

UNIVERSIDAD PANAMERICANA
Facultad de Ciencias Psicológicas
Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social



Cuáles son los factores que intervienen en los adolescentes guatemaltecos de 13 a 17 años quienes presentan conductas antisociales con énfasis en la agresividad y violencia

(Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida)

Andrea Carolina Toro Hernández

Guatemala, abril 2013

Cuáles son los factores que intervienen en los adolescentes guatemaltecos de 13 a 17 años quienes presentan conductas antisociales con énfasis en la agresividad y violencia

(Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida)

Andrea Carolina Toro Hernández (**Estudiante**)

M. A. Rebeca de Chajón (**Asesora**)

Licda. Vivian Poggio de Mcknight (**Revisora**)

Guatemala, abril 2013

Autoridades de la Universidad Panamericana

M. Th. Mynor Augusto Herrera Lemus

Rector

M. Sc. Alba Aracely Rodríguez de González

Vicerrectora Académica y Secretaria General

M. A. César Augusto Custodio Cobar

Vicerrector Administrativo

Autoridades de La Facultad de Ciencias Psicológicas

Licda. Julia Elizabeth Herrera Quiroz

Decana

UNIVERSIDAD PANAMERICANA DE GUATEMALA

Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría

PRÁCTICA PROFESIONAL DIRIGIDA

FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

ASUNTO: *Andrea Carolina Toro Hernández*
Estudiante de la **Licenciatura en Psicología y Consejería Social** de esta Facultad solicita autorización para realizar su **Práctica Profesional Dirigida** para completar requisitos de graduación

DICTAMEN: 27 de febrero 2,013

Después de haber estudiado el anteproyecto presentado a esta Decanatura para cumplir requisitos de egreso que es requerido para obtener el grado a nivel de Licenciatura en Psicología y Consejería Social se resuelve:

1. La solicitud hecha para realizar **Práctica Profesional Dirigida** esta enmarcado dentro de los conceptos requeridos para egreso, según el reglamento académico de esta universidad.
2. Habiendo cumplido con lo descrito en el reglamento académico de la Universidad Panamericana en Artículo 9, (Inciso a al i).
3. Por lo antes expuesto, el (la) estudiante *Andrea Carolina Toro Hernández*, recibe la aprobación para realizar su Práctica Profesional Dirigida.


Licda. Elizabeth Herrera
Decana



UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLOGICAS,
Guatemala veintisiete de febrero del dos mil trece.-----

En virtud de que la Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida con el tema: “Cuales son los factores que intervienen en los adolescentes guatemaltecos de 13 a 17 años quienes presentan conductas antisociales con énfasis en la agresividad y violencia”. Presentado por el (la) estudiante: Andrea Carolina Toro Hernández, previo a optar al grado Académico de Licenciatura en Psicología y Consejería Social, cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, se extiende el presente dictamen favorable para que continúe con el proceso correspondiente.



Licda. Rebeca Ramirez de Chajon
Asesora

UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLOGICAS,
Guatemala veintisiete de febrero del dos mil trece.-----

En virtud de que la Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida con el tema: **“Cuales son los factores que intervienen en los adolescentes guatemaltecos de 13 a 17 años quienes presentan conductas antisociales con énfasis en la agresividad y violencia”**. Presentado por el (la) estudiante: **Andrea Carolina Toro Hernández**, previo a optar al grado Académico de Licenciatura en Psicología y Consejería Social, cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, se extiende el presente dictamen favorable para que continúe con el proceso correspondiente.


Licda. Vivian Poggio
Revisora



UNIVERSIDAD
PANAMERICANA

"Sabiduria ante todo, adquiere sabiduria"

UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLOGICAS, Guatemala a los veintisiete días del mes de febrero del dos mil trece.-----

En virtud de que el Informe Final de la Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida con el tema "Cuales son los factores que intervienen en los adolescentes guatemaltecos de 13 a 17 años quienes presentan conductas antisociales con énfasis en la agresividad y violencia", presentado por: Andrea Carolina Toro Hernández, previo a optar grado académico de Licenciatura en Psicología y Consejería Social, reúne los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, y con el requisito de Dictamen del Asesor (a)-Tutor (a) y Revisor, se autoriza la impresión del informe final de Práctica Profesional Dirigida.


Licda. Elizabeth Herrera
Decana

Facultad de Ciencias Psicológicas



Nota: Para efectos legales, únicamente el sustentante es responsable del contenido del presente trabajo.

Contenido

Resumen	i
Introducción	ii
Capítulo I Marco de Referencia	
1.1 Descripción de la Institución	1
1.2 Misión	2
1.3 Visión	2
1.4 Funciones hacia las que está orientado el centro	3
1.4.1 Tipo población que atiende	3
1.5 Planteamiento del Problema	4
1.5.1 Objetivo General	5
1.5.2 Objetivos Específicos	5
Capítulo II Referente Teórico	
2.1 Adolescencia	6
2.2 Situación de la Adolescencia en Guatemala	8
2.3 Adolescencia y Conductas Antisociales	10
2.4 Factores asociados a la conducta antisocial en la adolescencia	12
2.5 Estilos de vida que influyen en el desarrollo de conductas antisociales y de agresividad y violencia en los adolescentes	14
2.6 Perfil de personalidad de los adolescentes con conductas antisociales y agresivas	16
2.7 El desarrollo de las conductas de agresividad y violencia	17
2.8 Agresividad y Violencia en la adolescencia	20
2.9 El tratamiento psicológico de las conductas antisociales y de agresividad y violencia en adolescentes	22
2.10 Habilidades terapéuticas para el abordaje	26

Capítulo III Referente Metodológico	29
Capítulo IV Presentación de Resultados	
4.1 Presentación de Resultados	30
4.2 Logros	41
4.3 Limitaciones	41
4.4 Conclusiones	42
4.5 Recomendaciones	43
4.6 Referente Bibliográfico	44
4.7 Anexos	46

Resumen

En el presente informe de sistematización de práctica profesional de quinto año de Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social , se presenta una breve descripción del Centro de Práctica, Instituto de la Defensa Pública Penal, quien abrió sus puertas para la ayuda en la formación como futuras profesionales de la psicología, así también en el mismo se incluye una revisión conceptual de la teoría que fundamenta el tema de investigación surgido a raíz de la realización de la práctica profesional.

El capítulo I contiene el marco de referencia, donde se incluye información general acerca del Centro de Práctica, su historia, visión, misión y población que atiende, así como también dentro del mismo capítulo se incluye el planteamiento del problema y los objetivos generales y específicos del tema.

El capítulo II contiene el referente teórico, en el que se incluyen los temas y conceptos de adolescencia, una breve recopilación de la teoría del Desarrollo Moral de Kohlberg, la situación de la adolescencia en Guatemala, descripción y concepto de las conductas antisociales, factores asociados a dichas conductas, conceptos de agresividad y violencia, características de personalidad de los adolescentes agresivos y violentos, y un perfil de atención clínico psicológico aplicable con dichos jóvenes.

Capítulo III referente metodológico, en dicho capítulo se describe como se llevó a cabo la realización del tema de investigación, así como una breve descripción del proceso de práctica, en la que se menciona que metodología se utilizó con los pacientes y que pruebas se aplicaron.

Capítulo IV presentación de resultados, en dicho capítulo se menciona cuales fueron las patologías y conflictos emocionales diagnosticados en los pacientes y se realiza una presentación de seis casos atendidos respetando en todo momento el derecho humano de confidencialidad de los pacientes, así mismo se realiza una descripción de los logros obtenidos y las limitaciones enfrentadas durante el proceso.

Introducción

Desde la sociología, el término conducta antisocial y los comportamientos asociados a esta como violencia y agresividad han sido tradicionalmente, considerados como parte integrante de un concepto general de la salud emocional, desde esta aproximación, dicha conducta distorsionada se entendería como aquel tipo de conductas que violan una norma social, esto sería lo raro, lo infrecuente, lo distinto, aquello que se aparta del término medio de normas establecidas en una sociedad y que representa connotaciones negativas, reprobables o sancionables; por otra parte, la norma, además de describir lo frecuente define lo permisible, lo apropiado, lo bueno, conteniendo expectativas sobre cómo se debe pensar o actuar.

Pensar en conductas antisociales cargadas de agresividad y violencia en la adolescencia, implica tomar en cuenta sus múltiples sentidos, que van desde factores en donde interviene la genética hasta la afirmación del espacio que se percibe como propio frente a otro, pasando por cambios en relación al lugar que ocupan dentro de la familia y la sociedad, la invasión de excitaciones internas y externas de la etapa hasta la repetición de vivencias traumáticas violentas donde se incluyen situaciones tales como la violación de los límites espacio temporales así como los corporales , situaciones que desembocan en descompensaciones a nivel afectivo emocional.

Actualmente la violencia social, familiar y política se ha instalado en Guatemala, en parte influida por componentes de hechos históricos hasta factores como la pobreza, altos niveles de hábitos de consumismo en contraste estas dos por las asimetrías de nuestra sociedad guatemalteca, hogares desintegrados, falta de valores, corrupción, falta de oportunidades, etc., situaciones que persisten en el país y se convierten en detonantes a los cuales están expuestos nuestros adolescentes y que dan como resultado personas agresivas y la crisis social en la que vivimos.

Por ello, aportes a la vida personal, como lo fue la realización de la práctica profesional otorgan una nueva visión y una necesidad de estudiar, analizar y en nuestra forma particular de ayudar, fomentar y crear las condiciones para que se de un resurgimiento de una sociedad sana donde el respeto por los demás y la no violencia sean el valor preponderante en nuestro país.

Capítulo I

Marco de Referencia

1.1 Descripción de La Institución

Instituto De La Defensa Pública Penal Unidad de Atención a la Víctima y sus Familiares

El estado de Guatemala por medio del Instituto de la Defensa Pública Penal presta el servicio de defensa legal gratuita en el ramo penal, asistiendo a sindicados de la comisión de un delito y a las mujeres víctimas de violencia intrafamiliar y sus familiares; de conformidad a lo establecido en la Constitución Política de la República de Guatemala, Tratados y Convenios Internacionales en materia de derechos humanos ratificados por el estado de Guatemala, Ley de Servicio Pública de Defensa Penal y Ley Contra el Femicidio y otras formas de Violencia Contra la Mujer.

El Instituto de la Defensa Pública Penal es una institución autónoma técnica y funcional, creada como organismo del servicio público de Defensa Penal, para asistir gratuitamente a personas de escasos recursos económicos, así como, la gestión, administración y control de los abogados en ejercicio profesional privado, cuando realicen funciones de Defensa Pública.

Para la prestación de sus servicios, el Instituto cuenta con 36 sedes a nivel nacional, 22 departamentales y 14 municipales, además de 15 Defensorías Indígenas

Mandato Constitucional

Constitución Política de la República de Guatemala. Artículo 12. Derecho de Defensa: La defensa de la persona y sus derechos son inviolables. Nadie podrá ser condenado, ni privado de sus derechos sin haber sido citado, oído y vencido en proceso legal ante juez o tribunal competente y preestablecido.

Mandato Institucional

Brindar el servicio público de defensa de derechos garantizados por la Constitución Política de la República de Guatemala, en forma oportuna, permanente, especializada y gratuita, cumpliendo con los deberes de información, representación y asistencia técnica al usuario, constituyéndose en agente de cambio y garante del debido proceso en el ámbito de la justicia.

Funciones Generales del Instituto

Ejercer la defensa técnica conforme los derechos y garantías del debido proceso. Velar por el cumplimiento del debido proceso y las garantías procesales.

1.2 Misión

“Somos una entidad pública autónoma y gratuita que ejerce una función técnica de carácter social, con el propósito de garantizar el derecho de defensa asegurando la plena aplicación de las garantías del debido proceso, a través de una intervención oportuna en todas sus etapas”.

1.3 Visión

“Ser una entidad de alta calidad técnico-legal con presencia, protagonismo y liderazgo en el sistema de justicia y en el medio social, con una estructura organizacional funcional eficaz y eficiente que permita tener la capacidad de atender a todas aquellas personas que requieran del servicio de asistencia jurídica, priorizando a las de escasos recursos”.

Asimismo, desea contar para ello con Defensores (as) Públicos (as) de alto nivel profesional, convertidos en agentes de cambio y transformación hacia una justicia integral, que respete la plena vigencia de los principios constitucionales y procesales de del derecho de defensa.

Quién puede solicitar el servicio de defensa pública?

Jueces, Ministerio Público Policía Nacional Civil, el sindicato o sus familiares, cualquier ciudadano.

1.4 Funciones hacia las que está orientado el centro

El Instituto de la Defensa Pública Penal está orientado a brindar el servicio público de defensa de derechos garantizados por la Constitución Política de la República de Guatemala, en forma oportuna, permanente, especializada y gratuita, cumpliendo con los deberes de información, representación y asistencia técnica al usuario, constituyéndose en agente de cambio y garante del debido proceso en el ámbito de la justicia

1.4.1 Tipo de Población que atiende

Personas adultas sujetas a procesos penales.

Niñez y adolescentes en conflicto con la Ley Penal.

Población Indígena (Defensorías Étnicas)

Atención casos con enfoque de género.

Asistencia jurídica gratuita a víctimas de violencia y en temas de familia.

La atención está orientada a personas de escasos recursos económicos, sin embargo, la Ley contempla que en aquellos casos de excepción, en los cuales se compruebe mediante una investigación socio-económica, que la persona, si cuenta con recursos económicos, esta deberá reembolsar al Instituto los honorarios y costas procesales ocasionados.

1.5 Planteamiento del Problema

El estado de Guatemala a través de la Defensoría de la Niñez y la Adolescencia, una de las nueve defensorías de la Procuraduría de los Derechos Humanos, tiene la función principal de promover la defensa, protección y divulgación de los derechos de los niños, niñas y adolescentes guatemaltecos ante la sociedad en general.

En el hogar los padres y la familia, deben cumplir con proporcionar los elementos que permitan que la persona sienta satisfechas sus necesidades básicas de alimento, abrigo, protección y comprensión, además de constituir el lugar donde a los niños y adolescentes se les instruye y modelan normas que posibiliten su capacidad de amar y que garantizan el que practiquen el buen comportamiento y una manera adecuada de relacionarse consigo mismo y con los demás, es decir, los familiares son los agentes de socialización por excelencia.

Cuando estas necesidades no son cubiertas de manera correcta, los niños y niñas exhiben conductas agresivas en su infancia y crecen con ellas formando parte de su repertorio conductual para luego convertirse en adolescentes con problemas de interrelación personal, lo que en gran medida desemboca en comportamientos antisociales y conductas de violencia, situaciones que durante la realización de la práctica profesional se vieron altamente reflejadas, por lo que el trabajo de investigación que a continuación se desarrolla responde a la necesidad de conocer y analizar a nivel teórico qué factores, además de los mencionados anteriormente, aumentan la posibilidad de que un menor tenga más probabilidades al desarrollo de este tipo de conductas.

La interrogante de la investigación es:

¿Cuáles son los factores que intervienen en los adolescentes guatemaltecos de 13 a 17 años quienes presentan conductas antisociales con énfasis en la agresividad y violencia?

1.5 1. Objetivo General

- Identificar los factores que intervienen en el desarrollo de conductas agresivas y comportamientos antisociales en las y los jóvenes en la etapa de la adolescencia.

1.5.2 Objetivos Específicos

- Identificación de estilos de vida personales, familiares, escolares, del grupo de iguales y sociales que promueven el desarrollo de conductas antisociales y de agresividad y violencia en la adolescencia.
- Realizar una aportación práctica acerca del perfil de los menores que desarrollan este tipo de conductas.
- Conocer el perfil de atención clínico psicológico a desarrollarse en el trabajo y tratamiento con los adolescentes.

Capítulo II

Referente Teórico

2.1 Adolescencia

Para entender cuáles son los factores que intervienen en los adolescentes guatemaltecos de 13 a 17 años quienes presentan conductas antisociales, con énfasis en la agresividad y violencia es necesario comprender que la adolescencia es una etapa de transición del desarrollo entre la infancia y la adultez que implica cambios físicos, cognitivos y psicosociales importantes, es la etapa que marca el proceso de transformación del niño en adulto y en donde se da el descubrimiento de la propia identidad psicológica-sexual y autonomía individual.

La OMS define la adolescencia, como la etapa que inicia a los 10 u 11 años y finaliza a los 19 años, y considera dos fases: la adolescencia temprana, que abarca desde los 10 u 11, hasta los 14 ó 15 años, y la adolescencia tardía, de los 15 a los 19 años. Para muchos jóvenes la adolescencia es un período de incertidumbre e inclusive de desesperación; para otros, es una etapa de amistades intensas, de aflojamiento de ligaduras con los padres, y de sueños acerca del futuro, desde el punto de vista psicosocial lo que caracteriza a la adolescencia es la transformación profunda de la personalidad, es el punto crítico que presenta el superar actitudes y conflictos infantiles, adquirir consciencia de los valores y la propia individualidad

De acuerdo con Kohlberg y su teoría del Desarrollo Moral, a medida que los niños crecen y alcanzan niveles cognitivos superiores, adquieren la capacidad de razonar de manera más compleja sobre temas morales y sus tendencias hacia el altruismo y la empatía también aumentan.

Los adolescentes son más capaces que los niños pequeños de asumir la perspectiva de otra persona; resolver problemas sociales lidiar con relaciones interpersonales y verse a sí mismos como seres sociales todas estas tendencias fomentan el desarrollo moral.

Así mismo menciona que el razonamiento moral se divide en tres niveles cada uno conformado por distintas etapas las cuales inician en la infancia y terminan en la adultez:

Nivel I Moral preconvencional

Se da entre los 4 y los 10 años de edad. A esta edad las personas actúan bajo controles externos. Obedecen las reglas para evitar castigos y obtener recompensas o por egoísmo.

Etapa 1

Esta etapa fue definida como la de "orientación hacia el castigo y la obediencia"; la bondad o maldad de un acto depende de sus consecuencias.

Etapa 2

Esta etapa fue definida por como la de "hedonismo ingenuo". En esta etapa las personas siguen las reglas con fines egoístas. Se valoran los actos en función de las necesidades que satisface. El niño todavía está enfocado en la moral material.

Nivel II Moral convencional

Etapa 3

Definida como la etapa de "orientación del niño bueno". En esta etapa los actos se valoran según complazcan, ayuden o sean aprobados por los demás. Se evalúa la intención del actor y se tiene en cuenta las circunstancias. El niño entiende la reciprocidad en términos de la regla de oro (si tú haces algo por mí, yo haré algo por ti).

Etapa 4

Esta es la etapa de la "preocupación y conciencia social". En ella se toma en consideración la voluntad de la sociedad reflejada en la ley: lo correcto es la obediencia a la norma, no por temor al castigo sino por la creencia de que la ley mantiene el orden social, por lo que no debe transgredirse a menos que haya un motivo que lo exija.

Nivel III Moral postconvencional

Etapa 5

Se trata de la etapa de la "orientación del contrato social". Las personas piensan en términos racionales, valoran la voluntad de la mayoría y el bienestar de la sociedad. Las leyes que comprometen los derechos humanos o la dignidad son consideradas injustas y merecen desafío. Sin embargo, la obediencia a la ley se sigue considerando mejor para la sociedad a largo plazo.

Etapa 6

La sexta etapa del desarrollo moral es la de "moralidad de principios éticos universales". El individuo define el bien y el mal basado en principios éticos elegidos por él mismo, de su propia conciencia. Se basan en normas abstractas de justicia y respeto por todos los seres humanos que trascienden cualquier ley o contrato social. Se actúa de acuerdo a normas interiorizadas y se actuará mal si se va en contra de estos principios

Los adolescentes normalmente se sitúan en el nivel II (Moral Convencional) generalmente en la etapa 3. En la cual se conforman a las costumbres sociales, defienden el *statu quo* y hacen lo "correcto" para complacer a los demás u obedecer la ley. El razonamiento de la etapa 4 (defender las normas sociales) es menos común pero aumenta de la adolescencia temprana a la adultez.

2.2 Situación de la Adolescencia en Guatemala

Guatemala es un país compuesto por una población eminentemente joven. De un total de 14.361.666 aproximadamente 8 millones de guatemaltecos y guatemaltecas están comprendidos entre los 0 y 30 años de edad, y de ellos, alrededor de 4 millones son jóvenes entre los 14 y 29 años, de los cuales el 48.6% son jóvenes indígenas, 51% mujeres jóvenes, y el 60.3% jóvenes que viven en el área rural. Según el Instituto Nacional de Estadística, aproximadamente un 54.33% de la población juvenil entre los 15 y 29 años vive en condiciones de pobreza, sin acceso adecuado a los servicios básicos que presta el Estado y, por ende, sin la posibilidad de acceder a fuentes de ingresos que mejoren sus condiciones de vida.

La juventud adolescente accede a la educación básica tan sólo en un 19.1%; un 14.6% a carreras de diversificado, y de la juventud en edad de ingresar a la educación superior únicamente el 1.4% logra hacerlo. Del estudiantado adolescente, sólo el 28.4% concluye los estudios básicos y un 15.8% el ciclo de diversificado. El problema de falta de acceso a la educación se agrava para la juventud indígena, en la cual la cifra de analfabetismo alcanza el 42.5%; y se torna escandaloso en el caso de las mujeres jóvenes adultas, cuyo índice de analfabetismo llega al 73.4%. Es importante destacar que aproximadamente 400 mil jóvenes pasan a la vida adulta sin saber leer ni escribir.

La falta de un nivel educativo adecuado, aunado a las pocas fuentes de empleo, son factores que lanzan a miles de jóvenes al mercado laboral para ser víctimas de la explotación en ese ámbito, o a ser parte de los procesos que la economía informal ha generado en el país. Actualmente en el 2012 se considera que los jóvenes representan el 25 por ciento de la fuerza laboral, integrada por más de cinco millones de personas (Población Económicamente Activa, PEA) y aproximadamente 423 mil jóvenes entre 15 y 17 años buscan trabajo, siendo obligados en su mayoría a abandonar su proceso de educación formal y a estancarse socialmente. La falta de empleo y oportunidades de desarrollo obligan a muchos adolescentes y jóvenes a emigrar hacia los Estados Unidos.

En ese contexto, es importante evidenciar el incremento de la participación de adolescentes y jóvenes en procesos delincuenciales y en las maras, quienes consecuencia de problemas familiares, la violencia, la falta de oportunidades y fuentes de ingresos, de educación y recreación, terminan involucrándose en dichos procesos. Aproximadamente 35 mil adolescentes y jóvenes participan en las maras (datos estadísticos al 2009) y lo más preocupante es que las medidas gubernamentales sólo están dirigidas a reprimir y no a prevenir el grave problema.

Un promedio de 48 adolescentes murieron de forma violenta al mes durante 2010 y hasta el 23 de enero del 2011 fueron registradas más de 35 muertes violentas en adolescentes. Actualmente este incremento de agresión y violencia va acompañado por la preocupación de las personas por sufrir en su vida cotidiana robos, peleas, asaltos, secuestros, asesinatos y todo lo que atenta contra la seguridad y la vida.

2.3 Adolescencia y Conductas Antisociales

Unas de las principales conductas problemáticas, que se observan en los jóvenes las conforman los comportamientos antisociales. La conducta antisocial es el patrón persistente de conducta en el que se violan los derechos básicos de los demás y las normas sociales fundamentales apropiadas a la edad, se dice que la conducta antisocial tiene un amplio rango de actividades como peleas, vandalismo, mentiras repetidas, robos, escaparse de casa y muchos términos como delincuencia, trastorno de conducta, problemas de conducta, conductas de externalización; los cuales denotan con mayor o menor intensidad conductas problemáticas. El comportamiento antisocial en los adolescentes puede manifestarse de distintas maneras como lo son, la desobediencia, agresividad, impulsividad, abuso de sustancias, delincuencia, criminalidad, ataques, homicidios, suicidios, delitos sexuales y maltrato; además de un marcado desinterés por vivir y participar en sociedad.

Existen diferentes teorías que han tratado de explicar las causas de las conductas antisociales en los adolescentes desde diferentes enfoques como el biológico, el psicológico y el social; algunas de estas teorías son:

Teorías Biológicas:

Las teorías biológicas son propuestas que vinculan la personalidad con procesos biológicos, los exponentes de estas teorías fueron Hans Eysenck, Cloninger, Marvin Zuckerman y Jeffery Grey este último influenciado por Pavlov, estos autores establecieron que la conducta antisocial o infractora de las y los adolescentes se puede explicar por las anomalías o disfunciones orgánicas en la persona; y están basadas en la creencia de que son factores orgánicos internos del individuo, los que concurren y llevan a una predisposición congénita para la comisión de las conductas antisociales, es decir que es una patología de la persona en sí misma y que es probablemente heredada de sus antepasados.

Teorías Psicológicas:

Las teorías del aprendizaje de Piaget, Bandura, Lorenz, Tinbergen y Rosenthal explican el comportamiento antisocial como una conducta aprendida, condicionada por estímulos positivos (obtener lo que se desea) y por estímulos negativos (tener esa conducta es la única manera de llamar la atención de los padres, aunque sea de manera negativa) y también por la existencia de modelos negativos en la familia, la escuela, la comunidad o la sociedad en general.

Teorías Fenomenológicas Cognitivas:

Foucault y Lacan sugieren que las conductas son el resultado de la percepción individual de una situación, no como es en realidad, sino más bien como se manifiesta en el momento de ejecutarse. Lo percibido es la única realidad que para el perceptor puede guiar su conducta, toda conducta surge de un campo total que no es el campo real sino aquel que el individuo ve al comportarse.

Teorías Sociológicas:

Este grupo de teorías intenta explicar la conducta antisocial a través de la deficiente socialización de los individuos, y cómo la familia, la escuela, la comunidad y las amistades favorecen o interfieren este proceso.

Otros autores explican que la toma de conciencia de las personas de las desigualdades sociales, da lugar a sentimientos de injusticia y resentimiento y esto contribuye a esos comportamientos.

La teoría sociológica propuesta por Hirschi (1960) es la del control o arraigo social, en la que se explica que la sociedad se esfuerza en presionar a sus miembros con modelos de conformidad, pero las personas que carecen de vínculos sociales están predispuestas a cometer conductas desadaptativas, en comparación con aquellas que tienen gran arraigo social. La familia y la escuela son los dos sistemas convencionales de control social. Así también, la teoría de la tensión o frustración sostiene que las relaciones negativas, los estímulos nocivos y los sucesos vitales estresantes pueden desencadenar furia y frustración hasta llegar al punto del crimen o la delincuencia.

De acuerdo con las teorías sociológicas el comportamiento antisocial tiene a menudo su iniciación en los comienzos de los años escolares, aunque sus manifestaciones más serias se producen habitualmente durante la adolescencia donde a través de la trayectoria del desarrollo los adolescentes tienen que afrontar las novedades internas y las exigencias del contexto interno con las demandas externas, lo que son factores relevantes para que se desate una probable conducta antisocial.

2.4 Factores asociados a la conducta antisocial en la adolescencia

Como se menciona anteriormente, la agresión tiene una fuerte predisposición biológica o genética, pero ha sido probado que está altamente influida y moldeada por el entorno en el que se desarrolla al igual que muchas otras conductas; por lo tanto se dice que la agresividad y la violencia son producto del modelamiento lo que genera un aprendizaje, llevando a valorar la violencia como un medio para solucionar conflictos que hace que su uso parezca justificable, las personas asimilan los conocimientos y lo imitan en circunstancias diferentes; directas o indirectamente por los modelos sociales aprendidos.

El Appalachia Regional Educational Laboratory del Departamento de Educación de los Estados Unidos en el año 1999, resumió los factores que se asocian e incrementan de manera significativa la probabilidad para la conducta antisocial, y divide estos factores en cuatro áreas principales:

a) Factores de riesgo individuales: aspectos genéticos, de personalidad, temperamento y habilidades cognoscitivas. Características: incapacidad para la comprensión de las consecuencias que generan sus conductas, impulsividad, poca visión del futuro, incapacidad de regular emociones, baja tolerancia a la frustración, necesidad de estimulación y excitación, problemas en el buen funcionamiento del sistema nervioso central, predisposición a la conducta agresiva, inteligencia por debajo de la media, exposición a el abuso y la violencia, rebeldía, enajenación, asociación con personas con conductas problemáticas, reforzamiento a conductas problemáticas, uso y abuso de alcohol o drogas, así como la presencia constante de conductas problema desde edades tempranas.

b) Factores familiares y de su ambiente social: historia familiar de conductas antisociales, reforzamiento de conductas problemáticas, poca o nula supervisión y monitoreo, disciplina inconsistente e incongruente, poca educación de los padres en especial de la madre, conflictos familiares, vivir en la calle, poca o nula integración en la familia y en su comunidad, alcoholismo familiar, disponibilidad de drogas y armas y la constante exposición a violencia.

c) Factores relacionados con la escuela: fallas académicas, bajas aptitudes, ausentismo escolar, no creer en las reglas, conductas agresivas tempranas, falta de entendimiento a los maestros, pocas metas y aspiraciones, asociación con pares problemáticos, baja moral, mal monitoreo y nulo manejo, desorganización escolar, rechazo a la escuela, castigos escolares, falta de integración, falta de esfuerzo y enajenación.

d) La pobreza y/o situación social desfavorecida: La mayoría de las teorías sociológicas sobre los factores determinantes de la delincuencia tienen como punto de partida el que la mayoría de los delincuentes o jóvenes con conductas antisociales y violentas proceden de un medio socialmente desfavorecido. Los indicadores de la desventaja socioeconómica como la pobreza extrema y el hacinamiento, se han asociado repetidamente con el incremento del riesgo de exhibir conductas antisociales por parte de los adolescentes, así mismo estudios señalan que existe una relación significativa entre la emisión de conductas antisociales y las clases sociales más bajas. Sin embargo, la interpretación de estos datos es bastante compleja, posiblemente debido a la asociación que existe entre estas clases sociales y otras variables como el tamaño de la familia, el hacinamiento y/o la poca atención prestada a los niños, que constituyen otros factores de riesgo. Cuando el efecto de estos factores ha sido controlado, se ha visto como la clase social muestra poca o ninguna relación con la conducta antisocial.

2.5 Estilos de vida que influyen en el desarrollo de conductas antisociales, de agresividad y violencia en los adolescentes

Familiares

- El estilo de ejercer la paternidad. Se asocia la agresividad con un estilo coercitivo o inconsistente, escasa monitorización, bajo nivel de involucración positiva, y con alto nivel intrusivo, punitivo o de rechazo. Es importante también valorar la llamada “regla de atención”, según la cual los niños y adolescentes se comportarán de la forma que sea necesaria para obtener una cantidad razonable de atención
- Funcionamiento familiar. Separación y divorcio mal gestionados, conflictividad conyugal, violencia doméstica.
- Estructura familiar: familias muy extensas, madres solteras. Se trata de factores muy relacionados con el nivel socio-económico bajo: falta de recursos.
- Psicopatología paterna: especialmente en el caso de un trastorno antisocial de la personalidad en el padre, abuso de sustancias en ambos padres, o depresión materna.
- Abusos físicos y sexuales.

Extra Familiares

- Papel del vecindario. Influencia del barrio con conflictividad elevada, aglomeración, falta de recursos sociales.
- Compañeros de colegio y papel de contención del medio escolar. Se ha comprobado como los colegios donde existe una organización precaria, con un alto grado de rotación del personal, y con poco contacto con los padres, suelen ser generadores de mayores niveles de agresividad y trastornos de conducta en sus alumnos.
- Medios de comunicación. La violencia televisiva favorece las actitudes antisociales en los televidentes, debido a un aprendizaje de conductas y actitudes agresivas, menor sensibilidad ante la violencia ejercida sobre los demás, y miedo a ser víctima de la violencia. Son más peligrosos los programas que incluyen escenas eróticas y de desprecio hacia las mujeres.

- Videojuegos. Existen sobradas evidencias de que la utilización de videojuegos con contenido violento causa un aumento de la agresividad en niños y adolescentes, la cual se manifestaría durante el juego libre inmediatamente sucesivo al videojuego. También se ha demostrado que los estudiantes universitarios muestran una agresividad incrementada en las tareas de laboratorio después de jugar a videojuegos violentos
- El mismo entorno parece hoy más violento. Existe fácil presunción de violencia en los demás, se vive en un momento de crisis de valores y de ética, falta la educación del sentido crítico para hacer frente al consumismo, y los jóvenes carecen de una estabilidad laboral que les permita una emancipación de la familia

Social: Son menores procedentes, en muchos casos, de ámbitos donde se impone e interioriza un estilo de vida escasamente pro social.

Los hijos de familias inmigrantes sufren un enorme cambio cultural al que les cuesta adaptarse, y al hablar de inmigración no solo se refiere al cambio de país, sobre todo en nuestro país Guatemala en donde el hecho de trasladarse del interior de la República a la capital puede generar un choque cultural sumamente fuerte debido a actitudes discriminatorias de ladinos hacia indígenas y por el mismo choque cultural a nivel de costumbres, las cuales en muchos casos varían de la capital a los departamentos.

Personalidad: Jóvenes que poseen una baja o disfuncional autoestima, una escasa tolerancia a la frustración, habilidades cognitivas deficitarias, inestabilidad emocional dificultad para la empatía, con pobres habilidades para la resolución de conflictos, escasamente asertivos, tienen pocas y con una evidente dificultad para asumir normas y ejercer control sobre sus impulsos.

En conclusión, se trata de adolescentes que, de uno u otro modo, se presentan con carencias de: afecto, oportunidades, de éxito, de experiencias gratificantes, de referentes positivos, de normas y límites que ofrezcan seguridad personal, de estímulos educativos; desmotivados, con pocos recursos y estrategias personales que les permitan la superación de crisis y les faciliten los cambios necesarios para mejorar los estilos de vida que protagonizan

Culturalmente: Con cierta frecuencia, pertenecen a culturas diferentes a las admitidas mayoritariamente por la sociedad, con usos y costumbres no asumidos por la comunidad en general, que no participan en la cultura dominante, pudiendo integrarse en subculturas marginales relacionadas con delincuencia, drogas y violencia. Suelen ser muy influenciados por elementos “culturales” dominantes tales como televisión, publicidad y consumismo.

Laborales: Los grupos sociales y familiares donde se desenvuelven estos menores sufren un alto nivel de inactividad laboral. También suelen darse casos en los que las actividades que realizan para conseguir ingresos económicos son de carácter marginal y, en ocasiones, ilegal. Aparecen también jornadas laborales excesivamente extensas de parte de los padres lo que da como resultado precariedad en el área afectiva y de relaciones con los adolescentes.

Salud: A pesar de que estos jóvenes muestran, en general, un estado de salud normalizado respecto a su grupo de edad, hay que destacar que presentan, también, deficiencias sanitarias relacionadas con la salud bucodental, con pobres hábitos de higiene y alimentación, infecciones dermatológicas, desatenciones oftalmológicas; en definitiva, presentan una carencia en todo lo relativo a la prevención y mejora del estado general de salud. Asimismo se encuentra la frecuencia en el uso de sustancias tóxicas, generalmente asociado al grupo de iguales y a los espacios de ocio.

2.6 Perfil de personalidad de los adolescentes con conductas antisociales y agresivas

- Suelen ser acosadores de otros jóvenes a quienes perciben más débiles.
- Poseen carencia de empatía y no les importan los sentimientos de los demás.
- Pueden llegar a mostrar crueldad con animales y personas.
- Se involucran continuamente en problemas por lo que son propensos a las adicciones como el alcoholismo o la drogadicción.
- Rehúyen a la autoridad, violan las normas y se muestran rebeldes y desafiantes.
- Suelen tener bajas calificaciones.
- Poseen un bajo control de impulsos.

- En algunos casos pueden destacar por su capacidad de liderazgo y ser carismáticos, en otros casos son adolescentes con baja autoestima tímidos y retraídos.
- A menudo mienten para obtener bienes o favores, o para evitar obligaciones.
- Tienden a ausentarse asiduamente de la escuela, aunque este aspecto depende en buena medida del grado de control que puedan llegar a tener los padres o el centro sobre ellos.
- Generalmente interpretan las conductas de los demás como amenazantes por lo que responden con violencia generando que su entorno sea hostil y que progresivamente adopte conductas más agresivas en respuesta a ello convirtiéndose en un círculo vicioso.
- Poseen escasa o nula tolerancia a la frustración y se irritan ante cualquier situación por más trivial que parezca.

Para este tipo de jóvenes, la agresión y el acoso les da un estatus, ya que se autoafirman como dominantes de su entorno, pero lo que realmente preocupa es su actitud cuando pierden el control de sus impulsos agresivos, porque pueden dañar seriamente, tanto física como psicológicamente, a sus compañeros o incluso a sus profesores y padres.

2.7 El desarrollo de conductas de agresividad y la violencia

Hay amplias y conocidas descripciones de las primeras relaciones del niño con la madre que fueron enriquecidas por Otto Kenberg, quien describe cuatro etapas en el desarrollo de las primeras relaciones objetales que van desde las primeras semanas de su existencia hasta los 18 y 24 meses de edad; describe dicho autor que la respuesta que recibe el lactante al llanto que es una manifestación biológica, fisiológica es una respuesta dependiente de la actitud de la madre. A partir de allí se desarrolla en forma particularísima en cada caso de relación de objeto. Según este autor es, en esta etapa de relaciones objetales cuando se adquieren características patológicas determinantes de la patología mental que en su niñez, adolescencia o adultez el individuo desarrollará.

Concretamente Kenberg plantea que de acuerdo con la perturbación de la instalación relacional el individuo presentará perturbaciones de nivel inferior medio y superior, clasificación que establece para estudiar las afecciones psicóticas, narcisistas, fronterizas y neuróticas fundamentalmente.

A los 12 meses de vida es donde el niño ya se encuentra interesado en las actividades de sus semejantes y es a partir del primer año a la etapa preescolar donde se empiezan a observar sus descargas hostiles manifestadas por pequeñas agresiones físicas, pega, empuja generalmente con su cuerpo y a veces con objetos a sus compañeros, lo mismo sucede en el hogar si tiene hermanos de edad semejante. Los padres y los maestros generalmente tratan de regular y corregir estas manifestaciones.

El desarrollo del lenguaje ayuda al niño a inhibir su conducta motora e irse comunicando a través del lenguaje. A su vez este le permitirá expresar su agresividad verbalmente cuya dimensión e intensidad dependerá de los suministros externos que ha ido recibiendo a los que fue interiorizando y de la manera como su aparato psíquico en formación permitirá la exteriorización de sus afectos hostiles. La estructura censora, o sus esbozos, el superyó ya está presente en esa etapa, precozmente según Melanie Klein. La interrelación intersistémica entre el ello, el yo y el superyó irá determinando en esa edad y en toda la vida posterior el modo de vinculación, el quantum de agresión y su exteriorización. Los niños pequeños se van dando cuenta en forma lenta y ya más en la edad escolar de las manifestaciones de los otros que amenazan a su autoestima provocándose la respuesta agresiva.

Es sumamente conocida la influencia de los padres y del entorno familiar sobre el modo de manejar el niño su agresividad.

El determinante de cómo los padres ejercen su autoridad y la firmeza a la disciplina, la rigidez, las conductas primitivas condicionan el manejo de la agresividad del niño como también lo condicionan la permisividad, la falta de límites por la aceptación pasiva de parte de los padres de las conductas inadecuadas del niño.

La socialización de la agresividad tiene que ocurrir en el ámbito familiar si hay fallas en ese entorno o el ambiente familiar natural no existe o es sustituido por otro, la situación en el futuro del niño cambia radicalmente.

Patrones Fijos y estabilidad de la agresividad:

Se acepta la idea de que existen factores fijos de agresividad. Estudios longitudinales han demostrado que en niños agresivos (con agresividad patológica) en un elevado porcentaje se convierten en antisociales y violentos y que prácticamente todos los antisociales adultos antes han tenido trastornos de conducta en su niñez y en su adolescencia.

La mitad de los niños con conductas antisociales, se convierten en adolescentes con rasgos múltiples de personalidades antisociales y la mitad de éstos se convierten en adultos con personalidad antisocial bien definida. Basándose en estos elementos se puede trazar un camino, una trayectoria que conduce a la agresividad crónica, la trayectoria persistente a lo largo de la vida que puede ser de comienzo temprano es decir preadolescente o puede comenzar en la adolescencia. El trayecto del comienzo precoz es el más severo, los que lo recorren tienden a convertirse en adultos violentos.

Para el grupo de comienzo tardío el pronóstico es mejor, las agresiones ocurren en la adolescencia, su tratamiento y evolución es más favorable. Esta connotación importante que se acaba de hacer, de ver la agresividad como un patrón estable a lo largo de la vida condice con el concepto de trastorno de personalidad, los que se definen precisamente en función de que son modos de ser, estructuras con patrones fijos de conducta

La relación con los pares como codeterminante de la agresividad:

Comenzando en la temprana niñez y siguiendo en la infancia y con particular énfasis en la adolescencia, la interacción con los pares y con los coetáneos juega un papel fundamental en el desarrollo de la agresividad. Existen evidencias que las alianzas con compañeros determinan el estilo y el quantum de la agresividad.

La aceptación por grupo de pares o ser excluido de los mismos está estrechamente vinculado con la agresión. El rechazo por el grupo social de pares es más perturbador que la aceptación. La elección de grupos donde la agresividad y su máxima expresión, la violencia es vista como un valor, va fijando una conducta en esta dirección volviéndose estable, instalándolo como un patrón fijo de la personalidad. El rechazo de los pares a su vez incrementa la conducta agresiva y dificulta el aprendizaje de habilidades sociales y el logro de conocimientos adecuados que deben ser adquiridos en la época escolar y en los años inmediatamente posteriores.

En función de lo expuesto acerca del desarrollo de la agresividad puede pensarse que las tendencias antisociales, incluyendo la conducta violenta, suceden en función de varios factores que se van yuxtaponiendo. Entre estos factores deben ser mencionados el temperamento y la reactividad psicofisiológica vinculados con lo biológico; aspectos parentales como su postura frente a la disciplina y del desenvolvimiento emocional con respecto al hijo; el tipo de exposición y de desenvolvimiento con los pares. Ciertos niños nacen en un mundo donde las conductas establecidas por el temperamento y los factores psicofisiológicos lo predisponen a desarrollar problemas de conducta parental defectuosa, motivo por el cual al entrar en la escuela ya tiene déficit para el aprendizaje social y académico. Las experiencias adquiridas en la escuela le son frustrantes y el niño es rechazado por su grupo, se va acortando así su abanico de posibilidades comportamentales. El conjunto de estos acontecimientos dificulta o impide su aprendizaje para afrontar y tratar con éxito los hechos y acontecimientos sociales, condiciona el malentender las intenciones de los otros y responder con rápida agresividad sin poder pensar o evaluar las consecuencias de sus actos frente a lo que se cree una provocación del otro (coetáneo, maestro o figura autoritaria) el sujeto, niño o adolescente y puede responder con agresividad o con violencia.

2.8 Agresividad y Violencia en la Adolescencia

La agresividad como conducta social en adolescentes puede implicar lucha, pugnacidad y formar parte de las relaciones de poder/sumisión, tanto en las situaciones o relaciones de a dos, como en los grupos.

Algunos autores han mencionado que en la raíz de la conducta agresiva está la ira, definida como una sensación de disgusto debida a un agravio, malos tratos u oposición, y que normalmente se evidencia en un deseo de combatir la posible causa de ese sentimiento.

Frente a la agresividad, existe la violencia que se define como el tipo de interacción humana que se manifiesta en aquellas conductas o situaciones que de forma deliberada provocan o amenazan con hacerlo, un daño o sometimiento grave físico, sexual o psicológico a un individuo o grupo; el acto violento tiene características particulares como la falta de justificación, su falta de aprobación social y el que muchas veces puede estar sancionado por la leyes.

Sobre la agresividad y la violencia propiamente, diversas investigaciones señalan que los factores biológicos intervienen, pero de la misma manera han demostrado que influyen en el 20%, el 80% tiene un origen medioambiental; los factores ambientales influyen no solo sobre la funcionalidad sino también sobre la estructura cerebral. Existen distintas maneras en la que los jóvenes manifiestan y reaccionan con agresividad siendo estas las siguientes:

- Agresividad adaptativa: aparece en contextos esperables. Se trata de una función de supervivencia, observable en el reino animal.
- Agresividad mal adaptativa: se trata de una agresividad no regulable o desinhibida. Existe una clara desproporción con el estímulo causante. Supone una disfunción en los mecanismos internos de regulación psicológica.
- Agresividad Social: propia de ambientes desfavorecidos, donde la lucha por conseguir recursos es una constante. Suele haber una hiper-adaptación al medio hostil y requiere una intervención en profundidad desde las esferas políticas, sociales, económicas y educativas.

En términos de salud mental, se asocia a menudo la agresividad mal adaptativa con el trastorno disocial o trastorno de conducta.

Agresividad y Frustración

- Agresividad reactiva. Se trata de una agresividad hostil y reactiva hacia una frustración. Existe irritabilidad, miedo o rabia en la respuesta, y ataques no planificados. Responde a una activación del sistema nervioso. Suele darse en niños y adolescentes impulsivos, sensibles, con tendencia a distorsionar las intenciones de los demás, y con escasas habilidades en la resolución de conflictos. El acto agresivo busca alguna recompensa o ventaja sobre el agresor.

- Agresividad preactiva. La agresión pretende obtener una recompensa o resultado. En este caso aumenta el nivel organizativo en detrimento de los aspectos más reactivos (miedo, rabia, irritabilidad). Importan los modelos aprendidos. El acto agresivo intenta causar un daño moral.

La evolución de la sintomatología, muestra que no todos los niños y niñas que inician con las conductas señaladas en la infancia temprana, van a evolucionar hacia formas más graves conforme pasan los años y entran en la adolescencia.

De allí la importancia de detectar los problemas de conducta, en la primera etapa de la infancia y de hacer las intervenciones oportunas con el fin de frenar su evolución negativa.

Con respecto al sexo, los estudios muestran menor incidencia de agresiones físicas y conductas delictivas en chicas, pero en ellas se da una mayor frecuencia en conductas antisociales no físicas, como por ejemplo, intimidación emocional, huidas de casa o de la escuela, comparativamente con los chicos las chicas suelen mostrar un patrón de inicio predominante en la edad adolescente.

2.9 El tratamiento psicológico de las conductas antisociales de agresividad y violencia en adolescentes

Al considerar tratar la problemática de las conductas antisociales y de violencia, resulta imprescindible considerar que los adolescentes con dichos problemas se caracterizan por presentar una desconexión afectiva y cognitiva, así como estados de vacío mental y desvitalización. A continuación se describen brevemente las áreas en que debe enfocarse todo tratamiento psicológico con estos chicos y sus posibles síntomas antes de iniciar el proceso de intervención.

Área cognitiva:

Desde el punto de vista cognitivo el adolescente va a presentar 3 características:

- (1) Es frecuente que el adolescente tenga una autoimagen negativa donde se vea despreciado, no amado e indeseable para otros; y que su conducta sea en parte motivada por un ataque para defenderse de los desprecios.
- (2) Baja tolerancia ante la frustración: Soporta muy mal no satisfacer sus deseos inmediatamente y ello le lleva a reaccionar con ira, impulsividad o manipulación.
- (3) Falta de empatía por los derechos y sentimientos ajenos. Es egocéntrico o egocéntrica y está centrado en satisfacer únicamente sus deseos.

Las intervenciones cognitivas se dirigen a modificar los tres componentes anteriores. Básicamente se trata de la resolución de problemas y el autocontrol frente a la impulsividad, y el entrenamiento en empatía frente a la escasa responsabilidad y falta de conciencia de los sentimientos del otro. Se trabaja en formato de grupo de adolescentes donde se exponen y modelan problemas relacionales, identificando los componentes cognitivo-conductuales de cada situación/sujeto, y generando/ entrenando alternativas.

Así mismo otras intervenciones cognitivas se centran en trabajar con la familia y como sus actitudes y el problema se interrelacionan circularmente

Área afectiva:

A) La principal característica de la afectividad de los trastornos de conducta antisocial es la falta de control del adolescente de sus emociones en relación a su baja tolerancia a la frustración y la falta de empatía con el/la agredida.

B) Las intervenciones cognitivas-conductuales tratan de facilitar que se identifiquen los sentimientos y que se module o regule su expresión. Con niños más pequeños se facilita este aprendizaje mediante las instrucciones verbales y el modelado en el contexto por ejemplo de una terapia de juego o por orientación familiar.

Con adolescentes los grupos de chicos/as con problemas similares o la terapia familiar tienen la misma finalidad. Se trabajan tres aspectos: (1) Identificar qué se siente, (2) Cómo se puede expresar, (3) Cómo se puede sentir el otro.

Área Interpersonal

(1) La familia en estos casos suele presentar intentos de solución de los problemas de conducta caracterizado por el exceso de métodos coercitivos-castigos e inconsistencias (p.e falta de límites claros, no mantenimientos de consecuencias, desacuerdos parentales, etc.). También puede darse el caso de que el trastorno del adolescente forme parte de conflictos más generales de la propia familia (a menudo de problemas conyugales) y que este sea empleado en la misma disfunción familiar.

(2) Puede bastar, en casos de disfunción familiar baja, un planteamiento de orientación a los padres de tipo psicoeducativo y conductual: El/ la terapeuta enseña a los padres a cómo manejar los problemas de conducta mediante el modelado directo (demostración en vivo), la bibliografía seleccionada o lecturas asignadas y el manejo de la propia ira parental.

(3) En caso de disfunciones familiares más amplias y graves, puede estar indicada la terapia familiar o de pareja. Estas intervenciones suelen estar guiadas por planteamientos sistémicos y cognitivos.

(4) En caso de familias con desventajas culturales y socioeconómicas, la intervención de los servicios sociales y de las redes de apoyo social suele estar recomendada.

Área Conductual:

(1) Los objetivos conductuales, se dirigen a reducir la conducta antisocial y aumentar la conducta pro-social del niño o adolescente.

(2) Se suele listar las conductas y capacidades del adolescente que funcionen adecuadamente. Se identifica y se presta apoyo a lo que el sujeto hace bien.

(4) Identificar un solo problema de conducta por vez para su manejo. Se diseña con los familiares y entorno estrategias de extinción o reducción de esas conductas evitando el castigo físico y empleando intervenciones alternativas (extinción, tiempo fuera, sobre corrección)

Para llevar a cabo las técnicas y el abordaje anteriormente descrito es necesario tomar en cuenta estos aspectos:

(a) Se debe actuar sobre el déficit personal y social del adolescente junto con la realización de un análisis detallado sobre las capacidades cognitivas, afectivas y conductuales y su forma de cambio.

(b) Se deberán utilizar procedimientos estandarizados para la modificación de cogniciones y conductas desadaptativas, centrándose en brindarles las herramientas que permitan el aprendizaje o reaprendizaje de las habilidades necesarias para la solución de situaciones conflictivas y la adopción de estrategias orientadas a mejorar su calidad de vida.

(c) La intervención terapéutica deber ser multidimensional e integral contemplando lo siguiente:

Intervenciones Psicosociales: Representan el primer paso y el primer eslabón en el abordaje terapéutico. Hay que tratar al adolescente y a su entorno más inmediato. Estas intervenciones suponen:

Intervenciones familiares (entrenamiento en habilidades parentales). Estas intervenciones no pueden improvisarse por lo que se podrían estructurar en cinco pasos, que no tienen porqué seguir un orden concreto ni definido.

1) Promover la relación positiva con el adolescente. 2) Elogiar y recompensar el comportamiento socialmente aceptable. 3) Establecimiento de normas y órdenes claras. 4) Establecimiento de consecuencias lógicas y calmadas para el comportamiento no adecuado. 5) Reorganización de la planificación horaria o calendario de actividades del adolescente para prevenir problemas.

Es importante marcar énfasis, en el hecho de que un adolescente que no reciba ayuda de parte de sus padres y personas de su entorno para la modificación de sus conductas desadaptativas no tiene probabilidades de mejora en sus hábitos, el compromiso debe ser “integral” y deben involucrarse los padres, hermanos y figuras representativas dentro de su entorno familiar de lo contrario las probabilidades de éxito son muy reducidas.

Técnicas de habilidad social, se deberán trabajar técnicas de habilidad social que permitan el desarrollo de actividades sanas y el mejoramiento de las relaciones interpersonales del adolescente, esto es sumamente importante, ya que la aceptación por parte de los otros y las buenas relaciones marcan de manera positiva o desfavorable la vida del chico o chica, no prestarle atención al desarrollo de éstas habilidades, es dejar a un lado un factor clave e importante en el restablecimiento de la salud mental y las buenas conductas del adolescente

Trabajo en conjunto con el colegio o escuela, se ha comprobado la efectividad que tiene para el mejoramiento de las conductas antisociales y agresivas en el adolescente el que las figuras de autoridad del colegio o escuela donde asiste se involucren activamente en el proceso de tratamiento, esto tomando en cuenta, el que las autoridades del centro escolar son luego de la familia, las personas con las que más conviven los chicos y el no tomarles en cuenta de manera activa en el tratamiento psicológico promovería y permitiría el que los adolescentes pudieran comportarse de maneras distintas, según el entorno o de acuerdo a su percepción de conveniencia, por ello el tratamiento debe ser integral y atacando todos los puntos de raíz.

2.10 Habilidades terapéuticas para el abordaje

Tan importante es contar con la disposición de los padres y los chicos para recibir el tratamiento psicológico como lo es el que el terapeuta posea las características y conductas apropiadas para el trato con ellos, a continuación se describen pautas de conducta que se sugiere, el terapeuta tome en cuenta para el establecimiento de un vínculo terapéutico efectivo.

En el ejercicio del tratamiento o la asesoría clínica:

1) La motivación a cambiar tiene que ser generada en el propio adolescente y no ser impuesta por el terapeuta. Se trata de identificar y movilizar los objetivos de cambio del joven y compatibilizarlos con los que plantea el abordaje.

2) Ayudar al adolescente a resolver la ambivalencia que va a ir surgiendo a lo largo de la aplicación del tratamiento, ya que el cambio es un proceso gradual y suele tener muchos altos y bajos. El/ la terapeuta tiene que ayudar al adolescente a que los acepte e interiorice como un proceso que va a favorecer el cambio.

3) Adoptar un método de cambio muy directivo, normalmente no suele funcionar, y es mucho mejor ayudar al adolescente a considerar la importancia del cambio analizando costos y beneficios.

4) El estilo terapéutico, es mucho mejor el que ayude al menor a generar el cambio mediante la utilización de estrategias de información, escucha activa y planteamiento adecuado de preguntas relevantes que le ayuden a pensar en los objetivos que se estén analizando en cada momento; no debe utilizarse la persuasión directa, la confrontación agresiva ni la argumentación con el menor. Las estrategias más agresivas, utilizadas con el fin de confrontar la negación del menor, pueden llevar al monitor a que empuje a los menores a realizar cambios para los que todavía no están preparados.

5) El/la terapeuta debe adoptar un papel directivo, pero no extremista, como se menciona anteriormente, siempre procurando un ambiente terapéutico de respeto esto para ayudar al menor a examinar y resolver su propia ambivalencia. Las estrategias específicas que deben adoptarse deben dirigirse a facilitar, clarificar y resolver la ambivalencia (cambiar vs. no cambiar).

6) La preparación al cambio de un adolescente es el resultado de la interacción interpersonal entre éste, el grupo y el propio terapeuta; si el/la joven presenta una gran resistencia al cambio, significa que el/la terapeuta está asumiendo que, éste, está preparado para asimilar contenidos de una determinada sesión y progresar en la aplicación del programa o tratamiento cuando, de hecho, no lo está; de ahí la importancia que tiene que cada menor o grupo terapéutico tiene su propio ritmo en la aplicación de cualquier plan y, en ningún caso, se debe forzar el progreso de una sesión a la siguiente si el joven muestra señales de resistencia; en este caso debe dedicarse el tiempo necesario para la asimilación de los contenidos concretos que se estén abordando en un determinado momento de la aplicación del plan.

Las cualidades de congruencia, autenticidad personal y aceptación positiva e incondicional del terapeuta hacia el paciente son esenciales, el terapeuta debe comportarse de manera auténtica, transparente, expresando los verdaderos sentimientos y pensamientos que en él suscita el relato del joven. No debe existir contradicción entre su sentir-pensar-decir y debe mostrarse tal cual es; sólo así puede ser percibido como una persona digna de confianza y respeto.

Capítulo III

Referente Metodológico

El proyecto de sistematización de la práctica profesional, hace referencia a una investigación de tipo cualitativa basada en la investigación y recopilación de información proveniente de una amplia bibliografía en la que se incluyen libros de texto relacionados al tema, artículos de prensa y revistas, así como también, enlaces de la red que proporcionaron información acerca de la relación que existe entre distintos factores de riesgo y las conductas antisociales y de agresividad y violencia en adolescentes.

Como requisito para la aprobación de la práctica profesional, se solicitó la evaluación y tratamiento completo a seis pacientes cuyos casos debían ser trabajados de acuerdo a un programa y un plan establecido que incluía lineamientos específicos para la evaluación, tratamiento y seguimiento de los mismos dicho plan de práctica profesional fue impartido y supervisado por la catedrática del curso; además del trabajo con estos seis pacientes, se debió atender la alta demanda de personas que acudieron al centro de práctica en busca de atención y orientación psicológica.

El procedimiento de evaluación de pacientes, se llevo a cabo por medio de pruebas psicológicas dentro de las cuales se pueden mencionar pruebas proyectivas menores (figura humana, familia, casa, árbol, persona bajo la lluvia) y pruebas de personalidad como el 16PF, CAQ, TAT así como escalas para medir niveles de depresión y ansiedad. Así mismo se impartieron charlas y talleres lo que permitió la interacción positiva, en algunos casos, con los familiares de los adolescentes.

El proceso de práctica profesional, se llevó a cabo por espacio de cinco meses y medio, lo que permitió dar el seguimiento y tratamiento respectivo a varios pacientes, situación que además de servir como experiencia profesional, permitió la observación, la identificación, el análisis y la evaluación de las conductas que motivaron el tema de investigación aportando un enriquecimiento sobre éste sumándolo con la experiencia de poder convivir de cerca con jóvenes que en la mayoría de los casos atendidos presentaron este tipo de conductas.

Capítulo IV

Presentación Resultados

De los seis casos a reportar trabajados en el Centro de práctica, cinco casos fueron de adolescentes entre 13 y 17 años de edad quienes presentaron conductas antisociales y de agresividad y violencia, enmarcadas por cogniciones prejuiciosas acerca de los demás, bajo control de impulsos, falta de motivación, ausencia de conductas asertivas, retraimiento/aislamiento, bajo rendimiento académico, falta de adaptación social, autoconcepto negativo, peleas recurrentes con compañeros y mala relación con los padres, motivando el tema de mi investigación el caso de una adolescente de trece años quién a su corta edad presenta una sintomatología enfatizada por el desarrollo de conductas antisociales y de agresividad y violencia producto de un entorno no favorable en su hogar y ambiente social.

4.1 Caso I

Nombre: CD

Estatus Socioeconómico: Medio Bajo

Edad: 13 años

Dirección: Quinta Samayoa, Z.7

Escolaridad: Quinto Primaria

Motivo de Consulta:

Refiere la madre: “El juez nos mandó a recibir terapia, pero yo también estoy buscando ayuda para mis hijos, ya que por los pleitos entre mi ex pareja (padre de los menores) y yo, están mal, más mis dos hijos grandes JLD y CD quienes no me respetan, son rebeldes, me gritan, me tratan como que soy su esclava y han intentado hacer cosas que ahí le van a contar ellos”

Refiere la paciente: “Yo vengo porque aquí nos mandaron por los clavos que tienen mis papás, pero no se qué es lo que tengo que hablar o decir”

Impresión Diagnóstica:

De acuerdo a los resultados de las pruebas y a la interacción con la paciente se puede determinar que la adolescente, está atravesando por episodios de tristeza y aislamiento emocional que la llevan a permanecer en un estado de irritabilidad e ira reprimida, factores que se han convertido en desencadenantes hacia sus persistentes hechos marcados por ausencia de control de impulsos, conductas agresivas y fuera de la norma que actualmente maneja.

Así mismo, se hace evidente que la paciente está experimentando sentimientos de inadecuación consigo misma, inseguridad y percepción de falta de apoyo por parte de su entorno familiar, lo que ha influido en sus intentos por quitarse la vida y las conductas de automutilación como falsas salidas a su niveles de dolor interno y a su falta de capacidad de desplazamiento positivo.

Diagnóstico Multiaxial:

EJE I:	Z03.2 Sin diagnóstico en el Eje I (V.71.09)
EJE II:	F. 91.3 Trastorno Negativista Desafiante (313.81)
EJE III:	Sin diagnóstico
EJE IV	<p><u>Problemas relativos al grupo primario de apoyo:</u> separación de los padres, víctima de abuso sexual y violencia, disciplina inadecuada, conflicto entre hermanos, relaciones inestables con sus padres, automutilación persistente e intento de suicidio.</p> <p><u>Problemas relativos a la enseñanza:</u> bajo rendimiento académico, comportamiento hostil y agresivo con compañeros de estudio, desacato a normas y reglas del establecimiento educativo.</p> <p><u>Problemas relativos al ambiente social:</u> comportamiento hostil, agresividad y peleas en público, incumplimiento de reglas y normas sociales, promiscuidad, persistentes relaciones inestables con amigos.</p>
EJE V	51-60 (actual)

El enfoque terapéutico utilizado con la paciente fue basado en la terapia racional emotiva, con el objetivo de modificar distorsiones cognitivas y supuestos personales, así como también, se incluyeron en el plan de tratamiento, técnicas logoterapéuticas, de mejoramiento en habilidades sociales y técnicas de relajación y musicoterapia.

Caso II

Nombre: LES

Estatus Socioeconómico: Medio Bajo

Edad: 15 años

Dirección: Aldea Rinconcito Zona 18

Escolaridad: Tercero básico

Motivo de Consulta:

Refiere la abuela materna: Vengo porque estoy desesperada, ya no se qué hacer con mi nieto, es rebelde, no me hace caso y ayer descubrí que me está tomando dinero, por eso vine, a que por favor me ayuden con él, porque yo, ya no aguanto”

Refiere el paciente: “a mí, mi abuela me trajo engañado, dijo que al doctor veníamos porque se sentía mal, a mi no me gusta ir al psicólogo, ya fui una vez y mal me cayó la señora esa, así que la verdad no se en que me pueda ayudar usted”

Impresión Diagnóstica

De acuerdo a los resultados de las pruebas, se puede determinar que el paciente, debido a la experimentación de sentimientos de vacío y a su historial de rechazo por parte de sus principales figuras de apego, es una persona que utiliza el retraimiento y las conductas impulsivas y agresivas como un mecanismo de defensa, por medio del cual, ha intentado establecer una barrera entre él y su mundo exterior, así como también, como una forma de supervivencia que ha mantenido en él la sensación de poseer un equilibrio.

Así mismo se identifica en el paciente, una inadecuación e inadaptación social acompañada de una urgente necesidad de percibir suplidas sus necesidades afectivas y deseos de sentirse protegido y apoyado lo que podría generar en él el revertimiento de sus conductas negativas y sentimientos de valía y deseos de superación.

Diagnóstico Multiaxial:

EJE I:	Z.728.8 Comportamiento antisocial en la niñez o la adolescencia (V71.02)
EJE II:	Z.03.2 Sin Diagnóstico en el Eje II (V.71.09)
EJE III:	Sin diagnóstico
EJE IV:	<p><u>Problemas relativos al grupo primario de apoyo:</u> abandono de la madre, víctima de violencia por parte del padre, relación conflictiva con los abuelos por desacato de las normas y reglas del hogar.</p> <p><u>Problemas relativos al ambiente social:</u> relación con personas con conductas deshonestas, robo, abuso de sustancias como el alcohol.</p> <p>Problemas relativos a la enseñanza: ha sido cambiado cuatro veces de centro escolar por problemas de conducta, desacato de las normas y bajo rendimiento académico</p>
EJE V:	51-60

El enfoque terapéutico utilizado con el paciente fue cognitivo conductual, en el cual se incluyeron y trabajaron técnicas para la reducción de conductas agresivas y violentas, así como también, se utilizaron técnicas logoterapéuticas para la disminución de sentimientos de baja autoestima y valía personal, así como el entrenamiento en habilidades sociales, con el objetivo de lograr un sentimiento de adecuación y aceptación social en el paciente.

Caso III

Nombre: JLD

Estatus Socioeconómico: Medio Bajo

Edad: 15 años

Dirección: Quinta Samayoa, Zona 7

Escolaridad: Tercero básico

Motivo de Consulta:

Refiere la madre: “El juez nos mandó a recibir terapia a todos en la familia, porque les han afectado los problemas que tengo con mi ex pareja, padrastro de JL, pero a él no solo le ha afectado eso, sino otras cosas que lo mantienen mal humorado, no quiere hablar con nadie, solo encerrado quiero pasar, por cualquier cosa le pega y grita a su hermana y a sus hermanitos, me trata mal a mí, quiere que casi yo sea su esclava, él no era así pero ha cambiado mucho, y ya no se qué hacer con él”

Refiere el adolescente: “vengo porque mi mamá nos dijo que Ud. nos iba a ayudar, no sé qué es lo que tengo que hablar aquí, es igual que el MP? Igual yo quiero que Ud. me ayude a controlarme porque siento que tengo mucho adentro y me cuesta sacarlo y hablarlo”

Impresión Diagnóstica

De acuerdo a las pruebas y a la interacción paciente/terapeuta se puede determinar que el adolescente posee sentimientos de ira reprimida, fuerte pero transitoria ideación suicida derivada de factores estresantes identificados, estados de ánimo ambivalentes que varían entre episodios de tristeza y alegría, pero sin llegar a manifestarse ni rasgos ni un trastorno bipolar, sino principalmente derivados de su historial de rechazo y de los pobres vínculos afectivos que ha establecido con su familia y con la madre, con quien a pesar de reflejarse en las pruebas que posee una identificación positiva la relación no está fortalecida y actualmente no llena sus necesidades afectivas y de protección.

En otros aspectos de su personalidad se refleja en el paciente un pobre control de impulsos que lo llevan a comportarse de manera inadaptada socialmente así como también, una marcada incapacidad para establecer relaciones sociales efectivas, esto debido a un pobre autoconcepto y aunado a permanecer en un entorno poco favorable donde no ha percibido ni aprendido patrones de relaciones sanas de convivencia lo que lo ha incapacitado para desarrollarlas por el mismo.

En los resultados de las pruebas se refleja el deseo del paciente de mejorar y cambiar su actual realidad.

Diagnóstico Multiaxial:

EJE I:	F.63.8 Trastorno Explosivo Intermitente (312.34)
EJE II:	F60.6 Trastorno de la Personalidad por Evitación (301.82)
EJE III:	Taquicardia
EJE IV:	F.93.3 Problema de Relación entre hermanos (V61.8) <u>Problemas relativos al grupo primario de apoyo:</u> hijo producto de una violación, apoyo inadecuado de la madre, rechazo de la abuela materna, figura paterna inestable, problemas persistentes de agresividad y violencia entre hermanos, ideación suicida. <u>Problemas relativos al ambiente social:</u> aislamiento autoimpuesto, incapacidad para establecer relaciones interpersonales o involucrarse en actividades sociales sentimientos de inadecuación o ineptitud, evitación hacia el contacto físico. Conflictos con compañeros de estudio por problemas de agresividad y violencia.
EJE V:	51-60 (inicio) 61-70 (actual)

El enfoque terapéutico utilizado con el paciente fue basado en la terapia cognitiva conductual, acompañado de técnicas de la terapia centrada en el cliente, con las cuales se trabajó agresividad y pobre control de impulsos, síntomas depresivos y técnicas para el mejoramiento de las habilidades sociales.

Caso IV

Nombre: EOG

Estatus Socioeconómico: Bajo

Edad: 14 años

Dirección: El mezquital zona 12.

Escolaridad: Segundo básico

Motivo de Consulta:

Refiere la madre: “El juez nos mandó, pero nosotros venimos porque queremos que nos ayuden a cambiar, yo traigo a mis hijos porque siempre se están agarrando entre ellos, así se la pasan, yo siento que es por el papá y por lo de su hermana que les ha afectado mucho, pero ya no se qué hacer, además de que queremos ayudar a mi hija la mayor que ahorita no está con nosotros”

Refiere la paciente: Vengo porque quiero cambiar, ser diferente y ya no estar triste, además para ayudar a que mi hermana salga de presa”

Impresión Diagnóstica:

De acuerdo a las pruebas y a la interacción con la paciente se interpreta que la adolescente se ha visto afectada en su personalidad, estado de ánimo y conductas, debido a un entorno desfavorable desde la infancia hasta su actual adolescencia, donde las conductas agresivas y de violencia fueron las aceptadas como normales dentro de su hogar , lo que generó en ella la continuidad de dichas conductas como hechos que aseguraron su posición en la dinámica familiar , supervivencia dentro de un ambiente hostil y la afirmación de un espacio personal.

Así mismo los conflictos no resueltos con los padres, principalmente con la figura paterna, se interpretan como las causas de las carencias a nivel afectivo que proyecta la adolescente, así como el reflejo de falta de modelos positivos que provean en ella herramientas para el afrontamiento y la resolución de conflictos lejos de las conductas de agresividad y violencia.

Diagnóstico Multiaxial:

EJE I:	F.341 Trastorno Distímico (300.4)
EJE II:	Z.03.2 Sin Diagnóstico en el Eje II (V.71.09)
EJE III:	Sin diagnóstico
EJE IV:	<u>Problemas relativos al grupo primario de apoyo:</u> víctima de maltrato físico y psicológico por parte del padre y la madre, relación de agresividad y violencia entre hermanos, hermana mayor (figura con mayor vínculo emocional con la paciente) encarcelada por conflictos con la ley, baja autoestima. <u>Problemas relativos a la enseñanza:</u> bajo rendimiento académico.
EJE V:	61-70

El enfoque terapéutico utilizado con la paciente fue basado en la terapia cognitivo conductual, cuyo objetivo fue la modificación de las distorsiones cognitivas y las conductas inadecuadas, así como también se incluyó dentro del plan de tratamiento, técnicas de arte terapia y técnicas para el mejoramiento de la autoestima y entrenamiento en habilidades sociales.

Caso V

Nombre: GOS

Estatus Socioeconómico: Bajo

Edad: 15 años

Profesión: Ayudante de Camioneta

Escolaridad: Tercero básico

Dirección: El mezquital zona 12

Motivo de Consulta:

Refiere la madre: “El juez nos mando pero nosotros venimos porque queremos que nos ayuden a cambiar, yo traigo a mis hijos porque siempre se están agarrando entre ellos, así se la pasan, yo siento que es por el papá y por lo de su hermana que les ha afectado mucho, pero ya no se qué hacer, además de que queremos ayudar a mi hija la mayor que ahorita no está con nosotros”

Refiere el adolescente: “venimos porque queremos cambiar, ya no queremos estar peleándonos, además quiero ayudar a mi hermana y si esto me va a permitir hacerlo yo lo hago”

Impresión Diagnóstica:

El paciente presenta la sintomatología de un desequilibrio emocional derivado de problemas paterno filiales y acompañado por sentimientos y conductas de frustración, irritabilidad, ira, y ausencia de control de impulsos, esto debido principalmente a la convivencia en un entorno familiar marcado por conductas y patrones de violencia y maltrato por parte de los padres y entre ellos mismos, factores que han sido desencadenantes en el paciente para el desarrollo de rasgos de una personalidad agresiva y dominante ante los demás.

Así mismo las pruebas reflejan que el adolescente ha asumido un rol que no le corresponde dentro de su hogar y familia, el cual genera en él, sentimientos de ansiedad, preocupación y sentido de responsabilidad excesiva que lo conduce a reaccionar con explosiones de ira ante las situaciones.

De acuerdo a su capacidad de insight el pronóstico del adolescente es favorable bajo terapia, en la cual deberá incluirse a la progenitora y hermanos del mismo para promover un cambio integral.

Diagnóstico Multiaxial:

EJE I:	Z.63.1 Problemas Paterno Filiales (V.61.20)
EJE II:	Z.03.2 Sin Diagnóstico en el Eje II (V.71.09)
EJE III:	Sin diagnóstico
EJE IV:	<u>Problemas relativos al grupo primario de apoyo</u> : víctima de maltrato físico y psicológico por parte del padre y la madre, relación conflictiva con la madre, constantes peleas físicas y conductas agresivas entre hermanos, hermana mayor encarcelada por conflictos con la ley

	Problemas relativos al ambiente social: relaciones interpersonales deficientes, no gusta de relacionarse con amigos, conductas agresivas con los otros.
EJE V:	61-70

El tratamiento terapéutico con el paciente estuvo basado en técnicas de la terapia cognitivo conductual y terapia racional emotiva, cuyo objetivo fue el entrenamiento en el manejo y control de impulsos, la identificación de creencias y pensamientos irracionales, técnicas de entrenamiento asertivo, técnicas para el mejoramiento del autoconcepto y sesiones de psicoeducación acerca del tema de la violencia intrafamiliar y sus consecuencias.

Caso VI

Nombre: TC

Estatus Socioeconómico: Bajo

Edad: 18 años

Dirección: Aldea Durazno, Chinautla

Escolaridad: Quinto Perito

Motivo de Consulta:

Refiere la paciente: “vengo porque me siento muy triste, mi mamá desde que nació mi hermanito, me pone mucha presión que yo siento no me corresponde y ya no aguanto, creo que necesito ayuda, porque ya no se qué hacer para no sentirme así de mal”

Impresión Diagnóstica:

De acuerdo a los resultados de las pruebas y a la observación e interacción con la paciente, se interpreta que los conflictos emocionales de TC, son derivados de una falta de adaptación a los recientes cambios en su entorno y dinámica familiar a raíz del nacimiento de un hermano menor, con quien la diferencia de edad (dieciséis años) ha representado un impacto en la paciente.

Así mismo la represión y sobreprotección a la que ha estado sometida la joven por parte de sus padres desde la infancia, adolescencia y actualmente en los inicios de su adultez, han llevado a su persona a experimentar sentimientos de frustración, aburrimiento, ira reprimida y episodios de tristeza que han afectado su rendimiento académico y han provocado en ella una necesidad urgente de independencia y separación de sus padres.

El pronóstico del caso es altamente favorable bajo asesoría psicológica.

Diagnóstico Multiaxial:

EJE I:	Rasgos F.4320 Trastorno de adaptación con estado de ánimo depresivo (309.0)
EJE II:	Z.03.2 Sin Diagnóstico en el Eje II (V.71.09)
EJE III:	Sin diagnóstico
EJE IV:	<p><u>Problemas relativos al grupo primario de apoyo:</u> nacimiento no planificado de un hermano, sobreprotección de los padres, perturbación familiar por cambios en la dinámica familiar.</p> <p>Problemas relativos a la enseñanza: bajo rendimiento académico.</p> <p><u>Problemas de vivienda:</u> sin acceso a un espacio propio y privado para el descanso dentro del hogar a raíz del nacimiento del hermano menor.</p> <p><u>Problemas económicos:</u> economía insuficiente en el hogar.</p>
EJE V:	71-80

El enfoque terapéutico con la paciente fue basado en la terapia cognitivo conductual, el objetivo fue que la paciente lograra la identificación de percepciones erradas de su ambiente y que descubriera nuevos modelos de acciones y conductas, cambiando con esto, las respuestas a sus interacciones con su medio y eliminando los rasgos depresivos.

4.2 Logros

Debido a la labor social que lleva a cabo la Institución y a la alta demanda de casos en búsqueda de atención psicológica, se obtuvo la posibilidad de brindar consejería clínica como método de intervención a casos en crisis, dando como resultado que las personas atendidas manifestaran su agradecimiento tanto al grupo de estudiantes practicantes como al Instituto de la Defensa Pública Penal, por la iniciativa de no solo velar por su asesoramiento legal sino además por el desarrollo de una salud mental sana para las personas que la visitan.

Además de la intervención de casos en crisis, se tuvo la oportunidad de llevar y mantener una continuidad y un seguimiento adecuado de los seis casos de pacientes que debían ser reportados como requisito para la aprobación de la práctica profesional, pacientes que a través del tratamiento psicológico presentaron progresos, los cuales fueron medidos en la interacción con su grupo familiar y en ellos mismos, quienes refirieron lograr con la ayuda de la terapia una mejora considerable y notable en su comportamiento.

4.3 Limitaciones

Al inicio de la práctica profesional no se contó con un espacio especialmente asignado para la atención de las personas que visitaban la Institución en busca de atención psicológica.

Control inadecuado en la asignación de casos al grupo de practicantes, en algunas ocasiones el flujo de pacientes a atender era alto y otras insuficiente.

Debido a que la principal función de la Institución es el asesoramiento legal de forma gratuita, algunos de los pacientes al terminar su proceso legal no continuaban con el tratamiento psicológico, lo que permite recaídas o que los logros alcanzados durante las sesiones trabajadas se pierdan al no poder darle la finalización adecuada a los casos.

Conclusiones

1. Está establecido, que en algunos casos los comportamientos antisociales y agresivos están predispuestos por factores biológicos o genéticos, pero ha sido probado, que en su mayoría, estas conductas están altamente influidas por el entorno en el que se desarrollan los individuos, ya que las mismas, son producto del modelamiento por parte de los padres generando como consecuencia en los adolescentes un aprendizaje erróneo y un método equivocado para la solución de conflictos.

2. Las conductas antisociales y de violencia, son detectables y tienen su inicio en la primera etapa de la infancia y en los primeros años escolares, y de no tomarse las medidas correctivas necesarias sus manifestaciones más serias se producirán habitualmente durante la adolescencia.

3. Aunque son varios los factores, que provocan el desarrollo de conductas antisociales y de violencia en la adolescencia, existe una marcada relación en el desenvolvimiento de dichas conductas en hijos productos de hogares en donde no existen muestras de afecto, patrones sanos de convivencia y vínculos positivos sanos y estables entre padres e hijos.

4. Los adolescentes que en el hogar y en su entorno familiar, no poseen normas de disciplina y patrones de comportamiento basados en reglas claras y concretas crecen con mayores probabilidades de infringir las normas establecidas para el buen funcionamiento en sociedad.

5. Se establece la efectividad del proceso terapéutico, en adolescentes con problemas de conductas antisociales y de agresividad cuando dicha terapia se combina con el adiestramiento a los padres y familiares cercanos.

Recomendaciones

1. A padres de familia: Ser un buen ejemplo para sus hijos, y comportarse usted, como quisiera que ellos lo hicieran, asegura el que sus hijos establezcan adecuados modelos de comportamiento y convivencia hacia los demás.
2. Se recomienda que los padres y tutores de niños y niñas se presten atentos a detectar los problemas de conducta en la primera etapa de la infancia, esto con el objetivo de frenar su evolución negativa en la adolescencia y realizar las intervenciones de prevención necesarias.
3. Todo adolescente, necesita de personas con quienes compartir sus sentimientos y de quienes recibir comprensión y estima. Por tal razón, se considera de suma importancia el que los padres cubran las necesidades afectivas de protección, amor, respeto y apoyo en sus hijos, establece las bases del sentimiento de seguridad, lo que hará que el (la) adolescente se muestre dispuesto a aceptar las normas y límites establecidos socialmente, al mismo tiempo, que provee en ellos y ellas el sentimiento de sentirse capaces de emprender cosas, llevarlas a cabo y la seguridad de actuar libremente.
4. Es recomendable por parte de los padres madres o tutores, el establecimiento de normas y valores claros de conducta iniciando desde el hogar, las reglas claras, bien definidas y adecuadas a la edad del adolescente, permiten la valoración de los comportamientos adecuados y proveen bases para la corrección de las conductas inadecuadas.
5. Toda terapia a adolescentes con problemas de conducta antisocial y violencia debe ser aplicada en el marco de centros especialmente dedicados al acogimiento, tratamiento y reinserción de los adolescentes con tales alteraciones, así como acompañada de de profesionales dedicados a la salud mental.

Referencias Bibliográficas

Biaggi, Héctor Roberto. (1996). *Trastorno por déficit de atención*. Un resumen actualizado. Alcmeón 18, N° 3.

Díez-Rubio, M.C., Montero, L. M., Ruiz de Arcaute, M., Álava, M.J., Revenga. M. (2005). *La educación de nuestros hijos*. Madrid: Ediciones Temas de Hoy.

López, F. (2008). *Necesidades en la infancia y en la adolescencia*. Madrid: Ediciones Pirámide

Mata, Eduardo. (2000). *Violencia y agresión en el psicópata*”. Alcmeon, Vol. 9, N° 3.

Morales, H. (2008). *Factores asociados y trayectorias del desarrollo del comportamiento antisocial durante la adolescencia: implicaciones para la prevención de la violencia juvenil en América Latina*. Interamerican Journal of Psychology, 42, 129-142.

Navas E. Collado. (2005) *La conducta Humana en el Medio Social*. Illinois, USA. 3ra edición.

Papalia Diane. E ; Wendkos S.; Feldman R. (1996). *Psicología del Desarrollo: De la Infancia a la Adolescencia*. México: Editorial Mc Graw Hill

Pineda, David A.; Puerta, Isabel Cristina.: “*Prevalencia estimada del trastorno disocial de la conducta en adolescentes colombianos*”. Sitio web: “Psiquiatría.com”

Romero, E. (1996). *La predicción de la conducta antisocial: Un análisis de las variables de Personalidad*. Tesis doctoral. Universidad de Santiago de Compostela

Romero, E., Sobral, J. y Luengo, M.A. (1999). *Personalidad y delincuencia. Entre la biología y la sociedad*. Grupo editorial universitario.

Ruiz, P., Lozano, E. y Polaino, A. (1994). *Variables personales, familiares y patrones de consumo de alcohol y drogas ilegales en el adolescente*. Anales de Psiquiatría, 10, 4, 157-162.

Rutter, M. y Giller, H. (1988). *Delincuencia Juvenil*. Barcelona: Editorial: Martínez Roca

Schneider, H. J. (1994). *Causas de la delincuencia infantil y juvenil*. Revista de Derecho Penal y Criminología (Uned), nº 4.

Klevens, J. (2000). *Estrategias para la prevención temprana de la violencia en niños*. Medellín: Alcaldía de Medellín, Programa de Convivencia Ciudadana, Secretaria de Educación y Cultura.

Enlaces en la Red:

Fuente no firmada:

Guatemala censo poblacional 2011. Instituto Nacional de Estadística Guatemala, C.A. INE. Recuperado:
<http://www.ine.gob.gt/np/poblacion/index.htm>

Guatemala: ¿Un País de Oportunidades para la Juventud? Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. PNUD. Recuperado:
<http://www.pnud.org.gt/frmPubDetail.aspx?id=98>

Guatemala Violencia e Impunidad. UNICEF. Recuperado:
http://www.unicef.org/guatemala/spanish/panorama_18470.htm

Cuando la defensa se convierte en agresión. Recuperado:
http://www.articulo.org/articulo/13841/superacion_personal__defensa_convertida_en_agresion.html

Fuente Firmada:

Mancebo, F. (2012) *Conducta Antisocial*. Recuperado:
<http://www.elpsicoasesor.com/2012/03/conducta-antisocial.html>

Antolin, L.; Oliva A.; Arranz E. (2009) *Contexto Familiar y Conducta Antisocial Infantil*. Red de Revistas de América Latina y el Caribe, España y Portugal. Recuperado:
<http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=97020869001>

Anexos

