2-5	6-10	+10	+20								
4	Impediste que sanaran tus heridas	NO	SI	1	2-5	6-10	+10	+20								
5	Sacarte sangre	NO	SI	1	2-5	6-10	+10	+20								
6	Estrellaste tu cabeza o alguno de tus miembros contra un objeto/pared para lastimarte	NO	SI	1	2-5	6-10	+10	+20								
7	Te golpeaste con las manos o con un objeto hasta dejarte un moretón o cicatriz	NO	SI	1	2-5	6-10	+10	+20								
8	Te mordiste al grado de hacer que sangrara tu piel	NO	SI	1	2-5	6-10	+10	+20								
9	Frotaste tu piel con objetos punzantes (vidrios, fichas)	NO	SI	1	2-5	6-10	+10	+20								
10	Usaste ácido u otra sustancia agresiva para frotar tu piel	NO	SI	1	2-5	6-10	+10	+20								
11	Hiciste cualquier otra cosa para lastimarte a propósito (anótala aquí)	NO	SI	1	2-5	6-10	+10	+20								
12	Necesitaste tratamiento médico por alguna de estas conductas	NO	SI	1	2-5	6-10	+10	+20								
13	Si alguna vez has hecho alguna de las conductas descritas ¿Qué edad tenías al hacerlo la primera vez? _____	Nunca lo he hecho			5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16+

Marín, M. (2013). *Desarrollo y evaluación de una terapia cognitivo conductual para adolescentes que se autolesionan*. Tesis de grado doctoral, Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología.

## Instrumento Conducta Antisocial – Delictiva (A-D)

A continuación encontrarás una serie de frases que indican conductas que las personas hacen alguna vez. Es probable que tú hayas hecho algunas de estas cosas. Lee cada frase y marca un X en Sí, si has hecho lo que dice la frase, o en No, en caso contrario.  
A-D. Seisdedos, 1988/1995

	SI	NO
1. Alborotar o silbar en una reunión, lugar público o de trabajo		
2. Salir sin permiso (de casa o del colegio)		
3. Entrar en un sitio prohibido (jardín privado, casa vacía...)		
4. Ensuciar las calles / aceras rompiendo botellas o volcando cubos de basura		
5. Decir tacos o palabras fuertes		
6. Molestar a personas desconocidas o hacer gamberradas en lugares públicos		
7. Llegar tarde al trabajo, colegio o reunión		
8. Hacer trampas (examen, competición importante, información de resultados)		
9. Tirar basuras al suelo (cuando hay cerca una papelera o cubo)		
10. Hacer pintadas en lugares prohibidos (pared, encerado, mesa...)		
11. Coger fruta en un jardín/ huerto que pertenece a otra persona		
12. Romper o tirar al suelo cosas que son de otra persona		
13. Gastar bromas pesadas a la gente, como empujarlas dentro de un charco, quitarles la silla cuando van a sentarse		
14. Llegar a propósito más tarde de lo permitido (a casa, trabajo, obligación...)		
15. Arrancar o pisotear flores o plantas en un parque o jardín		
16. Llamar a la puerta de alguien y salir corriendo		
17. Comer, cuando está prohibido, en el trabajo, clase, cine...		
18. Contestar mal a un superior o autoridad (trabajo, clase o calle)		
19. Negarse a hacer las tareas encomendadas (trabajo, clase o casa)		
20. Pelearse con otros (con golpes, insultos o palabras ofensivas)		
21. Pertenecer a una pandilla que arma jaleos, se mete en peleas, o crea disturbios		
22. Coger el coche o la moto de un desconocido para dar un paseo, para divertirse		
23. Forzar la entrada de un almacén, garaje, guardamuebles o quiosco		
24. Entrar en una tienda que está cerrada, robando o sin robar algo		
25. Robar cosas de los coches		
26. Llevar algún arma (cuchillo / navaja) por si es necesaria en alguna pelea		
27. Planear de antemano entrar en una casa para robar cosas de valor y hacerlo si se puede		
28. Coger la bicicleta de un desconocido y quedarse con ella		
29. Forcejear o pelear para escapar de un policía		
30. Robar cosas de un lugar público por valor de más de 6 Euros		
31. Robar cosas en grandes almacenes, supermercados,... estando abiertos		
32. Entrar en una casa / piso... y robar algo (sin haberlo planeado antes)		
33. Robar materiales o herramientas a gente que está trabajando		
34. Gastar frecuentemente en el juego más dinero del que se puede		
35. Robar cosas o dinero en las máquinas tragaperras, teléfono público...		
36. Robar ropa de un tendedero o cosas de los bolsillos de ropa colgada en percha		
37. Conseguir dinero amenazando a personas más débiles		
38. Tomar drogas		
39. Destrozar o dañar cosas en lugares públicos		
40. Entrar en un club prohibido o comprar bebidas prohibidas		