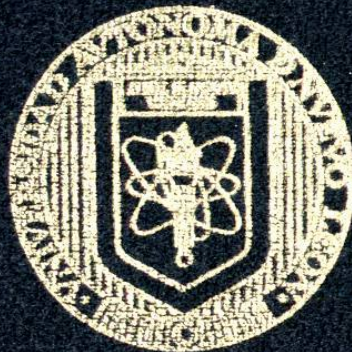


UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

**FACULTAD DE ENFERMERIA
SECRETARIA DE POSGRADO**



**ETAPAS DE CAMBIO Y AUTOESTIMA
EN ADOLESCENTES CON CONDUCTAS
DELICTIVAS**

Por

MARIA DOLORES CORONA LOZANO

**Como requisito parcial para obtener el grado de
MAESTRIA EN CIENCIAS DE ENFERMERIA
Con Enfasis en Salud Comunitaria**

AGOSTO DE 1999

TM

HV9514

.M6

C6

c.1



1080089073

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE ENFERMERIA

SECRETARIA DE POSGRADO



**ETAPAS DE CAMBIO Y AUTOESTIMA
EN ADOLESCENTES CON CONDUCTAS
DELICTIVAS**

Por

MARIA DOLORES CORONA LOZANO

**Como requisito parcial para obtener el grado de
MAESTRIA EN CIENCIAS DE ENFERMERIA
Con Enfoque en Salud Comunitaria**

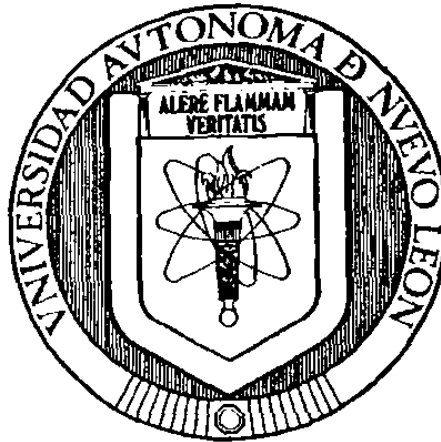
AGOSTO DE 1999

TM
HU 9514
92
M. 2
26



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

**FACULTAD DE ENFERMERÍA
SECRETARÍA DE POSGRADO**



ETAPAS DE CAMBIO Y AUTOESTIMA EN ADOLESCENTES CON CONDUCTAS DELICTIVAS

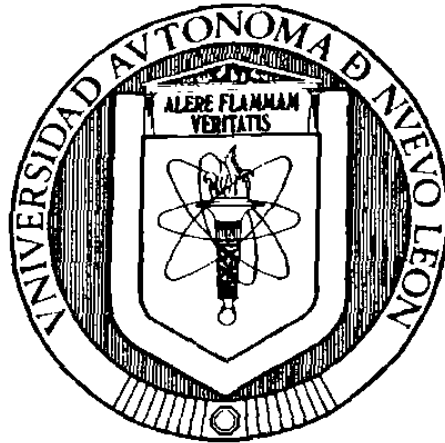
Por:

LIC. MARÍA DOLORES CORONA LOZANO

Como requisito parcial para obtener el Grado de
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA con
Énfasis en Salud Comunitaria

Agosto de 1999

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SECRETARÍA DE POSGRADO**



**ETAPAS DE CAMBIO Y AUTOESTIMA
EN ADOLESCENTES CON CONDUCTAS DELICTIVAS**

Por:

LIC. MARÍA DOLORES CORONA LOZANO

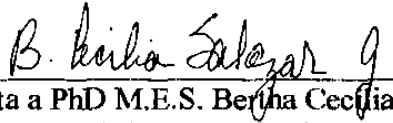
Como requisito parcial para obtener el Grado de
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA con
Énfasis en Salud Comunitaria

**DIRECTOR DE TESIS:
CANDIDATA PhD, M.E.S. BERTHA CECILIA SALAZAR
GONZÁLEZ**

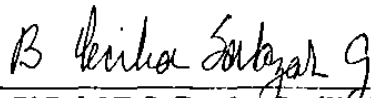
Agosto de 1999

ETAPAS DE CAMBIO Y AUTOESTIMA EN ADOLESCENTES CON
CONDUCTAS DELICTIVAS

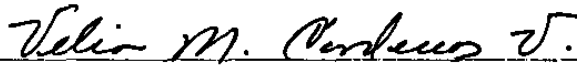
Aprobación de Tesis



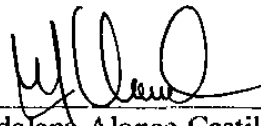
Candidata a PhD M.E.S. Bertha Cecilia Salazar González
Director de Tesis



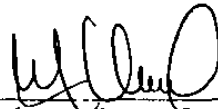
Candidata a PhD M.E.S. Bertha Cecilia Salazar González
Presidente



M.E. Velia Margarita Cárdenas Villarreal
Secretario



M.S.P. Magdalena Alonso Castillo
Vocal



M.S.P. Magdalena Alonso Castillo
Subdirector de Posgrado e Investigación

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Autónoma de Nuevo León, especialmente al Departamento de Intercambio Académico y a la Lic. Ma. Guadalupe Martínez de Dávila, Directora de la Facultad de Enfermería por su apoyo y confianza.

A la Candidata a PhD, M.E.S. B. Cecilia Salazar González, gracias maestra, por que no fue solo mi asesora, sus conocimientos, apoyo, comprensión, motivación y amistad fueron decisivos para la realización de este trabajo.

A la Dra. Esther Gallegos C., M.S.P. Magdalena Alonso C., y a la M.E. Velia M. Cárdenas, por sus valiosas sugerencias en el desarrollo de este estudio.

Al Lic. Héctor M. Gutiérrez, Presidente del Consejo Estatal de Menores; Dr. Arnulfo Treviño, Presidente del Consejo Técnico y a todo el personal encargado del tratamiento y seguridad de los adolescentes del Consejo Estatal de Menores de Monterrey, N.L., mil gracias, por su ayuda, apoyo y confianza para llevar a cabo el presente trabajo.

Al Ing. Francisco Barrera Cumming persona muy especial que me enseñó a no ser conformista y luchar hasta alcanzar lo que se desea.

A la Lic. Ma. Del Refugio Durán López y al Lic. Lucio Rodríguez Aguilar, por su amistad, motivación y apoyo en el momento que más lo he necesitado.

A la Lic. Ma. Luisa Chávez Aguilera, mi reconocimiento por que fue en su trabajo en el que me inicié en la investigación, naciendo en mi el interés por conocer más el área de los adolescentes y sus problemas.

A mis compañeras auxiliares de investigación: Chaguis, Lupita Moreno, Lupita Márquez, Rossy Escamilla, por su apoyo técnico y emocional que siempre se dejó sentir.

A Claudia Coronado y a Marlen mis dos confidentes.

A todo el personal administrativo y docente de los Departamentos de Posgrado y Pregrado de la Facultad de Enfermería.

A todas y cada una de las personas que de una y otra manera contribuyeron en la realización de este trabajo.

DEDICATORIA

A DIOS NUESTRO SEÑOR.

A MIS PADRES POR SU AMOR, DEDICACIÓN Y PACIENCIA.

A MI ESPOSO

A MIS HIJOS SAUL Y YELILE

**A MIS HERMANOS: MAGDALENA, BLANCA, LUPITA Y JESÚS.
A IRENE, GERMÁN Y SANTIAGO
A TODOS MIS SOBRINOS**

**A todos por el tiempo que nos les di y las veces que abusé de su cariño,
amor y dinero
para sacar adelante mi carrera.**

A TODOS LOS AMO.

RESUMEN

María Dolores Corona Lozano

Fecha de Graduación: Agosto 1999

Universidad Autónoma de Nuevo León

Facultad de Enfermería

**Título del Estudio: ETAPAS DE CAMBIO Y AUTOESTIMA EN
ADOLESCENTES CON CONDUCTAS DELICTIVAS**

Número de Páginas: 60

**Candidato para el grado de Maestría en
Ciencias de Enfermería con Énfasis en
Salud Comunitaria**

Área de Estudio: Salud Comunitaria.

Propósito y Método de Estudio: Los propósitos de este estudio fueron describir el perfil de los adolescentes con conductas delictivas y explorar la relación entre las etapas de cambio de conducta delictiva y autoestima en una muestra cautiva de adolescentes. Se utilizó como marco teórico un modelo de enfermería (Modelo de Adaptación de Roy), que describe a la persona como un sistema adaptativo que responde a estímulos ambientales. El tipo de estudio fue descriptivo y correlacional. El marco muestral lo constituyeron los adolescentes adscritos a una institución encargada de sancionar y dar tratamiento a los menores infractores. El tipo de muestreo fue no probabilístico estratificado, según las siguientes categorías; 186 internos, 95 de tratamiento externo y 8 de seguimiento; en total fueron 289 sujetos. El tamaño de muestra se calculó con un nivel de significancia de .05 y un poder de .85. Para la obtención de datos se utilizaron tres instrumentos, a) cédula de identificación, elaborada por la autora, b) Autoestima de Rosenberg (1965) y c) Etapas de Cambio de Lerner (1990).

Contribuciones y Conclusiones: La edad promedio fue de 16 años, el 95 por ciento de la muestra lo constituyeron los varones, la media de escolaridad fue de 6.5 años, el 80 por ciento se clasificó en el estrato socioeconómico bajo-medio bajo y el 78 por ciento procedía de Monterrey. Las conductas delictivas que más se registraron fueron el robo simple y con violencia (48 por ciento), las lesiones y portación de armas (17%) y el homicidio (12%). La conducta delictiva mostró asociación significativa con las variables procedencia y con el estrato socioeconómico: $p < .001$ y $p = .01$, respectivamente. El coeficiente de correlación de Spearman reveló asociación positiva y significativa entre el autoestima y las etapas de cambio de conducta $r_s = .232$ ($p < .001$), lo anterior significa que a mayor autoestima mayor disposición al cambio de conducta. Se aplicó la prueba U de Mann-Whitney, para conocer las diferencias entre el nivel de autoestima de los adolescentes clasificados en la primera etapa de cambio (más baja) con los adolescentes en el resto de las etapas; esto mostró significancia ($p = .03$); el rango medio más bajo de autoestima lo obtuvieron los adolescentes de la primera etapa. La prueba de Kruskal Wallis reveló que existe efecto de las siguientes variables demográficas con autoestima: edad ($p = .05$), escolaridad ($p = .01$), estrato socioeconómico ($p = .02$) y procedencia ($p = .01$); y con etapas de cambio el estrato socioeconómico ($p < .001$); procedencia ($p = .04$) y ocupación del adolescente ($p = .02$). Se concluye que existe relación entre los estímulos contextuales y el estímulo focal y entre algunos estímulos contextuales (edad, escolaridad, estrato socioeconómico y procedencia) con el mecanismo cognitivo (etapa de cambio) y la respuesta (autoestima). El modelo de enfermería resultó de utilidad en esta investigación.

FIRMA DEL DIRECTOR DE TESIS

B. Cecilia Salazar G.

TABLA DE CONTENIDO

Capítulo	Página
I INTRODUCCIÓN	
1.1 Planteamiento del Problema.....	4
1.2 Hipótesis.....	7
1.3 Objetivo General.....	8
1.4 Importancia del Estudio.....	9
1.5 Limitaciones del Estudio.....	10
1.6 Definición de Términos.....	10
II MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL	
2.1 Modelo de Adaptación de Roy.....	12
2.1.1. Mecanismos de Enfrentamiento.....	13
2.1.2. Autoconcepto.....	14
2.1.3. Etapas de Cambio.....	15
2.2 Estudios Relacionados.....	20
2.2.1. Cambio de Conducta.....	20
2.2.2. Autoestima.....	21
2.2.3. Estímulos Contextuales.....	22
III METODOLOGÍA	
3.1 <i>Diseño</i>	23
3.2 Población.....	24
3.2.1. Muestreo y Muestra.....	24
3.3 Material.....	24
3.4 Procedimiento.....	26
3.5 Análisis de Datos.....	27
3.6 Ética.....	27
IV RESULTADOS	
4.1 Estadística Descriptiva.....	29
4.1.1. Características de la Población Estudiada.....	29

4.1.2	Datos de los Padres de los Adolescentes.....	34
4.1.3	Descripción del Autoestima de los Adolescentes.....	34
4.1.4	Descripción de las Etapas de Cambio de los Adolescentes....	35
4.2	Estadística Inferencial.....	36
4.2.1.	Asociaciones.....	37
4.2.2.	Prueba de Diferencia de Rangos Medios.....	38
V	DISCUSIÓN	
5.1.	Conclusiones.....	46
5.1	Recomendaciones.....	47
	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	48
APENDICES		
APÉNDICE A	CEDULA DE IDENTIFICACIÓN.....	53
APÉNDICE B	AUTOESTIMA.....	54
APÉNDICE C	ESCALA DE ETAPAS DE CAMBIO DE CONDUCTA.....	55
APÉNDICE D	RESUMEN AUTOBIOGRÁFICO.....	60

LISTA DE TABLAS

Tabla		Página.
1	Estadística descriptiva de Edad y Escolaridad.....	30
2	Sexo, Estrato Socioeconómico y Lugar de Procedencia de los Adolescentes.....	30
3	Tiempo de Recibir Tratamiento y Número de Veces que ha Recibido Tratamiento.....	33
4	Motivo por el que Reciben Tratamiento los Adolescentes.....	33
5	Ocupación del Padre y la Madre de los Adolescentes	34
6	Etapas de Cambio de Conducta Delictiva y Categorías.....	35
7	Motivos Expresados por los que han Adoptado Conductas Delictivas.....	36
8	Prueba de Normalidad para Estímulos Contextuales.....	37
9	Prueba de Chi Cuadrada entre Procedencia, Estrato Socioeconómico y la Conducta Delictiva.....	39
10	Diferencia de Rangos Medios entre Adolescentes en Etapa de Precontemplación y el Resto.....	40
11	Kruskal-Wallis para Estímulos Contextuales, Autoestima y Etapas de Cambio de Conducta.....	41
12	Rangos Medios de Autoestima y Etapas de Cambio por Variables Demográficas.....	43

LISTA DE FIGURAS

Figura		Página
1	La Persona como un Sistema Adaptativo.....	14
2	Operacionalización de Variables.....	19
3	Ocupación de los Adolescentes antes de estar Adscritos a la Institución.....	31
4	Tipo de Familia de los Adolescentes.....	32
5	Tipo de Categoría de Adscripción.....	32

CAPÍTULO 1

INTRODUCCIÓN

La delincuencia se ha convertido en una enfermedad social de las grandes ciudades. Las conductas delictivas repercuten negativamente en un sinnúmero de consecuencias entre las que destaca el daño a la salud física y mental del individuo así como a su familia y la sociedad. Los actos violentos constituyen en muchas ocasiones actos delictivos, los cuales van desde la pinta de paredes y daños en propiedad ajena hasta actos criminales (Organización Panamericana para la Salud, 1996).

La mayoría de los actos violentos en esas ciudades son llevados a cabo por adolescentes en edades entre 12 y 19 años. El Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI, 1995) reporta que la población en este grupo de edad en la República Mexicana es de 20,812,119 (22 %). El 24 por ciento de la población total de Nuevo León, México (755,409) es adolescente.

Las tasas de prevalencia e incidencia de actos delictivos varían en cuanto a edad, sexo y estrato socioeconómico. La mayor parte de los adolescentes que muestran conductas delictivas son varones con edad promedio de 16 años y suelen tener mayor cantidad de problemas emocionales que los que no delinquen (Medina-Mora, 1995).

De acuerdo con el Consejo Estatal de Menores de Monterrey, N.L. (1994) el 28.6 por ciento de los varones que ahí se encontraban fueron internados por actos contra la salud, el 20.5 por ciento por pandillerismo, 20 por ciento por robo y el restante 27.9 por

ciento por otras infracciones tales como lesiones y atentados al pudor, entre otras. Las principales causas de internamiento en las mujeres fueron fugarse del hogar, mala conducta y vagancia. El costo de los programas a los que se somete al adolescente para tratar de cambiar las conductas delictivas es muy alto para la sociedad y el gobierno. Se conoce que el 60 por ciento de ellos reincide (Centro de Integración Juvenil, 1995).

Los jóvenes viven en un mundo donde las reglas que se aplican a toda la sociedad son elaboradas por los adultos; los padres esperan que sigan sus normas sin tomar en cuenta a los hijos, lo que provoca a veces frustraciones en los adolescentes. Algunos tienden a refugiarse en cualquier tipo de conductas alternativas para desenvolverse y actuar de acuerdo a sus propias reglas y no a las impuestas por los que ejercen el poder (Encinas García, 1993).

El adolescente por naturaleza propia ama la aventura, encuentra excitante experimentar riesgos, es inestable e impulsivo, siente la necesidad de ser independiente y de adquirir valor ante los demás. Para él es muy importante cómo lo perciben sus familiares y las personas que lo rodean, de esta percepción depende en parte el nivel de autoestima en el que se encuentra, es muy sensible a las sugerencias de la sociedad, y tiende a formar grupos; todo esto forma parte del desarrollo normal de esta edad. El adolescente puede pasar de la inocencia al delito como una respuesta de adaptación a los estímulos internos o externos que recibe, y esto se convierte en problema cuando el adolescente con estas acciones empieza a dañar a terceras personas o a él mismo.

Existen factores que pueden contribuir a la delincuencia juvenil, tales como el ambiente familiar, el entorno y las amistades. La etapa de adolescencia es bien conocida como la etapa en la que se define la identidad de uno mismo y el ser reconocido por las personas que lo rodean aumenta su autoestima. El autoestima, definido como la autopercepción de lo que uno vale como persona en comparación con los demás, es importante para confiar en uno mismo. Esto a su vez trae aparejados aspectos positivos como ser emprendedores, productivos, entre otros. El aspecto contrario, una baja autoestima, se ha asociado con conductas negativas entre las que se encuentra la

delincuencia. Algunos adolescentes llevan a cabo conductas delictivas para sentirse apoyados, para ser alguien, para "rifar" cuando menos en la banda (López Castro, 1987). El 60 por ciento de ellos exhiben conductas delictivas categorizadas como delitos criminales (Achenbach & Edelbrock, 1981; Farrington, 1983; 1987).

Los individuos que intentan cambiar una conducta nociva pasan por varias etapas (Anderson, 1996). Prochaska y DiClemente (1982) señalan que el cambio de conducta no se da en forma lineal sino en espiral, con altas y bajas. Dichas altas y bajas se dan por causas multifactoriales que hacen a la persona perder algo de lo que ganó y en algunas ocasiones adoptar de nuevo la conducta nociva que había sido superada (Lerner, 1990).

Uno de los temas de interés de este estudio, las conductas delictivas, se puede ubicar dentro del dominio de enfermería ya que el Consejo Internacional de Enfermeras (ICN) lo reconoce como un problema que afecta a la sociedad. La Asociación Nacional de Enfermeras de Diagnósticos de Enfermería (Carpenito, 1996) señala el incremento de violencia como un diagnóstico de enfermería. La Organización Panamericana de Salud (1996) emitió un documento en el que consideró que las conductas delictivas casi siempre se acompañan de conductas violentas, por lo que se les considera un problema de salud pública de gran magnitud y relevancia en la región de las Américas y estimaron que el sector salud debe contribuir a la búsqueda de soluciones y aplicación de medidas preventivas y de control para todas las formas de violencia.

La enfermera comunitaria como miembro del equipo de salud puede promover el estudio de la violencia y su relación con las conductas delictivas con un enfoque epidemiológico y su vinculación con los grupos afectados (OPS, 1996). Las asociaciones de enfermería han expresado su interés en ayudar a prevenir la violencia en conjunto con las escuelas alternativas (Center for Disease Control and Prevention Division of Violence Prevention, CDC'S, 1996) tales como los centros de rehabilitación para menores.

La enfermera comunitaria puede contribuir particularmente en la identificación de la etapa de cambio de conducta en la que se encuentran los adolescentes que han delinquido y se encuentran recibiendo algún tipo de tratamiento en instituciones para menores infractores, así como en grupos de adolescentes de alto riesgo en las comunidades, para implementar estrategias que los ayuden a concientizarse acerca de los riesgos a los que se exponen de continuar con esas conductas, tales como la pérdida de la salud física y mental de ellos mismos y de sus familias. Pueden promover también programas preventivos entre padres e hijos que ayuden a reforzar el autoestima de los preadolescentes.

Otra contribución es a través de la referencia a niveles de atención especializada para que los adolescentes sean tratados a tiempo y con ello baje la probabilidad de la reincidencia y consecuentemente los gastos que la delincuencia causa al gobierno y a la sociedad, así como a la familia. Para ello, es importante conocer primero el nivel de autoestima y en qué etapa de cambio de conducta delictiva se encuentran los adolescentes con conductas delictivas.

El Modelo de Adaptación (Andrews & Roy, 1991) ayuda a guiar la investigación del fenómeno de interés. Dicho modelo refiere al individuo como un sistema adaptativo que recibe estímulos, los procesa y emite una conducta. Por lo tanto, el propósito del estudio fue explorar la relación entre las etapas de cambio de conducta delictiva y el autoestima, en una muestra cautiva de adolescentes. Para tal fin se propuso un estudio descriptivo correlacional.

1.1 Planteamiento del Problema

El desarrollo del adolescente se ve afectado por diversidad de estímulos ante los cuales se puede o no adaptar. En los últimos años se ha visto un aumento en la incidencia de la delincuencia, en algunas ocasiones con un componente de violencia en

las calles, escuelas urbanas y suburbanas, así como en las zonas rurales y citadinas entre las que se encuentran el Distrito Federal y Monterrey (Encinas, 1994).

La conducta delictiva es un problema serio y costoso para los gobiernos, ya que demanda una mayor atención tanto de la sociedad como de parte de los trabajadores de salud por ser considerada una enfermedad social, producida por la urbanización, la industrialización, la emigración y los diferentes conflictos de la dislocación de la comunidad urbana (Encinas, 1994). Se considera enfermedad social dado que daña la salud mental de las personas y sociedades que padecen los actos delictivos. Se afecta de manera importante la salud mental y la física del adolescente que delinque y que frecuentemente hace uso de sustancias, lo que produce respuestas no adaptativas.

En la experiencia clínica comunitaria de la autora de este estudio, día a día se ve que va en aumento el número de adolescentes que acuden a los centros comunitarios con problemas de salud (violaciones, heridas, lesiones, intoxicaciones) a consecuencia del consumo de drogas, riñas, robos, entre otros.

Como ya se señaló el Modelo de Adaptación de Roy (1991) ayuda a explicar el fenómeno de interés. Roy describe al individuo como un sistema adaptativo que recibe estímulos del medio ambiente, mismos que son procesados por dos mecanismos, el regulador y el cognitivo, y da como resultado respuestas o modos, ya sean adaptativas o no adaptativas. Las respuestas o modos descritos por Roy son: el fisiológico, autoconcepto, interdependencia y rol funcional.

Diversos autores han relacionado la delincuencia con factores o estímulos familiares. Aparicio y Ramponi (1984) mencionan que las familias pasan por un proceso de adaptación en su forma de vida al emigrar a las grandes ciudades. El padre tendrá otro tipo de trabajo, la madre trabajará dentro o fuera de la casa y las formas de interacción comunitaria serán diferentes a las de su lugar de origen, lo que genera la entrada a un proceso de transculturación. Ramírez (1977) asegura que los niños mexicanos que no cuentan con la supervisión materna y carecen de la figura paterna, o

bien ésta es eventual o transitoria, se encuentran totalmente desolados o desprotegidos contra todas las inclemencias del exterior; la calle se convierte en su escuela. Este puede ser el caso de algunos adolescentes con conductas delictivas.

Los adolescentes de estrato socio económico bajo muestran mayores índices de arresto y son más frecuentemente colocados en las correccionales (Gold y Reimer, 1975). Entre los factores familiares que pueden predecir las actividades delictivas subsecuentes se señalan la estructura y las relaciones familiares. Estos autores reportan que los delincuentes adolescentes creen que no son amados ni apreciados por sus padres; lo anterior hace suponer que, como resultado de esta creencia, los adolescentes tienen baja autoestima.

En otro orden de ideas, los gobiernos intentan atacar o resolver la problemática de la delincuencia juvenil estrechamente relacionada al uso de sustancias. Esto último le agrega complejidad, sin embargo, algunos adolescentes sí cambian, o sea que abandonan las conductas delictivas. El fenómeno de cambio de conducta delictiva (Anderson, 1996) se da por etapas, los adolescentes inician por darse cuenta que hacen daño, ya sea a ellos mismos o a terceras personas, y luego visualizan los pros y contras de cambiar la conducta.

Generalmente las personas empiezan a experimentar los cambios por períodos cortos hasta que logran modificar por completo la conducta (Prochaska & DiClemente, 1982; 1984; 1985; 1988; 1997). Dichos autores reportaron los procesos que siguen las personas que intentan cambiar algunas conductas problemáticas. Identificaron cuatro etapas: a) la precontemplativa, b) contemplativa, c) de acción, y d) de mantenimiento. Señalan que el avance de las etapas de cambio no se da de una forma continua, sino que se puede estancar, avanzar o regresar al punto inicial.

Diversos autores han relacionado la baja autoestima con problemas como el uso de sustancias, pandillerismo y peleas (Nazar y Cols. ,1992; Medina y Mora, 1995; Boyd 1995; Wasson, 1995). McKaing (1989) observó la relación del autoestima y las

conductas de salud presentes en el adolescente; reportó una correlación positiva entre el autoestima y las perspectivas futuras. Otro hallazgo del estudio fue que a menor autoestima más conductas de salud negativas.

En un estudio hecho en Monterrey, N.L. por el Centro de Integración Juvenil (1995) se reportó que el consumo de drogas se ha incrementado en los jóvenes; se mostró la dificultad que estos muchachos tienen para llevar a cabo el proceso de maduración e integración social por que se identifican con figuras agresivas, tales como los prototipos de violencia cinematográfica.

De acuerdo a los datos antes mencionados y con base en el Modelo de Adaptación de Roy, se pretende describir los niveles de autoestima de los adolescentes y su relación con las etapas de cambio de conducta. Cabe aclarar que dicho modelo postula que los estímulos del ambiente al ser procesados por la persona dan como resultado modos o respuestas adaptativas o ineficaces, sin embargo, como no se cuenta con criterios para precisar si el nivel de autoestima del adolescente mexicano es adaptativo o ineficaz, en este estudio solamente se describió el nivel de autoestima sin precisar si es adaptativo o no. Para tal fin se planteó la siguiente pregunta de investigación:

¿Qué relación existe entre la etapa de cambio de conducta delictiva del adolescente adscrito a una institución de rehabilitación y su autoestima?

1.2 Hipótesis

H1: Cuando menos uno de los estímulos contextuales (sexo, edad, ocupación, estrato económico, lugar de residencia, procedencia, tipo de familia, escolaridad y ocupación de los padres) se asocia con el estímulo focal o conducta delictiva de los adolescentes.

H2: Las etapas de cambio de conducta se relacionan con el nivel de autoestima de los adolescentes que han delinquido.

H3: Los adolescentes con conductas delictivas que se encuentran en la etapa de cambio precontemplativa son diferentes al resto, en términos de su autoestima.

H4: Existe efecto de cuando menos uno de los estímulos contextuales (sexo, edad, ocupación, estrato económico, domicilio, procedencia, tipo de familia, escolaridad y ocupación de los padres) sobre el autoestima y las etapas de cambio.

1.3 Objetivo General

1.- Identificar las etapas de cambio de conducta y nivel de autoestima en que se encuentran los adolescentes adscritos a un centro de rehabilitación social.

Objetivos Específicos

1. Describir el perfil de los adolescentes con conductas delictivas.
2. Identificar las proporciones de adolescentes en las diferentes etapas de cambio de conducta delictiva.

1.4 Importancia del Estudio.

La importancia de este estudio se centra en la aplicación de algunos conceptos y postulados del Modelo de Adaptación (Roy, 1991). Los conceptos aplicados fueron: el estímulo focal, representado para este estudio por la conducta delictiva, los estímulos contextuales, representados por la demografía; el mecanismo de enfrentamiento cognitivo, representado por las etapas de cambio de conducta, y la respuesta de autoconcepto, representado por el autoestima. Los postulados que se exploraron fueron los siguientes: “Los estímulos contextuales afectan al estímulo focal. Los estímulos contextuales influyen, a su vez, en la manera en que la persona enfrenta el estímulo focal y por lo tanto en la respuesta” (Roy, 1991, p. 8-9). Los datos de este estudio apoyaron dichos postulados y de acuerdo a Fawcett y Tulman (1990) agregan credibilidad al modelo y por lo tanto a la disciplina de enfermería.

Se aporta al conocimiento de la enfermería comunitaria al describir las etapas de cambio en los adolescentes que han delinuido. Ello permite comprender que los adolescentes se encuentran con mayor o menor disposición al cambio de conducta delictiva y en consecuencia si es pertinente o no dialogar con ellos.

Los datos de este estudio podrán servir como marco de referencia para la aplicación de estrategias por parte de las autoridades del centro de rehabilitación que apoyen el cambio de conducta de los adolescentes según la etapa en que éstos se encuentren. Las estrategias acordes a la etapa de cambio del adolescente tienen mejores probabilidades de éxito (Prochaska & DiClemente 1985) en comparación a estrategias generales que no consideran las intenciones particulares de cada quién.

1.5 Limitaciones del Estudio

La selección de la muestra fue por conveniencia, no probabilística; no permite generalizar los resultados.

Al momento de la aplicación de los instrumentos siempre estuvo presente algún tipo de personal de la institución; este hecho, aunado a la baja escolaridad de los integrantes de la muestra, podría ser considerado como un sesgo para los resultados.

1.6 Definición de Términos

Conducta Delictiva: Actos de los adolescentes que dañan a la sociedad o a ellos mismos, son sujetos a sanciones por las autoridades de acuerdo a su gravedad, las que van desde reparación de daño, amonestación, hasta internamiento en un centro de readaptación social. Este concepto representa el estímulo focal del Modelo de Adaptación de Roy.

Estímulos Contextuales: Factores ambientales y personales en los que las personas no tienen centrada su atención, tales como: edad, sexo, ocupación del adolescente, ocupación del padre, ocupación de la madre, domicilio, lugar de procedencia, estrato socioeconómico, tipo de familia, escolaridad del padre, escolaridad de la madre y escolaridad del adolescente.

Etapas de Cambio: Períodos o estadios por los que pasan los individuos al tratar de cambiar una conducta. Las etapas reflejan las estrategias de pensamiento (juicio y emotividad) así como las actividades que utilizan las personas, y son las siguientes: precontemplativa, contemplativa, preparación, acción y mantenimiento. Este concepto

representa el mecanismo cognoscitivo del Modelo de Adaptación de Roy. El esquema de operacionalización de estos términos se puede ver en la figura No. 2.

Autoestima: Es la percepción individual de la propia valía como persona, se considera un reflejo del autoconcepto y se expresa a través de opiniones sobre sí mismo.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

2.1 Modelo de Adaptación de Roy

En este capítulo se describe brevemente el modelo de adaptación de Roy. Los conceptos seleccionados para el estudio son: estímulo focal, estímulos contextuales, mecanismo cognoscitivo y autoconcepto.

El modelo de adaptación de Roy se basa en dos grandes teorías, la de Adaptación de Helson, que propone que las respuestas de los individuos se dan en función de estímulos estresantes y de su nivel adaptativo, entendido éste como “un proceso de respuesta positiva a las modificaciones del entorno”; y la Teoría General de Sistemas de VonBertalanffy (citado por Blue, Brubaker, Fine y Lrisch, 1995) de la cual se retoma la idea de que la persona es un sistema adaptativo.

Roy retoma lo anterior en su modelo teórico llamado de Adaptación y describe a la persona como un sistema adaptativo que responde a estímulos del ambiente (entradas) que generan un nivel de adaptación (salidas). El ambiente se entiende como todo estímulo que afecta a la persona hacia la generación de una respuesta adaptativa. Reconoce tres clases de estímulos: a) estímulos focales: Son estímulos internos o externos que atraen la atención de la persona y la confrontan de manera inmediata; b) estímulos contextuales: Son estímulos presentes en una situación en los cuales la persona

no tiene centrada ni su atención ni su energía; c) estímulos residuales: Son factores ambientales cuyos efectos e influencia no son del todo claros y conscientes para la persona, pero pueden afectar su conducta.

Los estímulos son entradas del sistema y requieren, según los supuestos de Roy, que el individuo los procese a través de dos mecanismos de enfrentamiento: el cognitivo y el regulador. El cognitivo es adquirido, es el encargado de recibir la información de los estímulos internos y externos que implican factores psicológicos, sociales, físicos y fisiológicos; este mecanismo responde a través de cuatro canales cognoscitivos /emocionales: de percepción/información, el aprendizaje, el juicio y las emociones. El mecanismo regulador es inherente a la naturaleza humana y procesa los estímulos a través de las glándulas endocrinas.

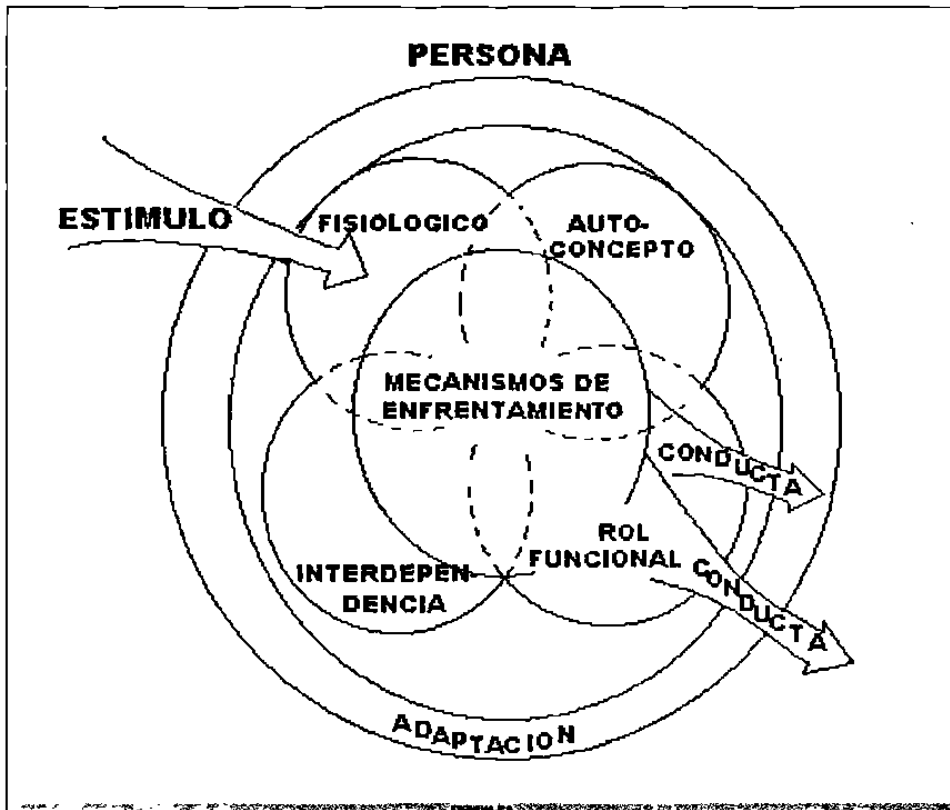
2.1.1. Mecanismos de Enfrentamiento

Los mecanismos de enfrentamiento, el cognitivo y el regulador, moderan la conducta y mantienen la adaptación ante los cambios del medio. a través de cuatro respuestas o modos: el fisiológico, autoconcepto, rol e interdependencia, mismos que se interrelacionan y superponen; de esta manera, un estímulo puede tener efecto sobre otros modos. Estos modos son las respuestas observables de los procesos dados en los mecanismos regulador y cognoscitivo anteriormente citados (Roy y Andrews, 1991).

Una vez movilizados los modos, se cubren las necesidades de cada uno, mismos que Roy define en términos de integridad y entonces se generan conductas adaptativas que promueven la integridad de la persona para alcanzar los propósitos de la existencia humana: supervivencia, crecimiento, desarrollo y reproducción (salud). En consecuencia, la persona al adaptarse a los estímulos queda en libertad para centrar su atención y energía en otros estímulos y conservar la salud. La falta de integración

representa la falta de salud. Las relaciones conceptuales del modelo se presentan en la figura 1.

Figura 1
La Persona como un Sistema Adaptativo



Tomado del Modelo de Adaptación de Roy
Roy, C. Andrews, H.A. (1991) The Roy Adaptation Model: The Definitive Statement. Norwalk, Connecticut: Appleton & Lange.

2.1.2. Autoconcepto

Roy y Andrews (1991) definieron el autoconcepto como la necesidad de conocer quién se es, en el marco de las creencias y sentimientos de la persona, para que alcance su integridad psíquica, entendida como la necesidad de saber quién es uno mismo y

existir en un sentido de unidad. El autoconcepto se conforma de percepciones internas y externas a través de otros, características que le proveen, primero, de dirección para los comportamientos y segundo, le producen gratificación y satisfacción (Fawcett y Tulman, 1990).

El autoestima o percepción individual de la valía es inherente al autoconcepto, según las autoras, considerando el nivel de auto estima como un reflejo del autoconcepto, y que las conductas relacionadas proveen “insights” hacia la adaptación. El autoestima es uno de los tantos factores que determinan las conductas, las expectativas, la competitividad, influencia y complementariedad entre los roles (Stuart y Sundeen, 1979).

Durante la adolescencia el autoestima presenta una gran amenaza, dado que es un tiempo en que el concepto de sí mismo está modificado por muchas autodecisiones y necesidades creadas por otros. El adolescente decide cuál es su propio nivel de valía y a partir de ello modifica sus actividades y relaciones.

2.1.3 Etapas de Cambio

El concepto de etapas de cambio descrito por Prochaska & DiClemente (1984) se ha identificado como una instancia del mecanismo de enfrentamiento cognitivo del modelo de Roy. El modelo tansteórico o de etapas de cambio de conducta es un modelo integrativo y comprensible (Prochaska & DiClemente, 1984), se desarrolló a partir de la investigación del proceso que siguen las personas cuando deciden cambiar una conducta problema, por ejemplo el fumar, el abuso de sustancias, el sobrepeso y el sexo seguro, entre otras.

Una de las premisas centrales del modelo es que las personas pasan por una serie de etapas cuando ellas deciden cambiar una conducta. Este es un proceso de largo plazo,

dinámico e individual que se da en forma de espiral, con altas y bajas debido a las tentaciones que se presentan y en las cuales los individuos caen algunas veces, lo que a su vez les permite ir aprendiendo de sus experiencias. Lerner (1990) aplicó este modelo como un esfuerzo para entender el autocambio de los adolescentes con conductas delictivas.

En este modelo se identifican cinco etapas cualitativas: precontemplación, contemplación, preparación, acción, y mantenimiento. Estas etapas representan estadios temporales por los que pasan los individuos en el proceso de cambio de conducta, el cambio de una etapa a otra puede durar hasta seis meses, por lo que el proceso de cambio de conducta total tiene una duración promedio de dos años.

A continuación se describen cada una de estas etapas:

Precontemplación: Identifica a los que no ven la necesidad del cambio y se resisten a la persuasión, casi siempre están a la defensiva y no aceptan que su conducta es un problema que deban cambiar.

Contemplación: Sitúa a las personas que piensan seriamente en un cambio de conducta y comienzan a ver los beneficios del cambio, pero aún no han iniciado las acciones.

Preparación: La persona está considerando y planeando cambiar la conducta en el futuro próximo y ya ha tomado algunas medidas hacia el cambio.

Acción: En esta etapa se encuentran las personas que ya han iniciado las acciones para el cambio de conducta; comienzan haciendo pruebas primeramente por unas horas, después por días y más tarde por meses.

Mantenimiento: La persona dejó atrás su conducta problema (continúa con las acciones por más de seis meses) y cuida que ese cambio perdure evitando las recaídas.

Durante esta etapa el riesgo mayor son las enfermedades emocionales tales como la ansiedad, depresión y el estrés.

2.1.3. Conceptos seleccionados del Modelo de Adaptación de Roy

Los conceptos de la Teoría de Roy que se usaron en este estudio, así como su operacionalización se encuentran esquematizados en la figura No. 2. Enseguida se describe dicha operacionalización.

Estímulo Focal. Como ya se señaló, el estímulo focal es cualquier estímulo externo o interno que atrae la atención y la energía de la persona en un momento dado. El estímulo focal en este estudio estuvo representado por la conducta delictiva del adolescente. Esta variable se obtuvo del registro de la institución de rehabilitación social y se operacionalizó a través de la cédula de registro institucional.

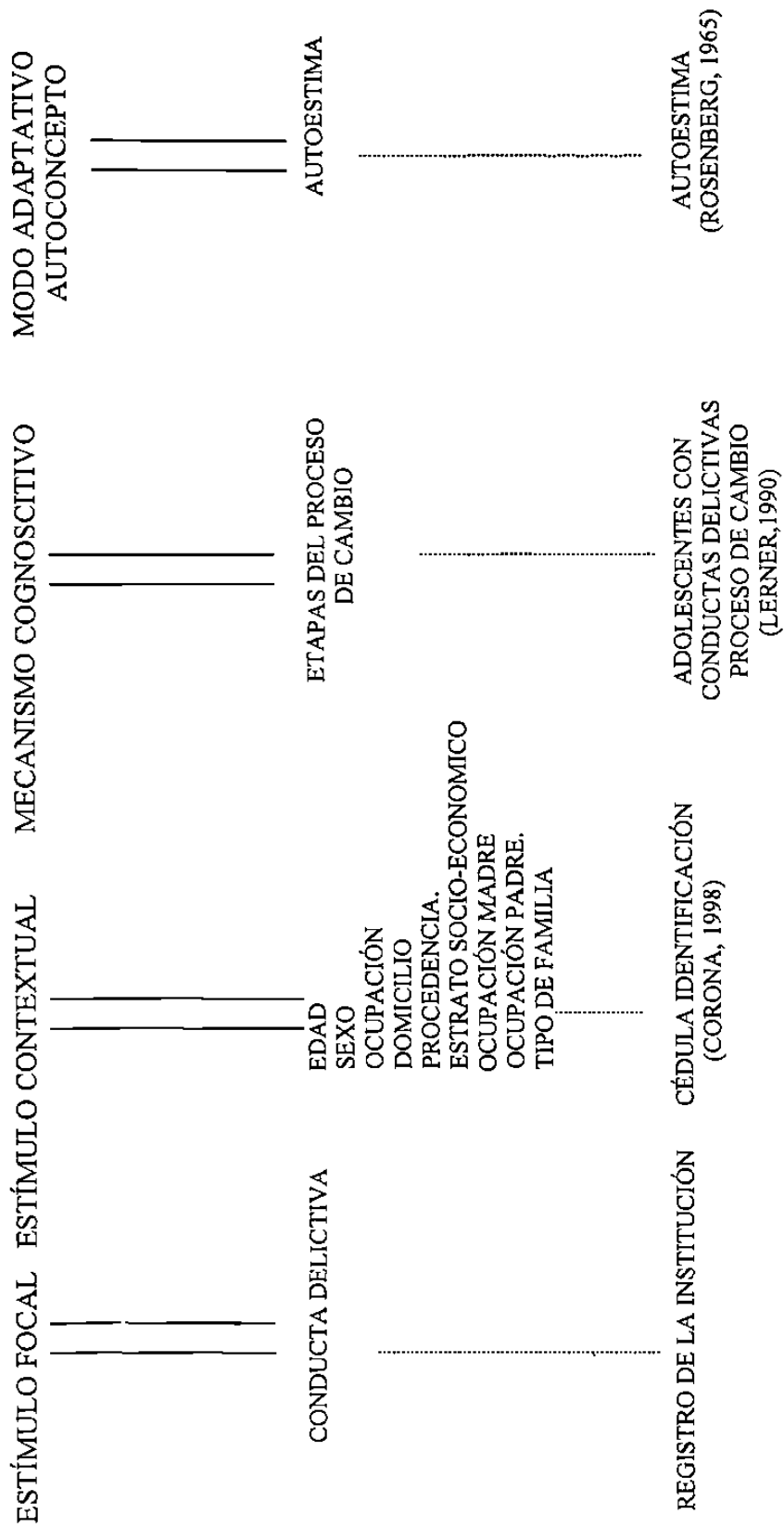
Estímulo contextual. De acuerdo al modelo de Roy, los estímulos contextuales son todos aquellos estímulos que se encuentran presentes en una situación dada, pero que no son tan fuertes como para atraer la energía y la atención de la persona; sin embargo sí afectan al estímulo focal. Es decir, la respuesta de la persona frente a un estímulo focal es afectada por la percepción (por parte de la persona) de dichos estímulos contextuales. En este estudio los estímulos contextuales estuvieron representados por las variables demográficas: edad, sexo, escolaridad, procedencia. Dichas variables fueron medidas a través de la cédula de identificación (Corona y Salazar, 1998).

Mecanismo Cognitivo. Constituye el mecanismo mediante el cual la persona percibe los estímulos ambientales y los procesa con el fin de generar una respuesta. Para fines de este estudio el mecanismo cognitivo estuvo representado por las etapas de cambio de conducta delictiva. Se operacionalizó a través de la escala Etapas de Cambio (Lerner, 1990).

Autoconcepto. La respuesta o modo de autoconcepto es definido como el conjunto de creencias y sentimientos que la persona tiene de sí mismo en un tiempo dado. Constituye la necesidad de conocer quién se es. En este estudio el autoconcepto estuvo representado por el concepto de autoestima. Se operacionalizó mediante la escala de autoestima de Rosenberg (1965).

Figura 2 : Operacionalización de Variables

**MODELO TEÓRICO CONCEPTUAL EN ADOLESCENTES CON CONDUCTAS DELICTIVAS
(CORONA Y SALAZAR, 1998).**



2.2 Estudios Relacionados

2.2.1. Cambio de Conducta

Anderson (1996) realizó un estudio mediante la técnica de grupos enfocados para conocer cómo los adolescentes tomaban las decisiones de cambio de conducta de abuso de drogas. Llevó a cabo entrevistas interactivas con 20 adolescentes del sexo femenino y reportó que el proceso de cambio de conducta se da por etapas, primero visualizan los pros y los contras del cambio de conducta, después inician las pruebas por pequeños períodos.

Bradley (1996) aplicó el modelo transteórico de cambios de conducta y el modelo de reducción de daño a pacientes con HIV; reportó que estos dos modelos ayudaban a comprender de qué manera los pacientes cambiaban sus conductas por otras más seguras y adquirirían hábitos saludables. Estos modelos ayudaron a que las enfermeras mantuvieran la congruencia y dirección en las intervenciones educacionales para el cambio de conducta, al poder detectar en qué etapa de cambio se encontraban y aplicar estrategias terapéuticas indicadas para cada una de las etapas.

DiClemente (1997), en un estudio hecho a 224 adultos que eran sometidos a un tratamiento para dejar el alcohol, evaluó las etapas de cambio y encontró a 63 adolescentes en etapa de precontemplación, 30 ambivalentes, 51 en acción, 27 sin involucración y 53 en contemplación. No encontró diferencias en las características demográficas, pero hubo diferencias significativas en el inventario del uso de alcohol que mostró que los sujetos que se encontraron en la etapa precontemplativa tenían un ingesta de alcohol más alta.

Lerner (1990), al aplicar el modelo transteórico de etapas de cambio a 186 adolescentes reclusos en centros de readaptación en Estados Unidos, para validar su

instrumento, encontró adolescentes en todas las etapas del proceso de cambio de conducta e identificó que los adolescentes en la etapa de precontemplación se describieron ellos mismos como no interesados de ninguna forma por el cambio. Reportó que el modelo incrementaba el entendimiento de cómo era el proceso de cambio de conducta de los adolescentes con conductas delictivas.

2.2.2. Autoestima

Emery (1993) estudió el uso de sustancias y de dependencia química en 411 estudiantes de sexto grado de primaria y su relación con el autoestima. Su estudio fue de corte transversal y reportó que de acuerdo al tipo de droga, los usuarios recientes tenían las puntuaciones más bajas de autoestima y los que nunca habían usado drogas, las más altas, con una $p = .0001$.

Wasson y Anderson (1995) llevaron a cabo un estudio comparativo sobre dependencia química y autoestima de los adolescentes en 119 jóvenes entre 13 y 18 años, 31 dependientes, 31 después de tratamiento y 57 de una secundaria; reportaron que los adolescentes con dependencia química tenían más baja autoestima que los otros grupos.

Boyd (1995) realizó un estudio de tipo retrospectivo, transversal y explicativo del autoestima como uno de los predictores de la abstinencia o reincidencia de 1,450 adolescentes que seguían un programa de dependencia química. Reportó que las recaídas relacionadas con las drogas fueron menos probables en los adolescentes con alta estima que en los que tenían baja autoestima.

Chávez (1995); Nazar y Cols. (1992) realizaron estudios de autoestima y cambios de conducta, rendimiento escolar y uso de sustancias. El estudio fue cuasiexperimental con 200 adolescentes de tres escuelas secundarias, dos de clase

media baja y una de clase baja. Reportaron relación entre baja autoestima con cambios de conducta negativos (castigos, uso de sustancias, expulsión y suspensiones escolares) de los adolescentes y bajo rendimiento escolar, así como de uso de sustancias. Esto muestra las relaciones entre uso de sustancias, conducta y autoestima.

Medina-Mora y Cols. (1995) llevaron a cabo un estudio correlacional con adolescentes mexicanos sobre factores que se relacionan con el inicio, uso y abuso de sustancias. Reportaron relación significativa entre el autoestima y las variables arriba mencionadas.

2.2.3 Estímulos Contextuales

Powell (1975), citado por Encinas (1994), estudió los antecedentes familiares como condicionante de la delincuencia juvenil. Reportó que los antecedentes familiares, la pobreza, la carencia de la figura de apoyo (padre o madre), el tipo de personalidad y el ambiente social inadecuado, son condiciones que propician la delincuencia.

Villarreal y Sánchez (1994), en una investigación hecha en Monterrey, N.L. en el Consejo Estatal de Menores por medio de una entrevista a los familiares de los internos, encontraron que la mayoría de los adolescentes reclusos ahí habían sufrido un proceso de transculturación, dado que la mayoría de las familias procedían de distintos estados de la república y de zonas rurales, a lo que se agregaron los cambios propios de su edad. De manera, se corrobora que la procedencia juega un papel importante en el fenómeno de la delincuencia.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1 Diseño

El diseño del estudio fue de tipo descriptivo y correlacional dado que se relacionaron las variables etapas de cambio con autoestima, estímulos contextuales y estímulo focal (Polit y Hungler, 1997).

3.2 Población

La población de interés la constituyeron los adolescentes que hubieran cometido algún delito y se encontraran registrados en el Consejo Estatal de Menores de Monterrey, N.L.

La institución arriba mencionada clasifica a los adolescentes registrados de la siguiente manera: a) internos en el centro de rehabilitación, son aquellos adolescentes que cuentan con la sentencia y se encontraban trabajando y estudiando en ese lugar; b) internos del centro de diagnóstico, son los que se encuentran en proceso de valoración con y sin sentencia; c) externos, son los que acuden una vez a la semana a la institución para recibir

tratamiento; d) de seguimiento, son aquellos que ya han concluido su tratamiento y que se encuentran en supervisión por espacio de un año a partir de la fecha del cumplimiento de su sentencia.

3.2.1 Muestreo y Muestra

El tipo de muestreo fue no probabilístico, estratificado, según el número de adolescentes distribuidos en cada una de las categorías arriba mencionadas. El tamaño de la muestra se determinó en base a la población total, con un nivel de significancia de .05 y un poder de .85. La muestra final fue de 289 sujetos y se distribuyeron de la siguiente manera: 186 adolescentes de dos internados, 95 de tratamiento externo y 8 de seguimiento. El personal de la institución llevó a cabo la selección de la muestra debido a que por razones de seguridad y reglamento no se proporcionan las listas de los adolescentes inscritos a personas ajenas a esta institución.

3.3 Material

Para la aplicación del estudio se utilizaron tres instrumentos:

1) Cédula de Identificación:

Elaborado por la autora del estudio, contiene los datos demográficos y considera: el delito cometido, la edad, el sexo, la escolaridad, el domicilio, los años de residencia en Monterrey, la procedencia de la familia, la ocupación del adolescente, la ocupación del padre y de la madre y el número y parentesco de las personas que habitan en casa de la familia (Apéndice A).

2) Escala de Autoestima de Rosenberg (1965):

La escala de autoestima (Rosenberg, 1965) se diseñó para aplicarse con jóvenes de escuelas secundarias; está constituida por 10 reactivos, con escala de respuesta de cuatro opciones que se expresan en términos de fuertemente de acuerdo, de acuerdo, desacuerdo y fuertemente en desacuerdo, con valores respectivos del 1 al 4. El rango de valores es de 10 a 40 puntos. Se ha reportado una correlación de .85 en la prueba de estabilidad; Ostiguín (1997) reportó un alpha de Cronbach de .76 en un grupo de madres adolescentes mexicanas. Para este estudio se usaron solamente siete reactivos, el alpha de Cronbach obtenido fue de .59 (Apéndice B).

3) Escala de Etapas de Cambio

La escala de etapas de cambio de conducta (Lerner, 1990) cuenta con un alpha de Cronbach de .81, consta de 32 reactivos, con escala de respuesta de tipo likert de cinco opciones que van desde muy en desacuerdo, más o menos en desacuerdo, ni de acuerdo ni en desacuerdo, más o menos de acuerdo y muy de acuerdo, con valores respectivos del 1 al 5 y con puntuaciones que van de 32 a 160. El instrumento consta de cuatro etapas de cambio: precontemplativa, contemplativa, acción y mantenimiento. Cada etapa contiene ocho reactivos. El instrumento solicita al sujeto identificar una conducta con la que él cree tener más problemas y contestar los reactivos en referencia al problema identificado por él mismo. El alpha de Cronbach obtenido para este estudio fue de .85 (Apéndice C).

Las escalas de autoestima y etapas de cambio se transformaron a índices, con el fin de poder llevar a cabo comparaciones entre las variables de interés y que cuentan con mediciones en diferentes escalas. Los puntajes se transformaron sumando todas las respuestas y restando el valor mínimo obtenido de la misma escala; este resultado formó el dividendo del cálculo matemático, el divisor fue la diferencia entre el valor máximo y

el valor mínimo obtenidos; el resultado de este cálculo se multiplicó por cien para obtener el puntaje transformado.

3.4 Procedimiento

Se solicitó autorización al Comité de Ética de la Facultad de Enfermería para el desarrollo del presente estudio. La comprensión de los reactivos y la confiabilidad de los instrumentos fue verificada en 15 jóvenes de una colonia con problemáticas de pandillerismo, consumo de drogas y violencia de la ciudad de Monterrey, N.L.

Se procedió a solicitar permiso a las autoridades correspondientes. El comité que rige las acciones de la institución estudió la propuesta y aprobó que se llevara a cabo. Se obtuvo el número total de adolescentes en cada uno de las diferentes categorías previamente señaladas. Posteriormente se realizó la recolección de datos con el apoyo y la coordinación de las autoridades correspondientes de las instituciones, respetando sus normas de seguridad y horarios establecidos.

A pesar de que los instrumentos son autoaplicables, a los adolescentes internos se les aplicó en forma de entrevista; una persona leía las preguntas y las opciones de respuestas para que cada adolescente indicara su respuesta a cada uno de los reactivos. Esto se debió a que por reglas de seguridad no está permitido el uso de lápices o bolígrafos a los jóvenes. Cabe señalar que siempre se contó con la presencia de guardias de seguridad que controlaban las entradas y las salidas a la oficina donde se llevaba a cabo la recolección de datos. Actuaron como entrevistadores la propia investigadora, el personal de psicología y trabajo social de la institución, a quienes se les proporcionó instrucción sobre la forma de recolección y llenado de los instrumentos.

Con los adolescentes externos los instrumentos fueron autoaplicables. Se formaron grupos de 10 a 15 adolescentes y la autora del estudio proporcionó indicaciones en forma verbal; el tiempo aproximado de llenado fue de 40 minutos. La investigadora también proporcionó instrucciones y aclaró las dudas al personal encargado que colaboró en la recolección de los datos, a fin de que pudieran responder a las preguntas de los adolescentes.

La recolección de datos de los adolescentes de seguimiento se llevó a cabo en los domicilios de ellos, a donde se acudió en compañía del personal de la institución encargado del seguimiento; no fue posible recolectar el número planeado debido a que los adolescentes ya no vivían en esos domicilios o bien eran domicilios falsos.

3.5 Análisis de Datos

Los datos se procesaron a través del programa estadístico SPSS versión 7.5 (Statistic Package for the Social Sciences for Windows). Se obtuvieron estadísticas descriptivas de cada variable (frecuencias, porcentajes, medias, modas, medianas y desviación estándar). Además se utilizaron el coeficiente de correlación de Spearman, y la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov, así como las pruebas estadísticas no paramétricas de Chi cuadrada, Kruskal-Wallis y la U de Mann Whitney.

3.6 Ética

De acuerdo a las disposiciones generales del Reglamento de la Ley General de Salud, Título II, capítulo 1: Artículo 13, Fracc. V: Se contó con el consentimiento verbal de los tutores de los adolescentes, en este caso del Consejo Estatal de Menores de Monterrey, N.L.

Artículo 16: Se protegió el anonimato de los sujetos de investigación al omitir su nombre de la cédula.

Artículo 17 Fracc. II: Se consideró una investigación de riesgo mínimo, ya que no implicó la manipulación de condiciones que dañaran la salud física y mental del sujeto en estudio.

Artículo 21, Fracc I, IV y VI: El sujeto de investigación recibió una explicación clara y amplia de los objetivos de la investigación y se otorgó respuesta a cualquier pregunta.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

Los resultados que a continuación se presentan corresponden a 289 adolescentes que estaban adscritos a un centro de rehabilitación social. Se presenta primero la estadística descriptiva y posteriormente la inferencial, de acuerdo al orden de las hipótesis.

4.1 Estadística Descriptiva

4.1.1 Características de la Población Estudiada

En relación a la edad, la mayor frecuencia (52%) se encontró en el grupo de 14 a 16 años. La escolaridad varió entre 0 y 15 años, el 46.7 por ciento de la muestra se encontraba por debajo de la primaria completa e inclusive dos adolescentes reportaron 0 años de escolaridad (ver datos descriptivos en la Tabla 1).

Tabla No. 1
Estadística descriptiva de Edad y Escolaridad

Variable	<u>M</u>	D.E.	Md.	Min.	Max.
Edad	16	1.403	16	11	19
Escolaridad	6.56	2.498	7	0	15

Fuente: CI

n=289

Con relación al género, la mayoría (95%) fue del sexo masculino. El estrato socioeconómico que mostró el porcentaje más alto fue el bajo y medio bajo, con 80 por ciento. El 53 por ciento de los adolescentes procedían de Monterrey y su zona metropolitana, el resto de diferentes partes de la República Mexicana. Los datos completos se observan en la tabla 2.

Tabla 2

Sexo, Estrato Socioeconómico y Lugar de Procedencia de los Adolescentes

	Fr.	%
Sexo		
Masculino	275	95
Femenino	14	5
Estrato		
Rural y Marginal	48	17
Bajo y Medio Bajo	230	80
Medio- y Medio Alto	11	3
Procedencia		
Monterrey	153	53
Tamaulipas, Coahuila y Chihuahua	64	22
D.F, México y Puebla	5	2
San Luis, Zacatecas y Guanajuato.	53	18
Guadalajara	2	1
Campeche y Michoacán	12	4

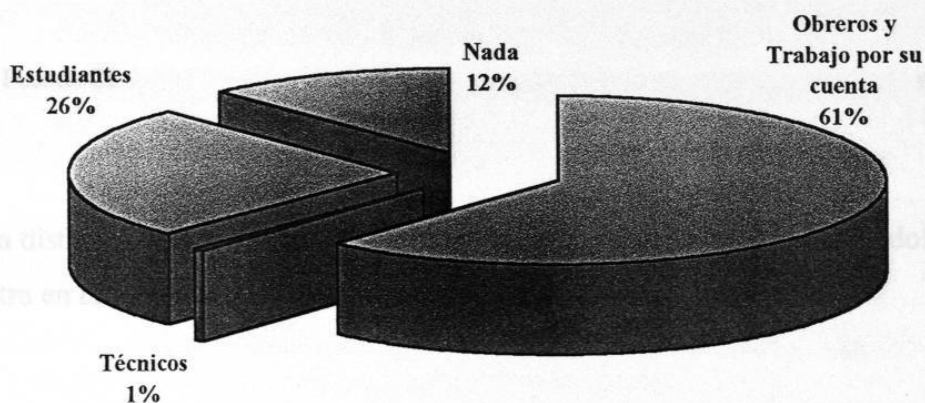
Fuente: CI

n=289

En relación a la ocupación de los adolescentes antes de su adscripción a la institución, el 61 por ciento trabajaba por su cuenta o como obrero y el menor porcentaje como técnico, lo que se observa en la figura 3.

Figura No. 3

Ocupación de los Adolescentes antes de estar Adscritos a la Institución



Fuente: CI

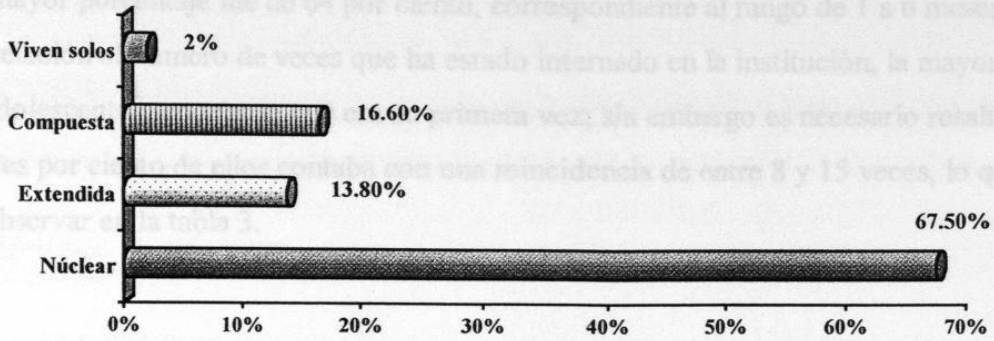
n=289

El tipo de familia nuclear fue la que predominó en la muestra (67%), sin embargo; de este porcentaje, el 30 por ciento señaló no contar con alguno de sus padres, las razones fueron las siguientes: ser hijos de madres solteras, padres separados, muerte de alguno de ellos, padre en la cárcel o en Estados Unidos. El nueve por ciento de estos adolescentes señaló que uno de sus padres (papá o mamá) no es su padre biológico. La madre desempeña el rol de proveedor, al mismo tiempo que el rol que le corresponde como madre, los porcentajes y frecuencias se presentan en la figura 4.

Fuente: CI

n=289

Figura 4
Tipo de Familia de los Adolescentes



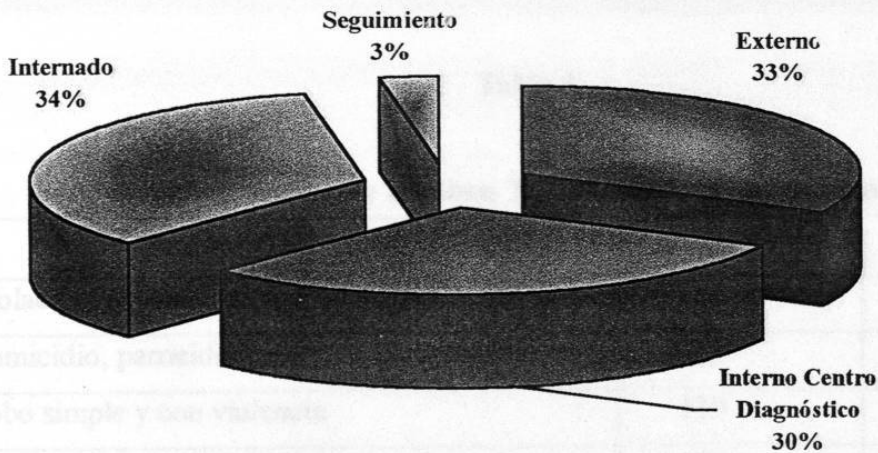
Fuente: CI

n=289

La distribución de la muestra según la categoría de adscripción de los adolescentes se muestra en la figura 5.

Figura 5

Tipo de Categoría de Adscripción



Fuente: CI

n=289

El tiempo de recibir tratamiento osciló de menos de un mes hasta 29 meses, el mayor porcentaje fue de 64 por ciento, correspondiente al rango de 1 a 6 meses. Con relación al número de veces que ha estado internado en la institución, la mayoría de los adolescentes reportaron que era su primera vez; sin embargo es necesario resaltar que el tres por ciento de ellos contaba con una reincidencia de entre 8 y 15 veces, lo que se observar en la tabla 3.

Tabla No. 3
Tiempo de Recibir Tratamiento y Número de Veces que ha Recibido Tratamiento

Variable	M	D.E.	Md.	Min.	Max.
Tiempo en meses	5.815	5.34	4	-1	29
No. Veces	.965	1.92	.0	0	15

Fuente: CI

n=289

La conducta delictiva por la cual los adolescentes estaban recibiendo tratamiento en la institución en su mayoría fue el robo, en sus modalidades de robo simple y con violencia (48%). (Ver tabla 4).

Tabla 4

Motivo por el que Reciben Tratamiento los Adolescentes.

Conducta delictiva	Fr.	%
Violación, atentados al pudor	28	10
Homicidio, parricidio, cómplices	35	12
Robo simple y con violencia	139	48
Lesiones y portación de armas	41	17
Delitos contra la salud	16	6
Daños en propiedad ajena.	20	7

Fuente: CI

n=289

4.1.2 Datos de los Padres de los Adolescentes

El tipo de trabajo predominante de los padres de los adolescentes fue obrero, (68%), la ocupación principal de las madres fue el hogar (75%), en la tabla 5 se presentan los datos.

Tabla 5

Ocupación del Padre y la Madre de los Adolescentes		
	Fr.	%
Padre:		
Desempleado	15	5
Obrero	195	68
Técnico	47	16
Profesional	5	2
Madre:		
Hogar	218	75
Trabajo remunerado dentro del hogar	7	3
Trabajo remunerado fuera hogar	64	22

Fuente: CI

n=289

4.1.3 Descripción del Autoestima de los Adolescentes

La escala de autoestima (Rosenberg, 1965) de los adolescentes mostró una media de 60.10, con desviación estándar de 12.94. Cabe señalar que el 87 por ciento de la muestra

alcanzó un puntaje menor de 70, según Rosenberg, entre mayor puntaje mejor autoestima.

4.1.4 Descripción de Etapa de Cambio de Conducta de los Adolescentes

Los adolescentes con conductas delictivas se distribuyeron en todas las etapas de cambio de conducta, el mayor porcentaje se observó en la etapa de acción en todas las categorías en que fueron clasificados los adolescentes (ver tabla 6).

Tabla 6

Etapas de Cambio de Conductas Delictivas y Categorías

Categoría	Interno sin sentencia		Interno con sentencia		Externo		**Seg.	
	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%
Etapas*	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%
1	14	16	24	24	21	22	2	25
2	25	30	23	23	22	23	2	25
3	45	52	39	39	45	47	4	50
4	2	2	14	14	7	8	0	0

Fuente: Etapa

n=289

* Etapas: 1= Precontemplativa, 2 = Contemplativa, 3 = Acción, 4 = Mantenimiento.

**Seg = seguimiento

El 40 por ciento de los adolescentes expresaron que los principales motivos por los cuales han adoptado conductas delictivas se relacionan con el lugar donde viven, con los

los amigos y familiares. Dentro de la categoría “otros motivos” el 17 por ciento de los adolescentes mencionan los siguientes: sentirse solos, separación de los padres, abuso sexual, sentirse inútil y por necesidades económicas de su hogar, lo que se presenta en la tabla 7.

Tabla 7
Motivos Expresados por los que han Adoptado Conductas Delictivas

Motivos	Fr.	%
Lugar de residencia, amigos y familiares	115	40
Alcoholismo y drogadicción.	59	20
Otros	66	23
No sabe	49	17

Fuente: Etapas

n=289

4.2 Estadística Inferencial

En este apartado se presentan los resultados del análisis de las pruebas de Kolmogorov Smirnov, Chi cuadrada, Correlación de Spearman, Kruskal-Wallis y U de Mann Whitney.

Se aplicó la prueba de Kolmogorov Smirnov para determinar si las variables del estudio seguían una distribución normal, ninguna variable obtuvo normalidad (ver tabla 8), por lo tanto para el análisis del estudio se usaron estadísticos no paramétricos tales como rho de Spearman, Kruskal-Wallis y U de Mann Whitney.

Tabla 8

Prueba de Normalidad para Estímulos Contextuales.

Variable	M	D.E.	K-S Z
Edad	16	1.40	3.202***
Escolaridad	6.56	2.50	2.381***
Estrato Socioeconómico	4.78	2.40	4.534***
Ocupación/Adolescente	8.70	5.36	2.844***
Ocupación/Padre	2.95	.811	6.376***
Ocupación/Madre	1.46	.833	7.935***
Procedencia	1.87	1.22	4.966***
Escala Etapas/Cambio	67.8	13.17	1.555***
Escala Autoestima	60.1	12.96	1.615***

*** p < .001

Fuente: CI

n=289

4.2.1.- Asociaciones

Para explorar las asociaciones entre las variables nominales (estímulos contextuales) y las conductas delictivas (estímulo focal) se practicaron pruebas de Chi cuadrada. Para fines de análisis la variable procedencia se dicotomizó en adolescentes de Monterrey y fuera de Monterrey. La conducta delictiva se agrupó en tres: a) Violación y secuestro; b) delitos contra la salud y c) homicidio y robo.

En todas las variables contextuales (sexo, edad, escolaridad, ocupación, ocupación de los padres, procedencia y estrato socioeconómico) se encontraron diferencias significativas entre la procedencia y el estrato socioeconómico con las conductas delictivas. Los resultados de la Chi cuadrada entre procedencia y conducta delictiva son: $\chi^2(2, n = 289) = 15.86, p < .001$. La mayoría de las conductas delictivas corresponden a homicidio y robo y pertenecen a Monterrey. El resto de las proporciones se muestran en la tabla 9.

La prueba de Chi cuadrada entre el estrato socioeconómico y la conducta delictiva fue $\chi^2(4, n = 289) = 12.29, p < .01$. La mayoría de las conductas delictivas corresponden igualmente a homicidio y robo y los adolescentes pertenecen al estrato socioeconómico bajo y medio bajo (ver tabla 9). Estos resultados muestran que no hubo homogeneidad de proporciones entre las conductas delictivas y lugar de procedencia, así como estrato socioeconómico. Por lo tanto, se puede decir que existe asociación entre dos de las variables contextuales y la conducta delictiva, lo que apoya la hipótesis 1, que señala que al menos uno de los estímulos contextuales se asocia al estímulo focal o conducta delictiva del adolescente.

Tabla 9
**Prueba de Chi Cuadrada entre Procedencia, Estrato Socioeconómico
 y la Conducta Delictiva**

	Violación y Secuestro	Delitos contra la salud	Homicidio y Robo	χ^2
	Fr. %	Fr. %	Fr. %	
⁺ Proceden				
Monterrey	16 (10.5)	4 (2.6)	133 (86.9)	
Otro lugar	32 (23.5)	12 (8.8)	92 (67.6)	
				15.86***
⁺⁺ Estrato				
1	9 (18.8)	7 (14.6)	32 (67.7)	
2	19 (17.0)	9 (3.9)	182 (79.1)	
3			11 (100)	
				12.29**

** p = .01; *** p < .001

Fuente: CI

n=289

⁺Proceden = Procedencia

⁺⁺Estrato = Estrato socioeconómico, 1= rural-marginal, 2= bajo-medio bajo,
 3 =medio-medio alto

La pruebas de correlación de Spearman entre el índice de autoestima y el índice de etapa de cambio de conducta delictiva muestra una asociación positiva significativa $\rho = .232$ (p_.001), ello significa que cinco por ciento de la etapa de cambio de conducta es determinado por el autoestima. Con estos resultados se apoya la hipótesis 2, en el sentido de que existe relación entre la etapa de cambio de conducta y el autoestima de los adolescentes que han delinquido. A mayor autoestima, mayor disposición al cambio de conducta reflejado la en etapa más avanzada.

4.2.2. Prueba de Diferencia de Rangos Medios

La prueba de U Mann Whitney mostró diferencia significativa ($U=5742.500$, $p=.03$) entre los adolescentes en etapa precontemplativa y el resto de los adolescentes en las diferentes etapas en cuanto al autoestima. Los adolescentes en etapa precontemplativa obtuvieron un rango medio menor en autoestima que el resto de los adolescentes en las otras etapas; lo anterior apoya a la hipótesis 3, que señala que los adolescentes con conductas delictivas que se encuentran en la etapa precontemplativa son diferentes al resto, en términos de autoestima (ver tabla 10).

Tabla 10

**Diferencia de Rangos Medios entre Adolescentes en Etapa de Precontemplación
y el Resto**

Etapa	N	Rango Medio Autoestima
Precontemplativos	61	125.14
Resto de Etapas.	228	150.31
Total	289	

Etapas	Índice Autoestima
U Mann-Whitney	5742.500
Z	-2.105
Sig.	.035

Fuente= Autoestima y Etapas

n=289

Las variables edad, escolaridad, estrato socioeconómico, procedencia y ocupación mostraron diferencias significativas con el autoestima y la etapa de cambio (ver tabla 11).

Tabla 11
**Kruskal-Wallis para Estímulos Contextuales, Autoestima y Etapas de
Cambio de Conducta**

Variables	χ^2	d.f	p
Edad-Autoestima	5.846	2	.054
Escolaridad-Autoestima	11.878	4	.018
Autoestima-Estrato socioeconómico	7.672	2	.022
Autoestima-Procedencia	14.525	5	.012
Etapa-estrato socioeconómico	11.742	2	.002
Etapa-Procedencia	11.425	5	.043
Etapa-Ocupación del adolescente	9.652	3	.022

Fuente: Etapas, Autoestima y CI

n=289

En la tabla 12 se observa también que el grupo de adolescentes de 17 a 19 años obtuvo un rango medio mayor, mientras que los de 11 a 13 años obtuvieron el menor. Los adolescentes con escolaridad de preparatoria mostraron un rango medio significativamente mayor a los adolescentes con secundaria completa. Los adolescentes del estrato socioeconómico denominado rural-marginal obtuvieron un rango medio significativamente mayor que los adolescentes del estrato medio-medio alto. Con relación a la procedencia, los adolescentes de la zona norte (Coahuila, Tamaulipas, Chihuahua y el estado de Nuevo León) reportaron el rango medio mayor; mientras que los del Distrito Federal, Estado de México y Puebla obtuvieron el más bajo.

También se observa que los adolescentes del estrato socioeconómico medio-medio alto reportaron un rango medio de mayor disposición al cambio que los del estrato rural-marginal. En cuanto a la procedencia, los adolescentes de Guadalajara obtuvieron el rango medio mayor y los del D.F., Estado de México y Puebla, el menor. Los adolescentes sin ocupación obtuvieron el rango medio mayor en disposición al cambio y los de oficio técnico, el menor. De acuerdo con estos datos se sustenta la hipótesis 4, donde se señala que existe efecto de cuando menos uno de los estímulos contextuales sobre el autoestima y las etapas de cambio de conducta.

Tabla 12

Rangos Medios de Autoestima y Etapas de Cambio**por Variables Demográficas**

Variables	Rango Medio Autoestima	Rango Medio Etapa de Cambio
Edad:		
11-13 años	136.38	121.31
14-16 años	142.55	147.56
17-19 años	149.11	144.96
Estrato Socio Económico		
Rural-Marginal	163.31	118.30
Bajo-Medio Bajo	143.05	149.11
Medio-Medio Alto	105.82	175.50
Escolaridad		
Primaria incompleta	160.92	141.78
Primaria Completa	136.38	157.81
Secundaria Incompleta	158.33	146.60
Secundaria Completa	123.18	149.04
Preparatoria, Técnica y Otros.	214.00	175.50
Procedencia		
Monterrey	143.56	157.56
Zona Norte, Coahuila, Tamaulipas, Chihuahua y Nuevo León.	155.84	123,59
Zona centro, San Luis, Durango, Guanajuato y Zacatecas.	144.84	137.33
D.F., Edo., de México y Puebla,	95.50	88.80
Guadalajara	117.00	175.50
Campeche, Michoacán y Veracruz.,	132.04	151,42
Ocupación del Adolescente		
Sin oficio	140.51	158.99
Estudiante	133.45	148.16
Obrero, trabaja por su cuenta	149.80	142.22
Técnico.	224.00	81.00

Fuente: Etapas, Autoestima, y CI

n=289

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

La edad media de los adolescentes con conductas delictivas en el presente estudio fue de 16 años, el mayor porcentaje (95%) fueron varones y predominó el estrato socioeconómico bajo y medio bajo (80%). El nivel de escolaridad fue bajo (media de 6.54), el mayor porcentaje de los adolescentes reportaron que los motivos más frecuente para meterse en problemas son los relacionados al lugar donde viven (46%), esto coincide con lo reportado por Medina y Mora (1995), Gold y Reimer (1975), Powel (1974), quienes señalan que el sexo masculino, edad promedio de 16 años, baja escolaridad y ambiente social inadecuado son condiciones propicias para la delincuencia, así como que los adolescentes de estrato socioeconómico bajo son los que muestran un mayor índice de arresto y son más frecuentemente colocados en las correccionales.

El tipo de familia que más predominó fue la nuclear (67.5%), de este porcentaje, un 30 por ciento de los integrantes de la muestra no cuentan con uno de sus padres biológicos por razones tales como: madres solteras, padre en la cárcel o no vive con ellos, entre otros; estos resultados concuerdan con lo reportado por Ramírez (1977), quien señala que los niños mexicanos que carecen de la figura paterna o materna, o bien esta figura es eventual o transitoria, se encuentran totalmente desprotegidos contra las influencias del exterior y hacen de la calle su escuela, lo que puede ser el caso de algunos adolescentes con conductas delictivas.

Los resultados de la presente investigación apoyan la hipótesis 1 que señala que existe asociación significativa ($p < .001$) entre el estímulo focal (conducta delictiva) y el estímulo contextual (procedencia), estímulo focal y estrato socioeconómico ($p = .01$). La mayor proporción de adolescentes con conductas de homicidio y robo pertenecen al estrato bajo/medio bajo. Hallazgo que coincide con Medina-Mora (1995) y Gold y Reimer (1975), que mencionan que los adolescentes de estrato socioeconómico bajo muestran mayor índice de conductas delictivas.

Las etapas de cambio, que representan el mecanismo cognoscitivo y que de acuerdo a Roy es el mecanismo por el cual se procesan los estímulos contextuales y focales, mostraron una asociación débil pero altamente significativa ($p < .001$) con la variable autoestima y una variación explicada de 5 por ciento, dado que la prueba de Spearman mostró una relación de $\rho = .24$. Lo anterior significa que a mayor autoestima mayor disposición al cambio de conducta delictiva. Estos resultados se apoyan en Nazar y Cols (1992), Medina y Mora (1995), Boyd (1995), McKaing (1989) y Ostiguín (1997), quienes encontraron una relación positiva entre el autoestima y las perspectivas futuras de las personas, señalando que a mayor autoestima los adolescentes exhiben más conductas de salud positivas. En términos de Roy, el mecanismo cognoscitivo procesa los estímulos focales y contextuales para emitir una respuesta adaptativa o ineficaz. En este estudio se apoya la relación entre el mecanismo cognoscitivo, representado por las etapas de cambio de conductas delictivas, y el auto concepto, representado por el autoestima.

Los adolescentes que se situaron en la etapa precontemplativa reportaron una mediana menor de autoestima que el resto de los adolescentes en las diferentes etapas de cambio que obtuvieron una mediana significativamente mayor. Lo anterior concuerda con lo reportado por Lerner (1990) y Di Clemente (1997), que señalan que las personas que se encuentran en la etapa de precontemplación son diferentes al resto. A su vez apoya al postulado teórico de Stuart y Sundeen (1979), que señalan que el autoestima es uno de los factores que determinan las conductas y expectativas de las personas.

Los estímulos contextuales de edad, estrato socioeconómico, escolaridad, procedencia y ocupación mostraron tener un efecto significativo con las etapas de cambio de conducta delictiva y con el autoestima. Lo anterior apoya lo reportado por Encinas y García (1993); Aparicio y Ramponi (1984); Ramírez (1997), que han relacionado la delincuencia a diversos factores del medio ambiente.

Este resultado también apoya el modelo de Adaptación de Roy que señala que los estímulos contextuales afectan el nivel de adaptación de la persona.

5.1 CONCLUSIONES

Los resultados del presente estudio apoyan en parte los postulados del modelo de Adaptación de Roy. Los estímulos contextuales (procedencia y estrato socioeconómico) se asocian con el estímulo focal. Los estímulos contextuales (edad, ocupación del adolescente, procedencia y nivel socioeconómico) se relacionan tanto con las etapas de cambio delictivas (sistema cognoscitivo) como con el autoestima (respuesta de autoconcepto). El resto de estímulos contextuales (sexo, ocupación de padre, ocupación de la madre, tipo de familia) no se relacionaron con las variables de interés.

El instrumento de etapas de cambio de conducta (Lerner, 1990) obtuvo una consistencia interna aceptable. El instrumento de autoestima (Rosenberg, 1965) obtuvo un alpha de Cronbach bajo; se concluye que este no es un concepto que se puede medir fácilmente, sino que depende de las condiciones y el momento en el que se aplique el instrumento, para que éste aporte datos más significativos.

5.2 RECOMENDACIONES

Explorar más a fondo el concepto de autoestima a fin de diseñar instrumentos más apropiados a la población mexicana; así como también llevar a cabo estudios longitudinales a fin de comprender cómo progresa el adolescente por las diferentes etapas de cambio de conducta y qué procesos de cambio sigue.

Seguir utilizando la teoría de Roy para investigaciones futuras en el área de conductas de los adolescentes, pues a pesar de haberse probado su utilidad en otros campos, en esta área son muy pocas las referencias.

Para la práctica de enfermería comunitaria se pueden diseñar intervenciones de promoción de la salud mental para incrementar el autoestima, favorecer cambios o prevenir las conductas delictivas en los adolescentes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Achenback y Edelbrock. Characteristics of adolescent felons in a prison treatment program. *Adolescence*. 28 (111): 695-699. (1993).

Anderson, N. Decisions about substance abuse among adolescents in juvenile detention. *IMAGE: Journal of Nursing Scholarship*. 28 (1): 65-70. (1996).

Aparicio y Ramponi. Delincuencia Juvenil Urbana, Ed. Humanista, Buenos Aires, 1984.

Blue, Brunbecker, Fino J. Y Krisch J. Modelo de Adaptación, en Marriner-Torney, A., Modelos y Teorías de Enfermería, Mosby Doyma 3ª. Ed., España, 246-268, 1995.

Boyd, JI. Is self-esteem a predictor of abstinence or recidivism among adolescents following treatment in a chemical dependency program? *Journal of Multicultural Nursing & Health*: 1 (4):7-23. (1995).

Bradley-Springer L. Patient education for behavior change: help from the transtheoretical and harm reduction models. *Journal of the Association of Nurse in AIDS Care*. 7 (1): 23-33. (1996).

Carpenito, L.J. Diagnósticos de Enfermería. McGraw-Hill, 5ª ed, México, 1996.

Cassidy, CA. Facilitating behavior change: use of transtheoretical model in the occupational health setting. *AAOHN Journal* May. 45 (5): 239-246. (1997).

Center for Disease Control and Prevention Division of Violence Prevention.
Boletín, USA. (1996).

Centro de Integración Juvenil, A.C. Boletín. Nuevo León, 1995.

Chávez, M.L. Manuscrito Autopercepción del adolescente y su correlación con el sistema familiar, presentado en el Congreso de Salud Pública en Monterrey, N.L., 1997.

Consejo Tutelar para Menores. Informe: Características sociofamiliares del menor infractor en Nuevo León, 1994.

Dimmitt, J. Translation and Reassessment of the Adolescent Self-Perception Profile for a Rural, Mexican-American Population. *Journal of Nursing Measurement*. 4 (1): 5-17. (1996).

Encinas García, L. Las pandillas juveniles a través del tiempo. Rostros diferentes un mismo significado. *Revista Perspectivas Sociales, Facultad de Trabajo Social de la Universidad Autónoma de Nuevo León, México*: 37-53. (1994).

Emery, E.M. The relationship between youth substances use and area-specific self-esteem, *Journal Nursing Research*. 63 (5): 224-8. (1993).

Fawcett, J. y Tulman, L. Building a programme of reasearch from the Roy Adaptation Model of Nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 15: 720-725. (1990).

Gold, M., & Reimer, D.J. Changing patterns of delinquent behavior among Americans 13 through 16 years old: 1967-72, *Crime and Delinquency Literature*. 7: 483-517. (1975).

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, Anuario Estadístico. México, 1995.

Lerner, CH.F. The transtheoretical model of change: Self-change in adolescent delinquent behaviors. Dissertation for the Degree of Doctor of Philosophy in Psychology. University of Rhode Island, UMI, USA, 1990.

López Castro. El cholismo en Michoacán, Revista de Estudios sobre la Juventud, CREA, Nueva España..1: 3-20. (1984).

McKaing, C. The relationships among adolescent future time perspective, self-esteem and present health behavior. Dissertation. State University of New York at Buffalo, 1989.

Medina-Mora, M.E. y Col. Los factores que se relacionan con el inicio, el uso continuo y el abuso de sustancias psicoactivas en adolescentes mexicanos. Gaceta Médica de México. 131. (4): 475-530. (1995).

Nazar, B., y Cols. Factores asociados al consumo de drogas en México. Salud Pública de México. 36. 646-654. (1994).

Organización Panamericana para la Salud., Boletín Health and Violence Regional Plan of America, 1996.

Ostiguín, R, Rol funcional de la madre adolescentes después del nacimiento del primer hijo. Tesis para grado de Maestría, Facultad de Enfermería, UANL, 1997

Prochaska, J.O., Crimi. P.Lapsanski, D., Martel, L. y Reid, P. Self-change processes, self-efficacy, and self-concept in relapse and maintenance of cessation of smoking. Psychological Report, 52: 983-990. (1982).

Prochaska, J.O. & DiClemente, C. C. Common processes of change for smoking , weigth control, and psychological distess. Ins. Schiffmand, 45. Willis (eds.) Coping and Substance Abuse. New York: Academic Press: 343-364. (1985).

Prochaska, J.O., DiClemente, C.C. Velicer, W.J.Ginpil, S.,. Predicting change in smoking status at self-changers. Addictivte Behaviors, 10: 395-406. (1985).

Prochaska, J.O. Velicer, W.F.; DiClement, C.C., Fava, J Measuring processes of change: Aplication to the cessation of smoking. Journal of Counsulting and Clinical Psychology, 56: 520. (1988).

Polit,D –Hungler,D Investigación Científica en Ciencias de la Salud. México: Interaericana-McGraw-Hill, (5ª ed) 1997.

Ramírez. El Mexicano, Psicología de sus Motivaciones, Editorial Grijalbo, México 1977.

Roy, C. Introduction to Nursing An Adaptation Model. USA; Prentice-Hall, 1976

Roy, C y Andrews, H. The Roy Adaptation Model. The definitive statement. USA, Appleton y Lange, 1991.

Stuart, G. Sundeen. S. Enfermería Psiquiátrica, Ed. Interamericana, McGraw Hill, México, 176-177 , 1993.

Villarreal, A. y Sánchez. Características socio-familiares del menor infractor en Nuevo León. Rev. Perspectivas Sociales, Facultad de Trabajo Social de la Universidad Autónoma de Nuevo León. 3: 69-80. (1994).

APENDICES

APÉNDICE A
CEDULA DE IDENTIFICACIÓN
(CORONA, 1998)

D _____ **No. Cuestionario** _____

Favor de contestar las siguientes preguntas en base a tú caso.

- 1.- Edad en años cumplidos _____
- 2.- Sexo: _____
- 3.- Cuál es tú último año cursado en la escuela _____
- 4.- Domicilio de tú casa (calle, número y colonia) _____
- 5.- Cuantos años tienes viviendo aquí _____
- 6.- Si tú familia es de fuera de Monterrey, de donde son _____
- 7.- Cuál era tú ocupación antes de estar aquí (estudiante; trabajador, obrero, empleado, comerciante; ninguna). _____
- 8.- Cuál es la ocupación de tú papá _____
- 9.- Cuál es la ocupación de tú mamá _____
- 10.-Dime quiénes viven en tú casa y que parentesco tienes con ellos.

Nombre	Parentesco.
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

- 11.- Señala cuando te trajeron aquí _____
- 12.- Señala las veces que has estado internado(a) aquí y porque razón del internamiento.

Fecha	Motivo
_____	_____
_____	_____

¡GRACIAS!

APENDICE B

AUTOESTIMA

No. Cuestionario _____

Cada oración describe como te sientes ahora. Encierra en un círculo lo que mejor te describe de acuerdo a como te sientes hoy.

- 1 = Muy de acuerdo.
 2 = De acuerdo.
 3 = En desacuerdo.
 4 = Muy en desacuerdo.

- | | | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|
| 1. -En comparación con otros, siento que soy una persona que valgo igual que los demás. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. -Siento que tengo un buen número de cualidades. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. -Cuando pienso en mi vida generalmente creo que soy un fracaso. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. -Soy capaz de hacer cualquier cosa tan bien como cualquier otra persona. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. -No tengo mucho de que estar orgulloso. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. -Tengo una actitud positiva hacia mí mismo. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. -Estoy satisfecho (agusto) conmigo mismo. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. -Desearía tener más respeto para mí mismo. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. -A veces me siento inútil. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. -A veces pienso que soy un bueno para nada. | 1 | 2 | 3 | 4 |

QUE NO ESTA CLARO, O QUE NO ENTENDISTE:

COMO LO DIRIAS TÚ:

NO HAY RESPUESTAS CORRECTAS O INCORRECTAS SOLO DESEAMOS CONOCER TU FORMA DE PENSAR. Te suplicó contestes sinceramente.

Fecha _____

D _____

APENDICE C

ESCALA DE ETAPAS DE CAMBIO DE CONDUCTA

Señala la causa por la que más frecuentemente te metes en problemas _____

Algunos ejemplos son: Robo, no asistencia a la escuela, pleitos, pandillerismo, pinta de paredes, consumo de sustancias, homicidio, etc.

ESCALA DE ETAPAS DE CAMBIO.

Todos nosotros tenemos algo que nos hace meternos en problemas. Selecciona la principal cosa que te hace meterte en problemas y piense lo que vas a contestar en cada pregunta. Cada oración describe como te sientes debido a tú problema. Por favor circula el número que escojas que te describa mejor sobre que tanto estas de acuerdo o en desacuerdo con cada una de las oraciones. Has tu decisión en términos de cómo te sientes ahorita.

Aquí tienes cinco opciones:

- 1 = Muy en desacuerdo.
- 2 = Más o menos en desacuerdo.
- 3 = Ni de acuerdo ni en desacuerdo (no sé, me da igual).
- 4 = Más o menos de acuerdo.
- 5 = Muy de acuerdo.

- | | | | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|
| 1. -En lo que a mi respecta, no tengo ningún problema que necesite cambiar. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. -Pienso que puedo hacer algunos cambios en mi persona. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. -Estoy haciendo cosas para estar fuera del problema. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. -Puede ser que valga la pena hacer lo posible para estar fuera de problemas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. -Yo no soy el del problema. No tiene sentido que yo esté aquí. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

6. -Me preocupo que me pueda meter en problemas de nuevo, por lo tanto, estoy listo para trabajar en este problema. 1 2 3 4 5
7. -Por fin estoy haciendo algo para estar fuera de problemas. 1 2 3 4 5
8. -He estado pensando que pudiera desear cambiar algo sobre mi persona 1 2 3 4 5
9. -Me ha ido bien manteniéndome fuera de problemas, pero no estoy seguro poder mantener el esfuerzo. 1 2 3 4 5
10. -A veces el quedarme fuera de problemas es difícil, pero sigo esforzándome en ello. 1 2 3 4 5
11. -Quedarme fuera de problemas es una pérdida de tiempo, por que no soy yo el que debe cambiar para resolver los problemas. 1 2 3 4 5
12. -Estoy trabajando en mi problema, para entenderme mejor. 1 2 3 4 5
13. -Creo que tengo aspectos malos, pero no hay nada que realmente necesite cambiar. 1 2 3 4 5
14. -Realmente me estoy esforzando mucho para cambiar 1 2 3 4 5
15. -Tengo un problema y realmente pienso que debo esforzarme sobre él. 1 2 3 4 5
16. -Me he esforzado para quedarme fuera de problemas, pero no me esta llendo tan bien como yo desearía. 1 2 3 4 5
17. -A pesar de que no siempre hago lo mejor para cambiar estoy esforzándome para mantenerme fuera de problemas 1 2 3 4 5

18. -Pensé que una vez fuera de mi problema iba a estar libre de él, pero a veces me encuentro que lo sigo enfrentando 1 2 3 4 5
19. -Desearía tener mas ideas de cómo quedarme fuera de problemas. 1 2 3 4 5
20. -He empezado a trabajar sobre mi problema, pero quisiera ayuda. 1 2 3 4 5
21. -Puede ser que necesite ayuda ahora mismo para poder mantener los cambios que ya empecé a hacer. 1 2 3 4 5
22. -Puedo ser parte de la causa por la que me meto en problemas pero quisiera ayuda. 1 2 3 4 5
23. -Tal vez alguien me pueda ayudar a quedarme fuera de problemas. 1 2 3 4 5
24. -Nadie me ha hablado acerca de quedarme fuera de problemas pero actualmente, yo estoy haciendo algo para eso. 1 2 3 4 5
25. -Deseo que alguien tenga buenas noticias para mí. 1 2 3 4 5
26. -Estoy pensando hablar sobre el cambio que esta naciendo en mí y la gente debe olvidarse de mi problema. 1 2 3 4 5
27. -Estoy trabajando para dejar de meterme en problemas otra vez. 1 2 3 4 5
28. -Pienso que debo tener cuidado de mi problema 1 2 3 4 5
29. -No quiero pensar acerca del problema que tengo. 1 2 3 4 5

30. -Estoy trabajando activamente para quedarme fuera de problemas. 1 2 3 4 5

31. -Estoy tratando de hacer un cambio de mis puntos malos. 1 2 3 4 5

32. -Debo de trabajar con ganas para mantenerme fuera de problemas, pero, tarde o temprano regreso al problema. 1 2 3 4 5

Para las siguientes dos preguntas circula un número que te describa a tí.

33. – Qué tan tentado estarías de meterte en problemas, si se te presenta la ocasión?

Nada _____ Extremadamente
0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%.

34. -¿Que tan seguro estas en mantenerte fuera de problemas en el futuro, pase lo que pase?

Nada _____ Extremadamente.
0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100

¡GRACIAS!

SI ALGO NO QUEDO CLARO O NO SE ENTENDIÓ ALGUNA PREGUNTA FAVOR DE ANOTARLA Y SEÑALARME COMO LO DIRIAS TÚ?

APENDICE D

RESUMEN AUTOBIOGRÁFICO

MARÍA DOLORES CORONA LOZANO

**Candidata para el Grado de Maestro en Ciencias de Enfermería con Énfasis
en Salud Comunitaria**

Tesis: Etapas de Cambio y Autoestima en Adolescentes con Conductas Delictivas.

Campo de Estudio: Salud Comunitaria.

Biografía:

Datos Personales: Nacida en Monterrey, N.L. el 20 de Febrero de 1955, hija de Heleodoro Corona Rivera y María Dolores Lozano Caballero.

Educación:

Egresada de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, grado obtenido Licenciado en Enfermería en 1995, Primer Lugar de generación.

Experiencia Profesional:

Servicio Social en los Departamentos de Administración e Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León. Auxiliar de Investigación e Instructor Clínico en la misma Facultad de 1996 a la fecha.

