UNIVERSIDAD SIMÓN BOLÍVAR
HEMEROTECA
BARRANQUILLA

PERFIL DE RASGOS CLÍNICOS DE PERSONALIDAD DE ADOLESCENTES FARMACODEPENDIENTES INFRACTORES DE 13 A 17 AÑOS DE EDAD QUE ESTÁN RECLUIDOS EN EL HOGAR DE REEDUCACIÓN EL OASIS EN EL DISTRITO DE BARRANQUILLA

PAOLA MARIA CISNERO VILLALBA

EDWIN JOSÉ PEÑARANDA BELLO

LILIA ELENA SANTANDER SOTO

Informe Final de Investigación

CORPORACIÓN EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO
SIMÓN BOLÍVAR
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA
BARRANQUILLA
2003

UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR
BIBLIOTECA
BARRANQUILLA

No INVENTARIO - 4 0 3 0 9 1 2

PRECIO _____

FECHA 01 - 11 - 2008

[illegible]ACION_____

PS
4030472
UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR
HEMEROTECA
BARRANQUILLA

UNIVERSIDAD SIMÓN BOLÍVAR
HEMEROTECA
BARRANQUILLA

PERFIL DE RASGOS CLÍNICOS DE PERSONALIDAD DE ADOLESCENTES FARMACODEPENDIENTES INFRACTORES DE 13 A 17 AÑOS DE EDAD QUE ESTÁN RECLUIDOS EN EL HOGAR DE REEDUCACIÓN EL OASIS EN EL DISTRITO DE BARRANQUILLA

PAOLA MARIA CISNERO VILLALBA

EDWIN JOSÉ PEÑARANDA BELLO

LILIA ELENA SANTANDER SOTO

Informe Final de Investigación

CORPORACIÓN EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO
SIMÓN BOLÍVAR
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA
BARRANQUILLA
2003

UNIVERSIDAD SIMÓN BOLÍVAR
HEMEROTECA
BARRANQUILLA

NOTA DE ACEPTACIÓN

Presidente Del Jurado

JURADO

JURADO

BARRANQUILLA 2003-12-04

UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR
HEMEROTECA
BARRANQUILLA

DEDICATORIA

A Mi Madre

Por Apoyarme

Durante toda

Mi Carrera de

Psicóloga

Paola Maria

UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR
HEMEROTECA
BARRANQUILLA

DEDICATORIA

A mis padres
HERNALDO RAFAEL
PEÑARANDA C. y
BLANCA BELLO de
PEÑARANDA por
apoyarme y creer
en mi.

A mis hermanos
HERNANDO y SINDY

Edwin José

UNIVERSIDAD SIMÓN BOLÍVAR
HEMEROTECA
BARRANQUILLA

DEDICATORIA

A Mis Padres

PABLO MARIO

SANTANDER y

CLIMILDA ESTHER

SOTO HERNÁNDEZ

por su Amor, esfuerzo y

apoyo incondicional.

Lilia Elena

AGRADECIMIENTOS

Los autores expresan sus agradecimientos a:

Psicólogo **VICTOR OVALLE** por el apoyo continuo en la investigación, su asesoramiento incondicional y la motivación ejercida para realizar el estudio.

Psicóloga **IRENE POLO** por su disposición constante y su confianza.

Y en general a los docentes psicólogas del programa de **PSICOLOGÍA** de la Corporación Educativa Mayor Del Desarrollo **SIMÓN BOLÍVAR**.

TABLA DE CONTENIDO

	Pag
INTRODUCCIÓN	
2. DESCRIPCIÓN Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	3
3. JUSTIFICACIÓN	6
4. OBJETIVOS	8
4.1. OBJETIVO GENERAL	8
4.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS	8
5. MARCO TEORICO	10
5.1. PERSONALIDAD	11
5.1.1. ANÁLISIS FACTORIAL	13
5.1.2. Rasgos Clínicos de Personalidad	15
5.2. DESCRIPCIÓN DE LAS ESCALAS	16
5.2.1. RASGOS DE PRIMER ORDEN	16
5.2.2. RASGOS DE SEGUNDO ORDEN	22
5.3. LA ADOLESCENCIA	24
5.3.1. Características Psicológica	26
5.3.2. Problemas Comunes en la Adolescencia	28
5.3.2.1. Adolescentes Delincuentes	28
5.3.2.2. Características de los Delincuentes	29

5.3.2.3. El Abuso de Drogas 30

5.3.2.4. Características del Adolescente Farmacodependiente 30

5.4. FARMACODEPENDENCIA 33

5.4.1. Epidemiología de la Farmadependencia 37

5.4.2. Aspectos Relacionados con el consumidor de Drogas 38

5.4.3. Característica del Farmacodependiente 40

5.4.4. Patrones de Consumo de Sustancias Psicoactivas 42

5.5. Clasificación de las Drogas Según el Efecto de las Sustancia 43

5.6. DELINCUENCIA JUVENIL Y MENOR CONTRAVENTOR E INFRACTOR 47

5.6.1. Razones Particulares para ser Delincuentes 48

5.7. HOGAR DE REEDUCACIÓN EL OASIS 49

6. DEFINICIÓN DE VARIABLES 52

6.1. DEFINICIÓN CONCEPTUAL 52

6.2. DEFINICIÓN OPERACIONAL 52

7. CONTROL DE VARIABLES 54

7.1. EN LOS SUJETOS 54

7.2. EN LOS INVESTIGADORES 54

7.3. EN EL AMBIENTE 55

7.4. EN EL INSTRUMENTO 55

7.5. VARIABLES NO CONTROLADAS 55

8. MÉTODO 56

8.1. PARADIGMA 56

8.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN 56

8.3. POBLACIÓN 57

8.4. MUESTRA 57

8.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS 57

8.6. PROCEDIMIENTO 61

9. RESULTADOS 64

10. CONCLUSIONES 81

11. DISCUSIONES Y RECOMENDACIONES 86

BIBLIOGRAFÍA 89

ANEXOS

Grafica 1

Grafica 2

Grafica 3

Cuestionario del Test **CAQ**

INTRODUCCIÓN

Actualmente en el mundo se ha visto un incremento sustancial en el consumo de drogas, Colombia que en la actualidad es uno de los principales productores de sustancias Psicoactivas como marihuana, heroína, cocaína entre otros, no se escapa de este flagelo y hoy es considerado un país consumidor cuya sociedad se ve envuelta por una capa de violencia que agrava el problema y dificulta la solución.

Este consumo afecta tanto a hombres como mujeres de todas las edades y en especial la población adolescente ya que en esta fase atraviesan por un conflicto entre el anhelo por hallar su propia identidad y el deseo arrollador de ser exactamente iguales a sus amigos, convirtiéndose en personas vulnerables que no escapan a esta problemática.

Como es sabido el consumo de drogas puede generar deterioro en la conducta del individuo de tipo físico y psicológico y a través de esta investigación se pretende arrojar un perfil clínico de personalidad que muestre los rasgos más comunes que presenten los adolescentes farmacodependientes infractores de 13 a 17 años de edad que están recluidos en el hogar de reeducación **EL OASIS** en el distrito de Barranquilla.

El instrumento utilizado es el Test **CAQ** (cuestionario de aplicación clínica); que evalúa los rasgos clínicos de personalidad, cuyo autor es **Samuel Krug**, quien es el autor guía de

la investigación.

El **CAQ** evalúa 17 escalas de personalidad que se dividen de la siguiente forma: 12 escalas de primer orden que son: hipocondriasis, depresión suicida, agitación, depresión ansiosa, depresión baja energía, culpabilidad-resentimiento, apatía-retirada, paranoia, desviación psicopática, esquizofrenia, psicastenia, desajuste psicológico; y 5 escalas de segundo orden: ansiedad, extraversión, independencia, socialización controlada y Depresión.

Por otro lado el paradigma de estudio es el Empírico-Analítico, el cual busca "observar en el objeto de estudio elementos sustantivos que puedan servir como indicador de los componentes de un problema."[1] Además el tipo de investigación es descriptivo, en el cual se busca describir la personalidad sin generar cambios en ella.

Los resultados de la investigación serán expuestos en forma cuantitativa por medio de tablas, en donde se describirán de forma general y por porcentajes las puntuaciones obtenidas en la población de estudio. Seguidamente se dará una explicación cualitativa de los resultados de cada escala.

[1] REALES UTRIA, Adalberto. Socio Investigación. Barranquilla: Antillas, 2000. P. 40

2. DESCRIPCIÓN Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

En nuestra sociedad se observa día a día como el problema de la farmacodependencia afecta a todas aquellas personas que por una u otra razón entran al mundo de las drogas; lo mas triste es ver que no solo se observa a nuestro alrededor a personas adultas con este problema, sino también a muchos adolescentes que apenas están dejando su infancia y los cuales al buscar y vivir un mundo nuevo en sus vidas, entran al camino equivocado de las drogas, lo cual afecta de una manera drástica su salud física, emocional y repercute en su vida familiar, personal y social entre otros.

Colombia es considerado en el mundo el "tercer productor de drogas de tipo ilegal tales como cocaína, morfina, heroína, marihuana, bazuco, entre otras."[2] esta capacidad de producción masiva ha puesto a estas sustancias a la mano y ha facilitado el acercamiento y experimentación de los ciudadanos y en especial del adolescente que se convierte en el principal foco de comercio interno. "De acuerdo con estudios de la Junta de Fiscalización de drogas de la **ONU** y de la Policía Internacional **(INTERPOL)**, revelados en una reunión especializada en Cartagena de Indias, Colombia, alrededor de 140 Millones de personas fuman marihuana, 13 Millones usan cocaína, 8 Millones Heroína y 30 Millones son adictas a las anfetaminas en todo el orbe."[3]

---

[2]. Manual rumbos sobre la farmacodependencia. 1998. www.rumbos.com.co/htm.
[3] BANDERA ROSEL, Antonio. Toxicomanía. En: www.Monografias.com, - P. 8.

Como es bien sabido estas sustancias generan dependencias tanto físicas como psicológicas y el consumidor realiza actos en contra de los principios y valores sociales llegando a conductas delincuenciales que inducen a actos como el hurto hasta homicidio con el fin de conseguir la dosis personal del día ya que su organismo se lo exige.

El joven adulto se viene a convertir en una problemática social que involucra a la familia, grupo de amigos, región y al estado mismo que tiene que realizar campañas masivas de prevención del consumo e implementar planes y estrategias para rehabilitar al actual consumidor.

Debido a esto es de esencial ayuda conocer que cambios se han generado en la personalidad del adolescentes farmacodependientes infractores cuyas edades oscilan entre 13 y 17 años y que están recluidos en el hogar de reeducación **EL OASIS** en el Distrito de Barranquilla, para poder tener mayor eficacia y efectividad en los programas de tratamiento que en la actualidad se están implementando en esta institución. Mirar además si se presentan cambios de tipo patológico debido a que las drogas son un factor de complejidad en el proceso de desarrollo de la personalidad del adolescente y puede configurar en una personalidad con una desviación patológica que se pretende determinar en la investigación a través de la aplicación del Test **CAQ**. Es posible que dentro de esas desviaciones se puedan encontrar ciertas conductas de tipo psicótica y desajustes mentales producto del consumo.

Son muchas las consecuencias que pueden generar el consumo de drogas en el comportamiento de la adolescencia, y con ello alterando el funcionamiento normal de la

personalidad.

Por esta razón surge el interrogante de conocimiento ***¿cuál es el perfil de rasgos clínicos de personalidad de adolescentes farmacodependientes infractores de 13 a 17 años de edad que están recluidos en el hogar de reeducación el OASIS en el Distrito de Barranquilla?***

3. JUSTIFICACIÓN

La **OMS** (Organización Mundial de la Salud); define la farmacodependencia como "un estado psíquico y a veces físico resultante de interacciones entre un organismo vivo y un fármaco, caracterizado por modificaciones en el comportamiento y por otras reacciones que incluyen un impulso irreprimible a tomar el fármaco de forma continua o periódica, a fin de experimentar sus efectos psíquicos o para evitar el malestar producido por la privación"[4]

A su vez el individuo consumidor de tales sustancias "sufre cambios en su comportamiento y su personalidad que deterioran su calidad de vida. El adolescente farmacodependiente puede presentar cambios sustanciales de la personalidad, lesión en la capacidad cognoscitiva o incluso un alejamiento de la sociedad."[5]

Por lo anterior, a pesar de la preocupación que se ha generado con el alto consumo en el mundo y de todas las políticas desarrolladas con el fin de disminuir la utilización de drogas Psicoactivas de tipo ilegal, aun sigue siendo un problema de altas proporciones, lo más alarmante es la incidencia que ha tenido en los jóvenes, considerados muy lógicamente como el futuro de nuestra sociedad.

---

[4] BANDERA ROSEL, ANTONIO. Toxicomanía. Op Cit. P.12.
[5] TORO, Ricardo y YEPES, Roberto. Psiquiatría general en fundamentos de medicina. Medellín: Cib, 1998. P. 85.

Además se ha observado como en estos tiempos han aumentado el número de centros de rehabilitación para jóvenes con dicho problema, entendiéndose así que el problema de las drogas es algo muy serio y que su incidencia ha sido mayor cada día.

El estudiar a fondo el perfil de rasgos clínicos de personalidad en estos individuos, será base esencial para poder tener mayor efectividad en la rehabilitación de estos jóvenes. Este se define. "Como las características patológicas importantes y modelos de conducta desviadas que estructuran un perfil completo y multidimensional del sujeto, tales como: depresión, neuroticismo y desviación psicopática."[6]

A nivel institucional es posible determinar estrategias terapéuticas que brinden una mejor salud mental a los adolescentes farmacodependientes de manera objetiva y eficaz, fortaleciendo de este modo programas de prevención para el consumo de drogas.

A nivel del programa académico de psicología este estudio contribuye a nuevas investigaciones en el tema de la farmacodependencia que puedan generar una información más amplia de las drogas y de la incidencia que pueda tener en los jóvenes.

La importancia para los investigadores radica en el conocimiento que obtendrán con esta investigación, y el tener claridad sobre los resultados permitirá un mejor manejo teórico y práctico sobre la farmacodependencia.

---

[6] KRUG, Samuel. Manual de Cuestionario de Análisis Clínico. Madrid: Tea, 2001.P.20

4. OBJETIVOS

4.1. OBJETIVO GENERAL.

Describir el perfil de rasgos clínicos de personalidad de adolescentes farmacodependientes infractores de 13 a 17 años de edad que están recluidos en el centro hogar de reeducación el **OASIS** en el Distrito de Barranquilla.

4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

Describir el perfil de rasgos clínicos de personalidad de adolescentes farmacodependientes infractores de 13 a 17 años de edad que están recluidos en el centro hogar de reeducación el **OASIS** en el Distrito de Barranquilla, según las siguientes escalas de primer orden:

Hipocondriasis.

Depresión suicida.

Agitación.

Depresión ansiosa.

Depresión baja energía.

Culpabilidad-Resentimiento.

Apatía-Retirada.

UNIVERSIDAD SIMÓN BOLÍVAR
HEMEROTECA
BARRANQUILLA

Paranoia.

Desviación Sicopática.

Esquizofrenia.

Psicastenia.

Desajuste Psicológico.

Describir el perfil de rasgos clínicos de personalidad de adolescentes farmacodependientes infractores de 13 a 17 años de edad que están recluidos en el centro hogar de reeducación el **OASIS** en el Distrito de Barranquilla, según las siguientes escalas de segundo orden:

Ansiedad.

Extraversión.

Independencia.

Socialización controlada o súper ego

Depresión.

5. MARCO TEÓRICO.

5.1. PERSONALIDAD. Frecuentemente, cuando se habla sobre la personalidad de alguien, se refieren a lo que diferencia a esa persona de los demás, incluso lo que le hace única. A lo largo de la historia muchos teóricos y científicos se han dedicado al estudio del ser humano y sus diversas características que los distinguen y destacan de las demás especies del planeta. El comportamiento humano ha sido un campo de estudio amplio en la Psicología y por ende se han desarrollado numerosas teorías que tratan de exponer y explicar tales actos ante estímulos similares, en fin muchas de estas concepciones buscan predecir la conducta del individuo; por ende cada escuela psicológica formula conceptos sobre la personalidad para dar una explicación amplia y satisfactoria.

Este capítulo pretende dar a conocer los diferentes conceptos de personalidad que han tenido relevancia dentro de la Psicología, y además dejar en claro cual es la teoría base de este estudio en cuestión, cuyo autor es **Samuel Krug.**

De acuerdo con el Psicoanálisis el "inconsciente es la fuente de nuestras motivaciones, ya sean simples deseos de comida o sexo, compulsiones neuróticas o los motivos de un artista o científico. Además, tenemos una tendencia a negar o resistir estas motivaciones de su

percepción consciente, de manera que solo son observables de forma disfrazada."[7]

Estas teorías aunque tuvieron gran aceptación en sus inicios, su importancia científica en la actualidad no es muy sólida, ya que no se puede demostrar veridicamente en que parte del individuo se encuentra ubicado el inconsciente.

Por otra parte una de las teorías psicológicas que tiene gran relevancia en la actualidad es la conductual, la cual define a la personalidad como "una colección de patrones de conducta que son producto de experiencias previas, y de la historia genética de la persona. Así, la personalidad solo podría conocerse a través de conclusiones sobre las conducta de la persona y serían producto del aprendizaje"[8].

Esta teoría tiene en cuenta el aprendizaje previo que tiene un individuo en su proceso de desarrollo, así es de lógico suponer que todo individuo es un producto de todas aquellas experiencias ya sean buenas o malas, satisfactoria o no. Y además toma en cuenta el factor genético hereditario con el cual el ser cuenta, es de notar que dicha teoría es una de las más sólidas que permanecen en la actualidad científica.

La personalidad también se define como determinada, primordialmente por las influencias ambientales. La visión de la personalidad es mecanicista, y además es positiva, en términos de considerar las patologías como aprendidas, y que por lo tanto se pueden desaparecer.

---

[7] BOEREE, George y GAUTIER, Rafael. Teorías de la personalidad 1998. www.psicología-online.com/ebooks/personalidad.htm

[8] Ibid.

Autores relevantes dentro de este enfoque son:

J.B Watson: Define la personalidad como la "suma de la actividades que pueden ser descubiertas mediante la observación real de la conducta a lo largo de un intervalo temporal lo bastante largo como para ofrecer información fiable. En otras palabras, la personalidad no es sino el producto final de nuestros sistemas de hábitos".[9]

B.F Skinner: Consideraba "el concepto de personalidad es una creación intelectual utilizada para dirigir los actos que deben hacerse en situaciones de incertidumbre. A medida que se conoce más acerca de los antecedentes de los actos que tienen que ser explicados, o a medida que se tiene un mejor control del futuro, el concepto de personalidad es probable que se utilice, con menor frecuencia. Desde aquí, el punto de referencia cambia desde la personalidad hasta las condiciones ambientales."[10]

Según la teoría planteada por Theodore Millón, analiza la configuración de ésta como "un proceso de desarrollo, en el cual influyen tanto variables biológicas como ambientales y que fruto de esta investigación podemos explicar tanto la normalidad como lo patológico.

Millon (1998) argumenta que el individuo desarrolla un conjunto de esquemas, de reglas, de formas de procesar la información que él llama patrones de afrontamiento. Como constructo la personalidad busca englobar la matriz entera de la persona con el fin de diferenciar del remolino de comportamientos algunos principios subyacentes, lógicos y

---

[9] ENGLER Bárbara. **Introducción a las Teorías de Personalidad.** México: Mc Graw-Hill, 1996. P. 297.
[10] Ibid. P. 298.

organizadores que engloban precisamente el funcionamiento individual."[11]

Según Raymond Cattell (1978) la meta de la Psicología y de la teoría de la personalidad es formular leyes que permitan predecir la conducta en muchas condiciones. Su definición de personalidad no es sorprendente, dado que se basa en la predicción. "La personalidad es lo que permite una predicción de lo que una persona hará en una situación determinada."[12] Cattell hace hincapié en que existen muchas variables motivacionales que han de ser cuidadosamente tamizadas. Acentúa la estructura de la personalidad con respecto a su pasado biológico y a sus determinantes sociales. Todo el interés de Cattell por la teoría de la personalidad y su dinámica surgió de hallazgos hechos en investigaciones continuas, y no de escritos especulativos.

Es preciso dar a conocer un breve resumen sobre lo que encierren al análisis factorial que se ha tenido en cuenta para la ejecución de esta investigación.

5.1.1. Análisis factorial. R B Cattell 1978 se halla en una fase cuantitativa y experimental del estudio de la personalidad, utilizando el método del análisis factorial para elaborar sus resultados. Mediante esta técnica se pretende llegar a descubrir cuales son los elementos básicos de la estructura de la personalidad y de esta forma poder llegar a estudiar más adecuadamente las interacciones que tienen lugar en el organismo vivo y poder predecir de manera más aproximada las conductas del individuo.

---

[11] MILLON, Theodore y DAVIS, Roger. MCMI – II inventario clínico multiaxial. Madrid: Tea, 1998. P. 35.
[12] Ibid. P. 299.

Se puede observar que los métodos que se utilizan en las investigaciones actuales sobre personalidad siguen algunas de estas vías: La utilización de técnicas proyectivas (propias del psicoanálisis), considerando las respuestas a las mismas como un reflejo de la personalidad global y ensayando elaborar a partir de las variaciones individuales de las respuestas un modelo de estructura de la personalidad. La correlación entre un rasgo de la personalidad determinado por un cuestionario o Test y otras variables (conductuales-cognitivas). El uso de los métodos factoriales, que consisten en el análisis matemático de las correlaciones entre grupos de datos para hallar los factores que explican la variación común de dichos datos.

La historia de las investigaciones sobre la estructura de la personalidad no aparece como una sucesión de descubrimientos que se apoyen uno sobre otros y que conduzcan hacia una concepción mas clara y diferenciada de dicha estructura, sino que se presenta como un conjunto de ensayos independientes a partir de concepciones teóricas distintas y que utilizan métodos de investigación diferentes.

La tarea que se a propuesto realizar Cattell (1978) es describir los rasgos característicos que definen al individuo; entendiéndose por **Rasgos** "las reacciones o los comportamientos del individuo ante ciertas situaciones, con lo que se intenta sustituir las percepciones subjetivas por datos objetivos"[13]. **Cattell** divide los rasgos en tres modalidades: temperamento, dinámica y capacidad. A menudo los rasgos del temperamento se alían con las características constitucionales del cuerpo. Los rasgos dinámicos se relacionan con el inicio de actos conductuales. Los rasgos de capacidad miden o expresan la eficiencia de la

[13] ENGLER, Bárbara. Introducción a las Teorías de Personalidad. 4 ed. Mexico. Edit Mc GRAW-HILL. 1996. Pg 299

personalidad en una conducta tendiente a resolver problemas cognoscitivos.

Como señala Catell 1978 los factores son rasgos fundamentales que subyacen a los rasgos superficiales. Él distingue entre estos dos, definiendo a los **rasgos fuentes** como las variables subyacentes que parecen determinar la manifestación superficial, es decir la fuerza del yo, los **rasgos superficiales** por su parte son grupos de respuestas conductuales manifiestas que parecen ir juntos.

A partir del momento que se ha reconocido que los rasgos observados no corresponden a entidades psicológicas aisladas, sino son más que aspectos de la personalidad o del comportamiento, es de suma importancia encontrar a través y detrás de los rasgos las variables fundamentales. El análisis factorial se aplica al dominio de la personalidad para descubrir sus cualidades fundamentales.

5.1.2. Rasgos Clínicos de Personalidad. Por otra parte la teoría de la personalidad en la cual se basa la investigación, es la propuesta por **Samuel Krug (2.001)** el cual expone: "Los rasgos de la personalidad se definen como: el conjunto de características que describen y definen a un individuo, en cuanto a su forma de conducirse con los demás y con su medio, lo que le imprime singularidad psicológica e individual la cual tiene diversos componentes, algunos de estos son más centrales y definen a las personas de una manera más significativa, otros son periféricos y están sujetos a cambios. Pero para el autor no es tan importante las características que representan comúnmente a una persona, sino las desviaciones que puedan haber en su conducta y que son consideradas clínicamente patológicas.

Es por esto que habla de rasgos clínicos de personalidad, y que define como las características patológicas importantes y modelos de conducta desviadas que estructuran un perfil completo y multidimensional del sujeto, tales como: depresión, neuroticismo y desviación psicopática."[14]

5.2. DESCRIPCIÓN DE LAS ESCALAS.

5.2.1. Rasgos de Primer Orden. Este conjunto de rasgos componen la base principal de evaluación de la personalidad que se ha tenido en cuenta en esta investigación y hacen parte de los rasgos básicos del Test CAQ de Samuel KRUG. Estos se componen por doce, los cuales serán tratados a continuación:

Hipocondriasis: "Aquí encontramos dificultades psicológicas expresadas a través de canales somáticos, períodos persistentes de agotamiento y abatimiento, una preocupación por la pérdida de la salud y una variedad dramática aunque inespecífica de dolores en regiones diferentes y no relacionadas del cuerpo.

Algunos muestran evidencias de un trastorno primario de somatización que se manifiesta en quejas somáticas, recurrentes y múltiples, frecuentemente presentadas de una manera dramática, insidiosa o exagerada, otras tienen una historia que puede ser mejor considerada como hipocondríaca, ya que interpretan las sensaciones o malestares físicos menores como si se tratase de un achaque serio. Si están presentes de forma objetiva verdaderas enfermedades, tienden a magnificarse a pesar de los informes médicos tranquilizadores.

[14] KRUG, Samuel. Op Cit. P. 20.

Normalmente las quejas somáticas pretenden llamar la atención "[15].

Depresión Suicida: "Estos pacientes son totalmente incapaces de funcionar en un ambiente normal, se deprimen gravemente y expresan temor hacia el futuro, ideas suicidas y un sentimiento de resignación.

Algunos exhiben un marcado enlentecimiento motor, mientras que otros muestran una cualidad agitada, paseando continuamente y aumentando su estado triste. Varios procesos somáticos se perturban con frecuencia durante este período, son notables la disminución del apetito, agotamiento, ganancia o pérdida de peso, insomnios o despertar precoz. Son comunes los problemas de concentración, así como sentimientos de inutilidad o culpabilidad. Se evidencia con frecuencia repetidas aprensiones e ideas obsesivas, dependiendo del estilo de personalidad subyacente, puede haber un patrón tímido, introvertido y apartado, caracterizado por una inmovilidad perezosa, o un tono irritable, quejumbroso y lacrimógeno."[16]

Agitación: "La matriz de correlaciones MMPI – CAQ sugiere una conexión entre el concepto de Agitación y lo que originalmente se concibió como síndrome hipomaniaco. Los sujetos con estas características presentan deseos de hacer cosas arriesgadas e intentar cosas nuevas, o que están a disgusto hasta que encuentran algo arriesgado que hacer y buscan la agitación. Debajo de estos deseos puede haber un anhelo de muerte asociado a

[15] Ibid., p. 37.
[16] MILLON, Theodore y DAVIS, Roger. Op Cit. 245.

esta dimensión y que explicaría esta búsqueda inquieta de aventura y riesgo."[17]

Algunas personas tienen la fortuna de poseer una alegría y energía inextinguibles. Pronto se convierten en el centro de cada grupo al que se unen, Pueden ser algo superficiales, pero sin embargo son cautos; son los que se mueven y actúan en el mundo, parece que nunca dudan de sí mismos, y sólo redoblan sus esfuerzos si encuentran dificultades para conseguir sus deseos.

Depresión Ansiosa: "Es una de las contribuciones menos importantes en la estructura de la depresión. Estas personas se definen a sí mismas como torpes y desmañadas al manejar objetos, sueñan mucho sobre cosas que le dan miedo, no se sienten seguras de sí mismas, ni tranquilas y pocas veces dicen lo que piensan sobre las acciones de otros. Son personas desorientadas y que sienten incapacidad de enfrentarse a las exigencias inmediatas, y sometidas a pesadillas. La escala representa un aspecto de la depresión que puede ser profundamente perturbador y molesto."[18]

Depresión Baja Energía: "La depresión puede variar de intensidad, desde sentimientos de ligera tristeza a intensa melancolía y profunda desesperación. De la misma manera que el miedo es, a diferencia de la ansiedad, una reacción a un peligro real, la tristeza, a diferencia de la depresión, es una reacción a una pérdida real. Los individuos con estas características manifiestan tristeza y mal humor, se despiertan sin energías y casi nunca duermen profundamente. A menudo la vida les parece vacía y solitaria, les entusiasma muy poco la

[17] KRUG, Samuel, Op. cit. P. 38.
[18] Ibid. P. 38-39.

vida y se sienten agotados. Mucha gente débil mantiene una adaptación marginal con relaciones de gran protección en el matrimonio o en la amistad. Cuando se interrumpen estas relaciones puede aparecer una depresión grave. Cualquiera que sea la causa inmediata, la depresión se caracteriza por una pérdida de autoestima."[19]

Culpabilidad – Resentimiento: "Este es el aspecto de la depresión asociado al sentimiento de haber cometido lo imperdonable y la consecuente sensación de inutilidad o impotencia. El sujeto que puntúa alto declara que le perturban los sentimientos de culpabilidad, que a veces no puede dormir pensando en las cosas que debiera haber hecho o en lo que le va a pasar por los errores que ha cometido o tiene pesadillas en las que está solo y abandonado.

Las puntuaciones más altas se encuentran en casos de alcohólicos o problemas de conducta. La culpabilidad presenta una elevada relación con otros factores patológicos en sujetos diagnosticados como agresivo – pasivos (y de ahí la sugerencia de resentimiento en el título de la escala) y en alcohólicos."[20]

Apatía – Retirada: "Se caracteriza por dos rasgos principales: la sensación de que la vida es bastante absurda y sin sentido como para preocuparse, y la tendencia a evitar el trato con los demás. La persona en este estado se encuentra a gusto cuando está solo, sin los demás, y se siente demasiado decaído e inútil como para querer hablar con la gente."[21]

---

[19] Ibid. P. 39
[20] Ibid. P. 39.
[21] Ibid. P. 40.

Paranoia: "El contenido de los elementos paranoicos generalmente se acopla a la clásica definición de síndrome paranoico; hay declaraciones de recelo, sensación de injusticia y persecución, celos con respecto a otros, cierto cinismo sobre la naturaleza humana y miedo a ser envenenado.

La persona paranoide está tensa, ansiosa y básicamente insegura acerca de sí misma; desconfía de los demás y sospecha sus intenciones, buscando en su conducta significados y motivos escondidos. Tiene pocas amistades íntimas y, aunque pueda tener contacto con muchos otros, se ve a sí mismo como un solitario. Podrá causar impresión e inclusive parecer encantador en un primer encuentro; sin embargo, a medida que la gente lo va conociendo, lo van queriendo menos."[22]

Desviación Psicopática: "La conducta es psicopática cuando la satisfacción de motivos básicos adquiere importancia dominante. Las funciones de control y regulación del ego son deficientes, y el individuo busca satisfacción inmediata con poca consideración de otros aspectos del funcionamiento psíquico o de las demandas de la realidad externa. Los objetivos principales de la conducta psicopática están en evitar la tensión que resulta cuando los impulsos no se satisfacen; evitar la ansiedad que aparece cuando la frustración es inminente, y proteger, además, el ego de sentimientos de inadecuación.

Los rasgos del carácter psicopático, por otra parte, tienen por objeto asegurar la satisfacción de impulsos y proporcionar la seguridad y el alivio de tensión resultantes. Hay, en aquel, poca consideración para las demandas de la conciencia; la afectividad es superficial, y se da

[22] MILLON, Theodore, DAVIS, Roger. Trastornos de la Personalidad Mas allá del DSM IV. Op. cit., p. 249.

poca capacidad para tolerar la ansiedad. El individuo psicopático elude la responsabilidad y evita situaciones que exponen su déficit afectivo."[23]

Esquizofrenia: "Estos pacientes se clasifican de formas habituales como esquizofrénicas, psicosis reactiva breve o esquizofreniformes dependiendo de la extensión y curso del problema, pueden mostrar periódicamente un comportamiento incongruente, desorganizado o regresivo, apareciendo con frecuencia confusos y desorientados y ocasionalmente mostrando afectos inapropiados, alucinaciones dispersas y delirios no sistemáticos. El pensamiento puede ser fragmentado o extraño. Los sentimientos pueden embotarse y existir una sensación profunda de estar aislados e incomprendidos por los demás, pueden ser retraídos y están apartados o mostrarse con un comportamiento sigiloso o vigilante "[24].

Psicastenia: Se caracteriza por el tipo obsesivo de conducta sobre la que el sujeto declara tener poco autocontrol. Estas conductas incluyen el contar cosas, tener ideas o palabras sin importancia que pasan por la cabeza y están rondando una y otra vez durante días o preocuparse una y otra vez por cosas sin importancia. También se recoge alguna sugerencia de comportamientos fóbicos.

Los síntomas fóbicos progresan y se extienden con frecuencia de una situación a otra: el paciente evita una situación que representa un elemento de ansiedad; pero, en el carácter fóbico el miedo suele ser inconsciente, y la evitación se explica como una cuestión de gusto o preferencia.

---

[23] KRUG, Samuel. Op Cit. P. 40-41
[24] MILLON, Theodore. Op Cit. P. 256

Desajuste Psicológico: Las manifestaciones clínicas de la enfermedad psiquiátrica son el resultado de la interrelación de fuerzas complejas: biológicas, socioculturales y psicológicas. Estas manifestaciones clínicas son esencialmente expresiones de una crisis en el proceso adaptativo. La adaptación, desde un punto de vista psiquiátrico, se refiere a una serie de cambios que ocurren en el interior de una persona, como resultado de los cuales satisface sus deseos y necesidades con relación a sus manifestaciones personales y a las realidades de su ambiente. Las alteraciones de estos procesos se manifiestan principalmente como anomalías del pensamiento, de los sentimientos y de la conducta.

5.2.2. RASGOS DE SEGUNDO ORDEN. "Conforman puntuaciones secundarias que complementan las explicaciones que se dan en las escalas de primer orden. Su labor e importancia radica en que son de utilidad a la hora de organizar la información primaria y por tanto, ayudan a desarrollar mejor la interpretación; debido a que una similitud o discrepancia entre uno de los puntajes podrían representar una favorabilidad o no en el tratamiento, así mismo sirven como punto de partida antes de examinar los puntajes obtenidos en cada perfil"[25]. Los rasgos de segundo orden se componen por cinco subescalas descritas a continuación:

Ansiedad: "Estos pacientes con frecuencia informan de sentimientos vagamente aprensivos o específicamente fóbicos, son típicamente tensos, indecisos e inquietos y tienden a quejarse de una gran variedad de malestares físicos, como tensión excesiva, sudoración, dolores musculares indefinidos y náuseas, sin embargo la mayoría muestra un estado generalizado de tensión, manifestado por una incapacidad de relajación,

[25] KRUG, Samuel. Op Cit. P. 40

movimientos nerviosos y rapidez para reaccionar y sorprenderse fácilmente. Los trastornos somáticos por ejemplo, las manos sudorosas o los trastornos estomacales son también característicos. También se muestran notablemente excitados y tienen un sentido aprensivo de la inminencia de problemas, una hipersensibilidad a cualquier ambiente, inquietud y susceptibilidad generalizada".

Extraversión: "la persona con alta puntuación en este factor es una persona que sobresale socialmente, desinhibida, buena para establecer y mantener los contactos interpersonales. Tienen un comportamiento impulsivo y no prevén las consecuencias de sus actos. Además son incapaces de soportar la rutina, de allí que tengan propensión al desafío y al riesgo, pues se consideran inmunes al peligro."[26]

Independencia: "la persona con una alta puntuación en este factor, tiende a ser agresiva, independiente emprendedora, incisiva. Buscará aquellas situaciones en donde tal conducta sea tolerada y posiblemente recompensada; es probable que exhiba una considerable iniciativa."[27]

Socialización Controlada: "estas personas se caracterizan por tener control de su conducta social, aún cuando no necesariamente tales conductas sean socialmente aceptables.

Depresión: el tipo de depresión estimado con el CAQ tiende a aparecer en personas

[26] Ibid., p. 41.
[27] Ibid., p. 41.

ansiosas, introvertidas y faltas de auto control social. Sus saturaciones principales están en seis de las siete escalas primarias de depresión, exceptuando la escala de Agitación. La estructura es muy similar en ambos sexos."[28]

Habiéndose tratado el tema de la descripción de las escalas de primer y segundo orden que evalúa el Test **CAQ,** se proseguirá tratando el aspecto de la Adolescencia que se considera que es esencial en la investigación ya que la población de estudio investigada son precisamente Adolescentes de 13 a 17 años de edad.

5.3. LA ADOLESCENCIA: En este capitulo en particular se pretende dar una explicación o más claramente una descripción de cómo vive el joven esta etapa del desarrollo que resulta de gran trascendencia para lo que será su vida adulta.

Para empezar se aborda la definición que da Diane PAPALIA-1997 sobre adolescencia. Según la autora se define como "el período de transición en el desarrollo entre la niñez y la edad adulta. Por lo general, se considera que comienza alrededor de los 12 y 13 años y termina hacia los 19 o 20. Sin embargo, agrega que su base física ha comenzado mucho antes y sus ramificaciones psicológicas pueden perdurar hasta mucho después"[29].

Se considera que la adolescencia empieza con la pubertad, proceso que conduce a la madurez sexual y que finaliza cuando el joven es capaz de responder por sí mismo y organizarse. Aunque estos son aspectos que hacen parte generalmente del adulto, no hay

[28] Ibid. P. 41.
[29] PAPALIA, Diane y WENDKOS, Sally. Psicología del Desarrollo. México: Mc Graw Hill, 1997. P.360

que olvidar que son de limitaciones culturales, y que no necesariamente para serlo se requiere cumplir con ellas. Así mismo son muchos los cambios físicos que experimentan los adolescentes en esta fase, algunos de los cuales consisten en la aparición del vello en el cuerpo, el crecimiento de los senos en las chicas, un timbre de voz más profunda o grave en los varones, y sentimientos sexuales intensos son fuente de curiosidad; igualmente experimentan cambios de tipo primario como la aparición de la menstruación en las niñas alrededor de los 13 años de edad, los muchachos empiezan a producir espermatozoide alrededor de los 14 años de edad. Ambos aumentan rápidamente de peso y estatura debido a un repentino crecimiento que se inicia alrededor de los 10 años en las niñas y los 12 años en los varones.

Es importante resaltar entonces que el inicio de la pubertad tiene gran implicación en los adolescentes en cuanto como se sientan con ellos mismos ya que el que haya una maduración precoz o no puede tener consecuencias positivas o negativas que al no estar orientados o preparados para manejar podría acarrear ciertas dificultades psicológicas. En el caso de los varones una maduración precoz podría significar una ventaja sobre los demás muchachos en cuanto a que tienen un mejor desempeño en actividades físicas y un concepto de ellos mismos más positivo; aunque por otro lado la amistad con otros chicos mayores que ellos los pueden llevar a tener comportamientos algo indebidos como el abuso de alcohol u otra droga. Por su parte las chicas cuando maduran precozmente suelen tener mayores pretendientes y también un mejor concepto de sí misma que las otras niñas, pero pueden ser igualmente motivo de ridículo debido a su desarrollo físico mayor que en muchos casos pueden separarlas de sus compañeras por que ya no se ven de la misma edad.

En todo caso como señaló Robert Feldman (1998), "es evidente que el ritmo con que ocurren los cambios físicos en la adolescencia puede tener efectos significativos en la forma en que los jóvenes son vistos por los demás e incluso en la manera en que se perciben"[30].

5.3.1. Características Psicológicas. Durante la adolescencia al joven atraviesa por muchos cambios y no solo físicos, sino también emocionales que son igual de importantes pues ambos contribuyen al desarrollo de la fase adulta. Por tal razón es de gran importancia enfatizar en la búsqueda de identidad por la que atraviesan durante esta fase del desarrollo psicosocial.

La principal prueba por la que atraviesa el adolescente es tratar de descubrir quien es, y el papel que podría desempeñar mejor el resto de su vida. Sin embargo en esta búsqueda puede llegar a confundirse pues su deseo de experimentación lo puede llevar a adquirir ciertas conductas desviadas como actos delictivos, el consumo de drogas y tener además dificultad para establecer relaciones interpersonales sanas.

El joven también experimenta cierto distanciamiento de sus padres y un gran deseo de permanecer con personas de su misma edad con quien comparten muchas características, volviéndose cada vez más importante para él estas relaciones de amistad a través de las cuales busca esclarecer su identidad. Por tanto el adolescente experimenta una apremiante necesidad de pertenecer a un grupo de jóvenes y para lograrlo adoptan muchas veces su cultura, imitando su lenguaje, escuchando su música e incluso vistiendo como ellos.

---

[30] FELDMAN Robert. Psicología con Aplicaciones a los Países de Habla Hispana. México: Mc Graw Hill,1998. P. 370

Desde un punto de vista emocional sus necesidades de comunicación son complejas y apremiantes, así como difíciles de satisfacer porque muchas veces su comportamiento externo no concuerda con sus verdaderos deseos. Él joven trata de afirmarse oponiéndose a la autoridad de los padres, se distancia de la familia y se siente frecuentemente atraído por el sexo opuesto; también se integra en un grupo de amigos entrando en contacto con la sociedad y exponiéndose a todas las influencias del medio.

Los problemas de comunicación dentro de su núcleo familiar son uno de los primeros signos de la adolescencia y suelen presentarse aún cuando haya un excelente ambiente de diálogo en la familia.

Una característica del adolescente es que es soñador y reservado en su intimidad, por lo que responde agresivamente si irrumpen en su mundo privado; y aunque aparentemente el adolescente provoca cierto distanciamiento de los padres porque quiere independizarse de ellos, su necesidad de comunicación afectiva no es menor que durante la infancia, por lo que se hace importante manifestarles el afecto en una forma adecuada a sus necesidades especificas. En cuyo caso la dedicación exclusiva de tiempo es quizás la más importante para ellos pues crea un ambiente propicio para la confianza y confidencia, permite conocer sus dificultades y facilita la tarea de orientarlos y apoyarlos.

En esta fase del desarrollo se suele considerar también que los adolescentes presentan cambios emocionales de manera frecuente que se manifiestan "en un estado de animo con altibajos y ciertos estallidos emocionales, los cuales pueden ocurrir de manera muy

rápida"[31]. Esto puede estar muy relacionado con todos los cambios que experimentan a lo largo de esta etapa y que en muchos casos resultan dolorosos y bochornosos sino tienen una orientación adecuada, así como el hecho de sentirse ocasionalmente incomprendidos por la sociedad y hasta por ellos mismos por no saber que quieren de sus vidas.

5.3.2. Problemas Comunes en la Adolescencia.

5.3.2.1. Adolescentes Delincuentes: Durante la adolescencia es frecuente observar en los jóvenes comportamientos con ciertas conductas de tipo antisocial que en muchos casos se consideran normales durante esta fase ya que "pueden ser interpretados en una óptica normalizadora de aprendizaje social."[32] Sin embargo existen otros casos en los que se consideran como algo patológico, como cuando los delitos alcanzan un nivel de gravedad muy alto. Teniendo en cuenta lo anterior es importante señalar que según Diane Papalia 1997, existen dos categorías de jóvenes que infringen la ley. En primer lugar esta el ofensor de condición es decir el joven haragán que se escapa de casa, es sexualmente activo, no acata les normas de los padres o comete una acción que habitualmente se considera criminal excepto cuando es realizada por un menor; y en segundo lugar esta el joven que comete una acción que se considera un crimen no importa quien la lleve a cabo como robar, violar o asesinar.

Normalmente vemos mayor incidencia de jóvenes en la primera categoría la mayoría de los cuales si tienen una guía y apoyo emocionales se convierten en la adultez en personas que

---

[31] BARÓN Rober. Psicología. México: Prentice Hall. 3ra edi. 1996. P.358.
[32] SILVESTRE Nuria, SOLÉ Maria Rosa, PEREZ Mercé, JODAN Merce. Psicología Evolutiva Adolescencia, edad Adulta y Vejes. Barcelona: CEAC. 1996. P.72.

cumplen con las normas sociales.

En el caso de Colombia se ve que cada vez hay un mayor numero de menores involucrados en delitos, siendo la mayoría victimas de la violencia que se vive en especial con el conflicto armado pues muchos de ellos son llevados en contra de su voluntad bajo amenazas y obligados a utilizar un arma para asesinar a otros.

5.3.2.2. Características de los Delincuentes.

Personales: los jóvenes que presentan estas conductas generalmente son "menores que desde muy temprana edad han mostrado ser conflictivos y muy dados a meterse en problemas por lo que tienen una probabilidad mayor de caer en líos más adelante.

Factores como el bajo rendimiento escolar y la indisciplina, así como actitudes tendientes a mentir, robar y no hacer nada productivo con su tiempo libre son característicos en estos jóvenes, cuyo comportamiento se les atribuye ser resultado de una perturbación emocional que afecta a todos ellos sin importar su condición socio económica."[33] En ciertos casos estas personas presentan un pasado marcado por la violencia ya sea física o sexual, es decir, que fueron maltratados por sus padres o personas cercanas, creciendo en un ambiente hostil que no les dejo mayor enseñanza. Así mismo la delincuencia puede estar asociada con problemas de tipo neurológico y psiquiátrico por lo que se hace posible que muchos jóvenes puedan ser trata dos con medicamentos como anticonvulsionantes y antidepresivos.

[33] PAPALIA Diane y WENDKOS Sally. Op Cit. P.434.

Familiares: la familia presenta un papel fundamental como predictor de la delincuencia, pues muchas características familiares se asocian con este problema. "Se ha encontrado por ejemplo que el comportamiento antisocial de estos se halla cercanamente relacionado con la incapacidad de los padres para averiguar que hacen sus hijos y con quien andan"[34]. De esta forma el joven crece en cierta manera haciendo lo que quiera, sin la menor autoridad y con una gran probabilidad de irrespetar las normas sociales.

Es muy frecuente además que crezcan sin la presencia de uno de los padres o que en la familia haya un miembro con las mismas características. Desde el punto de vista comportamental se considera que comúnmente los padres dejaban de reforzar las buenas conductas de los hijos mientras que con las malas eran demasiados severos e incoherentes.

5.3.2.3. El Abuso de Drogas: "Durante muy temprana edad es común ver el inicio del consumo de sustancias lo cual se vuelve aun más frecuente durante la adolescencia y puede estar originado por el interés en controlar la ansiedad buscar placer, participar en una actividad intima del grupo o por simple curiosidad.

En todo caso las consecuencias en la salud física y mental pueden ser graves y existe una mayor probabilidad de que continúen con su uso en la edad adulta."[35]

5.3.2.4. Características del Adolescente Farmacodependiente.

[34] Ibid, P.434.
[35] SILVESTRE Nuria, SOLÉ Maria Rosa, PEREZ Mercé, JODAN Merce. Op. Cit. P.71.

Individuales: "El adolescente farmacodependiente puede implantarse cambios sustanciales de la personalidad, lesión en la capacidad cognoscitiva o incluso un alejamiento de la sociedad. Su estado con frecuencia lo puede llevar a una depresión extrema, fuerte ansiedad, se vuelven personas irritables y por lo general mantienen un comportamiento violento, situación que lo pueden llevar a encontrar dificultades para continuar en un trabajo serio, convirtiéndose en marginales de la sociedad. Por otro lado su control de las emociones es inestable y puede volverse una persona enojada con inclinación a asaltar a otros, no pueden responsabilizarse en cosas que le pertenecen ni mantiene una buena comunicación con la gente. Además creen que van a facilitar las relaciones sociales y tienden a asociarse con personas que comparten sus mismos gustos por las drogas ignorando las opiniones de sus padres y diciendo cosas que saben serán ofensas y ultrajes para sus mayores."[36]

Lo que sus iguales pueden enseñarles parece tener mucho valor y por ese motivo pasan gran parte del tiempo con personas de la misma edad. Desplazan a un segundo plano el estudio y menoscabar considerablemente las relaciones con sus familiares. Además consideran y defienden el derecho de independencia y la intromisión inoportuna de los adultos provoca su defensa y protesta.

Familiares: Se ha llegado a establecer que la familia opera como marco, tanto en salud como en la enfermedad emocional de sus miembros. Para el caso de las familias de los farmacodependientes algunos rasgos que los caracterizan son "la formación de bandas contrarias entre sus miembros, lo cual desencadena pugnas y rivalidades, en las que con

[36] TORO, Ricardo; YÉPEZ, Roberto. Op Cit. P. 85

mucha frecuencia el paciente ocupa una posición intermedia siendo identificado como el motivo de conflicto. Persiste una comunicación cortada y agresiva, llevando esto a que la integración familiar se debilite, bloqueando los cambios afectivos que deben fluir en la familia y creando distancias cada vez más acentuadas entre sus miembros."[37]

Ante la farmacodependencia de un miembro, los demás tienden a acomodarse generando otros roles disfunciones o síntomas, los problemas emocionales latentes pueden hacerse manifiestos por las demandas de la situación, la familia aparece como un sistema de personas cada vez más sufridas y enfermas, "es frecuente encontrar estados de depresión generalmente en miembros con problemas de farmacodependencia, alcoholismo, enfermedad mental y suicidio"[38].

La farmacodependencia es una enfermedad familiar. La familia en la cual hay un drogadicto también se enferma. "Tanto los padre como los hermanos del drogadicto presentan problemas físicos (dolores de cabeza, infartos, úlcera, asma, etc.) problemas sociales (pérdidas de las amistades, desmembramiento de la familia, miedo de qué dirán o pensarán los vecinos, etc.) problemas mentales (trastornos de la memoria, de la concentración, percepción, et) problemas emocionales como (ira, tolerancia, miedo, angustia, resentimiento, etc.) y espirituales como (chantaje, injusticia, mentiras, violaciones, prostitución, robo, etc)."[39]

La familia es también uno de los principales elementos que permiten mantener y trasmitir la

[37] Ibid. P. 86.
[38] Ibid. P. 86-87.
[39] Ibid. P. 87.

enfermedad. Generalmente el drogadicto se las ingenia para obtener que algunos miembros de la familia por temor, venganza, ira, le permitan continuar usando sustancias Psicoactivas, esto se llama facilitar. Los facilitadores son aquellas personas que sin darse cuenta, terminan por estimular el consumo del adicto.

Pensemos que la familia es el eje principal en el que ocupa un lugar importante ya que ésta debe cumplir un papel de apoyo en el adolescente, debe ser una guía ejemplar y brindar afecto, confianza y seguridad que pueden mostrarle que existen otras posibilidades de solucionar problemas sin que entre en el mundo de las drogas, es más, la familia debe concientizar al adolescente de las consecuencias que genera el abuso de drogas y si el adolescente ya está en el problema la familia debe ser un apoyo que ayude al joven a salir de esta situación.

5.4. FARMACODEPENDENCIA. Desde los albores de la historia, el hombre ha conocido y ha hecho uso de las drogas. El opio, la hoja de coca, el cannabis, así como otras sustancias naturales con propiedades alucinógenas, han sido utilizadas por el hombre primitivo, unas veces para conseguir sosiego o estímulo, otras utilizándolas en ceremonias religiosas, para entrar en contacto con los dioses, e incluso, como en el caso del cannabis para incitar a los guerreros a la belicosidad durante las batallas.

En la actualidad es posible observar que no sólo los adultos son los únicos consumidores de sustancias Psicoactivas, pues existen también adolescentes y jóvenes que utilizan las drogas por múltiples razones.

Hay momentos que cuando se trata de saber por que los hermanos, amigos, vecinos o aquel indigente consume drogas; se obtienen respuestas como: Lo hago para aliviar mis penas, o también "en mi casa hay muchos problemas y con la droga me olvido de ellos"o"mis amigos lo consumen y sentí curiosidad de experimentar sus efectos"... en fin hay muchas causas que influyen para el consumo de droga y a pesar que algunos o muchas personas saben el porqué su hijo, hermano o amigo entraron a ellas, no hacen nada para evitar que esto continúe, permitiendo así que crezca y crezca cada vez mas el numero de jóvenes farmacodependientes; los cuales no sólo terminan haciéndose daño tanto físico y personal ellos mismos, sino que también la sociedad termina afectada.

Según José Juan Amar (1990) en su libro de Psicopatología expone que "la utilización de drogas puede ser un hecho que inicialmente se vincule con la diversión, otros la usan para mejorar su rendimiento físico, etc. Algunos la consumen para estos fines específicos por un tiempo y luego las dejan; pero otros cuando desean hacerlo ya no pueden y pronto comienzan a presentarse sus efectos orgánicos y comportamiento dificultando el desempeño de su papel en la sociedad."[40] De esta manera, es posible darse cuenta que este problema se puede ver por sus consecuencias en la salud, pero también se puede observar que en el caso del joven que consume droga y que comienza a presentar problemas de rendimiento escolar por ejemplo: pierde materias, falta a clases, etc; se convierten en una barrera para que el hombre alcance la plenitud de su existencia.

Después de este corto pero sustancioso esbozo, en cuanto a la farmacodependencia en los jóvenes, se pasara a conocer de manera objetiva el problema de la farmacodependencia y

[40] AMAR, José Juan. Psicopatología. Barranquilla: Vida, 1990. P. 226.

con ello a todos los factores que están presentes, los cuales influyen en ella.

La farmacodependencia es una enfermedad social que recibe también el nombre de toxicomanía. Los expertos de la **OMS** (Organización Mundial de la Salud); definen éste fenómeno como "un estado psíquico y a veces físico resultante de interacciones entre un organismo vivo y un fármaco, caracterizado por modificaciones en el comportamiento y por otras reacciones que incluyen un impulso irreprimible a tomar el fármaco de forma continua o periódica, a fin de experimentar sus efectos psíquicos o para evitar el malestar producido por la privación"[41]

Las Drogas: "Son sustancias naturales o sintéticas, medica y no médicas, legales o ilegales, que tienen efectos sobre las funciones psíquicas, determinan tolerancia y dependencia y cuyo uso excesivo y/o prolongado conlleva a notables efectos perjudiciales."[42]

Por otro lado es importante conocer las definiciones de lo que concierne a los efectos que son producidos en el organismo del individuo o usuario y que aparecen después de un tiempo de consumo de la droga; ellos son:

Abuso de Sustancia: No existe una definición clara sobre este punto. En la practica, el abuso de sustancia se entiende mejor en termino de los efectos que la misma produce en el funcionamiento diario de la persona y se define como el consumo de una sustancia

[41] BANDERA ROSEL, ANTONIO. Op Cit. P 12
[42] Ibid. P. 16.

Psicoactiva que interfiere de manera grave con la salud o el funcionamiento ocupacional y social del paciente.

Adicción: Según la define la OMS, es un patrón de conducta de consumo fármacos que se caracteriza por aferramiento insuperable al consumo de una sustancia, conducta de Búsqueda Compulsiva de la misma y gran tendencia a las recaídas después de la supresión.

Dependencia: Es aquella situación en la que el sujeto necesita recurrir a la sustancia con regularidad, para superar los obstáculos que se imponen en su vida diaria.

Dependencia Psíquica: Es cuando la necesidad de la droga produce una sensación de satisfacción y un impulso psíquico que exige la administración periódica o continua de esa droga, con el fin de obtener placer o de evitar un malestar.

Dependencia Física: Es un estado de adaptación que se manifiesta en intensos trastornos físicos cuando se suspende la administración de una droga.

Síndrome de Abstinencia: Son malestares físicos que se presentan por la supresión de la droga y que están integrados por una serie de síntomas y signos de naturaleza física y psíquica, que varían según la droga.

Tolerancia: Es el estado de adaptación orgánica a través del cual, ante la misma cantidad de droga, se presenta una respuesta del organismo cada vez menor. Eso tiene como consecuencia la necesidad del sujeto de consumir una dosis mayor del fármaco para

provocar el mismo efecto.

5.4.1. Epidemiología de la Farmacodependencia: En cuanto a este gran problema de la farmacodependencia se estima que "en los últimos 30 años, el uso indebido de drogas ha aumentado alarmantemente en todos los rincones del mundo. El alcohol y la marihuana son las más consumidas. La cocaína aumenta cada día más y en muchos países toma proporciones epidémicas. El abuso de anfetaminas, sedantes, barbitúricos y tranquilizantes solos o combinados con alcohol u otras drogas, también aumentan. La inhalación de disolventes volátiles de algunos pegamentos y diluyentes de pintura es un problema en niños de muchos países"[43].

Según denuncia reciente realizada por la (**ONU**) Organización de las Naciones Unidas, el consumo y tráficos de drogas afecta a más de 190 millones de personas en el mundo, fenómeno que además es el responsable de mas de 50% de la delincuencia mundial. De acuerdo con estudios de la Junta de Fiscalización de drogas de la **ONU** y de la Policía Internacional (**INTERPOL**), revelados en una reunión especializada en Cartagena de Indias, Colombia, alrededor de 140 Millones de personas fuman marihuana, 13 Millones usan cocaína, 8 Millones Heroína y 30 Millones son adictas a las anfetaminas en todo el orbe. "Se calcula que en los USA de Norteamérica hay un consumo anual de 500 Millones de galones de bebidas alcohólicas industrializadas, 50.000 millones de cigarrillos. Los adolescentes constituyen aproximadamente el 20% de la población de cualquier país y se calcula que para el año 2002 este calculo será superado"[44].

[43] Ibid., P. 8.
[44] Ibid. P. 9.

En la década del 70, los jóvenes americanos comenzaron a usar el alcohol y las drogas Psicoactivas en edades más tempranas, con más frecuencia. "En México, en 1993, casi el (74%) de los estudiantes consumieron bebidas alcohólicas alguna vez en su vida, el 4.82% ha experimentado con solventes inhalables, el 3.58% ha usado marihuana y el 1.66% ha experimentado con la cocaína. Cuba no está exenta de este problema, aunque no existen datos estadísticos de la población adolescente específicamente" [45].

Hay autores que señalan el 70% de la población de 16 años y más consume alcohol en alguna cantidad y de ellos el 10% se convierten en bebedores problemas, en la actualidad a nivel mundial se desarrolla una campaña masiva contra las drogas. El uso del alcohol y otras drogas esta muy relacionado con el aumento de la mortalidad en los adolescentes y las causas principales de esta mortalidad son los accidentes, el suicido y el homicidio.

5.4.2. Aspectos Relacionados con el Consumidor de Drogas. "La literatura científica señala que el consumo de droga, el embarazo precoz, las conductas infractoras, los trastornos de conducta y la deserción escolar están estrechamente interrelacionadas y se considera que pueden ser expresiones diferentes de una problemática común, en la cual intervienen de una manera muy compleja los cambios que está experimentando la sociedad moderna" [46].

El Tráfico de drogas:

Las diversas formas de desintegración familiar

[45] Ibid. P. 9.
[46] Ibid. P. 10.

UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR
HEMEROTECA
BARRANQUILLA

La violencia social

La Crisis Económica

El cambio de los valores

La disponibilidad y promoción de las drogas licitas; todas estas constituyen elementos presentes en el entorno del adolescente que afectan su bienestar.

Hay estudios que sugieren que hay situaciones psicológicas que proceden al consumo de drogas tales como la baja autoestima, la depresión, el aislamiento, problemas de identidad, conductas rebeldes, impulsividad, conductas desviadas y su tolerancia, problemas mentales, conductas infractoras y conflictos con el rol sexual, por lo que ante estas señales hay que estar alerta para la identificación temprana de problemas asociados al consumo de drogas.

"El uso de drogas tiene severas consecuencias para la salud física, mental, familiares y social del paciente, tanto mas grave cuanto más precoz en el inicio de su consumo. Para los jóvenes, las ventajas físicas y sociales inmediatas del uso de las drogas superan cualquier consecuencia desfavorable a largo plazo."[47]

Existen además de estos aspectos, otros relacionados con el consumo de drogas como: "Satisfacer la curiosidad sobre los efectos de las drogas, adquirir la sensación de pertenecer a un grupo y de ser aceptado por otros, expresar independencia y a veces hostilidad, tener experiencias nuevas, placenteras, emocionales o peligrosas, adquirir un estado superior de conocimiento o de capacidad creadora, Provocar una sensación de bienestar o tranquilidad

[47] Ibid. P. 10.

o Escapar de algo."[48]

"El ambiente laboral o académico es supremamente importante para disparar la enfermedad. Una persona que se mueve en un ambiente laboral o académico en donde es común el uso y el abuso de las drogas (legales e ilegales) contrae frecuentemente esta enfermedad. Las amistades son otro factor importante en el inicio de la enfermedad ya que en muchas ocasiones son estas las que incentivan al individuo a experimentar el consumo de sustancias Psicoactivas. Esto genera en el individuo la necesidad de consumirla para ser aceptado en un grupo de amigos".[49]

5.4.3. Características del Farmacodependiente. Anteriormente se señalaron ciertas características tanto individuales y familiares del adolescente farmacodependiente, sin embargo es muy importante tener en cuenta ciertos aspectos de José Juan Amar, quien señala una serie de características de estos individuos:

"La Dependencia: generalmente el farmacodependiente atribuye su problema a la familia, al medioambiente o a las drogas. Necesita que otros tomen decisiones por él y raramente acepta responsabilidades; esta dependencia puede impedir el progreso de su Rehabilitación.

Ambivalencia: el farmacodependiente presenta características Pasivo-Agresivas. Estos individuos manifiestan una gran agresividad contra le sociedad y contra ellos mismos, pero son incapaces de expresarlo directamente. Generalmente buscan ayuda, pero al mismo

[48] AMAR, José Juan. Op Cit. P. 227.
[49] Ibid. P. 228.

tiempo se resisten a ser atendidos."[50]

"Baja tolerancia a la frustración: A menudo el medio, otros individuos o las limitaciones personales impiden lograr las metas propuestas. Generalmente ellos son incapaces de tolerar pequeñas cantidades de frustración. Quieren lo que desean en ese instante.

Perspectiva a corto plazo: estos individuos son incapaces de imaginarse el futuro y por lo tanto se les dificulta planearlo. Por la misma razón, al enfermo le cuesta trabajo participar activamente de su Rehabilitación.

Problemas en la adolescencia: la mayoría de los individuos empiezan a abusar de las drogas en este periodo. Esto a menudo retrasa su desarrollo Psicológico. Normalmente esta es una etapa de conflicto y crisis debido a la serie de fenómenos que experimenta el joven. Las preguntas ¿quién soy? Y ¿para donde voy? Deben ser resueltas durante esta etapa.

Ausencia de éxitos: muchos han tenido pocas experiencias con el éxito, la mayoría han fallado en la escuela o el trabajo; los fracasos han sido aceptados como una forma de vida.

Depresión: esta aparece en forma de baja autoestima, sentimientos de pobreza, desesperanza y culpa. Estas personas se sienten molestas por la incapacidad de determinar su propia vida.

A pesar de estas características de personalidad que pueden ser comunes a muchos

[50] Ibid. P. 228.

farmacodependientes, no se puede afirmar que existe un tipo único que los encierre a todos y se les pueda atribuir un carácter predictivo. Esta enfermedad es multifactorial y por lo tanto es la resultante de diferentes factores o de la interacción de estos en un proceso biopsicosocial."[51]

5.4.4. Patrones de Consumo de Sustancias Psicoactivas.

Consumo Experimental: se define como "pruebas breves y no programadas con un fármaco. Los consumidores se ven motivados principalmente por curiosidad y deseos de experimentar los efectos esperados. El consumo experimental suele iniciarse de manera social entre amigos.

Consumo Social y Recreativo: Se produce en ambientes sociales entre amigos o compañeros que desean compartir y experimentar lo que se percibe como aceptable y placentero. La motivación primaria es social y el consumo es voluntario.

Consumo Circunstancial Y Situacional: Se define como un consumo autolimitado con patrón, frecuencia, intensidad y duración variables el consumo es motivado por la necesidad percibida de lograr un efecto farmacológico conocido un objeto de afrontar una situación específica."[52]

Consumo Intensificado: Se caracteriza por consumo prolongado y programado de por lo

[51] Ibid. P. 229.
[52] BANDERA, Rosell. Op Cit. P. 14.

menos una vez al día. Este sería motivado por la necesidad o el deseo de obtener alivio de un problema persistente o de una situación cargada de estrés.

Consumo Compulsivo: Se caracteriza por consumo frecuente e intenso de duración relativamente prolongada que produce cierto gado de dependencia psicológica, es decir, el consumidor no puede interrumpir el consumo a voluntad sin experimentar malestar fisiológico o alteración psicológica"[53].

5.5. Clasificación de las Drogas Según el Efecto de las Sustancias.

Drogas Estimulantes: Caracterizadas por la determinación de euforia y sobre valoración de las potencialidades del consumidor, con sentimientos transitorios de omnipotencia y efímeras actitudes audaces. Los prototipos de estas drogas son las anfetaminas, la cocaína y El ICE.

Drogas Depresoras: Cuyo efecto liberador de la subcorteza (responsable fundamental de las conductas primarias instintivo afectivas), se determina por la acción inhibidora sobre los centros corticales. Los prototipos de estas drogas son el alcohol, la morfina, la heroína, la benzodiacepinas y los hipnóticos entre otros.

Drogas Psicodélicas: Su modelo es el LSD cuyo efecto distorsionarte de la percepción espacial ha determinado miles de muertes a nivel mundial, en los casos de jóvenes que se lanzan al vacío, por la falsa percepción de que la calle esta solo a un paso de su balcón.

---

[53] Ibid. P. 14.

Esta y otras drogas psicodélicas determinan además alucinaciones, despersonalización, trastorno del esquema corporal y vivencia de tipo onírico. En este grupo se incluye también la marihuana, fenciclidina (polvo de ángel) y los hongos alucinógenos.

Droga Modelo: El alcohol se diferencia de otras sustancias de consumo legal y no médica, como el café y el tabaco, por la capacidad que tiene de afectar seriamente la personalidad y la conciencia del consumidor de igual modo que las más peligrosas drogas ilegales. Es justamente esto, lo que determina su condición de droga modelo, por ser la única sustancias de consumo legal capaz de reproducir toda la gama de efectos nocivos determinado por las drogas.

Después de haberse expuesto sobre las clasificación según el efecto de la sustancia a Continuación se describen aspectos relevantes de las drogas más usadas:

Alcohol: "El abuso del consumo de alcohol provoca un aumento en la liberación de dopamina en el núcleo acumbes, que ha sido relacionado con el mecanismo de recompensa y la aparición del deseo compulsivo de consumir. El alcohol también actúa a nivel de serotonina, noradrenalina, acetilcolina, gaba y glutamato"[54].

Los efectos inmediatos del alcohol son: estado de relajación, euforia, comunicabilidad, habla farfullante, incoordinación motora, trastorno del juicio y del control emocional, tendencia a pelear, somnolencia, depresión respiratoria, muerte.

---

[54] CISNEROS RIVERA, Cástulo. Asociación Colombiana de Psiquiatría Biológica. Avances. Volumen 2. Bogota: Nuevo Milenio, 2001. P. 84

Efectos tardíos: dependencia psicológica y física intensa; se desarrolla tolerancia pero no para la dosis mortal, lecciones neurológicas, periféricas y encefálicas.

Peligros: accidentes automovilísticos y las riñas.

Los síntomas progresan más rápidamente hacia la depresión respiratoria cuando se ingiere concomitantemente con otros depresores del sistema central.

La Cocaína: "La cocaína estimula el sistema nervioso central aumentando la actividad de algunos neurotransmisores cerebrales, como la noradrenalina, serotonina y dopamina. Básicamente la acción de la cocaína se centra en dos procesos: promueve una mayor cantidad de neurotransmisores endógenos y bloquea la recaptación fisiológica de los neurotransmisores impidiendo su reabsorción al interior de la neurona"[55].

"Los efectos inmediatos de la cocaína son: inquietud, un estado como de felicidad de jubilo sin causa que lo justifique, habla mucho y aceleradamente de cualquier tema, falta de sueño y de apetito. Los efectos tardíos son la perdida de peso, disminución del apetito y sueño, creencia de poderlo conseguir todo, confusión e incoordinación de ideas, temblores en manos y hasta convulsiones le siguen con el uso continuado. Posteriormente aumenta su inquietud, ve personas, animales o escucha voces irreales (alucinaciones visuales y táctiles principalmente).

Los peligros que ocasiona el consumo de coca lo constituyen las lesiones en la mucosa y en el tabique nasal: hemorragia, destrucción del tabique, taquicardia e hipertensión arterial, reacciones paranoides que generan agresividad peligrosa para sí y para quienes rodean al

[55] Ibid. P. 84

adicto"[56].

La Marihuana: La marihuana o cannabis actúa sobre los receptores cannabinoicos identificados en 1984 por Mechoulan y localizados más tardes por Henkerham en 1992. Los receptores se encuentran en altas concentraciones a nivel de la corteza cerebral, cerebelo, ganglios básales y en células periféricas como los linfocitos y los monositos.

Por otro lado "los efectos inmediatos que causa la marihuana son: nauseas y vómitos inicialmente en los que se están iniciando en su consumo, enrojecimiento de los ojos, sequedad en la boca, aumento del apetito y amorrodamiento; alteraciones en el estado de animo, risa incontrolable, dificultad para expresar pensamientos y sentimientos, estado de ensueño, mala memoria, pensamientos veloces, incremento en la velocidad auditiva, la intensidad de los colores se percibe mayor, se oyen los colores y a veces se ven los sonidos, el tiempo parece que no pasara, e igual que la cocaína se observan alucinaciones intensas en muchas personas. En los efectos tardíos se dice que sobre el sistema respiratorio, causan lesiones bronquíticas y enfisematosas, el sistema reproductor masculino es afectado; se reduce el recuento espermático y los niveles de testosteronas, al igual que produce un aumento de espermatozoides anormales. Las mujeres presentan trastornos menstruales y una disminución en la ovulación"[57].

Los Alucinógenos: Cuyo agente es el LSD, "sus efectos inmediatos son la dilatación de las pupilas, deformación e intensificación de las percepciones sensoriales, sugestibilidad,

---

[56] AMAR, José Juan. Op Cit. P. 235.
[57] Ibid. P. 237.

alucinaciones visuales. Entre los peligros se encuentran que puede hacer aparecer tendencias psicológicas latentes, paranoia, pánico, ansiedad y temores (temor a enloquecer)"[58]

5.6. DELINCUENCIA JUVENIL Y MENOR CONTRAVENTOR E INFRACTOR.

Se entiende por delincuencia juvenil "La comisión de delitos realizado por un sujeto considerado menor de edad por la ley, delito tan gravemente nocivo para toda la sociedad o para algunas personas, que la forma o en su comisión, se castiga con una pena". [59]

Existe una tendencia a calificar de delincuente juvenil muchachos que no han cometido delito pero que demuestran desajustes social, inconformismo o rebeldía.

La Organización de las Naciones Unidas recomienda que ni siquiera con la finalidad de ayudarlos deben ser considerados como tal; que deberían considerarse a estos jóvenes como "inadaptados sociales" en dichas instituciones de ayuda social no se pretende castigar a los jóvenes que delinquen, lo que se busca es someterlos a incorrupción, pero en realidad son sometidos a limitaciones en su vida y la de sus familias; por tal razón muchos de estos jóvenes siguen siendo vistos por la sociedad como un estigma social, es decir, repudio por conducta y dificultad para encontrar un empleo.

Muchos jóvenes que se someten a instituciones de ayuda social son llevados a reeducarse

[58] Ibid. P. 238.
[59] MINISTERIO DE JUSTICIA. Código del menor. Bogotá: Temis, 1.989. P. 12.

de acuerdo a su edad para que estos se ajusten a las reglas de la sociedad.

Para JAIME FUNES, el término delincuencia juvenil no debería ser utilizado ya que no solo se refiere a los jóvenes que violan las leyes y que tienen conflictos judiciales serios, que dentro del término lingüístico se incluye a jóvenes que no tienen nada que ver con la delincuencia y solo por el hecho de vivir en un barrio marginal son clasificados como tal.

Psicólogos, sociólogos y educadores están de acuerdo en afirmar que el término delincuencia juvenil debería emplearse para quienes tienen "problemas de conducta social", pues detrás de toda conducta delictiva hay una conducta psicológica y patológica que contribuye a que sufran de alteraciones importantes en su personalidad.

Los factores familiares son uno de los elementos que más se han asociado a la delincuencia juvenil, entre los que se encuentran:

La falta de identificación con los personajes de la familia como el padre o la madre. El rompimiento del respeto a los padres y por ende la eliminación del principio de autoridad. El exceso o escasez de reglas impuestas por los padres.

5.6.1. Razones Particulares para ser Delincuentes: Los modelos e imitación, como la televisión y películas que reflejan violencia y pandillaje juvenil. El ámbito escolar del barrio contribuye en el proceso de adquisición de la conducta marginal y por lo de su actitud social es de preocupación y anonimato.

Por otra parte, los jóvenes contraventores son aquellos que por problemas de

comportamiento se involucran desde un daño leve a la propiedad privada y hurtos simples, hasta aquel cuya acción le faltó poco para cometer una infracción.

Los infractores por su parte, son aquellos menores cuya gravedad de la falta de normas sociales y jurídicas es superior a la determinada contravención."[60]

El término menor infractor en Colombia, se refiere a jóvenes de 12 a 18 años de edad, que hayan sido autor o partícipe de una infracción penal, y son enviados a un juzgado de menores, donde se le lleva a cabo un proceso diferente al de los adultos. Cuando el menor infringe, se debe establecer cuál fue el motivo, cuál es la etiología de su comportamiento para realizar un posterior seguimiento e investigación.

Muchos estudios han dado sus puntos de vista del porqué de las conductas infractoras y de quién es el menor de edad. De allí que deban tenerse en cuenta las teorías al respecto.

5.7. HOGAR DE REEDUCACIÓN EL OASIS. Esta institución tiene como objetivo brindar elementos pedagógicos y psicoterapéuticos para posibilitar la rehabilitación integral de los jóvenes entre 12 y 18 años que se encuentran en conflicto con la ley penal, remitidos por los jueces de menores, mediante acciones profesionales especializadas y que potencializan capacidades personales y socio-familiares, con el que desarrollen responsablemente su proyecto de vida.

[60] INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR. Código del menor infractor. Barranquilla: ICBF, 1.989. P. 2.

Misión: prestar servicios con calidad, oportunidad, eficiencia mediante modelos de información, diagnóstico, reeducación social, de tratamiento de acuerdo con el perfil de la población, a través de un equipo interdisciplinario caracterizado por el liderazgo servicio y ética.

Es una institución de régimen cerrado donde se aborda al joven mediante un enfoque reeducativo. Los programas están fundamentados jurídicamente en la doctrina de la protección integral, convenios internacionales, convención de las naciones unidas de los derechos de la infancia, las reglas mínimas de las naciones unidas para la administración de justicia y para la protección de los menores privados de la libertad. También en la constitución política Colombiana y el código del menor.

Áreas de Intervención: la institución desarrolla el proceso de reeducación, teniendo en cuenta o interviniendo en las siguientes áreas: pedagógica, terapéutico, ocupacional, psicosocial, salud, lúdico, deportivo, cultural y espiritual.

Con el fin de lograr la atención integral del joven con problemas de conducta y de consumo de sustancias Psicoactivas la institución desarrolla su programa en varias etapas:

Etapa de Recepción: El menor permanece en la institución de ocho quince días, mientras que el Juez o defensor de familia resuelve su situación jurídica, según lo estipula el código el menor en su articulo 183. La institución realiza en esta fase el proceso de acogida y aproximación de la realidad personal y familiar del joven con el fin de suministrar información que permita tomar decisiones jurídicas.

Etapa de Observación: Es un proceso que tiene una duración de sesenta a noventa días decretado por el juez, de acuerdo al articulo 188 del código del menor. Este permite profundizar la realidad personal y socio-familiar del joven y proponer un proceso de crecimiento personal para el afrontamiento de dificultades y preparación para la vida futura.

6. DEFINICIÓN DE VARIABLES.

6.1. DEFINICIÓN CONCEPTUAL.

Los rasgos de la personalidad se definen como: el "conjunto de características que describen y definen a un individuo, en cuanto a su forma de conducirse con los demás y con su medio, lo que le imprime singularidad psicológica e individual la cual tiene diversos componentes, algunos de estos son más centrales y definen a las personas de una manera más significativa, otros son periféricos y están sujetos a cambios.

Por su parte los **Rasgos Clínicos De Personalidad**, se definen como las características patológicas importantes y modelos de conducta desviadas que estructuran un perfil completo y multidimensional del sujeto, tales como: depresión, neuroticismo y desviación psicopática."[61]

6.2. DEFINICIÓN OPERACIONAL.

[61] KRUG, Samuel. Op Cit. P. 20.

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	ÍNDICES
PRIMER ORDEN			
Rasgos Clínicos de Personalidad	- Hipocondriasis – D1	Preocupación por la salud	**- Bajo (1 – 4)** **Medio (5 – 6)** **Alto (7 – 10)**
	- Depresión suicida – D2	Insatisfacción con la vida	
	- Agitación – D3	Gusto por la aventura y el peligro	
	- Depresión ansiosa – D4	Grado de perturbabilidad en momentos de emergencias	
	- Depresión baja energía – D5	Poco Entusiasmo por las cosas que realiza	
	-Culpabilidad-resentimiento – D6	Presencia de sentimientos de culpa	
	- Apatía-retirada – D7	Actitud ante los contactos impersonales	
	- Paranoia – Pa	Presencia de sentimientos de celos y envidias	
	- Desviación psicopática – Pp	Actitud ante las conductas antisociales	
	- Esquizofrenia – Sc	Evaluación de la realidad	
	- Psicastenia – As	Hábitos compulsivos e ideas repetitivas	
	- Desajuste psicológico – Ps	Sentimientos de confianza e inutilidad	
SEGUNDO ORDEN			
	- Ansiedad	Manejo de insatisfacciones preocupación y temor por sucesos desconocidos	**- Bajo (1 – 4)** **Medio (5 – 6)** **Alto (7 – 10)**
	- Extraversión	Forma de relacionarse con los otros.	
	- Independencia	Comportamiento sujeto al grupo o total desapegado.	
	- Socialización Controlada	Aceptación de normas, prudencia	
	- Depresión	Estado de ánimo triste, visión negativa y pesimista de la vida	

7. CONTROL DE VARIABLES

7.1 EN LOS SUJETOS

¿QUE?	¿COMO?	¿POR QUÉ?
EDAD	Escogiendo a hombres entre los 14 y 17 años de edad	A esas edades acuden con mayor frecuencia a los centros de rehabilitación de la farmacodependencia
SEXO	Se tomara como muestra la población masculina	En los centros de rehabilitación hay un mayor porcentaje de adolescentes masculinos
TIEMPO DE CONSUMO	Se escogerán adolescentes que han tenido un tiempo mínimo de 6 meses de estar consumiendo drogas Psicoactivas.	Permitirá determinar si existe exploración, intensidad, abuso o dependencia de sustancias Psicoactivas.

7.2. EN LOS INVESTIGADORES

¿QUÉ?	¿CÓMO?	¿POR QUÉ?

La instrucción en el manejo de la información	Estableciendo una consigna estandarizada entre todos los evaluadores que aplican las pruebas	Garantizará la objetividad del estudio

7.3. EN EL AMBIENTE

¿QUÉ?	¿CÓMO?	¿POR QUÉ?
El lugar de aplicación	Eliminando factores externos que afecten el estudio como el ruido, la luz, etc.	Podrían afectar los resultados del estudio

7.4. EN EL INSTRUMENTO

¿QUÉ?	¿CÓMO?	¿POR QUÉ?
Instrumentos	Sometiendo a juicio por parte de jueces para que determinen su validez y eficacia.	Garantizará la validez de los resultados.

7.5. VARIABLES NO CONTROLADAS

No se controló ni la religión ni condición socioeconómica en la muestra de estudio, pues se consideraba que disminuiría y delimitaría significativamente la muestra del estudio.

8. MÉTODO

8.1. PARADIGMA.

La investigación a realizar, está basada en un " paradigma empírico-analítico, el cual utiliza como herramienta la observación, para encontrar en cada caso elementos sustantivos que puedan servir como indicadores de los componentes de un problema. El énfasis en la predicción y el control de los procesos objetivos, se relacionan directamente con los intereses técnicos"[62].

Teniendo en cuenta lo anterior, este paradigma permite tomar como punto central la descripción de los rasgos de personalidad a través de una evaluación objetiva, que proporcione los resultados cuantitativamente.

8.2.TIPO DE INVESTIGACIÓN.

El estudio a realizar tiene un corte de tipo descriptivo, cuyo "propósito para el investigador es describir situaciones y eventos. Es decir, como es y se manifiesta determinado fenómeno"[63].

---

[62] REALES UTRIA, Adalberto. Op Cit. P. 40.
[63] Ibid. P. 60.

La presente investigación busca describir los rasgos clínicos de personalidad presentes en los adolescentes farmacodependientes, sin generar cambio alguno en estos.

8.3. POBLACIÓN.

La población estuvo conformada por 19 adolescentes farmacodependientes infractores que se encuentran recluidos en el hogar de reeducación **el OASIS**, con edades entre los 13 y 17 años de edad, en el periodo de Mayo a Junio del año 2.003.

8.4. MUESTRA.

La muestra correspondió al total de la población, por considerarse que esta era pequeña y se podía trabajar con el total.

8.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS.

El instrumento a utilizar para identificar los rasgos Clínicos de la Personalidad en la muestra de estudio fue el **CAQ (Cuestionario de Análisis Clínico).**

FICHA TÉCNICA:

Nombre original:	Clínical Analysis Questionnaire
Autor:	Samuel E. Krug
Procedencia:	IPAT (Institute for Personality and Ability Testing),

	Champaing, llinois.
Adaptación española:	Departamento I + D de TEA Ediciones, S.A. Madrid (1987).
Administración:	Individual y colectiva
Numero de Ítem:	144 preguntas con tres posibilidades de respuesta (A,B,C).
Duración:	Variable, entre 30 y 45 minutos, aproximadamente.
Aplicación:	Adolescentes y adultos (nivel básico: estudios primarios).
Significación:	Evaluación de doce variables clínicas de la personalidad.
Tipificación:	Baremos en decatipos para cada sexo en dos muestras normales (adolescentes y adultos) y una clínica.

❖ FIABILIDAD

Los tests psicológicos deben poseer una razonable fiabilidad si se pretende que sean útiles, tanto cuando se emplean con fines de investigación como cuando se aplican con un propósito práctico. Existen varios tipos de fiabilidad y diferentes métodos para su obtención (test – retest, consistencia interna o coeficiente alfa, etc.)

El CAQ ha determinado un índice de fiabilidad de 0.80 mediante el criterio Test – Retest lo cual lo hace altamente confiable.

❖ VALIDEZ

La definición básica de un índice de validez es el grado en que el instrumento mide lo que dice medir. En el caso de un Test de conocimientos o aptitudinal esa apreciación es fácil y

se puede hacer directamente definiendo con claridad un criterio objetivo; pero no ocurre así cuando se trata de la medida de una característica de la personalidad.

De acuerdo con las investigaciones previas el instrumento fue concebido para medir 12 dimensiones o rasgos independientes que resultaron de la rotación a estructura simple de un conjunto de cuestiones con contenidos normales y patológicos.

En los estudios factoriales originales se dividió cada escala en dos medidas del factor subyacente y se analizaron factorialmente los resultados de una muestra total de 810 sujetos (normales y casos clínicos), tomando como saturación crítica mínima la de 0.30. Existe sistema de análisis factorial por paquetes arrojó una estructura muy satisfactoria y concordante en las cuatro sub-muestras tomadas del grupo total de análisis. Su resumen, en términos de Coeficiente de validez, se encuentra en la base de la misma se han incluido los coeficientes de validez de las tres dimensiones secundarias que los autores obtienen de las escalas primarias del CAQ: Depresión, Psicosis y Neurosis.

❖ APLICACIÓN

La aplicación de la prueba a la población de estudio se realizara de forma grupal, proporcionándole a cada individuo un folleto con su respectiva hoja de respuesta. Se dará una breve explicación de las instrucciones inicialmente, se responderán dudas al respecto y se proseguirá a responder las preguntas por parte de los Adolescentes en un tiempo de 45 minutos.

❖ DESCRIPCIÓN DE LAS ESCALAS

Puntuaciones bajas (1-4)	Escala	Puntuaciones altas (7-10)
Hipocondriasis		
Contenta, su mente trabaja bien, no tiene temores de salud.	D1	Preocupada por la salud, desarreglos y funciones corporales.
Depresión suicida		
Satisfecho de la vida y sus aspectos, goza de la vida.	D2	Insatisfecha de la vida
Agitación		
Evita peligros y situaciones de aventura, poca necesidad de excitación	D3	Busca excitación, acepta riesgos, intenta nuevas cosas, incansable.
Depresión ansiosa		
Tiene calma en emergencias, confía en lo que le rodea, sosegada	D4	Sueños perturbadores, desmañada manejando cosas, tensa, fácilmente perturbable.
Depresión baja energía		
Enérgica, muestra entusiasmo por el trabajo, duerme profundamente.	D5	Sentimientos de intranquilidad y preocupaciones, falta de energía para afrontar lo que le llega.
Culpabilidad – resentimiento		
No perturbable por sentimientos de culpabilidad puede dormir si deja sin hacer cosas importantes	D6	Con sentimientos de culpabilidad, se acusa por todo lo que no sale bien, se autocrítica.
Apatía – retirada		
Relajada, considerada y animosa con las personas.	D7	Evita contactos interpersonales, no se halla confortable con otros.
Paranoia		
Confiada, no le afectan los celos o la envidia.	Pa	Cree que se le persigue, controla, espía, maltrata o se le envenena.
Desviación psicopática		
Sensata, evita implicarse en actos ilegales o transgredir las normas.	Pp	Complaciente ante la conducta antisocial propia o ajena, no le ofenden las críticas.
Esquizofrenia		
Evalúa con realidad a otros o a sí mismo, sin conducta regresiva.	Sc	Se aleja de la realidad, tiene impulsos repentinos o incontrolados.

Psicastenia

No le molestan ideas o pensamientos inoportunos o hábitos compulsivos.	As	Tiene ideas repetitivas o insistentes y hábitos compulsivos.
Desajuste psicológico		
Se considera tan capaz, confiable y agradable como la mayoría.	Ps	Tiene pensamientos de inferioridad o inutilidad, es tímida y pierde la cabeza fácilmente.
Ansiedad		
Relajado, tranquilo, sosegado		Tenso, frustrado, impulsivo, sobreexcitado.
Extraversión		
Socialmente desenvuelta, buena capacidad para lograr y mantener contactos personales		Inhibida en los contactos por el grupo
Independencia		
Emprendedora, iniciativa		Dependiente, pasiva y conducida por el grupo.
Socialización Controlada		
Responsable, organizada, sus metas se encuentran dentro de la normativa social.		Acepta pocas obligaciones, se despreocupa de las normas.
Depresión		
Ajuste emocional adecuado		Persona ansiosa, introvertida, y falta de autocontrol social.

8.6. PROCEDIMIENTO

La investigación se realizó llevando a cabo las siguientes etapas: En primer lugar se seleccionó el tema de interés para los investigadores y posteriormente se inició la búsqueda de información teórica relacionada con el mismo.

Durante el proceso de recolección de información se asistió a varias instituciones con el fin de encontrar la población que hiciera parte del estudio (adolescentes farmacodependientes); algunas de las instituciones visitadas fueron: I.C.B.F, UCLAD, FUTUROS VALORES,

HOGARES CREA, REEDUCAR, NARCÓTICOS ANÓNIMOS, HOGAR DE RENOVACIÓN, y HOGAR AMPARO DIVINO entre otros; pero se obtuvieron respuestas poco favorables en todas por las siguientes razones: en algunos casos por no contar con la población requerida y en otros porque tardaban mucho tiempo en dar una respuesta que aprobara la realización del estudio. Finalmente se asistió a la institución hogar de reeducación **el OASIS** en donde se contó con la colaboración del personal de trabajo y directivos, para llevar a cabo el estudio con los jóvenes que estaban recluidos en dicha institución.

La fase siguiente consistió en delimitar el tema y seleccionar el instrumento que permitiría la recolección de la información, para lo cual se tuvo en cuenta el Test **CAQ** que evalúa el **(Perfil Clínico de Personalidad);** luego se diseñaron los objetivos del estudio y se delimitó la población con la cual se trabajaría.

La fase siguiente consistió en presentar una propuesta de investigación, que una vez aprobada permitió seguir profundizando en el estudio de la temática, para ampliar así el marco teórico.

Posteriormente se presentó un proyecto mucho más estructurado, a partir del cual se procedió a seleccionar la muestra del objeto de estudio y solicitar el permiso en la institución hogar de reeducación el **OASIS** para realizar las evaluaciones. Hay que señalar que antes de evaluar a los jóvenes se tuvo inicialmente un acercamiento con ellos que permitió conocerlos y se realizaron varias actividades lúdicas, que facilitaron establecer una adecuada empatía permitiéndoles sentirse más relajados y tranquilos para responder a las

preguntas del Test.

Finalmente se procedió a procesar, analizar e interpretar los resultados. Los cuales se representan en forma general en puntajes bajos (1 - 4), puntajes medios (5 - 6) y puntajes altos (7 - 10). Y de esta forma presentar el informe final y lograr así los objetivos de la investigación.

9. RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados encontrados en el estudio que evaluó el perfil clínico de personalidad de los menores infractores consumidores de sustancias Psicoactivas e institucionalizados en el Centro de Reeducación "El Oasis" en el Distrito de Barranquilla.

TABLA 1

RESULTADOS EN LA ESCALA D1 (HIPOCONDRIASIS)

PUNTAJES BAJOS	PUNTAJES MEDIOS	PUNTAJES ALTOS
5.26 %	21.05 %	73.68 %

En la tabla 1 se pueden apreciar los resultados encontrados en la escala Hipocondriasis del Test CAQ. En estos se observa predominio de los puntajes altos, lo cual significa que estas personas se caracterizan por ser: muy preocupadas por la salud y las funciones corporales.

Pretendiendo establecer un perfil clínico en esta escala se puede entonces afirmar que estas personas son depresivas en el sentido de que le preocupa la alteración de las funciones de su cuerpo, tienden a quejarse generalmente por malestares que no logran especificar; así mismo son personas que poseen una visión derrotista de la vida y suelen creer que las cosas no mejorarán, se sienten insatisfechas e infelices y se quejan frecuentemente de dolor y debilidad. Además, es mucho lo que exigen o demandan de los otros, pero poco lo que

ofrecen, pues se comportan hostilmente y es una población que manifiesta muchas críticas con respecto a lo que hacen los demás.

Teniendo en cuenta que se trata de una población de consumidores de drogas y además menores infractores, resulta algo sorpresivo que haya puntuado alto en esta escala, cuando sus condiciones de vida siempre han sido precarias y por ende las de salubridad, con situaciones de hacinamiento en muchos casos y con la imposibilidad de aspirar para la mayoría de ellos de un servicio optimo de salud; por lo tanto sus manifestaciones a través de la prueba de estar preocupados por su salud contrasta enormemente con su comportamiento abiertamente antisocial cuando estos constantemente representan un peligro para su vida al punto de poderles ocasionar la muerte. Igualmente, fue posible notar problemas de hacinamiento en la institución, así como poca higiene por parte de los jóvenes, lo que lleva a pensar en un panorama en el que poco les preocupa su salud física. Finalmente el consumo de sustancias Psicoactivas solo contribuye a empeorar su estado físico orgánico, sin embargo muchos de ellos dicen sentirse mucho mejor cuando consumen drogas, lo que es claramente contradictorio.

TABLA 2

RESULTADOS EN LA ESCALA D2 (DEPRESIÓN SUICIDA)

PUNTAJES BAJOS	PUNTAJES MEDIOS	PUNTAJES ALTOS
10.52 %	5.26 %	84.21 %

En la tabla 2 se pueden apreciar los resultados encontrados en la escala Depresión Suicida del Test CAQ. En estos se observa predominio de los puntajes altos, lo cual significa que

estas personas se caracterizan por ser: insatisfecha de la vida.

Desde el punto de vista clínico estas personas tienen pensamientos de autodestrucción, debido en parte a que están disgustados con la vida, por lo que les parece vacía y sin sentido. Les ronda el pensamiento de que la muerte es el final de sus problemas y que han llegado al final de su camino, de allí que prefieran detenerse.

Estas personas son totalmente incapaces de funcionar en un ambiente normal, se deprimen gravemente y expresan temor hacia el futuro, manifiestan ideas suicidas y un sentimiento de resignación. En estas personas son comunes los problemas de concentración, así como experimentar sentimientos de inutilidad o de culpa; y en ocasiones manifiestan un marcado enlentecimiento motor, pérdida del apetito y agotamiento general que le reafirma aun más la idea de terminar con sus vidas.

En estos jóvenes se aprecia el poco valor que le proporcionan a la vida. Si pensamos en el hecho de que todos viven exponiéndose diariamente con los actos delictivos que cometen; y si a esto le sumamos lo difícil que han debido ser sus vidas y las pocas oportunidades que pueden esperar de ellas, los ha llevado a considerar que ya no tiene ningún sentido seguir adelante.

Por otra parte, el consumo de sustancias, medio con el que buscan evadir su realidad, pero que solo les deja mayor desolación y desesperanza aumenta aun más esas ideas, sobretodo cuando son adolescentes que buscan encontrar un sentido a sus vidas y es fácil si no lo consiguen, que sean vulnerables ante soluciones que solo reflejen insatisfacción por la vida

y por lo tanto que los conduzca a una decisión extrema y autodestructiva.

Es de considerar entonces que resultados como estos en esta escala eran de esperarse en poblaciones con estas características y que pensar en la muerte como salida no es de sorprender cuando con sus acciones se conduce precisamente en esa dirección.

TABLA 3

RESULTADOS EN LA ESCALA D3 (AGITACIÓN)

PUNTAJES BAJOS	PUNTAJES MEDIOS	PUNTAJES ALTOS
0.00 %	26.31 %	73.68 %

En la tabla 3 se pueden apreciar los resultados encontrados en la escala Agitación del Test CAQ. En estos se observa predominio de los puntajes altos, lo cual significa que estas personas se caracterizan por ser: incansables, buscan excitación, aceptan riesgos e intentan cosas nuevas.

Clínicamente estas personas tienen preferencia por hacer cosas arriesgadas e intentan nuevas cosas, o bien que están a disgusto hasta que encuentran algo arriesgado que hacer y por ello buscan la agitación. Debajo de estos deseos puede haber un anhelo de muerte asociado a esta dimensión y que explicaría esta búsqueda inquieta de aventura y riesgo. Además estas personas evidencian periodos de alegría superficial, nerviosa sobreactividad y distractibilidad, hablan aceleradamente y suelen actuar impulsivamente. Así mismo, son personas que hacen excesiva planificación para metas poco realistas y demandan más calidad en las relaciones interpersonales; presentan disminución de las necesidades del

sueño, fuga de ideas y cambios rápidos y lábiles del estado de ánimo.

Estas personas tienen mucha dificultad para inhibir la manifestación de sus impulsos y muestran con frecuencia episodios periódicos de irritabilidad, hostilidad y explosiones de agresividad.

Teniendo en cuenta que la población del estudio la han conformado adolescentes consumidores de drogas, se podría decir que los puntajes altos obtenidos en esta escala se puede considerar esperados, ya que al ser consumidores de drogas es probable que experimenten por los efectos de las mismas, cierta excitación que los puede llevar a buscar riesgos y a experimentar sensaciones fuera de lo común. Además, hay que resaltar que también estos jóvenes por ser infractores se les asocia con conductas que exigen enfrentarse a riesgos como por ejemplo, andar a toda velocidad una motocicleta, hurtar a sabiendas que pueden llegar a ser capturados.

TABLA 4

RESULTADOS EN LA ESCALA D4 (DEPRESIÓN ANSIOSA)

PUNTAJES BAJOS	PUNTAJES MEDIOS	PUNTAJES ALTOS
21.05 %	21.05 %	57.89 %

En la tabla 4 se pueden apreciar los resultados encontrados en la escala Depresión Ansiosa del Test CAQ. En estos se observa predominio de los puntajes altos, lo cual significa que estas personas se caracterizan por ser: fácilmente perturbables, con sueños perturbadores y tensos.

Clínicamente estas personas se definen a sí mismas como torpes y descuidadas al manejar objetos, sueñan mucho con las cosas que le dan miedo, no se sienten seguras de sí mismas, casi nunca hablan sobre las cosas que hacen los demás, independientes que sean buenas o malas. Estas personas están desorientadas y se sienten incapaces de enfrentarse a las exigencias inmediatas.

Teniendo en cuenta las características de la población de estudio es de esperarse que puntúen alto en esta escala así como en las de depresión suicida y depresión baja energía, reafirmando tales puntuaciones.

Debido a su situación a estos jóvenes les ha generado una leve desorientación con muestra de una posible perturbación a nivel psicológico que le promueve inseguridad.

TABLA 5

RESULTADOS EN LA ESCALA D5 (DEPRESIÓN BAJA ENERGÍA)

PUNTAJES BAJOS	PUNTAJES MEDIOS	PUNTAJES ALTOS
10.52 %	10.52 %	78.94 %

En la tabla 5 se pueden apreciar los resultados encontrados en la escala Depresión Baja Energía del Test CAQ. En estos se observa predominio de los puntajes altos, lo cual significa que estas personas se caracterizan por ser: preocupadas, con sentimientos de intranquilidad y con falta de energía para afrontar las cosas nuevas que llegan.

Desde el punto de vista clínico estas personas se suelen sentir tristes y de mal humor, se

despiertan sin energías al comenzar el día, casi nunca duermen profundamente, a menudo la vida les parece vacía y solitaria. Les entusiasma muy poco la vida y se sienten agotados, también mantienen una actitud general o estilo de vida caracterizado por pesimismo y falta de participación, se quejan de debilidad, fatiga, agitación y tensión, presentan enlentecimiento motor y se describen como irritables y propensos a la preocupación.

Estos individuos manifiestan sentimientos de inutilidad o incapacidad de funcionar en diversas situaciones ya que muestran un notable falta de seguridad en si mismo. Teniendo en cuenta que además son consumidores de drogas e infractores recluidos en una institución de reeducación, era de esperarse el predominio de puntajes altos en esta escala. Además, la actitud de sentirse preocupados se puede asociar al hecho de que quizás ellos no saben exactamente cuando van a regresar a sus hogares o que pueda pasar con su situación jurídica.

TABLA 6

RESULTADOS EN LA ESCALA D6 (CULPABILIDAD-RESENTIMIENTO)

PUNTAJES BAJOS	PUNTAJES MEDIOS	PUNTAJES ALTOS
10.52 %	36.84 %	52.63 %

En la tabla 6 se pueden apreciar los resultados encontrados en la escala Culpabilidad-Resentimiento del Test CAQ. En estos se observa predominio de los puntajes altos, lo cual significa que estas personas se caracterizan por ser: autocríticas, con sentimientos de culpabilidad y se auto acusan por todo lo que no les sale bien.

El perfil clínico de estas personas los muestra con sentimientos de culpabilidad, no duermen pensando en las cosas que debieran haber hecho, en lo que va a suceder o en los errores cometidos. Suelen tener pesadillas, en las cuales se ven solos y abandonados, también su comportamiento muestra periodos de culpabilidad y vergüenza; estas se resisten a las demandas de desempeño adecuado tanto en el trabajo como en sus vidas. Sabotean sus logros por medio de la dilatación, la ineficiencia intencional, la obstinación y el olvido, a pesar de que tienen la capacidad de comportarse de manera efectiva.

Los mecanismos de afrontamiento generalmente no son una forma efectiva de vivir, pero estos individuos parecen no darse cuenta que su comportamiento contribuye a hacer las situaciones mas difíciles. Es posible que los jóvenes del estudio no se permitan fallar en ninguna de las acciones delictivas que cometen, y por lo tanto el solo hecho de hacerlo resulte para ellos motivo de vergüenza, no solo con ellos mismos, sino también con todos aquellos que comparten estas conductas. Ahora, si pensamos que todos ellos se encuentran recluidos es de esperarse que se reprochen a sí mismos por haber sido atrapados y por ende estar impedidos de realizar cualquier otra acción delictiva. En condiciones como estas, es muy lógico que asalte la duda sobre la efectividad de su comportamiento y todas las fallas que han tenido hasta ahora, y por ende desarrollan un sentimiento de culpa que los conduce a hacer una revisión de sus vidas y ver además los solos que están.

TABLA 7

RESULTADOS EN LA ESCALA D7 (APATÍA-RETIRADA)

PUNTAJES BAJOS	PUNTAJES MEDIOS	PUNTAJES ALTOS

5.26 %	26.31 %	68.42 %

En la tabla 7 se pueden apreciar los resultados encontrados en la escala Apatía-Retirada del Test CAQ. En estos se observa predominio de los puntajes altos, lo cual significa que estas personas se caracterizan por ser: inconformes con las demás personas y evitan los contactos interpersonales.

Clínicamente estas personas se sienten a gusto cuando están solos y sin los demás, suelen sentirse decaídos e inútiles como para querer hablar con la gente. Se sienten inseguros e incómodos en reuniones sociales, con tendencia a ser tímidos, reservados y retraídos.

También suelen carecer de seguridad en si mismos y muy sensibles a las críticas que se les hace; son sumisos y condescendientes en sus relaciones interpersonales. Además, tienden a preocuparse, irritarse y sentirse ansiosos y son descritos como malhumorados, presentan episodios depresivos, acompañados de sentimientos de culpa.

Si se tiene en cuenta que esta población está recluida en un centro de reeducación, esto influye directamente en su estado anímico ya que esta situación los lleva a disminuir su autoestima y su autovalía.

TABLA 8

RESULTADOS EN LA ESCALA PA (PARANOIA)

PUNTAJES BAJOS	PUNTAJES MEDIOS	PUNTAJES ALTOS

0.00 %	5.26 %	94.73 %

En la tabla 8 se pueden apreciar los resultados encontrados en la escala Paranoia del Test CAQ. En estos se observa predominio de los puntajes altos, lo cual significa que estas personas se caracterizan por creencias de que se les persigue, controla, espía o maltrata.

Clínicamente estas personas son muy celosas y desconfiadas, poco creen en los demás y suelen pensar que los otros desean manipularlo, de allí que se sientan perseguidos y viven con creencias absurdas como el hecho que se les quiere envenenar o hacerles daño. Es frecuente que hagan movimientos rápidos al oír o ver algo que consideren adversos. Están totalmente alerta para poder participar y detener cualquier posible intención maliciosa, engaño o menosprecio que se pueda cometer contra ellos.

Este grupo de personas presenta además una actitud pendenciera, reacia y problemática hacia los recién conocidos y tienden a ser provocativos en sus relaciones con los demás, precisando exasperación e ira, a través de la comprobación de la lealtad y preocupándose de manera desconsiderada por posibles intenciones ocultas que los demás puedan tener en su contra.

TABLA 9

RESULTADOS EN LA ESCALA PP. (DESVIACIÓN PSICOPÁTICA)

PUNTAJES BAJOS	PUNTAJES MEDIOS	PUNTAJES ALTOS
36.84 %	63.15 %	0.00 %

En la tabla 9 se pueden apreciar los resultados encontrados en la escala Desviación Psicopática del Test CAQ. En estos se observa predominio de los puntajes medios, lo cual significa que estas personas se caracterizan por ser: como el común de las demás personas, sin embargo, tienen tendencia a ser sensatas, por lo que evitan implicarse en actos ilegales o transgredir las normas socialmente establecidas.

Clínicamente esto es típico de las personas neuróticas y alcohólicas, pues suelen ser más inhibidas que el resto de las personas, pero pretenden mostrarse con comportamientos socialmente aceptables. También se caracterizan por un nivel de impulso bajo y tendencia a aceptar pasivamente el cumplimiento de las normas así como consejos y sugerencias de otros, y temen aceptar las responsabilidades de su propia conducta.

No son personas competitivas a pesar que suelen preocuparse mucho por su nivel y seguridad. Se preocupan constantemente por la forma en que reaccionan las demás personas con ellos.

Es de notar y señalar que el resultado de la escala sea consecuencia de la buena imagen que estos jóvenes trataron de dar a los investigadores e incluso a la institución, lo cual podría estar ligado a una posible idea que el resultado influiría en su permanencia en dicho centro.

Este resultado no esperado en la investigación es una muestra valida que estos jóvenes actúan de forma transgresora no por el simple hecho de querer violar la ley, sino por la necesidad que les infringe el medio social circundante y acompañado a esto con el efecto del consumo de una droga Psicoactiva.

TABLA 10

RESULTADOS EN LA ESCALA SC (ESQUIZOFRENIA)

PUNTAJES BAJOS	PUNTAJES MEDIOS	PUNTAJES ALTOS
0.00 %	15.78 %	84.21 %

En la tabla 10 se pueden apreciar los resultados encontrados en la escala Esquizofrenia del Test CAQ. En estos se observa predominio de los puntajes altos, lo cual significa que estas personas se caracterizan por ser: impulsivas y con tendencia a alejarse de la realidad.

El perfil clínico de estas personas suelen mostrar que son individuos con dificultades para expresar sus ideas, tienen impulsos extraños, creen que las demás personas no las comprenden, tienen pérdidas de memoria, sentimientos de irrealidad y alucinaciones. Además, se sienten como si no formaran parte de sus ambientes sociales. Se consideran aislados y apartados, incomprendidos y rechazados por quienes le rodean.

Estas personas presentan confusión, desorganización y desorientación; así mismos evidencian pensamientos y actitudes no usuales y escaso juicio de las cosas. La conducta de estos grupos suele caracterizarse como inconformistas, no convencional y excéntricos. En ocasiones suelen ser muy obstinados, malhumorados y testarudos, contrastando otras veces con una actitud generosa, pacífica y hasta sentimental, y aunque pueden ser creativos e imaginativos en la forma de enfocar sus problemas, sus metas resultan abstractas y muy vagas.

Esto bien pudiera deberse al hecho que durante la adolescencia hay escisión de la

personalidad, lo cual puede conllevar a tener disociaciones o ambivalencia no solo en sus comportamientos, sino además en sus maneras de pensar.

TABLA 11

RESULTADOS EN LA ESCALA AS (PSICASTENIA)

PUNTAJES BAJOS	PUNTAJES MEDIOS	PUNTAJES ALTOS
15.78 %	42.10 %	42.10 %

En la tabla 11 se pueden apreciar los resultados encontrados en la escala Psicastenia del Test CAQ. En estos se observa predominio de los puntajes medios y altos, lo cual significa que estas personas se caracterizan por ser: de hábitos compulsivos y con ideas repetitivas e insistentes.

Clínicamente estas personas son catalogadas como obsesivas, con poco autocontrol sobre su conducta, suelen estar contando cosas de modo innecesario, les ronda ideas y palabras inadecuadas y son muy fóbicas.

Estas personas también muestran tendencias a ser ansiosas, tensas y agitadas. Se preocupan mucho por problemas muy pequeños, son temerosas y aprehensivas, suelen ser introspectivas y con rumiaciones comunes. Las obsesiones y rumiaciones a menudo de centran alrededor de los sentimientos de inseguridad e inferioridad. Carecen de seguridad en sí mismos y están plagados de dudas sobre sí.

Si bien esto es propio del adolescente, también lo es que el consumo de drogas y el hecho

de tener antecedentes de comportamientos delincuenciales, facilita el que se presenten desajustes en la personalidad.

TABLA 12

RESULTADOS EN LA ESCALA PS (DESAJUSTE PSICOLÓGICO)

PUNTAJES BAJOS	PUNTAJES MEDIOS	PUNTAJES ALTOS
15.78 %	57.89 %	26.31 %

En la tabla 12 se pueden apreciar los resultados encontrados en la escala Desajuste Psicológico del Test CAQ. En estos se observa predominio de los puntajes medios, lo cual significa que estas personas se caracterizan por ser: como el común de las personas, pero con tendencia a la timidez, con pensamientos de inferioridad e inutilidad.

Clínicamente estas personas suelen pensar que no valen nada, que son un desastre y que no tienen éxito. Esto es lo que algunos autores como Beck denominan desesperanza-aprendida. También estos individuos empequeñecen su mundo y son mínimamente introspectivos en relación con la dificultad que le rodea. Tienden a degradarse a sí mismos manifestando abiertamente su falta de virtudes, capacidades y atractivos. Cuando se comparan con los demás minimizan sus logros, infravaloran sus atributos, ponen de relieve sus inferioridades y asumen la vergüenza personal por problemas que sienten le han causado a los demás.

TABLA 13

RESULTADOS EN LA SUBESCALA "ANSIEDAD"

PUNTAJES BAJOS	PUNTAJES MEDIOS	PUNTAJES ALTOS
8.77 %	47.36 %	43.85 %

En la tabla 13 se pueden apreciar los resultados encontrados en la subescala de segundo orden "Ansiedad" del Test CAQ. En estos se observa predominio de los puntajes altos y medios, lo cual significa que estas personas se caracterizan por tener una ansiedad moderadamente alta.

Esta ansiedad se puede corroborar con lo encontrado en las escalas culpabilidad-resentimiento y psicastenia, donde se encontraron niveles altos, lo cual es propio de una población de adolescentes farmacodependientes, que por el hecho de estar recluidos en una institución de reeducación pasan por estados de ansiedad elevados.

TABLA 14

RESULTADOS EN LA SUBESCALA "EXTRAVERSIÓN"

PUNTAJES BAJOS	PUNTAJES MEDIOS	PUNTAJES ALTOS
13.15 %	23.68 %	63.15 %

En la tabla 14 se pueden apreciar los resultados encontrados en la subescala de segundo orden "Extraversión" del Test CAQ. En estos se observa predominio de los puntajes altos, lo cual significa que estas personas se caracterizan por conductas espontáneas y algunas veces desviadas.

Estos jóvenes por su contexto se consideran imprescindibles y son incontrolables actuando

rápida y espontáneamente de una manera imprudente. Tienen un comportamiento impulsivo y no prevén las consecuencias de sus actos. Además son incapaces de soportar la rutina, de allí que tengan propensión al desafío y al riesgo, pues se consideran inmunes al peligro.

TABLA 15

RESULTADOS EN LA SUBESCALA "INDEPENDENCIA"

PUNTAJES BAJOS	PUNTAJES MEDIOS	PUNTAJES ALTOS
11.66 %	35.00 %	53.33 %

En la tabla 15 se pueden apreciar los resultados encontrados en la subescala de segundo orden "Independencia" del Test CAQ. En estos se observa predominio de los puntajes altos, lo cual significa que estas personas se caracterizan por ser dominantes, radicales, autosuficientes y suspicaces.

Esta independencia se expresa en estos jóvenes mediante la agresión, lo cual se corrobora con lo hallado en las escalas de agitación y paranoia.

TABLA 16

RESULTADOS EN LA SUBESCALA "SOCIALIZACIÓN CONTROLADA"

PUNTAJES BAJOS	PUNTAJES MEDIOS	PUNTAJES ALTOS
21.05 %	21.05 %	57.89 %

En la tabla 16 se pueden apreciar los resultados encontrados en la subescala de segundo orden "Socialización Controlada" del Test CAQ. En estos se observa predominio de los puntajes altos, lo cual significa que estas personas se caracterizan por tener control de su conducta social, aun cuando no necesariamente tales conductas sean socialmente aceptables.

Estos resultados parecieran contradictorios, pues estos jóvenes presentan un comportamiento antisocial, donde se hace patente el incumplimiento de normas sociales, razón por la cual se encuentran recluidos en instituciones reeducativas.

TABLA 17

RESULTADOS EN LA SUBESCALA "DEPRESIÓN"

PUNTAJES BAJOS	PUNTAJES MEDIOS	PUNTAJES ALTOS
7.50 %	33.75 %	58.75 %

En la tabla 17 se pueden apreciar los resultados encontrados en la subescala de segundo orden "Depresión" del Test CAQ. En estos se observa predominio de los puntajes altos, lo cual indica clínicamente que son personas con tendencia a la depresión. Se reafirma con esto que estos jóvenes se encuentran en estados depresivos, producto quizás de su situación jurídica, lo cual es consecuencia de sus actos antisociales.

Sin embargo, esto bien pudiera estar asociado con el consumo de drogas y las consecuencias personales y sociales que esto implica.

10. CONCLUSIONES

Al culminar con esta investigación y haber recolectado los datos en la población de estudio a través del test **CAQ;** estos confirman en los adolescentes farmacodependientes un perfil clínicamente depresivo acompañado a su vez con cierta prevalecía de conducta psicótica.

La población en general manifiesta un cuadro depresivo que se fundamenta en los puntajes elevados obtenidos en cada una de las escalas representativas del mismo y que arrojan la predominancia de niveles bajos del estado de animo, acompañados por sentimientos de desesperanza que pueden conducir a su vez a ideas suicidas, así como el desarrollo de un pobre concepto de si mismos generándoles inseguridad personal e incapacidad de afrontar de manera adecuada las situaciones que se les presenten. En relación con esto se ha podido establecer además una excesiva preocupación por sus condiciones de salud lo cual contrasta con su comportamiento antisocial, pues sus acciones los ponen en peligro de sufrir accidentes que de una u otra forma pueden acabar con sus vidas.

También existe una marcada tendencia a buscar situaciones que generen riesgo o excitación y que en última instancia pueden estar asociados a un

deseo o anhelo de muerte como señaló Samuel KRUG-1998 y que también es representativo en un cuadro depresivo.

Por otro lado en estos jóvenes existen manifestaciones de sentimientos de irrealidad, sensación de rechazo por parte de los demás lo cual es arrojado por la escala de Esquizofrenia. Acompañado por sensación de injusticia y persecución, declaraciones de recelo, celos con respecto a otros y temor a que se atente contra sus vidas; esto se corrobora con los puntajes predominantemente altos que se obtuvieron en la escala de Paranoia.

Con base en los resultados encontrados en las subescalas del test CAQ, se puede concluir lo siguiente:

De acuerdo a la escala Hipocondriasis estas personas se caracterizan por ser: muy preocupadas por la salud y las funciones corporales, es decir, que estas personas son depresivas en el sentido de que le preocupa la alteración de las funciones de su cuerpo, tienden a quejarse generalmente por malestares que no logran especificar

Según la escala Depresión Suicida estas personas se caracterizan por ser: insatisfecha de la vida, tienen pensamientos de autodestrucción, debido en parte a que están disgustados con la vida, por lo que les parece vacía y sin sentido.

Teniendo en cuenta la escala Agitación estas personas se caracterizan por ser: incansables, buscan excitación, aceptan riesgos e intentan cosas nuevas. Clínicamente estas personas

tienen preferencia por hacer cosas arriesgadas e intentan nuevas cosas, o bien que están a disgusto hasta que encuentran algo arriesgado que hacer y por ello buscan la agitación.

De acuerdo a la escala Depresión Ansiosa estas personas se caracterizan por ser: fácilmente perturbables, con sueños perturbadores y tensos. Clínicamente se definen a sí mismas como torpes y descuidadas al manejar objetos, sueñan mucho con las cosas que le dan miedo, no se sienten seguras de sí mismas, casi nunca hablan sobre las cosas que hacen los demás.

De acuerdo a la escala Culpabilidad-Resentimiento estas personas se caracterizan por ser: autocríticas, con sentimientos de culpabilidad y se auto acusan por todo lo que no les sale bien. El perfil clínico de estas personas los muestra con sentimientos de culpabilidad, no duermen pensando en las cosas que debieran haber hecho, en lo que va a suceder o en los errores cometidos

Observando la escala Apatía-Retirada se observa que estas personas se caracterizan por ser: inconformes con las demás personas y evitan los contactos interpersonales. Clínicamente estas personas se sienten a gusto cuando están solos y sin los demás, suelen sentirse decaídos e inútiles como para querer hablar con la gente

De acuerdo a la escala Paranoia estas personas se caracterizan por ser: con creencias que se les persigue, controla, espía o maltrata. Clínicamente estas personas son muy celosas y desconfiadas, poco creen en los demás y suelen pensar que los otros desean manipularlo, de allí que se sientan perseguidos y viven con creencias absurdas como el hecho que se les quiere envenenar o hacerles daño.

Según la escala Desviación Psicopática estas personas se caracterizan por ser: Como el común de las demás personas, sin embargo, tienen tendencia a ser sensatas, por lo que evitan implicarse en actos ilegales o transgredir las normas socialmente establecidas.

Con base en los resultados encontrados en la escala Esquizofrenia se observa que estas personas se caracterizan por ser: impulsivas y con tendencia a alejarse de la realidad. El perfil clínico de estas personas suelen mostrar que son individuos con dificultades para expresar sus ideas, tienen impulsos extraños, creen que las demás personas no las comprenden, tienen pérdidas de memoria, sentimientos de irrealidad y alucinaciones. Además, se sienten como si no formaran parte de sus ambientes sociales.

De acuerdo a la escala Psicastenia estas personas se caracterizan por ser: de hábitos compulsivos y con ideas repetitivas e insistentes. Clínicamente estas personas son catalogadas como obsesivas, con poco autocontrol sobre su conducta, suelen estar contando cosas de modo innecesario, les ronda ideas y palabras inadecuadas y son muy fóbicas.

De acuerdo a la escala Desajuste Psicológico estas personas se caracterizan por ser: como el común de las personas, pero con tendencia a la timidez, con pensamientos de inferioridad e inutilidad. Clínicamente estas personas suelen pensar que no valen nada, que son un desastre y que no tienen éxito.

Según la subescala Ansiedad estas personas se caracterizan por tener una ansiedad moderadamente alta. Esta ansiedad se puede corroborar con lo encontrado en las escalas culpabilidad-resentimiento y psicastenia, donde se encontraron niveles altos, lo cual es

propio de una población de adolescentes farmacodependientes, que por el hecho de estar recluidos en una institución de reeducación pasan por estados de ansiedad elevados.

De acuerdo a la subescala Extraversión estas personas se caracterizan por conductas espontáneas y algunas veces desviadas. Estos jóvenes por su contexto se consideran imprescindibles y son incontrolables actuando rápida y espontáneamente de una manera imprudente.

Según la subescala Independencia estas personas se caracterizan por ser dominantes, radicales, autosuficientes y suspicaces. Esta independencia se expresa en estos jóvenes mediante la agresión, lo cual se corrobora con lo hallado en las escalas de agitación y paranoia.

En cuanto a la Socialización Controlada estas personas se caracterizan por tener control de su conducta social, aun cuando no necesariamente tales conductas sean socialmente aceptables.

Según los datos de la subescala Depresión se observa clínicamente que son personas con tendencia a la depresión. Se reafirma con esto que estos jóvenes se encuentran en estados depresivos, producto quizás de su situación jurídica, lo cual es consecuencia de sus actos antisociales.

11. DISCUSIONES Y RECOMENDACIONES

Después de haber llevado a cabo la investigación surgen las siguientes recomendaciones: A la institución Hogar de reeducación el **OASIS**, se le recomienda: implementar planes y programas encaminados a la profundización de terapias contra la depresión, puesto que se determino un puntaje alto de estos jóvenes en dicha escala. Es importante que se realice un trabajo individual en el aspecto psicológico pues es fundamental que los jóvenes puedan experimentar un estado de animo optimo que facilite una visión de ellos mismos más satisfactoria e incida positivamente en el proceso reeducativo, el cual una vez finalizado pueda proporcionarles un mejor nivel de vida y mayor seguridad en cuanto a sus virtudes y habilidades para la practica.

Seria de mucha relevancia que la institución ampliara su planta de personal permitiendo el desarrollo de un equipo interdisciplinario más efectivo que incluyera además del área de trabajo social y enfermería, un servicio de profesionales en el área de la psicología y psiquiatría, pues son aspectos fundamentales en el desarrollo y eficacia de un proceso reeducativo.

Trabajar el aspecto familiar también es importante, ya que la familia cumple un aspecto importante en la adaptación y sostenimiento de las

conductas sanas en sus miembros y en el caso de estos jóvenes influiría directa y positivamente en el desarrollo de su salud mental.

Se recomienda además trabajar aspectos como la conducta antisocial, la farmacodependencia que constituyen las dos características de la población; a través de la Psicoterapia de Grupo que Incluya Proyectos de Vida, Juego de Roles y estrategias de afrontamiento a las dificultades. Con respecto a la psicoterapia individual, que el Terapeuta trabaje sobre los aspectos que incidieron en su conducta actual.

Finalmente se recomienda a la institución que brinde a los jóvenes programas de capacitación en diferentes áreas para que empleen su tiempo libre en aprender y obtener conocimiento, y dándole la oportunidad de ser personas productivas a la sociedad, que con su trabajo promuevan el desarrollo y brindándose la oportunidad de ser personas de bien y con deseos de progresar.

En cuanto a la Corporación educativa Mayor del Desarrollo Simón Bolívar, es recomendable que realice convenios con el Hogar de Reeducación el Oasis, con el fin de ofrecer servicios de practicantes, en especial en el aspecto psicológico para que contribuyan con el desarrollo de proyectos y programas que se puedan trabajar con los jóvenes a nivel personal y social. También se beneficiarían los estudiantes que tendrían otros espacios para poner en practica sus conocimientos y la oportunidad de enriquecer su desempeño profesional en el futuro.

Crear una línea de investigación sobre las temáticas de la farmacodependencia y la conducta antisocial con el fin de incentivar futuras investigaciones de mucha mayor profundidad.

A partir de este estudio se pueden generar nuevas investigaciones que sean en este caso de un corte explicativo o correlacional, y se puedan expresar mayores demostraciones en cuanto a la verdadera magnitud que el problema de la droga y el comportamiento antisocial tiene en la personalidad de los adolescentes.

BIBLIOGRAFÍA

AMAR, José Juan. Psicopatología. Barranquilla: Vida, 1990.

ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE PSIQUIATRÍA BIOLÓGICA. Avances. Vol. 2. Bogotá: Nuevo Milenio, 2001.

BANDERA ROSEL, Antonio. En Toxicomanía. 2002. www.Monografías.com.

BARON, Rober. Psicología. México: Prentice Hall. 3ra edi. 1996.

BECK, Aaron y FREEMAN, Arthur. Terapia Cognitiva de los trastornos de la personalidad. Barcelona: Paidós, 1995.

BOEREE, George y GAUTIER, Rafael. Teorías de la personalidad.1998. www.psicología-online.com/ebooks/personalidad.htm.

CATELL R.B, y EBER, H.W. Cuestionario De 16 Factores De La Personalidad .México: Manual Moderno, 1980.

DAVILA, Beatriz y GRANADOS, Nancy. Efectos de un programa de reeducación sobre el

desarrollo personal de los menores infractores y contraventores recluidos en el Centro de Rehabilitación el Oasis en el distrito de Barranquilla. Monografía de grado en psicología. Barranquilla: Corporación Educativa Mayor del Desarrollo Simón Bolívar, 2.003.

DICAPRIO, Nicholas. Teorías de la Personalidad. México: Mc Graw Hill, 1995.

DIRECCIÓN NACIONAL DE ESTUPEFACIENTES. Memorias del Proceso de Descentralización del Plan Nacional de Drogas. Bogotá: Antropos, 2001.

ENGLER, Bárbara. Introducción a las Teorías de Personalidad. México: Mc Graw-Hill, 1996.

FELDMAN, Robert. Psicología con Aplicaciones a los Países de Habla Hispana. México: Mc Graw Hill, 1998.

HATHAWAY, S.R y MCKINLEY, J.C.Cuestionario de Personalidad MMPI. Madrid: TEA Ediciones S.A. 1985.

ICONTEC NORMAS TÉCNICAS COLOMBIANAS SOBRE DOCUMENTACIÓN. Tesis y otros trabajos de grado.2002.

INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR. Código del menor infractor. Barranquilla: ICBF, 1.989.

KRUG, Samuel. Manual de Cuestionario de Análisis Clínico. Madrid: Tea, 2001.

Manual rumbos sobre la farmacodependencia.1998. www.rumbos.com.co/htm.

MEMORIAS DEL SEGUNDO SEMINARIO DE ACTUALIZACIÓN EN: Intervención Familiar y del Adolescente. Bogotá: Ceda, 1990.

MINISTERIO DE JUSTICIA. Código del menor. Bogotá: Temis, 1.989.

MINISTERIO DE JUSTICIA Y DEL DERECHO. Prevención del delito: de las cifras a la acción. Boletín No 1. Barranquilla: Uninorte, 1.998.

MILLON, Theodore y DAVIS, Roger. MCMI – II Inventario Clínico Multiaxial. Madrid: Tea, 1998.

MILLON, Theodore y DAVIS, Roger. Trastornos de la Personalidad Mas allá del DSM-IV. Barcelona: Masson, 1998.

PAPALIA, Diane y WENDKOS, Sally. Psicología del Desarrollo. México: Mc Graw Hill, 1997.

REALES UTRIA, Adalberto. Socio Investigación. Barranquilla: Antillas, 2000.

SABINO, Carlos A. El Proceso de Investigación. Bogotá: El Cid, 1996.

SANDOVAL, Gloria. La trampa de las drogas. Bogotá: Enigma, 2.000.

SILVESTRE Nuria, SOLÉ Maria Rosa, PEREZ Mercé, JODAN Merce. Psicología Evolutiva Adolescencia, edad Adulta y Vejes. Barcelona: CEAC. 1996.

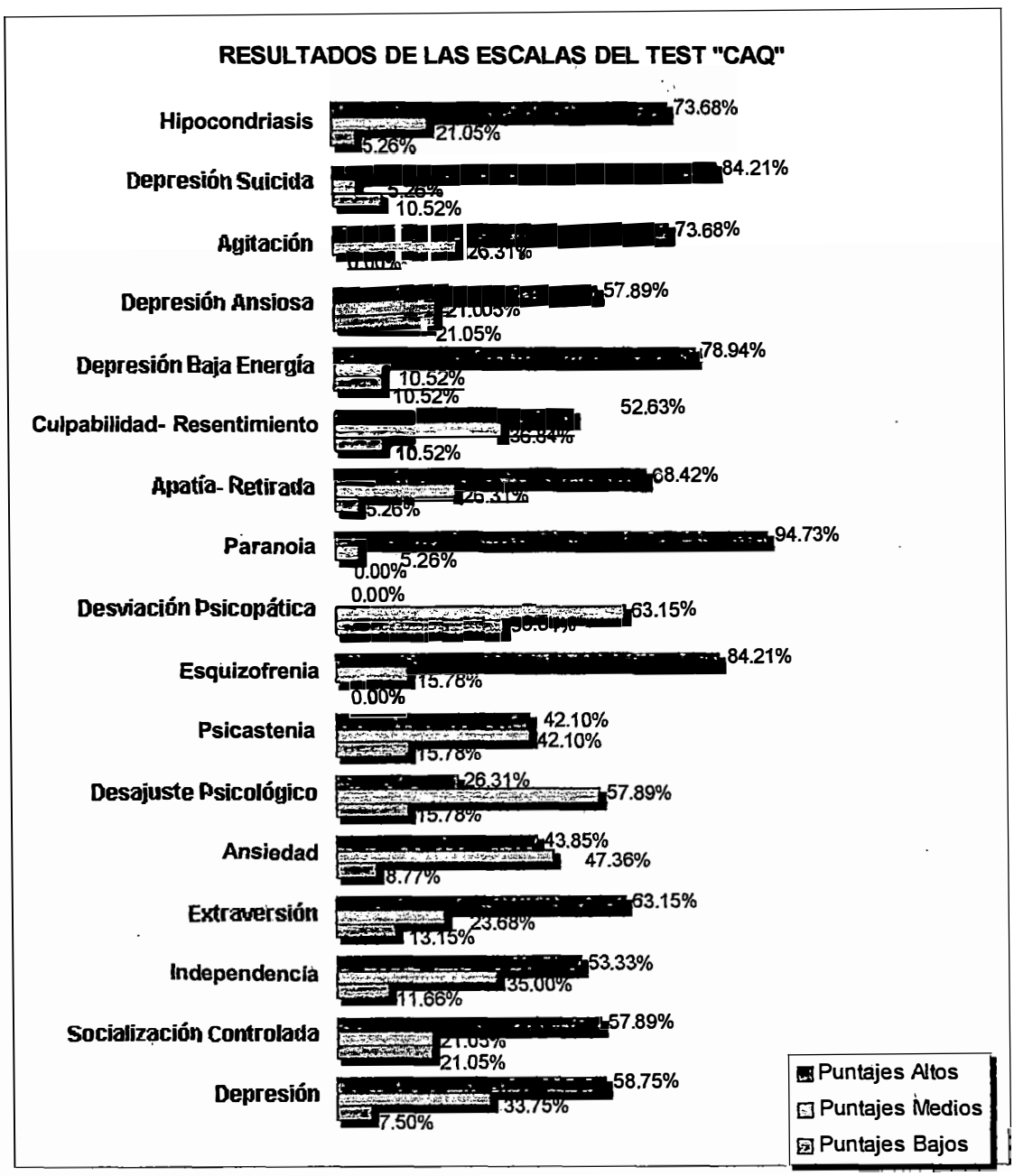
TORO, Ricardo; YÉPES, Roberto. Psiquiatría general en fundamentos de medicina. Medellín: Cib, 1998.

YOUNG, Jeffrey. Terapia Cognitiva para los trastornos de personalidad. New York, 2000.

ANEXOS

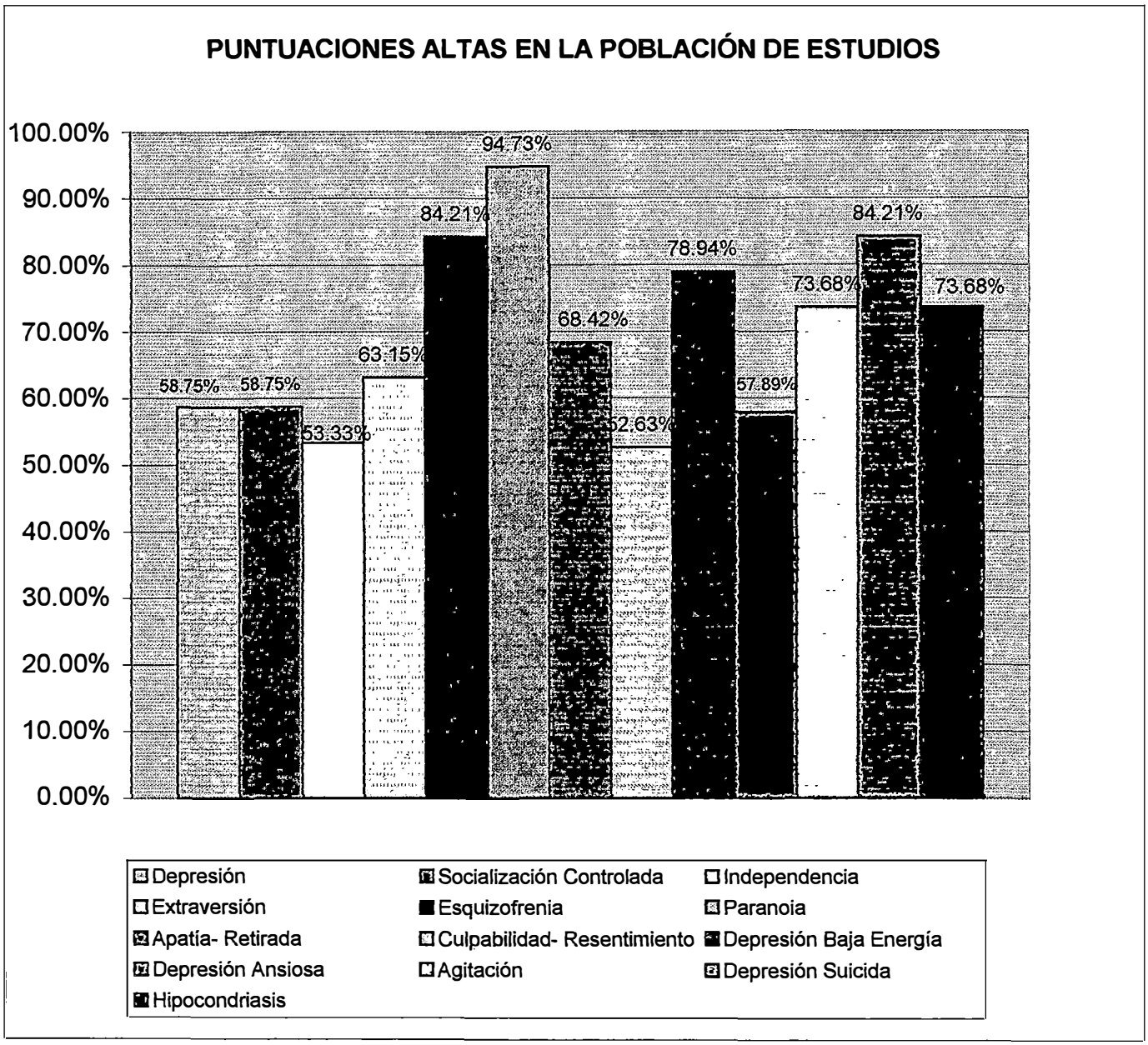
GRAFICA 1

Resultados Comparativos de las Subescalas del **Test "CAQ"** En Jóvenes Farmacodependientes Infractores del Hogar de Reeducación **El Oasis** del Distrito de Barranquilla.



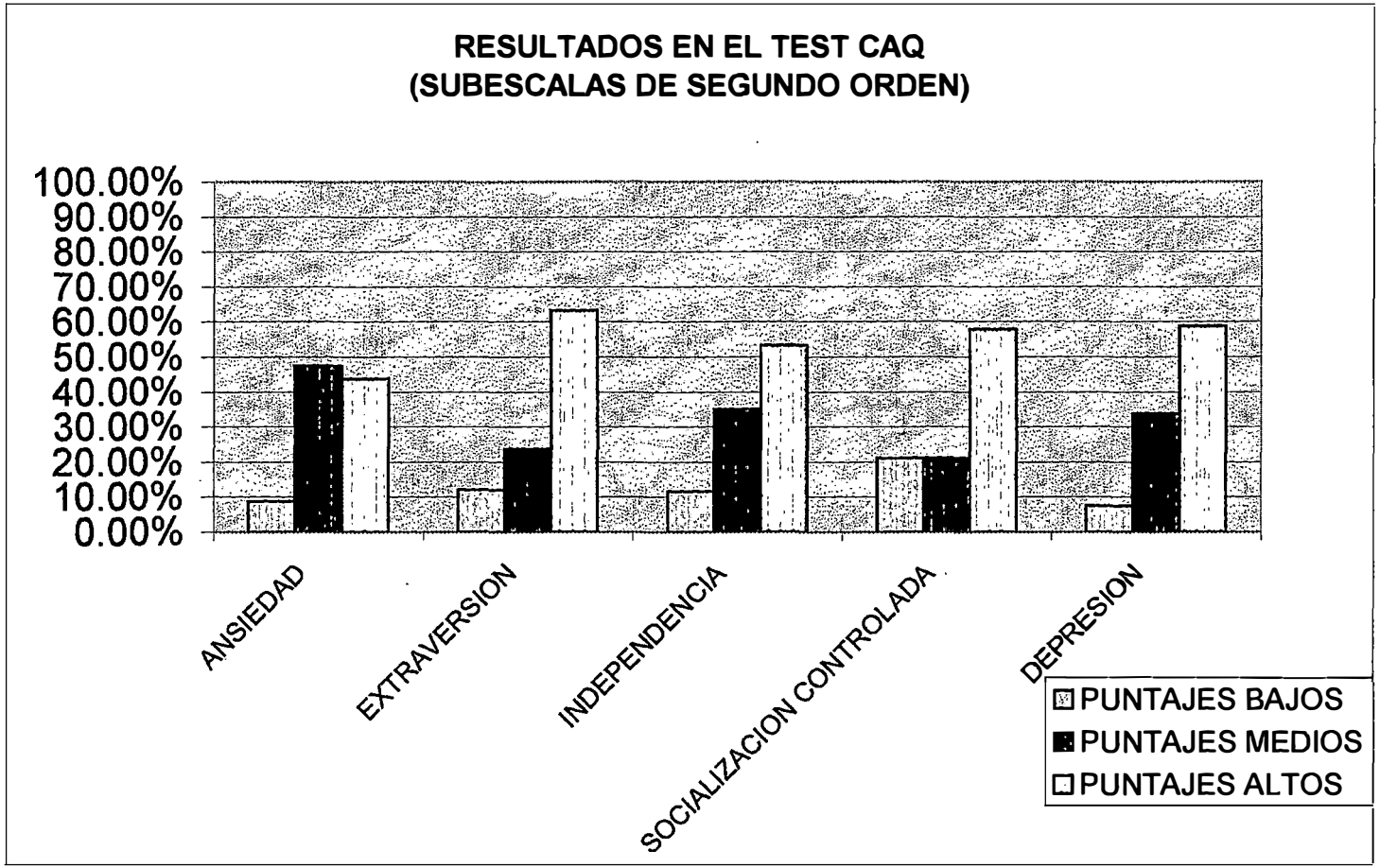
GRAFICA 2

Resultados Comparativos de las Subescalas con puntajes altos del **Test "CAQ"** En Jóvenes Farmacodependientes Infractores del Hogar de Reeducación **El Oasis** del Distrito de Barranquilla.



GRAFICA 3

RESULTADOS COMPARATIVOS DE LA SUBESCALA DE SEGUNDO ORDEN DEL TEST **"CAQ"** En jóvenes Farmacodependientes Infractores del Hogar de Reeducación el OASIS del Distrito de Barranquilla.



INSTRUCCIONES

A continuación encontrará una serie de cuestiones que permitirán conocer sus actitudes e intereses. No hay respuestas correctas o incorrectas (cada persona tiene un modo de ser distinto). Por tanto, conteste con sinceridad.

Después de escribir sus datos personales en la parte superior de la **Hoja de respuestas,** anote todas sus contestaciones en la misma. Como verá, cada cuestión tiene en este **Cuadernillo** tres posibles respuestas (A, B, C), que también están en la Hoja. Lea atentamente cada cuestión y las tres posibles respuestas; así le será más fácil decidirse.

Ahora, conteste a los ejemplos de práctica que vienen aquí, y para dar sus respuestas marque en la Hoja el espacio que hay debajo de la letra correspondiente. Si tiene dudas pregunte ahora al examinador.

EJEMPLOS

1. Me gusta presenciar una competición deportiva:

   A. Sí **B. A veces** **C. No**

2. Prefiero las personas:

   A. Reservadas **B. Término medio** **C. Que hacen amigos con facilidad**

3. El dinero no hace la felicidad:

   A. Cierto **B. A medias** **C. Falso**

4. He comprendido las instrucciones:

   A. Sí **B. A medias** **C. No**

Al contestar, tenga en cuenta lo siguiente:

— No piense demasiado las frases, ni emplee mucho tiempo en decidirse. Las frases son muy cortas para darle más detalles. Debe contestar lo que es habitual en usted. Generalmente, se contestan 5/6 cuestiones por minuto, y se tarda unos tres cuartos de hora en completar toda la prueba.

— Evite señalar muchas veces la respuesta «intermedia» (B). Si puede, decídase por uno de los extremos (A, C).

— Procure no dejar ninguna cuestión sin contestar. Es posible que alguna no tenga mucho que ver con usted; intente elegir la respuesta que se acerque más a su manera de ser. Si alguna cuestión le parece muy personal, no se preocupe; recuerde que las Hojas se guardan como documentos confidenciales, y no pueden ser valoradas sin una plantilla especial. Además, al obtener los resultados no se consideran las marcas una a una, sino globalmente.

— Conteste sinceramente; es lo mejor. No lo haga pensando en «lo que es bueno» o «lo que interesa» para impresionar al examinador.

ESPERE, NO PASE A LA PAGINA SIGUIENTE HASTA QUE SE LO INDIQUEN

1. En la actualidad mi mente trabaja muy bien y con rapidez:

   A. Sí, casi siempre **B. Algunas veces** **C. Casi nunca**

2. Me siento a gusto y contento:

   A. Casi siempre **B. Algunas veces** **C. Casi nunca**

3. Jamás me siento tan molesto o aburrido que tenga necesidad de destruir todo lo que me rodea:

   A. Cierto **B. Término medio** **C. Falso, me ocurre a menudo**

4. Las cosas me salen bien porque soy una persona echada para adelante:

   A. Cierto **B. A medias** **C. Falso**

5. Los ruidos me despiertan hasta del sueño más profundo:

   A. Sí, a menudo **B. A veces** **C. No, casi nunca**

6. Creo que soy una persona torpe y desmañada al manejar objetos:

   A. Siempre **B. A veces** **C. Casi nunca**

7. Suelo tener bastantes ganas de hacer cosas:

   A. Casi siempre **B. Algunas veces** **C. Casi nunca**

8. Me siento solo y desgraciado:

   A. Casi siempre **B. A veces** **C. Casi nunca**

9. Los sentimientos de culpabilidad:

   A. No me molestan **B. A medias** **C. Me perturban**

10. Me resulta fácil estar cariñoso, alegre y a gusto con los niños pequeños de los demás:

    A. Casi siempre **B. Algunas veces** **C. Casi nunca**

11. Critico las creencias habituales de la gente sin importarme lo que piensen de mí:

    A. Sí **B. Término medio** **C. No**

12. Casi nadie dice la verdad ni confía en lo que cuentan los demás:

    A. Cierto **B. Término medio** **C. Falso**

13. Personalmente siento que la gente:

    A. Se porta bien conmigo **B. Término medio** **C. Ha sido bastante injusta conmigo**

14. Cuando me quedo desanimado me cuesta recuperarme:

    A. A menudo **B. A veces** **C. Casi nunca**

15. Tengo la sensación de que caigo realmente bien a la mayoría de la gente que me conoce:

    A. Cierto **B. Término medio** **C. Falso**

16. A veces tengo que hablar muy despacio, como si estuviera esperando que las palabras me vengan a la lengua:

    A. Cierto **B. Término medio** **C. Falso**

NO SE DETENGA, CONTINUE EN LA PAGINA SIGUIENTE

17. Es raro que compruebe una y otra vez si he hecho correctamente una cosa:

A. Cierto **B. A medias** **C. Falso, lo hago para asegurarme**

18. Algunas ideas o palabras sin importancia me pasan por la cabeza y me están rondando una y otra vez durante días:

A. Sí, a menudo **B. Alguna vez** **C. No, muy raramente**

19. Mis emociones son tan poco lógicas que soy incapaz de controlarlas:

A. A menudo me pasa eso **B. A veces** **C. Nunca me pasa**

20. A veces siento que mis nervios están a punto de estallar:

A. Cierto **B. Término medio** **C Falso**

21. No puedo llevar al día mis tareas porque no me siento bien:

A. Me pasa eso muchas veces **B. A veces** **C. Casi nunca**

22. Ultimamente veo todo muy negro:

A. Falso **B. A medias** **C. Cierto**

23. Cuando veo una persona atrevida que se arriesga por tonterías, aunque le salgan bien:

A. No me conmuevo **B. Término medío** **C. Me conmuevo**

24. Me gustaría hacer cosas arriesgadas, como las de un piloto de carreras o de aviación:

A. Sí, mucho **B. A veces** **C. No, nada**

25. Odio la idea de tener que ir a un hospital si caigo enfermo:

A. Cierto **B. No mucho** **C. Falso, me hago a la idea**

26. Me siento triste y de mal humor:

A. Casi nunca **B. A veces** **C. A menudo**

27. Al despertarme por las mañanas, me siento sin energías para comenzar el día:

A. Cierto **B. A medias** **C. Nunca**

28. Suelo estar tan tenso y agitado que me tiemblan las manos:

A. No, casi nunca **B. Término medio** **C. Sí, a menudo**

29. Me encuentro a gusto cuando estoy solo, sin los demás:

A. Cierto **B. Término medio** **C. Falso**

30. Sé muy bien qué cosas valiosas quiero hacer en esta vida:

A. Cierto **B. A medias** **C. Falso, no lo sé**

31. Siempre hay gente poniendo reglas para fastidiarme y dejarme sin libertad:

A. Cierto **B. No estoy seguro** **C. Falso**

32. Cuando la gente me gasta bromas y dice que soy un tipo «curioso»:

A. No me importa **B. No estoy seguro** **C. Me molesta**

NO SE DETENGA, CONTINUE EN LA PAGINA SIGUIENTE

33. Comparado con los demás, tengo menos fuerza y energía para estar dos o tres días sin dormir:

A. Cierto **B. No estoy seguro** **C. Falso, me sobran energías**

34. Me llegan a cansar tanto las personas que me están molestando, que ni me preocupo de contestarles:

A. A menudo **B. Algunas veces** **C. Casi nunca**

35. A veces me han tratado mal algunos familiares o personas que creía amigos:

A. Cierto **B. No estoy seguro** **C. Falso**

36. Cuando estoy de viaje o vacaciones compruebo frecuentemente cuánto dinero me queda:

A. Falso **B. A medias** **C. Sí, lo cuento a menudo**

37. Cuando estoy en un lugar de silencio o de reposo, temo que me entren ganas de gritar:

A. A menudo **B. A veces** **C. Nunca**

38. Suelo ver el «lado alegre de la vida» y sacarle gusto a lo que hago:

A. Cierto **B. Término medio** **C. Falso**

39. Cada pocos días tengo el vientre molesto o hinchado:

A. Cierto **B. Término medio** **C. No me pasa eso**

40. Me siento débil y enfermo:

A. Casi siempre **B. A veces** **C. Casi nunca**

41. Cosas que realmente me merezcan la pena en esta vida:

A. Hay muy pocas **B. Término medio** **C. Hay muchas**

42. Cuando veo una injusticia, suelo pensar:

A. ¡No hay derecho! **B. Término medio** **C. Bueno, ¡la vida es así!**

43. En el colegio evitaba tareas en las que debía llevar la voz cantante o hacerme cargo de cosas nuevas:

A. Sí **B. A veces** **C. No**

44. Si algo me trastorna, mis músculos se tensan y están a punto de estallar:

A. Sí **B. A veces** **C. No**

45. Hay muy pocos momentos en que mi vida me parece vacía y solitaria:

A. Sí **B. A medias** **C. No, me ocurre a menudo**

46. Casi nunca tengo esos momentos en que, sin ton ni son, el ánimo y el humor se vienen abajo:

A. Cierto, no me pasa eso **B. Término medio** **C. Falso, tengo esos momentos**

47. Pensando en las cosas que debiera haber hecho:

A. A veces no puedo dormir **B. Término medio** **C. Puedo dormir tan tranquilo**

48. Me siento demasiado decaído e inútil como para querer hablar con la gente:

A. Cierto **B. Término medio** **C. Falso**

NO SE DETENGA, CONTINUE EN LA PAGINA SIGUIENTE

49. Tengo un estómago delicado, y fácilmente tengo trastornos digestivos:
A. Cierto **B. Término medio** **C. Falso**

50. Ante reglas y normas que me obliguen a algo:
A. Las acepto sin molestarme **B. Término medio** **C. Me rebelo y afirmo mis derechos**

51. Puedo soportar el dolor y las incomodidades:
A. Menos que los demás **B. No estoy seguro** **C. Tanto o más que los demás**

52. Las críticas hieren fácilmente mis sentimientos y pueden conmigo:
A. Cierto **B. A veces** **C. Falso, nunca**

53. La mayoría de las personas son amables y están dispuestas a ayudarte:
A. Cierto **B. No estoy seguro** **C. Falso**

54. Creo que la gente me evita por motivos que desconozco:
A. Falso **B. Término medio** **C. Cierto**

55. Me preocupo una y otra vez por cosas sin importancia si no están bien hechas:
A. A menudo **B. A veces** **C. No, nunca**

56. Tengo dudas de haberle sido útil a alguien en esta vida:
A. A menudo **B. A veces** **C. Estoy seguro de haber sido útil**

57. Tengo muchas y muy buenas cualidades que los demás aprecian y reconocen
A. Sí **B. Término medio** **C. No, tengo muy pocas**

58. Casi nunca me siento mal o indispuesto:
A. Cierto, no me pasa **B. Término medio** **C. Falso, me ocurre a menudo**

59. Cuando oigo hablar de una enfermedad empiezo a pensar que tengo algo parecido:
A. Casi siempre **B. A veces** **C. Casi nunca**

60. Me encuentro a gusto conmigo mismo y con lo que me rodea:
A. Cierto **B. A medias** **C. Falso, estoy harto de todo**

61. Me preocupan y pienso mucho las cosas que puedan salir mal:
A. A menudo **B. A veces** **C. Casi nunca**

62. Me siento aburrido por la rutina, y me gusta intentar cosas nuevas:
A. Cierto, a menudo **B. Término medio** **C. Falso, no me pasa eso**

63. Lo que pienso sobre lo que hacen los demás, sea bueno o malo:
A. Pocas veces lo digo **B. Término medio** **C. Lo digo abiertamente**

64. Es raro que esté tan tenso que necesite un gran esfuerzo para hacer frente a algo:
A. Cierto, casi nunca me ocurre **B. No estoy seguro** **C. Falso, me pasa eso**

NO SE DETENGA, CONTINUE EN LA PAGINA SIGUIENTE

65. Casi siempre me levanto cansado y necesitaría dormir más:

A. Cierto **B. Término medio** **C. Falso**

66. Suelo pensar que he fracasado en mis tareas:

A. No, casi nunca **B. Término medio** **C. Sí, y me siento culpable**

67. Pienso que la vida es tan absurda y sin sentido, que no merece la pena decirle a los demás cómo me siento:

A. Cierto **B. Término medio** **C. Falso**

68. Me resulta fácil hablar con la gente de cosas sin importancia pero alegres:

A. Siempre **B. A veces** **C. Nunca**

69. La gente elige sus amistades:

A. Por los beneficios que le den **B. Término medio** **C. Por verdadera amistad**

70. La gente que no tiene demasiadas «agallas» para cuidarse por sí misma debería, sin más, ser atendida por otros:

A. Cierto **B. No estoy seguro** **C. Falso**

71. Soy más feliz cuando sigo mi camino, sin prestar atención a lo que dice la gente:

A. Cierto **B. Término medio** **C. Falso**

72. No tengo momentos en los que me cueste recordar dónde estoy o el nombre de mis amigos:

A. Cierto, no tengo esos olvidos **B. Término medio** **C. Falso, me ocurre a menudo**

73. Los demás me dejan en paz en cosas que no quiero hacer:

A. Cierto **B. Término medio** **C. Falso, me obligan a hacerlas**

74. Tengo la costumbre de contar las cosas (mis pasos, farolas, ladrillos, etc.), sin ninguna razón aparente:

A. A menudo **B. A veces** **C. Raras veces**

75. Soy del tipo de personas a quien los demás suelen respetar y pedir consejo:

A. Sí **B. Término medio** **C. No**

76. Pienso que no valgo para nada:

A. Sí, muchas veces **B. A veces** **C. No, casi nunca**

77. La mayor parte del tiempo me siento flojo y tan cansado que apenas puedo moverme:

A. Cierto **B. En parte** **C. No, casi nunca**

78. Raras veces me siento harto y a disgusto con mi vida:

A. Cierto **B. Término medio** **C. Falso, a menudo me siento así**

79. Pienso que la muerte es el final de todos nuestros problemas:

A. Lo pienso a menudo **B. A veces** **C. No, casi nunca**

NO SE DETENGA, CONTINUE EN LA PAGINA SIGUIENTE

80. Estoy a disgusto hasta que encuentro algo arriesgado que hacer:

A. Sí **B. Término medio** **C. No**

81. Me gusta hacerme responsable del dinero familiar y de la marcha de los negocios:

A. Sí **B. Poco** **C. Nada**

82. Tengo confianza en mí para dar la cara y resolver la mayoría de los imprevistos que me salen al paso:

A. Cierto **B. A veces** **C. Falso**

83. Me pongo de mal humor cuando estoy decaído:

A. A menudo **B. Alguna vez** **C. Casi nunca**

84. Pienso que nadie me quiere realmente:

A. Lo pienso a menudo **B. Alguna vez** **C. Nunca**

85. Cuando pienso lo que me va a pasar por los errores que he cometido:

A. Puedo dormirme **B. Término medio** **C. No logro dormirme**

86. Mi vida está llena de momentos de alegría y animación:

A. Sí, muchos **B. Término medio** **C. No, casi ninguno**

87. Cuando he hecho alguna cosa bien, he encontrado:

A. Aliento y ánimo **B. Término medio** **C. Celos y envidia**

88. Cuando se alaba públicamente el trabajo de personas que conozco, pienso que yo valgo poco:

A. Cierto **B. Término medio** **C. Falso**

89. Siento placer ante los imprevistos y discusiones que desconciertan a los demás:

A. A menudo **B. A veces** **C. Nunca**

90. La gente murmura de las cosas atrevidas que hago, pero no me importa ser el centro de su atención:

A. Cierto **B. Sólo alguna vez** **C. Falso, me preocupa**

91. La gente parece estar de acuerdo en tratarme como si mis opiniones no valieran la pena:

A. Sí, suelen tratarme así **B. A veces** **C. No, nunca me tratan así**

92. Cuando pienso que he podido hacer algún mal sin querer a un familiar:

A. No me preocupo **B. A medias** **C. Me preocupo**

93. Pienso que hay cosas en mi vida diaria que debo hacer con precisión, no importa cuánto tiempo o trabajo me lleven:

A. Sí, me ocurre con muchas cosas **B. Sólo con una o dos** **C. Con ninguna**

94. Me decido fácil y rápidamente, y es raro que tenga que cambiar de decisión:

A. Cierto **B. Término medio** **C. Falso**

95. Tengo sólo unas pocas amistades que confían en mí y en las que yo puedo confiar:

A. Cierto, son pocas **B. Término medio** **C. Falso, tengo muchas**

NO SE DETENGA, CONTINUE EN LA PAGINA SIGUIENTE

96. Siento que la vida es una carga muy pesada:

A. Pocas veces **B. Término medio** **C. Muchas veces**

97. Ultimamente me importa un comino lo que me pueda pasar:

A. Cierto, no me importa **B. A veces** **C. Falso. me importa mucho**

98. La vida me parece ya vacía, sin sentido ni propósito:

A. Muy cierto **B. En parte** **C. Falso**

99. Me gusta estar con personas que gastan bromas, aunque éstas sean un poco peligrosas:

A. Sí, es cierto **B. Tal vez** **C. No, no me gusta**

100. Conservo la sangre fría ante un accidente grave:

A. Casi nunca **B. A veces** **C. Casi siempre**

101. Si me dicen que alguien ha hablado mal de mí, prefiero:

A. Verme con él cara a cara **B. Término medio** **C. No darme por enterado**

102. Duermo profundamente y me despierto lleno de energías:

A. Casi siempre **B. Sólo a veces** **C. Casi ningún día**

103. Suelo culparme de todo lo que me sale mal y siempre soy crítico conmigo mismo:

A. Sí, la mayoría de las veces **B. Algunas veces** **C. Nunca**

104. Me siento como si hubiera hecho algo malo, pero no sé qué ha sido:

A. Sí, a menudo **B. Alguna vez** **C. Nunca**

105. Si la gente dice que soy descuidado con la parte que me toca hacer:

A. No me importa **B. A medias** **C. Me preocupa**

106. Puedo confiar en la mayoría de los que dicen que son mis amigos:

A. Sí, completamente **B. A medias** **C. No, nada**

107. Se puede confiar en que la mayoría de los fontaneros no te cobrarán demasiado por sus servicios:

A. Cierto **B. Tal vez** **C. Falso, hay que desconfiar**

108. No me causan gran temor las enfermedades que desconozco:

A. Cierto **B. En parte, cierto** **C. Falso, me atemorizan**

109. Cuando estoy en medio de una multitud, me pone nervioso pensar que puedan lesionarme:

A. A menudo **B. A veces** **C. Casi nunca**

110. Creo ver gente observándome desde lugares ocultos, pero desaparecen cuando miro atentamente:

A. Sí, a menudo **B. Alguna vez** **C. Falso, nunca**

111. Nunca he sentido el impulso de ser violento o de llevar una vida desordenada:

A. Nunca lo he sentido **B. A veces** **C. Lo siento a menudo**

112. Cuando estoy en un lugar donde hay otros usos y costumbres:

A. Me siento perdido **B. Término medio** **C. No sé cómo actuar y me pongo nervioso**

NO SE DETENGA, CONTINUE EN LA PAGINA SIGUIENTE

113. Algunas veces creo que soy una persona sin éxito, un desastre:

A. Cierto **B. Tal vez** **C. Falso**

114. Cuando me excito pierdo la cabeza y hago tonterías:

A. Sí, a menudo **B. Sólo alguna vez** **C. No, raramente**

115. Al sentarme a la mesa, no me cuesta comer:

A. Cierto **B. Término medio** **C. Falso, me cuesta tragar comida**

116. Casi nunca deseo «¡Que se acabe ya todo!»:

A. Cierto, no lo deseo **B. Término medio** **C. Falso, lo deseo**

117. Son ya muy pocas las cosas que me apetece hacer:

A. Sí **B. Término medio** **C. No, hay muchas**

118. La vida diaria no me da oportunidades para expresarme tal como soy:

A. Sí, me falta algo **B. Término medio** **C. Falso, yo tengo oportunidades**

119. Sueño mucho sobre cosas que me dan miedo:

A. Sí, a menudo **B. A veces** **C. No, casi nunca**

120. Las ratas, arañas o culebras:

A. Me dejan tan tranquilo **B. A medias** **C. Me dan escalofríos**

121. Me preocupo porque no hago mucho por resolver mis problemas:

A. A menudo **B. A veces** **C. Casi nunca me preocupo por eso**

122. Cuando pienso en los errores que he cometido en mi vida:

A. Me siento muy mal **B. Término medio** **C. No le doy muchas vueltas**

123. En sueños, tengo pesadillas en las que estoy solo y abandonado:

A. Sí, a menudo **B. A veces** **C. Casi nunca**

124. Disfruto y me esfuerzo en salir de casa para conocer gente nueva:

A. Sí **B. A medias** **C. No**

125. En la mayoría de las ciudades pequeñas o pueblos no hay peligro de ser atacado cuando se sale a dar un paseo:

A. Cierto **B. No estoy seguro** **C. Falso**

126. Cuando hablan contigo, muchas personas intentan averiguar tus asuntos personales o negocios privados:

A. Casi siempre **B. A veces** **C. Casi nunca**

127. Me gusta que la gente esté muy en desacuerdo conmigo y lo tomo como un desafío o estímulo:

A. A menudo **B. Pocas veces** **C. Nunca**

128. Creo que recibo la simpatía y comprensión que toda persona debe esperar:

A. Sí **B. A medias** **C. No**

NO SE DETENGA, CONTINUE EN LA PAGINA SIGUIENTE

129. Nunca he sentido la sensación de que me estuvieran obligando a hacer algo mediante hipnotismo o con magia:

A. Cierto, nunca **B. A veces** **C. Falso, la he tenido**

130. Los demás nunca dicen de mí que soy demasiado ordenado, aseado y limpio:

A. Cierto **B. Término medio** **C. Falso, dicen que soy así**

131. Me pasan por la mente palabrotas o ideas sucias y no puedo librarme de ellas:

A. A menudo **B. A veces** **C. Casi nunca**

132. Tengo pocos éxitos en la vida por mi poca valía:

A. Falso **B. Término medio** **C. Cierto**

133. Me considero una persona feliz y contenta, a pesar de tener problemas como todos:

A. Cierto **B. No estoy seguro** **C. Falso**

134. No creo estar peor de salud que los demás:

A. Cierto, estoy como todos **B. No estoy seguro** **C. Falso, estoy peor que ellos**

135. Creo que he llegado al final de mi camino, y prefiero detenerme:

A. A menudo **B. A veces** **C. Casi nunca**

136. Cuando me levanto por la mañana me siento en forma para hacer frente a los problemas diarios:

A. Casi siempre **B. A veces** **C. Casi nunca**

137. Al encontrarme con peligros y problemas, las demás personas:

A. Se alteran menos que yo **B. No estoy seguro** **C. Se alteran más que yo**

138. Me siento seguro de mí y tranquilo:

A. Casi siempre **B. A veces** **C. Casi nunca**

139. Ante una emergencia, pienso con calma y serenidad:

A. Siempre **B. A veces** **C. Nunca**

140. Me siento cansado y no consigo descansar lo suficiente:

A. Casi siempre **B. A veces** **C. Raras veces**

141. Al recordar los aciertos y fallos de mi vida pasada:

A. Pienso más en los aciertos **B. Término medio** **C. Pienso más en los fallos**

142. Casi nunca tengo molestias de estómago o de vientre:

A. Cierto B. Término medio C. Falso

143. Me resulta fácil charlar y gastar bromas a una persona del otro sexo:

A. Cierto **B. A medias** **C. Falso, me cuesta hacerlo**

144. «No confíes en nadie» es una norma segura en esta vida:

A. Casi siempre **B. A veces** **C. Casi nunca**

LA PRUEBA HA TERMINADO.

COMPRUEBE SI HA CONTESTADO A TODAS LAS CUESTIONES

N.º 139

CAQ

Hoja de respuestas

Apellidos y nombre: _____ Edad: Sexo: V ó M

Centro: _____ Curso Puesto: _____

Estado civil: _____ Fecha: _____

EJEMPLOS: 1 A B C 2 A B C 3 A B C 4 A B C

	A	B	C		A	B	C		A	B	C		A	B	C		A	B	C		A	B	C		A	B	C
1				20				39				58				77				96				115				134			
2				21				40				59				78				97				116				135			
3				22				41				60				79				98				117				136			
4				23				42				61				80				99				118				137			
5				24				43				62				81				100				119				138			
6				25				44				63				82				101				120				139			
7				26				45				64				83				102				121				140			
8				27				46				65				84				103				122				141			
9				28				47				66				85				104				123				142			
10				29				48				67				86				105				124				143			
11				30				49				68				87				106				125				144			
12				31				50				69				88				107				126							
13				32				51				70				89				108				127							
14				33				52				71				90				109				128							
15				34				53				72				91				110				129							
16				35				54				73				92				111				130							
17				36				55				74				93				112				131							
18				37				56				75				94				113				132							
19				38				57				76				95				114				133							

P.D.
D1
D2
D3
D4
D5
D6
D7
PA
PP
SC
AS
PS

Copyright © 1985 by TEA Ediciones, S. A. - Adaptación de N. Seisdedos y J. M. Prieto Zamora - Con permiso de IPAT (CAQ, S. E. Krug, Institute for Personality & Ability Testing). Copyright © 1970 - Prohibida la reproducción total o parcial - Edita: TEA Ediciones, S. A.; Fray Bernardino de Sahagún, 24; 28036 Madrid - Imp.: Aguirre Campano; Daganzo, 15 dpdo.; 28002 Madrid - Depósito legal: M.-27.611-1989.

CAQ

Hoja de perfil

Apellidos/nombre _____ Edad _____ Sexo ____ Observaciones _____

Esc	PD	DE	Decatipos bajos	1	2	3	4	Promedio 5	6	7	8	9	10	Decatipos altos
D1	____	____	Contento, su mente trabaja bien, no tiene temores de salud	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	Preocupado por la salud, los desarreglos y las funciones corporales
D2	____	____	Satisfecho de la vida y sus aspectos, goza de ella	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	Insatisfecho de la vida, acoge pensamientos autodestructivos
D3	____	____	Evita situaciones con riesgos, poca necesidad de excitación	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	Incansable, busca excitación, acepta riesgos, intenta lo nuevo
D4	____	____	Sosegado, con calma en emergencias, confía en el entorno	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	Tenso, desmañado manejando algo, perturbable, sueños molestos
D5	____	____	Enérgico, muestra entusiasmo por el trabajo, sueño profundo	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	Preocupado, sin energía para actuar, sentimientos de intranquilidad
D6	____	____	No perturbado por culpabilidad o dejar algo importante por hacer	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	Autocrítico, se acusa de los errores, sentimientos de culpabilidad
D7	____	____	Relajado, considerado y animoso con las personas	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	Evita contactos interpersonales, no se halla confortable con los demás
Pa	____	____	Confiado, no le afectan los celos o pensamientos de envidia	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	Cree que se le persigue, espía, controla o maltrata
Pp	____	____	Sensato, evita implicarse en algo ilegal o romper las normas	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	No le ofenden las críticas, acepta lo antisocial en sí mismo o en otros
Sc	____	____	Evalúa con realidad a las personas, sin conductas regresivas	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	Con impulsos repentinos o incontrolados, se aleja de la realidad
As	____	____	No le molestan ideas inoportunas o hábitos compulsivos	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	Le molestan ideas repetitivas, insistentes o hábitos compulsivos
Ps	____	____	Se considera tan apto, confiable y agradable como la mayoría	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	Tímido, pierde su aplomo, con pensamientos de interioridad

1- ADOLESCENCIA
2- JUVENTUD
3- DROGADICCION
4- PERSONALIDAD
5- ABUSO DE DROGAS
6- MARIHUANA
7- DELICUENCIA JUVENIL
8- PSICOLOGIA - TESIS y DISERTACIONES ACADEMICAS