



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA



AREA DE LA SALUD HUMANA

NIVEL DE PREGRADO

CARRERA DE PSICOLOGIA CLINICA

TEMA:

“LA DELINCUENCIA JUVENIL Y SU RELACION CON LOS NIVELES DE ANSIEDAD EN EL CENTRO DE INTERNAMIENTO MIXTO DE ADOLESCENTES INFRACTORES DE LA CIUDAD DE LOJA. PERIODO ABRIL-OCTUBRE 2011”

TESIS PREVIA A LA OBTENCION DEL TITULO DE PSICOLOGA CLINICA.

AUTORA:

TERESA ELIZABETH FLORES CALDERON

DIRECTORA:

DRA. ANABEL LARRIVA B.

Loja-Ecuador

2011

Loja, Noviembre 2011

CERTIFICACION:

Dra. Anabel Larriva Borrero

DOCENTE DE LA CARRERA DE PSICOLOGIA CLINICA DEL AREA DE LA SALUD HUMANA

CERTIFICA:

Que el trabajo de investigación de tesis titulada **“LA DELINCUENCIA JUVENIL Y SU RELACIÓN CON LOS NIVELES DE ANSIEDAD EN EL CENTRO DE INTERNAMIENTO MIXTO DE ADOLESCENTES INFRACTORES DE LA CIUDAD DE LOJA. PERIODO ABRIL-OCTUBRE 2011”**, elaborada por la egresada Teresa Elizabeth Flores Calderón, ha sido elaborada bajo mi dirección, la misma que se encuentra dentro de los procedimientos legales que exige la institución.

Por lo que autorizo su presentación ante el organismo competente, para que dé el trámite correspondiente.

Atentamente

Dra. Anabel Larriva Borrero.

DIRECTORA DE TESIS

AUTORIA

Los contenidos e ideas expuestas en esta investigación son propios de la autora y de su exclusiva responsabilidad

Teresa Flores C.

AGRADECIMIENTO

Quiero agradecer muy infinitamente a la Universidad Nacional de Loja, Área de la Salud humana, a la Carrera de Psicología Clínica, por darme la oportunidad de culminar mi carrera profesional, en particular hago extensivo mi agradecimiento a todos y cada uno de mis docentes, a la Dra. Eliana Figueroa, Dr. Richard Jimenez, Dr. Oscar Cabrera, Dra. Zhenia Muñoz, Dra. Lorena Celi, Dr. Efraín Muñoz, Dr. Fernando Sarmiento, Dra. Ines Lozano, Dra. Patricia Montalvan, Dr. Armando Camino y a la Dra. Anabel Larriva Borrero directora de esta investigación; quienes con su profesionalismo y experiencia han sabido guiarme con sus valiosos conocimientos.

También quiero agradecer a todos los integrantes del Centro de Internamiento Mixto de Adolescentes Infractores de la Ciudad de Loja, al Dr. Lindbergh Narango director de esta prestigiosa institución, y a la Dra. Mayra Sigüencia por darme la oportunidad de realizar mi trabajo investigativo

Teresa Flores C.

DEDICATORIA

La presente investigación la dedico a Dios y la Virgen del Cisne, ya que gracias a su poder divino me ha sabido brindar fortaleza y sabiduría para no dejarme vencer.

A mis padres y hermanos, quienes han sido mi fuerza y e impulso para ser cada día mejor, les agradezco por cada una de sus palabras de aliento en los momentos mas difícil de mi vida personal y académica.

A la Dra. Anabel Larriva, por ser una gran profesional y amiga, quien siempre me ha brindado su apoyo incondicional.

A mi hija, que es la razón de mi vida y la luz de mi camino.

A mis amigas y amigos que siempre han estado pendientes de mis triunfos y derrotas.

Teresa Flores C.

ÍNDICE

Contenido	Página
Certificación.....	II
Autoría.....	III
Dedicatoria.....	IV
Agradecimiento.....	V
Indice.....	VI
Titulo.....	7
Resumen.....	8
Summary.....	10
Introducción.....	12
Revisión Literaria.....	15
Materiales y Métodos.....	87
Resultados.....	95
Discusión.....	124
Conclusión.....	128
Recomendaciones.....	131
Plan de intervención.....	133
Bibliografía.....	147
Anexos.....	150

I. TEMA:

“La Delincuencia juvenil y su relación con los niveles de ansiedad en El Centro de Internamiento Mixto de Adolescentes Infractores De La Ciudad De Loja. Periodo abril-octubre 2011”

II. RESUMEN

Este estudio tiene como objetivo analizar la relación existente entre la delincuencia juvenil y los niveles de ansiedad, de una población adolescente infractora, internada en un centro mixto de régimen cerrado, en relación con sus variables sociodemográficas y con las características de su proceso de internamiento. Se estudiaron un total de 25 expedientes, del sexo masculino en edades comprendidas entre los 13 y 18 años, de los cuales el 100% son transgresores, siendo el 84% internados por robo, el 8%, por abuso sexual, y el 8% restante por asesinato; en relación al consumo de sustancias el 8% ha consumido alcohol o cigarrillo, mientras que el 72% consume múltiples sustancias psicotropas. En relación a los niveles de ansiedad el 92% del total de la muestra presentó poca tolerancia a la frustración.

Se aplicó una batería de instrumentos, incluyendo la Historia Clínica Psicológica, entrevista, observación, el Cuestionario de situaciones y respuestas ISRA, Escala de Hamilton para la ansiedad y SEAPSI de personalidad, Presentando los siguientes resultados, en relación a la ansiedad, en el área cognitiva un 20% de los jóvenes presentan ansiedad extrema, el 40% ansiedad severa, el 28 % ansiedad moderada y en el 12% de la población restante no se evidencian niveles de ansiedad. En el área fisiológica el 8% presenta ansiedad extrema, el 56% denota ansiedad severa, en relación al 28% que presenta ansiedad moderada y el 8% no presenta sintomatología ansiosa. En el área motora el 4% de la población presenta ansiedad extrema, el 52% ansiedad severa, el 36% de los jóvenes manifiestan ansiedad moderada y en el 8% restante no se registran niveles de ansiedad. Es decir de la población total de adolescentes infractores aproximadamente el 60% de los internos presentan ansiedad severa en todas las áreas debido a factores estresores tales como la recidiva del consumo de sustancias psicotrópicas, la falta de fuentes de esparcimiento, la situación de reclusión entre otras

Asimismo entre los factores situacionales tenemos, ansiedad a la evaluación con resultados de 36% ansiedad severa, 52% ansiedad moderada y 12% ansiedad mínima. En la ansiedad interpersonal se manifiesta que el 60% de la

población presenta ansiedad severa, 36% ansiedad moderada, mientras que el 4% de los adolescentes exteriorizan ansiedad mínima

Igualmente en ansiedad fóbica el 4% de la población denota ansiedad extrema, el 12% muestra ansiedad severa, el 40% ansiedad moderada y el 8% ansiedad mínima. En ansiedad a la vida cotidiana se registra que el 4% de los internos reflejan ansiedad extrema, el 56 % ansiedad severa, mientras que el 40% exteriorizan ansiedad moderada.

Como conclusiones más relevantes cabe señalar que los adolescentes infractores presentan niveles de ansiedad superiores al resto de sus coetáneos debido al internamiento y a las condiciones de vida. Además se concluye que consumo de sustancias psicotrópicas en los jóvenes produce ansiedad severa reflejada por el síndrome de abstinencia, factor que puede precipitar al colectivo adolescente a delinquir nuevamente. En los jóvenes por delito de asesinato la ansiedad se denota a través de la inseguridad, miedo y paranoia, con respuestas motoras de movimientos repetitivos y consumo de alcohol, en los jóvenes por delito de robo, la ansiedad se manifiesta como frustración ante una lucha de poder para aclarar quién controla a quien, igualmente la hipersensibilidad ante la insatisfacción o interferencia con sus deseos o acciones produce en estos jóvenes ansiedad extrema y en los adolescentes acusados por abuso sexual la ansiedad se refleja con pensamientos o sentimientos de inferioridad, torpeza, preocupación, inseguridad, temor y dificultad para concentrarse.

Palabras claves: ansiedad, adolescencia, delincuencia; internamiento, privación de libertad, inadaptación, juventud infractora.

II. SUMMARY

This study aims to analyze the relationship between anxiety levels and juvenile delinquency, a delinquent adolescent population, confined in a joint center of the closed system with respect to their sociodemographic characteristics and the process of institutionalization. We studied a total of 25 cases, male aged between 13 and 18 years of age, of which 100% are offenders, of these 84% are hospitalized for robbery, 8%, sexual abuse, and the remaining 8% for murder in relation to substance use 8% have used alcohol or cigarettes, while 72% were taking multiple psychotropic substances. With regard to anxiety levels 99% of the total sample had a low tolerance for frustration.

We applied a battery of instruments, including Psychological Clinic history, interview, observation, questionnaire and response situations ISRA, Hamilton scale for anxiety and personality SEAPSI, presents the following findings in relation to anxiety in the area 20% cognitive young people have extreme anxiety, severe anxiety, 40%, 28% moderate anxiety in 12% of the remaining population did not show anxiety levels. In the 8% area physiological features extreme anxiety, 56% indicates severe anxiety, relative to 28% with anxiety moderate and 8% had no symptoms of anxiety. In the motor area 4% of the population suffers from extreme anxiety, 52% experience severe anxiety, 36% of children have moderate anxiety and 8% are not present anxiety. In the total population of juvenile offenders about 60% of inmates have severe anxiety in all areas due to factors such as recurrence stressors of psychotropic substance abuse, lack of entertainment sources, the situation of detention among other Also among the situational factors have, anxiety evaluation results of 36% with severe anxiety, moderate anxiety 52% and 12% minimum anxiety. In interpersonal anxiety gives results 60% of the population suffers from severe anxiety, moderate anxiety 36%, while 4% of adolescents externalize minimum anxiety

Also in phobic anxiety 4% of the population suffers extreme anxiety, 12% showed severe anxiety, moderate anxiety, 40% and 8% minimum anxiety. In everyday anxiety to have that 4% of inmates have severe anxiety, severe

anxiety, 56%, while 40% moderate anxiety externalized. As major conclusions should be noted that young offenders have levels of anxiety than the rest of their peers due to confinement and living conditions. Furthermore it is concluded that consumption of psychotropic drugs in youth produces severe anxiety reflected by the withdrawal, precipitating factor that may offend the collective teenager again. In young people for the crime of murder anxiety is denoted by insecurity, fear and paranoia, with repetitive motor responses, and alcohol consumption in young people for theft, anxiety, frustration manifests itself as a struggle able to clarify who controls who, like hypersensitivity to dissatisfaction or interference with their wishes or actions in these youth produces extreme anxiety.

Keywords: anxiety, adolescence, delinquency, detention, imprisonment, maladjustment, youth offending.

III. INTRODUCCIÓN

La adolescencia es, sin lugar a duda, una etapa crítica para la socialización y el pertinente desarrollo de la autonomía personal y la madurez psicológica. Se constituye como un período en el que los miedos y la ansiedad poseen especial relevancia educativa, social y clínica. Cabe recalcar que muchos de los trastornos de ansiedad se inician, justamente, en esta etapa, cuando el joven “valora la situación que está viviendo como una amenaza y no percibe que su capacidad para enfrentarse a dicha situación sea suficiente para neutralizarla” (Valdés y Arroyo, 2002).

Afrontarse a cambios en la manera de ser, pensar y vivir requiere capacidades para tolerar la frustración y la angustia que éstos conllevan. Por esta razón, cuando el rechazo y la negligencia ambiental, social y familiar, se perpetúan desde las primeras fases evolutivas, la adolescencia se presenta como una etapa especialmente difícil.

La problemática social en torno y respecto a la delincuencia se ha analizado a través de distintos enfoques disciplinares, caracterizados frecuentemente por una visión fragmentada de este fenómeno, pues cada disciplina le imprime su propia lógica epistemológica, y sin que al momento actual se hayan integrado los avances alcanzados en cada una de ellas en forma global o integradora. Tradicionalmente, las dos grandes vertientes gnoseológicas a través de las cuales se han hecho aproximaciones teóricas al fenómeno, son las ciencias sociales y las ciencias penales y, recientemente, se les ha sumado una tercera vertiente, la de la salud pública; siendo ésta última la disciplina a través de la cual se ara la observación al fenómeno de la delincuencia y la calidad de vida de los jóvenes infractores.

En principio diré que para realizar un análisis de la delincuencia, desde la salud pública, se debe partir de la base de que se trata de un fenómeno humano predecible y por lo tanto prevenible. Así entonces, la delincuencia es vista como una forma de inadaptación social, luego de la cual, al producirse, se da

un desafío a la misma sociedad y a su normativa de convivencia. Las condiciones y los cambios que conducen a los adolescentes a la delincuencia son múltiples y muy diferentes unos de otros; de ahí la afirmación de que la delincuencia es poliforme (Jiménez, 2005).

La delincuencia juvenil engloba a todos aquellos jóvenes menores de edad que entran en conflicto con la ley y tiene su origen en una dificultad o imposibilidad de adaptación e integración social; llegando a este estado de internamiento, ya que su proceso de desarrollo ha sido interferido por contextos adversos, caracterizados por historias de carencia y maltrato, rupturas de lazos familiares, estrés familiar, la capacidad de los padres para responder adecuadamente ante problemas y necesidades de sus hijos, abandono, victimización temprana, abuso sexual, negligencia parental, fracaso o deserción escolar y entornos en los que prima la violencia, el microtráfico, de drogas y/o los patrones de conducta delictuales, entre otros. Siendo esta población vulnerable ante la tolerancia, procesamiento, elaboración y aceptación de la ansiedad.

La existencia de factores de riesgo asociados al incremento de niveles de ansiedad en los adolescentes, en algunos casos resultan útiles para construir perfiles de riesgo que orienten la focalización de políticas preventivas.

Colateralmente la ausencia de apoyos en el entorno inmediato y/o la falta de referentes estables, así como la carencia de estrategias de afrontamiento pueden llegar a cronificar los estados ansiosos.

La escasa capacidad para gestionar el dolor que comporta la asunción del error conduce al adolescente infractor a resistirse inicialmente a cualquier tipo de cambio, eludiendo las inevitables crisis.

Los adolescentes infractores recluidos en el centro de internamiento mixto de nuestra ciudad, presenta la circunstancia traumática de privación temporal de libertad, como consecuencia, resulta pertinente esperar un incremento considerable de sus niveles de ansiedad y por ende el incremento de

manifestaciones clínicas. En este sentido, parece que los niveles extremos de ansiedad en los primeros períodos de internamiento no sólo desfavorecen, sino que interfieren los procesos de adaptación y cambio, generando hostilidad hacia el programa establecido dentro de la institución.

Algunos estudios advierten que cuando se maximiza el control y la seguridad institucional se constatan más conductas disruptivas en los internos. Al coincidir el aislamiento del entorno, la separación de las personas referenciales, el consumo de sustancias psicotrópicas, la desubicación y la incertidumbre sobre la duración del internamiento, frecuentemente aparecen o se intensifican sintomatologías como el bloqueo, el negativismo, la abulia, la irritabilidad, la impulsividad, la agresividad, al aislamiento o el egocentrismo, que constituyen respuestas o comorbilidad a los niveles de ansiedad.

En este sentido, aunque las emociones negativas desempeñan una función adaptativa del ser humano, el problema emerge cuando dichas emociones afloran con excesiva frecuencia, intensidad y duración, influyendo negativamente en el bienestar personal. En este caso, pierden su carácter regulador y pueden convertirse en conductas patológicas.¹

Ante esta situación, me propongo estudiar los niveles de ansiedad de una población adolescente infractora, bajo medida judicial de privación de libertad. Pretendiendo una mejor comprensión del fenómeno que incentive la reflexión del equipo interprofesional y promueva la búsqueda de alternativas educativas propositivas.

¹ Echeburúa, E., De Corral, P. y Amor, P. J. (2001). Estrategias de afrontamiento ante los sentimientos de culpa. *Análisis y modificación de conducta* 27 (116), 905-929.

IV. REVISION LITERARIA

CAPITULO I ADOLESCENTES

1. GENERALIDADES

La adolescencia es el ciclo en la vida del hombre que continua a la pubescencia y la pubertad. Se inicia entre los 11 o 14 años y culmina con la madurez, (18 a 19 años). No solo es la fase de mayores cambios psicológicos, sino que también está lleno de cambios físicos.

En esta etapa se toman grandes decisiones que marcaran a los jóvenes para siempre. Es el momento de poner a prueba todas las enseñanzas de nuestros padres, puesto que es la época de cuestionamientos.

Precisamente por las enseñanzas recibidas estamos en condiciones de ejercer con plenitud todas nuestras libertades interiores y decidir progresivamente en la formación de nuestra personalidad.

La aparente despreocupación, que percibe la sociedad, de los adolescentes, no es tal, ya que los jóvenes viven por dentro un conflicto interior.

A pesar de ser una etapa de alegría, los adolescentes pasan rápidamente de la euforia al bajón, del entusiasmo al desinterés, presentando conductas que lo ayudan a encontrar su propio equilibrio y le permitan emprender el camino hacia un futuro venturoso.

Es importante, en esta etapa de cambios, la presencia de los padres, estos deben actuar estableciendo límites apropiados para que todo no sea un desparramo, pero deben comprender que sus esfuerzos por cuidarlo y protegerlo, serán rechazados y cuestionados.

La indiferencia y la rebeldía del joven se harán presentes, y ante cualquier pregunta se sentirán invadidos, con miedo a defraudarlos y con el objeto de evitar cualquier pelea que pueda poner en juego sus salidas, las respuestas serán cortantes.

Para poder tener un mejor dominio del proceso abordado en el presente trabajo, a continuación daremos un esbozo de los principales teóricos o corrientes que tratan el tema.

Teoría psicoanalítica de Freud: Según esta teoría, la adolescencia es un estadio del desarrollo en el que brotan los impulsos sexuales y se produce una primacía del erotismo genital. Supone, por un lado, revivir conflictos edípicos infantiles y la necesidad de resolverlos con mayor independencia de los progenitores y, por otro lado, un cambio en los lazos afectivos hacia nuevos objetos amorosos.

Teoría de la adolescencia de Erikson: Para Erikson la adolescencia es una crisis normativa, es decir, una fase normal de incremento de conflictos, donde la tarea más importante es construir una identidad coherente y evitar la confusión de papeles.

Visión psicosociológica: Esta visión subraya la influencia de los factores externos. La adolescencia es la experiencia de pasar una fase que enlaza la niñez con la vida adulta, y que se caracteriza por el aprendizaje de nuevos papeles sociales: no es un niño, pero tampoco es un adulto, es decir, su estatus social es difuso. En este desarrollo del nuevo papel social, el adolescente debe buscar la independencia frente a sus padres. Surgen ciertas contradicciones entre deseos de independencia y la dependencia del demás, puesto que se ve muy afectadas por las expectativas de los otros.

Escuela de Ginebra. Piaget: Este autor señala la importancia del cambio cognitivo y su relación con la afectividad. El importante cambio cognitivo que se produce en estas edades genera un nuevo egocentrismo intelectual, confiando excesivamente en el poder de las ideas.

Teoría de Elkind: Como autor de orientación piagetiana, habla de dos aspectos de ese egocentrismo adolescente: “la audiencia imaginaria”, que es la obsesión que tiene el adolescente por la imagen que los demás poseen de él, y la creencia de que todo el mundo le está observando; y “la fábula personal” que es la tendencia a considerar sus experiencias como únicas e irrepetibles.

Teoría focal de Coleman: Este autor toma a la adolescencia como crisis, si bien los conflictos se dan en una secuencia, de tal forma que el adolescente puede hacerlos frente y resolver tantos conflictos sin saturarse.

2. DEFINICIONES

La Adolescencia es la etapa que transcurre entre los 11 y 19 años, considerándose dos fases, la adolescencia temprana 11 a 14 años y la adolescencia tardía 15 a 19 años. En cada una de las etapas se presentan cambios tanto en el aspecto fisiológico (estimulación y funcionamiento de los órganos por hormonas, femeninas y masculinas), cambios estructurales anatómicos y modificación en el perfil psicológico y de la personalidad. Sin embargo la condición de la adolescencia no es uniforme y varía de acuerdo a las características individuales y de grupo.

Cada individuo posee una personalidad y en esta etapa es cuando más la manifiesta generalmente, no solo de manera individual sino de forma grupal, para poder medir el grado de aceptación en los diferentes escenarios sociales e ir haciendo los ajustes o modificaciones necesarios para sentirse aceptado socialmente².

El perfil psicológico generalmente es transitorio y cambiante es emocionalmente inestable. El desarrollo de la personalidad dependerá en gran medida de los aspectos hereditarios, de la estructura y experiencias en la etapa infantil preescolar y escolar y de las condiciones sociales, familiares y ambientales en el que se desenvuelva el adolescente.

Por la misma inestabilidad emocional, por desconocimiento, temor, experimentar una nueva vivencia o falta de una toma de decisión adecuada y en ocasiones combinado con una baja autoestima, es una etapa para una gran parte de ellos, muy susceptible de tomar una conducta inadecuada que puede tratarse desde las relacionadas con los hábitos alimenticios (trastornos de la conducta alimenticia), alteración en la relación personal o conductas más dañinas auto destructibles como hábito del tabaco, alcohol u otro tipo de droga.

² J. De Moragas, Psicología del niño y del adolescente.

3. ETAPAS DE LA ADOLESCENCIA

La adolescencia es la etapa del crecimiento en la que se realizan los mayores cambios biológicos. A partir de los 8 años, el crecimiento físico sufre una notable aceleración, hasta el punto de que entre los 11 y los 16 años se crece más que en años anteriores y posteriores.

Estos cambios se producen en el esqueleto, la musculatura, los órganos internos, el aparato respiratorio, etc., y se manifiestan en una serie de indicadores como los cambios de voz, la aparición de los segundos molares, el desarrollo de los órganos sexuales - primera menstruación/eyaculación, desarrollo pelviano-mamario, aparición de vello púbico y axilar, etc., aparición de barba, etc.

Las causas motivantes de estos cambios físicos tienen origen interno hormonas, sistema nervioso, hipotálamo, hipófisis, genética, etc, y externo condiciones de vida, ambiente social, alimentación, salud, etc.

La dependencia de tan diversos factores, a la vez que el paralelo, aunque relacionado, desarrollo psico-social, supone que las fases o etapas biológicas de la adolescencia no estén claras. Aun así, podemos establecer 3 etapas de forma muy general.³

3.1 La Pre-Adolescencia: (8- 11 años)

La característica fundamental de esta fase es el rápido crecimiento somático, con la aparición de los caracteres sexuales secundarios. La clasificación de las distintas fases de maduración puberal de Tanner es de gran utilidad para poder utilizar un lenguaje común entre todos los profesionales.

Estos cambios hacen que se pierda la imagen corporal previa, creando una gran preocupación y curiosidad por los cambios físicos. El grupo de amigos,

³ Francisco Canova, Sicoología Evolutiva del Adolescente, fases del desarrollo fisiológico y sicológico del a adolescencia, 7º Edicion, San Pablo 1994.

normalmente del mismo sexo, sirve para contrarrestar la inestabilidad producida por estos cambios, en él se compara la propia normalidad con la de los demás y la aceptación por sus compañeros de la misma edad y sexo. Los contactos con el sexo contrario se inician de forma “exploratoria”.

También, se inician los primeros intentos de modular los límites de la independencia y de reclamar su propia intimidad pero sin crear grandes conflictos familiares.

La capacidad de pensamiento es totalmente concreta, no perciben las implicaciones futuras de sus actos y decisiones presentes. Creen que son el centro de una gran audiencia imaginaria que constantemente les está observando, con lo que muchas de sus acciones estarán moduladas por este sentimiento (y con un sentido del ridículo exquisito). Su orientación es existencialista, narcisista y son tremendamente egoístas.⁴

3.2 Segunda Etapa De La Adolescencia: (11 -15 años)

El crecimiento y la maduración sexual prácticamente han finalizado adquiriendo alrededor del 95% de la talla adulta y siendo los cambios mucho más lentos, lo que permite restablecer la imagen corporal.

La capacidad cognitiva va siendo capaz de utilizar el pensamiento abstracto, aunque este vuelve a ser completamente concreto durante períodos variables y sobre todo con el estrés. Esta nueva capacidad les permite disfrutar con sus habilidades cognitivas empezándose a interesar por temas idealistas y gozando de la discusión de ideas por el mero placer de la discusión. Son capaces de percibir las implicaciones futuras de sus actos y decisiones aunque su aplicación sea variable.

Tienen una sensación de omnipotencia e invulnerabilidad con el pensamiento mágico de que a ellos jamás les ocurrirá ningún percance; esta sensación facilita los comportamientos de riesgo que conllevan a la mortalidad (alcohol,

⁴ Francisco Canova, Psicología Evolutiva del Adolescente, fases del desarrollo fisiológico y psicológico del a adolescencia, 7ª Edición, San Pablo 1994.

tabaco, drogas, embarazo, etc.) de este período de la vida y que puede determinar parte de las patologías posteriores en la época adulta.

La lucha por la emancipación y el adquirir el control de su vida está en plena efervescencia y el grupo adquiere una gran importancia, sirve para afirmar su autoimagen y definir el código de conducta para lograr la emancipación. Es el grupo el que dicta la forma de vestir, de hablar y de comportarse, siendo las opiniones de los amigos mucho más importantes que las que puedan emitir los padres; estas últimas siguen siendo muy necesarias, aunque sólo sea para discutir las, sirven de referencia y dan estabilidad, los padres permanecen, el grupo cambia o desaparece.

La importancia de pertenecer a un grupo es altísima, algunos adolescentes antes que permanecer "solitarios" se incluyen en grupos marginales, que pueden favorecer comportamientos de riesgo y comprometer la maduración normal de la persona.

Las relaciones con el otro sexo son más plurales pero fundamentalmente por el afán narcisista de comprobar la propia capacidad de atraer al otro, aunque las fantasías románticas están en pleno auge.⁵

3.3 Tercera Etapa De La Adolescencia: (15 -19 años)

El crecimiento ha terminado y ya son físicamente maduros. El pensamiento abstracto está plenamente establecido aunque no necesariamente todo el mundo lo consigue. Están orientados al futuro y son capaces de percibir y actuar según las implicaciones futuras de sus actos.

Es una fase estable que puede estar alterada por la "crisis de los 21", cuando teóricamente empiezan a enfrentarse a las exigencias reales del mundo adulto. Las relaciones familiares son de adulto a adulto y el grupo pierde importancia para ganar las relaciones individuales de amistad.

⁵ Francisco Canova, *Sicología Evolutiva del Adolescente, fases del desarrollo fisiológico y psicológico del a adolescencia*, 7ª Edición, San Pablo 1994.

Las relaciones son estables y capaces de reciprocidad y cariño y se empieza a planificar una vida en común, familia, matrimonio y proyectos de futuro.⁶

4. IDENTIDAD DEL ADOLESCENTE

La adolescencia es un momento de búsqueda y consecución de la identidad personal. Esta identidad es de naturaleza psicosocial y contiene importantes ingredientes de naturaleza cognitiva. El adolescente se juzga a sí mismo de la misma forma de cómo es percibido por los otros, y se compara con ellos. Estos juicios pueden ser conscientes o inconscientes, con inevitables connotaciones, afectivas, que dan lugar a una conciencia de identidad exaltada o dolorosa, pero nunca afectivamente neutra.

El autoconcepto es el elemento central de la identidad personal, pero integra en sí mismo elementos corporales, psíquicos, sociales y morales.

Los cambios fisiológicos obligan a revisar y rehacer la imagen del propio cuerpo. La preocupación por el propio físico pasa a primer plano. Pero no sólo la imagen del propio físico, sino la representación de sí mismo pasan a constituir un tema fundamental. El adolescente tiene una enorme necesidad de reconocimiento por parte de los otros, necesita ver reconocida y aceptada su identidad por las personas (adultos, compañeros) que son significativas para él. Es este reconocimiento y aceptación lo que asegura un concepto positivo de sí mismo.

Cuando el desarrollo del niño se produce en una familia armónica y en una sociedad que le acepta, le apoya en sus progresos y ante sus dificultades, su salud mental se caracteriza por su capacidad para adaptarse al crecimiento y a las exigencias a las que es sometido.

La adolescencia es considerada en sí misma una etapa de crisis ya que implica adaptarse a cambios físicos, psicológicos y medioambientales (familiares y extrafamiliares) pues es el momento en que "se empieza a dejar de ser niño" y

⁶ Francisco Canova, *Sicología Evolutiva del Adolescente, fases del desarrollo fisiológico y psicológico del a adolescencia*, 7ª Edición, San Pablo 1994.

esto conlleva el tener como una tarea importante en esta etapa el aceptar la pérdida de esa infancia.

Por su parte la adolescencia de los hijos es también una etapa de crisis para los padres ya que éstos tendrán que vivir junto con el adolescente estos cambios: el hijo que tienen frente a sí no es un niño pero tampoco es un adulto, no será de extrañar sus cambios en el comportamiento mostrándose opositor y desafiante, pareciera que está peleado con todos y con todo, se muestra inconforme con todo lo que antes era aceptado llámese familia, sociedad, cultura, religión, etcétera,

El adolescente siente la necesidad de estar menos tiempo con sus padres, lo que le va a permitir desprenderse de ellos y estar en posibilidad de establecer nuevas relaciones principalmente con otros adolescentes hombres y mujeres; el adolescente desarrolla modas en el vestir, en el saludo, en el lenguaje, en el arreglo ¿desarreglo? personal, "se casa" con ideas radicales manifestándose o bien como ateo o como comunista, situaciones todas éstas que van a repercutir de una u otra forma, en mayor o menor medida en la actitud y en el comportamiento de esos padres hacia sus hijos adolescentes, y es así como también con aportación de los padres (idealmente tolerando y guiando estos cambios) el adolescente va conformando su identidad.

La necesidad más importante del adolescente es la de lograr un status ante los ojos de sus iguales y los de sus adultos - padres, familiares, educadores, etc., es la necesidad de adaptación. Entre otras necesidades, de no menos importancia, están la de independencia y la de logro. Esta última muy relacionada con el aprendizaje.

Cuando el adolescente no puede satisfacer alguna necesidad se vuelve inquieto y tenso, y busca salidas para reducir su estado de desequilibrio. Salidas que se manifiestan en sus actitudes, actividades, comportamientos, intereses, etc. y, en definitiva, en su desarrollo personal.

La comprensión de los problemas de la adolescencia, por parte de los educadores, puede contribuir a la transición de los educandos hasta el rol de adultos, es decir, a su socialización y desarrollo.

4.1 Identidad sexual del adolescente

El ser humano desde que nace inicia un camino que le conducirá a su individualización que consiste en el desarrollo de la propia identidad, entendida ésta como la conciencia de ser un ser autónomo y diferenciado de los demás, la conciencia de sí mismo.

Podemos afirmar que en torno a los tres años los niños y las niñas adquieren la identidad de núcleo genérico o identidad básica de género. Este concepto hace referencia al hecho de que, desde un punto de vista evolutivo, es la primera vez que los niños y las niñas perciben su identidad sexuada. Sin embargo, la identidad sexual y de género adquirirá su conformación madura a lo largo de la adolescencia.

La identidad sexual hace referencia a la conciencia de pertenecer a un sexo en función de los atributos corporales en especial los genitales, mientras que la identidad de género hace referencia a los contenidos de la identidad que provienen de las atribuciones que una cultura determinada hace al hecho de ser mujer u hombre, respecto a actitudes, valores, comportamientos, etc.⁷

5. CAMBIOS FÍSICOS DEL ADOLESCENTE

La adolescencia se caracteriza por cambios físicos enormes que trasladan a la persona desde la niñez hasta la madurez física. Los cambios tempranos de la pre pubertad se notan con la aparición de las características sexuales secundarias.

⁷ Marquez L., Phillippi A., 1995 y Coleman J., 1980, Juventud y Adolescencia.

Las niñas pueden empezar a desarrollar los brotes de senos a los 8 años de edad, con un desarrollo completo de ellos que se alcanza en algún momento entre los 12 y los 18 años. El crecimiento del vello púbico, así como también el vello de la axila y de la pierna, comienza normalmente alrededor de los 9 ó 10 años de edad y alcanza los patrones de distribución adulta alrededor de los 13 ó 14 años.

La menarquía (el comienzo de los períodos menstruales) ocurre en forma característica alrededor de dos años después de notarse los cambios iniciales de la pubertad. Puede suceder incluso hacia los 10 años o, a más tardar, hacia los 15 años, siendo el promedio en los Estados Unidos aproximadamente a los 12.5 años. Entre los 9.5 y los 14.5 años se presenta un crecimiento rápido en la estatura en las niñas, alcanzando el punto máximo alrededor de los 12 años.

Los niños pueden comenzar a notar agrandamiento escrotal y testicular incluso a 9 años de edad seguido de cerca por el alargamiento del pene. El tamaño y la forma de los genitales adultos se logra normalmente hacia la edad de 16 a 17 años. El crecimiento del vello púbico (así como también el vello de la axila, pierna, pecho y cara) en los hombres, comienza en los niños alrededor de los 12 años y alcanza los patrones de distribución adulta más o menos entre los 15 y 16 años.

Un crecimiento rápido en la estatura sucede en los niños entre las edades de más o menos 10.5 a 11 años y 16 a 18 años, alcanzando su punto máximo alrededor de los 14 años. La pubertad en los hombres no está marcada con un incidente súbito, como lo es el comienzo de la menstruación en las mujeres. La aparición de emisiones nocturnas regulares (poluciones nocturnas) marca el inicio de la pubertad en los varones y ocurre normalmente entre las edades de 13 y 17 años, con un promedio alrededor de los 14.5 años.

Los cambios en la voz en los hombres suceden normalmente junto con el crecimiento del pene y la aparición de emisiones nocturnas ocurre con el punto máximo de aumento de estatura.

6. CAMBIOS PSICOLÓGICOS DEL ADOLESCENTE

La adolescencia es una fase de reafirmación del Yo, el individuo toma conciencia de sí mismo y adquiere mayor control emocional.

Se produce el deseo de querer alcanzar mayor independencia y libertad; el adolescente quiere más autonomía y busca nuevas experiencias, pierde la confianza básica en la familia y se siente extraño y angustiado con el mundo.

Esta situación hace que el adolescente tenga un comportamiento susceptible, arrogante y crítico. Reconoce la madurez de su pensamiento, sube su inteligencia práctica y creativa, es consciente de las consecuencias de sus actos y posee una sexualidad equiparable a la de los adultos.

En si los cambios psicológicos que se producen durante la adolescencia son:

- **Invencibilidad:** el adolescente explora los límites de su entorno, tanto de su propio físico, como de sus posibilidades. Ello trae como consecuencia el gusto por el riesgo.
- **Egocentrismo:** el adolescente se siente el centro de atención porque se está descubriendo a sí mismo, y para él, no hay nada más importante en ese momento.
- **Audiencia imaginaria:** el adolescente, nervioso por los cambios que está viviendo, se siente observado constantemente, parece como si todo el mundo estuviera siempre pendiente de él. Es entonces cuando aparece la sensación de vulnerabilidad y el miedo al ridículo.
- **Ampliación del mundo:** el mundo no se acaba en las paredes del domicilio familiar, por lo que comienzan a surgir sus propios intereses.
- **Apoyo en el grupo:** el adolescente se siente confundido y adquiere confianza con sus iguales. El apoyo que logra en el grupo es importante para seguir creciendo, puesto que les une el compartir actividades.

- Redefinición de la imagen corporal, relacionada a la pérdida del cuerpo infantil y la consiguiente adquisición del cuerpo adulto.
- Culminación del proceso de separación / individualización y sustitución del vínculo de dependencia simbiótica con los padres de la infancia por relaciones de autonomía plena.
- Elaboración de los duelos referentes a la pérdida de la condición infantil: el duelo por el cuerpo infantil perdido, el duelo por el rol y la identidad infantil (renuncia a la dependencia y aceptación de nuevas responsabilidades) y el duelo por los padres de la infancia (pérdida de la protección que éstos significan).
- Elaboración de una escala de valores o códigos de ética propios.
- Búsqueda de pautas de identificación en el grupo de pares.⁸

6.1 Desarrollo afectivo del adolescente

El adolescente marca una inestabilidad emocional que se ve representada por incoherente e imprevisible también tienen explosiones afectivas intensas, pero superficiales. El adolescente se caracteriza por tener muchos comportamientos emocionales impulsivos. Estas reacciones tienen que ver con el impulso sexual de esta etapa, de hecho esto mismo genera ansiedad.

En esta etapa el adolescente tiene una sobreestimación de sí mismo se cree una persona extraordinaria, y presenta menos precio de sus capacidades y habilidades, y es muy común que se comparen con otros jóvenes.

Hay factores que intervienen en el desarrollo afectivo. La forma que interactúan y el grado en que interviene en cada adolescente.

⁸. Aranda Maria, Carrillero Miguel, Leon Vicente. Psicología infantil y juvenil. Cursos de orientación familiar

Los principales conceptos básicos son:

- Necesidad: Es la carencia de aspectos fisiológicos y psicológicos.
- Interés: Cuando un individuo concentra su atención en un objetivo.
- Emoción: Esto engloba el aspecto neurológico, síquico, hereditario, estables y mudables y colectivos e individuales de dicha reacción.
- Sentimiento: resultados de una reacción emocional, que se forma a partir de experiencias emocionales.

El desarrollo afectivo de los jóvenes, se parte de sus emociones y sentimientos dependen de la satisfacción de las necesidades, estas varían dependiendo de la situación o de la experiencia. Maslow jerarquiza las necesidades humanas y menciona que estas se desarrollan de acuerdo a un orden.

Cuáles son las necesidades de una adolescente:

- Desarrollo de la capacidad de pensamiento
- Preocupación por la fisiología, la política y asuntos sociales
- Pensamientos a largo plazo
- Establecen objetivos
- Comparación de sí mismo con los compañeros.

La relación que tiene el adolescente con otros:

1. El joven al querer independizarse se ve involucrado en estas situaciones durante muchos años:
 - La independencia de sus padres
 - Aceptación de tus pares

- Las relaciones con el sexo opuesto se vuelven muy importantes
- Se enamoran a esta edad
- Se comprometen en los compromisos a largo plazo

6.2 Desarrollo social del adolescente

Esta se manifiesta desde temprana edad, ya que el adolescente comienza a pertenecer a grupos de amigos cuya principal finalidad es jugar y hacer travesuras, a medida que va creciendo comienza a tener otras inquietudes, a la hora de elegir a sus amigos es selectivo, ya que busca en ellos las mismas inquietudes, ideales y condiciones económicas que él, además de que el grupo es de ambos sexos, esto conlleva a la atracción entre ambos y producto de esto el adolescente comienza a tener tácticas amorosas.

Algunos psicólogos creen que esta etapa es una de la más difíciles del ser humano, ya que el adolescente ve a la sociedad y al mundo con una perspectiva de crítica y rechazo, es en este periodo donde el joven se hace independiente de los padres y entra en un periodo transitorio en donde su grupo de amigos es lo principal, el apoyo lo buscan en compañeros, amigos y gente externa al vínculo familiar.

La crítica y los sentimientos trágicos son su principal tema de conversación, hablan de los muchachos o muchachas, paseos y conflictos con sus padres o depresiones. Estas conversaciones sirven para dejar salir sus preocupaciones y descansar de su estado trágico.

6.3 Desarrollo de la personalidad del adolescente

La búsqueda de este, en esta etapa es muy delicada y clave en el desarrollo de la personalidad que va a regir la vida del adulto, su desarrollo social, emocional y desenvolvimiento positivo en la sociedad.

En el adolescente la imagen corporal adquiere mayor importancia cuando él se encuentra en grupos que dan demasiada importancia a los atributos físicos

tanto de varón como de la mujer, o cuando su entorno familiar o social se burlan de cualquiera de sus características físicas, la mujer le da mayor importancia a su físico que en el caso del hombre y en algunos casos determina la profesión escogida. El factor físico del adolescente es más importante en el ambiente en que se mueve el joven, es la mayor motivación para mantener en funcionamiento todas sus acciones hacia el logro de metas propuestas.

6.4 Desarrollo Cognitivo Del Adolescente

El niño de 11-12 años va entrando en lo que la Escuela de Ginebra denomina: “Periodo de operaciones formales”, el pensamiento lógico ilimitado, que alcanza su pleno desarrollo hacia los 15 años. (Estudios posteriores lo prolongan hasta los 18-20 años).

Este periodo se caracteriza por el desarrollo de la capacidad de pensar más allá de la realidad concreta. La realidad es ahora un subconjunto de lo posible, de las posibilidades para pensar.

En la etapa anterior el niño desarrollo un número de relaciones en la interacción con materiales concretos; ahora puede pensar acerca de la relación de relaciones y otras ideas abstractas.

El adolescente de pensamiento formal tiene la capacidad de manejar, a nivel lógico, enunciados verbales y proposiciones en vez de objetos concretos únicamente (pensamiento proposicional). Es capaz de entender plenamente, y apreciar las abstracciones simbólicas del álgebra y las críticas literarias, así como el uso de metáforas en la literatura. A menudo se ve involucrado en discusiones espontáneas sobre filosofía y moral, en las que son abordados conceptos abstractos, tales como justicia y libertad.

Desarrolla estrategias de pensamiento hipotético-deductivo, es decir, ante un problema o situación actúa elaborando hipótesis (posibles explicaciones con condiciones supuestas), que después comprobará si se confirman o se refutan.

Puede manejar las hipótesis de manera simultánea o sucesiva, y trabajar con una o varias de ellas.

La comprobación de las hipótesis exige la aplicación del razonamiento deductivo: capacidad de comprobar sistemáticamente cada una de las hipótesis establecidas, después de seleccionárselas y analizarlas.

Importante es mencionar que estudios posteriores han ido matizando algunas de las ideas expuestas por Piaget, aunque los conceptos anteriores parecen mantenerse.

6.5 El Desarrollo Moral del Adolescente

El enfoque "cognitivo-evolutivo" de Piaget y Kohlberg es el más adecuado para tratar el desarrollo moral en la adolescencia.

Kohlberg reelaboró el esquema de Piaget, el cual describió dos estadios principales en el pensamiento moral; el realismo moral y el de moralidad de cooperación. Kohlberg reelaboró el esquema de Piaget transformándolo en otro compuesto por seis estadios diferentes. Su método consistió en presentar situaciones hipotéticas, que implicaban dilemas morales, a niños o adolescentes de diversas edades, clasificando las respuestas con arreglo a una teoría de los estadios de desarrollo moral. La fase del desarrollo moral que corresponde a la adolescencia es el Post Convencional (el cual comprende los estadios cinco y seis) Esta fase comienza a partir de los trece años.

El primer estadio mencionado se le denomina "Contrato social y/o orientación de la conciencia". Al comienzo de este estadio, el comportamiento moral tiende a concebirse según derechos y niveles generales establecidos por la sociedad, considerada ésta como un todo, pero más tarde existe una creciente orientación hacia las decisiones íntimas de conciencia.

El estadio número seis es denominado como "Orientación según principios éticos universales". En este estadio existe una tendencia a formular principios

éticos abstractos y a guiarse por ellos (así como por ejemplo: la igualdad de derechos, la justicia o el respeto a todos los seres humanos)

7. RELACIONES INTERPERSONALES

Los adolescentes se encuentran con dos grandes fuentes de influencia social en su desarrollo: Los, amigos que adquieren un papel fundamental en este periodo; y la familia (especialmente los padres).

A partir de la pubertad la elección de compañeros se basa sobre todo en aspectos individuales del carácter. La simpatía en el momento de la adolescencia se dirige cada vez más hacia la personalidad total del otro; y tiene en cuenta, sobretodo, las cualidades afectivas de éste.

Con el desarrollo de la madurez las posibilidades asociativas se multiplican, y las relaciones sociales se descubren mejor. El adolescente no sólo tiene la necesidad de encontrar un amigo, sino, alguien que este con él en todo momento, acompañándolo en sus necesidades internas.

Para los adolescentes la amistad significa entablar relaciones duraderas basadas en la confianza, la intimidad, la comunicación, el afecto y el conocimiento mutuo. Durante este periodo se valora a los amigos principalmente por sus características psicológicas, y por ello los amigos son las personas ideales para compartir y ayudar a resolver problemas psicológicos como pueden ser: La soledad, la tristeza, las depresiones, entre otras. Esta concepción de la amistad en los adolescentes es posible por el avance cognitivo que se produce en la toma de perspectiva social, que consiste en adoptar la posición de una tercera persona para analizar más objetivamente sus relaciones, es decir, tal y como las vería una tercera persona.

Los adolescentes consideran las amistades como relaciones sociales que perduran y se construyen a lo largo del tiempo; entienden la amistad con un sistema de relaciones. Por tanto, podemos decir, que la amistad en este periodo permite que se tome conciencia de la realidad del otro, formándose de esta forma actitudes sociales.

Importante es mencionar, otro aspecto, que cumple la amistad en este proceso, ésta tiene una función integrativa en la sociedad, ya que el hecho de sentirse integrado en el mundo y en la sociedad, lo cual se logra, por medio de la amistad, contribuye a reforzar y sociabilizar el “yo”

Otro aspecto importante, no mencionado anteriormente pero que lo complementa es la inserción de los adolescentes en grupos. (“grupos de amigos”)

El adolescente espera del grupo que le permita la conquista de su autonomía, pero una vez que llega a ser independiente abandona el grupo porque la noción de autonomía y la de grupo se oponen. Es normal que el adolescente se salga del grupo para comprometerse en relaciones personales, y en relaciones con el otro sexo

Por otro lado, tenemos las relaciones con los padres, que es la otra gran influencia en el plano social que los individuos reciben en este periodo.

A partir de la pubertad, los adolescentes empiezan a sentir nuevas necesidades de independencia, y como consecuencia de esto desean realizar actividades sin el continuo control paterno; les molestan las ocupaciones caseras, las preguntas de los padres sobre lo que ellos consideran “su vida privada” (amigos, lugares que frecuentan, etc).

Los adolescentes no saben muy bien lo que quieren o a qué aspiran. Pueden llegar a parecer adultos muy pronto (físicamente), por lo que desean ser tratados como tales por sus padres; sin embargo la concepción social de la adolescencia alarga enormemente este periodo, por lo que aún les queda un largo camino por recorrer para conseguir el estatus de adulto.

El salto generacional que existe entre padres e hijos, y las nuevas necesidades de autonomía de los adolescentes, provocan ciertas tensiones familiares, pero el hecho de que existan algunos conflictos inevitables no quiere decir que las relaciones entre padres e hijos estén continuamente deterioradas. Existen investigaciones que demuestran que un comportamiento paternal de

orientación igualitaria, democrática y liberal favorece que no aparezcan conflictos graves, contribuyendo al dialogo y la comunicación familiar, y pacificando las relaciones con los hijos.⁹

8. LA DELINCUENCIA JUVENIL

La delincuencia juvenil es uno de los hechos sociales más importantes presente en las sociedades. Además, es considerado como uno de los temas criminológicos internacionalmente preferidos porque la manifestación del hecho puede observarse con mayor facilidad entre la población joven que entre la adulta, y por ver la delincuencia juvenil de hoy como posible delincuencia adulta del futuro.

La delincuencia juvenil es un fenómeno problemático social mundial que se presenta en todas las sociedades sin importar su carácter. (Morant, 2003)

Lograr una definición de delincuencia juvenil resulta complejo, por lo que llegar a construirla obliga a esclarecer los conceptos de los que se deriva: delito, delincuente y delincuencia.

Son varias las definiciones que se le han atribuido al delito. Ossorio define al delito como un acto típicamente antijurídico, culpable, a veces sometido a condiciones objetivas de penalidad, imputable a una persona a la que se convierte en sujeto de sanción penal.

Por su parte, Sutherland sostiene que es importante la definición de delito como medio para determinar si una conducta debe ser incluida en los límites de la conducta delictiva. Por lo establecido anteriormente, el delincuente sería aquel sujeto que ha cometido un acto sancionado como delito por la ley penal.

Visto el concepto de delito y delincuente es necesario establecer la tercera definición propuesta. La delincuencia, es toda conducta reprimida por la ley penal, se trata de un fenómeno social manifestado por la comisión de actos sancionados por la ley que, además, implican transgresiones a los valores reinantes en la sociedad.

⁹ Marquez L., Phillippi A., 1995 y Coleman J., 1980, Juventud y Adolescencia.

Actualmente los criminólogos sostienen que la delincuencia es un hecho vinculado estrechamente a cada tipo de sociedad y es reflejo de las principales características de la misma.

En este sentido, Herrero define la delincuencia como el fenómeno social constituido por el conjunto de infracciones contra las normas fundamentales de convivencia, producidas en un tiempo y lugar determinados.¹⁰

De esta forma, el término delincuencia juvenil se convierte en un concepto socio-histórico. Se define como aquella persona que no cuenta con la mayoría de edad penal y que comete un hecho castigado por las leyes.

Los delitos cometidos por los jóvenes generalmente difieren en género y motivo de los crímenes de los adultos. En definitiva, se puede definir la delincuencia juvenil como el fenómeno social constituido por el conjunto de las infracciones penales cometidas por los sujetos mayores de catorce años y menores de dieciocho. Esta definición, junto a la premisa que los delitos cometidos se relacionan íntimamente con la situación social en la que se desarrollan, son los elementos que establecen las bases del fenómeno a estudiar.

9. PERFIL DE LOS ADOLESCENTES INFRACTORES

El perfil de los adolescentes infractores es el siguiente:

- La edad de población va entre de 14 y 18 años
- Edad de inicio del consumo, 12 años.
- Sexo masculino
- La droga más consumida los inhalantes y la marihuana.
- El consumo es mucho más frecuente en el sexo masculino que el femenino, pero los indicadores de daño son mucho más altos en las mujeres
- Deserción del sistema escolar.

¹⁰ Herrero Herrero, C.: Criminología (parte general y especial). *Dykinson, Madrid, 1997.*

- Hay historia de fracaso, falta de motivación y familias multiproblemáticas, sin motivación para participar en el proceso de rehabilitación
- Los delitos más frecuentes: delito simple e infracción grave

Por lo tanto, son adolescentes que presentan acumulación de condiciones adversas y escasos factores de protección, ya que viven en entornos de alto riesgo, con distintos grados de abandono o violencia intrafamiliar y tienen experiencias escolares marcadas por el fracaso y la discriminación. La calle y sus pares son el espacio de socialización, el lugar donde desarrollan habilidades de supervivencia y la “oferta” principal para sus tareas de desarrollo. No cuentan con condiciones para satisfacer las necesidades psicoafectivas y de aprendizaje que se requieren para un desarrollo integral y psicosocial. Tienen grandes capacidades y habilidades, pero éstas tienden a ser moldeadas desde lo trasgresor.

Estos individuos tienen una gran vulnerabilidad social, definida por la relación entre los recursos del sujeto y las oportunidades que le ofrece la sociedad, y *una vulnerabilidad clínica*, dada por la relación entre los aspectos deficitarios y las potencialidades del sujeto; esta vulnerabilidad se puede amplificar o inhibir según factores del contexto y tiene su expresión en la salud física y mental del sujeto. Por lo tanto, las intervenciones que se planifiquen no sólo se deben efectuar desde el ámbito de lo social, sino también desde el ámbito clínico.¹¹

9. SÍNDROME DE PRISIONIZACIÓN

Una de las consecuencias más graves de las alteraciones conductuales y psicopatológicas del adolescente infractor de ley que está en un medio privativo de libertad es la prisionización, como se denomina al hecho de que el sujeto se va adaptando en forma paulatina a este contexto de privación, en un proceso que Goffmann (1.974) llamó enculturación, a través del cual el individuo va adquiriendo progresivamente una nueva forma de vida y va aprendiendo

¹¹ Garrido Genovés, V.: "Delincuencia juvenil", Alambra, Madrid, 1986, pag. 11.

nuevas habilidades, según la regulación de las relaciones sociales y las normas dictadas por los compañeros internos.

La vida cotidiana de las personas privadas de libertad se caracteriza por una organización bastante rígida, carente de elementos motivadores y en donde prevalece lo normativo. Muchas veces el síndrome de prisionización se confunde con patologías mentales, trastornos del ánimo o síndromes de abstinencia a drogas, debido a algunos fenómenos comunes que se observan de manera inmediata o en distintos momentos de la privación de libertad, como:

- **La desproporción emocional reactiva:** cuestiones que en otro contexto carecerían de importancia, son vivenciadas con una resonancia emocional y cognitiva desproporcionada. Las rupturas abruptas y las conductas inesperadas se pueden explicar de esta manera.
- **La dualidad adaptativa:** se puede producir una autoafirmación agresiva con fuerte hostilidad hacia todo lo que provenga de la “autoridad” o bien, una sumisión frente a la institución, como vía adaptativa.
- **El preceptismo galopante:** se refiere a la incapacidad para controlar las contingencias del ambiente, de manera que actúa bajo el mandato del inmediatismo, lo que en situaciones de privación de libertad se traduce en vivir sólo el presente, con ausencia de planificación y visión de futuro.
- **El síndrome amotivacional:** que se caracteriza por la pérdida de interés, por la percepción de incapacidad para transformar o dirigir su vida, delegando su responsabilidad y creatividad en el entorno institucional del que depende. Incluso puede llegar a presentar episodios ansiosos y/o depresivos y conductas autoatentatorias.

Los múltiples efectos psicológicos y socioculturales que se pueden presentar como consecuencia de la privación de libertad son especialmente relevantes en los adolescentes. Para adaptarse a las condiciones intramuros, en muchas oportunidades desarrollan un conjunto de estrategias similares a lo que en los adultos privados de libertad se identifica como una subcultura carcelaria, que

incluye aprendizajes y comportamientos que, a la hora de egresar, no son compatibles con una inserción social adecuada.

10. ETIOLOGÍA DE LA DELINCUENCIA JUVENIL

10.1 TEORÍAS DE CORTE BIO-ANATÓMICO

10.1.1 El criminal nato

Los teóricos del Siglo XIX sostenían que el significado de los hábitos delictivos se encontraba en una deficiencia moral innata. Algunos de estos autores sugirieron que los delincuentes representaban un atraso evolutivo del hombre, otros consideraban al delincuente como una persona incapaz de alcanzar los niveles sociales normales debido a deficiencias cerebrales innatas. Estos puntos de vista nacieron en el seno de la antropología criminal que estudiaba medidas del cuerpo, cráneo y características faciales de los delincuentes.

Para el autor Cesare Lombroso muchos delincuentes presentaban anomalías físicas que se asemejaban a los rasgos de los salvajes primitivos o los primates. De forma tal que en los delincuentes se observaba una nariz chata, la parte inferior de la cara mal desarrollada, pocas rayas en las palmas de las manos, frente estrecha, cara asimétrica, cejas pobladas y baja bóveda craneal, entre otras. Además de estos rasgos, las facultades sensoriales de los delincuentes estaban embotadas.

Lombroso consideraba ciertas actitudes de algunos delincuentes como su carencia de sentido moral, impulsividad, violencia, inmunidad al remordimiento y crueldad, como atributos propios de una constitución primitiva.

Siguiendo la misma línea, Hooton comparó a los presos norteamericanos con una muestra extraída de la población "normal" y encontró que la causa principal del delito es la inferioridad biológica. Las diferencias entre civiles y presos se hacían evidentes, aun dividiendo a los delincuentes según la naturaleza de sus delitos.

10.1.2 Estructura física del criminal

Existen corrientes somatotípicas que clasifican a los individuos según su físico característico al medir la musculatura, los huesos y la grasa corporal. El

precursor en este campo de pensamiento fue Kretchmer quién enfocó su interés en la asociación existente entre estructura del cuerpo y susceptibilidad a las enfermedades mentales. Llegó a construir una clasificación de las personas según sus tipos corporales: asténico (delgado, esbelto), atlético (musculoso), pícnico (regordete) y displástico (mixto).

Sheldon, valiéndose de fotografías de desnudos, desarrolló un método para marcar de forma numérica los elementos corporales somáticos. En este sistema cada persona se clasifica según el predominio de tres componentes físicos primarios: endomorfia, mesomorfia y ectomorfia. Los endomórficos poseen grandes cavidades corporales, grandes vísceras, y contornos suaves y redondeados; los mesomórficos poseen una estructura corporal sólida, pesada y con músculo abundante; y, los ectomórficos son los de cuerpos delgados, esbeltos y ligeros. Llegando a la conclusión que los jóvenes residentes en instituciones penitenciarias el predominio era de mesomórficos, estos, fueron identificados con un temperamento fanfarrón, agresivo e indisciplinado cuya actitud para con la vida es predatoria.

10.2 TEORÍAS SOCIALES

10.2.1 Teoría de la asociación diferencial (aprendizaje)

La vida delictiva parece ser algo que se aprende de la experiencia, el que un joven se encuentre por el "buen" o el "mal" camino depende del ambiente en el que se haya criado.

Esta teoría fue expuesta por Edwin Sutherland, la cual plantea que los jóvenes se vuelven delincuentes al aprender maneras incorrectas de sus compañeros y al ver como adultos poderosos infringen la ley. De esta forma la gente joven entra en contacto con personas de las cuales aprenden a rechazar los principios legales y adquieren habilidades para infringir las reglas. Todo el mundo se expone a posibilidades de este tipo, pero cuando se experimenta más a favor del delito que en contra del mismo el resultado será un delincuente.

Toda conducta delictiva tiene su origen en la asociación diferencial, esta conducta se aprende en asociación con los que definen lo delictivo

favorablemente y en aislamiento de los que lo definen desfavorablemente. Según Sutherland: "una persona en una situación apropiada participa de esa conducta delictiva sólo cuando, el peso de las definiciones favorables es superior al de las definiciones desfavorables."

El autor enfatizó su atención en dos fenómenos: los delincuentes de cuello blanco y las pandillas de adolescentes. Sus estudios le permitieron descubrir una progresión en la conducta delictiva, desde pequeños delitos cometidos en el estímulo del momento hasta operaciones profesionales organizadas bajo la premisa del mínimo riesgo y el máximo beneficio. Así los delincuentes aprenden sus técnicas y, gradualmente, adquieren un lugar propio en el seno de la sociedad de criminales profesionales.¹²

Otros autores de la escena de Chicago fueron Tanenbaum y Whyte quienes consideraron a las pandillas de delincuentes como el resultado del fracaso de la comunidad para ofrecer salidas razonables a la frustración.

Por otra parte, Block y Niederhoffer estudiaron las pandillas de Nueva York y encontraron que los adolescentes trataban de unirse por imitación a los delincuentes de mayor edad cuyos golpes delictivos eran mejor planeados y lograban mayor éxito. A su vez, los grupos delictivos de más edad fungían de campo de entrenamiento y fuente de reclutamiento. De esta manera, el joven frustrado de barrios bajos tiene la alternativa de unirse a una estructura profesional del delito que puede comenzar en la esquina de su casa y terminar en actos delictivos completamente profesionales.

La imagen de los delincuentes juveniles es la de muchachos sanos de una sociedad enferma, su desgracia fue criarse en una clase en la que el estilo de vida delictivo es más accesible y se aprende más fácil y rápido que la conformidad a los valores de la clase media.

Los adolescentes están particularmente abiertos al aprendizaje de normas, actitudes y valores de cualquier grupo al que se expongan. El mejor elemento

¹² Rutter, M.; Giller, H.: Delincuencia juvenil. *Martínez Roca*, Barcelona, 1988.

de predicción en solitario del comportamiento adolescente, tanto de conformidad como de desviación, es el comportamiento de los amigos más cercanos. El comportamiento delictivo de los adolescentes es, fundamentalmente, un comportamiento grupal. (Akers, 1985)

10.2.2 Teoría de la anomia

Emile Durkheim utiliza la palabra anomia para designar una dolencia social en la que las presiones reguladoras y controladoras de una costumbre social son reducidas de forma que los individuos se encuentran sin guía ni freno.

El autor plantea que cuando aumenta la movilidad social el individuo pierde sus esperanzas límites que podrían frenar sus apetencias y ambiciones. Al aumentar las posibilidades, mayor es el peligro de insatisfacción y desencanto. Así, las libertades modernas exponen a las generaciones más jóvenes a mayores oportunidades tanto para el bien como para el mal. Un aumento de oportunidad para la expresión de la personalidad se convierte en la causa que facilita el aumento de las tentaciones y ocasiones para realizar actos ilícitos.

La noción de anomia también ha sido desarrollada por Merton que la define como una forma de “caos cultural” producida por una discrepancia entre las metas culturalmente aceptadas y los medios institucionalizados para alcanzar dichas metas, ambos simbolizan la categoría y el éxito en la sociedad contemporánea.

Según la posición de un individuo en la sociedad, el sistema social actúa como una puerta abierta o como una barrera. Así, los jóvenes pobres se encuentran en desventaja en la carrera hacia los símbolos del éxito aunque están bajo la misma presión de obtenerlos. Cuando la sociedad se organiza lo hace de forma tal que suscita en la clase baja aspiraciones que luego son frustradas, entonces la sociedad obtiene los delincuentes que se merece.

10.2.3 Teoría de la elección racional

Esta teoría ve a la delincuencia juvenil como una perspectiva individual. Existen teóricos que argumentan que aquellas personas que se desvían no saben lo que están haciendo, sin embargo, los teóricos de la elección racional sostienen que en algunos de casos la desviación es el resultado de un cálculo altamente

racional de riesgos y recompensas. Los individuos ponen en uno de los lados de la balanza las posibilidades de obtener un beneficio, y del otro, los riesgos de ser atrapado. Es así como deciden su curso de acción.

Pero, es importante tener en cuenta que, no todos los jóvenes escogen las acciones más racionales. Sus valores difieren de los valores de las personas adultas, y, en la mayoría de los casos, estos valores todavía no se han formado completamente. Por tal razón, sus motivos para delinquir pueden ser diferentes de los motivos de un adulto criminal. A los adolescentes se les conoce frecuentemente por no pensar antes de actuar, de forma que las acciones delincuenciales son resultado de actuar en contra de la autoridad o de rebelarse contra los valores y normas dominantes en la sociedad.

10.2.4 Teoría del etiquetamiento

Una de las principales referencias del labelling es: quien actúa violando las reglas establecidas de los distintos grupos sociales, le es adjudicada una etiqueta de desviado por parte de las personas que cuentan con el poder de fijar las reglas.

La aplicación de una etiqueta es el resultado de un proceso político porque es sólo el comportamiento discriminado el que viola las reglas dominantes que han sido impuestas por medio de criterios de poder. Entonces, la conducta desviada es consecuencia de un proceso de interacción entre la acción que es cuestionada y la reacción que viene de otros individuos.

Así se conforma una carrera criminal que, al ser complementado con el mecanismo de la profecía autorrealizable, hace que el individuo termine modelando su identidad según la imagen que los demás tienen de él. (Bergalli, 1983)

La teoría del etiquetamiento es crucial para entender la delincuencia juvenil porque es durante la adolescencia cuando termina de formar la identidad de sí mismo. Esta teoría también ayuda a explicar las consecuencias a largo plazo de la etiqueta de desviado en la identidad social del individuo. Si un joven es etiquetado como delincuente, su propia identidad puede desarrollarse de forma que se vuelva más propenso a verse envuelto en actividades criminales; por el

concepto negativo de su identidad, escogerá involucrarse con el crimen y asociarse con otros delincuentes con los que comparte la etiqueta.

10.2.6 Teoría de la presión

Esta teoría se preocupa de cómo la estructura de la sociedad contribuye a que algunos de sus miembros no puedan alcanzar sus metas. Esto crea una presión que abre el camino para que el individuo rechace las metas aprobadas culturalmente y se acerque a la delincuencia y al comportamiento criminal.

La teoría sostiene que las personas que cometen crímenes poseen, básicamente, los mismos valores que todos los demás, en estos valores se encuentra un predominio de logros y éxito. Los caminos para conseguir el éxito están restringidos para las personas de clase social baja, entonces, los individuos de esta clase enfrentan un gran dilema: o renuncian a los valores de éxito y prosperidad o abandonan la obediencia a la ley.

Las condiciones de la sociedad que le impiden al joven lograr el éxito pueden causar un desafío hacia las normas y valores socialmente aceptados, lo que conduce a involucrarse en actos delictivos. Este patrón de delincuencia puede llevar al joven a una vida en prisión o a una vida sin éxito.¹³

11. TIPOLOGÍA DE LOS DELINCIENTES JUVENILES

Don Gibbons clasifica a los delincuentes juveniles, tomando en cuenta cuatro factores:

- La configuración del delito
- Un escenario ambiental de interacción
- La imagen que de si mismo tiene el delinciente
- Sus actitudes concomitantes

El proceso que utilizó Gibbons para clasificar en tipos fue el resultado de una exhaustiva revisión de análisis criminológicos, estableció los rasgos

¹³ López-Rey Arrojo, M.: Criminología. Teoría, delincuencia juvenil, predicción y tratamiento. *Aguilar, Madrid, 1981.*

fundamentales que distinguían un tipo de otro. Llegando a la siguiente clasificación:

- El pandillero ladrón
- El pandillero pendenciero
- El delincuente casual no pandillero
- El drogadicto
- El agresivo de peligrosidad extrema
- La joven delincuente
- El delincuente psicópata¹⁴

11.1 El Pandillero Delincuente

Incorre en delitos contra la propiedad ajena y suele hallarse comprometido en actos de vandalismo. Este tipo de delincuente es muy versátil en sus delitos pero le atraen más los delitos que le dejan beneficios monetarios.

Estos jóvenes poseen vínculos frecuentes de asociación con otros compañeros también delincuentes. El grado de afiliación pandilleril es muy diverso, pero el patrón común es que el sujeto comete sus violaciones respaldado por un grupo de compañeros con los que comparte actitudes antisociales.

La imagen de si mismos que tienen estos jóvenes es la de delincuentes, se enorgullecen de su fama de rebeldes y de su sangre fría. Además manifiestas marcadas actitudes antisociales como: hostilidad hacia los agentes de policía, los tribunales, las instituciones y los ciudadanos de ley. Normalmente, estos delincuentes se consideran como víctimas de una sociedad que les niega cualquier clase de oportunidades, por eso las normas de cooperación social les parezca un sin sentido.

Lo más común es que estos jóvenes tengan una iniciación a temprana edad en las actividades delictivas, el patrón a lo largo del tiempo es evolutivo hacia transgresiones cada vez más graves y frecuentes. Sus experiencias de vida en

¹⁴ López-Rey Arrojo, M.: Criminología. Teoría, delincuencia juvenil, predicción y tratamiento. *Aguilar, Madrid, 1981.*

su carrera delictiva lo llevan a encarar los conceptos negativos que la sociedad le atribuye y por ello autojustifica su comportamiento.

Los jóvenes de esta categoría provienen de clases bajas de los sectores urbanos. Su historial familiar se caracteriza por una falta de orientación y cuidado parental en lo referente a los malos ejemplos de la delincuencia.

En el ambiente de la pandilla es donde el joven siente respaldadas sus actitudes agresivas y donde encuentra el estímulo y la gratificación para cometer los delitos¹⁵.

11.2 El Pandillero Pendenciero

Esta categoría está conformada por adolescentes que son miembros de pandillas de vagos que se dedican a merodear las calles y a buscar peleas con otras pandillas donde ventilan sus rivalidades y diferencias. Estos pandilleros pertenecen a organizaciones delictivas bien definidas que poseen emblemas y distintivos incluso en su vestimenta. El sentimiento de pertenencia es muy fuerte por lo que los amigos se consiguen dentro del mismo clan.

Estos individuos se ven a si mismos como miembros de una pandilla de rebeldes, no como delincuentes propiamente dichos, de hecho, la mayoría no se consideran como aprendices de la carrera del crimen.

Sus actitudes se condensan en la idea que el mundo les niega las oportunidades, por ejemplo, dudan que por medio del trabajo puedan salir adelante. Una de sus actitudes más marcadas en contra de los organismos policiales a los que acusa de no comprender sus sentimientos como miembros de una pandilla.

La trayectoria de actuación se inicia en la adolescencia temprana y de la afiliación resultan actos repetitivos de índole delictuosa. Parece ser que gran parte de estos jóvenes vagos tienden a reajustarse a la vida social después de cierto tiempo en las pandillas.

¹⁵ López-Rey Arrojo, M.: Criminología. Teoría, delincuencia juvenil, predicción y tratamiento. *Aguilar, Madrid, 1981.*

Los trasgresores de este tipo también provienen de clases bajas, lo que caracteriza su medio ambiente es una gran cantidad de población flotante sin importantes niveles de articulación social. Su ambiente familiar se construye con unos padres que a duras penas logran mantenerse, portadores de actitudes sociales positivas y que reprueban las actividades delictuosas de sus hijos pero no son capaces de meterlos en cintura.

Los pendencieros crean una matriz de opinión que comparten con todos sus compañeros de vagabundeo. La afiliación al grupo implica que los miembros se rijan por principios de audacia y que repugnen la cobardía al enfrentarse a riñas callejeras.¹⁶

11.3 El Delincuente Casual No Pandillero

Son los adolescentes que perpetran delitos sin pertenecer a ninguna pandilla identificable. Este género comprende delitos de varias especies, estos generalmente reproducen un patrón individualista de conducta. La interacción dominante en el círculo de amistades es de orden no delictivo. A pesar de ello, puede darse una interacción conjunta de copartícipes en los delitos.

Cometen pequeñas trasgresiones desde hurtos de menor cuantía hasta ciertos actos de vandalismo. En algunos casos las ofensas llegan a causar graves daños, pero parece suceder como excepción.

Estos trasgresores pueden operar en compañía de otros jóvenes que no pasan por delincuentes ante la sociedad y tampoco se consideran como tales. El grupo se dedica a actividades lícitas, aunque no falta quien cometa un delito de vez en cuando. Dentro del grupo no se pierde el prestigio por participar en un delito, pero tampoco se consigue una mayor reputación.

Estos jóvenes se ven a si mismos como no delincuentes, al ser aprehendidos suelen reconocer sus faltas y se avergüenzan de ellas. Ellos ven a los delitos cometidos como diversión no como manifestaciones de verdadera

¹⁶ López-Rey Arrojo, M.: Criminología. Teoría, delincuencia juvenil, predicción y tratamiento. *Aguilar, Madrid, 1981.*

delincuencia. Para con los demás, muestran actitudes pro sociales no agresivas. Los delitos cometidos son ocasionales y poco numerosos.

El delincuente casual no pandillero suele provenir de la clase media. Sus padres suelen haber tenido un éxito relativo en sus esfuerzos por educar al joven, infundirle actitudes de cooperación y aspiraciones de triunfar en la vida. Es el afán de buscar diversión sin reflexionar es lo que los conduce a ciertas exageraciones delictuosas.¹⁷

11.4 El Delincuente Drogadicto

En su mayoría, los jóvenes drogadictos hacen de los enervantes su línea única y específica de trasgresión. Aunque hay entre ellos quienes cometen otros delitos su propósito es conseguir dinero para mantener una provisión constante de droga.

El medio de los drogadictos se configura como una subcultura de vividores inmorales, al asociarse con otros adictos siguen finalidades muy complejas. El tráfico de drogas requiere una red de ayuda mutua en la que los adictos comparten información sobre las fuentes de abastecimiento y medios de contacto. Es importante destacar que al drogadicto "perdido" se le ve en otros ambientes delictivos como un sujeto anormal del que no conviene fiarse.

El drogadicto ve en si mismo una persona cuyos azares de la vida le justifican el ser drogodependiente. Algunos poseen una imagen de individuos recios y de sangre fría que saben ganarse la vida empleando las técnicas para la extorsión. Sus actitudes se caracterizan por dar vida a protestas en contra de la sociedad que no cesa de perseguirlo y que tiene muy poco que ofrecerle. Con respecto al trabajo, las actitudes son negativas, aunque su animadversión es contra cualquier tipo de autoridad establecida.

En su trayectoria de actuación, se trata de jóvenes que empiezan siendo pandilleros pero luego se alejan del medio para entregarse a la drogadicción.

¹⁷ López-Rey Arrojo, M.: Criminología. Teoría, delincuencia juvenil, predicción y tratamiento. *Aguilar, Madrid, 1981.*

El joven drogodependiente continúa en el vicio hasta convertirse en adulto y luego se le hace muy difícil dejar las drogas.

Normalmente, los drogadictos provienen de barrios urbanos de clase baja. Este tipo de delincuente está conformado por personas pertenecientes a las clases más desposeídas que sufren grandes dosis de frustración social, de falta de oportunidades y de impotencia para mejorar su vida por medios lícitos.

El medio familiar del que proceden los delincuentes drogadictos se caracteriza por una falta de lazos parentales íntimos, por lo que la vida familiar suele parecerle intrascendente y sin sentido. Los viciosos tienden a relacionarse entre ellos, lo más común es que se inicien en la droga por medio de compañeros adictos y optan por separarse por completo de los no adictos delimitando sus relaciones de interacción a su círculo adictivo. Este círculo ejerce una influencia importante para que el individuo persista en el vicio porque la atmósfera del grupo legitima el uso de las drogas.¹⁸

11.5 El Agresivo De Peligrosidad Extrema

Esta categoría se refiere a los agresores más asociales que perpetran atentados graves y tortuosos contra víctimas humanas. Los jóvenes de agresividad más peligrosa son los que cometen ofensas aparentemente inexplicables en contra de sus iguales. Las acciones vejatorias que cometen se caracterizan por su extrema crueldad, la mayoría de estos trasgresores se contentan con ensañarse contra sus víctimas de forma física.

Por la índole difusa e impredecible de su agresividad, los trasgresores no mantienen vínculos cercanos con sus compañeros. Generalmente, no se ven a si mismos como delincuentes, por el contrario, piensan que son las víctimas de un medio hostil que se ha empeñado en acosarlos. El joven peligrosamente agresivo se muestra retador y se convence que nadie es de fiar. Por esta creencia sobre los demás, siempre se lanza primero al ataque antes de verse herido o castigado por otros.

¹⁸ López-Rey Arrojo, M.: Criminología. Teoría, delincuencia juvenil, predicción y tratamiento. *Aguilar, Madrid, 1981.*

Estos jóvenes agresivos comienzan su carrera delictiva incluso antes de llegar a la adolescencia, las posibilidades de reajuste en la edad adulta son muy escasas.

No proceden de ninguna clase social particular. Además, en su núcleo familiar se ven rechazados por los padres.

Es poco probable que estos jóvenes tengan capacidad de relacionarse con sus iguales. Se abstienen de hacer amigos por sus actitudes hostiles, sin contar con que los que los conocen procuran no acercarse por temor a reacciones violentas.

Generalmente, cuentan con un largo historial policial. La actitud que guardan con los organismos de autoridad es hostil, tan sólo como un sentimiento disperso.¹⁹

11.6 El Delincuente Psicópata

Son trasgresores que perpetran delitos extravagantes de carácter individualista y de orden grave. En esta categoría entran los ataques aislados y esporádicos, y la perversión sexual. Los jóvenes de esta categoría suelen ser diagnosticados como neuróticos o prepsicópatas.

Los jóvenes que cometen estos delitos tienden a mostrarse esquivos, reservados y ajenos al medio de interacción de sus iguales. Los trasgresores de este tipo no se consideran delincuentes, la imagen de si mismos difiere tanto de los delincuentes como de los no delincuentes. Son personas bastante introvertidas y dan muestras de sufrir grandes preocupaciones acerca de su persona.

Normalmente exhiben actitudes similares a las del resto de la gente, cuando muestran algunas actitudes no usuales es muy probable que se encuentren bajo el influjo de alguna fijación obsesiva.

¹⁹ López-Rey Arrojo, M.: Criminología. Teoría, delincuencia juvenil, predicción y tratamiento. *Aguilar, Madrid, 1981.*

En la trayectoria de su actuación cometen pocos delitos pero de orden grave, algunos de estos individuos terminan encerrados en sanatorios para enfermos mentales.

El cuadro familiar de procedencia de estos individuos muestra una variedad de rasgos atípicos. Suelen criarse en un ambiente bastante represivo con la marcada existencia de una interacción parental-filial anormal.

Estos jóvenes son solitarios y retraídos, no sólo en la perpetración de delitos sino en todas sus actividades en general. Los problemas personales que sufren son lo que los llevan a cometer actos delictivos, por esta razón sus problemas pesan más sobre ellos que cualquier resentimiento por verse en manos de la ley.²⁰

12. TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO Y DE LAS EMOCIONES DE COMIENZO HABITUAL EN LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA.

Trastorno Disocial

Su principal rasgo constituye el ser un "un patrón de comportamiento persistente y repetitivo en el que se violan los derechos básicos de los otros o importantes normas sociales adecuadas a la edad del sujeto",²¹ se trata por supuesto de desviaciones cualitativa y cuantitativamente más pronunciadas que la simple "maldad infantil" o la "rebeldía adolescente". Por lo general implica la participación consciente por parte del niño o adolescente en actos que involucran un conflicto con la normativa social o con los códigos de convivencia implícito en las relaciones en sociedad.

²⁰ Gibbons, Don C L; Delincuentes Juveniles y Criminales. México. Abril. 2000. Edit. Fondo de cultura económica

²¹ Clasificación de la CIE-10 de los trastornos mentales y del comportamiento en niños y adolescentes. Sir Michael Rutter.

Los tipos de comportamientos que se presentan en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV-TR) pueden ser operacionalizados en cuatro categorías o agrupaciones:

1. Comportamientos agresivos:

- inicio de peleas
- portar armas
- actos crueles contra personas
- contra animales
- robo con violencia
- violaciones
- raras veces homicidio

2. Comportamientos no agresivos con daño a la propiedad privada. (No hay daño a personas)

- ocasionar incendios
- romper vidrios
- dañar automóviles
- actividades vandálicas en la escuela
- daño a la propiedad pública y privada en general

3. Fraudes o robos.

- mentiras
- timos
- falsificaciones
- romper compromisos y promesas para sacar provecho
- hurto
- robos a tiendas

1. Violaciones a las normas

- normas escolares
- cimarras (huídas de clases)
- normas familiares
- fugas

- ausentismo laboral (en mayores)
- sexualización de la conducta
- ingesta de alcohol y drogas

La presencia de un trastorno disocial implica un daño a la actividad normal del sujeto, esto se relaciona a lo que el DSM especifica como un deterioro clínicamente significativo en las actividades (escolares, sociales, laborales) del sujeto, situación que se convierte en el principal factor de reproducción de las conductas perturbadas de los sujetos. El mundo se va volviendo progresivamente hostil y el niño que padece un trastorno disocial va captando esas señales y las va incorporando. El ser "malo" se construye socialmente y por lo general responde a una forma en que el sujeto busca defenderse de ese afuera que no lo considera o lo condena. Principalmente en los niños las implicancias sociales de su conducta constituyen el vuelco de considerar el espacio social como una fuente nutritiva para su desarrollo, a representar todos los valores que lo niegan como ser humano, la no aceptación de su etiqueta de infrahumanidad lo induce a identificarse progresivamente con valores "contraculturales" en abierta oposición con los escolares- institucionales y familiares.

Factores de Riesgo o Predisposición para el Trastorno Disocial

Familias desestructuradas: muchas veces la falta de precisión en la definición de los límites al interior de la familia genera confusiones en la adquisición de valores en el niño y en el desarrollo moral. El fracaso en las pautas de crianza familiares que no logran imponer límites a la conducta de los niños puede generar choques de gran intensidad entre el corpus normativo familiar y el corpus normativo escolar, lo que se puede traducir en un niño desorientado y confundido en función del cómo actuar adecuadamente. Las señales contradictorias son resueltas de la forma menos compleja (la insumisión) aunque el costo de esta decisión pueda traer consecuencias devastadoras.

Incompetencias parentales: es indudable que el estilo de enseñanza de los padres es fundamental en la adquisición de patrones comportamentales en los niños. Así, ordenes claras y consistentes permitirán al niño el tener una noción coherente de lo que le piden. El tratar de respetar los castigos, la no contradicción por parte de los padres, el reforzamiento positivo y negativo en las situaciones oportunas en que sean necesarias, son todas acciones que pueden favorecer el surgimiento de formas conductuales adaptativas en los niños. Por supuesto la falta de estas garantías genera conductas distorsionadas y no adaptativas en los diferentes contextos en los que el niño se desenvuelve.

Carencia de vigilancia: se entiende esta como la falta de control con respecto a la situación en la que el niño se encuentra, por ejemplo saber con quién está, dónde está, qué está haciendo, etc. Sin la posibilidad de saber responder a estas preguntas es muy complejo tratar de detectar cuáles son las variables que están perjudicando el desarrollo del niño. Muchas veces el seguimiento del niño no es posible porque ha sido una estrategia que ha producido quiebres con el niño y por lo tanto se percibe el alejamiento con los padres como una situación inevitable, otras veces el alcoholismo de algunos padres o algunas enfermedades mentales no les faculta para poder desarrollar este proceso de control, o bien los padres se encuentran muy enfrascados en su situación de pareja (ej. conflictos matrimoniales) y no le prestan la suficiente atención a los procesos del niño, etc

13. ANSIEDAD

13.1. GENERALIDADES

Podemos definir las respuestas de ansiedad como reacciones defensivas e instantáneas ante el peligro. Estas respuestas, ante situaciones que comprometen la seguridad del sujeto, son adaptativas para la especie humana. Significa esto que ejerce una función protectora de los seres humanos.²²

²² www.psicopedagogia.com/definicion/ansiedad

El ser humano durante miles de años se ha tenido que enfrentar a infinidad de peligros; cuando estos se presentaban, las respuestas más eficaces para preservar la integridad del sujeto eran dos: la huida o la lucha.

Los mecanismos, psicofisiológicos humanos, que preparan para la huida o la lucha (respuestas de ansiedad) han cumplido un eficaz papel a lo largo de los tiempos. El problema es que el ser humano ya no tiene que enfrentarse con animales que corren detrás de él para convertirlo en su cena; en cambio otros muchos agentes estresantes le rodean y le acompañan a lo largo de su existencia, haciendo que el fantasma del peligro le aceche detrás de cualquier situación inofensiva.

En los trastornos de ansiedad, la respuesta de miedo funciona como un dispositivo antirrobo defectuoso, que se activa y previene de un peligro inexistente. Precisamente el ser humano actual está abocado a abordar el fascinante problema de cómo controlar los aspectos perjudiciales de las respuestas de miedo (que se pueden manifestar psicopatológicamente en forma de trastornos fóbicos y de ansiedad) conservando, sin embargo sus beneficios protectores.

La ansiedad es la activación del sistema nervioso, consecuente con estímulos externos o como resultado de un trastorno endógeno de las estructuras o de la función cerebral. La activación se traduce como síntomas periféricos derivados del sistema nervioso vegetativo (aumento del tono simpático) y del sistema endocrino (hormonas suprarrenales), que dan los síntomas de la ansiedad. Por otro lado los síntomas en estimulación del sistema límbico y de la corteza cerebral que se traducirán en síntomas psicológicos de ansiedad.

14. DEFINICIÓN

La ansiedad es un estado de ánimo caracterizado por síntomas corporales de tensión física y aprensión respecto al futuro. Es importante señalar que la ansiedad es muy difícil de estudiar; en los seres humanos puede ser una

manifestación subjetiva de inquietud, un conjunto de conductas (preocupación, angustia, inquietud) o una respuesta fisiológica que se origina en el cerebro y se manifiesta con una frecuencia cardíaca elevada y una tensión muscular.²³

La ansiedad puede definirse como una anticipación de un daño o desgracia futuros, acompañada de un sentimiento de disforia (desagradable) y/o de síntomas somáticos de tensión. El objetivo del daño anticipado puede ser interno o externo. Es una señal de alerta que advierte sobre un peligro inminente y permite a la persona que adopte las medidas necesarias para enfrentarse a una amenaza.²⁴

La ansiedad es una sensación o un estado emocional normal ante determinadas situaciones y que constituye una respuesta habitual a diferentes situaciones cotidianas estresantes. Así, cierto grado de ansiedad es incluso deseable para el manejo normal de las exigencias del día a día. Tan sólo cuando sobrepasa cierta intensidad o supera la capacidad adaptativa de la persona, es cuando la ansiedad se convierte en patológica, provocando malestar significativo con síntomas que afectan tanto al plano físico, como al psicológico y conductual.²⁵

La ansiedad es la más común y universal de las emociones. Reacción de tensión sin causa aparente, más difusa y menos focalizada que los miedos y las fobias. La reacción emocional ante un peligro o amenaza se manifiesta mediante un conjunto de respuestas tanto fisiológicas, cognitivas y conductuales. Tiene numerosos sinónimos: nerviosismo, inquietud y tensión.

15. ORIGEN

El término ansiedad, proviene del latín "anxietas", que significa congoja o aflicción. Consiste en un estado de malestar psicofísico caracterizado por una

²³ American Psychiatric Association,1994; Barlow,2002.

²⁴ Aaron T. Beck, Fred D. Wright, Cory F. Newman, Bruce S. Liese. Terapia Cognitiva de las drogodependencias. Paidós. Barcelona.

²⁵ Acosta, A., Rodríguez, A. & Lotero, J. 2008.

sensación de inquietud, intranquilidad, inseguridad o desosiego ante lo que se vivencia como una amenaza inminente y de causa indefinida. La diferencia básica entre la ansiedad normal y la patológica, es que esta última se basa en una valoración irreal o distorsionada de la amenaza. “Cuando la ansiedad es muy severa y aguda, puede llegar a paralizar al individuo, transformándose en pánico”

El término angustia, así como "angor", "angina", provienen de una misma raíz griega o latina, y significan constricción, sofocación, estrechez u opresión, y se refieren indudablemente a la sensación de opresión precordial y epigástrica con desasosiego que la caracteriza. La angustia es una manifestación emocional caracterizada por un temor a lo desconocido o a lo amenazante. Este temor se contrapone al miedo, que es un temor a algo concreto y definido (objeto o situación). Según su origen, la angustia puede presentarse de diferentes maneras.

Existe una angustia que puede ser considerada normal, pues aparece frente a diversos estímulos estresantes, que implican una amenaza real e imponen un desafío. Si, por el contrario, la valoración de una amenaza es errónea o distorsionada o el estímulo es imaginario, se genera una angustia que tiende a persistir, transformándose en anormal o patológica. Es decir que, la angustia normal se basa en preocupaciones presentes o del futuro inmediato y desaparece al resolver los problemas la angustia patológica, antes llamada neurótica, es de medida y persistente, planeando un futuro incierto o amenazante y va restringiendo la autonomía y desarrollo personal de quien la sufre.

Los Trastornos de Ansiedad son considerados en la actualidad como el trastorno mental más común en los Estados Unidos y México. En algún momento de sus vidas se prevé que cerca del 25% de la población experimentará algún tipo de Trastorno de Ansiedad.- Uno de cada ocho Norteamericanos entre los 18-54 años padece algún tipo de Trastorno de

Ansiedad. Este porcentaje de la población representa a más de 19 millones de personas²⁶

16. EPIDEMIOLOGIA

La realización de estudios epidemiológicos implica la evaluación de muestras muy amplias, correctamente seleccionadas, que han de ser evaluadas necesariamente por muchos especialistas en psicodiagnóstico.

Una vez realizado el estudio, puede quedar obsoleto, al variar los criterios diagnósticos con los que se llevaron a cabo los trabajos de esta investigación.

Aparentemente, los resultados de los diferentes estudios epidemiológicos no siempre son coincidentes. Pero es necesario tener en cuenta diversos factores antes de comparar los resultados de unos estudios frente a otros.

En primer lugar, a la hora de comparar distintos datos sobre la incidencia de los trastornos de ansiedad, debemos tener en cuenta que existen diversos sistemas clasificatorios de desórdenes mentales, que son los que definen qué es un trastorno de ansiedad y qué síntomas deben cumplirse para diagnosticar un trastorno concreto. Hoy en día tenemos la DSM-IV TR y la CIE-10, que básicamente coinciden, aunque no son iguales. Pero debemos tener en cuenta también las versiones anteriores de estas dos grandes clasificaciones de desórdenes mentales (DSM-IV, DSM-III R, DSM-III, CIE-9, etc.), pues en ocasiones estaremos comparando estudios que han usado criterios diagnósticos diferentes.

En segundo lugar, debemos tener en cuenta las diferencias metodológicas entre unos y otros estudios a la hora de seleccionar la muestra que se va a estudiar. En este sentido, los estudios varían entre sí en gran medida. Así, por ejemplo, unos se realizan en un marco comunitario e intentan estimar el porcentaje de personas que presentan un determinado trastorno en una ciudad y, para ello, recurren a una muestra representativa del censo de la población. En cambio, otros estudios pretenden estimar el porcentaje de pacientes que

²⁶ www.guiasalud.es/egpc/ansiedad/completa/apartado04/definición-diagnostico.html/

acuden a un centro de atención primaria y presentan trastornos de ansiedad. En este segundo caso, por ejemplo, se suele entrevistar a una muestra representativa de los pacientes que acuden a un centro. Mientras que otros estudios se centran en una muestra representativa de la población de personas que ha ingresado en el sistema hospitalario.

Un tercer factor importante se refiere al periodo de tiempo que considera cada estudio a la hora de determinar la incidencia de los trastornos de ansiedad, pues a lo largo del tiempo cambia el número de personas que sufren un trastorno. Un determinado trastorno tiene una prevalencia diferente si se considera un periodo de un mes, o si considera una prevalencia de un año, o si el estudio ha tomado como parámetro epidemiológico la prevalencia a lo largo de la vida.

Un cuarto factor a tener en cuenta es el instrumento de evaluación que se esté usando en cada estudio. Recordemos que existen diferentes clasificaciones de desórdenes mentales, pues bien, además debemos tener en cuenta que cada una de ellas ha dado lugar a diferentes instrumentos de evaluación: entrevistas estructuradas, inventarios, etc.

Por último no debemos olvidar que el diagnóstico de desórdenes mentales aunque ha mejorado muchísimo no está exento de dificultades. Así, por ejemplo, en los trastornos de ansiedad nos encontramos con un grave problema, como es la alta comorbilidad, de manera que se estima que tan sólo uno de cada tres pacientes presenta un único trastorno. Los otros dos (de cada tres) presentan más de un trastorno.

OMS (Organización Mundial de la Salud). arroja los siguientes datos:

- Ansiedad generalizada 7.9%
- Ataques de pánico 1.1%
- Agorafobia con pánico ¡%
- Agorafobia sin pánico 0.5%

En cuanto a síndromes más concretos arrojan cifras de ansiedad generalizada de 7.3%, un 3% de trastorno de pánico y un 3% de trastorno obsesivo compulsivo.

No todo el mundo tiene la misma probabilidad de desarrollar un trastorno de ansiedad, sino que existen claramente una serie de factores de riesgo que pueden ser diferentes según cada trastorno (Horwath y Weissman, 1995)

- Ataques de pánico: sexo femenino, edad media
- Agorafobia: sexo femenino, raza afro-americana, (entorno rural-urbano, datos contradictorios)
- Fobia social: sexo femenino, 18-29 años, educación baja, solteros, clase baja
- Ansiedad generalizada: sexo femenino, edad menor 30, raza afro-americana
- Trastorno obsesivo-compulsivo: no diferencias sexo.²⁷

17. ETIOPATOGENIA DE LA ANSIEDAD

La ansiedad es un fenómeno complejo en el que participan múltiples factores que se explican a continuación:

FACTORES PREDISPONENTES	FACTORES PSICOLÓGICOS	FACTORES BIOLÓGICOS
Genética	T. psicodinámica	H. gabaérgica
Ansiedad de separación	T. conductistas	H. noradrenérgica
Personalidad	T. cognitivista	H: serotoninérgica

²⁷ Organización Mundial de la Salud (2002). Clasificación internacional de las Enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Madrid. Mediator.

17.1 FACTORES PREDISPONENTES

17.1.1 GENETICA

Esto se deduce de los trastornos de pánico ya que la patología se observa con una incidencia aproximada de 30-40% de familiares de primer grado de sujetos afectados frente a un 2-4% de sujetos controles, siendo mayor riesgo si ambos progenitores padecen el trastorno. En algunos tipos de fobias la incidencia familiar es del 65%.

17.1.2 ANSIEDAD DE SEPARACIÓN

Esto se presenta en algunos niños por temor a separarse de sus progenitores (en especial de la madre) y puede acompañarse de preocupaciones exageradas y constantes referentes a la ausencia física, con expectativas catastróficas y trastornos de conducta (negativa a acostarse, ir al colegio, etc.). Se ha comprobado que adultos con pánico y/o agorafobia es por mayor incidencia de ansiedad durante la infancia.

17.1.3 PERSONALIDAD

Las personas que se describen como preocupadas y nerviosas y que pierden el sueño ante cualquier contrariedad, aquellas personas con inadecuada capacidad de afrontamiento y baja asertividad, son las más predispuestas a desarrollar algunos trastornos de ansiedad.

17.2 FACTORES PSICOLÓGICOS

- **Perspectiva Psicofisiológica:** La ansiedad es la activación del sistema nervioso, consecuente con estímulos externos o como resultado de un trastorno endógeno de las estructuras o de la función cerebral. La activación se traduce como síntomas periféricos derivados del sistema nervioso vegetativo (aumento del tono simpático) y del sistema endocrino (hormonas suprarrenales), que dan los síntomas de la ansiedad. Por otro lado, una excesiva estimulación del sistema límbico y de la corteza cerebral se traducirá en síntomas psicológicos de ansiedad
- **Teoría Psicodinámica.** El creador es Freud. Dijo que la angustia es más un proceso biológico (fisiológico) insatisfecho (respuesta del organismo ante la

sobreexcitación derivada del impulso sexual [libido] para posteriormente llegar a otra interpretación en donde la angustia sería la señal de peligro en situaciones de alarma. Según esta teoría, la angustia procede de la lucha del individuo entre el rigor del súper yo y de los instintos prohibidos (ello) donde los estímulos instintivos inaceptables para el sujeto desencadenarían un estado de ansiedad

- **Teorías Conductistas.** El conductismo se basa en que todas las conductas son aprendidas y en algún momento de la vida se asocian a estímulos favorables o desfavorables adoptando así una connotación que va a mantenerse posteriormente. Según esta teoría, la ansiedad es el resultado de un proceso condicionado de modo que los sujetos que la padecen han aprendido erróneamente a asociar estímulos en un principio neutros, con acontecimientos vividos como traumáticos y por tanto amenazantes, de manera que cada vez que se produce contacto con dichos estímulos se desencadena la angustia asociada a la amenaza. La teoría del aprendizaje social dice que se puede desarrollar ansiedad no solo a través de la experiencia o información directa de acontecimientos traumáticos, sino a través del aprendizaje observacional de las personas significativas al entorno
- **Teorías Cognoscitivistas.** Consideran a la ansiedad como resultado de "cogniciones" patológicas. Se puede decir que el individuo "etiqueta" mentalmente la situación y la afronta con un estilo y conducta determinados. Por ejemplo, cualquiera de nosotros podemos tener una sensación física molesta en un momento determinado, si bien la mayoría de nosotros no concedemos ningún significado a esta experiencia. No obstante existen personas que interpretan ello como una señal de alarma y una amenaza para su salud física o psíquica lo cual provoca una respuesta neurofisiológica desencadenando así la ansiedad. (Virues 2005)

17.3 FACTORES BIOLÓGICOS

17.3.1 Hipótesis Gabaérgica

El GABA es un neurotransmisor de carácter inhibitorio. Posee un receptor en la membrana neuronal asociado a los canales de cloro, de modo que al unirse el GABA junto al receptor ingresan los iones cloro produciendo así una despolarización y por tanto se inhibe la neurona. Se dice que hay una sustancia endógena que actúa como ansiógena en los enfermos, o bien la posible alteración en la configuración o funcionamiento del receptor del GABA, este último se ve apoyado por hechos que como un antagonista benzodiazepínico es capaz de provocar frecuentes y graves crisis de angustia en pacientes que sufren algún trastorno de pánico.

17.3.2 Hipótesis Noradrenergica

Estudios realizados en humanos ponen de manifiesto que en pacientes con trastornos de pánico, los agonistas β -adrenérgicos y los antagonistas α_2 adrenérgicos (yohimbina) pueden provocar crisis de angustias frecuentes y graves. La actividad noradrenérgica está aumentada durante los trastornos de ansiedad en algunas situaciones experimentales y terapéuticas.

17.3.3 Hipótesis Serotonérgica

Algunos estudios demuestran que la administración experimental en humanos de agonistas serotonérgica tanto de tipo directo (m-clorofenilpiperacina) como indirectos (fenfluramina) puede provocar ansiedad en pacientes afectados de trastornos de este tipo. El interés de esto es que los antidepresivos serotonérgicos tenían efectos terapéuticos en algunos trastornos de la ansiedad.

17.4 FACTORES AMBIENTALES

Entre los factores ambientales se ha encontrado la influencia de determinados estresores ambientales, una mayor hipersensibilidad y una respuesta aprendida. Como factores psicosociales de riesgo para estos trastornos se encuentran las situaciones de estrés, el ambiente familiar, las experiencias amenazadoras de vida y las preocupaciones excesivas por temas cotidianos.

Como factores predisponentes, se ha observado la influencia de las características de la personalidad.

Parece ser que es la interacción de múltiples determinantes lo que favorece la aparición de estos trastornos de ansiedad; además, es muy común la comorbilidad con otros trastornos mentales como los trastornos del estado de ánimo

18. SÍNTOMAS DE ANSIEDAD:

Síntomas Subjetivos, Cognitivos o del Pensamiento

- Preocupación.
- Inseguridad.
- Miedo o temor.
- Aprensión.
- Pensamientos negativos (inferioridad, incapacidad).
- Anticipación de peligro o amenaza.
- Dificultad de concentración.
- Dificultad para la toma de decisiones.
- Sensación general de desorganización o pérdida de control sobre el ambiente

Síntomas Motores U Observables

- Hiperactividad.
- Paralización motora.
- Movimientos torpes y desorganizados.
- Tartamudeo y otras dificultades de expresión verbal.
- Conductas de evitación.

Síntomas Fisiológicos O Corporales

- Síntomas cardiovasculares: palpitaciones, pulso rápido, tensión arterial alta, accesos de calor.

- Síntomas respiratorios: sensación de sofoco, ahogo, respiración rápida y superficial, opresión torácica.
- Síntomas gastrointestinales: náuseas, vómitos, diarrea, aerofagia, molestias digestivas.
- Síntomas genitourinarios: micciones frecuentes, enuresis, eyaculación precoz, frigidez, impotencia.
- Síntomas neuromusculares: tensión muscular, temblor, hormigueo, dolor de cabeza tensional, fatiga excesiva.
- Síntomas neurovegetativos: sequedad de boca, sudoración excesiva, mareos.²⁸

19. COMPONENTES DE LA ANSIEDAD

19. 1 Componente fisiológico

Respuestas fisiológicas	Respuesta crónica	Respuestas de evitación
Tensión muscular, para huir o para pegar.	Tics, temblores, dolores (lumbares, cervicales, jaquecas,) Reacciones exageradas de susto. Cansancio.	Movimientos que esconden o disimulan. No poderse estar quieto, movimientos de manos, tocarse mucho,...
El corazón late rápidamente para mandar sangre a los músculos.	Taquicardias, Tensión arterial alta.	
La sangre abandona la digestión y se va a los músculos para pegar o	Problemas de estreñimiento o diarrea en casos	Tensión en el estómago. Falta de apetito.

²⁸ Icart, A. (2001). Algunas manifestaciones de la ansiedad en la adolescencia. *Temas de psicoanálisis*, 6, 155-169.

correr. “Nudo en el estómago”	extremos favorecen la úlcera de estómago o de duodeno.	
La respiración se acelera para mandar oxígeno a los músculos	Mareos si el oxígeno no se consume a la misma velocidad.	
Para ser pasivo en la huida o en la lucha		
La sangre abandona los músculos: nos quedamos fríos y blancos de miedo, para quedarnos quietos y pasar desapercibidos.	(Tierra trágame).	Nos agachamos y tenemos una postura encogida.
La respiración se acorta para que no se note.	Sensación de ahogo y de angustia.	Acortamos la respiración. El corazón se tiene que esforzar más.
Tensión en la garganta para quedarnos callados, “nudo en la garganta. Tartamudeos, bloqueos,...	Frecuentes constipados, faringitis crónica.	Nos aclaramos la garganta.

19.2 Componente cognitivo

Respuestas cognitivas	Respuestas crónicas	Respuestas de evitación
Atención a las posibles amenazas.	Falta de concentración. Memoria muy afectada.	
Planificación de la acción. Intentos de entender que pasa y como corregir el	Preocupación. Tardar en dormir. Pensamientos	No aceptación de los pensamientos.

problema.	repetitivos y angustiosos. No hacer nada. Apatía. Dormirse.	Obsesiones Aplazamiento. Acciones compulsivas.
Disociación = "Aquello no va conmigo".	Estados disociativos.	Amnesia.

19. 3 Componente Conductual

Respuestas conductuales
Solucionar el problema
Adaptarse y aceptar la situación
Evitar el problema. Si se puede, perfecto, si no aparece la ansiedad crónica.
Conductas problemáticas para no aceptar la sensación de ansiedad.

20. CLASIFICACION

20.1 OTROS TRASTORNOS DE ANSIEDAD

El síntoma principal de estos trastornos es la presencia de una ansiedad, que no se limita a ninguna situación ambiental en particular. También pueden presentarse síntomas depresivos y obsesivos, e incluso algunos elementos de ansiedad fóbica, con tal de que éstos sean claramente secundarios o menos graves.

20.1.1 Trastorno de pánico (ansiedad paroxística episódica)

Su característica esencial es la presencia de crisis recurrentes de ansiedad grave (pánico) no limitadas a ninguna situación o conjunto de circunstancias particulares. Son por tanto imprevisibles. Como en otros trastornos de ansiedad, los síntomas predominantes varían de un caso a otro, pero es frecuente la aparición repentina de palpitaciones, dolor precordial, sensación de asfixia, mareo o vértigo y sensación de irrealidad (despersonalización o desrealización). Casi constantemente hay un temor secundario a morir, a perder el control o a enloquecer. Cada crisis suele durar sólo unos minutos, pero también puede persistir más tiempo. Tanto la frecuencia como el curso del trastorno, que predomina en mujeres, son bastante variables. A menudo el miedo y los síntomas vegetativos del ataque van creciendo de tal manera que los que los padecen terminan por salir, escapar, de donde se encuentran. Si esto tiene lugar en una situación concreta, por ejemplo, en un autobús o en una multitud, como consecuencia el enfermo puede en el futuro tratar de evitar esa situación. Del mismo modo, frecuentes e imprevisibles ataques de pánico llevan a tener miedo a estar sólo o a ir a sitios públicos. Un ataque de pánico a menudo se sigue de un miedo persistente a tener otro ataque de pánico.

Pautas para el diagnóstico

Las crisis de pánico que se presentan en una situación fóbica consolidada se consideran expresión de la gravedad de la fobia y ésta tiene preferencia para el diagnóstico. El trastorno de pánico es el diagnóstico principal sólo en ausencia de cualquiera de las fobias de F40.-.

Para un diagnóstico definitivo deben de presentarse varios ataques graves de ansiedad vegetativa al menos durante el período de un mes:

- a)** En circunstancias en las que no hay un peligro objetivo.
- b)** No deben presentarse sólo en situaciones conocidas o previsibles.
- c)** En el período entre las crisis el individuo debe además estar relativamente libre de ansiedad aunque es frecuente la ansiedad anticipatoria leve.

Incluye:

Ataques de pánico.

Estados de pánico.²⁹

20.1.2 Trastorno de ansiedad generalizada

La característica esencial de este trastorno es una ansiedad generalizada y persistente, que no está limitada y ni siquiera predomina en ninguna circunstancia ambiental en particular (es decir, se trata de una "angustia libre flotante"). Como en el caso de otros trastornos de ansiedad los síntomas predominantes son muy variables, pero lo más frecuente son quejas de sentirse constantemente nervioso, con temblores, tensión muscular, sudoración, mareos, palpitaciones, vértigos y molestias epigástricas. A menudo se ponen de manifiesto temores a que uno mismo o un familiar vaya a caer enfermo o a tener un accidente, junto con otras preocupaciones y presentimientos muy diversos. Este trastorno es más frecuente en mujeres y está a menudo relacionado con estrés ambiental crónico. Su curso es variable, pero tiende a ser fluctuante y crónico.

Pautas para el diagnóstico

El afectado debe tener síntomas de ansiedad la mayor parte de los días durante al menos varias semanas seguidas. Entre ellos deben estar presentes rasgos de:

- Aprensión (preocupaciones acerca de calamidades venideras, sentirse "al límite", dificultades de concentración, etc.).
- Tensión muscular (agitación e inquietud psicomotrices, cefaleas de tensión, temblores, incapacidad de relajarse).

²⁹ . CIE 10. Trastornos mentales y del comportamiento: Descripciones clínicas y pautas guías para el diagnóstico, F41-F42. OMS. Madrid: Meditor, 1992.

- Hiperactividad vegetativa (mareos, sudoración, taquicardia o taquipnea, molestias epigástricas, vértigo, sequedad de boca, etc.).

En los niños suelen ser llamativas la necesidad constante de seguridad y las quejas somáticas recurrentes.

La presencia transitoria (durante pocos días seguidos) de otros síntomas, en particular de depresión, no descarta un diagnóstico principal de trastorno de ansiedad generalizada, pero no deben satisfacerse las pautas de episodio depresivo (F32.-), trastorno de ansiedad fóbica (F40.-), trastorno de pánico (F41.0) o trastorno obsesivo-compulsivo (F42.-).

Incluye:

Estado de ansiedad.

Neurosis de ansiedad. Reacción de ansiedad.

Excluye:

Neurastenia³⁰

20.1.3 Trastorno mixto ansioso-depresivo

Están presentes síntomas de ansiedad y de depresión, pero ninguno de ellos predomina claramente ni tiene la intensidad suficiente como para justificar un diagnóstico por separado. Una ansiedad grave, acompañada de depresión de intensidad más leve hace que deba utilizarse cualquiera de las categorías de trastorno de ansiedad o de ansiedad fóbica. Cuando ambas series de síntomas, depresivos y ansiosos, estén presentes y sean tan graves como para justificar un diagnóstico individual deben recogerse ambos trastornos y no debería usarse esta categoría. Si por razones prácticas de codificación sólo puede hacerse un diagnóstico, debe darse prioridad al de depresión. Algunos

³⁰ . CIE 10. Trastornos mentales y del comportamiento: Descripciones clínicas y pautas guías para el diagnóstico, F41-F42. OMS. Madrid: Meditor, 1992.

síntomas vegetativos (temblor, palpitaciones, sequedad de boca, molestias epigástricas, etc.) deben estar presentes aunque sólo sea de un modo intermitente. No debe utilizarse esta categoría si sólo aparecen preocupaciones respecto a estos síntomas vegetativos. Si síntomas que satisfacen las pautas de este trastorno se presentan estrechamente relacionados con cambios biográficos significativos o acontecimientos vitales estresantes, debe utilizarse la categoría F43.2, trastornos de adaptación.

Este tipo de enfermos con una mezcla de síntomas comparativamente leves se ve con frecuencia en atención primaria y su prevalencia es aún mayor en la población general, pero la mayoría de los afectados rara vez demandan cuidados médicos o psiquiátricos.

Incluye: Depresión ansiosa (leve o no persistente).

Excluye: Depresión ansiosa persistente (distimia F34.1).³¹

20.1.4 Otros trastornos mixtos de ansiedad

Trastornos en los que se satisfagan las pautas de trastorno de ansiedad generalizada (F41.1), y que tengan además características destacadas (a menudo de corta duración) de otros trastornos de F40-F48, aunque no se satisfagan las pautas completas de este trastorno adicional. Los ejemplos más frecuentes son: trastorno obsesivo-compulsivo (F42.-); trastornos disociativos (F44.-); trastornos de somatización (F45.0); trastorno somatomorfo indiferenciado (F45.1) y trastorno hipocondriaco (F45.2). Si los síntomas que satisfacen las pautas de este trastorno aparecen en estrecha asociación con cambios significativos de la vida o acontecimientos vitales estresantes entonces se utiliza la categoría F43.2, trastornos de adaptación.

³¹. CIE 10. Trastornos mentales y del comportamiento: Descripciones clínicas y pautas guías para el diagnóstico, F41-F42. OMS. Madrid: Meditor, 1992.

20.1.5 Otros trastornos de ansiedad especificados

Incluye: Ansiedad histérica.

20.1.6 Trastorno de ansiedad sin especificación

Incluye: Ansiedad sin especificación.

21. TRATAMIENTO

TRASTORNO DE ADAPTACIÓN CON ESTADO DE ANIMO ANSIOSO	<ul style="list-style-type: none">• Aconsejamiento• Relajación• Estrategia para hacer frente a la situación
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERAL	<ul style="list-style-type: none">• Consejo de apoyo o psicoterapia• Terapias autorreguladoras (relajación progresiva, biofeedback o meditación)• Ejercicio
TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO	<ul style="list-style-type: none">• Terapia comportamental (exposición y prevención de la respuesta)• Psicoterapia
TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMATICO	<ul style="list-style-type: none">• Psicoterapia• Grupos de apoyo• Consejo familiar• Técnicas de relajación o biofeedback
FOBIA SOCIAL	Técnicas de terapia comportamental, como exposición, entrenamiento de capacidades sociales, desensibilización sistemática, "inundación", entrenamiento del control de la ansiedad y entrenamiento de relajación

V. MATERIALES Y MÉTODOS

Proceso metodológico

Para la determinación de la relación existente entre la delincuencia juvenil y los niveles de ansiedad en el Centro de Internamiento Mixto de Adolescentes Infractores de la Ciudad de Loja, me fundamento en el siguiente esquema metodológico:

Tipo de estudio

El marco estratégico para la siguiente investigación tiene una finalidad aplicada de tipo correlacional y experimental ya que pretende determinar el grado de relación existente entre los niveles de ansiedad y los internos del Centro de Internamiento Mixto de Adolescentes Infractores mediante la observación, registro y análisis de las variables.

Universo:

Adolescentes del género masculino de entre los 13 y 18 años infractores de la ley ingresados al Centro de Internamiento Mixto de Adolescentes Infractores de la Ciudad de Loja

Muestra:

De la población total de 33 internos del sexo masculino y femenino, 8 mujeres y 25 hombres, se escogió un muestreo de 25 sujetos hombres con rasgos de predisposición de confiabilidad.

Criterios de inclusión: Grupo en estudio: Adolescentes de sexo masculino, de entre 13 y 18 años, al momento de ingresar al estudio, con antecedentes de haber infringido la ley, que se encontraban con y sin sentencia judicial.

Criterios de exclusión: internos mayores de edad

1. Material

La entrevista psicológica es una técnica fundamental del método clínico y es un procedimiento de investigación científica en la psicología. Implica el encuentro entre dos individuos en donde se producen interacciones verbales y no verbales.

Por este motivo esta técnica me ayudo a establecer Rapport y empatía, mejorando la comunicación con los adolescentes.

1. Método

Se utiliza la comunicación directa, para a través del dialogo brindar confianza y seguridad. Además se utiliza la observación directa e indirecta para discernir su comportamiento en mi ausencia.

2. Material

Historia Clínica Psicológica

Se utilizo la Historia Clínica Psicológica, la misma que permitió la recolección de datos referentes a cada uno de los internos, su historia familiar, social, sexual y laboral, incluyendo antecedentes médicos y toda la información que pueda ser útil para analizar y diagnosticar el caso. Es un registro escrito de antecedentes Clínicos, síntomas, evolución y tratamiento de la patología

2. Método

El método de estudio fue del deductivo al inductivo, el analítico, sintético, descriptivo y cualitativo, ya que a través de la Historia Clínica Psicológica, se estableció un diagnostico del tipo de delito de cada uno de los internos.

3. Material

Inventario de Situaciones y respuestas ISRA (Miguel Tobal y Con Vindel 1986) este cuestionario trata de conjugar las aportaciones de dos modelos teóricos. Por un lado el modelo interactivo multidimensional de la ansiedad; por

otro, el modelo tridimensional o de los tres sistemas propuestos por Lang(1968)

El ISRA presenta un formato S-R y consta de 224 ítems, formados por la interacción de 22 situaciones y 24 respuestas representativas de los tres sistemas de respuesta. Incluye, además una situación abierta que puede ser descrita por el sujeto, de gran utilidad en la práctica clínica.

El objetivo del ISRA es posibilitar mediante la valoración de respuestas específicas ante situaciones concretas una evaluación de la reactividad de los tres sistemas de respuesta (Cognitivo, Fisiológico y Motor) así como una medida de cuatro áreas situacionales ligadas a diferencias situacionales, estas son F1 ansiedad ante la evaluación, F2 ansiedad interpersonal, F3 ansiedad Fóbica, y F4 ansiedad ante situaciones habituales o de la vida cotidiana.

El sujeto debe responder a los ítems de acuerdo con una escala de frecuencia de 5 puntos, donde 0 es “casi nunca” y 4 “casi siempre”, indicando la frecuencia con que aparece cada una de las respuestas ante cada situación.

El cuestionario ofrece información de las siguientes escalas:

- **Sistemas de Respuestas**

C: Reactividad cognitiva (respuestas o manifestaciones cognitivas de ansiedad)

F: Reactividad fisiológica (respuesta o manifestaciones fisiológicas de la ansiedad)

M: Reactividad Motora (respuestas o manifestaciones motoras de la ansiedad)

- **áreas de situaciones o rasgos específicos**

F1: Ansiedad ante la evaluación

F2: Ansiedad interpersonal

F3: Ansiedad fóbica

F4: Ansiedad ante situaciones habituales

- **T:** Es una puntuación total, producto de la suma de las puntuaciones de los tres sistemas de respuesta, y ofrece una estimación del nivel general o rasgo general de ansiedad.

Las puntuaciones directas obtenidas en cada escala y en el total pueden ser transformadas en puntuaciones centiles, lo que permite conocer el nivel del individuo en relación a la población de referencia.³²

3. Método

El inventario de situaciones y respuestas ISRA, se utilizó para cuantificar el grado de ansiedad existente en cada uno de los adolescentes internos, obteniendo información directa de forma individual, además se abordaron unos criterios para clarificar posibles dudas surgidas en relación a la comprensión de los ítems, En el caso de un interno analfabeto se procedió a leer cada una de las preguntas. El método empleado fue el deductivo y descriptivo, permitiendo interpretar la información recopilada.

4. Material

Escala de HAMILTON para la ansiedad

Autor: M. Hamilton

Evalúa: Intensidad de ansiedad

Nº de Ítems: 14

Administración: Heteroaplicada

Descripción:

Es una escala de estado cuyo objetivo es valorar la intensidad de la ansiedad. Consta de un total de 12 ítems, que evalúan los aspectos psíquicos, físicos y conductuales de la ansiedad. Además un ítem evalúa específicamente el ánimo deprimido.

³² Cano Vindel, A. y Miguel Tobal, J.J. (1999). Evaluación de la ansiedad desde un enfoque interactivo y multidimensional: El Inventario De Situaciones Y Respuestas De Ansiedad- ISRA. *Psicología Contemporánea* 6,14-21.

Los ítems son manifestaciones específicas de ansiedad, sin haber demostrado su utilidad para la evaluación de un trastorno de ansiedad en concreto.

El marco de referencia temporal son los últimos días (al menos los tres últimos) en todos los ítems en los que se valora la conducta del sujeto durante la entrevista.

Es una escala heteroaplicada Ballenger y Lewis han creado unas sencillas instrucciones para signar las puntuaciones más adecuadas en cada paciente, con el objeto de aumentar la fiabilidad interevaluadores. A continuación se describen brevemente (son válidas para los trece primeros ítems):

- Identifique de entre todos los síntomas posibles para cada ítem, el más problemático en los últimos días y que se ha debido ciertamente a ansiedad
- Determine para ese síntoma estos tres aspectos: su gravedad, su frecuencia de presentación y la incapacidad o disfunción que produce.
 - **Gravedad:** 1, leve, de poca importancia; 2, gravedad moderada y alteraciones; 3, alteraciones graves derivadas de los síntomas, muy molesto; 4, el peor síntoma que haya padecido nunca.
 - **Tiempo/frecuencia:** 1, ocurre con poca frecuencia durante cortos periodos, de tiempo; 2, ocurre parte del día, durante la mayoría de los días (más de una tercera parte del tiempo de vigilia); 4, ocurre casi todo el tiempo.
 - **Incapacidad/disfunción:** 1 conciencia de los síntomas, pero sin interferir en las actividades normales; 2, los síntomas interfieren en alguna actividad o empeoran debido a las alteraciones; 3, los síntomas causan incapacidad para realizar actividades en 2 o más de las áreas anteriores

1. Haga la medida entre las puntuaciones de gravedad y de tiempo/frecuencia y redondee la medida en función de la puntuación de incapacidad

Corrección e Interpretación

Proporciona una medida global de ansiedad, que se obtiene sumando la puntuación obtenida en cada uno de los ítems.

Los puntos de corte recomendados son:

0=5: no ansiedad

6=14: ansiedad leve

>15: ansiedad moderada/grave.³³

2. Método

La escala de Hamilton para la ansiedad, me permitió determinar la frecuencia de sintomatología ansiosa, y además corroborar los niveles de ansiedad descritos en el ISRA, este instrumento fue aplicado individualmente. Mediante el método cualitativo, cuantitativo, deductivo y descriptivo.

3. Material

SEPSI DE PERSONALIDAD

Instructivo para la calificación del cuestionario de Personalidad SEAPSI

La finalidad del cuestionario de personalidad SEAPSI, es identificar rasgos predominantes de personalidad que pueden agruparse en 4 tipos:

Personalidades afectivas: Histriónica (h)
Ciclotímica (c)

Personalidades Cognitivas: Anancástica
Paranoide

Personalidades Comportamentales: Inestable(i)
Disocial (d)

³³ Hamilton FH. Escala de Hamilton. psicomag 2007 julio 05, URL disponible en:<http://www.psicomag.com/neuropsiquiatria/ESCALA%20DE%20HAMILTON.php>

Personalidades con déficit en al relación Evitativa (ev)

Dependiente (d)

Esquizoide (e)

Esquizotípica (ez)

Generalidades

El cuestionario de personalidad SEAPSI, es un instrumento de respuesta selectiva, contiene 10 tipos de personalidades, las mismas que contiene 10 ítems de alternativa de selección.

Las frases referidas son expresiones afectivas, cognitivas y comportamentales de cada tipo de personalidad.

Objetivos

- Identificar rasgos predominantes de personalidad
- Orientar modalidades de intervención terapéutica a partir de la identificación de rasgos.
- Manejar el cuestionario en el contexto terapéutico.

Sujetos de aplicación

Es aplicable a personas de ambos géneros a partir de los 14 años

Aplicación y consigna

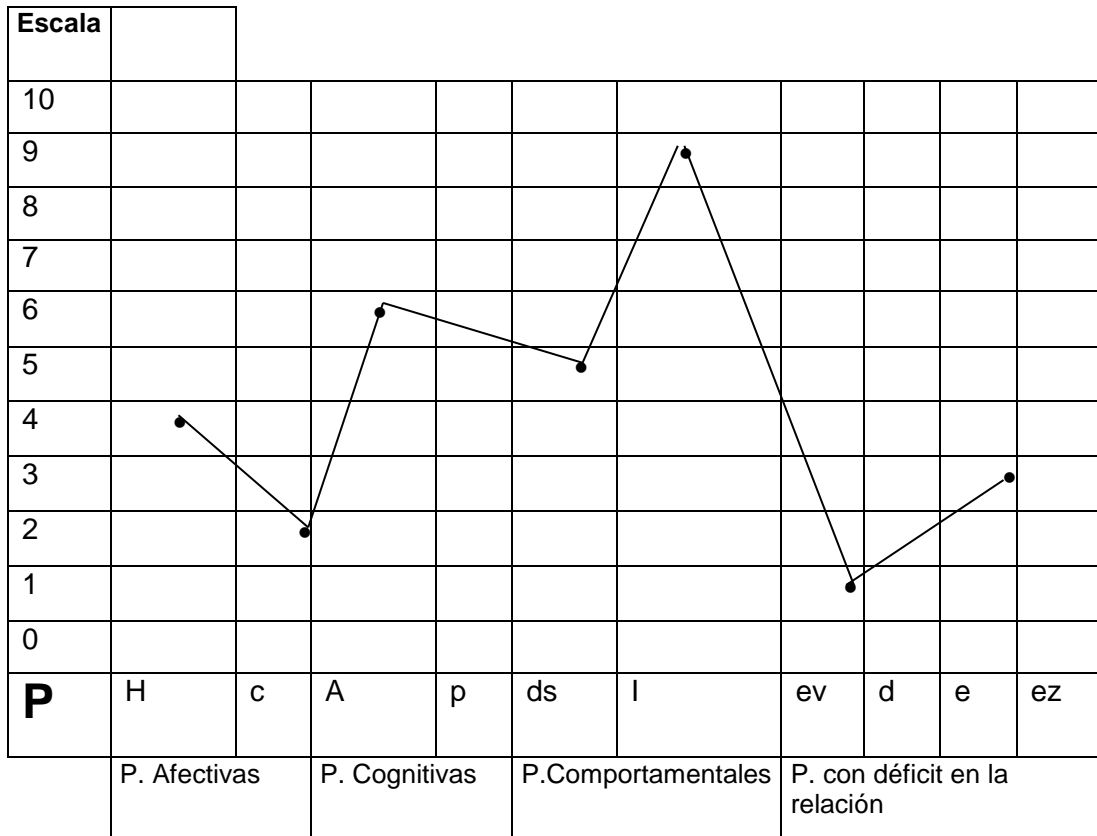
Puede ser aplicada de forma:

- Individual, el terapeuta lee cada frase, la consigna es “en el siguiente cuestionario señale si la frase leída corresponde a un comportamiento habitual suyo”
- Colectiva, la instrucción a ser impartida es “lea cada frase y señale con las mas que se identifique”

Calificación

A partir del conteo que se realice en cada tipo de personalidad de acuerdo a lo señalado, se coloca cada resultado ubicado al final de cada personalidad, la respuesta oscila entre 0-10. Luego estos resultados se trasladan a la siguiente tabla.

Ejemplo.



4. Método

Se utilizó este reactivo con el objetivo de determinar los rasgos de personalidad y correlacionar el tipo de personalidad con la transgresión de estos adolescentes. El método utilizado es el correlacional, cualitativo y descriptivo.

VI. RESULTADOS

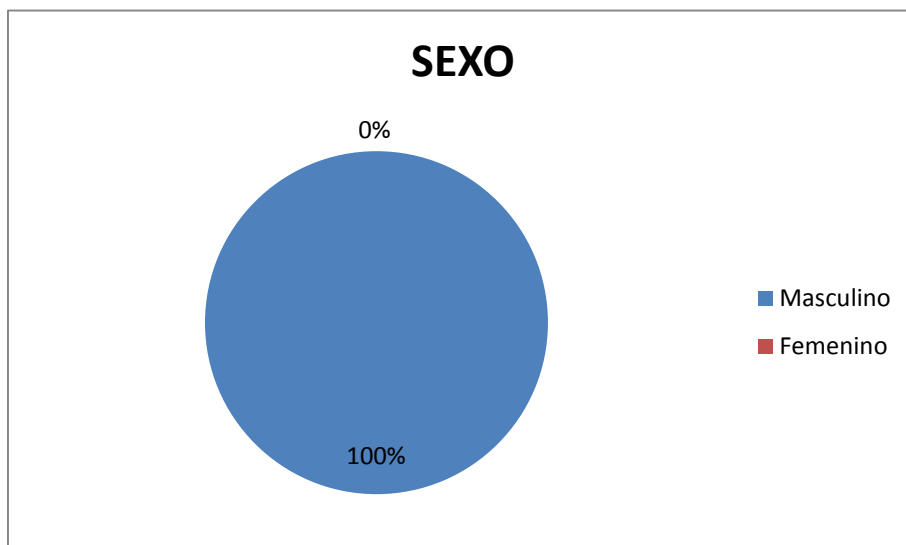
Material 1.

HISTORIA CLINICA PSICOLOGICA

Cuadro 1

Distribución de la Población según el sexo

Alternativa	frecuencia	Porcentaje
Masculino	25	100%
Total	25	100%



Fuente: Centro de Internamiento Mixto de Adolescentes Infractores

Elaborado: Teresa Flores

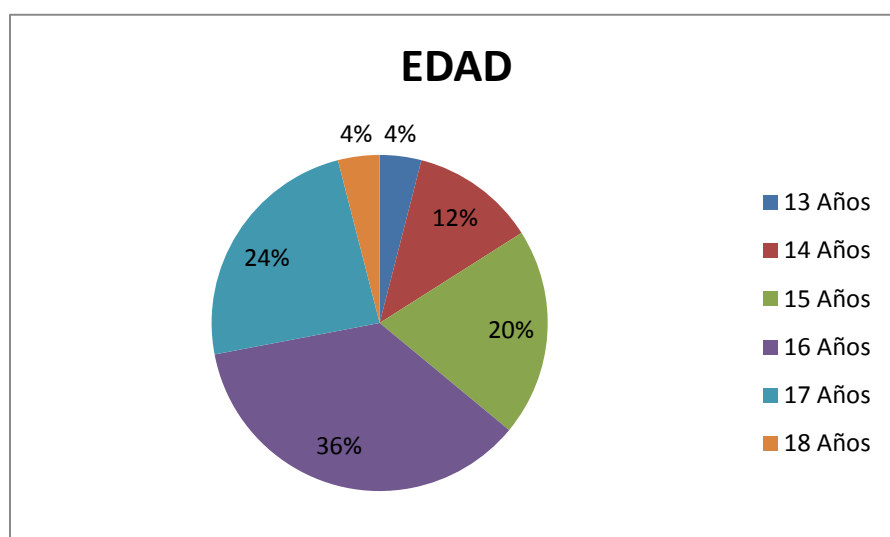
Análisis e interpretación de resultados

Del 100% de la población investigada el 100% comprende al sexo masculino

Cuadro Nº 2

Distribución etaria de la población

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
13 Años	1	4%
14 Años	3	12%
15 Años	5	20%
16 Años	9	36%
17 Años	6	24%
18 Años	1	4%
TOTAL	25	100%



Fuente: Centro de Internamiento Mixto de Adolescentes Infractores
Elaborado: Teresa Flores

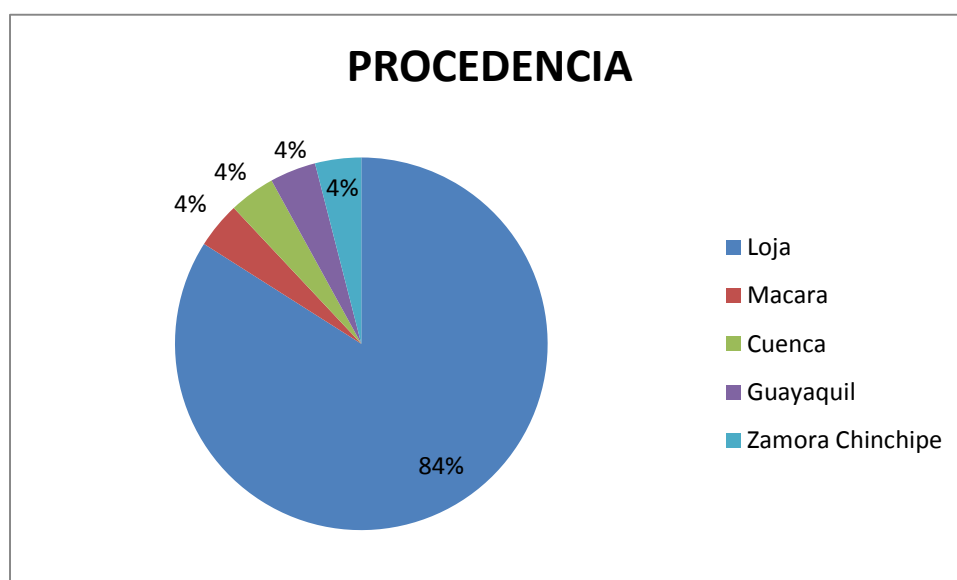
Análisis e interpretación de resultados

De la población total el 4% tiene 13 años, el 12% se encuentra en los 14 años de edad, el 20% de los adolescentes tienen 15 años, mientras que el 36 % de los internos, que representan el mayor porcentaje, tienen 16 años, debido a que en esta etapa evolutivo los adolescentes carecen de fuentes de apoyo y conviven callejizados y con elevado consumo de sustancias psicotrópicas, el 24% de la muestra manifestó tener 17 años y el 4% se encuentra en la edad de 18 años.

Cuadro Nº 3

Distribución de la Población según la procedencia

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Loja	21	84%
Macara	1	4%
Cuenca	1	4%
Guayaquil	1	4%
TOTAL	25	100%



Fuente: Centro de Internamiento Mixto de Adolescentes Infractores
Elaborado: Teresa Flores

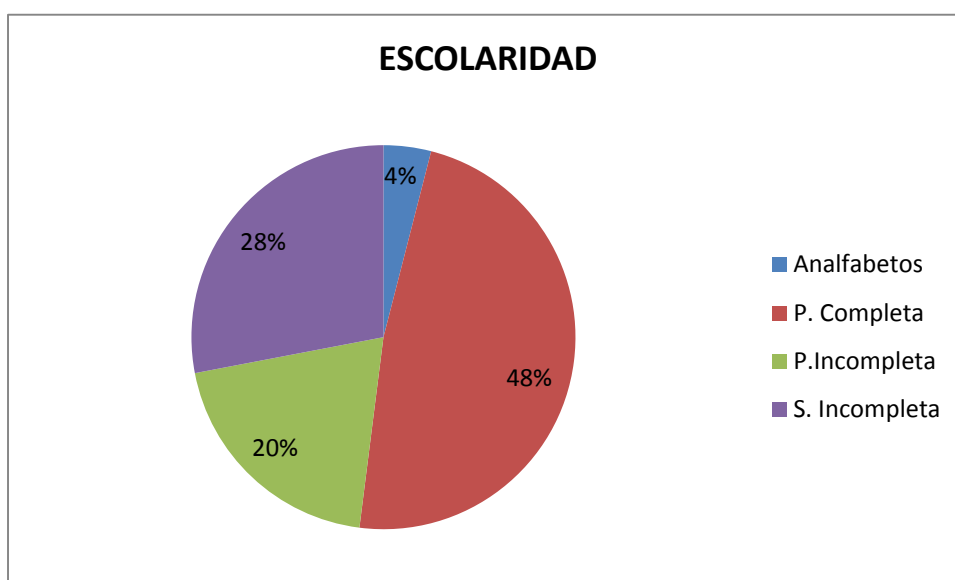
Análisis e interpretación de resultados

El 84% de la población investigación proviene de la Ciudad de Loja, mientras que el 12% restante proviene de Guayaquil, Cuenca y Macara

Cuadro N° 4:

Distribución de la población según escolaridad

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Analfabetos	1	4%
Primaria Completa	12	48%
Primaria Incompleta	5	20%
Secundaria Incompleta	7	28%
TOTAL	25	100%



Fuente: Centro de Internamiento Mixto de Adolescentes Infractores
Elaborado: Teresa Flores

Análisis e interpretación de resultados

El 4% de la población estudiada son analfabetos, el 20% no culminó la primaria, mientras que el 48% ha culminado sus estudios primarios, y el 28% restante desistió de la secundaria.

Cuadro N°4

Distribución de la población según tipo de delito

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Robo	21	84%
Abuso Sexual	2	8%
Asesinato	2	8%
TOTAL	25	100%



Fuente: Centro de Internamiento Mixto de Adolescentes Infractores
Elaborado: Teresa Flores

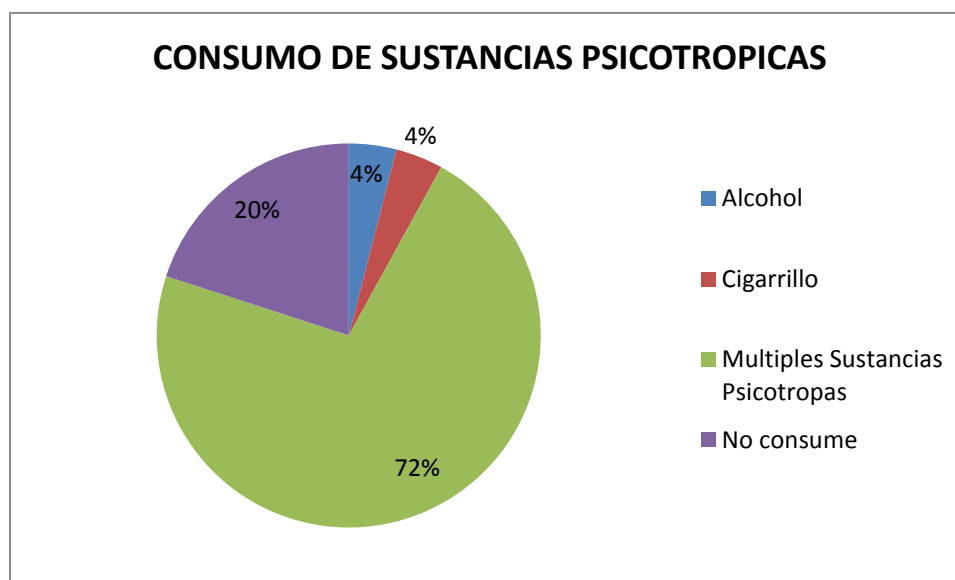
Análisis e interpretación de resultados

De la población estudiada el 84% de los adolescentes ha cometido robo, mientras que el 8% ha trasgredido sexualmente, y el 8% restante a cometido asesinato.

Cuadro Nº 5

Consumo de sustancias Psicotrópicas

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Alcohol	1	4%
Cigarrillo	1	4%
Múltiples sustancias psicotrópicas	18	72%
No Consume	5	20%
TOTAL	25	100%



Fuente: Centro de Internamiento Mixto de Adolescentes Infractores

Elaborado: Teresa Flores

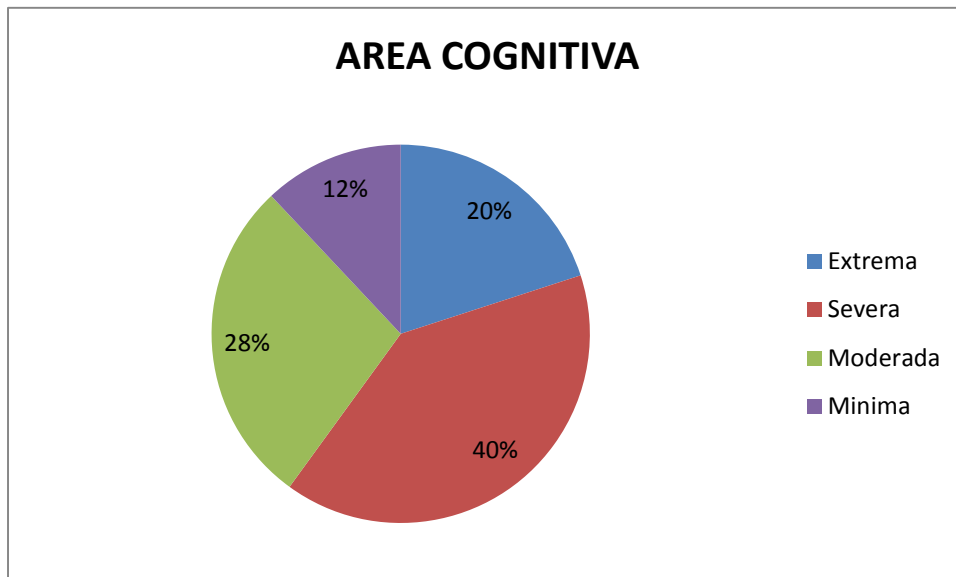
Análisis e interpretación de resultados

Según los datos obtenidos en el proceso investigativo mediante la Historia Clínica Psicológica, el 72% presentan consumo de múltiples sustancias psicotrópicas, mientras que el 4% de la población presenta consumo de cigarrillo, el 4% presenta únicamente consumo de alcohol y el 20% restante manifiestan no consumir sustancias psicoactivas.

Material Nº 2
INVENTARIO DE SITUACIONES Y RESPUESTAS ISRA
Ansiedad Cognitiva

Cuadro Nº 6

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Extrema	5	20%
Severa	10	40%
Moderada	7	28%
Mínima	3	12%
Total	25	100%



Fuente: Centro de Internamiento Mixto de Adolescentes Infractores
Elaborado: Teresa Flores

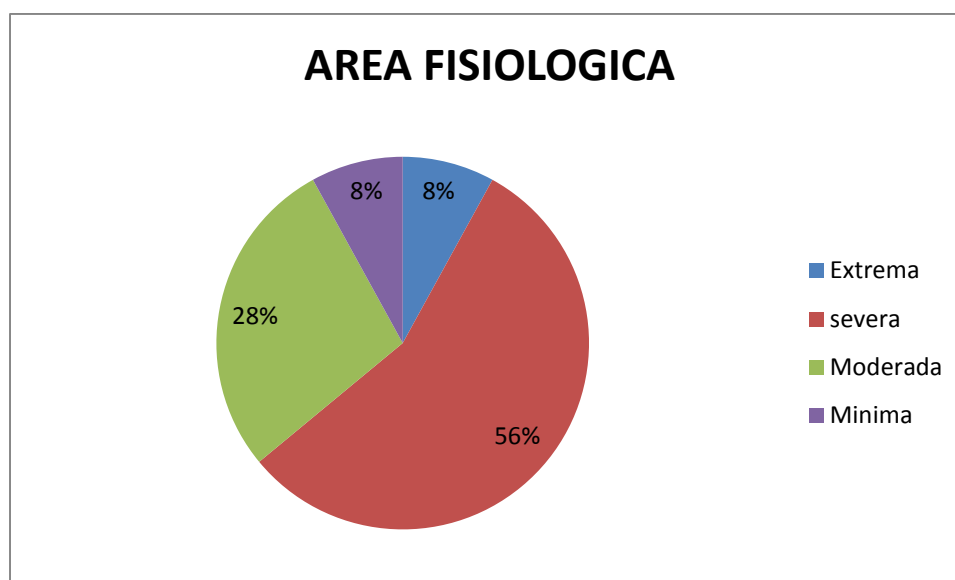
Análisis e interpretación de resultados

De la población investigada para detectar ansiedad en el Área Cognitiva, el 20% de los internos presentan ansiedad extrema, el 40% presenta ansiedad severa, el 28% manifiestan ansiedad moderada, y el 12% de la población restante no presenta ansiedad en esta área.

Cuadro Nº 7

Ansiedad Fisiológica

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Extrema	2	8%
Severa	14	56%
Moderada	7	28%
Mínima	2	8%
Total	25	100%



Fuente: Centro de Internamiento Mixto de Adolescentes Infractores

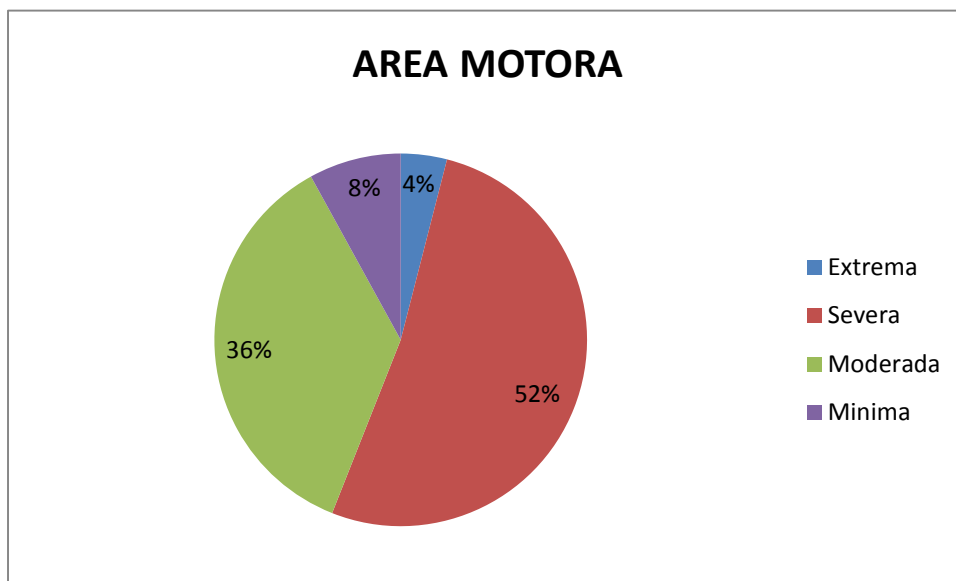
Elaborado: Teresa Flores

Análisis e interpretación de resultados

Para indagar ansiedad en el Área Fisiológica la investigación proyecta los siguientes datos: el 8% de los adolescentes presentan ansiedad extrema en esta área, mientras que el 56% de estos jóvenes denotan ansiedad severa, así mismo el 28% de la población manifiestan ansiedad moderada y el 8% restante no reflejan sintomatología ansiosa.

Cuadro Nº 8
Ansiedad Motora

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Extrema	1	4%
Severa	13	52%
Moderada	9	36%
Mínima	2	8%
Total	25	100%



Fuente: Centro de Internamiento Mixto de Adolescentes Infractores
Elaborado: Teresa Flores

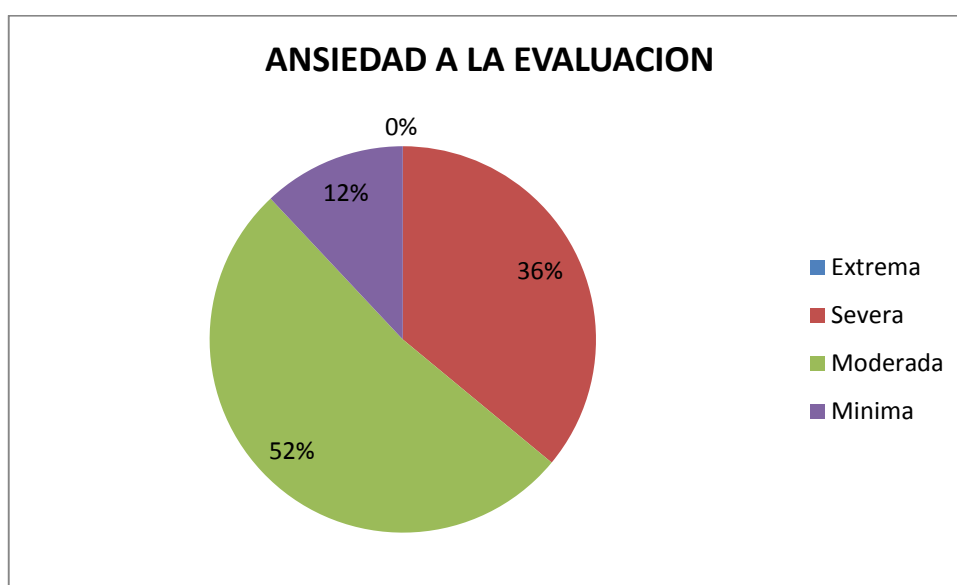
Análisis e interpretación de resultados

En el área motora el 4% de la población presenta ansiedad extrema, el 52% refleja ansiedad severa, mientras que el 36% de los jóvenes manifiestan ansiedad moderada y el 8% de los internos no presentan ansiedad motora.

Cuadro N° 9

Ansiedad a la Evaluación

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Extrema	0	0%
Severa	9	36%
Moderada	13	52%
Mínima	3	12%
Total	25	100%



Fuente: Centro de Internamiento Mixto de Adolescentes Infractores

Elaborado: Teresa Flores

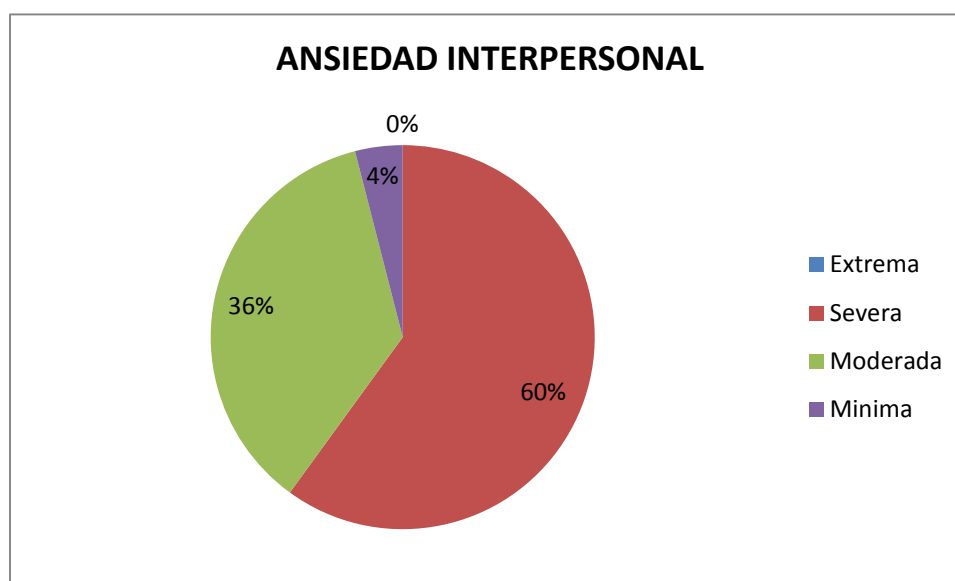
Análisis e interpretación de resultados

Del total de los internos investigados el 36% denotan ansiedad severa, el 52% manifiestan ansiedad moderada y el 12% no presentan ansiedad al momento de ser evaluado.

Cuadro N° 10

Ansiedad Interpersonal

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Extrema	0	0%
Severa	15	60%
Moderada	9	36%
Mínima	1	4%
Total	25	100%



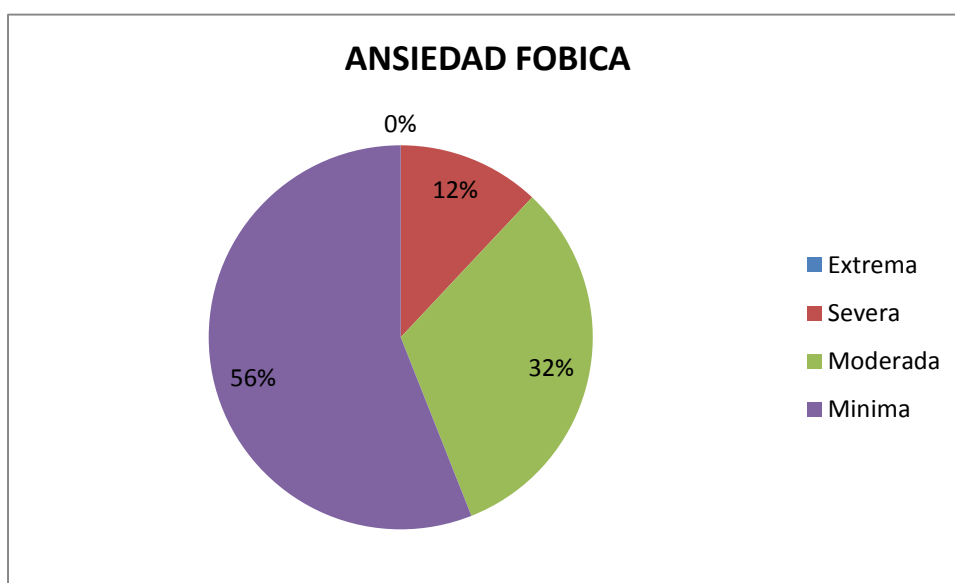
Fuente: Centro de Internamiento Mixto de Adolescentes Infractores
Elaborado: Teresa Flores

Análisis e interpretación de resultados

El 60% de los entrevistados manifestaron sentir ansiedad severa en el aspecto interpersonal, el 36% presentan ansiedad moderada y el 4% de la población restante no presenta ansiedad interpersonal.

Cuadro N° 11
Ansiedad Fóbica

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Extrema	0	0%
Severa	3	12%
Moderada	8	32%
Mínima	14	56%
Total	25	100%



Fuente: Centro de Internamiento Mixto de Adolescentes Infractores
Elaborado: Teresa Flores

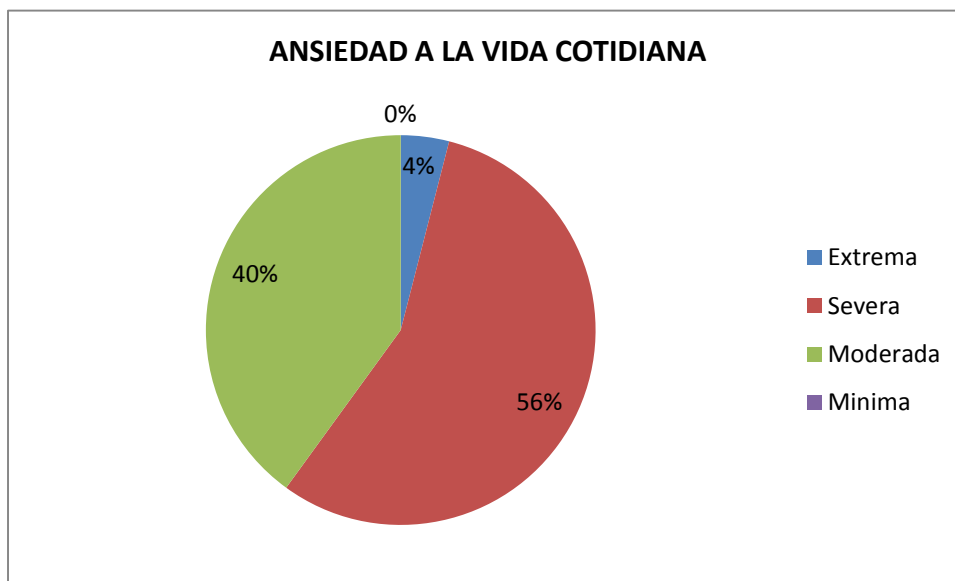
Análisis e interpretación de resultados

En el apartado de ansiedad fóbica, el 12% manifiestan ansiedad severa, mientras que el 56% de los adolescentes restantes no presentan ansiedad específica o fóbica.

Cuadro N° 12

Ansiedad A La Vida Cotidiana

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Extrema	1	4%
Severa	14	56%
Moderada	10	40%
Mínima	0	0%
Total	25	100%



Fuente: Centro de Internamiento Mixto de Adolescentes Infractores
Elaborado: Teresa Flores

Análisis e interpretación de resultados

Los resultados obtenidos reflejan que el 4% de la población presenta ansiedad extrema ante la vida cotidiana, mientras que el 56% de los internos manifiestan ansiedad severa, y el 40% de los adolescentes restantes presentan ansiedad moderada ante situaciones habituales.

Material N° 3

ESCALA DE HAMILTON PARA LA ANSIEDAD

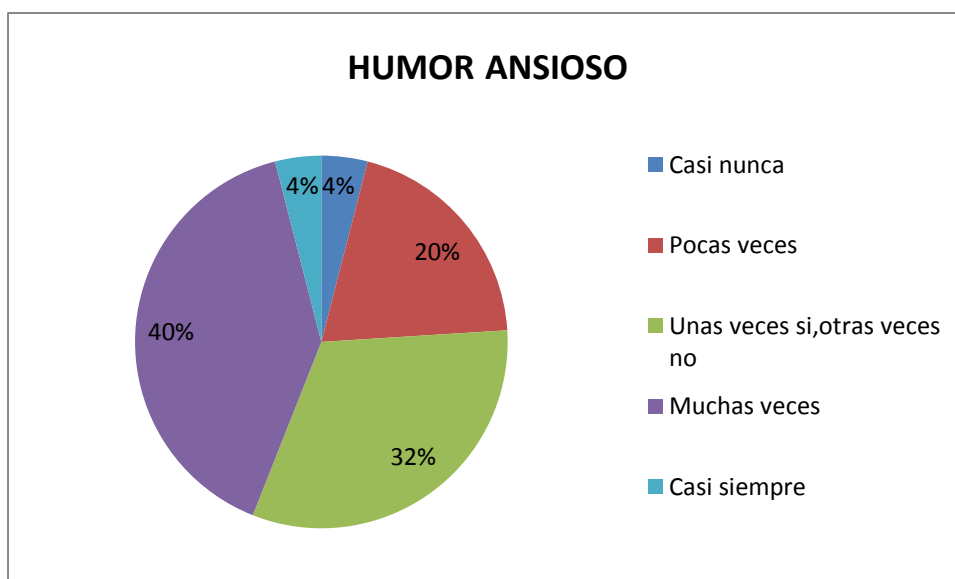
Preguntas para detectar frecuencia de ansiedad

Pregunta 1

A1. Humor ansioso (inquietud, espera de lo peor, aprensión, anticipación temerosa, irritabilidad)

Cuadro N° 13

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Casi nunca	1	4%
Pocas veces	5	20%
Unas veces si otras veces no	8	32%
Muchas veces	10	40%
Casi Siempre	1	4%
TOTAL	25	100%



Fuente: Centro de Internamiento Mixto de Adolescentes Infractores
Elaborado: Teresa Flores

Análisis e interpretación de resultados

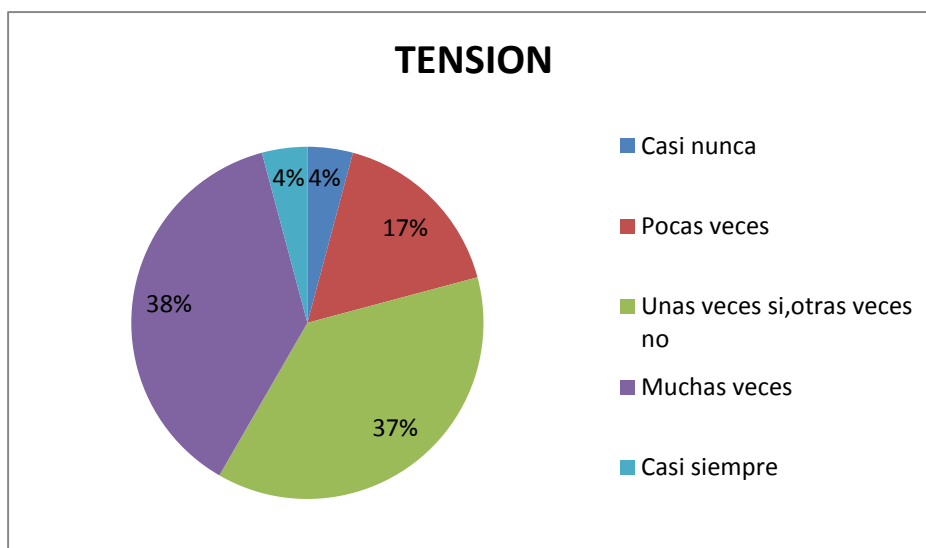
Del 100% de los pacientes investigados el 4% casi nunca presenta Humor Ansioso, el 20% pocas veces presenta inquietud o aprensión, el 32% manifiestan humor ansioso durante algunas circunstancias del día,, mientras que el 40% de la población manifiestan tener humor ansioso muchas veces y el 4% siempre se encuentra ansioso.

Cuadro Nº 14

Pregunta 2

A2. Tensión (sensación de tensión, fatigabilidad, imposibilidad de relajarse, llanto fácil, temblor, sensación de no poder quedarse en un lugar)

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Casi nunca	1	4%
Pocas veces	4	16%
Unas veces si otras veces no	9	36%
Muchas veces	9	36%
Casi Siempre	2	8%
TOTAL	25	100%



Fuente: Centro de Internamiento Mixto de Adolescentes Infractores
Elaborado: Teresa Flores

Análisis e interpretación de resultados

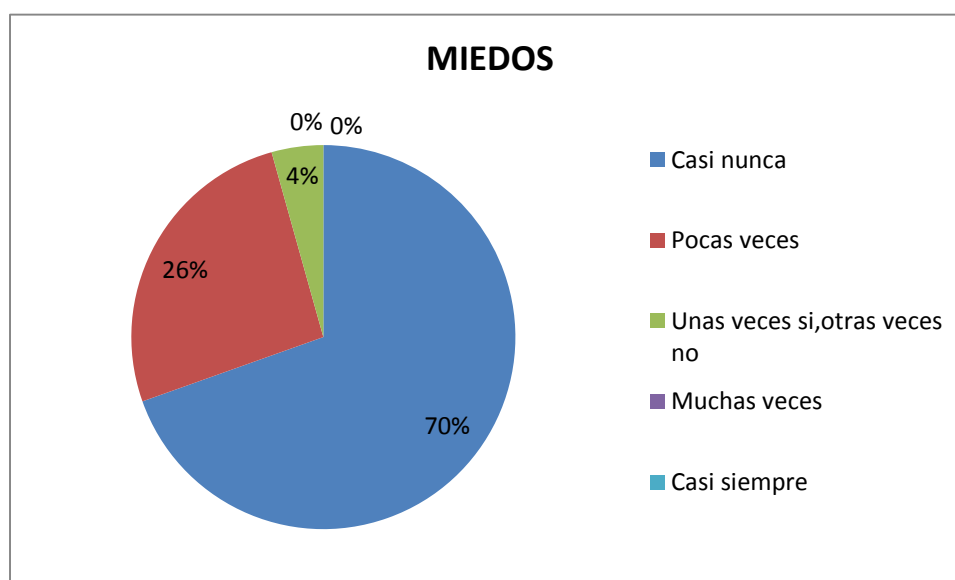
El 4% de los adolescentes casi nunca se encuentran tensos, el 16% algunas veces, el 36% manifiestan sentirse tensos la mayor parte del tiempo , mientras que el otro el 36% de la población manifiestan estar muchas veces fatigados, y el 8% se encuentra siempre en un estado de tensión

Cuadro N° 15

Pregunta 3

A3. Miedos (a la oscuridad, a la gente desconocida, a quedarse solo, a los animales grandes, a las multitudes, etc.)

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Casi Nunca	16	64%
Pocas Veces	8	24%
Unas Veces Si Otras Veces No	1	4%
Muchas Veces	0	0%
Casi Siempre	0	0%
TOTAL	25	100%



Fuente: Centro de Internamiento Mixto de Adolescentes Infractores
Elaborado: Teresa Flores

Análisis e interpretación de resultados

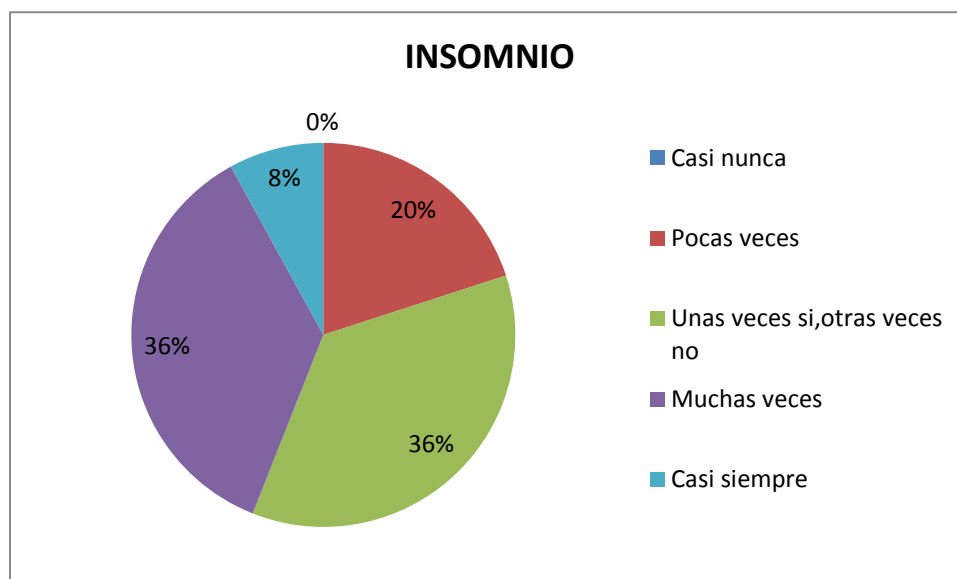
De la población total el 64% de los internos no presenta temores específicos, el 24% pocas veces y el 4% manifiestan sentir temor en algunas ocasiones.

Cuadro N° 16

Pregunta 4

A4. Insomnio (dificultad para conciliar el sueño, sueño interrumpido, sueño no satisfactorio con cansancio al despertar, malos sueños, pesadillas, terrores nocturnos)

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Casi nunca	0	0%
Pocas veces	5	20%
Unas veces si otras veces no	9	36%
Muchas veces	9	36%
Casi siempre	2	8%
TOTAL	25	100%



Fuente: Centro de Internamiento Mixto de Adolescentes Infractores
Elaborado: Teresa Flores

Análisis e interpretación de resultados

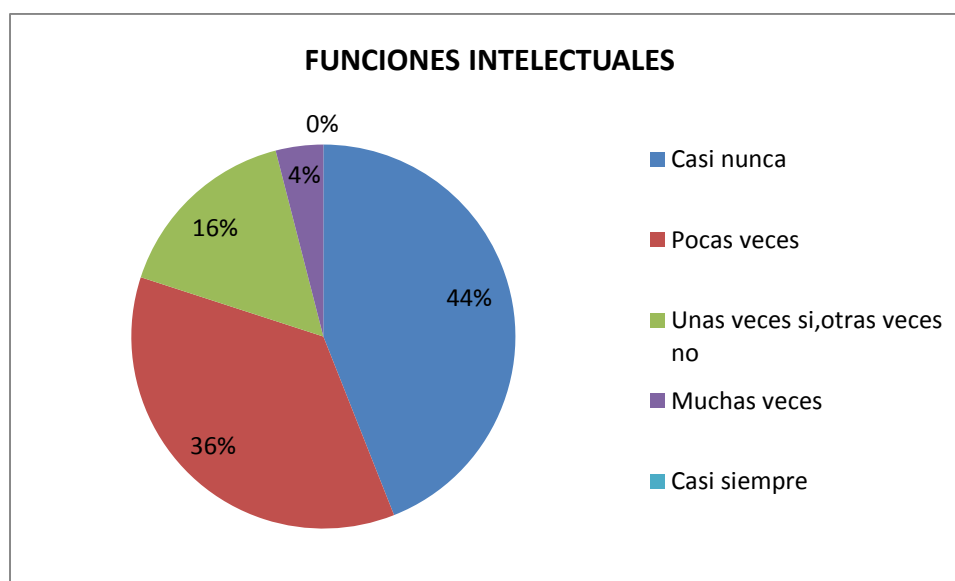
En el apartado de dificultad para conciliar el sueño el 20% de los jóvenes manifiestan tener pocas veces insomnio, el 36% en algunas ocasiones, en igual porcentaje manifiestan tener muchas veces problemas al dormir y el 8 % presentan siempre problemas al dormir.

Cuadro N° 17

Pregunta 5

A5. Funciones intelectuales (dificultad de concentración, mala memoria)

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Casi nunca	11	44%
Pocas veces	9	36%
Unas veces si otras veces no	4	16%
Muchas veces	1	4%
Casi siempre	0	0%
TOTAL	25	100%



Fuente: Centro de Internamiento Mixto de Adolescentes Infractores
Elaborado: Teresa Flores

Análisis e interpretación de resultados

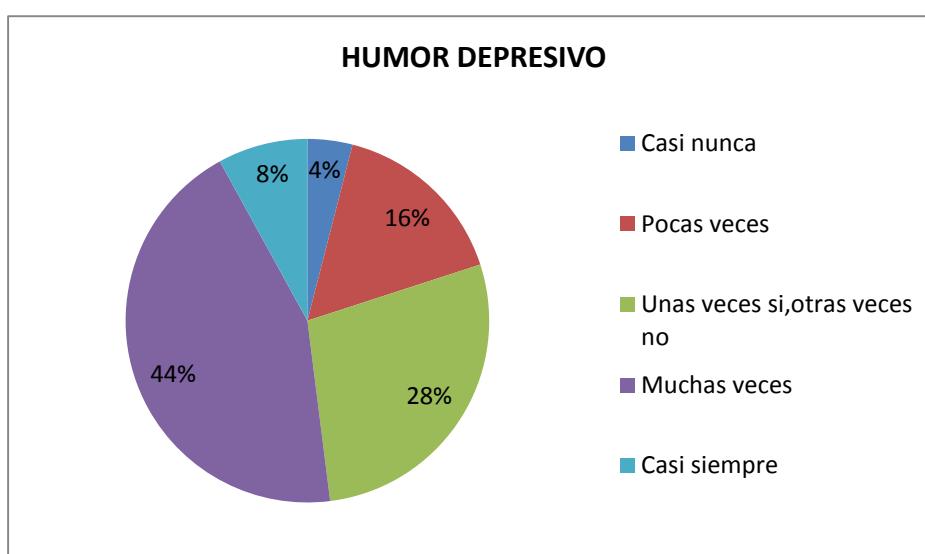
En este ítems sobre ansiedad reflejada en las funciones intelectuales, el 44% manifiestan casi nunca sentir dificultad en la concentración, el 36% pocas, el 16% manifiestan casi siempre dificultad en la concentración y 4% de la población restante muchas veces presenta mala memoria.

Cuadro N° 18

Pregunta 6

A6. Humor deprimido (falta de interés, no disfruta con sus pasatiempos, depresión, despertar precoz, variaciones del humor a lo largo del día)

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Casi nunca	0	0%
Pocas veces	4	16%
Unas veces si otras veces no	7	28%
Muchas veces	11	44%
Casi Siempre	2	8%
TOTAL	25	100%



Fuente: Centro de Internamiento Mixto de Adolescentes Infractores
Elaborado: Teresa Flores

Análisis e interpretación de resultados

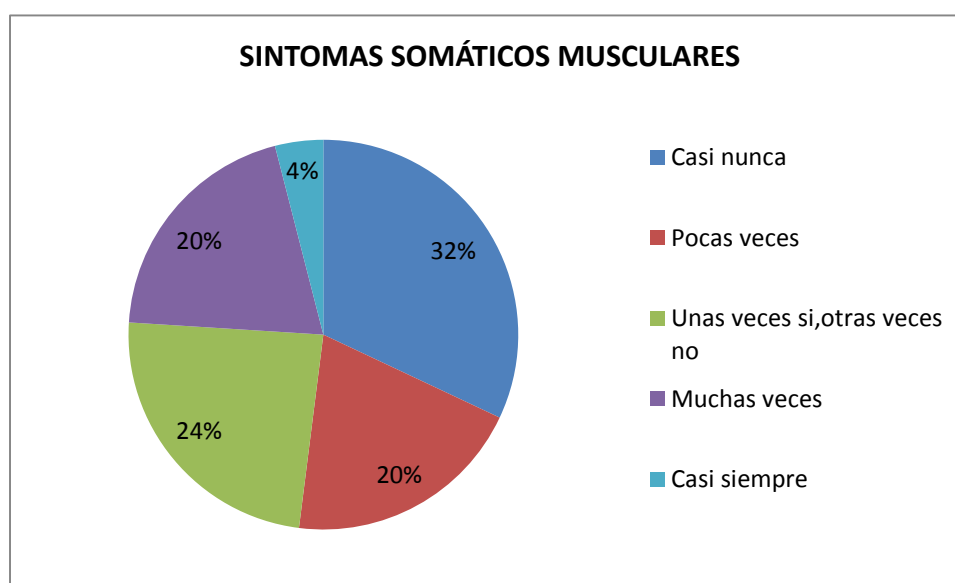
El 16% de los jóvenes investigados sostienen sentirse depresivos pocas veces del día, el 28% manifiesta sentirse sentir variaciones del humor durante algunas ocasiones, mientras que el 44% muchas veces refleja un humor depresivo y el 8% siempre se encuentra triste.

Cuadro Nº 19

Pregunta 7

A7. Síntomas somáticos generales (musculares) (dolores y molestias musculares, rigidez muscular, sacudidas clónicas, rechinar de dientes, voz poco firme o insegura)

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Casi nunca	8	32%
Pocas veces	5	20%
Unas veces si otras veces no	6	24%
Muchas veces	5	20%
Casi Siempre	1	4%
TOTAL	25	100%



Fuente: Centro de Internamiento Mixto de Adolescentes Infractores
Elaborado: Teresa Flores

Análisis e interpretación de resultados

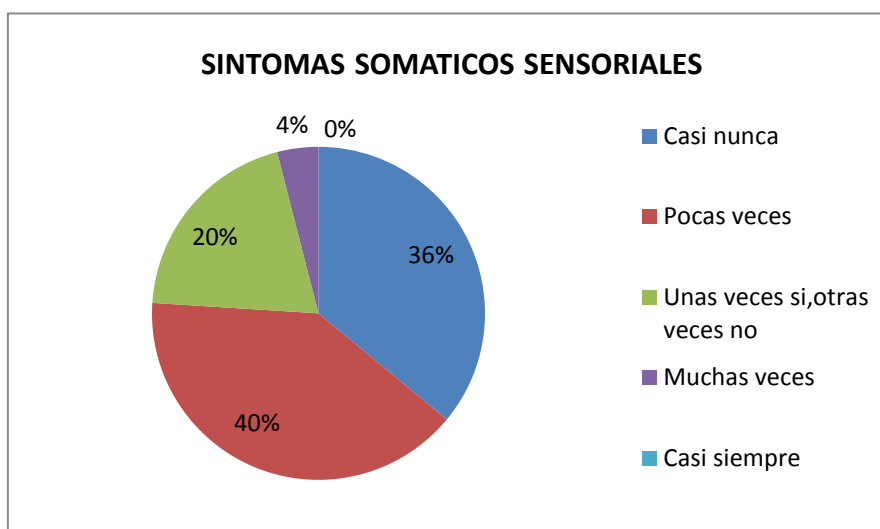
Del total de la población investigada el 32% nunca presenta molestias musculares, el 20% pocas veces, el 24% durante algunas ocasiones, el 20% de los jóvenes muchas veces siente malestar y el 4% siempre experimenta alteraciones a nivel muscular, como dolores, rigidez o sacudidas.

Cuadro Nº 20

Pregunta 8

A8. Síntomas somáticos generales (sensoriales) (zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos o escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo)

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Casi nunca	9	36%
Pocas veces	4	16%
Unas veces si otras veces no	7	28%
Muchas veces	11	44%
Casi Siempre	2	8%
TOTAL	25	100%



Fuente: Centro de Internamiento Mixto de Adolescentes Infractores

Elaborado: Teresa Flores

Análisis e interpretación de resultados

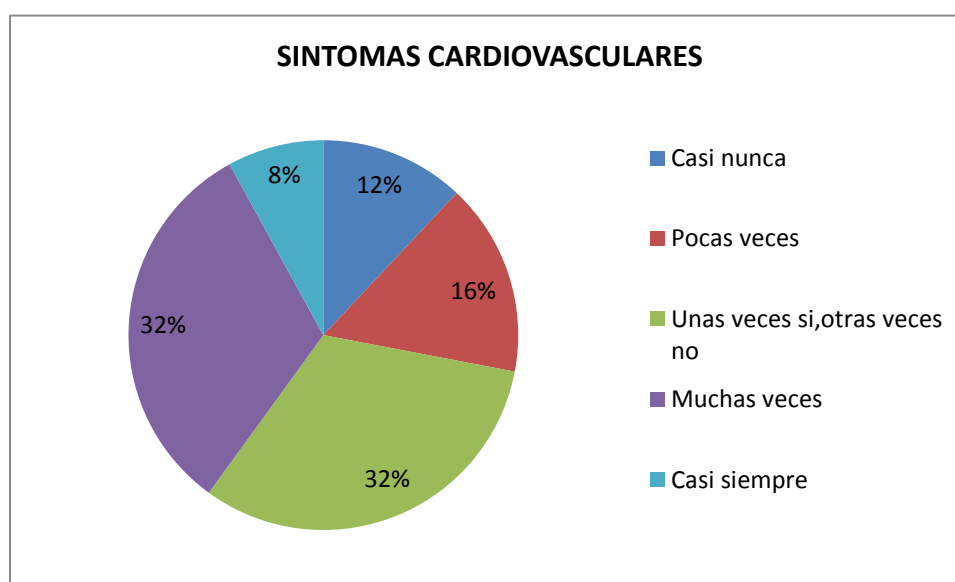
De lo investigado el 36% de los jóvenes nunca manifiestan síntomas somáticos sensoriales, el 16% pocas veces, el 28% en algunas ocasiones, mientras que el 44% de los internos muchas veces manifiestan visión borrosa, sensación de debilidad, hormigueo, etc., y el 8% siempre manifiesta estos síntomas.

Cuadro N° 21

Pregunta 9

A9. Síntomas cardiovasculares (taquicardia, palpitaciones, dolores en el pecho, latidos vasculares, extrasístoles)

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Casi nunca	3	12%
Pocas veces	4	16%
Unas veces si otras veces no	8	32%
Muchas veces	8	32%
Casi siempre	2	8%
TOTAL	25	100%



Fuente: Centro de Internamiento Mixto de Adolescentes Infractores

Elaborado: Teresa Flores

Análisis e interpretación de resultados

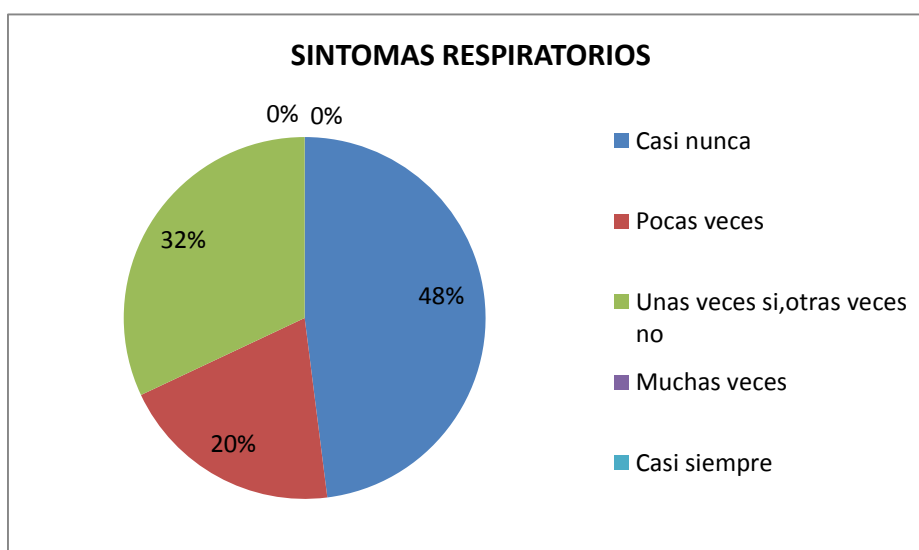
El 12% de los adolescentes infractores manifiestan nunca sentir alteraciones cardiovasculares, el 16% pocas veces, el 32% durante algunas ocasiones presentan molestias cardiovasculares, mientras que el 8% manifiestan sentir siempre palpitaciones y/o dolores en el pecho.

Cuadro Nº 22

Pregunta 10

A10. Síntomas respiratorios (peso en el pecho o sensación de opresión torácica, sensación de ahogo, suspiros, falta de aire)

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Casi nunca	12	48%
Pocas veces	5	20%
Unas veces si otras veces no	8	32%
Muchas veces	0	0%
Casi Siempre	0	0%
TOTAL	25	100%



Fuente: Centro de Internamiento Mixto de Adolescentes Infractores

Elaborado: Teresa Flores

Análisis e interpretación de resultados

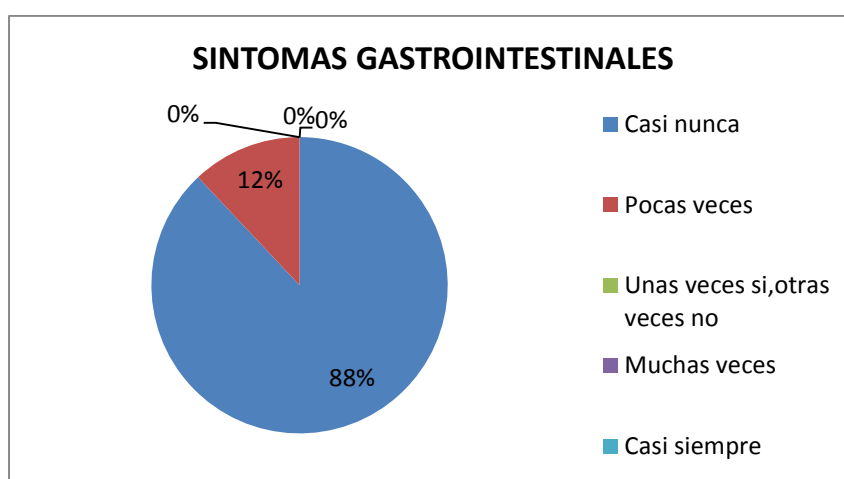
De la población estudiada el 48% de los jóvenes manifiestan no sentir molestias respiratorias, el 20% pocas veces, mientras que el 32% en algunas ocasiones si presentan opresión o falta de aire.

Cuadro N° 23

Pregunta 11

A11. Síntomas gastrointestinales (dificultad para tragar, meteorismo, dispepsia, dolor antes o después de comer, sensación de ardor, distensión abdominal, pirosis, náuseas, vómitos, sensación de estómago vacío, cólicos abdominales, borborigmos, diarrea, estreñimiento)

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Casi nunca	22	88%
Pocas veces	3	12%
Unas veces si otras veces no	0	0%
Muchas veces	0	0%
Casi Siempre	0	0%
TOTAL	25	100%



Fuente: Centro de Internamiento Mixto de Adolescentes Infractores

Elaborado: Teresa Flores

Análisis e interpretación de resultados

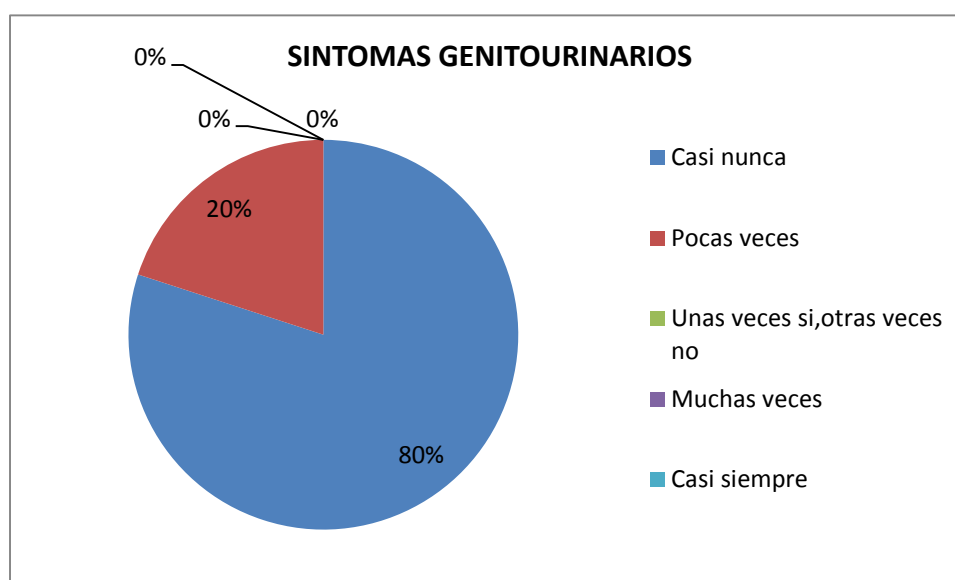
El 88% de los internos del Centro de Adolescentes Infractores manifiestan no sentir molestias gastrointestinales, mientras que el 12% pocas veces experimentan molestias estomacales.

Cuadro N° 24

Pregunta 12

A12. Síntomas genitourinarios (amenorrea, metrorragia, micciones frecuentes, urgencia de la micción, desarrollo de frigidez, eyaculación precoz, impotencia)

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Casi nunca	20	80%
Pocas veces	5	20%
Unas veces si otras veces no	0	0%
Muchas veces	0	0%
Casi Siempre	0	0%
TOTAL	25	100%



Fuente: Centro de Internamiento Mixto de Adolescentes Infractores

Elaborado: Teresa Flores

Análisis e interpretación de resultados

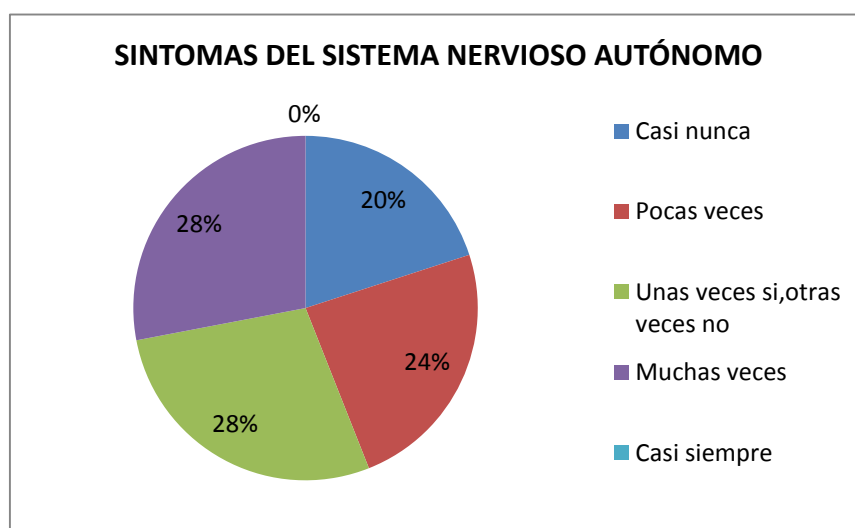
En lo referente a síntomas genitourinarios el 80% nunca experimenta molestias en el tracto urinario, mientras que el 20% en pocas ocasiones si padece estas molestias.

Cuadro N° 25

Pregunta 13

A13. Síntomas del sistema nervioso autónomo (sequedad de boca, enrojecimiento, palidez, sudoración excesiva, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección)

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Casi nunca	5	20%
Pocas veces	6	24%
Unas veces si otras veces no	7	28%
Muchas veces	7	28%
Casi siempre	0	0%
TOTAL	25	100%



Fuente: Centro de Internamiento Mixto de Adolescentes Infractores

Elaborado: Teresa Flores

Análisis e interpretación de resultados

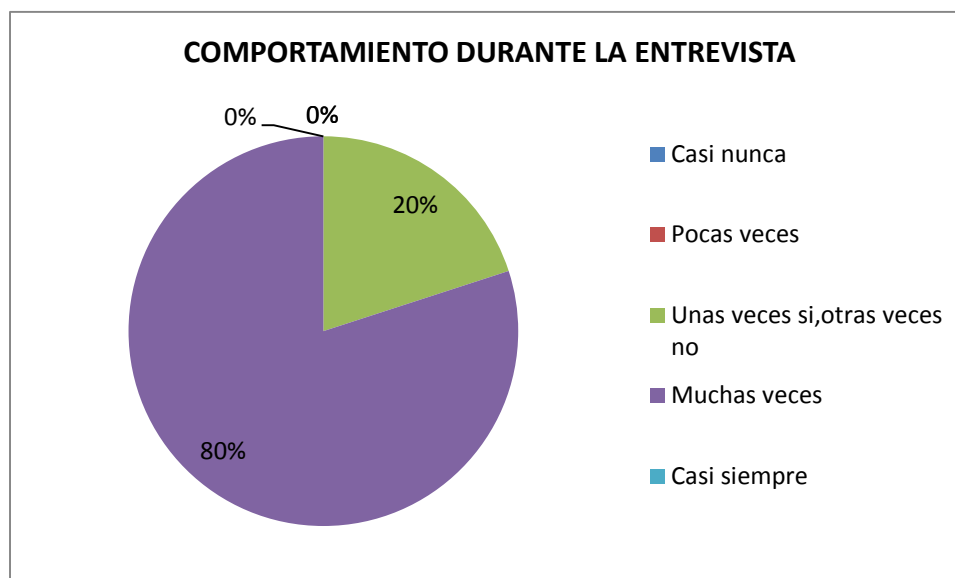
Dentro de los datos obtenidos el 20% de los jóvenes nunca han presentado vértigos o cefaleas tensionales, el 24% pocas veces, el 28% en algunas ocasiones experimenta estos síntomas y el 28% de la población restante muchas veces presenta malestar autónomo.

Cuadro N° 26

Pregunta 14

A14. Comportamiento durante la entrevista

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Casi nunca	0	0%
Pocas veces	0	0%
Unas veces si otras veces no	5	20%
Muchas veces	20	80%
Casi Siempre	0	0%
TOTAL	25	100%



Fuente: Centro de Internamiento Mixto de Adolescentes Infractores

Elaborado: Teresa Flores

Análisis e interpretación de resultados

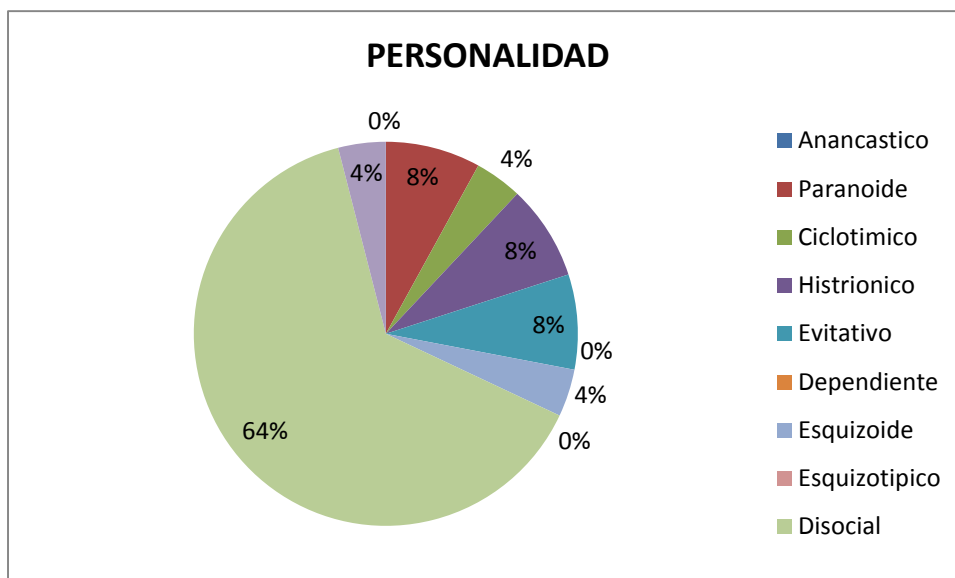
Mi apresamiento durante la aplicación de esta reactivo es que el 20% de los adolescentes se encontraban ansiosos, mientras que el 80% restante se encontraban con ansiedad de grado extremo.

Material Nº 4

SEPSI DE PERSONALIDAD

Cuadro Nº 27

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
P. Anancastica	0	0%
P. Paranoide	2	8%
P. Ciclotímica	1	4%
P. Histriónica	2	8%
P. Evitativo	2	8%
P. Dependiente	0	0%
P. Esquizoide	1	4%
P. Esquizotipico	0	0%
P. Disocial	16	64%
P. Inestable	1	4%
TOTAL	25	100%



Fuente: Centro de Internamiento Mixto de Adolescentes Infractores

Elaborado: Teresa Flores

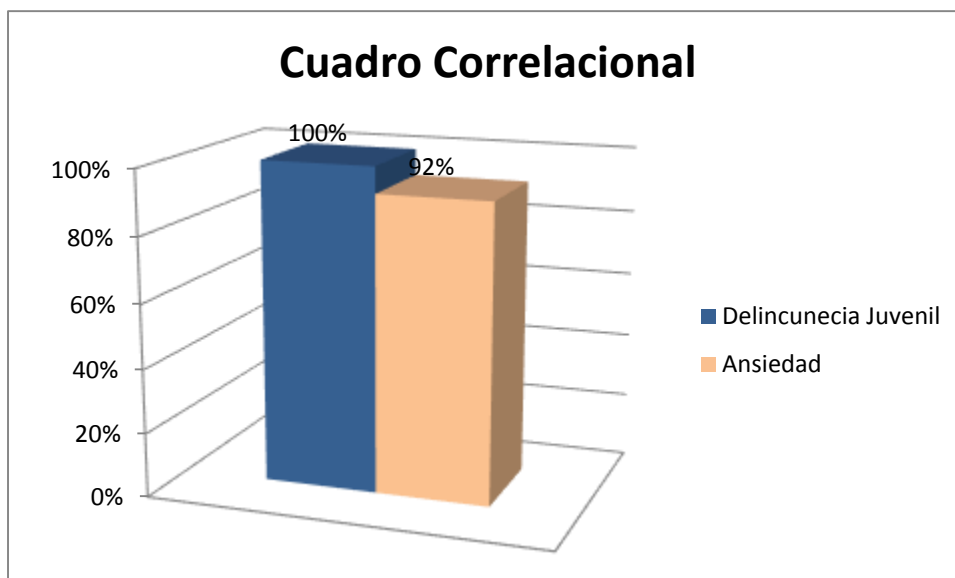
Análisis e interpretación de resultados

Este reactivo se utilizó para detectar rasgos de personalidad, encontrándose los siguientes datos: el 8% de los jóvenes presentan rasgos de personalidad paranoide, el 8% exhibe rasgos de personalidad histriónica, el 8% muestran rasgos de personalidad de tipo evitativo, el 4% esquizoide e igual porcentaje para rasgos de personalidad ciclotímica e inestable, y en porcentaje superior 64% ostentan rasgos de personalidad disocial.

CUADRO CORELACIONAL

Cuadro Nº 28

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Delincuencia Juvenil	25	100%
Ansiedad	23%	92%



Fuente: Centro de Internamiento Mixto de Adolescentes Infractores

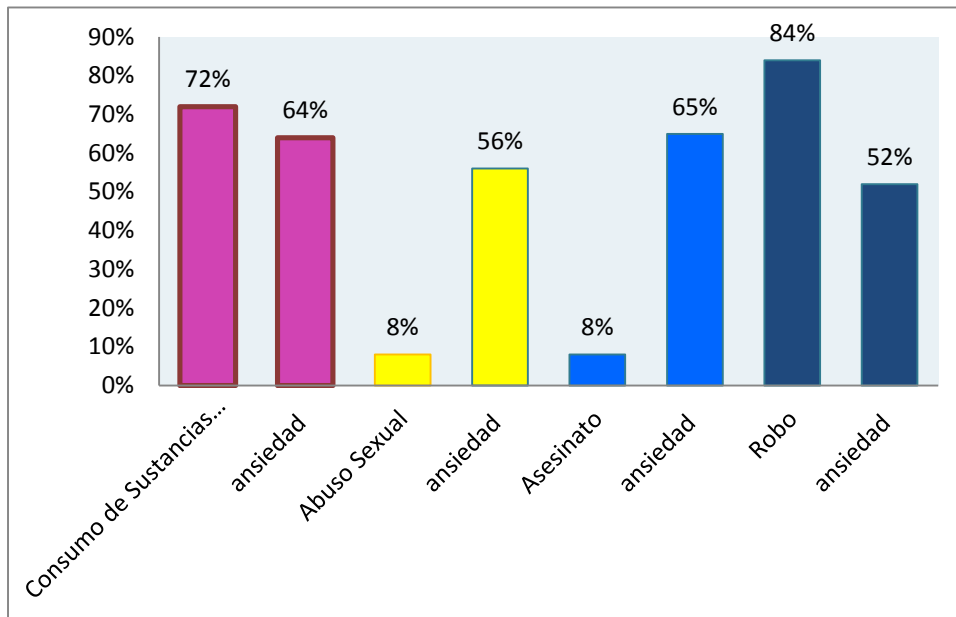
Elaborado: Teresa Flores

Análisis e interpretación de resultados

Se concluye que de la población total el 100% son adolescentes transgresores, los mismos que presentan un 92% de ansiedad.

Cuadro Nº 29

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	ANSIEDAD
Consumo de sustancias	72%	64%
Abuso Sexual	8%	56%
Asesinato	8%	65%
Robo	84%	62%



Fuente: Centro de Internamiento Mixto de Adolescentes Infractores

Elaborado: Teresa Flores

Análisis e interpretación de resultados

De la población investigada el 72% de los internos consume múltiples sustancias psicotrópicas, presentando un 64% de ansiedad, mientras que el 84% de los internos recluidos por delito de robo presentan un 52% de ansiedad, en relación a los adolescentes recluidos por abuso sexual manifiestan ansiedad en un 56% y en referencia al delito de asesinato manifiestan ansiedad en un 65%.

VII. DISCUSIÓN

Este trabajo investigativo constituye un tema de actualidad, no sólo del derecho penal, sino también de las ciencias conexas tales como la Salud Pública y la Psicología Clínica, como es la Delincuencia juvenil y sus niveles de ansiedad.

La delincuencia juvenil ha aumentado de forma alarmante en los últimos tiempos, pasando a ser un problema que cada vez genera mayor preocupación social, tanto por su incremento cuantitativo, como por su progresiva peligrosidad cualitativa. La delincuencia es además una característica de sociedades que han alcanzado un cierto nivel de prosperidad y, según análisis autorizados, más habitual en los países anglosajones y nórdicos que en los euro mediterráneos y en las naciones en vías de desarrollo. Es decir, en las sociedades menos desarrolladas la incidencia de la delincuencia juvenil en el conjunto del mundo del delito es menor que en las comunidades más avanzadas en el plano económico. En las grandes ciudades latinoamericanas, la delincuencia juvenil está ligada a la obtención delictiva de bienes suntuarios de consumo y por lo general no practican la violencia por la violencia misma sino como medio de obtener sus objetivos materiales.

Es muy frecuente, por desgracia, que los delitos vayan acompañados de violencia, donde la agresión física puede ser el resultado de la combinación de una fuerte excitación y de una frustración grave. Por otra parte, algunos actos delictivos parecen estar relacionados o como consecuencia de una intoxicación, derivada por ejemplo del alcohol. Esto explicaría, en parte, el desmesurado aumento de la delincuencia juvenil que se ha producido en nuestra sociedad, sobre todo en megalópolis como Guadalajara y el Distrito Federal en México, Sao Paulo en Brasil, Caracas en Venezuela, Buenos Aires en Argentina, Santiago en Chile, etc. Ciudades donde la inmigración y la pérdida de identidad cultural, el asentamiento irregular y la consiguiente dificultad para la convivencia familiar, aunado al desempleo, la despersonalización, los conflictos vecinales, etc., se convierten en un caldo de cultivo idóneo para la aparición de conductas asociales, tocando de manera

lamentable a gran parte de la población adolescente, quienes se ven incapaces de elaborar su propia y normal solución a la propia problemática que rodea este espacio de la vida en términos evolutivos o del desarrollo, al mismo tiempo que deben enfrentar un ambiente hostil.

Entre los delitos más comunes se encuentran, en primer lugar, los delitos relacionados contra las personas (homicidios, lesiones y delitos contra la libertad sexual); en segundo término, los delitos contra la salud pública (tráfico de estupefacientes); y en tercer término, los delitos contra el patrimonio (robos con violencia o intimidación, robos con fuerza, robos en el interior de vehículos, tirones, sustracción de vehículos). Tanto el robo como los delitos contra las personas son normalmente adjudicados al género masculino, mismo que representa un capítulo importante en las estadísticas de los centros tutelares, de los lugares de reclusión para la población adolescente. El objetivo principal destacado por los delincuentes, en los casos de robo, es el dinero, teniendo como característica principal que en los sujetos adolescentes este tipo de delitos se llevan a cabo la mayoría de veces de forma individual

Desde la perspectiva psicoanalítica, los robos en la adolescencia comportan un elenco de múltiples pulsiones intrincadas en muy distintos registros de regresión. La modalidad de expresión de los primeros robos es transitoria; su técnica se va perfeccionando, para llegar a ser más agresiva. (Winnicott, 1971).

Estudios criminológicos sobre la delincuencia juvenil señalan el carácter multicausal del fenómeno, pero a pesar de ello, se pueden señalar algunos factores que parecen decisivos en el aumento de la delincuencia juvenil desde la II Guerra Mundial. Así, son factores que se encuentran en la base de la delincuencia juvenil la imposibilidad de grandes capas de la juventud de integrarse en el sistema y en los valores que éste promociona como únicos y verdaderos (en el orden material y social, por ejemplo) y la propia subcultura que genera la delincuencia que se transmite de pandilla en pandilla, de modo que cada nuevo adicto trata de emular, y si es posible superar, las acciones violentas realizadas por los miembros anteriores del grupo.

Sumado a este contexto, hay que agregar que la sociedad actual se caracteriza por un debilitamiento de los sistemas tradicionales de apoyo para el desarrollo de la adolescencia. Quisiera mencionar, por lo menos, un medio de apoyo que con los cambios sociales, se ha debilitado como para dar una respuesta efectiva al desarrollo de los adolescentes. En primer lugar tenemos que mencionar a la Familia, los medios de comunicación, sobre todo la televisión, han suprimido la jerarquía y hegemonía que la familia tenía como formadora de costumbres sociales.

Mediante el trabajo investigativo y la información obtenida se permite caracterizar los siguientes datos, el 100% de la población pertenece al sexo masculino, en edades comprendidas de 13 y 18 años, siendo el 36% el mayor porcentaje para la edad de 16 años, además en lo referente a la escolaridad el 48% ha desertado su preparación académica, y 48% ha culminado únicamente la primaria.

Dentro de sus expedientes tenemos, acusados por robo 84%, abuso sexual el 8% e igual porcentaje para asesinato. El consumo de múltiples sustancias psicoactivas se da en el 72% de los internos a diferencia del 20% que no consume.

De igual manera en relación a los niveles de ansiedad, en el área cognitiva, el 20% presentan ansiedad extrema, el 40 % exhiben ansiedad severa, el 28% manifiestan ansiedad moderada y el 12% presentan leves síntomas de ansiedad. En el área fisiológica, el 8% de los adolescentes infractores presentan ansiedad extrema, el 56% ansiedad severa, EL 28% ansiedad moderada y el 8% presentan ansiedad mínima, en el área motora el 52% presentan ansiedad severa y el 36% ansiedad moderada.

Ahora bien, esta muestra, si bien la consideramos como de un tamaño pequeño, se ajusta, por otra parte, a otros estudios de diferentes investigadores e investigadoras a nivel internacional, sobre la temática de la delincuencia juvenil, tales como Malmquist (1990), Zagar, *et al.* (1990), Toupin (1992), Busch, *et al.* (1990), Watanabe, *et al.* (1995), Bailey, S. (1996), Heide, K. (1997); Kashani y Allan (1998), entre otros.

Destacando a Nivel Nacional que de cada 7 internos al menos 1 experimentan ansiedad en comorbilidad a otras patologías. Siendo el 68% comorbilidad con otros trastornos, como es el caso de la depresión que representa el 50%.

Además es importante, por la naturaleza del grupo en estudio, hablar de factores de riesgo, ya que el perfil de éste demuestra que antes de nacer ya era población de riesgo; progenitores, hermanos u otros familiares adictos, relaciones vinculares problematizadas, abandono emocional o físico, lo que favorece la expulsión del niño a muy corta edad del grupo familiar. Es así como el 50.2% de los menores no vivía con ninguno de sus padres, y el 12.3% vivía en la calle.

Engram (2001), a partir de un estudio realizado con adolescencia infractora, determinó la variable ansiedad como predictiva de actos violentos. Desde esta premisa podría entenderse la correlación positiva encontrada entre la ansiedad rasgo y la presencia de internamientos previos. Por otro lado, teniendo en cuenta que las infracciones con violencia son las más penalizadas a nivel legal, no es de extrañar que sean precisamente los jóvenes con más ansiedad rasgo quienes llevan más tiempo internados en el centro.³⁴

³⁴ www.psiquiatria.com/enlaces/652

Anales de psicología 2008, vol. 24, nº 2 (diciembre), 271-276 © Copyright 2008: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Murcia. Murcia (España) ISSN edición impresa: 0212-9728. ISSN edición web (www.um.es/analesps): 1695-2294. Nivel de ansiedad de jóvenes infractores internados en un centro educativo de régimen cerrado Marta Ferrer Ventura¹, 2, Joan Josep Sarrado Soldevila², Xavier Carbonell^{*1}, Carles Virgili Tejedor¹ y Jordi Cebrià Andreu¹

VII. CONCLUSIONES

De los casos atendidos en el Centro Mixto de Adolescentes Infractores de la Ciudad de Loja, mediante la aplicación de la investigación científica psicológica y a través de los reactivos psicológicos se logró identificar y determinar la relación existente entre la delincuencia juvenil y los niveles de ansiedad.

Al elaborar la Historia Clínica Psicológica se estableció el tipo de delito de cada uno de los internos, siendo el 100% procesados por trasgresiones graves, robo 84%, abuso sexual 8%, asesinato 8%, lo que ha demostrado que la delincuencia juvenil es el resultado de la combinación de diversos factores de riesgo y respuesta social presentándose en toda sociedad, en donde los anti valores de violencia, agresividad, consumo, se imponen a los valores supremos como la tolerancia, la solidaridad y la justicia.

Además en el trabajo investigativo a través de la identificación de las variables se determinó que el consumo de sustancias psicotrópicas en los jóvenes (64%) produce ansiedad severa reflejada por el síndrome de abstinencia, factor que puede precipitar al colectivo adolescente a delinquir nuevamente. En los jóvenes por delito de asesinato la ansiedad se denota a través de la inseguridad, miedo y paranoia, con respuestas motoras de movimientos repetitivos y consumo de alcohol, en los jóvenes por delito de robo, la ansiedad se manifiesta como frustración ante una lucha de poder para aclarar quien controla a quien, igualmente la hipersensibilidad ante la insatisfacción o interferencia con sus deseos o acciones produce en estos jóvenes ansiedad extrema.

Las condiciones más negativas en el contexto familiar, social y psicológico son adjudicadas al grupo acusado por robo; sin embargo, estas diferencias no determinan nada más allá que una explicación por el tipo de delito, siendo un acicate para realizar una mayor exploración del fenómeno.

Los adolescentes infractores de ley reportarán un menor tamaño de la red de apoyo y un menor número de fuentes familiares de apoyo, muchos de los jóvenes provienen de hogares desestructurados, mono parentales, callejizados, o de grupos de referencia igualmente trasgresores.

El test de ISRA, permitió hacer un diagnóstico general de la existencia de ansiedad, recogiendo las principales situaciones de la vida de los adolescentes que se han considerado como potencialmente ansiógenas, así como las respuestas de ansiedad recogidas en los tres sistemas de respuesta cognitivo o subjetivo, fisiológico y motor o expresivo, y a su vez dio lugar a la aparición de perfiles individuales que muestran la mayor reactividad o predominio de un sistema sobre otro. De manera que el 92% de la población presenta conductas de ansiedad en determinadas situaciones, consideradas amenazantes o potencialmente ansiógenas, manifestándose como una experiencia subjetiva de malestar o estrés, acompañada de alta activación fisiológica de algunas respuestas del Sistema Nervioso Autónomo y tensión muscular, finalmente en la conducta abierta o expresiva, se pueden observar distintos indicios de inquietud o agitación motora.

Las causas de la delincuencia juvenil, en general, pueden agruparse en tres categorías principales: *factores psicológicos*, que incluyen factores emocionales, (ansiedad 92%), de personalidad (disocial 64%) así como dificultades en las relaciones interpersonales; *factores sociológicos*, que incluyen influencias sociales y culturales, y finalmente, *factores biológicos*, que incluyen los efectos de elementos orgánicos y físicos.

En el 70% de los casos se registra reincidencia y la mitad de los infractores se encontraba condenado al momento del estudio, mientras el resto estaba en la condición legal de imputado. Las sanciones que los infractores recibían al momento del estudio implicaban mayoritariamente no estar privados de libertad.

Las condiciones de vida están ligadas a la salud mental de la población adolescente, reflejándose en los niveles de violencia y en la seguridad ciudadana, por lo tanto, la prevención de la delincuencia juvenil es una prioridad básica de los campos relacionados con la salud, como un fenómeno que hay que atender desde múltiples posiciones individuales, sociales, familiares y culturales.

La sociedad actual se ha visto afectada por un sinnúmero de factores que ha llevado al ser humano hacia situaciones perjudiciales y de gran vulnerabilidad , la delincuencia por ejemplo se ha convertido en un factor causante o generador de ansiedad, razón por la cual he creído conveniente y necesario tener un plan de intervención que permita reducir los niveles de ansiedad a niveles tolerables y óptimos para favorecer el proceso de socialización e integración social. De igual manera sería adecuado realizar una intervención preventiva en el clima familiar para las personas menores con problemas de conducta detectados en el desarrollo de la infancia, con la pretención de reducir los indicadores de la delincuencia juvenil.

VIII RECOMENDACIONES

He considerado las siguientes recomendaciones:

Desarrollar un modelo de atención integral que aborde las necesidades en salud mental de esta población, incorporando acciones de fomento, protección y prevención con un tratamiento oportuno e integral de los trastornos de salud mental más recurrentes y reeducación.

Motivar al adolescente a programas intensivos de actividades socioeducativas y de reinserción social, así como, la posibilidad de acceder a programas de tratamiento y rehabilitación en el caso del consumo de drogas en centros previamente acreditados por organismos competentes.

Asegurar que la intervención incorpore acciones tendientes a reducir y modificar las condiciones ambientales de riesgo y favorecer un entorno familiar y social adecuado al proceso socioeducativo y de integración social que lleva a cabo el adolescente. Desarrollando ambientes protegidos y normalizadores, en los que se privilegien relaciones respetuosas y afectivas que favorezca el desarrollo de las capacidades del adolescente, así como una mayor independencia y autonomía.

La prevención antes que la represión: La mejor manera de prevenir la delincuencia juvenil es la de impedir que surjan delincuentes juveniles, para lo cual se necesitan adecuados programas de asistencia social, económica, educacional y laboral.

Profesionalizar y especializar a la Policía en materia de menores, una mejora en el aspecto técnico de estos profesionales, permitirá una mayor efectividad y eficacia en la reforma de los jóvenes delincuentes.

Flexibilizar y diversificar la reacción penal: Con medidas flexibles, que se puedan ajustar y acondicionar periódicamente a las circunstancias del menor, según las condiciones, el avance y el progreso en el tratamiento o en la ejecución de la medida.

Incrementar talleres ocupacionales, con asistencia de carácter obligatorio, con el propósito de aflorar habilidades ocultas.

Incrementar un espacio adecuado, en el cual se pueda realizar psicoterapia individual y grupal.

Entrenamiento en habilidades socioemocionales y resolución de problemas, con el objeto de que el adolescente sea capaz de reconocer y resolver las situaciones conflictivas que se presentan en su vida.

IX PLAN DE INTERVENCIÓN

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
AREA DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE PSICOLOGIA CLINICA

PLAN DE INTERVENCION PARA EL CENTRO DE INTERNAMIENTO MIXTO DE ADOLESCENTES INFRACTORES DE LA CIUDAD DE LOJA

INTRODUCCIÓN:

En la adolescencia se configuran los ideales de vida que después van a constituir la identidad personal del adulto. La carga de los trastornos emocionales, entre ellos la ansiedad, es sentida especialmente por las familias y los amigos de los afectados y de no ser tratados, estos trastornos dejan marcas indelebles tanto para el propio individuo como en la sociedad.

Por esta razón una vez determinada la problemática existente, que surge de conocer y analizar los resultados obtenidos en relación a los niveles de ansiedad de los jóvenes del Centro de Internamiento Mixto de Adolescentes Infractores de la Ciudad de Loja, he creído conveniente elaborar un Plan de intervención orientada a una atención individual, familiar y grupal, cuyo objetivo sea un tratamiento eficaz encaminado a la inserción social; lo que se pretende es involucrar redes de apoyo, cuyas características puedan convertirse en factores protectores y reforzadores en la sistematización de la intervención.

PLANIFICACIÓN DEL PROCESO PSICOTERAPÉUTICO

Objetivos inmediatos:

- Reducción de la frecuencia, intensidad y duración de la activación autonómica/ansiedad.
- Reducción de la conducta de evitación, huida o inhibición.
- Facilitación de la adquisición de habilidades de afrontamiento

- Identificación y modificación de la base cognitiva, fisiológica y motora de ansiedad; distorsiones cognitivas y Esquemas cognitivos (Supuestos personales) que hacen vulnerable al sujeto a padecer ansiedad.
- Evaluar su propia actuación y autorreforzarse cuando sea adecuado

Áreas de intervención:

- Individual
- Familiar
- Social

Modalidad psicoterapéutica a utilizar.

- Psicoterapia individual
- Psicoterapia Familiar
- Psicoterapia Grupal

SESIONES DE TRABAJO DE PLANIFICACIÓN TERAPEÚTICA

Semana 1

Participantes:

Paciente, familia, grupo

Objetivos:

- Encuadre
- Negociar el contrato psicoterapéutico

Recursos Psicoterapéutico: Terapia de apoyo, explicativa

Procedimientos:

Se trata con el paciente, familia y grupo los objetivos, características y frecuencia del proceso psicoterapéutico, así como el posible tiempo de duración del tratamiento. Se establece el compromiso y responsabilidad con el proceso.

Semana 2

Participantes:

Paciente

Objetivos

- Practicar la generación de alternativas de respuestas a sus propios pensamientos negativos

Recursos Psicoterapéuticos:

- Reestructuración cognitiva
- Entrenamiento en auto-observación de pensamientos
- Entrenamiento conductual
- Técnica de Exteriorización de Voces Internas
- Construcción de jerarquías
- Técnicas de Condicionamiento Encubierto
- Terapia Racional Emotiva
- Reestructuración Racional Sistemática
- Técnicas de Autoinstrucciones
- Desvanecimiento
- Reforzamiento positivo encubierto
- Reforzamiento negativo encubierto
- Extinción encubierta
- Modelado encubierto
- Solución de Problemas y Autocontrol

Procedimiento:

Se le explica a la paciente en qué consiste la técnica de reestructuración cognitiva, para proceder posteriormente a la realización de un ejercicio para identificar los pensamientos negativos.

El primer paso en esta técnica es identificar en qué momento y situación estamos pensando de esta manera, una vez descubierto el pensamiento negativo, se lo analiza, no se trata simplemente de sustituir un pensamiento negativo por uno positivo, sino que se requieren reconocer y examinar las

circunstancias que en el pasado han acompañado tales estados emocionales problemáticos, con el fin de analizarlos, cuestionarlos y generar alternativas para modificarlos.

Con base en la lista de pensamientos realizados en la tarea. Se le pedirá que categorice sus pensamientos de acuerdo a la lista de pensamientos irracionales

- Ejemplar del registro diario de pensamientos

Día/hora	Situación	Pensamientos automáticos	Emociones	Respuesta racional	Resultado
	Describe: Acontecimiento actual que le lleva a emociones desagradables Flujo de pensamientos, soñar despierto o recuerdos que llevan a emociones desagradables Sensaciones físicas angustiosas	Escribe los pasamientos automáticos que van precedidos de las emociones	Especificar tristeza, ansiedad, enfado, etc. Valorar el grado de la emoción 0-100%	Escribir una respuesta racional a los pensamientos automáticos Valorar la racionalidad de la creencia 0-100%	Revalorar la creencia en los pensamientos automáticos 0-100% Especificar y valorar las emociones consecuentes.

Participantes:

Familia

Objetivos:

- Inserción al tratamiento
- Aumentar la habilidad de autoafirmación del paciente y la reducción de las inhibiciones conductuales.

Recursos Psicoterapéuticos:

- Terapia Explicativa
- Reestructuración cognitiva
- Refuerzo positivo

Procedimiento:

Se le explica a la familia lo que son los pensamientos automáticos, se le describe como aquellos pensamientos surgen inmediata y habitualmente en determinadas circunstancias. Estos pensamientos suelen llevar a reacciones emocionales inadecuadas y negativas.

Se le ilustra a la familia a partir de casos reales cómo ciertos pensamientos automáticos pueden resultar en estados emocionales inadecuados. Se le describen situaciones problema y los pensamientos acompañantes a modo de narración y posteriormente se le explican los pensamientos negativos automáticos para concentrarse en ellos. Se resuelven sus dudas y se le proporciona el material para las tareas en casa.

Tareas en casa.

Registrar los pensamientos negativos que se hubiesen generado a lo largo de la semana, así como los desafíos a esos pensamientos y cuáles serían las respuestas racionales ante estas circunstancias.

Participantes:

Grupo

Objetivos

- Determinar los pensamientos automáticos negativos

Recursos psicoterapéuticos:

- Reestructuración cognitiva
- Registro diario del pensamiento
- Terapia Racional Emotiva
- Técnicas de Autoinstrucciones
- Reforzamiento positivo encubierto
- Solución de Problemas y Autocontrol

Semana 3**Participantes:**

Paciente

Objetivos:

- Aprender el control voluntario de la respiración y automatizarlo para que pueda ser utilizado en situaciones de ansiedad y estrés.
- Identificar las señales fisiológicas que provienen de los músculos cuando están en tensión y poner en marcha las habilidades aprendidas para reducirlas (que se relaje)

Recursos Psicoterapéuticos:

- Respiración
- Relajación muscular
- Autoeficacia

Procedimiento:

Se inicia el entrenamiento en relajación. La técnica que se puede emplear es la propuesta por Jacobson por ser una manera más sencilla y efectiva de entrenar. Mediante esta técnica el paciente logra diferenciar los estados de tensión y relajación. Inicialmente se le explica que la finalidad de los ejercicios es mostrarle la incompatibilidad de estar relajado y estar ansioso o tenso. Se le indica que el tiempo de tensión deberá ser mucho menor que el de relajación. Además se le informa que una estrategia para lograr la relajación más intensa es tensar al máximo el músculo y soltarlo inmediatamente. Se le instruye para que practique la relajación en su casa por lo menos dos veces al día y también en los momentos en los que se sienta muy tenso. Se procede entonces al entrenamiento en relajación de los diferentes grupos musculares, en la siguiente secuencia: frente, ojos, nariz, mejillas, lengua, mandíbulas, cuello, brazos, pecho, abdomen, glúteos, muslos, pantorrillas.

Participantes:

Familia

Objetivos:

- Auto-administrarse una consecuencia positiva para auto reforzar una conducta

Recursos Pisos terapéuticos:

- Autoreforzamiento
- Auto eficacia

Procedimiento:

Explicar a la familia en qué consiste un refuerzo/autorrefuerzo y para lograr que este sea realmente eficaz. Asimismo la familia debe considerar cuándo y cuánto refuerzo vamos a aplicar. Por ejemplo, en las primeras fases del entrenamiento de una nueva habilidad o conducta, es eficaz aplicar refuerzos con más frecuencia. Posteriormente, podemos reforzar de manera intermitente, ya que está demostrado que este tipo es más eficaz para el mantenimiento de la conducta o habilidad.

Participantes:

Grupo

Objetivos:

- Auto-administrarse una consecuencia positiva para auto reforzar una conducta

Recursos Piso terapéuticos:

- Autoreforzamiento
- Auto eficacia

Procedimiento:

Explicar a los integrantes del grupo como se puede Instaurar nuevas habilidades personales de manera relativamente sencilla y a la vez eficaz, las mismas que nos permitirán disminuir conductas ansiógenas.

Semana 4**Participantes:**

Paciente

Objetivos:

- Maximizar las habilidades de afrontamiento social

Recursos Psicoterapéuticos:

- Entrenamiento asertivo
- Refuerzo positivo

Procedimiento:

- A. Se identificarán situaciones que requieran de comportamiento asertivo.
- B. Se estructuran escenas con la mayor exactitud posible.
- C. Se describen algunos componentes básicos de las habilidades asertivas.
- D. El terapeuta muestra o modela, según el caso.
- F. Se realizan ensayos conductuales.

G. Se repite el ensayo conductual hasta que el paciente emite la respuesta asertiva deseada.

I. Se programan tareas en casa que le permiten ensayar la nueva respuesta.

Participante:

Familia:

Objetivos:

- Reconocer y elogiar los pequeños logros de los pacientes
- Que la familia altere de manera efectiva la interacción con el paciente a partir de reforzamiento positivo
- Dar y recibir cumplidos.

Tareas en casa

Que haga tres cumplidos diariamente durante toda la semana, que evalúe qué tan cómodos siente al hacerlo. Si observa algún comportamiento que quisiera cambiar en ese tipo de interacciones, debe ensayarlo varias veces hasta que le agrade la forma en que lo haga.

Participantes:

Grupo

Objetivos:

- Conversaciones sociales. Se hace una breve introducción que describa los componentes de las habilidades de conversación: preguntas abiertas, responder a información libre, parafrasear, hacer autorevelaciones, cambiar de tópico, interrumpir para participar en conversaciones en marcha y terminar conversaciones.
- Hacer afirmaciones sin dar explicaciones

REGISTRO DE ENTRENAMIENTO ASERTIVO

Nombre de la paciente _____

Fecha	Situación	alto-bajo	qué pasó y cómo se sintió

Semana 6

Participante

Paciente, familia y grupo

Objetivos:

- Entrenamiento en manejo de contingencias.
- Evaluación Pre y pos tratamiento

Procedimiento:

Introducir al paciente, familia y grupo, en los principios generales de la modificación de conducta, como la especificación de la conducta a modificar o conducta meta, los tipos de medición, línea base, elaboración de gráficas o cuadros que muestren cómo está la conducta antes y después de la intervención.

Comprometer a las tres áreas de intervención, individual, familiar y grupal a reforzar las técnicas terapéuticas con disponibilidad de tiempo inicial de cada 15 días, posteriormente cada mes y finalmente cada tres meses

X BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association, DSM IV, Manual de Clasificación y Diagnóstico. 5ª ed. Barcelona: Ed. Masson; 1999.
- Acosta, A., Rodríguez, A. & Lotero, J. (2008). Epidemiología de los trastornos de ansiedad y depresión en adolescentes
- Alberti y Emmos (1978). Teoría de la evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales. Valencia: Promolibro.
- Aranda Maria, Carrillero Miguel, Leon Vicente. Psicología infantil y juvenil. Cursos de orientación familiar.
- Barlow. Durand; Psicopatología. Boston, Tercera Edición
- Becker, Howard (1963). Los extraños: sociología de la desviación. Buenos Aires: Editorial Tiempo Contemporáneo
- Bergalli, Roberto; Juan Bustos Ramírez y Teresa Miralles (1983) El pensamiento criminológico. Barcelona: Península, volumen I.
- Cano Vindel, A. y Miguel Tobal, J.J. (1999). Evaluación de la ansiedad desde un enfoque interactivo y multidimensional: El Inventario De Situaciones Y Respuestas De Ansiedad- ISRA. Psicología Contemporánea 6,14-21.
- Caballo, V.E. (1983). Asertividad: definiciones y dimensiones. Estudios de Psicología, 13,52-62
- Caballo, V.E. (1986). Evaluación de las habilidades sociales. en R. Fernandez Ballesteros y J.A.I Carrobles (eds): Evaluación Conductual: metodología y aplicaciones. Madrid: pirámide
- Caballo, V.E. (1987). Evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales: una estrategia multimodal. Tesis Doctoral, Universidad Autónoma de Madrid
- Clasificación de la CIE-10 de los trastornos mentales y del comportamiento en niños y adolescentes. Sir Michael Rutter.
- CIE 10. Trastornos mentales y del comportamiento: Descripciones clínicas y pautas guías para el diagnóstico, F41-F42. OMS. Madrid: Meditor.

- Don Gibbons en su obra *Delincuentes juveniles y criminales* editada por primera vez en 1969
- *Diagnostico y tratamiento de los trastornos de la ansiedad*. Asociación mundial de psiquiatría, 1999.
- *Diccionario Enciclopédico Lexus* 1997.
- Echeburúa, E., De Corral, P. y Amor, P. J. (2001). Estrategias de afrontamiento ante los sentimientos de culpa. *Análisis y modificación de conducta* 27 (116), 905-929.
- Garrido, V (1986). *Delincuencia juvenil*. Madrid: Alambra.
- Herrero Herrero, C.: " *Criminología (parte general y especial)*" , Dykinson, Madrid, 1997
- Icart, A. (2001). Algunas manifestaciones de la ansiedad en la adolescencia. *Temas de psicoanálisis*, 6, 155-169.
- J De Moragas, *Psicología del niño y del adolescente*.
- Izquierdo, C. y López, M. A. (2001). Problemática psicosocial de los delincuentes jóvenes. *Cuadernos de Política Criminal*, 74, 371-389.
- Miguel Tobal, J.J. y Cano Vindel A. (1986). *Manual del Inventario de Situaciones y Respuestas de ansiedad (I.S.R.A)* Madrid: TEA Ediciones.
- Perales A, Sogi C, Morales R. *Salud Mental en adolescentes de las Delicias (Trujillo- Perú)*.
- Zamorano L. *El diagnóstico psicopatológico y los trastornos mentales en la adolescencia*.
- Vallejo Ruiloba J, Gastó Ferrer C. *Trastornos afectivos: ansiedad y depresión*. Barcelona: Ed. Salvat; 1990.
- Libro *Psicología del niño y del adolescente*/Autor: J De Moragas.
- Moreno, C., Del Barrio, V. y Mestre, V. (1995). *Ansiedad y acontecimientos vitales en adolescentes*. *Revista Latinoamericana de Psicología*
- Organización Mundial de la Salud (2002). *Clasificación Internacional de las Enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid. Mediator.

- Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial sobre la violencia y la salud, Capítulo 2: La violencia Juvenil, 2003

Referencias de internet

- <http://www.scielo.cl/pdf/rchnp/v47n3/art03.pdf>
- <http://www.psicomag.com/neuropsiquiatria/>
- www.psiquiatria.com/enlaces/652
- www.guiasalud.es/egpc/ansiedad/completa/apartado04/definición-diagnostico.html/
- Hamilton FH. Escala de Hamilton. psicomag [en línea] 2007 julio 05 URL disponible en:<http://www.psicomag.com/neuropsiquiatria/ESCALA%20DE%20HAMILTON.php>

XI ANEXOS

PROYECTO:

I. TEMA:

“La delincuencia juvenil y su relación con los niveles de ansiedad en El Centro De Internamiento Mixto De Adolescentes Infractores De La Ciudad De Loja. Periodo Abril-Octubre 2011”

II. PROBLEMATIZACION

La delincuencia juvenil resulta desde hace varios años inquietante en nuestra región por el incremento sostenido que ha sufrido en el último tiempo. Esto no ha ocurrido sólo en América Latina, región especialmente marcada por la delincuencia sino que se observa también a nivel mundial.

Desde hace varios años se viene discutiendo sobre las causas de los comportamientos antisociales de los jóvenes, considerándose finalmente la multicausalidad del fenómeno. Corsi y Peyrú, plantean que hay distintas formas de violencia social que crecen y se multiplican a un ritmo acelerado. Estas conductas resultan disruptivas y amenazan el proceso de integración en el que los adolescentes incorporan nuevas capacidades y aptitudes. En medio de este revolucionario período de cambio personal los adolescentes intentan formar su propio espacio y son vulnerables a las conductas delictivas que los rodean.

En este período también se transforma la relación con el poder adulto, reelaborándose imágenes de sí mismo y del mundo, para llegar a formar su propia identidad. Es así que el desarrollo de los individuos no se da en forma aislada, y necesariamente se relaciona con una compleja red de sistemas interconectados, como la escuela, la familia, los grupos de pares y otras instituciones o situaciones que influyen en forma directa o indirecta en su

desarrollo y cuyas características pueden convertirse tanto en factores protectores como de riesgo.

Sobre las estadísticas relativas a las tasas de encarcelamiento de menores se estima que hay en el mundo al menos 1 millón de menores presos, de los cuales el número de hombres adolescentes es muy superior al de mujeres, sobre la edad de inicio de las conductas disóciales, la preadolescencia parece ser una edad privilegiada para el ingreso a la delincuencia, en lo que refiere a la presencia de sintomatología ansiosa se estima que el 11% de los adolescentes experimentan ansiedad durante esta etapa.

De manera que el adolescente infractor internado en un centro de régimen cerrado como es caso de los jóvenes del Centro De Internamiento Mixto De Adolescentes Infractores De La Ciudad De Loja; presentan un desajuste neurovegetativo con un incremento considerable en sus niveles de ansiedad. En este sentido, parece que los niveles extremos de ansiedad en los primeros períodos del internamiento no sólo no favorecen, sino que interfieren los procesos de cambio personal positivo.

Rutter, señala entre las características que harían más vulnerables a los jóvenes a incurrir en actos delictivos e incrementar sus niveles de ansiedad; a la hiperactividad, la pobreza, la desigualdad, la exclusión social (falta de educación, trabajo y oportunidades de esparcimiento), la disolución de la familia, la agresividad temprana, bajo autocontrol, alta tendencia a tomar riesgos, impulsividad, el uso indebido de drogas y la explotación; además es importante determinar la influencia del grupo de pares, ya que jóvenes que exhiben conductas delictivas tienden a tener amigos igualmente involucrados.

Siendo importante entender a la ansiedad como una sensación o un estado emocional normal ante determinadas situaciones y que constituye una respuesta habitual a diferentes situaciones cotidianas estresantes, esta, en los adolescentes privados de la libertad sobrepasa o supera la capacidad adaptativa de la persona, convirtiéndose en ansiedad patológica, provocando

malestar significativo con síntomas que afectan tanto al plano físico, psicológico y conductual.

Ante esta situación, y con afán de mejorar la permanencia y calidad de vida de los internos me propongo la siguiente interrogante ¿Existe ansiedad en los jóvenes del Centro Mixto De Adolescentes Infractores De La Ciudad de Loja?

III. JUSTIFICACION

La Universidad Nacional de Loja consciente de su rol social de coadyuvar a la solución de los problemas regionales y nacionales en el contexto universal, tomó la decisión de impulsar la reforma académica institucional mediante la implementación del Sistema Académico Modular por Objeto de Transformación SAMOT, que se fundamenta en la construcción e implementación de propuestas curriculares, que diseñadas desde el conocimiento de la problemática de la realidad Biopsicosocial; se orientan a propiciar una educación emancipadora, es decir la formación de profesionales capaces de desarrollar sus conocimientos en el transcurso de toda nuestra vida y comprometidos con la promoción y prevención de las necesidades básicas de la nuestra sociedad.

Conocedores de esta labor, y constituyendo además, un requisito para la obtención del título de Psicóloga Clínica; luego de haber recibido los conocimientos científicos, prácticos e investigativos necesarios como estudiante de la Carrera de Psicología Clínica del Área de la Salud Humana; y con el fin de contribuir exitosamente con la Comunidad y la Sociedad en general he considerado necesario realizar la presente investigación sobre **“LA DELINCUENCIA JUVENIL Y SU RELACION CON LOS NIVELES DE ANSIEDAD EN EL CENTRO DE INTERNAMIENTO MIXTO DE ADOLESCENTES INFRACTORES DE LA CIUDAD DE LOJA. PERIODO ABRIL-OCTUBRE 2011”**

Además al ser la ansiedad un patógeno causal, juega un papel esencial en el desarrollo biopsicosocial de los individuos. de tal manera que estos trastornos a

nivel mundial cobran mayor relevancia en el campo de Salud Mental, en la práctica clínica cotidiana y en el ámbito penitenciario, siendo los adolescentes una cadencia vulnerable e importante de la población presidiaria y marginal de la sociedad.

Por todo ello, se asumirá la presente investigación como posibilidad de exponer ciertos aspectos científicos sobre la problemática analizada y sobre todo para proponer líneas de trabajo que hagan factible un giro institucional; de modo que se superen progresivamente ciertas características limitantes como son la ansiedad presentes en los adolescentes infractores. A sí mismo el presente trabajo tiene como objetividad contribuir a fortalecer las estadísticas del: Centro de Internamiento Mixto de Adolescentes Infractores De La Ciudad De Loja; y que sirva de consulta y apoyo para los estudiantes en formación.

IV. OBJETIVOS

GENERAL:

- Identificar la relación existente entre la delincuencia juvenil y los niveles de ansiedad en el Centro de Internamiento Mixto de Adolescentes Infractores de la Ciudad de Loja

ESPECÍFICOS:

- Determinar los niveles de ansiedad en los adolescentes del Centro de Internamiento Mixto de Adolescentes Infractores de la Ciudad de Loja a través de la aplicación del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad ISRA y la Escala de HALMILTON para la Ansiedad.
- Conocer el tipo de delito a través de la historia clínica psicológica
- Determinar la relación existente entre los niveles de ansiedad y la delincuencia juvenil en los menores del Centro de Internamiento Mixto de Adolescentes Infractores de la Ciudad de Loja

- Identificar los factores de riesgo que predisponen a la presencia de ansiedad durante el internamiento de los Adolescentes del Centro de Internamiento Mixto de Adolescentes Infractores de la Ciudad de Loja
- Elaborar un plan de intervención terapéutica sobre ansiedad en los adolescentes privados de su libertad.

V. ESQUEMA DEL MARCO TEORICO

CAPITULO I ADOLESCENTES INFRACTORES

1. GENERALIDADES

2. DEFINICIONES

3. ETAPAS DE LA ADOLESCENCIA

3.1 Preadolescencia

3.2 Segunda etapa de la adolescencia

3.3 Tercera etapa de la adolescencia

4. IDENTIDAD DEL ADOLESCENTE

4.1 Identidad sexual del adolescente

5. CAMBIOS FISICOS DEL ADOLESCENTE

6. CAMBIOS PSICOLOGICOS DEL ADOLESCENTE

7. RELACIONES INTERPERSONALES

8. LA DELINCUENCIA JUVENIL

9. PERFIL DE LOS ADOLESCENTES INFRACTORES

10. SÍNDROME DE PRISIONIZACIÓN

11. ETIOLOGÍA DE LA DELINCUENCIA JUVENIL

11.1 TEORÍAS DE CORTE BIO-ANATÓMICO

11.1.1 El criminal nato

11.1.2 Estructura física del criminal

11.2 TEORÍAS SOCIALES

11.2.1 Teoría de la asociación diferencial (aprendizaje)

11.2.2 Teoría de la anomia

11.2.3 Teoría de la elección racional

11.2.4 Teoría del etiquetamiento

11.2.5 Teoría del control social

11.2.6 Teoría de la presión

12. TIPOLOGÍA DE LOS DELINCIENTES JUVENILES

12.1 El pandillero delincuente

12.2 El pandillero pendenciero

12.3 El delincuente casual no pandillero

12.4 El delincuente drogadicto

12.5 El agresivo de peligrosidad extrema

12.6 El delincuente psicópata

CAPITULO II ANSIEDAD

1. GENERALIDADES

2. DEFINICION

3. ORIGEN

4. EPIDEMIOLOGIA

5. ETIOPATOGENIA

5.1 FACTORES PREDISPONENTES

5.1.1 Genética

5.1.2 Ansiedad de separación

5.1.3 Personalidad

5.2 FACTORES PSICOLÓGICOS

6.2.1 Teoría psicodinámica

6.2.2 Teorías conductistas

6.2.3 Teorías cognitivistas

5.3 FACTORES BIOLÓGICOS

6.3.1 Hipótesis Gabaérgica

6.3.2 Hipótesis noradrenérgica

6.3.3 Hipótesis serotoninérgica

5.4 FACTORES AMBIENTALES

6. SINTOMATOLOGIA DE LA ANSIEDAD

7. COMPONENTES DE LA ANSIEDAD

7.1 Componente fisiológico

7.2 Componente Cognitivo

7.3 Componente Conductual

8. CLASIFICACION

8.1 TRASTORNOS DE ANSIEDAD (CIE-10)

8.1.1 Trastorno de pánico

8.1.2 Trastorno de ansiedad generalizada

8.1.3 Trastorno mixto ansioso depresivo

8.1.4 Otro trastorno mixto de ansiedad

8.1.5 Otros trastornos de ansiedad específicos

8.1.6 Trastornos de ansiedad sin especificación

8.2 TRASTORNOS DE ANSIEDAD (DSM-IV)

8.2.1 Trastorno de ansiedad generalizada

8.2.2 Trastorno de ansiedad debido a (enfermedad medica)

8.2.3 trastorno de ansiedad inducido por sustancias

8.2.4 trastorno de ansiedad no especificado.

9. TRATAMIENTO

CAPITULO I ADOLESCENTES INFRACTORES

1.GENERALIDADES

La adolescencia es el ciclo en la vida del hombre que continua a la pubescencia y la pubertad. Se inicia entre los 12 o 14 años y culmina con la madurez, (18 a 20 años). No solo es la fase de mayores cambios

Teoría psicoanalítica de Freud: Según esta teoría la adolescencia es un estadio del desarrollo en el que brotan los impulsos sexuales y se produce una primacía del erotismo genital. Supone, por un lado, revivir conflictos edípicos infantiles y la necesidad de resolverlos con mayor independencia de los progenitores y, por otro lado, un cambio en los lazos afectivos hacia nuevos objetos amorosos.

Teoría de la adolescencia de Erikson: Para Erikson la adolescencia es una crisis normativa, es decir, una fase normal de incremento de conflictos, donde la tarea más importante es construir una identidad coherente y evitar la confusión de papeles..

Escuela de Ginebra. Piaget: Este autor señala la importancia del cambio cognitivo y su relación con la afectividad. El importante cambio cognitivo que se

produce en estas edades genera un nuevo egocentrismo intelectual, confiando excesivamente en el poder de las ideas.

Teoría focal de Coleman: Este autor toma a la adolescencia como crisis, si bien los conflictos se dan en una secuencia, de tal forma que el adolescente puede hacerlos frente y resolver tantos conflictos sin saturarse. (Coleman 1980)

2. DEFINICIONES

Etapa que transcurre entre los 11 y 19 años, considerándose dos fases, la adolescencia temprana 12 a 14 años y la adolescencia tardía 15 a 19 años. En cada una de las etapas se presentan cambios tanto en el aspecto fisiológico (estimulación y funcionamiento de los órganos por hormonas, femeninas y masculinas), cambios estructurales anatómicos y modificación en el perfil psicológico y de la personalidad. Sin embargo la condición de la adolescencia no es uniforme y varía de acuerdo a las características individuales y de grupo.

Cada individuo posee una personalidad y en esta etapa es cuando más la manifiesta generalmente, no solo de manera individual sino de forma grupal, para poder medir el grado de aceptación en los diferentes escenarios sociales e ir haciendo los ajustes o modificaciones necesarios para sentirse aceptado socialmente. (Psicología del niño y del adolescente. J De Moragas.)

3. ETAPAS DE LA ADOLESCENCIA

3.1 La Pre-Adolescencia: (8- 11 años)

La característica fundamental de esta fase es el rápido crecimiento somático, con la aparición de los caracteres sexuales secundarios. La clasificación de las distintas fases de maduración puberal de Tanner es de gran utilidad para poder utilizar un lenguaje común entre todos los profesionales.

Estos cambios hacen que se pierda la imagen corporal previa, creando una gran preocupación y curiosidad por los cambios físicos. El grupo de amigos,

normalmente del mismo sexo, sirve para contrarrestar la inestabilidad producida por estos cambios, en él se compara la propia normalidad con la de los demás y la aceptación por sus compañeros de la misma edad y sexo. Los contactos con el sexo contrario se inician de forma “exploratoria”.

También, se inician los primeros intentos de modular los límites de la independencia y de reclamar su propia intimidad pero sin crear grandes conflictos familiares.

La capacidad de pensamiento es totalmente concreta, no perciben las implicaciones futuras de sus actos y decisiones presentes. Creen que son el centro de una gran audiencia imaginaria que constantemente les está observando, con lo que muchas de sus acciones estarán moduladas por este sentimiento (y con un sentido del ridículo exquisito). Su orientación es existencialista, narcisista y son tremendamente egoístas.³⁵

3.1 Segunda Etapa De La Adolescencia: (11 -15 años)

El crecimiento y la maduración sexual prácticamente han finalizado adquiriendo alrededor del 95% de la talla adulta y siendo los cambios mucho más lentos, lo que permite restablecer la imagen corporal.

La capacidad cognitiva va siendo capaz de utilizar el pensamiento abstracto, aunque este vuelve a ser completamente concreto durante períodos variables y sobre todo con el estrés. Esta nueva capacidad les permite disfrutar con sus habilidades cognitivas empezándose a interesar por temas idealistas y gozando de la discusión de ideas por el mero placer de la discusión. Son capaces de percibir las implicaciones futuras de sus actos y decisiones aunque su aplicación sea variable.

Tienen una sensación de omnipotencia e invulnerabilidad con el pensamiento mágico de que a ellos jamás les ocurrirá ningún percance; esta sensación facilita los comportamientos de riesgo que conllevan a la mortalidad (alcohol,

³⁵ Francisco Canova, *Sicología Evolutiva del Adolescente, fases del desarrollo fisiológico y psicológico del a adolescencia*, 7ª Edición, San Pablo 1994.

tabaco, drogas, embarazo, etc.) de este período de la vida y que puede determinar parte de las patologías posteriores en la época adulta.

La lucha por la emancipación y el adquirir el control de su vida está en plena efervescencia y el grupo adquiere una gran importancia, sirve para afirmar su autoimagen y definir el código de conducta para lograr la emancipación. Es el grupo el que dicta la forma de vestir, de hablar y de comportarse, siendo las opiniones de los amigos mucho más importantes que las que puedan emitir los padres; estas últimas siguen siendo muy necesarias, aunque sólo sea para discutir las, sirven de referencia y dan estabilidad, los padres permanecen, el grupo cambia o desaparece.

La importancia de pertenecer a un grupo es altísima, algunos adolescentes antes que permanecer "solitarios" se incluyen en grupos marginales, que pueden favorecer comportamientos de riesgo y comprometer la maduración normal de la persona.

Las relaciones con el otro sexo son más plurales pero fundamentalmente por el afán narcisista de comprobar la propia capacidad de atraer al otro, aunque las fantasías románticas están en pleno auge.³⁶

3.2 Tercera Etapa De La Adolescencia: (15 -18 años)

El crecimiento ha terminado y ya son físicamente maduros. El pensamiento abstracto está plenamente establecido aunque no necesariamente todo el mundo lo consigue. Están orientados al futuro y son capaces de percibir y actuar según las implicaciones futuras de sus actos.

Es una fase estable que puede estar alterada por la "crisis de los 21", cuando teóricamente empiezan a enfrentarse a las exigencias reales del mundo adulto. Las relaciones familiares son de adulto a adulto y el grupo pierde importancia para ganar las relaciones individuales de amistad.

³⁶ Francisco Canova, *Sicología Evolutiva del Adolescente, fases del desarrollo fisiológico y psicológico del a adolescencia*, 7ª Edición, San Pablo 1994.

Las relaciones son estables y capaces de reciprocidad y cariño y se empieza a planificar una vida en común, familia, matrimonio y proyectos de futuro.³⁷

4. IDENTIDAD DEL ADOLESCENTE

La adolescencia es un momento de búsqueda y consecución de la identidad personal. Esta identidad es de naturaleza psicosocial y contiene importantes ingredientes de naturaleza cognitiva. El adolescente se juzga a sí mismo de la misma forma de cómo es percibido por los otros, y se compara con ellos. Estos juicios pueden ser conscientes o inconscientes, con inevitables connotaciones afectivas, que dan lugar a una conciencia de identidad exaltada o dolorosa, pero nunca afectivamente neutra.

El autoconcepto es el elemento central de la identidad personal, pero integra en sí mismo elementos corporales, psíquicos, sociales y morales.

Los cambios fisiológicos obligan a revisar y rehacer la imagen del propio cuerpo. La preocupación por el propio físico pasa a primer plano. Pero no sólo la imagen del propio físico, sino la representación de sí mismo pasan a constituir un tema fundamental. El adolescente tiene una enorme necesidad de reconocimiento por parte de los otros, necesita ver reconocida y aceptada su identidad por las personas (adultos, compañeros) que son significativas para él. Es este reconocimiento y aceptación lo que asegura un concepto positivo de sí mismo.

4.1 Identidad sexual del adolescente

El ser humano desde que nace inicia un camino que le conducirá a su individualización que consiste en el desarrollo de la propia identidad, entendida ésta como la conciencia de ser un ser autónomo y diferenciado de los demás, la conciencia de sí mismo.

Podemos afirmar que en torno a los tres años los niños y las niñas adquieren la identidad de núcleo genérico o identidad básica de género. Este concepto hace

³⁷ Francisco Canova, *Sicología Evolutiva del Adolescente, fases del desarrollo fisiológico y psicológico del a adolescencia*, 7ª Edición, San Pablo 1994.

referencia al hecho de que, desde un punto de vista evolutivo, es la primera vez que los niños y las niñas perciben su identidad sexuada. Sin embargo, la identidad sexual y de género adquirirá su conformación madura a lo largo de la adolescencia.

La identidad sexual hace referencia a la conciencia de pertenecer a un sexo en función de los atributos corporales en especial los genitales, mientras que la identidad de género hace referencia a los contenidos de la identidad que provienen de las atribuciones que una cultura determinada hace al hecho de ser mujer u hombre, respecto a actitudes, valores, comportamientos, etc. (Marquez L., Phillippi A., 1995 y Coleman J., 1980)

5. CAMBIOS FÍSICOS DEL ADOLESCENTE

La adolescencia se caracteriza por cambios físicos enormes que trasladan a la persona desde la niñez hasta la madurez física. Los cambios tempranos de la pre pubertad se notan con la aparición de las características sexuales secundarias.

Las niñas pueden empezar a desarrollar los brotes de senos a los 8 años de edad, con un desarrollo completo de ellos que se alcanza en algún momento entre los 12 y los 18 años. El crecimiento del vello púbico, así como también el vello de la axila y de la pierna, comienza normalmente alrededor de los 9 ó 10 años de edad y alcanza los patrones de distribución adulta alrededor de los 13 ó 14 años.

La menarquía (el comienzo de los períodos menstruales) ocurre en forma característica alrededor de dos años después de notarse los cambios iniciales de la pubertad. Puede suceder incluso hacia los 10 años o, a más tardar, hacia los 15 años, siendo el promedio en los Estados Unidos aproximadamente a los 12.5 años. Entre los 9.5 y los 14.5 años se presenta un crecimiento rápido en la estatura en las niñas, alcanzando el punto máximo alrededor de los 12 años.

Los niños pueden comenzar a notar agrandamiento escrotal y testicular incluso a 9 años de edad seguido de cerca por el alargamiento del pene. El tamaño y

la forma de los genitales adultos se logra normalmente hacia la edad de 16 a 17 años. El crecimiento del vello púbico (así como también el vello de la axila, pierna, pecho y cara) en los hombres, comienza en los niños alrededor de los 12 años y alcanza los patrones de distribución adulta más o menos entre los 15 y 16 años.

Un crecimiento rápido en la estatura sucede en los niños entre las edades de más o menos 10.5 a 11 años y 16 a 18 años, alcanzando su punto máximo alrededor de los 14 años. La pubertad en los hombres no está marcada con un incidente súbito, como lo es el comienzo de la menstruación en las mujeres. La aparición de emisiones nocturnas regulares (poluciones nocturnas) marca el inicio de la pubertad en los varones y ocurre normalmente entre las edades de 13 y 17 años, con un promedio alrededor de los 14.5 años.

Los cambios en la voz en los hombres suceden normalmente junto con el crecimiento del pene y la aparición de emisiones nocturnas ocurre con el punto máximo de aumento de estatura.³⁸

6. CAMBIOS PSICOLÓGICOS DEL ADOLESCENTE

La adolescencia es una fase de reafirmación del Yo, el individuo toma consciencia de sí mismo y adquiere mayor control emocional.

Se produce el deseo de querer alcanzar mayor independencia y libertad; el adolescente quiere más autonomía y busca nuevas experiencias, pierde la confianza básica en la familia y se siente extraño y angustiado con el mundo.

Esta situación hace que el adolescente tenga un comportamiento susceptible, arrogante y crítico. Reconoce la madurez de su pensamiento, sube su inteligencia práctica y creativa, es consciente de las consecuencias de sus actos y posee una sexualidad equiparable a la de los adultos.

En si los cambios psicológicos que se producen durante la adolescencia son:

³⁸ Marquez L., Phillippi A., 1995 y Coleman J., 1980, Juventud y Adolescencia.

- Invencibilidad: el adolescente explora los límites de su entorno, tanto de su propio físico, como de sus posibilidades. Ello trae como consecuencia el gusto por el riesgo.
 - Egocentrismo: el adolescente se siente el centro de atención porque se está descubriendo a sí mismo, y para él, no hay nada más importante en ese momento.
 - Audiencia imaginaria: el adolescente, nervioso por los cambios que está viviendo, se siente observado constantemente, parece como si todo el mundo estuviera siempre pendiente de él. Es entonces cuando aparece la sensación de vulnerabilidad y el miedo al ridículo.
 - Iniciación del pensamiento formal: durante esta época, el adolescente comienza a hacer teorías y dispone de toda una serie de argumentos y análisis que pueden justificar sus opiniones. Muchas veces, estos argumentos son contradictorios, lo cual no importa mucho al adolescente.
-
- Ampliación del mundo: el mundo no se acaba en las paredes del domicilio familiar, por lo que comienzan a surgir sus propios intereses.
 - Apoyo en el grupo: el adolescente se siente confundido y adquiere confianza con sus iguales. El apoyo que logra en el grupo es importante para seguir creciendo, puesto que les une el compartir actividades.
 - Redefinición de la imagen corporal, relacionada a la pérdida del cuerpo infantil y la consiguiente adquisición del cuerpo adulto.
 - Culminación del proceso de separación / individualización y sustitución del vínculo de dependencia simbiótica con los padres de la infancia por relaciones de autonomía plena.
 - Elaboración de los duelos referentes a la pérdida de la condición infantil: el duelo por el cuerpo infantil perdido, el duelo por el rol y la identidad infantil (renuncia a la dependencia y aceptación de nuevas responsabilidades) y el duelo por los padres de la infancia (pérdida de la protección que éstos significan).
 - Elaboración de una escala de valores o códigos de ética propios.

- Búsqueda de pautas de identificación en el grupo de pares. (Marquez L., Phillipi A., 1995 y Coleman J., 1980)

7. RELACIONES INTERPERSONALES

Los adolescentes se encuentran con dos grandes fuentes de influencia social en su desarrollo: Los, amigos que adquieren un papel fundamental en este periodo; y la familia (especialmente los padres).

A partir de la pubertad la elección de compañeros se basa sobretodo en aspectos individuales del carácter. La simpatía en el momento de la adolescencia se dirige cada vez más hacia la personalidad total del otro; y tiene en cuenta, sobretodo, las cualidades afectivas de éste.

Con el desarrollo de la madurez las posibilidades asociativas se multiplican, y las relaciones sociales se descubren mejor. El adolescente no sólo tiene la necesidad de encontrar un amigo, sino, alguien que este con él en todo momento, acompañándolo en sus necesidades internas.

Para los adolescentes la amistad significa entablar relaciones duraderas basadas en la confianza, la intimidad, la comunicación, el afecto y el conocimiento mutuo. Durante este periodo se valora a los amigos principalmente por sus características psicológicas, y por ello los amigos son las personas ideales para compartir y ayudar a resolver problemas psicológicos como pueden ser: La soledad, la tristeza, las depresiones, entre otras. Esta concepción de la amistad en los adolescentes es posible por el avance cognitivo que se produce en la toma de perspectiva social, que consiste en adoptar la posición de una tercera persona para analizar más objetivamente sus relaciones, es decir, tal y como las vería una tercera persona.

Los adolescentes consideran las amistades como relaciones sociales que perduran y se construyen a lo largo del tiempo; entienden la amistad como un sistema de relaciones. Por tanto, podemos decir, que la amistad en este periodo permite que se tome conciencia de la realidad del otro, formándose de esta forma actitudes sociales.

Importante es mencionar, otro aspecto, que cumple la amistad en este proceso, ésta tiene una función integrativa en la sociedad, ya que el hecho de sentirse integrado en el mundo y en la sociedad, lo cual se logra, por medio de la amistad, contribuye a reforzar y sociabilizar el “yo”

Otro aspecto importante, no mencionado anteriormente pero que lo complementa es la inserción de los adolescentes en grupos. (“grupos de amigos”)

El adolescente espera del grupo que le permita la conquista de su autonomía, pero una vez que llega a ser independiente abandona el grupo porque la noción de autonomía y la de grupo se oponen. Es normal que el adolescente se salga del grupo para comprometerse en relaciones personales, y en relaciones con el otro sexo

Por otro lado, tenemos las relaciones con los padres, que es la otra gran influencia en el plano social que los individuos reciben en este periodo.

A partir de la pubertad, los adolescentes empiezan a sentir nuevas necesidades de independencia, y como consecuencia de esto desean realizar actividades sin el continuo control paterno; les molestan las ocupaciones caseras, las preguntas de los padres sobre lo que ellos consideran “su vida privada” (amigos, lugares que frecuentan, etc).

Los adolescentes no saben muy bien lo que quieren o a qué aspiran. Pueden llegar a parecer adultos muy pronto (físicamente), por lo que desean ser tratados como tales por sus padres; sin embargo la concepción social de la adolescencia alarga enormemente este periodo, por lo que aun les queda un largo camino por recorrer para conseguir el estatus de adulto.

El salto generacional que existe entre padres e hijos, y las nuevas necesidades de autonomía de los adolescentes, provocan ciertas tensiones familiares, pero el hecho de que existan algunos conflictos inevitables no quiere decir que las relaciones entre padres e hijos estén continuamente deterioradas. Existen investigaciones que demuestran que un comportamiento paternal de

orientación igualitaria, democrática y liberal favorece que no aparezcan conflictos graves, contribuyendo al dialogo y la comunicación familiar, y pacificando las relaciones con los hijos. (Coleman J., 1980)

8. LA DELINCUENCIA JUVENIL

La delincuencia juvenil es uno de los hechos sociales más importantes presente en las sociedades. Además, es considerado como uno de los temas criminológicos internacionalmente preferidos porque la manifestación del hecho puede observarse con mayor facilidad entre la población joven que entre la adulta, y por ver la delincuencia juvenil de hoy como posible delincuencia adulta del futuro.

La delincuencia juvenil es un fenómeno problemático social mundial que se presenta en todas las sociedades sin importar su carácter. (Morant, 2003)

Lograr una definición de delincuencia juvenil resulta complejo, por lo que llegar a construirla obliga a esclarecer los conceptos de los que se deriva: delito, delincuente y delincuencia.

Son varias las definiciones que se le han atribuido al delito. Ossorio define al delito como un acto típicamente antijurídico, culpable, a veces sometido a condiciones objetivas de penalidad, imputable a una persona a la que se convierte en sujeto de sanción penal. (Ossorio 1981)

Por su parte, Sutherland sostiene que es importante la definición de delito como medio para determinar si una conducta debe ser incluida en los límites de la conducta delictiva. Por lo establecido anteriormente, el delincuente sería aquel sujeto que ha cometido un acto sancionado como delito por la ley penal.

Visto el concepto de delito y delincuente es necesario establecer la tercera definición propuesta. La delincuencia, es toda conducta reprimida por la ley penal, se trata de un fenómeno social manifestado por la comisión de actos sancionados por la ley que, además, implican transgresiones a los valores reinantes en la sociedad. Son conductas antijurídicas a la vez que antisociales. (Ossorio, 1981)

Actualmente los criminólogos sostienen que la delincuencia es un hecho vinculado estrechamente a cada tipo de sociedad y es reflejo de las principales características de la misma.

En este sentido, Herrero define la delincuencia como el fenómeno social constituido por el conjunto de infracciones contra las normas fundamentales de convivencia, producidas en un tiempo y lugar determinados. (Herrero 1997)

De esta forma, el término delincuencia juvenil se convierte en un concepto socio-histórico. Se define como aquella persona que no cuenta con la mayoría de edad penal y que comete un hecho castigado por las leyes.

Los delitos cometidos por los jóvenes generalmente difieren en género y motivo de los crímenes de los adultos. En definitiva, se puede definir la delincuencia juvenil como el fenómeno social constituido por el conjunto de las infracciones penales cometidas por los sujetos mayores de catorce años y menores de dieciocho. Esta definición, junto a la premisa que los delitos cometidos se relacionan íntimamente con la situación social en la que se desarrollan, son los elementos que establecen las bases del fenómeno a estudiar.³⁹

9. PERFIL DE LOS ADOLESCENTES INFRACTORES

El perfil de los adolescentes infractores es el siguiente:

- La edad de población va entre de 14 y 18 años
- Edad de inicio del consumo, 12 años.
- Sexo masculino
- La droga más consumida los inhalantes y la marihuana.
- El consumo es mucho más frecuente en el sexo masculino que el femenino, pero los indicadores de daño son mucho más altos en las mujeres
- Deserción del sistema escolar.
- Hay historia de fracaso, falta de motivación y familias multiproblemáticas, sin motivación para participar en el proceso de rehabilitación

³⁹ Marquez L., Phillippi A., 1995 y Coleman J., 1980, Juventud y Adolescencia.

- Los delitos más frecuentes: delito simple e infracción grave

Por lo tanto, son adolescentes que presentan acumulación de condiciones adversas y escasos factores de protección, ya que viven en entornos de alto riesgo, con distintos grados de abandono o violencia intrafamiliar y tienen experiencias escolares marcadas por el fracaso y la discriminación. La calle y sus pares son el espacio de socialización, el lugar donde desarrollan habilidades de supervivencia y la “oferta” principal para sus tareas de desarrollo. No cuentan con condiciones para satisfacer las necesidades psicoafectivas y de aprendizaje que se requieren para un desarrollo integral y psicosocial. Tienen grandes capacidades y habilidades, pero éstas tienden a ser moldeadas desde lo trasgresor.

Estos individuos tienen una gran vulnerabilidad social, definida por la relación entre los recursos del sujeto y las oportunidades que le ofrece la sociedad, y *una vulnerabilidad clínica*, dada por la relación entre los aspectos deficitarios y las potencialidades del sujeto; esta vulnerabilidad se puede amplificar o inhibir según factores del contexto y tiene su expresión en la salud física y mental del sujeto. Por lo tanto, las intervenciones que se planifiquen no sólo se deben efectuar desde el ámbito de lo social, sino también desde el ámbito clínico. (Garrido, V 1986. Delincuencia juvenil. Madrid. Alambra.)

10. SÍNDROME DE PRISIONIZACIÓN

Una de las consecuencias más graves de las alteraciones conductuales y psicopatológicas del adolescente infractor de ley que está en un medio privativo de libertad es la prisionización, como se denomina al hecho de que el sujeto se va adaptando en forma paulatina a este contexto de privación, en un proceso que Goffmann (1.974) llamó enculturación, a través del cual el individuo va adquiriendo progresivamente una nueva forma de vida y va aprendiendo nuevas habilidades, según la regulación de las relaciones sociales y las normas dictadas por los compañeros internos.

La vida cotidiana de las personas privadas de libertad se caracteriza por una organización bastante rígida, carente de elementos motivadores y en donde prevalece lo normativo. Muchas veces el síndrome de prisionización se confunde con patologías mentales, trastornos del ánimo o síndromes de abstinencia a drogas, debido a algunos fenómenos comunes que se observan de manera inmediata o en distintos momentos de la privación de libertad, como:

- **La desproporción emocional reactiva:** cuestiones que en otro contexto carecerían de importancia, son vivenciadas con una resonancia emocional y cognitiva desproporcionada. Las rupturas abruptas y las conductas inesperadas se pueden explicar de esta manera.
- **La dualidad adaptativa:** se puede producir una autoafirmación agresiva con fuerte hostilidad hacia todo lo que provenga de la “autoridad” o bien, una sumisión frente a la institución, como vía adaptativa.
- **El preceptismo galopante:** se refiere a la incapacidad para controlar las contingencias del ambiente, de manera que actúa bajo el mandato del inmediatismo, lo que en situaciones de privación de libertad se traduce en vivir sólo el presente, con ausencia de planificación y visión de futuro.
- **El síndrome amotivacional:** que se caracteriza por la pérdida de interés, por la percepción de incapacidad para transformar o dirigir su vida, delegando su responsabilidad y creatividad en el entorno institucional del que depende. Incluso puede llegar a presentar episodios ansiosos y/o depresivos y conductas autoatentatorias.

Los múltiples efectos psicológicos y socioculturales que se pueden presentar como consecuencia de la privación de libertad son especialmente relevantes en los adolescentes. Para adaptarse a las condiciones intramuros, en muchas oportunidades desarrollan un conjunto de estrategias similares a lo que en los adultos privados de libertad se identifica como una subcultura carcelaria, que

incluye aprendizajes y comportamientos que, a la hora de egresar, no son compatibles con una inserción social adecuada.⁴⁰

11. ETIOLOGÍA DE LA DELINCUENCIA JUVENIL

11.1 TEORÍAS DE CORTE BIO-ANATÓMICO

11.1.1 El criminal nato

Los teóricos del Siglo XIX sostenían que el significado de los hábitos delictivos se encontraba en una deficiencia moral innata. Algunos de estos autores sugirieron que los delincuentes representaban un atraso evolutivo del hombre, otros consideraban al delincuente como una persona incapaz de alcanzar los niveles sociales normales debido a deficiencias cerebrales innatas. Estos puntos de vista nacieron en el seno de la antropología criminal que estudiaba medidas del cuerpo, cráneo y características faciales de los delincuentes.

Para el autor Cesare Lombroso muchos delincuentes presentaban anomalías físicas que se asemejaban a los rasgos de los salvajes primitivos o los primates. De forma tal que en los delincuentes se observaba una nariz chata, la parte inferior de la cara mal desarrollada, pocas rayas en las palmas de las manos, frente estrecha, cara asimétrica, cejas pobladas y baja bóveda craneal, entre otras. Además de estos rasgos, las facultades sensoriales de los delincuentes estaban embotadas.

Lombroso consideraba ciertas actitudes de algunos delincuentes como su carencia de sentido moral, impulsividad, violencia, inmunidad al remordimiento y crueldad, como atributos propios de una constitución primitiva.

Siguiendo la misma línea, Hooton comparó a los presos norteamericanos con una muestra extraída de la población "normal" y encontró que la causa principal del delito es la inferioridad biológica. Las diferencias entre civiles y presos se hacían evidentes, aun dividiendo a los delincuentes según la naturaleza de sus delitos.

⁴⁰ Garrido Genovés, V.: "Delincuencia juvenil", Alambra, Madrid, 1986, pag. 11.

11.1.2 Estructura física del criminal

Existen corrientes somatotípicas que clasifican a los individuos según su físico característico al medir la musculatura, los huesos y la grasa corporal. El precursor en este campo de pensamiento fue Kretchmer quién enfocó su interés en la asociación existente entre estructura del cuerpo y susceptibilidad a las enfermedades mentales. Llegó a construir una clasificación de las personas según sus tipos corporales: asténico (delgado, esbelto), atlético (musculoso), pícnico (regordete) y displástico (mixto).

Sheldon, valiéndose de fotografías de desnudos, desarrolló un método para marcar de forma numérica los elementos corporales somáticos. En este sistema cada persona se clasifica según el predominio de tres componentes físicos primarios: endomorfia, mesomorfia y ectomorfia. Los endomórficos poseen grandes cavidades corporales, grandes vísceras, y contornos suaves y redondeados; los mesomórficos poseen una estructura corporal sólida, pesada y con músculo abundante; y, los ectomórficos son los de cuerpos delgados, esbeltos y ligeros. Llegando a la conclusión que los jóvenes residentes en instituciones penitenciarias el predominio era de mesomórficos, estos, fueron identificados con un temperamento fanfarrón, agresivo e indisciplinado cuya actitud para con la vida es predatoria.

11.2 TEORÍAS SOCIALES

11.2.1 Teoría de la asociación diferencial (aprendizaje)

La vida delictiva parece ser algo que se aprende de la experiencia, el que un joven se encuentre por el "buen" o el "mal" camino depende del ambiente en el que se haya criado.

Esta teoría fue expuesta por Edwin Sutherland, la cual plantea que los jóvenes se vuelven delincuentes al aprender maneras incorrectas de sus compañeros y al ver como adultos poderosos infringen la ley. De esta forma la gente joven entra en contacto con personas de las cuales aprenden a rechazar los principios legales y adquieren habilidades para infringir las reglas. Todo el

mundo se expone a posibilidades de este tipo, pero cuando se experimenta más a favor del delito que en contra del mismo el resultado será un delincuente.

Toda conducta delictiva tiene su origen en la asociación diferencial, esta conducta se aprende en asociación con los que definen lo delictivo favorablemente y en aislamiento de los que lo definen desfavorablemente. Según Sutherland: "una persona en una situación apropiada participa de esa conducta delictiva sólo cuando, el peso de las definiciones favorables es superior al de las definiciones desfavorables." (1969)

El autor enfatizó su atención en dos fenómenos: los delincuentes de cuello blanco y las pandillas de adolescentes. Sus estudios le permitieron descubrir una progresión en la conducta delictiva, desde pequeños delitos cometidos en el estímulo del momento hasta operaciones profesionales organizadas bajo la premisa del mínimo riesgo y el máximo beneficio. Así los delincuentes aprenden sus técnicas y, gradualmente, adquieren un lugar propio en el seno de la sociedad de criminales profesionales.

Otros autores de la escena de Chicago fueron Tanenbaum y Whyte quienes consideraron a las pandillas de delincuentes como el resultado del fracaso de la comunidad para ofrecer salidas razonables a la frustración.

Por otra parte, Block y Niederhoffer estudiaron las pandillas de Nueva York y encontraron que los adolescentes trataban de unirse por imitación a los delincuentes de mayor edad cuyos golpes delictivos eran mejor planeados y lograban mayor éxito. A su vez, los grupos delictivos de más edad fungían de campo de entrenamiento y fuente de reclutamiento. De esta manera, el joven frustrado de barrios bajos tiene la alternativa de unirse a una estructura profesional del delito que puede comenzar en la esquina de su casa y terminar en actos delictivos completamente profesionales.

La imagen de los delincuentes juveniles es la de muchachos sanos de una sociedad enferma, su desgracia fue criarse en una clase en la que el estilo de vida delictivo es más accesible y se aprende más fácil y rápido que la conformidad a los valores de la clase media.

Los adolescentes están particularmente abiertos al aprendizaje de normas, actitudes y valores de cualquier grupo al que se expongan. El mejor elemento de predicción en solitario del comportamiento adolescente, tanto de conformidad como de desviación, es el comportamiento de los amigos más cercanos. El comportamiento delictivo de los adolescentes es, fundamentalmente, un comportamiento grupal. (Akers, 1985)

11.2.2 Teoría de la anomia

Emile Durkheim utiliza la palabra anomia para designar una dolencia social en la que las presiones reguladoras y controladoras de una costumbre social son reducidas de forma que los individuos se encuentran sin guía ni freno.

El autor plantea que cuando aumenta la movilidad social el individuo pierde sus esperanzas límites que podrían frenar sus apetencias y ambiciones. Al aumentar las posibilidades, mayor es el peligro de insatisfacción y desencanto. Así, las libertades modernas exponen a las generaciones más jóvenes a mayores oportunidades tanto para el bien como para el mal. Un aumento de oportunidad para la expresión de la personalidad se convierte en la causa que facilita el aumento de las tentaciones y ocasiones para realizar actos ilícitos.

La noción de anomia también ha sido desarrollada por Merton que la define como una forma de “caos cultural” producida por una discrepancia entre las metas culturalmente aceptadas y los medios institucionalizados para alcanzar dichas metas, ambos simbolizan la categoría y el éxito en la sociedad contemporánea.

Según la posición de un individuo en la sociedad, el sistema social actúa como una puerta abierta o como una barrera. Así, los jóvenes pobres se encuentran en desventaja en la carrera hacia los símbolos del éxito aunque están bajo la misma presión de obtenerlos. Cuando la sociedad se organiza lo hace de forma tal que suscita en la clase baja aspiraciones que luego son frustradas, entonces la sociedad obtiene los delincuentes que se merece.

11.2.3 Teoría de la elección racional

Esta teoría ve a la delincuencia juvenil como una perspectiva individual. Existen teóricos que argumentan que aquellas personas que se desvían no saben lo

que están haciendo, sin embargo, los teóricos de la elección racional sostienen que en algunos de casos la desviación es el resultado de un cálculo altamente racional de riesgos y recompensas. Los individuos ponen en uno de los lados de la balanza las posibilidades de obtener un beneficio, y del otro, los riesgos de ser atrapado. Es así como deciden su curso de acción.

Pero, es importante tener en cuenta que, no todos los jóvenes escogen las acciones más racionales. Sus valores difieren de los valores de las personas adultas, y, en la mayoría de los casos, estos valores todavía no se han formado completamente. Por tal razón, sus motivos para delinquir pueden ser diferentes de los motivos de un adulto criminal. A los adolescentes se les conoce frecuentemente por no pensar antes de actuar, de forma que las acciones delincuenciales son resultado de actuar en contra de la autoridad o de rebelarse contra los valores y normas dominantes en la sociedad.

11.2.5 Teoría del etiquetamiento

Una de las principales referencias del labelling es: quien actúa violando las reglas establecidas de los distintos grupos sociales, le es adjudicada una etiqueta de desviado por parte de las personas que cuentan con el poder de fijar las reglas.

La aplicación de una etiqueta es el resultado de un proceso político porque es sólo el comportamiento discriminado el que viola las reglas dominantes que han sido impuestas por medio de criterios de poder. Entonces, la conducta desviada es consecuencia de un proceso de interacción entre la acción que es cuestionada y la reacción que viene de otros individuos.

Así se conforma una carrera criminal que, al ser complementado con el mecanismo de la profecía autorrealizable, hace que el individuo termine modelando su identidad según la imagen que los demás tienen de él. (Bergalli, 1983)

La teoría del etiquetamiento es crucial para entender la delincuencia juvenil porque es durante la adolescencia cuando termina de formar la identidad de sí mismo. Esta teoría también ayuda a explicar las consecuencias a largo plazo de la etiqueta de desviado en la identidad social del individuo. Si un joven es

etiquetado como delincuente, su propia identidad puede desarrollarse de forma que se vuelva más propenso a verse envuelto en actividades criminales; por el concepto negativo de su identidad, escogerá involucrarse con el crimen y asociarse con otros delincuentes con los que comparte la etiqueta.

11.2.5 Teoría del control social

Por medio del control social se describen los mecanismos mediante los que la sociedad ejerce su dominio sobre la totalidad de los individuos que la integran. Es gracias a este control que se superan tanto las tensiones como los conflictos, mientras más rígido sea el control, mayor afianzamiento y permanencia del sistema social.

El ejercicio del control social se da a través de la reacción social, la respuesta reprobatoria que la audiencia social atribuye al comportamiento humano que llega a apartarse de las expectativas sociales. (Bergalli, 1983)

Los teóricos del control social comienzan su planteamiento con la premisa que el comportamiento es antisocial y delincuente por naturaleza. Travis Hirschi establece que los seres humanos son animales, capaces cometer actos criminales porque está en su naturaleza hacerlo. Así, los delincuentes son las personas que externalizan sus inclinaciones más primitivas.

La teoría del control social atribuye la delincuencia juvenil a la falla de la juventud de crear los mismos vínculos y niveles de capital social que los ciudadanos de ley. Esta falla en su proceso de socialización hace que los jóvenes que la padezcan sean más propensos a involucrarse en actividades criminales.

11.2.6 Teoría de la presión

Esta teoría se preocupa de cómo la estructura de la sociedad contribuye a que algunos de sus miembros no puedan alcanzar sus metas. Esto crea una presión que abre el camino para que el individuo rechace las metas aprobadas culturalmente y se acerque a la delincuencia y al comportamiento criminal.

La teoría sostiene que las personas que cometen crímenes poseen, básicamente, los mismos valores que todos los demás, en estos valores se encuentra un predominio de logros y éxito. Los caminos para conseguir el éxito

están restringidos para las personas de clase social baja, entonces, los individuos de esta clase enfrentan un gran dilema: o renuncian a los valores de éxito y prosperidad o abandonan la obediencia a la ley.

Las condiciones de la sociedad que le impiden al joven lograr el éxito pueden causar un desafío hacia las normas y valores socialmente aceptados, lo que lo conduce a involucrarse en actos delictivos. Este patrón de delincuencia puede llevar al joven a una vida en prisión o a una vida sin éxito⁴¹

12. TIPOLOGÍA DE LOS DELINCUENTES JUVENILES

Don Gibbons clasifica a los delincuentes juveniles, tomando en cuenta cuatro factores:

- La configuración del delito
- Un escenario ambiental de interacción
- La imagen que de si mismo tiene el delincuente
- Sus actitudes concomitantes

El proceso que utilizó Gibbons para clasificar en tipos fue el resultado de una exhaustiva revisión de análisis criminológicos, estableció los rasgos fundamentales que distinguían un tipo de otro. Llegando a la siguiente clasificación:

- 12.1 El pandillero ladrón
- 12.2 El pandillero pendenciero
- 12.3 El delincuente casual no pandillero
- 12.4 El drogadicto
- 12.5 El agresivo de peligrosidad extrema
- 12.6 La joven delincuente
- 12.7 El delincuente psicópata⁴²

⁴¹ López-Rey Arrojo, M.: Criminología. Teoría, delincuencia juvenil, predicción y tratamiento. *Aguilar, Madrid, 1981.*

⁴² Gibbons, Don C L; Delincuentes Juveniles y Criminales. México. Abril. 2000. Edit. Fondo de cultura económica

CAPITULO II ANSIEDAD

1. GENERALIDADES

Podemos definir las respuestas de ansiedad como reacciones defensivas e instantáneas ante el peligro. Estas respuestas, ante situaciones que comprometen la seguridad del sujeto, son adaptativas para la especie humana. Significa esto que ejerce una función protectora de los seres humanos.

El ser humano durante miles de años se ha tenido que enfrentar a infinidad de peligros; cuando estos se presentaban, las respuestas más eficaces para preservar la integridad del sujeto eran dos: la huida o la lucha.

Los mecanismos, psicofisiológicos humanos, que preparan para la huida o la lucha (respuestas de ansiedad) han cumplido un eficaz papel a lo largo de los tiempos. El problema es que el ser humano ya no tiene que enfrentarse con animales que corren detrás de él para convertirlo en su cena; en cambio otros muchos agentes estresantes le rodean y le acompañan a lo largo de su existencia, haciendo que el fantasma del peligro le aceche detrás de cualquier situación inofensiva.

La ansiedad es la activación del sistema nervioso, consecuente con estímulos externos o como resultado de un trastorno endógeno de las estructuras o de la función cerebral. La activación se traduce como síntomas periféricos derivados del sistema nervioso vegetativo (aumento del tono simpático) y del sistema endocrino (hormonas suprarrenales), que dan los síntomas de la ansiedad. Por otro lado los síntomas en estimulación del sistema límbico y de la corteza cerebral que se traducirán en síntomas psicológicos de ansiedad.

2. DEFINICIÓN

La ansiedad es una sensación o un estado emocional normal ante determinadas situaciones y que constituye una respuesta habitual a diferentes situaciones cotidianas estresantes. Así, cierto grado de ansiedad es incluso deseable para el manejo normal de las exigencias del día a día. Tan sólo cuando sobrepasa cierta intensidad o supera la capacidad adaptativa de la

persona, es cuando la ansiedad se convierte en patológica, provocando malestar significativo con síntomas que afectan tanto al plano físico, como al psicológico y conductual. (Acosta, A., Rodríguez, A. & Lotero, J. 2008)

3. ORIGEN

El término ansiedad, proviene del latín "anxietas", que significa congoja o aflicción. Consiste en un estado de malestar psicofísico caracterizado por una sensación de inquietud, intranquilidad, inseguridad o desosiego ante lo que se vivencia como una amenaza inminente y de causa indefinida. La diferencia básica entre la ansiedad normal y la patológica, es que esta última se basa en una valoración irreal o distorsionada de la amenaza. "Cuando la ansiedad es muy severa y aguda, puede llegar a paralizar al individuo, transformándose en pánico"

El término angustia, así como "angor", "angina", provienen de una misma raíz griega o latina, y significan constricción, sofocación, estrechez u opresión, y se refieren indudablemente a la sensación de opresión precordial y epigástrica con desasosiego que la caracteriza. La angustia es una manifestación emocional caracterizada por un temor a lo desconocido o a lo amenazante. Este temor se contrapone al miedo, que es un temor a algo concreto y definido (objeto o situación). Según su origen, la angustia puede presentarse de diferentes maneras.

Existe una angustia que puede ser considerada normal, pues aparece frente a diversos estímulos estresantes, que implican una amenaza real e imponen un desafío. Si, por el contrario, la valoración de una amenaza es errónea o distorsionada o el estímulo es imaginario, se genera una angustia que tiende a persistir, transformándose en anormal o patológica. Es decir que, la angustia normal se basa en preocupaciones presentes o del futuro inmediato y desaparece al resolver los problemas la angustia patológica, antes llamada neurótica, es de medida y persistente, planeando un futuro incierto o

amenazante y va restringiendo la autonomía y desarrollo personal de quien la sufre.

Los Trastornos de Ansiedad son considerados en la actualidad como el trastorno mental más común en los Estados Unidos y México. En algún momento de sus vidas se prevé que cerca del 25% de la población experimentará algún tipo de Trastorno de Ansiedad.- Uno de cada ocho Norteamericanos entre los 18-54 años padece algún tipo de Trastorno de Ansiedad. Este porcentaje de la población representa a más de 19 millones de personas ⁴³

4. EPIDEMIOLOGIA

La realización de estudios epidemiológicos implica la evaluación de muestras muy amplias, correctamente seleccionadas, que han de ser evaluadas necesariamente por muchos especialistas en psicodiagnóstico.

Una vez realizado el estudio, puede quedar obsoleto, al variar los criterios diagnósticos con los que se llevaron a cabo los trabajos de esta investigación.

Aparentemente, los resultados de los diferentes estudios epidemiológicos no siempre son coincidentes. Pero es necesario tener en cuenta diversos factores antes de comparar los resultados de unos estudios frente a otros.

En primer lugar, a la hora de comparar distintos datos sobre la incidencia de los trastornos de ansiedad, debemos tener en cuenta que existen diversos sistemas clasificatorios de desórdenes mentales, que son los que definen qué es un trastorno de ansiedad y qué síntomas deben cumplirse para diagnosticar un trastorno concreto. Hoy en día tenemos la DSM-IV TR y la CIE-10, que básicamente coinciden, aunque no son iguales. Pero debemos tener en cuenta también las versiones anteriores de estas dos grandes clasificaciones de desórdenes mentales (DSM-IV, DSM-III R, DSM-III, CIE-9, etc.), pues en ocasiones estaremos comparando estudios que han usado criterios diagnósticos diferentes.

⁴³ www.guiasalud.es/egpc/ansiedad/completa/apartado04/definición-diagnostico.html/

En segundo lugar, debemos tener en cuenta las diferencias metodológicas entre unos y otros estudios a la hora de seleccionar la muestra que se va a estudiar. En este sentido, los estudios varían entre sí en gran medida. Así, por ejemplo, unos se realizan en un marco comunitario e intentan estimar el porcentaje de personas que presentan un determinado trastorno en una ciudad y, para ello, recurren a una muestra representativa del censo de la población. En cambio, otros estudios pretenden estimar el porcentaje de pacientes que acuden a un centro de atención primaria y presentan trastornos de ansiedad. En este segundo caso, por ejemplo, se suele entrevistar a una muestra representativa de los pacientes que acuden a un centro. Mientras que otros estudios se centran en una muestra representativa de la población de personas que ha ingresado en el sistema hospitalario.

Un tercer factor importante se refiere al periodo de tiempo que considera cada estudio a la hora de determinar la incidencia de los trastornos de ansiedad, pues a lo largo del tiempo cambia el número de personas que sufren un trastorno. Un determinado trastorno tiene una prevalencia diferente si se considera un periodo de un mes, o si considera una prevalencia de un año, o si el estudio ha tomado como parámetro epidemiológico la prevalencia a lo largo de la vida.

Un cuarto factor a tener en cuenta es el instrumento de evaluación que se esté usando en cada estudio. Recordemos que existen diferentes clasificaciones de desórdenes mentales, pues bien, además debemos tener en cuenta que cada una de ellas ha dado lugar a diferentes instrumentos de evaluación: entrevistas estructuradas, inventarios, etc.

Por último no debemos olvidar que el diagnóstico de desórdenes mentales aunque ha mejorado muchísimo no está exento de dificultades. Así, por ejemplo, en los trastornos de ansiedad nos encontramos con un grave problema, como es la alta comorbilidad, de manera que se estima que tan sólo uno de cada tres pacientes presenta un único trastorno. Los otros dos (de cada tres) presentan más de un trastorno.

OMS (Organización Mundial de la Salud). arroja los siguientes datos:

- Ansiedad generalizada 7.9%
- Ataques de pánico 1.1%
- Agorafobia con pánico ¡%
- Agorafobia sin pánico 0.5%

En cuanto a síndromes más concretos arrojan cifras de ansiedad generalizada de 7.3%, un 3% de trastorno de pánico y un 3% de trastorno obsesivo compulsivo.

No todo el mundo tiene la misma probabilidad de desarrollar un trastorno de ansiedad, sino que existen claramente una serie de factores de riesgo que pueden ser diferentes según cada trastorno (Horwath y Weissman, 1995)

- Ataques de pánico: sexo femenino, edad media
- Agorafobia: sexo femenino, raza afro-americana, (entorno rural-urbano, datos contradictorios)
- Fobia social: sexo femenino, 18-29 años, educación baja, solteros, clase baja
- Ansiedad generalizada: sexo femenino, edad menor 30, raza afro-americana
- Trastorno obsesivo-compulsivo: no diferencias sexo⁴⁴

5. ETIOPATOGENIA DE LA ANSIEDAD

La ansiedad es un fenómeno complejo en el que participan múltiples factores que se explican a continuación:

⁴⁴ Organización Mundial de la Salud (2002). Clasificación internacional de las Enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Madrid. Mediator.

5.1 FACTORES PREDISPONENTES	5.2 FACTORES PSICOLÓGICOS	5.3 FACTORES BIOLÓGICOS
5.1.1 Genética	5.2.1 T. psicodinámica	5.3.1 H. gabaérgica
5.1.2 Ansiedad de separación	5.2.2 T. conductistas	5.3.2 H. noradrenérgica
5.1.3 Personalidad	5.2.3 T. cognitivista	5.3.3 H. serotoninérgica

6. SÍNTOMAS DE ANSIEDAD:

Síntomas Subjetivos, Cognitivos o del Pensamiento

- Preocupación.
- Inseguridad.
- Miedo o temor.
- Aprensión.
- Pensamientos negativos (inferioridad, incapacidad).
- Anticipación de peligro o amenaza.
- Dificultad de concentración.
- Dificultad para la toma de decisiones.
- Sensación general de desorganización o pérdida de control sobre el ambiente

Síntomas Motores U Observables

- Hiperactividad.
- Paralización motora.
- Movimientos torpes y desorganizados.
- Tartamudeo y otras dificultades de expresión verbal.
- Conductas de evitación.

Síntomas Fisiológicos O Corporales

- Síntomas cardiovasculares: palpitaciones, pulso rápido, tensión arterial alta, accesos de calor.
- Síntomas respiratorios: sensación de sofoco, ahogo, respiración rápida y superficial, opresión torácica.
- Síntomas gastrointestinales: náuseas, vómitos, diarrea, aerofagia, molestias digestivas.
- Síntomas genitourinarios: micciones frecuentes, enuresis, eyaculación precoz, frigidez, impotencia.
- Síntomas neuromusculares: tensión muscular, temblor, hormigueo, dolor de cabeza tensional, fatiga excesiva.
- Síntomas neurovegetativos: sequedad de boca, sudoración excesiva, mareos.⁴⁵

7. COMPONENTES DE LA ANSIEDAD

7.1 Componente fisiológico

Respuestas fisiológicas	Respuesta crónica	Respuestas de evitación
Tensión muscular, para huir o para pegar.	Tics, temblores, dolores (lumbares, cervicales, jaquecas,) Reacciones exageradas de susto. Cansancio.	Movimientos que esconden o disimulan. No poderse estar quieto, movimientos de manos, tocarse mucho,...
El corazón late rápidamente para mandar sangre a los músculos.	Taquicardias, Tensión arterial alta.	
La sangre abandona la digestión y se va a los músculos para pegar o	Problemas de estreñimiento o diarrea en	Tensión en el estómago. Falta de apetito.

⁴⁵ Icart, A. (2001). Algunas manifestaciones de la ansiedad en la adolescencia. *Temas de psicoanálisis*, 6, 155-169.

correr. “Nudo en el estómago”	extremos favorecen la úlcera de estómago o de duodeno.	
La respiración se acelera para mandar oxígeno a los músculos	Mareos si el oxígeno no se consume a la misma velocidad.	
Para ser pasivo en la huida o en la lucha		
La sangre abandona los músculos: nos quedamos fríos y blancos de miedo, para quedarnos quietos y pasar desapercibidos.	(Tierra trágame).	Nos agachamos y tenemos una postura encogida.
La respiración se acorta para que no se note.	Sensación de ahogo y de angustia.	Acortamos la respiración. El corazón se tiene que esforzar más.
Tensión en la garganta para quedarnos callados, “nudo en la garganta. Tartamudeos, bloqueos,...	Frecuentes constipados, faringitis crónica.	Nos aclaramos la garganta.

7.2 Componente cognitivo

Respuestas cognitivas	Respuestas crónicas	Respuestas de evitación
Atención a las posibles amenazas.	Falta de concentración. Memoria muy afectada.	
Planificación de la acción.	Preocupación. Tardar en	No aceptación de los

Intentos de entender que pasa y como corregir el problema.	dormir. Pensamientos repetitivos y angustiosos. No hacer nada. Apatía. Dormirse.	pensamientos. Obsesiones Aplazamiento. Acciones compulsivas.
Disociación = "Aquello no va conmigo".	Estados disociativos.	Amnesia.

7.3 Componente Conductual

Respuestas conductuales
Solucionar el problema
Adaptarse y aceptar la situación
Evitar el problema. Si se puede, perfecto, si no aparece la ansiedad crónica.
Conductas problemáticas para no aceptar la sensación de ansiedad.

8. CLASIFICACION

8.1 OTROS TRASTORNOS DE ANSIEDAD

El síntoma principal de estos trastornos es la presencia de una ansiedad, que no se limita a ninguna situación ambiental en particular. También pueden presentarse síntomas depresivos y obsesivos, e incluso algunos elementos de ansiedad fóbica, con tal de que éstos sean claramente secundarios o menos graves.

8.1.1 Trastorno de pánico (ansiedad paroxística episódica)

Su característica esencial es la presencia de crisis recurrentes de ansiedad grave (pánico) no limitadas a ninguna situación o conjunto de circunstancias particulares. Son por tanto imprevisibles. Como en otros trastornos de ansiedad, los síntomas predominantes varían de un caso a otro, pero es frecuente la aparición repentina de palpitaciones, dolor precordial, sensación de asfixia, mareo o vértigo y sensación de irrealidad (despersonalización o desrealización). Casi constantemente hay un temor secundario a morir, a perder el control o a enloquecer. Cada crisis suele durar sólo unos minutos, pero también puede persistir más tiempo. Tanto la frecuencia como el curso del trastorno, que predomina en mujeres, son bastante variables. A menudo el miedo y los síntomas vegetativos del ataque van creciendo de tal manera que los que los padecen terminan por salir, escapar, de donde se encuentran. Si esto tiene lugar en una situación concreta, por ejemplo, en un autobús o en una multitud, como consecuencia el enfermo puede en el futuro tratar de evitar esa situación. Del mismo modo, frecuentes e imprevisibles ataques de pánico llevan a tener miedo a estar sólo o a ir a sitios públicos. Un ataque de pánico a menudo se sigue de un miedo persistente a tener otro ataque de pánico.

Pautas para el diagnóstico

Las crisis de pánico que se presentan en una situación fóbica consolidada se consideran expresión de la gravedad de la fobia y ésta tiene preferencia para el diagnóstico. El trastorno de pánico es el diagnóstico principal sólo en ausencia de cualquiera de las fobias de F40.-.

Para un diagnóstico definitivo deben de presentarse varios ataques graves de ansiedad vegetativa al menos durante el período de un mes:

- a) En circunstancias en las que no hay un peligro objetivo.
- b) No deben presentarse sólo en situaciones conocidas o previsibles.
- c) En el período entre las crisis el individuo debe además estar relativamente libre de ansiedad aunque es frecuente la ansiedad anticipatoria leve.

Incluye:

Ataques de pánico.

Estados de pánico.

8.1.2 Trastorno de ansiedad generalizada

La característica esencial de este trastorno es una ansiedad generalizada y persistente, que no está limitada y ni siquiera predomina en ninguna circunstancia ambiental en particular (es decir, se trata de una "angustia libre flotante"). Como en el caso de otros trastornos de ansiedad los síntomas predominantes son muy variables, pero lo más frecuente son quejas de sentirse constantemente nervioso, con temblores, tensión muscular, sudoración, mareos, palpitaciones, vértigos y molestias epigástricas. A menudo se ponen de manifiesto temores a que uno mismo o un familiar vaya a caer enfermo o a tener un accidente, junto con otras preocupaciones y presentimientos muy diversos. Este trastorno es más frecuente en mujeres y está a menudo relacionado con estrés ambiental crónico. Su curso es variable, pero tiende a ser fluctuante y crónico.

Pautas para el diagnóstico

El afectado debe tener síntomas de ansiedad la mayor parte de los días durante al menos varias semanas seguidas. Entre ellos deben estar presentes rasgos de:

- a)** Aprensión (preocupaciones acerca de calamidades venideras, sentirse "al límite", dificultades de concentración, etc.).
- b)** Tensión muscular (agitación e inquietud psicomotrices, cefaleas de tensión, temblores, incapacidad de relajarse).
- c)** Hiperactividad vegetativa (mareos, sudoración, taquicardia o taquipnea, molestias epigástricas, vértigo, sequedad de boca, etc.).

En los niños suelen ser llamativas la necesidad constante de seguridad y las quejas somáticas recurrentes.

La presencia transitoria (durante pocos días seguidos) de otros síntomas, en particular de depresión, no descarta un diagnóstico principal de trastorno de

ansiedad generalizada, pero no deben satisfacerse las pautas de episodio depresivo (F32.-), trastorno de ansiedad fóbica (F40.-), trastorno de pánico (F41.0) o trastorno obsesivo-compulsivo (F42.-).

Incluye:

Estado de ansiedad.

Neurosis de ansiedad. Reacción de ansiedad.

Excluye:

Neurastenia

8.1.3 Trastorno mixto ansioso-depresivo

Están presentes síntomas de ansiedad y de depresión, pero ninguno de ellos predomina claramente ni tiene la intensidad suficiente como para justificar un diagnóstico por separado. Una ansiedad grave, acompañada de depresión de intensidad más leve hace que deba utilizarse cualquiera de las categorías de trastorno de ansiedad o de ansiedad fóbica. Cuando ambas series de síntomas, depresivos y ansiosos, estén presentes y sean tan graves como para justificar un diagnóstico individual deben recogerse ambos trastornos y no debería usarse esta categoría. Si por razones prácticas de codificación sólo puede hacerse un diagnóstico, debe darse prioridad al de depresión. Algunos síntomas vegetativos (temblor, palpitaciones, sequedad de boca, molestias epigástricas, etc.) deben estar presentes aunque sólo sea de un modo intermitente. No debe utilizarse esta categoría si sólo aparecen preocupaciones respecto a estos síntomas vegetativos. Si síntomas que satisfacen las pautas de este trastorno se presentan estrechamente relacionados con cambios biográficos significativos o acontecimientos vitales estresantes, debe utilizarse la categoría F43.2, trastornos de adaptación.

Este tipo de enfermos con una mezcla de síntomas comparativamente leves se ve con frecuencia en atención primaria y su prevalencia es aún mayor en la

población general, pero la mayoría de los afectados rara vez demandan cuidados médicos o psiquiátricos.

Incluye: Depresión ansiosa (leve o no persistente).

Excluye: Depresión ansiosa persistente (distimia F34.1).

8.1.4 Otros trastornos mixtos de ansiedad

Trastornos en los que se satisfagan las pautas de trastorno de ansiedad generalizada (F41.1), y que tengan además características destacadas (a menudo de corta duración) de otros trastornos de F40-F48, aunque no se satisfagan las pautas completas de este trastorno adicional. Los ejemplos más frecuentes son: trastorno obsesivo-compulsivo (F42.-); trastornos disociativos (F44.-); trastornos de somatización (F45.0); trastorno somatomorfo indiferenciado (F45.1) y trastorno hipocondriaco (F45.2). Si los síntomas que satisfacen las pautas de este trastorno aparecen en estrecha asociación con cambios significativos de la vida o acontecimientos vitales estresantes entonces se utiliza la categoría F43.2, trastornos de adaptación.

8.1.5 Otros trastornos de ansiedad especificados

Incluye: Ansiedad histérica.

8.1.6 Trastorno de ansiedad sin especificación

Incluye: Ansiedad sin especificación.⁴⁶

9. TRATAMIENTO

TRASTORNO DE ADAPTACIÓN CON ESTADO DE ANIMO ANSIOSO	<ul style="list-style-type: none">• Aconsejamiento• Relajación• Estrategia para hacer frente a la situación
---	---

⁴⁶ CIE 10. Trastornos mentales y del comportamiento: Descripciones clínicas y pautas guías para el diagnóstico, F41-F42. OMS. Madrid: Meditor, 1992.

TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERAL	<ul style="list-style-type: none"> • Consejo de apoyo o psicoterapia • Terapias autorreguladoras (relajación progresiva, biofeedback o meditación) • Ejercicio
TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO	<ul style="list-style-type: none"> • Terapia comportamental (exposición y prevención de la respuesta) • Psicoterapia
TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO	<ul style="list-style-type: none"> • Psicoterapia • Grupos de apoyo • Consejo familiar • Técnicas de relajación o biofeedback
FOBIA SOCIAL	Técnicas de terapia comportamental, como exposición, entrenamiento de capacidades sociales, desensibilización sistemática, "inundación", entrenamiento del control de la ansiedad y entrenamiento de relajación

VI.METODOLOGIA

Para la determinación de la relación existente entre la delincuencia juvenil y los niveles de ansiedad en el Centro de Internamiento Mixto de Adolescentes Infractores de la Ciudad de Loja, me fundamento en el siguiente esquema metodológico:

1) Tipo de estudio

El marco estratégico para la siguiente investigación tiene una finalidad aplicada de tipo correlacional y experimental ya que pretende determinar el grado de relación existente entre los niveles de ansiedad y los internos del Centro de

Internamiento Mixto de Adolescentes Infractores mediante la observación, registro y análisis de las variables.

2) Universo:

Adolescentes del género masculino de entre los 13 y 18 años infractores de la ley ingresados al Centro de Internamiento Mixto de Adolescentes Infractores de la Ciudad de Loja

3) Muestra:

De la población total de 33 internos del sexo masculino y femenino, 8 mujeres y 25 hombres, se escogió un muestreo de 25 sujetos hombres, el mismo que representa el 75% de la población total

Unidad Muestral: Centro de Internamiento Mixto de Adolescentes Infractores de la Ciudad de Loja.

Criterios de inclusión: Grupo en estudio: Adolescentes de sexo masculino, de entre 13 y 18 años, al momento de ingresar al estudio, con antecedentes de haber infringido la ley, que se encontraban con y sin sentencia judicial.

Criterios de exclusión: internos mayores de edad

4) Instrumentos utilizados:

Para recolectar los datos se utilizaron los siguientes instrumentos:

- Entrevista Psicológica
- Historia Clínica Psicológica
- Inventario de Situaciones y respuestas ISRA (Miguel Tobal y Con Vindel 1986, 1988, 1994)
- Escala de HAMILTON para la ansiedad (M. Hamilton)
- Test de personalidad SEAPSI

Variables	Definición	Dimensión	Indicadores	Índice
Delincuencia Juvenil	Fenómeno social constituido por el conjunto de infracciones contra las normas fundamentales de convivencia, producidas en un tiempo y lugar determinados.	Abuso Sexual Robo Asesinato	Entrevista Psicológica Historia Clínica Psicológica	
Ansiedad	Es una anticipación de daño o desgracia futuros, acompañada de un sentimiento de disforia y/o síntomas somáticos de tensión.	Cognitiva Fisiológica Motora	Inventario e Situaciones y Respuestas ISRA Escala de Hamilton para la ansiedad	5-25 ausencia de ansiedad 25-75 ansiedad moderada 75-99 ansiedad severa 99-100 ansiedad extrema. 0-5 no ansiedad 6-14 ansiedad leve 15-30 ansiedad moderada/ Grave

VII.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	Abril 2011	Mayo 2011	Junio 2011	Julio 2011	Agosto 2011	Septiembre 2011	Octubre 2011
PRESENTACION DEL PROYECTO							
INVESTIGACION DE CAMPO							
TABULACION DE DATOS							
ELABORACION DEL PLAN DE INTERVENCION							
REDACCION DEL INFORME FINAL							
PRESENTACION A LOS MIEMBROS DEL TRIBUNAL							
DISERTACION DE LA TESIS							

VIII. RECURSOS

❖ RECURSOS HUMANOS:

La presente investigación contó con la participación directa de:

- Investigadora: Teresa Elizabeth Flores Calderón, estudiante del 5to año de la Carrera de Psicología Clínica
- Director del Centro Mixto De Adolescentes Infractores de Loja:
Dr. Lindbergh Naranjo
- Psicóloga Clínica: Dra. Mayra Sigüencia
- Personal de Archivo del Centro Mixto de adolescentes Infractores de la Ciudad de Loja
- Adolescentes Internos del Centro Mixto Rehabilitación de la Ciudad de Loja
- Directora de Tesis: Dra. Anabel Larriba

❖ RECURSOS MATERIALES:

- Materiales de oficina (hojas, lápiz, cuadernos, etc.).
- Bibliografía: copias, folletos, revistas científicas e internet.
- Archivos.
- Historias clínicas de los pacientes.
- Computadora para la digitación, procesamiento y reproducción de tesis.
- Transporte.
- Imprevistos.

❖ RECURSOS INSTITUCIONALES:

- Universidad Nacional de Loja.
- Centro Mixto de adolescentes infractores de la Ciudad de Loja.
- Bibliotecas privada y pública.

- Otras.

❖ **RECURSOS FINANCIEROS:**

Los recursos financieros necesarios para el cumplimiento del presente proyecto de investigación son solventados en su totalidad por el autor

❖ **ESTIMACIÓN DE COSTOS:**

DETALLE	VALOR (dólares)
Material de escritorio y Audiovisual	800
Bibliografía e internet	500
Digitación y reproducción del proyecto	400
Fotocopia de textos	350
Empastado	90
Transporte	200
Imprevistos	600
TOTAL	2940

XI. BIBLIOGRAFIA

- Becker, Howard (1963). Los extraños: sociología de la desviación. Buenos Aires: Editorial Tiempo Contemporáneo
- Bergalli, Roberto; Juan Bustos Ramírez y Teresa Miralles (1983) El pensamiento criminológico. Barcelona: Península, volumen I.
- Garrido, V (1986). Delincuencia juvenil. Madrid: Alambra.
- Barlow. Durand; Psicopatología. Boston, Tercera Edición
- Don Gibbons en su obra Delincuentes juveniles y criminales editada por primera vez en 1969
- Zamorano L. El diagnóstico psicopatológico y los trastornos mentales en la adolescencia.
- Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción de desarrollo y salud de adolescentes y jóvenes en las Américas, 1998-2001. Washington,
- Vallejo Ruiloba J, Gastó Ferrer C. Trastornos afectivos: ansiedad y depresión. Barcelona: Ed. Salvat; 1990.
- Perales A, Sogi C, Morales R. Salud Mental en adolescentes de las Delicias (Trujillo- Perú).
- American Psychiatric Association, DSM IV, Manual de Clasificación y Diagnóstico. 5ª ed. Barcelona: Ed. Masson; 1999.
- <http://www.psicomag.com/neuropsiquiatria/>
- Psicología infantil y juvenil. Cursos de orientación familiar. ARANDA Maria, CARRILERO Miguel, LEON Vicente.
- Psicología, FELDMAN Robert.
- Psicología del niño y del adolescente. J De Moragas.
- Clasificación de la CIE-10 de los trastornos mentales y del comportamiento en niños y adolescentes. Sir Michael Rutter.
- <http://www.scielo.cl/pdf/rchnp/v47n3/art03.pdf>