



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

---

---

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS PROFESIONALES**

**“INTERVENCIÓN EN ADOLESCENTES  
QUE PRESENTAN PROBLEMAS EMOCIONALES Y DE  
CONDUCTA MEDIANTE UN ENFOQUE COGNITIVO-CONDUCTUAL”**

**T E S I S**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

**PRESENTA:**

**AMILLANAHI AGUILAR GALLARDO**

**DIRECTORA: DRA. MARIANA GUTIÉRREZ LARA**

**REVISORA: DRA. CECILIA SILVA GUTIÉRREZ**



**MEXICO, D.F**

**2013**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## **AGRADECIMIENTOS**

*A los tesoros más grandes que me ha dado la vida:*

*MI FAMILIA*

***A mi mamá:***

*Porque sin sus consejos, valor, constancia y sus ganas de luchar no estaría en este momento realizando mis sueños; gracias por haberme enseñado que todo en esta vida es posible, incluso lo que parece inalcanzable; te agradezco también todos estos años de lucha, apoyo y comprensión incondicional. Gracias, por estar presente en cada uno de mis triunfos y éxitos y por enseñarme el significado de la palabra "amor". Te admiro y amo demasiado.*

***A mi papá:***

*Gracias por el esfuerzo que has realizado todos estos años, se que a pesar de la distancia has estado conmigo en todo momento y nunca me has dejado sola, gracias por creer siempre en mí y nunca abandonarme ni en los momentos más difíciles. Gracias también por la lucha que emprendes cada día y por demostrarme que se puede salir adelante aún y en las peores adversidades. Te amo y extraño demasiado.*

***A mi hermana:***

*Gracias por ser un gran ejemplo a seguir, no tengo palabras para decirte lo mucho que te admiro y quiero, eres un ejemplo de sabiduría, lucha y constancia; gracias por apoyarme en todo momento y por luchar junto a mí en cada paso que he dado, gracias por demostrarme lo maravillosa que es la vida a tú lado. Sin duda, eres la mejor hermana del mundo. Te amo hermanita.*

*Gracias a mi Directora de Tesis, la Dra. Andrómeda Valencia, por brindarme su apoyo incondicional durante mi estancia en la clínica, por su enseñanza y los conocimientos que me proporciono, muchas gracias.*

*Gracias a mis sinodales y a sus aportaciones para este trabajo: Dra. Mariana Gutiérrez Lara, Mtra. Nelly Flores Pineda, Mtra. Fayne Esquivel Ancona y Mtra. Gabriela Ruiz Torres.*

*Carlos, gracias por tú compañía, por el apoyo y la ayuda que me has brindado en todo momento; pero gracias principalmente por todo el amor y cariño que me has dado, te adoro.*

*Gracias a todos mis amigos que contribuyeron con este trabajo y que estuvieron conmigo en todo momento: Gio, Vale, Brenda, Ismael, David, Ana, Claudia, Luis, a todos ustedes, gracias.*

*Finalmente, gracias a la Universidad Nacional Autónoma de México que hizo posible uno de mis más grandes sueños, gracias por toda su enseñanza y por qué pertenecer a ella siempre me ha llenado de orgullo, para mí es y seguirá siendo siempre mi segunda casa.*

**ORGULLOSAMENTE PUMA, ORGULLOSAMENTE UNAM.**

## INDICE

<b>RESUMEN.....</b>	<b>1</b>
<b>INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>2</b>
<b>CAPITULO 1 .....</b>	<b>5</b>
1.1 <i>¿Qué es la adolescencia?</i> .....	5
1.2 <i>Fases de la adolescencia</i> .....	8
1.3 <i>Pensamiento en los adolescentes</i> .....	11
1.4 <i>Contexto familiar en los adolescentes</i> .....	13
1.5 <i>Relación de los adolescentes con sus iguales.</i> .....	18
<b>CAPITULO 2 .....</b>	<b>22</b>
2.1 <i>Construcción de la identidad en la adolescencia</i> .....	22
2.2 <i>Autoestima y autoconcepto</i> .....	24
2.2.1 <i>Efectos de la autoestima</i> .....	27
2.3 <i>Desarrollo moral y valores</i> .....	28
2.4 <i>Principales problemas que se presentan en la adolescencia</i> .....	30
2.4.1 <i>Depresión y suicidio</i> .....	32
2.4.2 <i>Agresividad</i> .....	36
2.4.3 <i>Ansiedad</i> .....	37
2.4.4 <i>Trastornos de la conducta alimentaria</i> .....	38
2.4.5 <i>Consumo y abuso de sustancias</i> .....	42
<b>CAPITULO 3 .....</b>	<b>44</b>
3.1 <i>La terapia cognitivo-conductual</i> .....	44
3.2 <i>Tratamiento para el trastorno de ansiedad en adolescentes</i> .....	46
3.3 <i>Tratamiento en depresión para adolescentes</i> .....	49
3.4 <i>Tratamiento en problemas de comportamiento</i> .....	53
3.5 <i>Proyecto de vida</i> .....	<b>55</b>

<b>MÉTODO</b> .....	<b>59</b>
4.1 <i>Justificación</i> .....	59
4.2 <i>Objetivo general</i> .....	60
4.2.1 <i>Objetivos específicos</i> .....	60
4.3 <i>Pregunta de investigación</i> .....	61
4.4 <i>Hipótesis</i> .....	61
4.5 <i>Diseño de estudio</i> .....	62
4.6 <i>VARIABLES</i> .....	63
4.7 <i>Muestra</i> .....	64
4.8 <i>Escenarios</i> .....	65
4.9 <i>Instrumentos</i> .....	65
4.10 <i>Procedimiento</i> .....	66
<b>RESULTADOS</b> .....	<b>75</b>
5.1 <i>Características de la muestra</i> .....	75
5.2 <i>Análisis de la prueba de Wilcoxon para el Inventario de Ansiedad y Depresión de Beck</i> .....	76
5.3 <i>Análisis de la prueba de Wilcoxon para el Inventario de Solución de Problemas de Heppner y Petersen (1982)</i> .....	80
5.4 <i>Resultados de la intervención con los padres</i> .....	82
<b>DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES</b> .....	<b>84</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA</b> .....	<b>89</b>
<b>ANEXO 1</b> .....	<b>95</b>
<b>ANEXO 2</b> .....	<b>125</b>
<b>ANEXO 3</b> .....	<b>133</b>

## RESUMEN

Durante el trabajo realizado con pacientes en el ámbito clínico se puede observar que las conductas disruptivas y las dificultades emocionales en los adolescentes son cada vez más frecuentes. En muchas ocasiones estos conflictos ocurren por diversos factores, algunos de ellos están encaminados con los estilo de crianza, las exigencias sociales, la personalidad, los cambios propios de la adolescencia y otros por mencionar. De modo que si estos problemas no se tratan de manera adecuada y a tiempo estos pueden influir significativamente en el trayecto de sus vidas.

Con lo anterior, el presente trabajo de investigación tuvo como objetivo proponer un plan de tratamiento con enfoque Cognitivo-Conductual que ayudara a los jóvenes de 16 y 17 años a disminuir conductas problemáticas. Así, a fin de conocer si esta intervención daría resultado, se trabajo con ocho adolescentes que acudieron al Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila” cuyo motivo de consulta fueron problemas de agresividad, ansiedad, depresión y baja autoestima. El taller tuvo una duración de 12 sesiones de dos horas cada una, una vez a la semana, donde se les aplico al iniciar y finalizar el tratamiento el Inventario de Depresión de Beck, el Inventario de Ansiedad de Beck y el Inventario de Solución de Problemas de Heppner y Petersen; los puntajes obtenidos fueron analizados con la prueba de Wilcoxon para conocer las diferencias obtenidas. Lo que se obtuvo, fue un cambio significativo en la muestra obteniendo un ( $\alpha = .018$ ) para el Inventario de Ansiedad, un ( $\alpha = .012$ ) para el Inventario de Depresión y un ( $\alpha = .018$ ) para el Inventario de Solución de Problemas, lo que determina la eficacia de la Intervención realizada. Sin embargo, es importante considerar que existen aspectos que podrían mejorar la efectividad del tratamiento como es proporcionar un taller alternativo a los padres de los adolescentes para que adquieran y fortalezcan habilidades que mejoren la comunicación con sus hijos.

**Palabras clave:** Problemas de conducta, emoción, cognitivo-conductual.

## INTRODUCCIÓN

El tema de los adolescentes y los problemas que se presentan en esta etapa han causado una creciente preocupación en los padres e investigadores, por lo que estos últimos se han dado a la tarea de hacer un análisis del proceso de la adolescencia para determinar las causas de los problemas en los jóvenes y buscar soluciones eficaces que los ayuden a enfrentar sus conflictos.

En numerosas investigaciones se ha constatado que las dificultades en las relaciones interpersonales que se presentan por inhibición, agresividad y ansiedad, se encuentran estrechamente relacionadas con una gran variedad de problemas que pueden vivirse tanto en la niñez y la adolescencia como en la edad adulta (Ayala, Pedroza, Morales, Chaparro & Barragán, 2002).

Cándido (2002) señala que los adolescentes agresivos y con altos niveles de ansiedad presentan bajo rendimiento académico, aislamiento, sentimientos de soledad, depresión y déficit de habilidades sociales. Todo esto, en su conjunto, conduce a los jóvenes a una relación disfuncional con los padres, debido a que se dificulta la comunicación, la negociación y la resolución de conflictos, además, debido a estos factores, es probable que aumente el riesgo en el consumo de drogas.

Por otro lado, Ayala, Pedroza, Morales, Chaparro & Barragán (2002) mencionan que el comportamiento agresivo en los niños es un problema de gran relevancia social al que se debe prestar mayor atención, ya que se ha encontrado que aumenta la incidencia de conductas agresivas y antisociales en etapas adultas. Este mismo autor menciona que el comportamiento de los jóvenes está muy relacionado con el estilo de educación que los padres les han dado: es decir, que las prácticas de crianza se relacionan íntimamente con la conducta de sus hijos por ende el afecto negativo y los problemas de atención son algunos de los factores que influyen en la conducta agresiva de los adolescentes, y posteriormente, en la vida adulta.



Hasta la fecha nos hemos podido percatar de que los problemas de conducta en la adolescencia es uno de los motivos más frecuentes de consulta y atención terapéutica en el Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila” de la Facultad de Psicología. También, se ha podido apreciar que son los padres de los jóvenes quienes se preocupan en gran medida por su desempeño y comportamiento, y por la manera en que solucionan los conflictos. De modo que es importante conocer la perspectiva que cada uno de los jóvenes tiene ante el mundo que los rodea y poder así identificar en este proceso de su crecimiento qué es lo que está pasando a nivel pensamiento y conductual.

Es por ello, que la importancia de este trabajo de investigación consiste en determinar si el tratamiento Cognitivo-Conductual y las técnicas utilizadas proporcionan las herramientas necesarias para que los jóvenes puedan solucionar y dar alternativas a los conflictos que se les presentan, motivo por el cual, se trabajará con un grupo de 8 adolescentes de 16 y 17 años, mujeres y hombres que acudieron al Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila” debido a que presentaron problemas de conducta tales como agresividad, depresión, baja autoestima y ansiedad. Se trabajo con técnicas Cognitivo-Conductuales modificadoras del pensamiento y la conducta. El tratamiento estuvo compuesto por 12 sesiones, en 11 de ellas participaron tan sólo los adolescentes, y en la última se cito a los padres de los mismos con la finalidad de verificar si observaron diferencias clínicamente significativas antes y después del tratamiento. Las sesiones se programaron una vez por semana con una duración de dos horas, lo cual indica que el tratamiento finalizo en 2 meses y medio. De la misma manera, al iniciar y finalizar el tratamiento, se les aplico cuatro instrumentos que medirían los cambios obtenidos antes y después de la terapia, todos ellos, se analizaran estadísticamente con la prueba de Wilcoxon.

La finalidad de este trabajo es proponer un plan de tratamiento con enfoque Cognitivo-Conductual, que ayude a los adolescentes de 16 y 17 años a adquirir las habilidades necesarias para mejorar sus relaciones interpersonales de manera asertiva, que aprendan a solucionar sus problemas de manera eficaz y además

que puedan identificar, analizar y modificar pensamientos disfuncionales que inciden de forma directa en su estado emocional y conductual.

Si el Tratamiento Cognitivo-Conductual demuestra tener una diferencia clínicamente significativa después del Tratamiento, éste podría aplicarse a otros jóvenes que se encuentran en situaciones similares o de conflicto y así, con estas herramientas se podrán generar diversas alternativas que ayuden a los jóvenes a resolver problemáticas propias de la adolescencia.

El presente trabajo se desarrollará por medio de, tres capítulos; en el primero, se describirán, las principales características que se presentan en la adolescencia así como los fundamentos biológicos. En este apartado también, aparecen dos temas de gran relevancia para esta investigación, el primero implica el contexto familiar que se desarrolla en esta etapa, es decir, de qué manera influye la comunicación de cada integrante de la familia en la conducta del hijo adolescente. También se explicarán los cambios y la influencia que los iguales tienen en la vida de un adolescente.

En el segundo capítulo se explicaran los factores psicológicos relevantes de la adolescencia, también se analizará como los jóvenes construyen su identidad y además se mencionarán algunas características de lo que ocurre con su autoestima y autoconcepto. Posteriormente, se identificarán algunas de las problemáticas presentadas en los adolescentes, como son: depresión, agresividad, ansiedad, trastornos de la conducta alimentaria y el problema en el consumo de alcohol y drogas; muchas de estas situaciones son consideradas por que los adolescentes que acudieron a terapia presentaban estas problemáticas.

Finalmente, en el tercer capítulo, se explicarán algunos artículos donde se ha utilizado el modelo Cognitivo-Conductual como estrategia para la Intervención de problemas en la adolescencia, es decir; se analizará la importancia y los resultados que se han obtenido en estas investigaciones, de manera que podamos tener una mejor evidencia de los resultados obtenidos en jóvenes donde se ha aplicado este mismo modelo.

## CAPITULO 1

### 1.1 ¿Qué es la adolescencia?

En diversas fuentes donde se ha analizado el tema de la adolescencia se propone un concepto similar a la etapa que caracteriza a los jóvenes de hoy en día, Santrock (2004) por ejemplo, la define como el periodo de transición entre la infancia y la etapa adulta, menciona que esta etapa está determinada por cambios biológicos, cognitivos y emocionales.

Papalia, Wendkos y Feldman (2007) la definen como el periodo que transcurre entre la niñez y la edad adulta, el comienzo lo anuncia la pubescencia, cuando se da un rápido crecimiento físico y la maduración de las funciones reproductiva. La pubescencia dura unos dos años, terminando en la pubertad, cuando el individuo llega a la madurez sexual y tiene la capacidad de reproducirse. Este periodo inicia aproximadamente a los 11 años (Papalia, Wendkos & Feldman 2007) y termina entre los 18 y 22 años en la mayoría de los individuos (Santrock, 2004).

Los especialistas del desarrollo distinguen en este periodo entre la adolescencia temprana y la adolescencia tardía. La adolescencia temprana corresponde a los años de enseñanza secundaria e incluye la mayoría de los cambios asociados a la pubertad. La adolescencia tardía se refiere aproximadamente a la segunda mitad de la segunda década de la vida. Los intereses profesionales, las citas románticas y la exploración de la identidad suelen predominar más en la adolescencia tardía que en la temprana (Santrock, 2004).

Esta etapa adolescente se caracteriza por el ingreso a una escuela diferente, por relaciones sociales con sus iguales, por una mayor importancia a la amistad y el amor, por la atención dirigida hacia su propio cuerpo, por una necesidad intensa de autonomía, por los conflictos con los padres, por preocupaciones, por dudas de su propia identidad, por la importancia que tiene el dar una buena impresión a los otros, por la transgresión de normas anteriormente respetadas, por la inseguridad, ansiedad, ambivalencia y cambios somáticos (Lutte, 1991).

La adolescencia es una etapa de ajuste, en la que predomina la confusión, el individuo ya no es un niño pero tampoco un adulto, tiene mucho trabajo biológico y social que desarrollar (Lozano, 1996), se distingue por una situación de dependencia que no deriva de incapacidades biológicas sino más bien de incapacidades económicas y sociales (Lutte, 1991).

Santrock (2004) menciona que los procesos biológicos implican cambios físicos en el cuerpo del individuo. Algunos de ellos son el desarrollo del cerebro, el aumento de peso y estatura, las habilidades motoras o los cambios hormonales. Los procesos cognitivos implican cambios en el pensamiento y la inteligencia de un individuo, como por ejemplo memorizar o resolver un problema de matemáticas, etc. Por otra parte los procesos socioemocionales implican cambios en las relaciones de un individuo con otras personas, las emociones, la personalidad y el papel que desempeñan los contextos sociales en el desarrollo, ejemplo de ello es contestar a los padres o agredir a otro adolescente, mientras que el desarrollo de la asertividad o la orientación de los roles sexuales son un claro ejemplo de los procesos socioemocionales en el desarrollo del adolescente. También aclara que la adolescencia es una etapa fundamental en la adaptación de comportamientos adecuados para mantener la salud, por eso la adquisición de patrones de conducta saludables durante la adolescencia no sólo se asocia con beneficios inmediatos para la salud, sino que también contribuyen a la prevención de enfermedades y mortalidad en la etapa adulta. La nutrición, el ejercicio, el deporte, y el sueño son algunas de las características principales que los adolescentes deben cuidar para evitar enfermedades que afecten el desarrollo de su crecimiento.

Los procesos biológicos, cognitivos y socioemocionales están entrelazados de forma compleja. Los procesos socioemocionales moldean los procesos cognitivos, y, a su vez, los procesos cognitivos estimulan o restringen los procesos socioemocionales, mientras que los procesos biológicos influyen sobre los procesos cognitivos y socioemocionales.

Los adolescentes suelen estar al pendiente de su cuerpo y de los cambios físicos que experimentan, les preocupa constantemente si son atractivos o no, hasta que los adolescentes logran aceptar los cambios de su cuerpo, sus emociones, sus sentimientos y sus comportamientos pueden formar su personalidad. En esta etapa es muy frecuente la facilidad con que cambian de opinión, aunado a los diversos cambios en el estado de ánimo que experimentan; por lo cual es necesario que se les dé afecto y comprensión (Egremy, 1994).

Durante esta etapa de la adolescencia, los cambios psicológicos que se producen son el correlato de cambios corporales, los cuales llevan a una nueva relación con los padres, la pareja, los amigos y con el mundo entero. Así, cuando el adolescente se incluye en el mundo con su nuevo cuerpo y con una nueva identidad puede adquirir una ideología que le permita su adaptación al mundo y su acción sobre él para cambiarlo (Aberastury & Knobel, 1994).

Para la formación de la personalidad del adolescente es importante entender el por qué de los cambios de humor, así como la manera de ver el mundo y la aceptación de su cuerpo, esta personalidad se va formando poco a poco y va cambiando conforme el paso de las etapas de la vida (Egremy, 1994).

Arnett (2008) por su parte, menciona que durante la adolescencia surgen una serie de cambios que son determinantes en la vida del ser humano, *la pubertad* por ejemplo es un periodo en el que se produce una maduración física y rápida asociada a los cambios corporales y hormonales. Las hormonas por ejemplo, son sustancias químicas, secretadas por las glándulas endocrinas y que el torrente sanguíneo transporta por todo el cuerpo, los andrógenos son el principal tipo de hormonas masculinas y los estrógenos son el principal tipo de hormonas femeninas.

Izquierdo (2003) mencionaba que esta etapa también se caracteriza por el conflicto específico que el adolescente manifiesta consigo mismo y con su entorno. Si bien, el adolescente está inmerso en un proceso irrefrenable de personalización; el mismo tiene como objetivo, reestructurar sus vivencias, revisa

esquemas y creencias, y pone en duda todo aquello en lo que no esté seguro. Sin embargo, sean cuales sean las circunstancias en las que los jóvenes se desarrollen, la adolescencia es una etapa de progreso.

## **1.2 Fases de la adolescencia**

Según Papalia, Wendkos y Feldman (2007) el periodo de la adolescencia no solo incluye cambios físicos; también se toman aspectos afectivos, psicológicos, sociales y cognitivos como se ha mencionado anteriormente. Es por ello, que dentro de este periodo nos encontramos con tres etapas fundamentales que abarcan todo el periodo de la adolescencia:

1. Adolescencia temprana. Abarca de los 12 años a los 14 de edad.
2. Adolescencia media. Empieza a la edad de los 15 hasta los 17 años de edad.
3. Adolescencia tardía o fase de la resolución de la adolescencia. Es aquella que comprende de los 18 a los 21 años de edad.

Para Izquierdo (2003), la adolescencia solo contemplaba dos fases que implicaban de los 10 a los 19 años, él mismo la dividía en adolescencia temprana la cual abarcaba de los 10 a los 14 años y posteriormente como segunda fase se encontraba la adolescencia tardía que abarcaba de los 15 a los 19 años.

Bloos (1980) dividió la etapa de la adolescencia en tres etapas, las cuales se mencionan a continuación:

- Adolescencia Temprana

Bloos (1980) proponía que la etapa de la adolescencia temprana va de los 14 a los 15 años de edad, mencionaba que los valores, las reglas, así como las leyes morales, van adquiriendo independencia notable de la autoridad paterna, es decir; comienzan a protestar, a tratar de romper con todos los convencionalismos, con

las costumbre más cotidianas, con los gustos y aficiones que comparten los padres.

En esta etapa de la adolescencia temprana, el adolescente se caracteriza por no saber lo que busca, tampoco sabe quién es, así que pierde fácilmente el control de sus emociones, sufre una relación ambivalente con sus padres porque necesita alejarse de ellos y al mismo tiempo demanda su afecto.

Si bien, es en esta misma etapa que existe una descomposición de la imagen, también existe una ruptura de identidad, y a ello se agregan, sentimientos desagradables, confusión, desorganización, descontrol de sus emociones, irritabilidad, producto de las exigencias e incomprensión de su entorno, en este caso representado por sus padres. También, es la fase que implica realizar diversas tareas de madurez, tales como la elaboración del autoconcepto, desarrollo del pensamiento abstracto, etc.

- **Adolescencia Media**

Es la etapa de los 15 a los 18 años de edad, que está determinada por la toma de decisiones, por la elección de valores y decisiones profesionales. En esta etapa el sistema escolar favorece un ambiente de relaciones sociales más amplia y relativa libertad, por esto es común observar la independencia y mayor separación de la familia en el plano escolar, motivo por el que algunos desvían sus intereses a otras actividades, dejando de lado sus responsabilidades.

Por consecuencia se presenta el fracaso escolar y deserción escolar en muchas ocasiones. Se observa que el individuo poco a poco alcanza la madurez intelectual, llegando al estadio de las operaciones formales, es decir, ahora poseerá un razonamiento hipotético deductivo.

La maduración que se ha logrado permite que en esta etapa se den cambios en relación con las etapas anteriores, además, la vida emocional se torna más intensa, con mayores horizontes y cambia gradualmente hacia el amor heterosexual.

En la adolescencia media existe una participación más intensa en la vida de los grupos, esto les permite las identificaciones y los ensayos del rol adolescente sin emanar un compromiso permanente y aliviar los sentimientos de culpa que acompañan a las emancipaciones de las dependencias, y prohibiciones. Además, los jóvenes se definen a partir de las relaciones que establecen con los demás en el ámbito familiar y escolar (Bloos, 1980).

En esta edad, los jóvenes viven una etapa propensa a adoptar un comportamiento de alto riesgo. Por ello, y en función del estilo de vida y el núcleo de pares, los jóvenes con mayor libertad o con medios familiares disfuncionales suelen involucrarse en conductas antisociales, posibilidad de accidentes, alcoholismo, drogadicción y conductas sexuales frecuentes que, en casi de la falta de precaución, les conducen a embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual. También se empieza a producir una gama de reacciones ante el entorno social, lo cual incluye, por parte de los adolescentes una serie de frustraciones y en algunos casos, algunos sentimientos que incluyen pérdida de la autoestima, en algunos casos, se inician conductas de abandono que pueden ocasionar una depresión temprana. En muchos casos las respuestas que los jóvenes ejecuten ante alguna situación se relaciona con el autoconcepto y las expectativas personales o familiares por largo tiempo conocidas, aceptadas o temidas (Dulanto, 2000).

- Adolescencia Tardía

Bloos (1980) mencionaban que la fase final de la adolescencia, se ubica alrededor de los 22 a 23 años de edad aproximadamente, y es la que corresponde a la edad escolar superior y es la fase de consolidación donde dejan las actitudes infantiles, reconoce sus habilidades y limitaciones, elige su vocación, reorganiza sus valores, acepta la autoridad como algo necesario y disminuye la rebeldía, tolera la frustración, se enoja menos y es capaz de negociar, adquiere la madurez biológica, consolidando su identidad sexual personal, es capaz de poder elegir una pareja y reconoce sus capacidades y limitaciones.



Dulato (2000) mencionaba que en esta etapa, los jóvenes aprenden con más asertividad a tomar decisiones, establecen perspectivas del futuro, confían más en sus padres y logran delinear su proyecto de vida con mayor firmeza. Al llegar a este estado del proceso de desarrollo, ser humano ya es capaz de imponer limitaciones en sus relaciones y estilos de vida. También el joven presenta cambios en sus conceptos, normas y maneras de enfocar diversos problemas personales cotidianos, como aquellos que ocurren en su entorno.

### **1.3 Pensamiento en los adolescentes**

Piaget (1925; en Santrock, 2004) afirmó que las personas pasamos por cuatro etapas o estadios de pensamiento diferentes, la primera es la etapa Sensoriomotriz, la segunda es la etapa preoperacional, la tercera esta etapa de las operaciones concretas y finalmente la etapa de las operaciones formales. Cada uno de estos estadios está relacionado con una edad específica y consiste en una forma diferente de pensar y de entender el mundo. Vygotsky, por su parte, mencionaba que el conocimiento se produce en contexto e implica colaboración; es decir, que está distribuido entre personas y ambientes, lo cual significa que el conocimiento se adquiere mejor a través de la interacción con otras personas en actividades cooperativas. También existen otras teorías, como las del procesamiento de la información la cual explica cómo entra la información en la mente del adolescente, cómo se almacenan y cómo se recupera para pensar y resolver problemas.

Siguiendo lo que Piaget (1925; en Santrock, 2004) refería, él mencionaba que los adolescentes por ejemplo, se encuentran en el cuarto estadio, es decir; el pensamiento de operaciones formales, que emerge entre los 11 y 15 años y se consolida alrededor de los 20 años y este mismo estadio es el más relevante para el desarrollo cognoscitivo en la adolescencia ya que, este tipo de pensamiento es más abstracto, los adolescentes son capaces de pensar de manera lógica, de

formular hipótesis y de probarlas de manera sistemática; su pensamiento es más complejo y puede pensar acerca del pensamiento (metacognición).

Broughton (1983; en Santrock, 2004) señala que no todos los adolescentes dominan el pensamiento operacional formal. Por ello proponía que el periodo operacional formal consta de dos subperíodos: el temprano y el tardío. En el *pensamiento operacional formal temprano*, la capacidad incrementa de los adolescentes de pensar sobre situaciones posibles y esto produce un amplio abanico de pensamientos con ilimitadas posibilidades, es decir; en el pensamiento operacional temprano se percibe de una forma demasiado subjetiva e idealista mientras que en el *pensamiento operacional formal tardío*, se recupera el equilibrio intelectual y los adolescentes ponen a prueba o validan los productos de sus razonamientos teniendo en cuenta la experiencia, este pensamiento suele aparecer hacia la mitad de la adolescencia.

Elkind (1984,1998; en Papalia, 2004) identificó algunos comportamientos y actitudes inmaduros que podían ser el resultado de las primeras experiencias ante el pensamiento abstracto de los jóvenes. Entre ellas, destacan las siguientes:

- **Tendencia a discutir.** Los jóvenes son los que buscan constantemente la oportunidad de encontrar y demostrar sus nuevas habilidades de razonamiento.
- **Indecisión.** Debido a que no están seguros de cuantas posibilidades tiene ante un problema, muchos jóvenes tienen dificultades para decidir sobre situaciones sencillas.
- **Búsqueda de fallas en las figuras de autoridad.** Los adolescentes van descubriendo que los adultos a quien una vez admiraron, se van apartando de sus ideales y se sienten en la necesidad de expresárselos.
- **Hipocresía evidente.** En muchas ocasiones los adolescentes no reconocen la diferencia entre expresar sus ideales y hacer sacrificios necesarios para conseguirlo.

- **Autoconciencia.** Debido a la gran preocupación que los jóvenes tienen de sí mismos y de su estado mental, en la mayoría de los casos los adolescentes suponen que los demás están pensando en lo mismo que ellos piensan.
- **Suposición de la invulnerabilidad.** Este comportamiento hace referencia a la creencia que los adolescentes tienen respecto a creerse especiales, es decir, sienten que no están sujetos a las reglas que dictan al resto del mundo. En estos casos su manera egocéntrica de ver la realidad ocasiona comportamientos peligrosos y autodestructivos.

El pensamiento de los adolescentes se abre a nuevos horizontes cognitivos y sociales (Santrock, 2004), permitiendo así dominar destrezas intelectuales también, existe más probabilidades de que un adolescente utilice su pensamiento en aquellas áreas donde tiene más experiencia y donde se ha acumulado más conocimientos.

Papalia (2003) menciona que a pesar de los riesgos que enfrentan los adolescentes, la mayoría de los jóvenes salen de este periodo con madurez, con cuerpos saludables y listos para la vida. Si bien, su desarrollo cognitivo ha sido constante, los adolescentes no solo parecen diferentes de los niños más jóvenes sino que piensan de manera diferente. Aun cuando su pensamiento parece ser inmaduro en ciertos aspectos, son capaces de desarrollar un pensamiento abstracto y emitir un juicio moral sofisticado además de planear el futuro de modo más real.

#### **1.4 Contexto familiar en los adolescentes**

Papalia (2003) añade que los años de adolescencia han sido llamados como la *etapa de la rebeldía*, donde se incluyen la confusión emocional, el conflicto con la familia, la formación a la etapa adulta, el comportamiento inadecuado y el rechazo hacia los valores de las personas de autoridad. Así como los adolescentes

experimentan tensión por la dependencia de sus padres y la necesidad de romper con ella, con gran frecuencia los padres también experimentan sentimientos encontrados en esta etapa de la adolescencia de sus hijos, pues aunque desean que ellos se vuelvan independientes, les resulta difícil saber que en algún momento se irán. Si bien los padres deben transitar por una línea delgada ante el deseo de dar suficiente independencia a sus hijos también se ven en la necesidad de protegerlos ante los errores que puedan cometer debido a su inmadurez. Estas tensiones con frecuencia conducen a conflictos familiares, donde los estilos de crianza pueden influir en la forma y las consecuencias de dichos conflictos.

Laursen (1996; en Papalia 2003) alude que cuando los adolescentes comienzan a alejarse de sus familias y a pasar más tiempo con sus pares tiene menos tiempo de gratificación emocional hacia el vínculo fraternal y hay un distanciamiento hacia los hermanos.

Hurlock (1980) por su parte indica que las relaciones con los padres son importantes en el desarrollo adolescente debido a que actúan como modelos que permanecen a lo largo de la vida, influyendo sobre todo en la construcción de nuevas relaciones.

Así pues la familia es un vínculo importante para los adolescentes ya que estos, pueden desarrollarse de manera más eficaz cuando sus padres son afectuosos y respetuosos con él, cuando manifiestan un gran interés por las cosas que les preocupan, cuando reconocen y aceptan su desarrollo cognitivo y socioemocional y cuando afrontan los conflictos constructivamente y democráticamente (Small, 1990; en Santrock, 2004).

Sin embargo, se ha visto que, cuando los hijos llegan a la etapa de la adolescencia con frecuencia se rompen las expectativas tanto de los padres como de los adolescentes, en muchos casos, los padres son testigos de cómo sus hijos se transforman en personas desobedientes y rebeldes para aceptar las normas y es entonces, cuando reaccionan imponiendo más restricciones a los hijos para que se apeguen a las exigencias, como si esperaran que sus hijos se conviertan

en personas maduras en poco tiempo, sin tomar en cuenta que la transición de la infancia a la edad adulta es un largo viaje. (Hurlock, 1987).

La adolescencia es un periodo en que el conflicto entre padres e hijos adolescentes aumenta (Montemayor, 1982; Weng y Montemayor, 1997; en Santrock, 2004) debido a la maduración, a los cambios biológicos y cognitivos que implican la expansión de su razonamiento lógico. También influyen los cambios sociales relacionados con la independencia y la identidad, el cumplimiento de las expectativas paternas como se menciono anteriormente, los cambios que se acontecen en el mundo académico, en los compañeros, en sus amistades, las citas de primera vez y las ansias de independencia del adolescente.

Pombo (1992) sugería que los adolescentes no se destacan por sus destrezas comunicativas y es en este momento cuando empiezan a presentar problemas de comunicación especialmente con sus padres y otros adultos que los quieren, pues comienzan a ver en ellos una especie de autoridad que lleva al joven a sentirse desafiado por lo que trata de incumplir las reglas o normas en su hogar, todo esto se explica debido a que se encuentran en una etapa crítica, durante la cual se deja de ser niño, pero aún no se es adulto, esto crea confusión y rebeldía en los adolescentes, los cuales buscan a personas de su misma edad para poder hablar y expresar lo que siente y los cambios que les están pasando.

Pombo (1992) también indica, que los padres constituyen modelos muy importantes y significativos para el adolescente, a causa de que moldean su comportamiento a través de las primeras prácticas de autoridad y disciplina. En el desarrollo de las habilidades comunicacionales tienen un impacto importante los patrones de recompensa y castigo, el sistema de creencias y valores, normas establecidas y el manejo de la autoridad. Durante la convivencia en el seno familiar, el adolescente aprende ciertas reglas de comunicación que le permite actuar adecuada o inadecuadamente en su medio familiar y social, según sean los modelos parentales.

La mayoría de los conflictos entre padre e hijos están relacionados con los acontecimientos propios de la vida familiar de cada día, como por ejemplo, tener la habitación ordenada, volver a casa a una determinada hora, hablar por teléfono todo el día y otros similares (Santrock, 2004).

Los adolescentes no solo se resisten a la autoridad doméstica o escolar sino que se asimismo desafían a la legal, representada por las leyes o funcionarios encargados de aplicarlas. Esta misma condición de resistencia a la autoridad es más propia de los varones que de las chicas (Hurlock, 1987).

Para muchos padres, la mayor independencia adquirida en la adolescencia es considerada como rebeldía, pero mientras más se adapten las familias a la autonomía del hijo se favorecerán relaciones más sanas y le ayudarán al adolescente a formarse como adulto, al promover la toma de decisiones familiares. La afirmación de la autonomía y el sentido de la responsabilidad del adolescente crea confusión y conflicto en muchos padres y empiezan a temer que sus hijos se les escapen de las manos, reaccionando a menudo con un mayor control sobre sus hijos, si bien otro aspecto de los adolescentes que repercute sobre las relaciones entre padres y jóvenes son las expectativas que cada uno tiene sobre el otro, es decir, cuando los adolescentes entran en la pubertad, los hijos empiezan a cuestionar o buscar el por qué de las demandas paternas (Maccoby, 1984; en Santrock, 2004).

Algunos padres pueden percibir este comportamiento como resistente o rebelde por que tienen como punto de referencia la obediencia previa de sus hijos durante la etapa infantil, lo que ocurre en estos casos es que los padres reaccionan ante la desobediencia “exigiéndoles más” a sus hijos, por este motivo hay un choque en el comportamiento del adolescente durante el periodo de rápido cambio ante la pubertad (Santrock, 2004).

Small (1990) menciona que el núcleo familiar le proporciona al sujeto un sistema de socialización primario en el que enfrenta un moldeamiento de conductas disciplinarias y afectivas. Las experiencias que la familia le proporciona al

adolescente son de gran importancia para la definición de la personalidad, ya que, proporciona las raíces, continuidad y un sentido de pertenencia, si bien la adolescencia es una recapitulación de las actitudes de los padres hacia su infancia, es decir; si en la infancia fue capaz de aprender a tener confianza, armonía y un sentido de identidad, cabe esperar que la transición a la adolescencia y edad adulta sea fácil. Pero si los padres han impedido al niño la búsqueda de la autonomía, es de esperarse que el adolescente recurra a métodos rebeldes cuando emprenda la transición a la edad adulta. Cuando se llega a la adolescencia, el hogar ya no es la única fuente de influencia en su vida diaria, aunque siente la necesidad del apoyo familiar para su desarrollo emocional, mientras exista un contacto con la familia se verá influenciado por ella. En los aspectos de la vida del adolescente, caracterizados por los problemas con la autoridad, el hogar se vuelve una de los agentes restrictivos, y donde también, la aparición de la pubertad desencadena más o menos infaliblemente una crisis agresiva y abierta, donde se trata de un periodo de confusión necesario que permite al adolescente reafirmar su cambio de niño a adolescente, sin embargo, en algunas ocasiones se levanta de manera violenta contra las ideas, moral y tradiciones.

El inicio de la adolescencia marca un aumento en los conflictos entre padres e hijos, todos ellos relacionados con los cambios biológicos, cambios cognitivos, cambios sociales e incumplimiento de expectativas por parte de padres e hijos; generalmente estos conflictos disminuyen con el transcurso de los años. La mayoría de las personas piensan que el conflicto de los padres con el adolescente es lo más común durante esta etapa, pero esto no sucede en todos los casos ni todos los jóvenes se vuelven rebeldes. La comunicación con los padres se deteriora un poco debido a que pasan menos tiempo juntos del que estaban habituados y dan menos información a sus padres, en algunos otros casos los padres son quienes no escuchan a sus hijos, no toman en cuenta sus opiniones y tampoco intentan entender sus sentimientos y puntos de vista (Rice, 2000).

Pépin (1975) por su parte hace énfasis en que la comunicación es un punto importante para que existan relaciones armoniosas entre padres y adolescentes. Refería que en muchos de los casos cuando los padres se niegan a hablar y no aceptan las ideas de sus hijos y no intentan dar razones cierran los canales de la comunicación, esto ocasiona que la relación de los adolescentes con los padres sea ambigua, debido a que quieren alejarse de ellos, pero también se dan cuenta cuanto dependen de ellos. Por otra parte, los padres también se encuentran en una situación ambigua, en la cual pueden decir una cosa y hacer otra diferente. El adolescente por su parte se rebela contra la autoridad de sus padres y rechaza los modelos que este le imponen. Ahora, estas figuras de autoridad son criticadas y juzgadas. Mientras que los padres que no tienen confianza en sus hijos, proyectan sus miedos, ansiedad y culpa en el adolescente.

El apoyo por parte de los padres está relacionado con alta autoestima, éxito académico y desarrollo moral avanzado (Argyle y Henderson, 1985), por el contrario, la falta de apoyo puede tener un efecto opuesto, es decir; baja autoestima, bajo rendimiento académico y laboral, impulsividad, poca adaptación social y conducta antisocial. Los adolescentes con padres divorciados presentan más problemas de adaptación, problemas de conducta, problemas académicos y problemas psicológicos, menor responsabilidad social y menos relaciones íntimas satisfactorias que los que proviene de familias que no se han desintegrado (Santrock, 2003).

### ***1.5 Relación de los adolescentes con sus iguales.***

Papalia (2003) afirma que las relaciones de las personas jóvenes con los pares es una importante fuente de apoyo emocional durante la difícil etapa de la adolescencia, así como una fuente de presión para el comportamiento que los padres no desean aceptar. Es decir, los adolescentes que experimentan cambios físicos rápidos se sienten mejor al estar con otros jóvenes que experimentan



cambios semejantes. Así como también, los adolescentes que desafían las normas de los adultos se sienten satisfechos cuando buscan el consejo de los amigos que se encuentran en la misma situación.

Los adolescentes y sus iguales tiene aproximadamente la misma edad o nivel madurativo y desempeñan roles importantes en la vida de los adolescentes. El grupo de iguales tienen funciones específicas como ser una fuente de información sobre el mundo externo a la familia. Durante la adolescencia las relaciones entre iguales ocupan un considerable porcentaje del tiempo de la vida del sujeto, de hecho, los adolescentes de ambos sexos pasan más tiempo interactuando con otros adolescentes que con sus propios padres (Ryan y Patrick, 1966; en Santrock 2004).

Para Gottman y Parker (1987) las amistades en el periodo de la adolescencia cumplen seis funciones básicas que son: compañerismo, estimulación, apoyo físico, desarrollo de la autoestima y el autoconcepto, comparación social y de intimidad-afecto que implica abrirse al otro. Es decir; los amigos, son importantes confidentes que ayudan al adolescente a desarrollar el sentido de la identidad, a superar las dificultades con sus pares y las rupturas sentimentales, ofreciendo apoyo emocional y consejos. Además, la calidad de las amistades es un factor importante a considerar, ya que pueden ser positivas y permitirme al adolescente continuar con un desarrollo normal adecuado, basadas en el apoyo mutuo entre sujetos socialmente competente, o pueden ser negativas, caracterizadas por la coerción y el conflicto, introduciendo a los adolescentes a aspectos que afectan a su calidad de vida, por ejemplo el consumo de alcohol. En muchas ocasiones la elección de dichas amistades tiene que ver con las relaciones establecidas entre el adolescente y sus padres.

González (2004) añadía diciendo que una de las tareas sociales en la adolescencia es ampliar el círculo de las amistades y aprender a relacionarse y llevarse bien con diferentes tipos de personas. Así, al crecer el número de amistades los adolescentes, se hacen consientes del grupo al que pertenecen.los

compañeros en estos casos son una fuente de información del mundo externo a la familia y le proporcionan al joven retroalimentación de sus habilidades.

Para que se dé una amistad entre adolescentes es necesario que haya a primera instancia una identificación, es decir; los jóvenes deben tener actitudes similares en los estudios, en las aspiraciones educativas o en otros sentidos deben parecerse en edad, sexo, actividades de ocio, etc. Así, se puede establecer una relación íntima con quienes hay desinhibición y además se comparten los más profundos sentimientos. Se experimentan lealtades muchas de veces mayores que con la familia, esto se debe a que el amigo entiende, comprende y hace que el otro se sienta comprendido, siendo importantes confidentes que ofrecen apoyo emocional y consejos. Los amigos en esta etapa son una gran fuente de afecto, simpatía y comprensión y además un punto de apoyo para lograr la autonomía y la independencia de los padres, así como la autoestima y autoconcepto. Estableciendo relaciones estrechas, que son en la etapa adulta la base de la intimidad. Asimismo, los amigos comparten más que secretos y planes, comparten sentimientos y se ayudan mutuamente a resolver problemas y conflictos interpersonales (Werebe, 1987).

Para muchos autores como Hurlock (1987) la estabilidad es necesaria para proporcionar al individuo un sentimiento de seguridad y satisfacción emocional que al menos temporalmente no obtiene de su familia, en estos momentos y debido a la etapa en la que se encuentran ellos requieren de amigos con los que puedan contar y que además, sean leales y fieles ante lo que les ocurra. Así, cuando el adolescente se siente privado de sus amistades generalmente comienza a experimentar una gran angustia, y que además al ser rechazado o pasar desapercibido trae como consecuencia que se vuelva agresivo y hostil por que desea ser popular, sin embargo esto no significa que todos los adolescentes que sientan el rechazo se vuelvan agresivos, también pueden experimentar sentimientos de soledad y esto como consecuencia puede tener un efecto negativo en su autoestima.

Laursen (1996; en Santrock 2004) también apoya el que las amistades en la etapa de la adolescencia son radicalmente diferentes a las relaciones familiares, es decir; las relaciones con sus iguales son más igualitarias a diferencia de las relaciones con los padres o con los hermanos, quienes generalmente son mucho más jóvenes o mayores que ellos. Así, las amistades se basan en la elección y el compromiso, por esta misma razón, las relaciones familiares son más inestables.

Papalia (2003) por ejemplo, menciona que la intensidad e importancia de las amistades, así como el tiempo que los jóvenes dedican a sus amigos, son probablemente mayores en la adolescencia que en cualquier otra etapa de su vida, esto se debe a que las amistades son más recíprocas y los adolescentes empiezan a confiar más en los amigos que en los padres en cuanto a intimidad y apoyo.

Es en esta etapa en la que la lealtad, la intimidad y el compartir se convierten en lo más importante para solidificar una amistad. La intimidad con amigos del mismo sexo se incrementan en la etapa de la adolescencia temprana y continúa hasta la adolescencia intermedia, después de la cual generalmente disminuye a medida que se desplaza hacia adolescentes del sexo opuesto. Además, la intimidad creciente de la amistad adolescente refleja el desarrollo cognitivo que permite que los jóvenes expresen mejor sus pensamientos y sentimientos privados, la amistad también proporciona un lugar seguro para expresar opiniones, admitir debilidades y obtener ayuda para enfrentar los problemas que se les presenten (Laursen, 1996; en Papalia 2003).

## CAPITULO 2

### ***2.1 Construcción de la identidad en la adolescencia***

La identidad del adolescente es definida por Izquierdo (2003) como el resultado de la vocación personal, que tiene que ser descubierta en la etapa adolescente para poder descubrir por completo su “yo”, sin embargo para llegar a esa etapa final los jóvenes atravesarán por dudas, inseguridades y auténticas crisis de identidad que vienen acompañadas de un mundo que pretende dictar a cada persona como vivir. La seguridad y confianza en sí mismo ayuda a los jóvenes a buscar su propia identidad, de lo contrario, el no sentirse capaz y seguros de sí mismos puede convertirse en un problema grave cuando los jóvenes se sienten inadaptados.

Si bien la adolescencia es un período en que el individuo trata de llegar a un acuerdo consigo mismo y con su medio ambiente, es una época de desarrollo que será crucial para determinar la conducta personal y social del adolescente, así como también el estatus que ocupará en un futuro como individuo funcionalmente maduro (Horrocks, 1986), sin embargo, para muchos adolescentes resulta difícil la tarea de buscar su identidad por ello, Izquierdo (2003) propone que existen tres aspectos fundamentales propios de la identidad:

1. El vocacional
2. El sexual
3. El ideológico

La *identidad vocacional* implica que los adolescentes determinen sus intereses hacia una profesión o carrera, sin embargo, en el mundo actual existe un gran problema de desempleo que en algunos casos confunde aún más a los jóvenes, por tanto, el adolescente necesita del apoyo de sus padres y de sus profesores.

La *identidad sexual* permite la identificación con el mundo adulto masculino o femenino, sin embargo, también es fuente de conflicto debido a que el adolescente

toma conciencia de estar ingresando a una comunidad de varones y mujeres, lo cual requiere de un nuevo enfoque de las relaciones personales.

La *identidad ideológica* es otro de los grandes dilemas que ocurre en la adolescencia puesto que, los jóvenes no pueden seguir aceptando ciegamente la ideología de los padres o de otros adultos cercanos a él, los jóvenes se ven en la necesidad de explorar por sí mismos y alcanzar una convicción personal respecto a sus creencias y su ideología.

Por otro lado Santrock (2004) añadía otros componentes que deberían estar implícitos en la identidad de un individuo, aspectos como la carrera y la trayectoria profesional, las creencias políticas y religiosas, los intereses intelectuales, la identidad sexual, la identidad cultural y étnica, por los intereses personales y las cosas que le gustan hacer ya demás por su imagen corporal. Todo individuo que sea capaz de desarrollar una identidad saludable será capaz de adaptarse, ser flexible y estar abierto a los cambios que va teniendo en la sociedad, las relaciones y su mundo laboral.

Erickson (1950; en Arnett 2008) menciona que cada etapa de la vida tiene un problema central, en la etapa de la adolescencia, el problema central es la identidad. Donde el camino saludable establece un sentido claro y firme de quien es uno y qué lugar ocupa en el mundo, pero por otro lado, el camino menos saludable es la confusión de la identidad, que es la incapacidad de formar una identidad estable y segura. La formación de la identidad de los jóvenes exige reflexionar en cuáles son los rasgos, habilidades e intereses que tiene y las opciones de vida disponibles en su cultura, en estos casos ellos necesitan probar varias posibilidades y al final comprometerse. Erickson (1968; en Santrock 2004) en similitud con los autores antes mencionados, puntualizaba que los aspectos principales en las que se forma la identidad son el amor (relaciones personales), el trabajo (ocupación) y la ideología (ideas y valores); sin embargo, también añadía que la incapacidad de comprometerse en estos ámbitos al finalizar la adolescencia reflejaba una confusión de la identidad.

Cabe destacar, que Erickson no afirmó que la adolescencia sea el único momento en el que surgen problemas de identidad y que una vez que termine esta etapa esos problemas queden resueltos del todo, la confusión de la identidad continúa incluso mucho después de la adolescencia, incluso cuando los adultos continúan haciéndose preguntas de quiénes son y cuál es el lugar que ocupan en el mundo.

Los factores que favorecen el desarrollo de la identidad del individuo son; la democracia, que les permite participar en las decisiones familiares, el poder cuestionar y ser diferente en un contexto de apoyo (Harter, 1990; en Santrock 2004).

## **2.2 Autoestima y autoconcepto**

Izquierdo (2003) define a la autoestima como la visión más profunda que cada cual tiene de sí mismo. Cuando esta visión es una aceptación positiva de la propia identidad, es porque está sustentada en la conciencia de la valía y la capacidad personal. La autoestima puede estructurarse a partir de suma de la autoconfianza, respeto y consideración que nos debemos a nosotros mismos, también se considera que la autoestima desempeña un papel importante en la autorregulación de la conducta, mediando en la toma de decisiones, influyendo en la elección de objetivos y sobre todo determinando el establecimiento de planes de acción.

Para Santrock (2004) la autoestima es una evaluación de carácter global mediante la que se evalúa el yo y el autoconcepto se refiere a las autoevaluaciones del yo en un dominio o ámbito específico. Las relaciones con los padres y con los iguales son dos fuentes importantes de apoyo social que influyen de manera determinante en la autoestima del adolescente. Existen ciertos rasgos en el estilo educativo de los padres asociados a una alta estima en los hijos, algunos de ellos son:

- La expresión de afecto
- Preocupación de los problemas del hijo

- Armonía en el hogar familiar
- La participación en las actividades familiares conjuntas
- Disponibilidad de ayudar de forma competente y organizada al hijo cuando lo necesita
- Establecimiento y cumplimiento de normas claras y justas que dan libertad al hijo dentro de los límites claramente establecidos.

Asimismo, las expresiones faciales de los adolescentes y la medida en que se felicitan o se censuran a sí mismos son indicadores de como se ven los mismos jóvenes, por ello, existen conductas positivas y negativas que ayudan e determinar el autoestima del adolescente, Savin-Williams y Demo (1983, en Santrock 2004) proponían el siguiente esquema:

INDICADORES POSITIVOS	INDICADORES NEGATIVOS
1. Dar órdenes o directrices a los demás	1. Se mete con los demás, los descalifica o insulta
2. Utiliza un tono de timbre apropiado para la situación	2. Gesticula excesivamente y fuera de contexto
3. Expresa sus opiniones	3. Toca de forma inapropiada o evita el contacto corporal
4. Se sienta con otros durante las actividades sociales	4. Se excusa por los errores
5. Trabaja cooperativamente en grupo	5. Mira a todas partes para controlar lo que hacen los demás
6. Mira de frente a los demás cuando habla o le hablan	6. Presume en exceso de su logros, habilidades y aspecto físico
7. Mantiene contacto ocular durante las conversaciones	7. Se descalifica verbalmente; se desprecia a si mismo
8. Inicia interacciones amistosas con los demás	8. Habla demasiado alto, con brusquedad o de forma dogmatica
9. Mantiene una cierta distancia entre sí mismo y los demás que resulta cómoda	9. No expresa sus opiniones o puntos de vista, aunque se lo pidan
10. No duda al hablar, habla con fluidez	10. Adopta una postura de sumisión

**Fuente: Tomado de Santrock (2004)**

Si bien es bueno tener en cuenta estos indicadores, también es importante mencionar que los problemas de la adolescencia se pueden intensificar cuando la baja autoestima se suma a transiciones difíciles en la escolarización, en la vida familiar o en otros acontecimientos estresantes (Papalia, 2003).

Cuando los adolescentes rechazan partes de sí mismos, las estructuras psicológicas se ven seriamente añadidas, ya que juzgarse y condenarse a uno mismo produce un enorme dolor (Izquierdo 2003).

Algunos factores que pueden afectar el autoconcepto del adolescente son la estructura corporal, los defectos físicos, la condición física, la vestimenta y la inteligencia, a muchos adolescentes se les dificulta agradarse y aceptarse debido a que no están satisfechos con su personalidad, y entonces, el adolescente que se rechaza a sí mismo no se quiere, siente aversión hacia su persona, tiende a despreciarse y a creer que otros lo ven con hostilidad y menosprecio, no confía en sus propios sentimientos y actitudes y oscila de acuerdo al trato que le dan los demás. Todo este auto rechazo se deriva principalmente de un autoconcepto real que no alcanza el autoconcepto ideal y causa la intensificación de la infelicidad del adolescente (Hurlock, 1987).

En algunos casos la baja autoestima a la que se enfrentan los adolescentes Izquierdo (2003), la define como una de las mayores dificultades para desarrollarse con los demás joven, pues limitan su capacidad de abrirse a ellos para pedir ayuda o resolver sus problemas.

Santrock (2004), propone cuatro formas para elevar el autoestima del adolescente:

1. Identificar las causas de la baja autoestima del adolescente y los ámbitos de competencia importantes para el yo
2. Proporcionar apoyo emocional y aprobación social
3. Ayudar a conseguir logros
4. Mejorar las habilidades de afrontamiento.



Al inicio de la adolescencia la timidez aumenta, debido a la mayor conciencia de uno mismo, desarrollo de intereses sexuales y el deseo de ser aceptado en un grupo social. La timidez tiene sus raíces en el miedo a la evaluación negativa por parte de otros, tiene su origen en un deseo de aprobación social, en una baja autoestima y el miedo a ser rechazado (Connolly, White, Stevens y Burstein, 1987). Así pues, el apoyo emocional y la aprobación social en forma de aprobación procedente de los demás es una forma importante de influir sobre la autoestima de los demás (Harter, 1900; en Santrock, 2004), y además, la autoestima también se eleva cuando, ante un problema, el adolescente intenta afrontarlo en vez de evitarlo, esta actitud, genera pensamientos de carácter positivos que, a su vez, eleva la autoestima (Arnett 2008).

### **2.2.1 Efectos de la autoestima**

Entre los efectos positivos que se derivan de un desarrollo adecuado de la autoestima son los siguientes:

- *Favorece el aprendizaje.* Adquiere nuevos conocimientos y los adolescentes adquieren mejor atención o concentración.
- *Ayuda a superar las dificultades personales.* Cuando una persona goza de alta autoestima es capaz de afrontar los problemas y fracasos, ya que dispone en su interior de la fuerza necesaria para responder e manera adecuada buscando la superación de los obstáculos que se les presentan.
- *Fundamenta la responsabilidad.* A la larga, los adolescentes que tiene confianza en sí mismos y reconocen sus aptitudes se vuelven contantes y responsables.
- *Desarrolla la creatividad.* A partir de la confianza en sí mismos, en la propia originalidad y capacidad, emerge una potencialidad creadora en los jóvenes.

- *Estimula la autonomía.* Ayuda a los jóvenes a ser autónomos, seguros de sí mismos, y a encontrar su propia identidad. A partir de ello, cada uno de los jóvenes elige sus metas que desea alcanzar, decide que actividades y conductas le resultan significativas y asume la responsabilidad de conducirse a sí mismos.
- *Posibilita una relación social saludable.* El respeto y el aprecio por uno mismo son sumamente importantes para lograr una adecuada relación con las demás personas.
- *Garantiza la proyección futura del individuo.* Impulsa su desarrollo integral y permanente.

Con todo lo anterior Izquierdo (2003), añadía que una de las tareas más importantes de la educación es, sin duda, la de mejorar la autoestima de los adolescentes para que tenga como consecuencia mejorar su calidad de vida.

### **2.3 Desarrollo moral y valores**

Santrock (2004) por otro lado menciona que en la etapa de la adolescencia el desarrollo moral hace referencia al conjunto de pensamientos, sentimientos y comportamientos relacionados con los criterios del bien y del mal. Este desarrollo moral a su vez, lo definen como una *dimensión intrapersonal* por que tiene que ver con el sistema de valores de una persona y su sentido del yo, pero a su vez involucra una *dimensión interpersonal* por que esta implica lo que la gente debería o no hacer en sus relaciones con los demás. Es decir, en la primera, se regulan las actividades de una persona cuando no se implica en interacciones sociales, mientras que en la segunda se regulan las interacciones sociales.

Por su parte Kohlberg (1958, en Arnett, 2008) propuso un concepto fundamental para entender el desarrollo moral al que llamo ***interiorización***, en el que explica el cambio evolutivo consistente en que el comportamiento pasa de estar controlado externamente a estarlo por principios y criterios internos, es decir; con

forme los niños y los adolescentes van madurando, sus pensamientos morales se vuelven más interiorizados.

Los tres niveles de desarrollo moral propuestos por Kohlberg (1958) son los siguientes:

- El **razonamiento preconvencional**, es el nivel inferior sobre el desarrollo moral, en esta etapa el individuo no muestra ninguna interiorización de los valores morales, en estos casos el razonamiento moral está controlado por recompensas y castigos externos.
- El **razonamiento convencional**, es el nivel intermedio donde los individuos se atienen a criterios o principios internos, que son los criterios de otras personas, como lo son los padres o las leyes de la sociedad.
- Finalmente se encuentra el **razonamiento postconvencional**, en este nivel la moralidad está completamente interiorizada y no se basa en los criterios de otras personas. El individuo en estos casos reconoce la existencia de otras opciones morales alternativas, explora diferentes opciones y decide basándose en un código moral personal.

Si bien la idea principal de Kohlberg (1958) era que la orientación moral de un individuo es una consecuencia de su desarrollo cognitivo, es decir; los niños y los adolescentes van construyendo sus pensamientos morales a medida que van avanzando de una etapa a otra en vez de aceptar pasivamente una norma cultural de moralidad.

Por otro lado, los valores también son uno de los factores más importantes en el proceso de la adolescencia ya que son estos los que influyen de manera determinante en sus pensamientos, sentimientos y acciones. Los valores por tanto son definidas por Papalia (2003) como las creencias y actitudes sobre como deberían ser las cosas, esto es, que implica aquello que uno considera importante. Así, a medida que pasa el tiempo se ha demostrado que los

jóvenes han mostrado una preocupación cada vez mayor por su bienestar personal y una preocupación cada vez menor por el bienestar ajeno, sin embargo, Santrock (2004) mencionaba que es relevante que los jóvenes desarrollen un sentido de compromiso con el bienestar de los demás y a su vez fomentar el interés por su autorrealización.

## **2.4 Principales problemas que se presentan en la adolescencia**

La OMS (2012) menciona que al menos el 20% de los jóvenes padecerá alguna forma de enfermedad mental como la depresión, trastornos del estado de ánimo, abuso de sustancias, comportamientos suicidas o trastornos alimentarios. De manera que es importante promover la salud mental y dar respuesta a los problemas si surgen, puesto que se requiere una gran gama de servicios de atención de salud y de asesoramiento a las necesidades de los adolescentes en las comunidades.

Santrock (2004), alude que existen diferentes enfoques para entender las causas que pueden intervenir en la aparición de los problemas en los adolescentes algunos de estos factores son los biológicos, psicológicos y socioculturales. A continuación se dará una descripción de cada una de ellas:

- Factores biológicos.

Dentro del enfoque biológico, los problemas que los adolescentes presentan se atribuyen a un funcionamiento inadecuado del cuerpo del adolescente. El cerebro y los factores genéticos son las posibles causas de los problemas en los jóvenes. Arnett (2008) indica que en estos casos se acude al tratamiento farmacológico para solucionar los problemas.

- Factores psicológicos.

Entre los factores psicológicos que pueden provocar problemas en los adolescentes se encuentran los pensamientos distorsionados, la confusión emocional, el aprendizaje inadecuado y las dificultades para interactuar con otros. Muchas de las teorías psicoanalíticas atribuyen los problemas presentados en la adolescencia debido a las experiencias estresantes que tiene los niños con las figuras paternas. Por otro lado, los teóricos de la conducta y los sociocognitivos afirman que los problemas que se presentan en los jóvenes son una consecuencia de las experiencias sociales que tienen los adolescentes con otras personas. Además, la familia y el grupo de iguales son influencias especialmente importantes en la gestación de los problemas adolescentes (Izquierdo, 2003).

- Factores socioculturales

Los principales problemas psicológicos que presentan los adolescentes se dan en la mayoría de las culturas, sin embargo la frecuencia e intensidad varía de cultura a cultura, debido a que se asocian con aspectos sociales económicos, tecnológicos y religiosos (Draguns, 1990; en Santrock, 2004).

Así, dentro de los factores socioculturales que influyen para el desarrollo de los problemas de los adolescentes se encuentran el nivel socioeconómico y el lugar donde viven (Brown y Adler, 1998; en Santrock, 2004).

Arnett (2008) por su parte afirma que los problemas de los jóvenes deben clasificarse dentro de los **problemas internalizados** y **problemas externalizados**.

Los *problemas internalizados* afectan al mundo interno del adolescente; dentro de ellos se encuentran la depresión, ansiedad y trastornos alimentarios, en muchas ocasiones, los problemas interiorizados tienden a presentarse juntos, es decir; aquellos jóvenes que presentan un trastorno alimentario tienen mayor probabilidad

a diferencia de otros jóvenes a estar deprimidos. En ocasiones se dice que los jóvenes que presentan problemas interiorizados son “sobrecontrolados” (Asendorpf y Van Aken, 1999; en Arnett, 2008) por que provienen de familias en la que los padres ejercen un estricto control psicológico.

Brooks (1959) refiere que los jóvenes que proviene de familias donde se ejerce un excesivo control, tienen como resultado una personalidad autocontrolada y autopunitiva.

Los *problemas externalizados* crean dificultades en el mundo externo de la persona, algunos ejemplos de ello son: la delincuencia, las peleas, la drogadicción, conducir arriesgadamente y el sexo sin protección. Al igual que los problemas internalizados, los problemas externalizados suelen presentarse juntos, por ejemplo, aquellos jóvenes que tienen relaciones sexuales sin protección tienen mayor probabilidad de consumir drogas y alcohol. Los jóvenes con problemas externalizados suelen ser considerados como “subcontrolados” (Asendorpf y Van Aken, 1999; en Arnett, 2008) debido a que proviene de familias que carecen de supervisión y control por los padres, como resultado de ello, los jóvenes carecen de autocontrol, lo cual los lleva posteriormente a presentar problemas exteriorizados.

#### **2.4.1 Depresión y suicidio**

Braconnier (2001) menciona que uno de los principales motivos por los que los adolescentes solicitan ayuda para recibir tratamiento psicológico es la tristeza o depresión, especialmente en el sexo femenino.

De acuerdo al DSM-IV (American Psychiatric, 1994) el trastorno depresivo es la categoría diagnóstica que se utiliza para describir a aquellos individuos que experimentan un episodio depresivo, también se caracteriza por la presencia de una sintomatología depresiva, como apatía o bien desesperanza, durante un

periodo mínimo de dos semanas, lo cual influye en el funcionamiento diario de una persona. Dentro de la depresión hay algunos síntomas que definen un episodio depresivo y para que se diagnostique debe presentar más de la mitad de ellos durante un periodo de dos semanas, algunos de estos síntomas se mencionan a continuación:

1. Estado de ánimo deprimido durante la mayor parte del día.
2. Interés o placer reducido en todas o la mayoría de las actividades.
3. Pérdida o ganancia de peso significativa, o disminución o aumento significativo del apetito.
4. Dificultades para dormir o hipersomnia (dormir en exceso).
5. Agitación o enlentecimiento psicomotor.
6. Fatiga o falta de energía.
7. Sentimientos de inutilidad o culpabilidad excesivos inapropiados.
8. Dificultades para pensar, concentrarse o tomar decisiones.
9. Pensamientos recurrentes sobre la muerte y el suicidio.

El mismo Arnett (2008) también define a la depresión como un periodo prolongado de tristeza, sin embargo, aclara que se debe distinguir entre varios niveles de depresión.

El **estado de ánimo depresivo** es el periodo duradero de tristeza, sin síntomas relacionados. El **síndrome depresivo** es un periodo duradero de tristeza junto con otros síntomas como el llanto frecuente, sentimientos de falta de valor, culpa, soledad y preocupación. La última es la más grave de la depresión que es el **trastorno depresivo mayor**, donde incluye una gran de los nueve síntomas mencionados anteriormente.

Braconnier (2006) decía que entre las causas más comunes del estado de ánimo depresivo tiende a ser experiencias comunes entre los jóvenes, como son: el conflicto con los amigos o los familiares, discusión o rechazo en el amor y un pobre desempeño en la escuela, el hecho de tener pocas amistades o malas relaciones con los iguales también se asocia a la depresión de los jóvenes, sin

embargo no podemos dejar a un lado otros factores como la de no tener ninguna relación estrecha con amigos, relacionarse poco con los iguales o ser rechazado por los mismos, son algunos otros factores que incrementan las tendencias depresivas en los jóvenes.

Pardo (2004) indica que dado a que la depresión es una de las enfermedades más frecuentes en todo el mundo, se calcula que afecta a unos 350 millones de personas y además representa una de las causas más importantes de problemas en salud mental; también, se han estudiado datos del Banco Mundial en 1998 y para el 2020 será la segunda cusa de enfermedad en el mundo, medida en los años de vida ajustados a una discapacidad, después de la enfermedad isquémica cardiaca. El mismo mencionaba que es la depresión la condición crónica más común después de la hipertensión.

Los altos índices de depresión pueden deberse a las condiciones socioeconómicas y políticas actuales, en muchos de los casos estas están caracterizadas por los altos índices de desempleo, violencia y pobreza, incertidumbre laboral y las pocas expectativas en el ámbito ocupacional. De la misma manera se ha encontrado que los jóvenes son uno de los grupos que presentan mayor probabilidad de sufrir depresión y las mujeres tienden a ser las más vulnerables. Todo esto se debe a que es en esta etapa de la adolescencia donde se llevan a cabo procesos de cambio físico, psicológico, sociocultural y cognitivo, que en determinado momento se vuelve una demanda hacia los jóvenes para que estos desarrollen estrategias de afrontamiento que les permitan establecer un sentido de identidad, autonomía y éxito personal y social (Blum, 2000).

Dulato (2000) menciona que la naturaleza de los acontecimientos presentes en la historia de los jóvenes, preceden al desarrollo de la depresión y además se relacionan con procesos de adaptación de los jóvenes a situaciones como dificultades para ingresar a la Universidad, la elección de carrera de carrera, la imposibilidad de desarrollarse en el ámbito laboral, la elección de pareja,



distanciamiento de los vínculos parentales, los cambios de residencia, la presencia de enfermedad grave y propia o de algún familiar, matrimonio, divorcio, separación, pérdida del trabajo, muerte de un familiar cercano o amigo, abuso sexual y el maltrato físico o psicológico.

Pérez (2010) también estaba de acuerdo con diversos autores, cuando mencionaba que la depresión y el suicidio en la adolescencia es un problema de salud pública que afecta el entorno social, afectivo y económico de la familia y amigos, El mismo identificó diversas etapas previas que pueden presentarse antes del suicidio algunas de ellas como son, la ideación suicida, que es la idea de quitarse la vida, pensamientos de falta de valor o deseos de muerte e intentos suicidas. A todo esto agregó que son diferentes factores los que se asocian a la conducta suicida, dentro de los principales se encuentran los siguientes:

- 1. Factores individuales.** La depresión es uno de los mayores riesgos para el suicidio e ideas suicidas en adolescentes, las adicciones como drogas y alcohol también se encuentran asociadas a la conducta suicida.
- 2. Factores familiares.** Pertener a familias con bajos niveles de cohesión, presentar conflictos con las figuras de autoridad ya sea padre o madre, presenciar discusiones familiares o incluso antecedentes de conducta suicida de algún familiar.
- 3. Factores del ecosistema.** Hace referencia a las estructuras sociales de los jóvenes, por ejemplo, si la escuela o la colonia a la que pertenecen es violenta o agresiva.
- 4. Factores del macrosistema.** Implica las culturas y creencias, en esta se establecen roles de género y conductas prediseñadas.

Si bien para los adolescentes, igual que para los adultos, los dos tratamientos principales de la depresión son los antidepresivos y la psicoterapia. Para los antidepresivos, se utiliza un *diseño placebo*, donde todos los adolescentes

deprimidos toman píldoras pero solo las tomadas por los adolescentes en el grupo de tratamiento contienen el medicamento. Los adolescentes que se encuentran en el grupo control toman un *placebo*, es decir; una píldora que no contiene ningún medicamento, aunque los adolescentes no lo saben. Por otro lado, el tipo de terapia especialmente eficaz para la depresión es la **terapia cognitivo-conductual (TCC)**, en este enfoque se reconoce que la depresión se caracteriza por *atribuciones negativas*, esto es, formas negativas de explicar las situaciones que les pasa a cada uno de ellos. La meta que tiene la terapia cognitivo conductual es hacer que los jóvenes reconozcan los hábitos cognoscitivos que favorecen la depresión y trabajen para modificarlos (Arnett 2008).

#### **2.4.2 Agresividad**

Samper (2008) señala que la agresividad tanto en niños como en adolescentes es considerada como un fenómeno complejo, él mencionaba que dentro de las variables que se relacionan con la conducta agresiva se incluyen características temperamentales como son el neocriticismo y la impulsividad y dentro de las variables cognitivo emocionales podemos encontrar la empatía y autoestima.

Otros autores como Mestre (2002) añadían que los factores de riesgo respecto a la conducta agresiva se centran en la búsqueda de los factores bio-psico-sociales, dentro de estos adquieren una importancia central la familia, especialmente los estilos de crianza en las dimensiones de control, afecto, grado de implicación en la educación de los hijos, constatándose las consecuencias negativas cuando se combinan algunas estrategias de no-supervisión por parte de los padres o un control excesivamente rígido con vínculos afectivos débiles.

Investigaciones realizadas en adolescentes determinan que en la adolescencia las variables relacionadas con la impulsividad y la falta de autocontrol de las emociones son las que alcanzan un mayor predictor de la conducta agresiva, tanto en los varones como en las mujeres, por el contrario la emocionalidad controlada y

los sentimientos que están orientados hacia otras personas, junto con la conducta prosocial, actúan como factores de protección hacia la tendencia de reaccionar agresivamente, especialmente en los varones. También se ha constatado que las relaciones familiares caracterizadas por la hostilidad, irritabilidad y rechazo guardan una relación positiva con la conducta agresiva, mientras que convivir con afecto, apoyo emocional y estimulación hacia la autonomía personal guarda una relación negativa con dicha conducta (Mestre, Samper y Pérez 2001).

Fajardo y Hernández (2008) señalan que si la agresividad no se trata a tiempo, por ser un problema que inicia en la infancia, no solo tiende a persistir en la edad adulta, si no que se exacerba con el paso del tiempo. Además, la conducta agresiva es precursora en gran medida de comportamientos antisociales a corto y mediano plazo, tales como la criminalidad y la delincuencia, abuso de sustancias y relaciones sexuales tempranas. Además, repercute en otras situaciones como el fracaso escolar, rechazo de los compañeros. Pero todos estos problemas consecuentes de la agresividad sugieren que tuvo un punto de partida y si bien el castigo ha sido señalado como una variable que exacerba la agresividad en la infancia, también sugieren que es un factor de riesgo importante, responsable del desarrollo de la agresividad en los hijos y del manejo ineficaz de su comportamiento, que está caracterizado por esfuerzos fallidos, inconsistentes y erráticos para disciplinarlos.

### **2.4.3 Ansiedad**

Cándido (2002) señala que las dificultades en las relaciones interpersonales como inhibición, agresividad o ansiedad, se encuentran estrechamente relacionadas con una gran variedad de problemas tanto en la niñez y la adolescencia como en la edad adulta. El mismo refería que los adolescentes agresivos y con altos niveles de ansiedad presentan una serie de características propiamente delimitadas es

decir, un bajo rendimiento académico, aislamiento, sentimientos de soledad, depresión debido al poco reforzamiento social, déficit de habilidades sociales que a su vez conducen a una relación disfuncional con los padres ya que dificulta la comunicación, la negociación y la resolución de conflictos, asimismo, aumenta el riesgo de consumo de drogas y la probabilidad de presentar problemas de conductas.

La timidez infantil también es uno de los factores que parece actuar como una expresión temprana a la ansiedad, la percepción de los hijos respecto a los estilos de crianza de los padres se asocia a la aparición de ansiedad y también fobia social en los adolescentes. Este trastorno de ansiedad durante la adolescencia o la adultez temprana puede predecir trastornos depresivos subsecuentes. Si bien no hay que dejar de lado que la estructura y la cohesión familiar, así como los sucesos estresantes de la vida han sido asociados con trastornos afectivos en la etapa infanto-juvenil (Zubeidat, Fernández, Sierra & Salinas, 2008)

#### **2.4.4 Trastornos de la conducta alimentaria**

Como ya se menciona en el capítulo 1, durante la adolescencia se produce una serie de cambios tanto fisiológicos como psicológicos que afectan al desarrollo del individuo, en la mayoría de los jóvenes los patrones de actividad física y los hábitos alimentarios se ven alterados directamente por los cambios psicológicos. Como consecuencia, si no se produce una buena adaptación entre las necesidades, los adolescentes tienen una alta probabilidad de sufrir de trastornos del comportamiento alimentario (TCA) ya sea por exceso por ejemplo, la obesidad, o por defecto como la anorexia y la bulimia (Gómez, 2006).

Por su parte Santrock (2004) reafirma que los trastornos alimentarios están adquiriendo cada vez más importancia durante el periodo de la adolescencia. Para muchos adolescentes, los cambios en la forma en que piensan acerca de su cuerpo son acompañados por los cambios en la forma de pensar acerca de la

comida, de la misma manera esta preocupación aqueja principalmente a las mujeres puesto que prestan más atención a los alimentos que consumen cuando llega la adolescencia (Arnett, 2008).

De acuerdo con algunas investigaciones realizadas se ha encontrado que los mujeres adolescentes que tenían una autoimagen corporal negativa durante la adolescencia temprana tenían una mayor probabilidad de desarrollar algún tipo de trastorno de la alimentación (Brooks-Gunn, 1989; en Santrock, 2004). También las chicas que tenían una relación positiva con sus padres tenían hábitos alimenticios más sanos a diferencia de las jóvenes que mantenían una mala relación con alguno de sus progenitores. Dentro de esta misma investigación también se determinó que las jóvenes que mantenían relaciones sexuales con sus novios y además se encontraban en la transición puberal tenían una mayor probabilidad de estar haciendo régimen o de presentar comportamientos anormales con respecto a la comida. Por otro lado, los medios de comunicación también son un factor clave para el comportamiento alimenticio de las jóvenes ya que tratan de hacer un gran esfuerzo por tener el mismo aspecto que la imagen femenina que es difundida por los medios de comunicación, es decir; tienden a obsesionarse más con su peso (Graber y Brooks-Gunn, 2001; en Santrock 2004).

Arnett (2008) añadía que los principales trastornos de la alimentación que se presentan en la adolescencia son la obesidad, la anorexia y la bulimia nerviosa; mismas que serán explicadas brevemente a continuación:

- **La obesidad**

Gómez (2006) hace referencia a la obesidad como una enfermedad crónica que en la mayoría de los casos es provocada por una ingesta calórica elevada de alimentos y un gasto energético deficiente. Algunas de las consecuencias más graves de la obesidad en el adolescente aparecen en la edad adulta ya que son

asociadas con enfermedades como la diabetes, enfermedades cardiovasculares y cáncer.

Las pautas de alimentación establecidas durante la infancia y la adolescencia están muy relacionadas con la obesidad en la etapa adulta. Muchos adolescentes que presentan problemas de obesidad, están sumamente convencidos de que su vida sería mejor si consiguieran perder peso (Santrock, 2004).

De acuerdo a datos de la OMS (2013) cuando los niños son obesos hay una alta probabilidad de que ocurra una muerte prematura o se presenten discapacidades a temprana edad en la edad adulta. También, los niños con sobrepeso u obesos tienen mayores probabilidades de seguir siendo obesos en la edad adulta y de padecer a edades más tempranas enfermedades no transmisibles como la diabetes o las enfermedades cardiovasculares. También suelen estar sujetos a riesgos físicos, sociales y psicológicos.

El riesgo de la mayoría de las enfermedades resultantes de la obesidad depende en parte de la edad de inicio y de la duración de la obesidad. La obesidad en la infancia y la adolescencia tienen consecuencias para la salud tanto a corto como a largo plazo. Las consecuencias más importantes del sobrepeso y la obesidad infantiles, que a menudo no se manifiestan hasta la edad adulta, son:

- Las enfermedades cardiovasculares (principalmente las cardiopatías y los accidentes vasculares cerebrales)
- La diabetes
- Los trastornos del aparato locomotor
- Ciertos tipos de cáncer (de endometrio, mama y colon).

Los programas que han tenido mucho éxito en la reducción de peso son aquellos donde se emplean técnicas de modificación conductual que ayudan a los adolescentes a realizar cambios en la dieta y el ejercicio (Papalia, 2003).

- **La anorexia nerviosa**

La anorexia nerviosa es un tipo de trastorno de la alimentación que implica la persecución de la delgadez extrema, reduciendo la ingesta y pudiendo llegar a la muerte incluso por inanición. Tres de las principales características son las siguientes:

1. Perder menos del 85 por 100 de lo que se considera normal teniendo en cuenta la edad y la estatura.
2. Temor por ganar peso o por no disminuir peso.
3. Tener una imagen corporal distorsionada. Las personas y sobre todo los jóvenes que son afectadas por este trastorno, incluso cuando son demasiado delgadas, se siguen viendo gordas. Frecuentemente piensan que no están lo suficientemente delgadas (Santrock 2004).

Este trastorno alimentario puede acompañarse de una irregularidad o cese de la menstruación y crecimiento del vello corporal delgado y rizado. Los jóvenes que la padecen pueden ser retraídos o depresivos y además suelen tener un comportamiento perfeccionista y repetitivo. En muchas ocasiones este tipo de padecimiento puede ocasionar la muerte de los jóvenes de quienes la padecen (Papalia 2003).

- **La bulimia nerviosa**

La bulimia nerviosa se caracteriza por episodios recurrentes en los que el sujeto se atiborra literalmente, para después controlar de forma extrema su peso a través de vómitos provocados, una dieta estricta y el uso inapropiado de laxantes, dietas o ayunos estrictos (Braconnier, 2003). Los jóvenes que padecen bulimia nerviosa se obsesionan con su peso y forma corporal, no se vuelven anormalmente delgadas, sino que sus hábitos alimentarios hacen que se avergüencen, menosprecien y depriman. Tienen una baja autoestima, una

imagen corporal de delgadez ideal, y una historia de amplias fluctuaciones de peso, dietas o ejercicio frecuentemente (Papalia, 2003).

- **Tratamiento para la anorexia y la bulimia**

Para Arnett (2008), la meta inmediata en el tratamiento de la anorexia consiste en hacer que las pacientes se alimenten y suban de peso. Sin embargo, para ello en la mayoría de las ocasiones es necesario que ingresen a un hospital donde reciban atención las 24 hrs., también es necesario la aplicación de fármacos para estimular el apetito e inhibir el vomito. La bulimia también puede tratarse con terapia conductual, donde los pacientes llevan a diario patrones alimentarios y se les enseña a evitar la tentación de ingerir alimentos en cantidades excesivas. Por su parte la psicoterapia individual, de grupo o familiar ayuda tanto a anoréxicas como a bulímicas.

#### **2.4.5 Consumo y abuso de sustancias**

El abuso de sustancias en los jóvenes es el consumo dañino de alcohol u otras drogas, se trata de un patrón de comportamiento adaptativo deficiente, en el cual la persona sigue consumiendo una sustancia aun cuando sabe que le perjudica. Este abuso puede conducir a dependencia de sustancias y la cual puede que continúe en la edad adulta (Papalia, 2003).

El alcohol, las drogas y el tabaco son las tres drogas más populares entre los adolescentes. El alcohol, es una droga fuerte que altera la mente y que tiene efectos importantes en el bienestar físico, emocional y social. Los jóvenes que empiezan a beber antes de los 15 años, tienen mayor probabilidad de hacerse dependientes del alcohol. Por lo que respecta a la marihuana su consumo puede dañar el cerebro, el corazón, los pulmones y el sistema inmunológico; asimismo, ocasiona deficiencias alimentarias, infecciones respiratorias y otros problemas



físicos. Interfiere en el trabajo escolar y ocasiona problemas familiares (Izquierdo, 2003).

Cicua (2008) también menciona que el consumo del alcohol constituye una amenaza para la salud pública, ya que genera consecuencias a nivel biológico, físico, emocional y fisiológico en quienes lo consumen. Él mismo en estudios realizados, demostraba que los adolescentes que consumen sustancias presentan una salud física deteriorada, baja atención, incremento en los actos delictivos y menos productividad de dinero en el futuro. El factor social es predominante en el consumo de alcohol, ya que los amigos, los pares más cercanos, parejas y grupos pequeños se convierten en una influencia dominante. Sin embargo no menos importante son las influencias de tipo familiar, escolar, comunitaria o de medios masivos de comunicación (Edmundo, 2006).

Martínez (2003) pone de manifiesto que los adolescentes que se sienten más próximos a sus padres son aquellos que mantienen mayor confianza en sí mismos, son más independientes y responsables y además se implican en menos conductas de riesgo, como el consumo de drogas y las conductas delictivas. Por el contrario, una buena relación con los padres como el apego familiar, son buenos factores de protección ante el consumo de sustancias. Asimismo, se ha determinado, que el consumo de drogas ilegales se asocia, entre otros factores, con un cierto distanciamiento escolar y familiar. También se ha encontrado que la supervisión parental o el conocimiento que tienen los padres sobre la actividad cotidiana que tienen sus hijos adolescentes esta inversamente relacionada con diferentes conductas de riesgo, como son el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas.

## CAPITULO 3

### 3.1 La terapia cognitivo-conductual

Rivadeneira, Dahab, y Minici (2010) mencionan que la terapia de conducta está orientada a la modificación de comportamientos y que está basada en la interrelación de los pensamientos, las acciones y los sentimientos, mismos que deben aprender a modificarse para acrecentar la calidad de vida de los pacientes.

Nezu (2006) por ejemplo señala que el tratamiento cognitivo-conductual representa las medidas que el terapeuta toma para resolver problemas, esto con la finalidad de alcanzar metas y abordar de manera eficaz los problemas presentados en los pacientes.

Sin lugar a dudas es importante contar con métodos que ayuden a identificar los problemas más urgentes y atacarlos, para ello Riso (2009) propone un esquema donde se pueden identificar los estímulos que operan sobre el organismo, dicho esquema se presentara a continuación:



Este esquema Riso (2009) lo explica mencionando que los estímulos, operan sobre el organismo y producen tres tipos de respuestas, la primera es la respuesta cognitiva misma que implica pensamientos automáticos y distorsiones cognitivas, la respuesta emocional/biológica y a través de estos sistemas se produce una respuesta motora. Estos tres sistemas definen lo que el paciente piensa, siente o hace.

Para explicarlo más detalladamente, el estímulo puede producir una respuesta cognitiva o emocional que a su vez ambas respuestas pueden interaccionar entre si y así cada una puede establecer relación con la respuesta motora. La respuesta emocional a su vez puede ocasionar consecuencias directas en el ambiente a través de un conjunto de indicadores fisiológicos que pueden ser observables tales como la sudoración, palidez o el enrojecimiento.

El modelo cognitivo también plantea que las percepciones hacia los eventos influyen directamente sobre las emociones y el comportamiento de las personas. Los sentimientos no están determinados por las situaciones mismas, sino más bien por el modo como las personas interpretan dichas situaciones. El modelo cognitivo se basa en los siguientes supuestos (Beck, 1976; Ellis, 1980):

1. Las personas no son simples receptores de los estímulos ambientales, sino que construyen activamente su realidad.
2. La cognición es mediadora entre los estímulos y las respuestas.
3. Las personas pueden acceder a sus contenidos cognitivos.
4. La modificación del procesamiento cognitivo de la información es central en el proceso de cambio.

Lo que busca el modelo cognitivo con estos supuestos es que a través de diversos recursos, se produzca un cambio cognitivo para conseguir una transformación duradera de las emociones y comportamientos.

Riso (2009) refiere que el tratamiento cognitivo otorga un rol central a los pensamientos automáticos y las distorsiones cognitivas debido a que es de esta

manera como se mantienen las emociones negativas tales como la ansiedad, la depresión y la ira. El efecto negativo que causan estos pensamientos automáticos y estas distorsiones cognitivas, se encuentran en diferentes tipos de desordenes tales como la fobia social, la ansiedad generalizada, hipocondrías, desordenes de alimentación, abuso de sustancias, depresión, estrés postraumático, trastorno bipolar y desordenes de la personalidad. Por lo tanto, lo que busca el terapeuta cognitivo en primera instancia es determinar la o las fuentes del problema y posteriormente atacar los síntomas de la manera más eficiente.

De manera que, una vez consideradas las técnicas que nos brinda la terapia cognitivo conductual se seleccionaron las que pensamos serían las más relevantes y las que ayudarían a mejorar su calidad de vida en los adolescentes, entre ellas se encontraba la terapia racional emotiva, relajación, entrenamiento en habilidades sociales y solución de problemas, sin embargo, también se considero incluir en la terapia otras dinámicas que ayudarían a los jóvenes a orientarlos en esta etapa de su vida; por ejemplo el proyecto de vida.

A continuación, se presentaran algunas evidencias basadas en el modelo cognitivo conductual, para determinar la eficacia que ha tenido este método en las principales problemáticas presentadas por los adolescentes que participaron en el taller.

### ***3.2 Tratamiento para el trastorno de ansiedad en adolescentes***

Bertoglia (2005) hace referencia diciendo que la ansiedad es un sentimiento de temor provocado por la presencia o existencia de un estímulo que afecta de manera negativa a la persona, sin embargo; este aspecto es aludido al carácter individual y subjetivo del proceso, ya que cada persona experimenta su propio nivel de ansiedad en términos de cuan amenazante lo percibe y de los recursos que posee para enfrentar la situación. De esta misma manera Bertoglia (2005)

añadía que si este estímulo es percibido como altamente amenazante sus niveles de ansiedad se incrementarán enormemente, pudiendo lograr experimentar situaciones de bloqueo personal, que a la vez son sentidas como inhabilidades para enfrentar el problema.

En la actualidad esta problemática está relacionada con la población infanto-juvenil que presenta problemas de ansiedad y preocupaciones excesivas que los conducen a síntomas somáticos como la impaciencia, fatiga, irritabilidad, tensión muscular, problemas de concentración y de sueño. En ocasiones, los niños o jóvenes que presentan estos problemas de ansiedad suelen presentar este tipo de alteraciones somáticas cuando aparecen las preocupaciones relacionadas con los exámenes, cumplir con obligaciones o pensamientos relacionados a accidentes, entre muchos otros. Si bien, estos indicadores son muy frecuentes a una edad temprana también hay una gran incidencia de que puedan ocurrir en etapas posteriores del ciclo vital como es el caso de la adolescencia (Echeverúa, 1993).

El tratamiento cognitivo-conductual se ha empleado en intervenciones de ansiedad y estrés; Prado e Iruarrizaga (2001) en un estudio realizado en el caso de una niña de 10 años que presentaba sintomatología ansiosa ante los exámenes escolares, proponían que el tratamiento cognitivo-conductual resultaría eficaz para la intervención, para ello se propusieron diversos objetivos, entre ellos: disminuir las respuestas cognitivas, fisiológicas y motoras, incrementar la autoestima y la motivación, evitar las conductas de evitación y mejorar el rendimiento de la niña.

Para lograr dichos objetivos, se llevo a cabo una serie de técnicas que implican el entrenamiento en respiración progresiva Caballo (2008) por ejemplo mencionaba que la relajación hace referencia a a la disminución de componentes *fisiológicos* como la activación somática y autónoma, los *subjetivos* que indican informes verbales de tranquilidad y sosiego y los *conductuales* es decir; el estado de quiescencia motora. En cuestiones de estrés por ejemplo, señalaba que la relajación ocupa un papel sumamente importante debido a que el estrés es percibido como una respuesta biológica ante situaciones que son percibidas como

amenazantes y ante las cuales el organismo no posee recursos para hacerle frente adecuadamente.

Así, la relajación es considerada una respuesta biológicamente antagónica a la respuesta de estrés, que puede ser aprendida y convertirse en un importante recurso personal para contrarrestar los efectos negativos del estrés (Benson, 1975; en Caballo, 2008).

Otra de las técnicas utilizadas en el tratamiento es la reestructuración cognitiva y a través de esta técnica se le enseña a identificar sus ideas irracionales y sustituirlas por otras más adaptativas.

Tan solo la terapia racional emotiva se basa en la idea de que tanto las ideas como las conductas son producto de las creencias de un individuo y de la manera como las interpreta (Ellis, 1962; en Caballo, 2008), motivo por el que el objetivo primordial de la terapia es identificar los pensamientos irracionales o disfuncionales y ayudarlos a reemplazarlos por otros más racionales que les permitan lograr de manera eficaz metas de tipo personal, así que para ello se trabaja con el modelo ABC donde se explica que <A> es el acontecimiento que activante pero que este no produce una <C> que es la consecuencia, sino más bien que <C> es originada por la interpretación que se da de la <A>, es decir, por las creencias que se generan de dicha situación, es decir <B>; de manera que cuando <B> es una idea irracional tiene que reemplazarse por una creencia racional.

Finalmente se trabajó con la técnica de entrenamiento en habilidades sociales donde se le enseñaban las diferentes formas de comportarse, agresiva, pasivamente y asertivamente. Este entrenamiento en habilidades sociales es una estrategia conductual que sostiene que las conductas sociablemente aprendidas, pueden ser modificadas por medio de ejercicios teóricos prácticos, generando así conductas socialmente aceptadas, cuando se otorgan reforzadores significativos para el sujeto y entonces se generan nuevos patrones conductuales (Gil y León, 1998).

Por otra parte se fomentó un incremento en su autoestima y hábitos correctos de estudio.

Después de trabajar durante doce sesiones, lo que se obtuvo al finalizar el tratamiento fue un incremento en su motivación y autoestima, disminución en la ansiedad generada ante los exámenes y otras situaciones que eran difíciles de experimentar y también hubo una disminución considerable en el número de verbalizaciones negativas respecto a sí misma. Al finalizar se determinó que el tratamiento cognitivo conductual resultaba efectivo para este tipo de intervenciones.

Por su parte Rodríguez, Piqueras y Alcázar (2006) también estudiaron los efectos que tenía el tratamiento cognitivo conductual aplicado en una adolescente que presentaba trastorno de ansiedad generalizada, en dicha investigación, se utilizaron técnicas que iban desde la Psicoeducación o explicación al problema, con la terapia racional-emotiva, el entrenamiento de relajación muscular progresiva y finalmente se abordó el entrenamiento en exposición en imaginación de situaciones.

Al finalizar el tratamiento lo que se obtuvo fue un cambio considerable en los niveles de ansiedad y en los pensamientos irracionales generados por la paciente, dichas evidencias mostraron la eficacia del tratamiento centrado en el enfoque cognitivo conductual, mismo que ayudó a disminuir la sintomatología de la paciente al finalizar el tratamiento.

### **3.3 Tratamiento en depresión para adolescentes**

Para Yapok (2006) la depresión no sólo se concibe como enfermedad que afecta el área emocional y al cuerpo, sino que también autores como Beck (1983) la consideran como trastorno que altera el estado de ánimo, haciendo que la persona genere respecto de sí, un sin número de pensamientos que ponen en riesgo su

salud psíquica. Pues todo lo que el individuo genera como cogniciones repercute a nivel emocional, conductual y en la salud, induciendo a la persona a un estado en el que le es imposible resolver los problemas de la vida diaria.

Leyva, Hernández, Nava y López (2007) afirman que la depresión tiene una mayor probabilidad de incidencia en la etapa de la adolescencia y que a pesar de que se reconoce la relevancia originada muchas veces no se proporciona la atención debida. Los adolescentes deprimidos, son poco identificados por sus padres, no buscan ayuda en ellos, y además son resistentes a consultar a un profesionista.

Ulloa, Peña, y Nogales (2011) añaden que la depresión en los adolescentes se caracteriza por la presencia del estado de ánimo bajo o irritabilidad la mayor parte del tiempo, acompañado de anhedonia, ideas de minusvalía y desesperanza; también se ven afectados los hábitos de alimentación, del dormir y la función sexual. Además, si no se trata a tiempo, pueden presentarse ideas de muerte o síntomas suicidas, así como síntomas psicóticos y un deterioro del funcionamiento psicosocial en áreas como la escuela, los amigos y el hogar.

Los factores causales de la depresión en los adolescentes pueden ser múltiples, entre ellos está el genético, puesto que se ha demostrado mayor riesgo de depresión en hijos de personas que presentan trastornos afectivos, otro factor es el biológico, donde ocurre un descenso en los niveles de dopamina, noradrenalina y serotonina, por otro lado, también se han detectado factores individuales como labilidad emocional, formación de una nueva imagen de sí mismo, actitud autodestructiva y falta de maduración. Los factores sociales como la familia, la escuela, los compañeros y las relaciones sociales también juegan un papel importante en la depresión del adolescente. También se ha determinado que las alteraciones más frecuentes en los adolescentes deprimidos son el carácter unitario o permisivo de los padres, la ruptura de lazos familiares, la riña continua de los padres y la falta de comunicación (Leyva, Hernández, Nava, & López, 2007).



A esta edad también son muy comunes los casos donde los jóvenes tienen un pobre concepto de sí mismo, si bien la autoestima se estructura a partir de la suma de autoconfianza con frecuencia los adolescentes que se infravaloran, tienen una imagen irreal de ellos mismos, como consecuencia de ello el talento que poseen se estanca y sus vidas se tornan vacías por miedo a dispensar el esfuerzo que es necesario para llenarlas Izquierdo (2003) hace referencia a que existen características en los jóvenes que determinan indicadores de una baja autoestima, algunas de ellas se mencionan a continuación:

- Sensación de ser inútiles, innecesarios, de no tener importancia.
- Incapacidad de disfrutar, pérdida del entusiasmo por la vida.
- Tristeza y melancolía permanentes.
- No se aceptan físicamente.
- Sienten que no tienen amigos.
- Se consideran inferiores a los demás.
- Son hipercríticos consigo mismos y viven en constante estado de insatisfacción.
- Están convencidos de que no son muy inteligentes.
- Temen desagradar y perder la estima y la aceptación de los demás.
- Son hipersensibles: ante la menor crítica se sienten heridos o agredidos.
- Padecen indecisión crónica por temor a equivocarse.
- En ellos predomina la desesperanza, la apatía, la sensación de derrota y el abandono total.
- Se sienten incapaces de hacer las cosas por sí mismos.
- Se consideran adolescentes deficientes.
- Los obsesiona un perfeccionismo esclavizador que los conduce a un desmoronamiento anímico cuando las cosas no salen como ellos esperaban.
- Los agobia el pesimismo, la depresión, la amargura, y una visión negativa global en la que se incluyen a sí mismos.

Ante todos estos indicadores de depresión y baja autoestima muchos autores como Rosselló y Bernal (2007) mencionan que los acercamientos cognitivo conductuales son eficaces en el tratamiento de trastornos presentados por los adolescentes, como por ejemplo, depresión, o trastornos oposicionales. Esta misma terapia cognitivo conductual está basada en la interacción de los pensamientos, las acciones y los sentimientos, ellos mismos planteaban que para trabajar en casos de depresión, este modelo plantea la importancia de poder identificar cuáles son los sentimientos y acciones que influyen en el estado del ánimo, para así, tener un mayor control sobre los sentimientos.

Otros autores como Puerta y Padilla (2011) también coinciden en los cambios que proporciona el modelo cognitivo conductual ayuda a combatir los problemas de la depresión; enfatizaban que este modelo de tratamiento trabaja ayudando a los pacientes a cambiar sus pensamientos, emociones, conductas y respuestas fisiológicas disfuncionales por otras más adaptativas para combatir los problemas depresivos. En primera instancia, explicaban que este modelo esta guiado inicialmente en que los individuos reconozcan los pensamientos automáticos negativos, averiguar cómo es que estos pensamientos dan lugar a conductas, pensamientos y sensaciones somáticas desagradables e inadecuadas, posteriormente, las personas con depresión ponen a prueba empíricamente dichos pensamientos para encontrar un nuevo tipo de refuerzo y generar cogniciones más equilibradas y adaptativas.

Estos mismos autores Puerta y Padilla, (2011) mencionan que la terapia cognitiva conductual tiene como objetivos principales: disminuir los pensamientos disfuncionales debido a que los individuos que padecen este trastorno tienden a responder a su ambiente de manera rígida y negativa de modo que interpretan las experiencias de forma inexacta. También, optimizar la capacidad de resolución de problemas, debido a que los pacientes con depresión para afrontar los acontecimientos estresantes de la vida operan como un factor de vulnerabilidad y finalmente tiene como objetivo mejorar las tasas de reforzamiento y aumentar las habilidades sociales interpersonales, esto tomando en cuenta que las habilidades

sociales insuficientes o inadecuadas dan como resultado una incapacidad limitada para obtener refuerzo positivo del ambiente social, de manera que estos cambios que se dan en los individuos permiten una mejor adaptabilidad social con el entorno que los rodea, por ello, el tratamiento cognitivo conductual ha tenido un gran impacto en los trastornos depresivos.

### **3.4 Tratamiento en problemas de comportamiento**

Olivia (2004) añadía que los problemas comportamentales es otra de las características de la etapa adolescente y es en esta etapa donde se resalta la impulsividad como uno de los factores más importantes en el desarrollo de los comportamientos disruptivos señalándolo desde un punto de vista bidimensional, que considera por un lado, un factor conductual referido a la inquietud motora, y por otro lado, un factor cognitivo que implica la falta de prevención y planificación de la conducta.

De la Peña y Palacios (2011) señalan que los trastornos de la conducta disruptiva en la infancia y la adolescencia es uno de los motivos más frecuentes de consulta y asistencia psicológica, neurológica y psiquiátrica que han incluido problemas de comportamiento perturbador o conductuales.

En otros estudios también se ha demostrado que el comportamiento agresivo en los niños es un problema social que requiere atención ya que se ha ido incrementando la incidencia de conductas agresoras y antisociales en niños y también en los adolescentes; así, como consecuencia causa la participación de los menores de edad en conductas tales como delitos, robo, ventas de droga y homicidios (Ayala, Pedroza, Morales, Chaparro & Barragán, 2002).

Otros autores mencionan que muchos de los trastornos de conducta presentados en la infancia, son un gran predictor de conductas antisociales en la edad adulta, siendo la agresión el problema más significativo; de manera que los adolescentes

agresivos son más propensos a convertirse en convictos e involucrarse en conductas delictivas, esto en comparación de los adolescentes que no presentan conductas agresoras (Cándido, Rosa, Olivares, & Espada, 2002).

Estos comportamientos antisociales abarcan un amplio rango de conductas cuya principal característica es romper las reglas que establece la sociedad, uno de estos comportamientos y el que se presenta con mayor frecuencia es el de la agresión. El problema se origina desde la infancia, los niños por ejemplo, que presentan problemas de comportamiento tienen dos características principales que son la inflexibilidad y la baja tolerancia. La primera hace referencia a la dificultad de cambiar, adaptarse a diferentes circunstancias; y la segunda, nos indica por una parte que les es difícil soportar eventos o situaciones que no estén acordes con lo que ellos quieren o esperan, pero por otra parte, también están los tropiezos y las limitaciones propios de la vida diaria les afectan más y les cuesta más trabajo soportarlos (Henao, 2006).

Gairgordobil (2001) también coincide con los autores anteriores ya que refería que los adolescentes cuya interacción social está caracterizada por comportamientos agresivos, oposicionista y hostiles hacia otras personas pueden presentar a futuro problemas más serios, tales como conductas antisociales y otros trastornos de conducta que viene acompañado del rechazo por sus compañeros y los conflictos con las figuras de autoridad, abuso de sustancias y tendencia a cometer actos delictivos.

De la Peña y Palacios (2011) señalan que dentro de las intervenciones con mayor evidencia se encuentran el entrenamiento de los padres o cuidadores en el manejo conductual de los niños o los adolescentes, las intervenciones realizadas están basadas en el supuesto teórico de que la mala conducta es consecuencia de las practicas parentales inadecuadas e inconsistentes. Motivo por el cual los niños aprenden que la conducta oposicionista es eficaz para manipular a los adultos con el fin de que cedan ante sus peticiones o deseos. Por tanto, los programas de intervención vistas desde una perspectiva conductual abarcan todos

los contextos, el familiar, el escolar y el del propio niño. La mayoría de los modelos de intervención conductual parten del análisis de conducta mediante el enfoque denominada ABC (antecedentes, conducta y consecuencia).

Heno (2006) también propone que el entrenamiento en habilidades para resolver problemas y reconocer las consecuencias de sus conductas favorece la oportunidad de reconocer las consecuencias de sus conductas ofrece la oportunidad de modificar las manifestaciones agresivas.

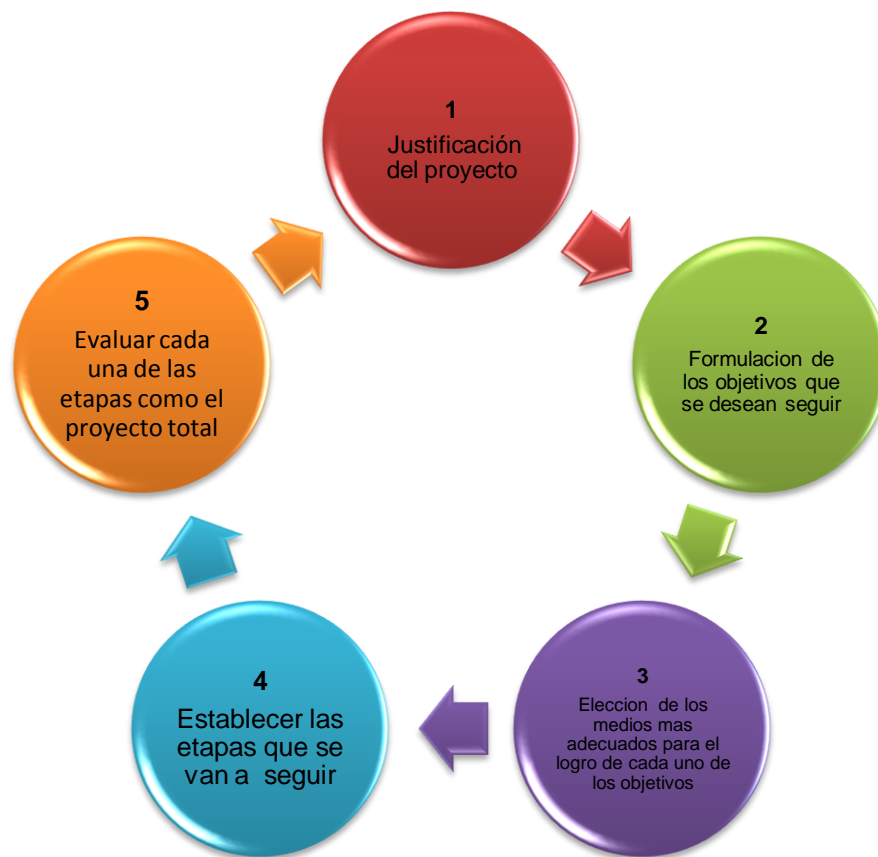
Para Moreno y Utria (2011) la terapia Cognitivo-conductual se focaliza en el aprendizaje de nuevas conductas, es decir, que los comportamientos observables son el foco de cambio, mientras que para Sampers, Anderson, Hartung y Scambler (2001) la mayoría de las intervenciones conductuales están basadas en los principios de aprendizaje social y en el caso de la conducta agresora de los niños y los adolescentes, la terapia cognitiva-conductual tiene como objetivo mejorar la actitud de los padres ante la mala conducta, romper el ciclo de coerción instruyendo a los padres como modos de respuesta más eficaces ante la conducta problema y promocionar el reforzamiento prosocial a través del refuerzo conductual, de manera que manifiestan resultados positivos a corto plazo.

### **3.5 Proyecto de vida**

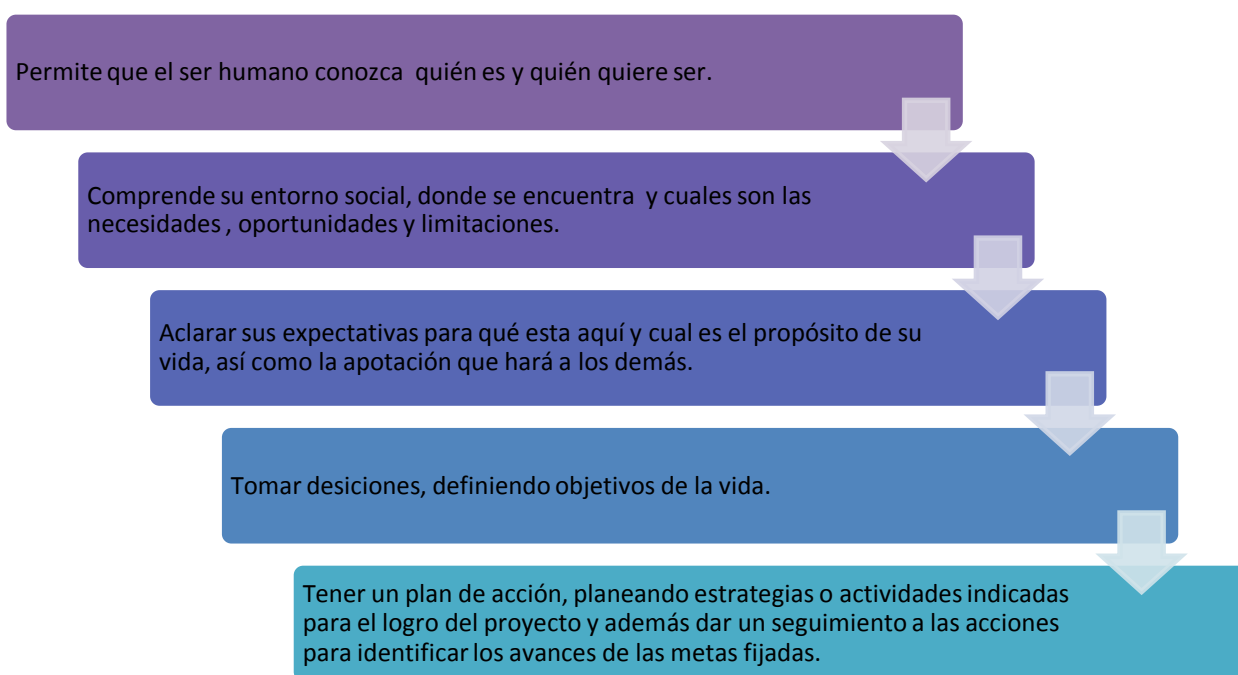
En el taller se considero relevante incluir el proyecto de vida de los adolescentes como parte de las estrategias de intervención con la finalidad de fomentar el cumplimiento de metas y objetivos en los jóvenes ya que como menciona Castillo (2000) el ser humano es el único capaz de decidir su destino, de elegir el tipo de vida que desea vivir y como vivirla. También, es el único capaz de emprender acciones en el presente que le significaran en el futuro y buscando en ellos no solo el cumplimiento de objetivos materiales sino persiguiendo un crecimiento personal.

Por lo que si en las diferentes etapas de la vida la toma de decisiones se vuelve importante, en la etapa de la adolescencia se vuelve sumamente valiosa ya que es en este periodo donde los jóvenes comienzan a tener conciencia de quiénes son y hacia donde piensan dirigirse; es el momento en el que ya no toman la opinión de los demás y se vuelven seres independientes y es entonces cuando comienzan a tener una idea del mundo que les rodea y de la importancia de incorporarse en el Castillo (2000).

Para lograr un proyecto de vida favorable y el desarrollo personal del individuo, Castillos (2000) propone cinco elementos esenciales que deben seguirse para alcanzar los objetivos que se desean alcanzar, los cuales se muestran a continuación:

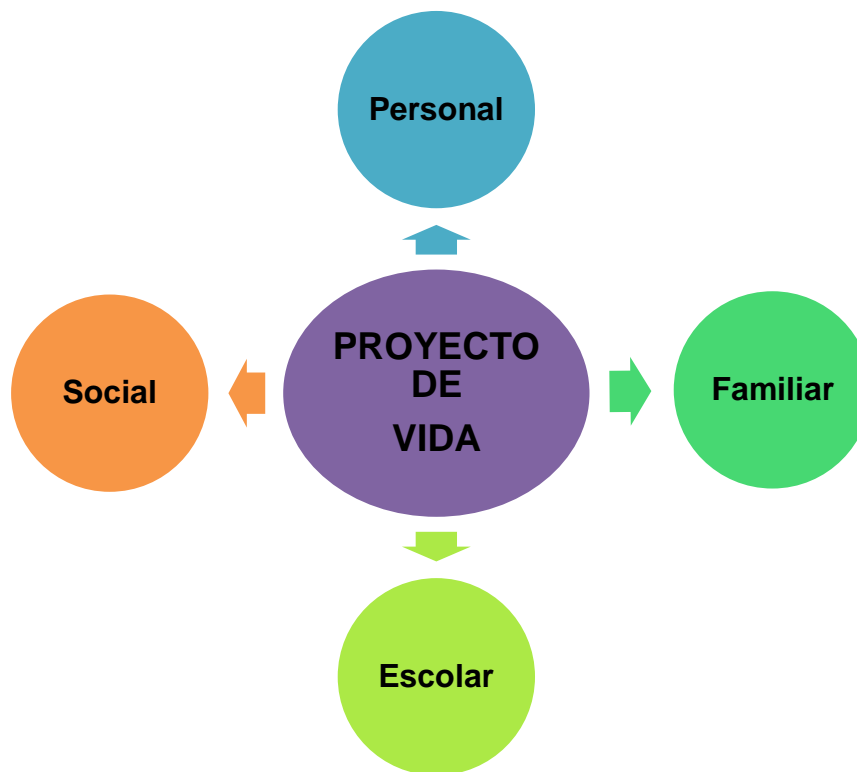


Cásares (2003) señala que la planeación del proyecto de vida implica que el individuo pueda conocer aquellas cosas que lo limitan pero también conocer sus potencialidades y saber explorarlas. Además la importancia de la realización de un proyecto de vida no es solo que permita la reflexión para trazar el camino que se quiere seguir sino que también es parte de saber qué es lo que realmente hace feliz a una persona, así al mismo tiempo cuando se piensa en la construcción de un proyecto de vida se ven favorecidos otros aspectos tales como:



Al ir construyendo poco a poco el proyecto de vida y al ver que los objetivos se van alcanzando, produce sin duda una gran satisfacción al ser humano, no sólo al darse cuenta que pudo llegar hasta donde se proponía sino que al mismo tiempo el proceso que siguió para la realización de su propósito también lo alienta y lo hacen sentirse más feliz al ver que lo que pretendía se materializo en una realidad concreta, y que llena de sentido su vida Cásares (2003).

Por consiguiente, el apoyo a los jóvenes para construir un proyecto en su futuro no equivale a orientarlos hacia la situación considerada como un fin en sí misma. Más bien es incitarlos a descubrir sus recursos personales y proporcionarles los medios necesarios para utilizarlos, es acompañarles en el descubrimiento de sí mismo así como del mundo que les rodea, es decir, de lo que se trata es hacer que el individuo elabora un proyecto para vivir mejor en su presente, en el cual exista la realización individual, esto a través y mediante el conocimiento mismo del medio que se rodea así como las posibilidades que la persona posee. Sin embargo para planear la vida es necesario tomar en cuenta las diferentes áreas que conforman la vida y entonces detectar las necesidades y expectativas de cada una de ellas Gaspar (2003).





## MÉTODO

### **4.1 Justificación**

En la actualidad, uno de los motivos de consulta más frecuentes en Terapia son los relacionados a los problemas emocionales y de conducta presentados en la adolescencia, tan solo en el Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila” el 32% corresponde a este tipo de población, esto se debe en gran parte a que son ellos unas de las personas más susceptibles debido a que se encuentran en una etapa de cambios tanto biológicos, cognitivos y sobre todo emocionales (Santrock, 2004), así, cuando los jóvenes se ven expuestos a resolver problemáticas en su vida personal estos toman decisiones precipitadas que pueden dañar la esfera familiar, escolar y social. Además, muchos de estos problemas conductuales y emocionales también se presentan debido a que los jóvenes deforman sistemáticamente el modo en como interpretan los hechos o sus experiencias personales.

Por lo anterior, la importancia de desarrollar una Intervención terapéutica dentro del Centro de Servicios Psicológicos de la Facultad de Psicología está encaminada a estudiar y enriquece propuestas de intervención que favorezcan el desarrollo total y pleno de los individuos motivo por el cual se propuso realizar un tratamiento con adolescentes que presentaban problemas emocionales y conductuales; el taller tuvo un enfoque Cognitivo-Conductual ya que este modelo permitirá desarrollar habilidades que modifiquen su conducta, emociones y pensamientos al finalizar la intervención y de esta manera los ayuden a mejorar su calidad de vida. También, al finalizar el Taller, esta intervención podría aplicarse a otros jóvenes que acuden a la Clínica y presenten características similares a la muestra con la que se trabajó, con la finalidad de disminuir la sintomatología que presentan al ingresan al CSP.

## **4.2 Objetivo general**

Proponer un plan de tratamiento con enfoque Cognitivo-Conductual, que proporcione herramientas básicas a los adolescentes de 16 y 17 años y los ayude a solucionar los problemas que se les presenten de manera eficaz, adquirir las habilidades necesarias para mejorar sus relaciones interpersonales de manera asertiva y que puedan identificar, analizar y modificar pensamientos disfuncionales que inciden de forma directa en su estado emocional y conductual, con ello, se pretende mejorar la calidad de vida de los participantes que acuden al taller.

### **4.2.1 Objetivos específicos**

- Conocer los principales problemas de conducta por el que acuden los adolescentes de 16 y 17 años que participan en esta investigación y que acudieron al Centro de Servicio Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila”.
- Diseñar un programa de intervención Cognitivo-Conductual que ayude a disminuir la sintomatología de los pacientes.
- Diseñar estrategias y apoyo psicoeducativo que ayude a los jóvenes a entender mejor el manejo de las técnicas.
- Determinar si la Terapia Cognitivo-Conductual produjo un cambio al finalizar el tratamiento en los jóvenes que acudieron a terapia, lo que se hará mediante una evaluación que se les aplicará a los adolescentes antes de iniciar y al finalizar su tratamiento.

### **4.3 Pregunta de investigación**

¿El taller para adolescentes con enfoque cognitivo conductual ayudara a disminuir significativamente los problemas emocionales y conductuales en los jóvenes que acudieron a terapia?

### **4.4 Hipótesis**

La hipótesis central de este trabajo de investigación supone que la implementación del Taller para adolescentes realizado con un enfoque Cognitivo-Conductual, modificará de manera estadísticamente significativa la conducta y el estado emocional de los jóvenes que asistieron al taller.

**Ho.** El tratamiento Cognitivo –Conductual aplicado a los pacientes usuarios del Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila”, no producirá un cambio en el estado emocional y conductual de los adolescentes.

**H1.** El tratamiento Cognitivo –Conductual aplicado a los pacientes usuarios del Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila”, si producirá un cambio en el estado emocional y conductual de los adolescentes.

Debido a que en el taller se trabajó con problemas emocionales y conductuales se decidió aplicar a los jóvenes tres instrumentos diferentes que determinarán cuál era su situación emocional y comportamental al ingresar al Centro de Servicios Psicológicos, de ellos se espera obtener cambios al finalizar el tratamiento, así que también se mencionaran las hipótesis correspondiente para cada una de ellas:

- **Para el inventario de Ansiedad de Beck (2001) las hipótesis son las siguientes:**

**Ho.** Al finalizar el tratamiento no disminuirán las puntuaciones de Ansiedad presentado por los jóvenes.

**H2.** Al finalizar el tratamiento disminuirán las puntuaciones de Ansiedad presentado por los jóvenes.

- ***Para el inventario de Depresión de Beck (1998) las hipótesis son las siguientes:***

**Ho.** Al finalizar el tratamiento no disminuirán los puntajes de Depresión presentado por los jóvenes.

**H3.** Al finalizar el tratamiento disminuirán los puntajes de Depresión presentado por los jóvenes.

- ***Para el Inventario de Solución de Problemas de Heppner y Petersen (1982) las hipótesis son las siguientes:***

**Ho.** Al finalizar el tratamiento no disminuirán los puntajes obtenidos por los jóvenes, es decir, que no hubo un cambio en sus habilidades para solucionar sus problemas de manera eficaz.

**H4.** Al finalizar el tratamiento disminuirán los puntajes obtenidos por los jóvenes, es decir, habrá un cambio en sus habilidades para solucionar sus problemas de manera eficaz.

#### **4.5 Diseño de estudio**

El tipo de diseño que se aplicó en la investigación fue Cuasi-Experimental (Pretest-Posttest) de un solo grupo, es decir, a un mismo grupo se le aplicaron tres pruebas antes y al finalizar el taller.

## **4.6 Variables**

### **Variable dependiente: Cambio conductual y emocional de los adolescentes.**

#### ***Definición conceptual:***

Estará determinada por el conjunto de las conductas emitidas, así como también; la manifestación de sus sentimientos, actitudes y opiniones de un modo socialmente adecuado y respetando las decisión, los pensamientos y la misma conducta de las personas que los rodean, con ello se pretende que los jóvenes logren resolver las problemáticas que se les presenten y minimicen la probabilidad de que ocurran problemas a futuro.

#### ***Definición operacional:***

Sera medido con la puntuación obtenida en el Inventario de Ansiedad de Beck (2001) el Inventario de Depresión de Beck (1998) y el Inventario de Solución de Problemas de Heppner y Petersen (1982).

### **Variable independiente: Terapia cognitivo-conductual**

#### ***Definición conceptual:***

Rivadeneira, Dahab, y Minici (2010) mencionan que la terapia de conducta está orientada en la modificación de comportamientos y basada en la interrelación de los pensamientos, las acciones y los sentimientos, mismos que se deben modificar para acrecentar la calidad de vida de los pacientes. Nezu (2006) por ejemplo señala que el tratamiento cognitivo-conductual representa las medidas que el terapeuta toma para resolver problemas, esto con la finalidad de alcanzar metas y abordar de manera eficaz los problemas presentados en los pacientes.

### **Definición operacional:**

Las técnicas empleadas durante la intervención que se hará con los jóvenes la cual está integrada por un conjunto de técnicas que se emplearon con el fin de alcanzar metas y donde se pretende que los jóvenes adquieran las habilidades necesarias que los permitan mejorar la calidad de su vida en las diferentes áreas sociales. Entre ellas se encuentran: Psicoeducación, reestructuración cognitiva, relajación autógena, entrenamiento en habilidades sociales (asertividad), entrenamiento en solución de problemas y proyecto de vida.

### **4.7 Muestra**

Fue una muestra *No probabilística con muestreo por cuotas* debido a que los pacientes fueron seleccionados de manera aleatoria de los usuarios adolescentes del Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila”.

Al taller ingresaron solo los pacientes que presentaban características tales como problemas de conducta y problemas emocionales; así, la muestra total fue de 8 pacientes cuya edad oscilaba entre los 16 y 17 años, misma que está conformado por 6 mujeres y 2 hombres, quienes cubrieron los siguientes criterios:

- Se encontraban en la etapa de la adolescencia, es decir no tenían más de 20 años.
- Discusiones constantes con los padres o algún integrante de la familia.
- Presentaban problemas de conducta tales como agresividad o problemas emocionales como baja autoestima, depresión y ansiedad; mismos que fueron determinados con las pruebas aplicadas durante el Taller.

## **4.8 Escenarios**

El taller tuvo lugar en el Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila” de la Facultad de Psicología; las sesiones se llevaron a cabo los días Jueves en la cámara de Gesell 14, de 16:00 a 18:00 hrs., cuya ventilación e iluminación eran las adecuadas, así como también se contaba con espacio suficiente para desarrollar la explicación que las terapeutas daban al grupo y también las dinámicas que los jóvenes desarrollaban.

## **4.9 Instrumentos**

- ***Inventario de Ansiedad de Beck (2001)***, es un cuestionario autoaplicable, compuesto por 21 ítems que describen diversos síntomas de ansiedad además de ser útil para cuadros depresivos. En el cuestionario, hay una lista de síntomas comunes de la ansiedad, donde los pacientes deben leer cada uno de los ítems, e indicar cuanto le ha afectado en la última semana incluyendo hoy. El Inventario de Ansiedad discrimina adecuadamente entre grupos de pacientes con y sin trastorno de ansiedad en diferentes poblaciones clínicas. La suma total de las respuestas sirve para interpretar el resultado a través de los siguientes rangos de calificación: Ansiedad Mínima (0-5 pts.), Ansiedad Leve (6-15 pts.), Ansiedad Moderada (16-30 pts.) y Ansiedad Severa (31-63 pts.).
- ***Inventario de Depresión de Beck (1998)***, es un cuestionario compuesto de 21 ítems para evaluar la gravedad de la depresión en adultos y adolescentes, está compuesto por cuatro opciones de respuesta para que el paciente seleccionase la que mejor se adapta a su situación. Cada ítem se califica en una escala de 4 puntos que va desde el 0 hasta el 3, al final se suman dando un total que puede estar entre 0 y 63; los rangos de calificación son: Depresión Mínima (0-9 pts.), depresión Leve (10-19 pts.), Depresión Moderada (17-29 pts.) y Depresión Severa (30-63 pts.) (Beltrán, 2012).

- **Inventario de Solución de Problemas de Heppner y Petersen (1982)**, se diseñó para evaluar las percepciones de las personas sobre su habilidad de solución de problemas y estilos para resolverlos.

Consta de 32 ítems, ordenados al azar, con respuestas que están en un rango de 1 (totalmente de acuerdo) a 6 (totalmente en desacuerdo). La puntuación mínima y máxima que se puede obtener en el inventario es de 32 y 192, respectivamente. Bajas puntuaciones indican conductas y actitudes típicamente asociadas con solucionadores de problemas exitosos (Heppner, 1982).

#### **4.10 Procedimiento**

Como se mencionó anteriormente, se trabajó con un grupo de 8 pacientes, hombres y mujeres de 16 y 17 años que presentaban problemas tales como agresividad, ansiedad, depresión y baja autoestima.

A todos ellos se les aplicó el Inventario de Ansiedad de Beck (2001), el Inventario de Depresión de Beck (1998) y el Inventario de Solución de Problemas de Heppner y Petersen (1982), tal procedimiento se realizó al iniciar y al finalizar el tratamiento con el objetivo de verificar los resultados obtenidos e identificar la eficacia del tratamiento. El análisis de los resultados se hizo con la prueba estadística de Wilcoxon para los dos Inventarios de Beck, mientras que para el Inventario de Solución de Problemas de Heppner y Petersen se realizó un análisis descriptivo.

El tratamiento estuvo compuesto por 12 sesiones, en 11 de ellas participaron los adolescentes y en una última se citó a los padres de los mismos. Las sesiones se programaron una vez por semana con una duración de dos horas, lo cual indica que el tratamiento finalizó después de 2 meses y medio.

Así mismo, se trabajó con el modelo Cognitivo-Conductual con la finalidad de brindarles a los adolescentes las herramientas necesarias para hacerle frente a



situaciones que inciden directamente en su estado emocional y conductual. Las técnicas utilizadas durante el tratamiento fueron: Psicoeducación, Reestructuración Cognitiva, Relajación, Entrenamiento en Habilidades Sociales (Asertividad), Solución de Problemas y Proyecto de vida, cada una de ellas cumpliendo una función específica que dan como resultado final mejorar la calidad de vida de los adolescentes y sus relaciones interpersonales.

A continuación se presenta la carta descriptiva general del taller realizado y posteriormente se hará una breve reseña del procedimiento de los temas que se trataron en cada una de las sesiones, para mayor detalle se puede revisar las cartas descriptivas de cada sesión que se encuentran en el Anexo número 1; en el Anexo número 2 se encontraran los Instrumentos de medición utilizados antes y al finalizar el taller y en el Anexo número 3 se encontraran las hojas de registro entregados a los pacientes en cada sesión y para cada técnica.

<b>SESIONES</b>	<b>NOMBRE DE LA SESIÓN</b>	<b>OBJETIVO GENERAL</b>	<b>FECHA</b>
<b>SESION N°1</b>	PRESENTACION Y PSICOEDUCACIÓN	Presentación de los participantes y de los terapeutas. Aclarar los objetivos, normas y estructura del taller. Establecer un buen rapport y adherencia al grupo. Identificar y explicar cuáles son los cambios presentados en la adolescencia y los principales problemas que se originan a esta edad.	<b>02-FEBRERO-2012</b>
<b>SESION N°2</b>	PRESENTACIÓN DEL MODELO COGNITIVO-CONDUCTUAL	La finalidad es que los pacientes conozcan el modelo cognitivo conductual, con el que trabajaremos durante todo el taller e identifiquen el origen de sus emociones.	<b>09-FEBRERO-2012</b>
<b>SESION N°3</b>	REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA	La finalidad es que los pacientes conozcan cuales son las principales distorsiones cognitivas de manera que empiecen a cuestionar sus propios pensamientos y los modifiquen por pensamientos racionales.	<b>16-FEBRERO-2012</b>

<b>SESION N°4</b>	REESTRUCTURACION COGNITIVA (continuación)	La finalidad es que los pacientes conozcan cuales son las principales distorsiones cognitivas de manera que empiecen a cuestionar sus propios pensamientos y los modifiquen por pensamientos racionales.	<b>23-FEBRERO-2012</b>
<b>SESION N°5</b>	RELAJACIÓN	Que los pacientes aprendan a controlar su respiración y disminuir sus niveles de ansiedad y estrés.	<b>01-MARZO-2012</b>
<b>SESION N°6</b>	ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES	Que los participantes incrementen su repertorio de habilidades sociales, con el objetivo de tener una comunicación asertiva.	<b>08-MARZO-2012</b>
<b>SESION N°7</b>	RETROALIMENTACIÓN Y ENTRENAMIENTO EN SOLUCIÓN DE PROBLEMAS	Identificar si los pacientes han tenido problemas respecto a las técnicas vistas en el taller, de la misma manera se pretende saber si han visto mejoría en su conducta. Iniciar con la técnica de solución de problemas para que los jóvenes aprendan a resolver sus conflictos de manera eficaz.	<b>15-MARZO-2012</b>
<b>SESION N°8</b>	ENTRENAMIENTO EN SOLUCIÓN DE PROBLEMAS	Que los participantes aprendan a resolver sus problemáticas de forma sistemática.	<b>22-MARZO-2012</b>
<b>SESION N°9</b>	PROYECTO DE VIDA	Los pacientes tendrán que hacer su propio proyecto de vida, el cual deberán seguir de acuerdo a las expectativas de cada uno y tomando en cuenta los conocimientos y habilidades adquiridas.	<b>29-MARZO-2012</b>
<b>SESION N°10</b>	GENERALIZACIÓN DE LAS TÉCNICAS APRENDIDAS	Que las participantes generalicen el uso de las técnicas y estrategias de afrontamiento en su vida cotidiana y que aclaren cualquier duda u obstáculo que hayan tenido.	<b>12-ABRIL-2012</b>
<b>SESION N°11</b>	CIERRE DEL TALLER	Agradecer la asistencia. Que los pacientes establezcan metas a corto y largo plazo.	<b>19-ABRIL-2012</b>
<b>SESIÓN N°12</b>	CIERRE DEL TALLER	Cita con los padres de familia, para verificar el cambio obtenido en los adolescentes	<b>26-ABRIL-2012</b>

- *Primera sesión*

Se creó la adherencia al grupo, se llevo a cabo la presentación de los participantes al taller y de las terapeutas. Los participantes narraron sus experiencias y el motivo por el cual acudían al Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila” a solicitar ayuda terapéutica, al finalizar cada uno menciona las expectativas que tenían del taller y las terapeutas mencionaron los objetivos que se pretendían alcanzar al finalizar la intervención.

Posteriormente se establecieron las reglas para que el grupo trabajara de manera optima durante el desarrollo del taller, dichas reglas se establecieron en conjunto y entre ellas se encontraban la puntualidad, la asistencia al taller, la participación, la confidencialidad, el respeto entre los participantes y la realización de las actividades que se les dejarían para realizar en casa.

En esta primera sesión, se presento a los adolescentes la manera en que se trabajaría durante las sesiones y se dio Psicoeducación de la etapa de la adolescencia y los principales problemas que se presentan durante esta etapa.

Finalmente se les aplico diferentes instrumentos que medirían la situación actual de los pacientes para que al finalizar el taller se determinaran los cambios obtenidos. Se les dejo su primera actividad en casa que consistía describir en “La bitácora del bienestar” cada una de las situaciones que los hacen sentir bien.

- *Segunda sesión*

Se inició la sesión revisando la actividad que se habían llevado a casa y se les invito a que cada uno participara mencionando tres de las actividades que disfrutaron realizar a diario; al finalizar se resalto la importancia de no olvidar hacer las actividades que aman ya que los ayudan a tener una mejor motivación y mejorar su estilo de vida.

Además se explicó el modelo Cognitivo-conductual con el cual se trabajaría durante todas las sesiones, posteriormente se les entregó una lista donde el paciente tenía que diferenciar entre lo que era una situación, un pensamiento, una emoción, una reacción fisiológica y una conducta. La finalidad era que no quedaran ninguna duda ya que posteriormente se les solicitó que cada uno mencionara una situación donde que cubriera el Modelo mencionado anteriormente.

Como actividad en casa se les entregó una hoja donde tendrían que registrar durante la semana las emociones que les generaban algunas situaciones en particular o que les hubieran causado conflicto en el transcurso de la semana.

- *Tercera sesión*

En esta sesión se inició con la intervención cognitiva para controlar los pensamientos distorsionados de los adolescentes, esto se realizó por medio del modelo A-B-C de Albert Ellis, al inicio se les presentó a los jóvenes los diferentes tipos de distorsiones para que con la actividad que se había dejado en casa, empezaran a identificar cada uno de sus pensamientos; posteriormente mencionaron algunas de las situaciones que les había pasado en la semana.

La finalidad de esta actividad es que poco a poco empiecen a concientizarse respecto a que muchos de los pensamientos que se tienen influyen de manera directa en su estado emocional, así mismo, se les explicó que poco a poco se deben ir identificando los pensamientos distorsionados y entonces proponer un pensamiento alternativo para así ir modificándolos.

- *Cuarta sesión*

Se reforzó los conocimientos de la sesión anterior y posteriormente, se continuó con la intervención cognitiva, donde se proporcionó información a los pacientes para que aprendieran a buscar pensamientos alternos y empezaran a modificarlos

por pensamientos racionales. Se les proponía que antes de creer en un pensamiento negativo lo vieran como una hipótesis que tenían que comprobar con evidencias y confirmaciones.

Se les presento una hoja donde se termina de presentar el modelo ABCDE de Albert Ellis, para que de esta manera quedara registro los pensamientos alternativos que estaban teniendo ante las distorsiones cognitivas. También se les presento un video para que cada uno de los jóvenes observara cuales son las consecuencias a nivel emocional que ocasiona el tener constantemente pensamientos negativos.

- *Quinta sesión*

En esta sesión se repaso lo visto en sesiones anteriores con la finalidad de determinar si no habían quedado dudas respecto a la Restructuración cognitiva, se les hizo saber a los jóvenes que era una técnica con la que se trabajaría en todas las sesiones y posteriormente, se les enseñó a los adolescentes la técnica de relajación muscular progresiva.

Las terapeutas hicieron énfasis en la importancia y los beneficios que tiene aprender a controlar nuestra respiración, ya que ante momentos de angustia los jóvenes aprenderán a controlar sus impulsos y pensar mejor las situaciones antes de actuar.

Se les entrego una hoja de registro para que practicarán la Técnica durante la semana y mencionaran los beneficios que la técnica les ha ocasionado.

- *Sexta sesión*

Se inicio la sesión dando a los pacientes retroalimentación de las técnicas anteriores. Posteriormente, se impartió la técnica de habilidades sociales, para

que los participantes lograran expresar sus deseos, necesidades, disgustos y actitudes de manera más sana y adaptativa, se explico la diferencia entre asertividad, agresividad y pasividad y los efectos que cada una de ellas tenía sobre el mismo individuo y en las personas que los rodean, además se les invito a practicar los diferentes tipos de conductas sobre todo la asertividad, las cuales tenían que representar mediante un role playing. Finalmente, se aplico la técnica de relajación.

- *Séptima sesión*

En esta sesión, se repaso lo aprendido en sesiones anteriores y se impartió el modelo de solución de problemas, con el objetivo de que los jóvenes cuenten con estrategias para solucionar los conflictos que se les presenten de manera eficaz, los cuales podrían propiciar su estado emocional. Posteriormente y mediante una actividad los jóvenes tendrán que proponer las diferentes alternativas para solucionar algunos de sus conflictos el cual tendrán que aplicar para determinar si hubo un cambio significativo. Finalmente se aplico la técnica de relajación.

- *Octava sesión*

Se continuó con la técnica de Solución de Problemas para que los jóvenes mencionaran las dificultades presentadas en el transcurso de la semana y juntos se hiciera una “autoevaluación de la solución”.

También se inicio con el tema “Proyecto de vida”, esto con la finalidad de que los adolescentes se planteen metas a corto y largo plazo que les ayuden a tener una mejor visión de lo que planean ser y tener a futuro; así mismo, tendrán que ir determinando cuales serán los objetivos que tendrán que cumplir y las dificultades que se presentarán es su camino.

- *Novena sesión*

Se continuó con el tema de proyecto de vida y se enfatizó en la importancia de ir planeando metas para su vida. Los adolescentes tendrán que presentar su proyecto de vida, y mencionar los objetivos que desean alcanzar así como las posibles dificultades que se presentarán en su camino, de la misma manera tendrán que señalar cuáles serán las alternativas que le darán a las dificultades que se les presenten para que su proyecto de vida se cumpla.

- *Decima sesión*

En la última sesión se resumieron las técnicas presentadas durante el taller y se aclararon las dudas que se tenían. Se dio retroalimentación a cada uno de los pacientes procurando resaltar los logros obtenidos durante el taller y las cualidades de cada uno, posteriormente los adolescentes tenían que contestar cada uno de los Instrumentos presentados en la primera sesión para que las terapeutas determinaran el cambio en los jóvenes.

- *Decimo primera sesión*

Se organizó un convivio para que los adolescentes platicaran su experiencia durante el taller y mencionaran si lograron cumplir con sus objetivos iniciales. Se les dio las gracias por haber participado en el taller.

- *Decimo segunda sesión*

Se citó a los padres de los jóvenes para presentar el trabajo realizado en las once sesiones anteriores y se les explico brevemente las técnicas y el propósito que cada una de ellas tenía, al finalizar se aclararon dudas y los padres tenían que

platicar si observaron diferencias en sus hijos antes y después de tomar el taller. Se les dio las gracias por haber acudido a la sesión.



## RESULTADOS

### 5.1 Características de la muestra

La muestra estuvo compuesta por ocho adolescentes, seis del sexo femenino y dos del sexo masculino, siete de ellos cursaban la preparatoria y una de ellas estaba terminando sus estudios en secundaria. La edad oscilaba entre los 16 y 17 años. A continuación se presenta la tabla correspondiente para visualizar los datos principales de los jóvenes que asistieron al taller.

Participante	Sexo	Edad	Escolaridad	Estado civil
1	Femenino	17	Preparatoria	Soltera
2	Femenino	17	Preparatoria	Soltera
3	Femenino	17	Preparatoria	Soltera
4	Femenino	16	Preparatoria	Soltera
5	Femenino	16	Preparatoria	Soltera
6	Femenino	16	Secundaria	Soltera
7	Masculino	17	Preparatoria	Soltero
8	Masculino	16	Preparatoria	Soltero

Tabla n°1

Todos los participantes mantenían una mala relación con la madre, padre, hermanos o con alguno de los integrantes antes mencionados, esto se determinó con base en la pre-consulta e historia clínica realizada a los jóvenes en el proceso de admisión del Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila”, en este mismo proceso se determinó que cuatro de ellos vivieron en un ambiente de violencia y agresión familiar durante la infancia. Todos estuvieron de acuerdo en tomar terapia ya que mencionaban querer obtener un cambio y mejorar la dinámica familiar.

## **5.2 Análisis de la prueba de Wilcoxon para el Inventario de Ansiedad y Depresión de Beck**

Al iniciar y al finalizar el tratamiento se les aplico a los adolescentes tres pruebas, el Inventario de Ansiedad de Beck (2001), el Inventario de Depresión de Beck (1998) y el Inventario de Solución de Problemas de Heppner y Petersen (1982) esto con la finalidad de determinar el cambio obtenido antes y después del tratamiento cognitivo-conductual.

Primero se analizara las diferencias encontradas en el Inventario de Ansiedad de Beck (2001); los datos se muestran a continuación.

<b>Paciente N°</b>	<b>Ansiedad antes del Tx.</b>	<b>Ansiedad después del Tx.</b>
<b>1</b>	8	4
<b>2</b>	6	1
<b>3</b>	5	4
<b>4</b>	17	10
<b>5</b>	4	4
<b>6</b>	24	9
<b>7</b>	19	5
<b>8</b>	27	10
<b>Media</b>	<b>13.7</b>	<b>5.8</b>

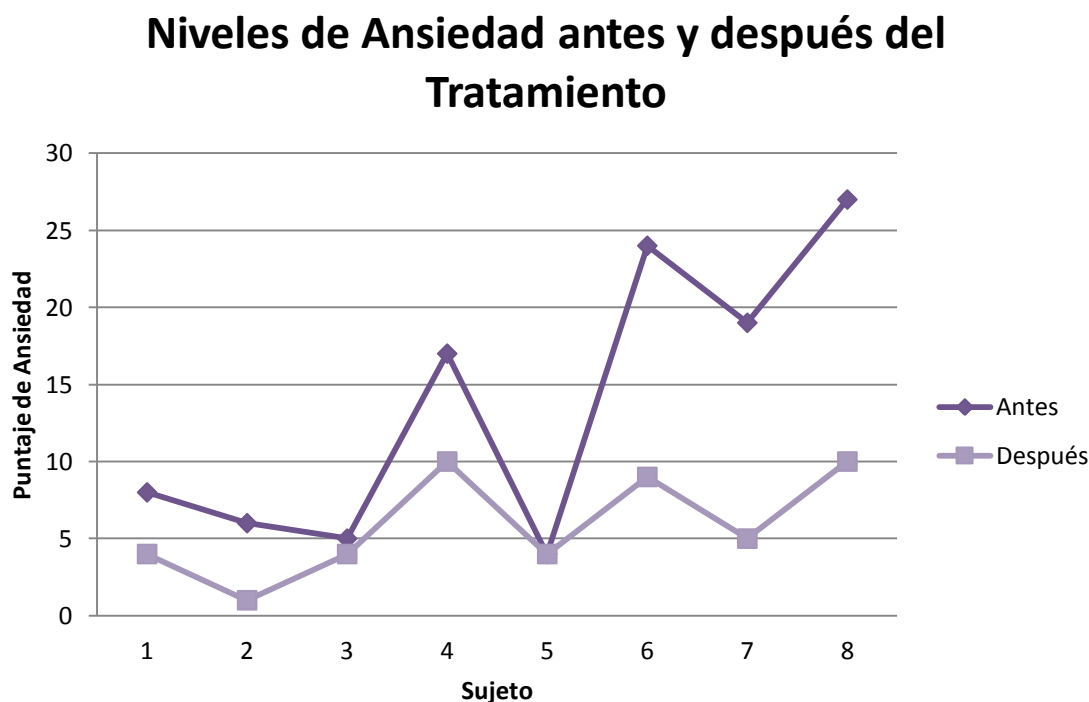
Tabla n°2

En la tabla, se puede observar los puntajes obtenidos antes y al finalizar el taller mismos que representan un nivel en la escala de Ansiedad propuesta por Beck, en siete de los participantes se muestra una disminución evidente en los niveles de ansiedad, solo en uno de ellos se mantuvo la misma escala, sin embargo no representa un alto nivel de ansiedad. La media obtenida al ingresar los jóvenes al Centro de Servicios Psicológicos era de 13.7 puntos, que de acuerdo a la escala de Beck (2001) corresponde a un nivel leve de ansiedad, al finalizar el tratamiento

la mayoría de los jóvenes lograron disminuir sus niveles dando como resultado un puntaje global de 5.8, correspondiente a un nivel mínimo de ansiedad generada.

Los datos presentados anteriormente también fueron analizados con la prueba de de Análisis Estadístico de Wilcoxon con la finalidad de determinar si realmente hubo un cambio significativo a raíz del tratamiento y con ello poder determinar si la propuesta del taller con el enfoque cognitivo conductual podría aplicarse en otros pacientes y con características similares. Lo que se obtuvo al realizar el análisis

fue un ( $\alpha = .018$ ), lo que indica que es menor a 0.5 y demuestra que estas diferencias en los niveles de ansiedad antes y después del tratamiento son estadísticamente significativas, es decir; el taller con enfoque mencionado anteriormente sí produjo un cambio en los adolescentes. Estos datos se resumen en la siguiente grafica:



**Gráfica n°1**

En la grafica anterior se muestra el cambio evidente de la sintomatología en la mayoría de los jóvenes que acudieron a terapia, y cómo se mencionaba

anteriormente la prueba de Análisis Estadístico de Wilcoxon realmente nos muestra un cambio significativo en los datos de los jóvenes.

Por lo que respecta al Inventario de Depresión de Beck (1998), los puntajes obtenidos antes y después del taller se presentan a continuación:

<b>Paciente N°</b>	<b>Depresión antes del Tx.</b>	<b>Depresión después del Tx.</b>
<b>1</b>	14	5
<b>2</b>	8	0
<b>3</b>	11	5
<b>4</b>	20	9
<b>5</b>	20	3
<b>6</b>	5	0
<b>7</b>	19	0
<b>8</b>	12	9
<b>Media</b>	<b>13.6</b>	<b>3.8</b>

Tabla n°3

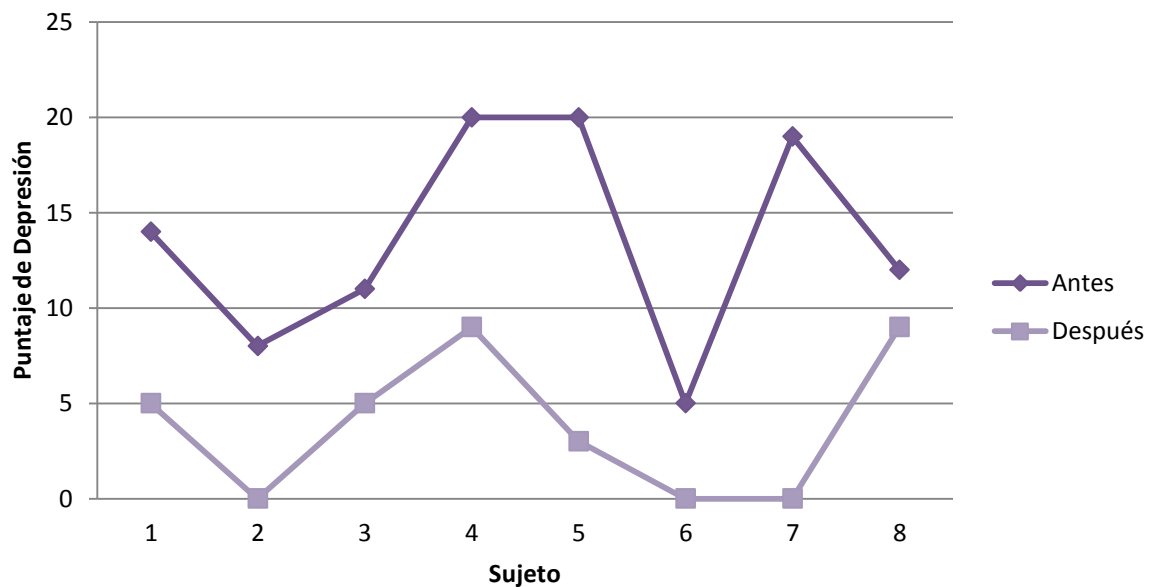
Con los datos presentados anteriormente se calculo la media de los puntajes obtenidos en los jóvenes antes y después del tratamiento, lo que se obtuvo fue una media de 13.6 que de acuerdo a la escala de Beck se considera un nivel de depresión leve; al finalizar el tratamiento se aplico nuevamente la prueba y una vez obtenido los resultados se siguió el mismo procedimiento, esto con la finalidad de determinar cuál había sido el cambio en los jóvenes; dicho procedimiento arrojo un valor en la media de 3.8, esto indicaba que los niveles de depresión en los jóvenes había disminuido y que de acuerdo con las escalas se encontraban en una escala de depresión mínima.

Sin embargo, si se observa la tabla anterior, se puede identificar que es evidente el cambio en la sintomatología depresiva de los jóvenes y que todos ellos lograron disminuir sus niveles de depresión de manera significativa.

No obstante, para profundizar más en los resultados obtenidos de las pruebas y de la misma manera que en el Inventario de Ansiedad de Beck (2001) también se realizó el Análisis Estadístico con la prueba de Wilcoxon con el programa del SPSS, donde se determinaría las diferencias es un mismo grupo antes y después de la terapia, los datos obtenidos al realizar el análisis fue un ( $\alpha = .012$ ), lo que indica que es menor a .5 y con lo que podemos determinar que si hubo una diferencia significativa en el estado emocional de los adolescentes.

Para mostrar de manera más representativa los datos mencionados anteriormente a continuación se presenta la siguiente gráfica:

### Niveles de Depresión antes y después del Tratamiento



Gráfica n°2

Como se puede observar en la gráfica, el cambio en la sintomatología de la depresión es evidente, la imagen nos indica que en la mayoría de los jóvenes

verdaderamente se produjo un cambio significativo con ayuda de las herramientas proporcionadas en el taller.

### **5.3 Análisis de la prueba de Wilcoxon para el Inventario de Solución de Problemas de Heppner y Petersen (1982)**

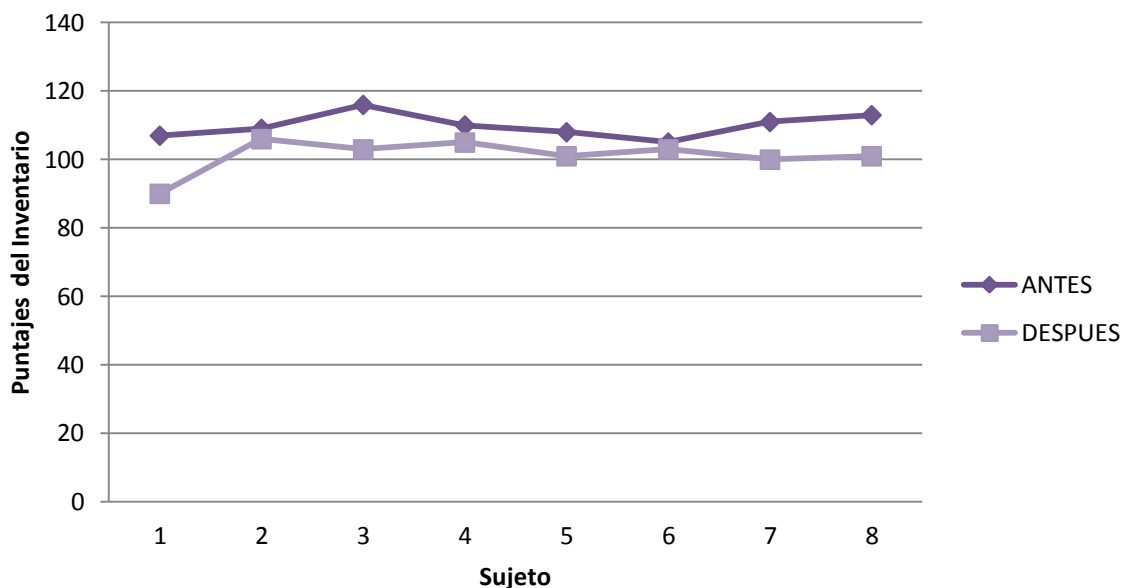
Para el Inventario de solución de Problemas de Heppner y Petersen (1982) aplicado a los jóvenes también se realizó un análisis estadístico mediante la utilización de la prueba de Wilcoxon, este Inventario ayuda a determinar si los jóvenes al finalizar el taller lograron mejorar sus habilidades para resolver de manera eficaz las dificultades que se les presenten, por ende la prueba de Wilcoxon, nos permite conocer si hubo un cambio significativo después de que los adolescentes tomaran el tratamiento.

Los datos obtenidos y la gráfica de los mismos se muestran a continuación:

<b>Paciente N°</b>	<b>Antes del Tx.</b>	<b>Después del Tx.</b>
<b>1</b>	107	90
<b>2</b>	109	106
<b>3</b>	116	103
<b>4</b>	110	105
<b>5</b>	108	101
<b>6</b>	105	103
<b>7</b>	111	100
<b>8</b>	113	101
<b>Media</b>	<b>109.8</b>	<b>101.1</b>

**Tabla n°4**

## Inventario de Solución de Problemas de Heppner



Gráfica n°3

En la tabla se puede observar que hubo una ligera disminución en el puntaje obtenido por los jóvenes al finalizar el taller, mismas puntuaciones se muestran en la gráfica anterior donde se puede apreciar que el cambio es mínimo. Sin embargo y para determinar si la disminución aparente en los jóvenes es significativa, se procedió a realizar un análisis estadístico con la prueba de Wilcoxon y en ella se obtuvo un ( $\alpha = .012$ ), la cual es menor que .05, es decir; esto determina que si hubo una diferencia estadísticamente significativa una vez que se finalizó el tratamiento.

Esto nos lleva a pensar que los adolescentes lograron mejorar su habilidad en la solución de problemas y en el estilo que tenían para resolverlos y afrontarlos.

#### **5.4 Resultados de la intervención con los padres**

Por lo que respecta a los padres de los adolescentes, se les pregunto a cada uno de ellos si habían observado diferencias en el comportamiento de sus hijos al finalizar el tratamiento, ellos mencionaron observar cambios en la manera en que se comunicaban; es decir; ellos explicaban que antes de que acudieran a terapia la comunicación con sus hijos se había vuelto complicada y las discusiones eran constantes y además frecuentemente terminaban peleando y gritándose los unos a los otros; sin embargo, al finalizar el taller los padres referían que sus hijos eran más tolerantes y las discusiones con ellos habían disminuido, se les pregunto, de que manera que manera resolvían los conflictos que se presentaban con ellos y los padres mencionaban que sus hijos platicaban el problema y juntos encontraban un solución de manera que trataban de llegar a un acuerdo juntos y así ambos quedaban satisfechos con los resultados.

Aunque los padres de los jóvenes referían haber observado un cambio en el comportamiento de sus hijos, mencionaban sentirse preocupados al no saber las reacciones que podrían manifestarse después del tratamiento, ellos mostraban preocupación al no saber cómo actuar ante una posible “recaída” o el regreso de los problemas en casa; para ello se les explico a los padres que sus hijos en el taller habían aprendido técnicas que los ayudarían a solucionar los problemas antes de reaccionar de manera impulsiva y por ende ocasionarles un problema en su entorno social.

Para que los padres de familia entendieran lo que se aprendió en el taller se les explico las técnicas presentadas en la intervención y la función que desempeñan cada una de ellas, de modo que los padres aprendieron como es que los pensamientos interfieren de manera significativa en su estado emocional y conductual, para ello también se sugirió a los padres que en cuanto detectaran pensamientos negativos o conductas socialmente desadaptativas en sus hijos les



recordaran aplicar los conocimientos aprendidos en el taller y entonces ellos recordaran seguir utilizando las técnicas aprendidas.

En esta sesión también se les comento a los padres la importancia de tomar terapia psicológica con la finalidad de mejorar la comunicación no solo con sus hijos si no también con las personas que los rodean, así de esta manera los padres aprenderán técnicas que los ayuden a ser más tolerantes ante las conductas de sus hijos y por ende encontrar estrategias de solución apropiadas a cada problema.

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Al realizar esta investigación y trabajar con este grupo de jóvenes se identificó que las características principales estaban enfocadas en problemas emocionales y conductuales, motivo por el que se decidió trabajar con la terapia cognitivo conductual misma que señala Rivadeneira, Dahab y Minici (2010) está orientada en la modificación de los comportamientos, es decir; se basa en la relación de la forma de pensar, actuar y sentir de los individuos, de modo que se debe aprender a modificar para mejorar la calidad de vida de los individuos.

Al finalizar la intervención se constató que hubo un cambio significativo en los jóvenes que acudieron a terapia, de manera que podemos atribuir este cambio a las técnicas proporcionadas durante el taller y verificar su eficacia con los resultados obtenidos en el análisis estadístico de Wilcoxon realizado a los tres instrumentos que se aplicaron antes y al finalizar el tratamiento donde se obtuvo un  $(\alpha = .018)$  para el Inventario de Ansiedad de Beck, un  $(\alpha = .012)$  para el inventario de Depresión de Beck y finalmente un  $(\alpha = .012)$  para el Inventario de Solución de Problemas de Heppner y Petersen todos ellos menores a .5 lo que determina la significancia del cambio al término del tratamiento.

Para especificar cómo se lograron estos cambios, es necesario recordar que una de las características principales de este estudio se centró en la modificación conductual y emocional de los jóvenes, de manera que el tratamiento Cognitivo-Conductual ya mencionado anteriormente, actúa sobre la modificación de los pensamientos y conducta; en este mismo sentido Riso (2009) señala que los estímulos que operan sobre el organismo producen tres tipos de respuestas; una de ellas es la respuesta cognitiva, donde podemos encontrar los pensamientos automáticos y las distorsiones cognitivas, por otro lado, se encuentran las respuestas emocionales/biológicas y finalmente estos dos sistemas anteriores generan una respuesta motora que es la que nos hace actuar; estos tres sistemas definen lo que una persona, piensa, siente y hace.

Con lo anterior se planteo que la modificación de los pensamientos y la conducta ayudaría a su vez a la modificación en las emociones de los jóvenes, puesto que cada una de las tres respuestas anteriores puede activar o inhibir a otras, y lo que se obtuvo en los datos y las gráficas fue una disminución significativa de la ansiedad y la depresión de los jóvenes que asistieron al taller.

Ejemplo de lo anterior y para lograr disminuir la sintomatología de los pacientes se trabajó con la terapia racional emotiva, basándonos en el supuesto de que tanto las emociones como las conductas son producto de las creencias de un individuo, y de su interpretación con la realidad (Ellis, 1962; en Caballo, 2008). Lo que se hizo entonces, fue que los pacientes aprendieran a identificar sus pensamientos irracionales o disfuncionales para posteriormente ayudarlos a modificarlos y reemplazarlos por otros pensamientos más racionales o adaptativos, que de acuerdo con Ellis y Becker (1982; en Caballo, 2008) los pensamientos racionales y afectivos permiten en las personas lograr con mayor eficacia las metas de tipo personal como el ser feliz por ejemplo y poder establecer relaciones con otras personas. Al finalizar el tratamiento los jóvenes habían logrado transformar estos pensamientos distorsionados en alternativas racionales y generar en ellos un cambio a nivel cognitivo.

Por otra parte, la ansiedad presentada por los jóvenes también logro disminuir considerablemente, en estos casos la técnica de relajación fue uno de los determinantes sustanciales para lograr que los jóvenes logran disminuir sus niveles de estrés y de esta manera como señalaba Caballo (2008) que los individuos cuenten con recursos suficientes para hacerle frente a las situaciones que les parecen amenazantes

Asimismo, la agresividad manifestada por los pacientes al ingresar al tratamiento, mostró ser durante las sesiones una dificultad para relacionarse con las personas de su entorno, de manera que para lograr una mejora en sus relaciones interpersonales se trabajó también con la técnica de entrenamiento en habilidades sociales; esta técnica como indica Caballo (2008) ayuda al individuo a expresar

sus sentimientos, actitudes, deseos, opiniones y derechos de manera adecuada a la situación y respetando los derechos y las conductas de los demás, como consecuencia ayuda a resolver problemas inmediatos de la situación que se está presentando y además minimiza la probabilidad de futuros problemas, estas características fueron tomadas en cuenta para el taller, ya que se enfocaron en situaciones de la vida cotidiana de cada uno de los pacientes, lo que se logró fue que los jóvenes manifestaran adecuadamente sus deseos e inquietudes con otras personas.

Esta última técnica junto con el entrenamiento en solución de problemas focalizan su atención en ayudar a las personas a encontrar soluciones eficaces a sus problemas, de modo que los ejercicios proporcionados en el taller generó en los jóvenes herramientas que les permitirán encontrar y aplicar maneras eficaces de solucionar y enfrentar las dificultades de la vida diaria. Lo anterior lo podemos corroborar con el nivel de significancia obtenido con el Inventario de Solución de Problemas de Heppner y Petersen, donde se obtuvo una disminución de los puntajes lo cual indica que los jóvenes pensaban, analizaban y actuaban de manera lógica a sus problemas y no de manera impulsiva e irracional.

Este tratamiento cognitivo conductual como mencionan muchos autores, entre ellos Prado y Iruarrizaga, (2001) quien ha estudiado la eficacia de estas intervenciones en pacientes con altos niveles de estrés, menciona que resulta efectivo aplicar las técnicas que nos proporciona este tipo de terapia en particular con este tipo de pacientes. Rodríguez, Piqueras, y Alcázar, (2006), quienes también han estudiado el impacto del tratamiento cognitivo conductual aplicado a trastornos de ansiedad generalizada, han encontrado que técnicas como la Psicoeducación, la terapia racional-emotiva, el entrenamiento de relajación muscular progresiva y el entrenamiento en exposición disminuyen la sintomatología de los pacientes al finalizar el tratamiento.

Otros autores como Rosselló y Bernal, (2007), Puerta y Padilla, (2011) han realizado investigaciones donde aplican este mismo modelo en pacientes con síntomas depresivos; lo que han encontrado es que estas intervenciones tienen un gran impacto en los trastornos depresivos y ayudan a combatir los problemas de la depresión.

Para las conductas agresoras Henao (2006) manifiesta que el entrenamiento en solución de problemas es una técnica conductual que ofrece la oportunidad de reconocer las consecuencias conductuales y por ende la posibilidad de modificar las conductas agresoras. Esta técnica junto con el entrenamiento en habilidades sociales permitió en los jóvenes plantear soluciones que los ayudaran a reducir los conflictos que se les presentan y además manifestar sus inconformidades y deseos no de manera agresiva o pasiva si no siendo asertivos.

Por otro lado, De la Peña y Palacios (2011) hacen referencia a que la mala conducta es consecuencia de las prácticas parentales inadecuadas mientras que Sampers, Anderson, Hartung y Scambler (2001) añaden que si se mejora la actitud de los padres ante la mala conducta de sus hijos se pueden encontrar formas más eficaces de enfrentar las conductas problemáticas, dicho lo anterior es importante mencionar que lo encontrado en el taller fue una creciente preocupación por los padres de los jóvenes respecto a los problemas que se habían suscitado en casa, de modo que la mayoría de ellos manifestaba sentirse preocupados al no saber cómo reaccionar ante el cambio presentado en sus hijos, por ello se cree conveniente que los padres de familia tomen terapia psicológica con el fin de ayudarlos a ser más tolerantes y encontrar estrategias que mejoren la relación que tiene con sus hijos y con ello puedan encontrar juntos soluciones eficaces a los problemas que se les presenten.

Si bien, cada una de las técnicas cognitivo-conductuales tiene un objetivo específico el conjunto de ellas brinda a los jóvenes herramientas que los ayudaron a modificar su conducta y su estado emocional que estaba generando en ellos

consecuencias a nivel personal y social, de modo que con estas técnicas se puede ayudar a los jóvenes a solucionar y afrontar sus problemáticas actuales y mejorar su calidad de vida más adelante.

Así como muchos de los autores mencionados anteriormente, hemos podido constatar que este tipo de intervenciones resultan eficaces para el tratamiento de problemas conductuales y emocionales ya que hemos comprobado la eficacia de estas intervenciones y coincidimos en que estas intervenciones resultan de gran ayuda en el ámbito clínico y sobre todo resultara eficaz para los usuarios adolescentes de entre 16 y 17 años que acuerden al Centro de Servicios Psicológicos de la Facultad de Psicología.

Si bien esta intervención fue el resultado de la práctica clínica realizada en el Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila” es importante mencionar que este acercamiento clínico es de suma importancia en la formación académica de los alumnos ya que promueve la adquisición de habilidades de manera sistemática y sobre todo fortalece el conocimiento de los jóvenes, por tal motivo es indispensable que se siga colaborando en este tipo de intervenciones bajo la supervisión de personal calificado.

## BIBLIOGRAFÍA

Aberastury, P. & Knobel, M. (1994). *La adolescencia normal: Un enfoque psicoanalítico*. México: Paidós.

Argyle, M. & Henderson, M. (1985). *Psicología del comportamiento interpersonal*. Alianza: Madrid.

Arnett, J. J. (2008). *Adolescencia y adultez emergente*. Pearson: México.

Ayala, V., Pedroza, C., Morales, C., Chaparro, C. & Barragán, T., (2002). Factores de riesgo, factores protectores y generalización del comportamiento agresivo en una muestra de niños en edad escolar. *Salud Mental*, vol. 25, n° 003, pp. 27-40.

Beck, A. (1983). *Terapia Cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclee de Brouwer.

Beltrán, C., Freyre, A. & Guzmán, H., (2012). El inventario de Depresión de Beck: Su validez en población adolescente. *Terapia Psicológica*, vol. 30, N°1, pp. 1, 5-13.

Bernal, C. (2000). Psicopatología del adolescente. *Psiquiatría del niño y del adolescente*, pp.357-365.

Bertoglia, R. (2005). Ansiedad y rendimiento en adolescentes escolares. Una alternativa de acción. *Psicoperspectivas*, vol. IV, n° 1, pp. 27-32.

Bloss, P. (1980). *Psicoanálisis de la adolescencia*. 3 edición. Joaquín Martínez: México.

Blum, R. (2000). *Un modelo conceptual de salud del adolescente*. Mc GRAW-HILL: México.

Braconnier, A. (2001). *Guía del adolescente*. Síntesis: España.

Brooks, F.D., (1959). *Psicología de la adolescencia*. 2da edición. Kapelusz: Argentina.

Caballo, E. V., (2008). Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta. 5ta edición. Siglo XXI: España.

Cándido, J., Rosa, I., Olivares, J. & Espada, J., (2002). Eficacia del entrenamiento en Habilidades Sociales con adolescentes: de menos a más. *Psicología Conductual*, vol. 10, n° 3, pp. 543-561.

Caplan, G. & Lebovici, S. (1973). Psicología social de la adolescencia. Paidós: Buenos Aires.

Casares, I., (2003). Planeación de vida y carrera. 2da Ed. Limusa: México.

Castillo, C. G., (2000) Cautivos en la adolescencia. Alfaomega: México.

Cicua, D., Méndez, M. & Muñoz, L., (2008). Factores en el consumo de alcohol en adolescentes. *Pensamiento Psicológico*, vol. 4, N°11, pp. 115-134.

Connolly, J., White, D., Steven, R., & Buinsein, S. (1987). Adolescents Self Reports of social Activity: Assessment of Stability and Relations to social Adjustment. *Journal of Adolescence*, vol. 10, pp.83-95.

De la Peña, O. y Palacios, C. (2011). Trastornos de la conducta disruptiva en la infancia y la adolescencia: diagnóstico y tratamiento. *Salud Mental*, vol. 34, pp. 421-427.

Dulato, E. (2000). El adolescente. Mc GRAW-HILL: México.

Dulanto, G., (2000). Psicología. México: Interamericana.

Echeverúa, E. (1993). Trastornos de la ansiedad en la infancia. Pirámide: Madrid

Edmundo, U., (2006). El consumo del tabaco y el alcohol en jóvenes de zonas urbanas marginadas de México. Un análisis de las decisiones realizadas. *Salud Pública de México*, vol. 48, N°1, pp. 30-40.

Egremy, G. (1994). Sexualidad adolescente. Consejo Nacional de Población: México.



Fajardo, V. & Hernández, G. (2008). Tratamiento cognitivo-conductual de la conducta agresiva infantil. *Revista Mexicana de análisis de la conducta*, vol. 34, N° 2, pp. 369-387.

Garaigordobil, M. (2001). Intervención con adolescentes: impacto de un programa en la asertividad y en las estrategias cognitivas de afrontamiento de situaciones sociales. *Psicología Conductual*, vol. 9, pp. 221-246.

Gil, F. & León, J. (1988). Habilidades sociales, teoría, investigación e intervención. España: Síntesis.

Gómez, S., (2006). Intervención integral en la obesidad del adolescente. *Revista Médica Universidad Navarra*, vol. 50, N° 4, pp. 23-25.

González, N. y Romero, A. (1995). Teoría y técnica de la terapia psicoanalítica de adolescentes. (2° ed.) Trillas: México.

Gottman, J. M. & Parker, J.G. (1987). Conversations whit friends. New York, Cambridge University Press.

Henao, J. (2006). La prevención temprana de la violencia: una revisión de programas y modalidades de Intervención. *Revista Infancia, Adolescencia y Familia: Asociación Colombiana para el Avance de las Ciencias del Comportamiento*, vol.1, n° 2, pp. 315-339.

Horrocks, E. J. (1986). Psicología de la adolescencia. Trillas: México.

Hurlock, B. E. (1987). Psicología de la adolescencia. 4ta edición. Paidós: México.

Izquierdo, M. C. (2003). El mundo de los adolescentes. 1era edición. Trillas: México.

Jurado, S., Villegas, E., Méndez, L., Rodríguez, F., Loperana, V, Varela, R., (1998). La estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los residentes de la Ciudad de México, *Salud mental*, 21 (3), 26-31 pp.

Leyva, J., Hernández, J., Nava, J. & López, G. (2007). Depresión en adolescentes y funcionamiento familiar. *Rev. Med. Inst. Seguro Soc.*, vol.45, n°3, pp. 225-232.

Lozano, G. (1996). Enojo, conductas autodestructivas y riesgo suicida en adolescentes: enfoque psicosocial. Tesis para obtener el título de maestría. México, DF. Facultad Psicología.

Lutte, G., (1991). Liberar la adolescencia: La psicología de los jóvenes de hoy. Herder: Barcelona.

Martínez, A., Fuentes, M. & Ramos, V., (2003). Consumo de drogas en la adolescencia: Importancia del afecto y la supervisión parental. *Psicothema*, vol. 15, N° 002, pp. 161-166.

Mestre, E. V. (2002). La agresividad en la adolescencia: variables y contextos implicados. *Calidad de vida*, N° 2, pp. 49-63.

Mestre, E., Samper, P. & Pérez, E. (2001). Clima familiar y desarrollo del autoconcepto. Un estudio longitudinal en población adolescente. *Revista Latinoamericana de Psicología*, vol. 33, N° 3, pp. 243-260.

Moreno, M. y Utria, R., (2011). Caracterización de los programas de tratamiento cognitivo-conductual para el manejo de problemas de comportamiento en niños y adolescentes realizados en Bogotá entre los años 2002 y 2008. *Psicología del Caribe*, n° 28, pp. 39-76.

Nezu, M. (2006). Formulación de casos y diseño de tratamientos cognitivo-conductuales. Un enfoque basado en problemas. Manual Moderno: México.

Olivia, A. (2004). La adolescencia como riesgo y oportunidad. *Infancia y aprendizaje*, vol. 27, n° 1, pp. 115-122.

Papalia, D. E., (2003). Desarrollo humano. 8va edición. Mc GRAW-HILL: Colombia.

Papalia D., Wendkos, S. & Feldman, R. (2007). *Psicología del desarrollo de la infancia a la adolescencia*. Mc GRAW-HILL: México.

Pardo, A. G. (2004). Adolescencia y depresión. *Revista Colombiana de Psicología*, N°13, 13-18.

Pepín, L., (1975). *La psicología de los adolescentes*. Oikos-tau: Barcelona.

Pérez, A. B. (2010). Prevalencia y factores asociados a la ideación e intento suicida en adolescentes de Educación Media superior de la República Mexicana. *Salud Pública Mexicana*, Vol. 42, pp. 324-333.

Pombo, A. J. (1992). *La adolescencia*. España: Herder.

Prado, O. & Iruarrizaga, I. (2001). Intervención cognitivo conductual en un caso infantil de ansiedad evaluación. *Psiquiatría*, pp. 1-11.

Puerta, P. & Padilla, D. (2011). Terapia Cognitiva-Conductual (TCC) como tratamiento para la Depresión: Una revisión del Estado del Arte. *Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud*, vol. 8, n° 2, pp. 251-257.

Rice, P. (2000). *Adolescencia. Desarrollo, relaciones y cultura*, (9ª ed.) España: Pretine Hall.

Riso, W. (2009). *Terapia cognitiva*. Paidós: España.

Rivadeneira, C., Dahab, J. & Minici, A. (2010). La aplicación de la Terapia Cognitivo conductual a los cuadros crónicos. *Revista de terapia cognitivo conductual*, n° 19, pp. 1-5.

Robles, R., Varela, R., Jurado, S y Páez, F. (2001) Versión mexicana del Inventario de Ansiedad de Beck: Propiedades psicométricas. *Revista Mexicana de Psicología*, 8, 211-217 pp.

Rodríguez, O., Piqueras, A. & Alcázar, I. (2006). Tratamiento Cognitivo-Conductual de una adolescente con trastorno de ansiedad generalizada. *Terapia psicológica*, vol.24, n° 1, pp. 87-98.

Rosselló, J. & Bernal, G. (2007). Manual de Tratamiento para la Terapia Cognitiva-Conductual, pp. 1-63.

Samper, P. (2008). Agresividad y afrontamiento en la adolescencia. Una perspectiva Intercultural. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, Vol. 8, N° 003, pp. 431-440.

Sampers, J., Anderson, K., Hartung, C. y Scambler, D. (2001). Parent training programs for young children with behavior problems. *Infant Toddler Intervention*, vol.11, pp. 91-110.

Santrock, J., W. (2004). Psicología del desarrollo de la adolescencia. Madrid: Mc Graw-Hill.

Ulloa, F., Peña, O. & Nogales, I. (2011). Tratamiento multimodal de niños y adolescentes con depresión. *Salud Mental*, vol. 34, pp. 403-407.

Yapko, M. (2006). Para romper los patrones de la depresión. México: Pax.

Zubeidat, I., Fernández, P., Sierra, C. & Salinas, M., (2008). Evaluación de factores asociados a la ansiedad social y a otras patologías en adolescentes. *Salud Mental*, vol. 31, pp.189-196.

Werebe, M. (1987). Friendship and Datin Relationships among Frenchs Adolescents. *Journal of Adolescence*, vol. 10, pp. 269-289.

## ANEXO 1



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA  
COORDINACION DE LOS CENTROS DE SERVICIOS A LA  
COMUNIDAD UNIVERSITARIA Y AL SECTOR SOCIAL



**CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS  
“DR. GUILLERMO DÁVILA”  
SESIÓN 1: TALLER DE ADOLESCENTES**

**NOMBRE DEL TALLER:** “Taller para adolescentes”

**LUGAR:** Centro De Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila”

**FECHA DE INICIO:** 2 de Febrero de 2012

**FECHA DE TERMINO:** 19 de Abril de 2012

**PERFIL DE PARTICIPANTES:** Jóvenes de 16 y 17 años que presentan problemas de conducta

**INSTRUCTOR:** Psic. Amillanahi Aguilar Gallardo/ Psic. Gutiérrez Vargas Giovanna

**NUMERO DE SESIONES:**12

**NUMERO DE PARTICIPANTES:** 8

**HORARIO:** Jueves de 16:00 –18:00 Hrs.

**MODALIDAD DE GRUPO:** Cerrado

**OBJETIVO GENERAL:** Que los pacientes adquieran las habilidades necesarias para mejorar sus relaciones interpersonales de manera asertiva, identificar, analizar y modificar pensamientos disfuncionales que inciden de forma directa en su estado emocional y conducta. Esto con la finalidad de mejorar su calidad de vida y hacerle frente a situaciones conflictivas.

CONTENIDO TEMATICO	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDAD	MATERIAL	TIEMPO
<b>Presentación de las terapeutas</b>	Que los pacientes conozcan a las terapeutas para que se establezca un buen rapport. Se establecerá el encuadre.	Presentación de las terapeutas ante el grupo. De la misma manera se establecerá las reglas del taller.		<b>5 Min.</b>
<b>Presentación de los pacientes</b>	La finalidad es que los pacientes se conozcan entre sí y disminuyan su nivel de ansiedad mediante una dinámica grupal.	Se les pedirá a los pacientes que digan su nombre seguido del nombre de un animal que empiece con la letra de su mismo nombre, el siguiente paciente tendrá que hacer lo mismo mencionado antes el nombre y animal de su	<ul style="list-style-type: none"> <li>Gafetes</li> </ul>	<b>20 Min.</b>

		compañero y así sucesivamente hasta que todos se presenten. Después de que todos se hayan presentado se les proporcionara sus gafetes.		
<b>Expectativas del taller</b>	Que los pacientes nos proporcionen información acerca de lo que esperan obtener al finalizar el taller y lo que están dispuestos aportar al mismo.	Proporcionar un cuestionario en el que indiquen su situación actual, las expectativas que tiene del taller y el compromiso que asumirán al mismo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuestionario</li> <li>• Lápiz</li> </ul>	<b>10 Min.</b>
<b>Contenido del Taller</b>	Que los pacientes conozcan a grandes rasgos las técnicas que utilizaremos en el taller y cuál es el objetivo de cada una de ellas.	Mediante una presentación en Power Point se explicara a los pacientes las técnicas que se utilizaran en el taller.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Presentación en Power Point</li> <li>• Computadora</li> </ul>	<b>15 Min.</b>
<b>Evaluación</b>	Con los instrumentos se pretende evaluar los sentimientos de valoración integral que el adolescente tiene de sí mismo, también identificaremos la percepción que tienen los pacientes de sus habilidades y estilos de solución de problemas. Estas escalas se aplicaran al finalizar el taller para comparar los resultados obtenidos.	Se proporcionaran los tres Instrumentos de medición a los adolescentes para que los respondan de manera individual.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inventario de solución de problemas de Heppner y Petersen</li> <li>• Inventario de Depresión de Beck</li> <li>• Inventario de Ansiedad de Beck</li> <li>• Lápiz</li> </ul>	<b>30 Min.</b>
<b>Dinámica</b>	Se pretende relajar y motivar a los pacientes para mantener su atención.	Mediante una dinámica se pretende que todo el taller cree un cuento mediante oraciones con una letra específica.		<b>20 min</b>
<b>Tratamiento</b>	Que los pacientes conozcan la importancia que tiene acudir al Tratamiento.	Las terapeutas mencionaran las desventajas asociadas a la interrupción de tratamiento.		<b>5 min.</b>

<b>Tarea</b>	Conocer las situaciones que hacen sentir bien a cada uno de los pacientes.	Se les proporcionara a los pacientes una "Bitácora de Bienestar" donde tendrán que hacer registros de situaciones que sean agradables para ellos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• "Bitácora del Bienestar"</li> </ul>	<b>5 min.</b>
<b>Despedida</b>	Agradecer a los pacientes su asistencia y participación en el taller.			<b>5 min.</b>



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO  
 FACULTAD DE PSICOLOGÍA  
 COORDINACION DE LOS CENTROS DE SERVICIOS A LA  
 COMUNIDAD UNIVERSITARIA Y AL SECTOR SOCIAL



**CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS  
 “DR. GUILLERMO DÁVILA”  
 SESIÓN 2: TALLER DE ADOLESCENTES**

**NOMBRE DEL TALLER:** “Taller para adolescentes”  
**LUGAR:** Centro De Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila”  
**FECHA DE INICIO:** 2 de Febrero de 2012  
**FECHA DE TERMINO:** 19 de Abril de 2012  
**PERFIL DE PARTICIPANTES:** Jóvenes de 16 y 17 años que presentan problemas de conducta  
**INSTRUCTOR:** Psic. Amillanahi Aguilar Gallardo/ Psic. Gutiérrez Vargas Giovanna

**NUMERO DE SESIONES:**12  
**NUMERO DE PARTICIPANTES:** 8  
**HORARIO:** Jueves de 16:00 –18:00 Hrs.  
**MODALIDAD DE GRUPO:** Cerrado

**OBJETIVO GENERAL:** Que los pacientes adquieran las habilidades necesarias para mejorar sus relaciones interpersonales de manera asertiva, identificar, analizar y modificar pensamientos disfuncionales que inciden de forma directa en su estado emocional y conducta. Esto con la finalidad de mejorar su calidad de vida y hacerle frente a situaciones conflictivas.

CONTENIDO TEMATICO	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDAD	MATERIAL	TIEMPO
Revisión de la “Bitácora de Bienestar”	Conocer la calidad de vida que llevan los pacientes, y el gusto por las actividades que realizan a diario.	Cada paciente, deberá leer por lo menos 3 ejemplos de las actividades que disfrutaron y mencionar por que anotaron esa situación específica.	• “Bitácora del Bienestar”	15 Min.
Modelo Cognitivo Conductual	Los pacientes identificaran las diferentes etapas del modelo Cognitivo-Conductual.	Se mostrara a los pacientes el modelo Cognitivo-Conductual con el que trabajaremos durante todo el Taller y se expondrán ejemplos del mismo.	• Pizarrón • Plumones	30 Min.
Entendiendo el modelo	Los pacientes aprenderán a identificar la diferencia entre: pensamiento, reacción fisiológica, emoción y conducta.	Se anotara una lista de palabras en el pizarrón y los adolescentes tendrán que identificar si es un pensamiento, una reacción fisiológica, una emoción o una conducta.	• Pizarrón • Plumones	10 Min.



<b>El origen de mis problemas</b>	Los pacientes aprenderán a clasificar sus propias situaciones de acuerdo al modelo presentado.	Los pacientes mencionaran situaciones personales que los ayuden a identificar las diferentes facetas del modelo Cognitivo-Conductual.		<b>30 Min.</b>
<b>Dudas</b>	La finalidad es que los pacientes logren comprender el origen de sus "problemas" y él porque trabajamos con dicho modelo.	Se dará tiempo para que los pacientes analicen sus situaciones junto con el modelo expuesto y aclaren dudas respecto a los mismos.		<b>15 Min.</b>
<b>Registros</b>	Los pacientes registren las situaciones que les generan conflicto e identifiquen los pensamientos negativos.	Se proporcionara la Hoja del Registro ABC, donde tendrán que anotar las situaciones, pensamientos, la reacción fisiológica y su conducta ante situaciones que les hayan causado conflicto.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hoja de Registro ABC</li> </ul>	<b>5 min.</b>
<b>Despedida</b>	Agradecer a los pacientes su asistencia y participación en el taller.			<b>5 min.</b>



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO  
 FACULTAD DE PSICOLOGÍA  
 COORDINACION DE LOS CENTROS DE SERVICIOS A LA  
 COMUNIDAD UNIVERSITARIA Y AL SECTOR SOCIAL



**CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS  
 “DR. GUILLERMO DÁVILA”  
 SESIÓN 3: TALLER DE ADOLESCENTES**

**NOMBRE DEL TALLER:** “Taller para adolescentes”

**LUGAR:** Centro De Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila”

**FECHA DE INICIO:** 2 de Febrero de 2012

**FECHA DE TERMINO:** 19 de Abril de 2012

**PERFIL DE PARTICIPANTES:** Jóvenes de 16 y 17 años que presentan problemas de conducta

**INSTRUCTOR:** Psic. Amillanahi Aguilar Gallardo/ Psic. Gutiérrez Vargas Giovanna

**NUMERO DE SESIONES:** 12

**NUMERO DE PARTICIPANTES:** 8

**HORARIO:** Jueves de 16:00 –18:00 Hrs.

**MODALIDAD DE GRUPO:** Cerrado

**OBJETIVO GENERAL:** Que los pacientes adquieran las habilidades necesarias para mejorar sus relaciones interpersonales de manera asertiva, identificar, analizar y modificar pensamientos disfuncionales que inciden de forma directa en su estado emocional y conducta. Esto con la finalidad de mejorar su calidad de vida y hacerle frente a situaciones conflictivas.

CONTENIDO TEMATICO	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDAD	MATERIAL	TIEMPO
Dinámica	Se pretende relajar y motivar a los pacientes para mantener su atención durante el transcurso de la sesión.	Mediante una dinámica se pretende que todo el taller cree un cuento mediante oraciones con una letra específica elegida al azar por el grupo.		20 min.
Revisión del “Registro de pensamientos ABC”	Identificar con los pacientes si se les dificulto realizar el registro de pensamientos automáticos ABC.	Trabajar con la hoja de registro del modelo ABC e identificar si tuvieron dificultad para completar el cuadro.		10 min.
Exposición teórica sobre el tema de las Distorsiones Cognitivas.	La finalidad es que los pacientes conozcan cuales son las principales distorsiones cognitivas de manera que empiecen a cuestionar sus propios pensamientos.	Mediante la ayuda de carteles se explicara el significado de las diferentes distorsiones cognitivas que existen así como su definición: <ul style="list-style-type: none"> <li>Inferencia Arbitraria.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Carteles con las principales Distorsiones Cognitivas</li> </ul>	20 Min.

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pensamiento Catastrófico.</li> <li>• Lector de Mentes.</li> <li>• Personalización</li> <li>• Abstracción Selectiva.</li> <li>• Sobregeneralización.</li> <li>• Magnificación.</li> <li>• Minimización.</li> </ul> <p>Al finalizar la explicación se pegaran los carteles en el salón.</p>		
<b>Cuestionando mis pensamientos</b>	Los pacientes aprenderán a clasificar sus propios pensamientos negativos en las diferentes categorías de "Distorsiones Cognitivas" proporcionadas por las terapeutas.	Se pedirá a los paciente que mencionen algunos ejemplos del "Registro de Pensamientos del Modelo ABC" realizado en casa, con la finalidad de que todo el grupo los identifique en las diferentes categorías de "Distracciones Cognitivas"		<b>30</b>
<b>Clasificación de pensamientos negativos.</b>	Los pacientes aprenderán de manera individual a clasificar los pensamientos y emociones negativas que los llevan a distorsionar las diferentes situaciones que se les presentan.	Las terapeutas pegaran en el pizarrón ejemplos de Distorsiones Cognitivas con la finalidad de que los pacientes los clasifiquen de manera individual. Al finalizar, de manera grupal verifiquemos si su clasificación es la correcta.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Carteles con ejemplos de pensamientos negativos.</li> </ul>	<b>20 min.</b>
<b>Tarea</b>	La finalidad es que los pacientes refuercen lo aprendido en la sesión y aprendan a clasificar sus propios pensamientos negativos.	Se entregara a los pacientes una hoja de "Registro de pensamientos", para que durante el transcurso de la semana los clasifiquen en alguna de las diferentes categorías de	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hoja de Registro de Pensamientos del modelo ABC</li> </ul>	<b>10 min.</b>

		Distorsiones Cognitivas.		
<b>Entrega de material</b>	Los pacientes aprenderán a clasificar sus propios pensamientos desadaptativos.	Las terapeutas entregaran un tríptico con lo visto en la sesión.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tríptico de Distorsiones Cognitivas.</li> </ul>	<b>5 min.</b>
<b>Despedida</b>	Agradecer a los pacientes su asistencia y participación en el taller.			<b>5 min.</b>



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA  
COORDINACION DE LOS CENTROS DE SERVICIOS A LA  
COMUNIDAD UNIVERSITARIA Y AL SECTOR SOCIAL



**CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS  
"DR. GUILLERMO DÁVILA"  
SESIÓN 4: TALLER DE ADOLESCENTES**

**NOMBRE DEL TALLER:** "Taller para adolescentes"

**LUGAR:** Centro De Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila"

**FECHA DE INICIO:** 2 de Febrero de 2012

**FECHA DE TERMINO:** 19 de Abril de 2012

**PERFIL DE PARTICIPANTES:** Jóvenes de 16 y 17 años que presentan problemas de conducta

**INSTRUCTOR:** Psic. Amillanahi Aguilar Gallardo/ Psic. Gutiérrez Vargas Giovanna

**NUMERO DE SESIONES:** 12

**NUMERO DE PARTICIPANTES:** 8

**HORARIO:** Jueves de 16:00 –18:00 Hrs.

**MODALIDAD DE GRUPO:** Cerrado

**OBJETIVO GENERAL:** Que los pacientes adquieran las habilidades necesarias para mejorar sus relaciones interpersonales de manera asertiva, identificar, analizar y modificar pensamientos disfuncionales que inciden de forma directa en su estado emocional y conducta. Esto con la finalidad de mejorar su calidad de vida y hacerle frente a situaciones conflictivas.

CONTENIDO TEMÁTICO	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDAD	MATERIAL	TIEMPO
Dinámica	Verificar si los pacientes están comprometidos en la terapia y a convivir y compartir experiencias con sus compañeros.	De manera aleatoria las terapeutas elegirán a dos o tres pacientes para que este mencione el nombre de todos sus compañeros y de esta manera se identifiquen si se están comprometiendo en el taller.		5 min
Resumen de Distorsiones Cognitivas	Reforzar los conocimientos adquiridos en la sesión anterior.	Los pacientes mencionaran lo aprendido en la sesión anterior. Posteriormente, las terapeutas harán un breve resumen y aclararan dudas que surjan en el grupo.	• Carteles con las principales Distorsiones Cognitivas presentados en la sesión anterior	15 min.
Revisión del Modelo ABCDE	Verificar si los pacientes aprendieron a clasificar sus pensamientos en los diferentes tipos de distorsiones.	Cada uno de los pacientes mencionara un ejemplo de su Cuadro de Registro ABC y el tipo de Distorsión que es, todo el grupo determinara si corresponde o no a	• Hoja de Registro de Pensamientos del modelo ABC	20 min.

		esa clasificación		
<b>Modificando mis pensamientos</b>	Los pacientes aprenderán a modificar sus pensamientos irracionales en pensamientos racionales.	Las terapeutas proporcionaran información a los pacientes para que aprendan a modificar sus pensamientos irracionales en pensamientos racionales. Recordándoles que estos pensamientos negativos no son más que meras hipótesis que tiene que comprobar con evidencias y confirmaciones. Se les entregara el Registro ABCDE, para que empiecen a modificar los pensamientos disfuncionales, con las situaciones que ya han llevado al taller.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hoja de Registro de Pensamientos del modelo ABCDE</li> </ul>	<b>20 min.</b>
<b>Ronda de experiencias</b>	Ayudar a modelar la reestructuración cognitiva de cada participante	Que cada participante diga una situación de su registro o alguna situación pasada significativa para que entre todos ayudemos a la clasificación de las distorsiones expuestas y modificar su pensamiento.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pizarrón y plumones</li> </ul>	<b>45 min</b>
<b>Video</b>	Reforzar lo aprendido durante la sesión.	Se proyectara un video (“Cómo pensamos los hechos y su interpretación”) para que los pacientes terminen de aclarar todas sus dudas respecto a las Distorsiones Cognitivas.		<b>10 min.</b>

<b>Despedida</b>	Agradecer a los pacientes su asistencia y participación en el taller.			<b>5 min.</b>
------------------	---	--	--	---------------



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO  
 FACULTAD DE PSICOLOGÍA  
 COORDINACION DE LOS CENTROS DE SERVICIOS A LA  
 COMUNIDAD UNIVERSITARIA Y AL SECTOR SOCIAL



**CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS  
 “DR. GUILLERMO DÁVILA”  
 SESIÓN 5: TALLER DE ADOLESCENTES**

**NOMBRE DEL TALLER:** “Taller para adolescentes”

**LUGAR:** Centro De Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila”

**FECHA DE INICIO:** 2 de Febrero de 2012

**FECHA DE TERMINO:** 19 de Abril de 2012

**PERFIL DE PARTICIPANTES:** Jóvenes de 16 y 17 años que presentan problemas de conducta

**INSTRUCTOR:** Psic. Amillanahi Aguilar Gallardo/ Psic. Gutiérrez Vargas Giovanna

**NUMERO DE SESIONES:** 12

**NUMERO DE PARTICIPANTES:** 8

**HORARIO:** Jueves de 16:00 –18:00 Hrs.

**MODALIDAD DE GRUPO:** Cerrado

**OBJETIVO GENERAL:** Que los pacientes adquieran las habilidades necesarias para mejorar sus relaciones interpersonales de manera asertiva, identificar, analizar y modificar pensamientos disfuncionales que inciden de forma directa en su estado emocional y conducta. Esto con la finalidad de mejorar su calidad de vida y hacerle frente a situaciones conflictivas.

CONTENIDO TEMATICO	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDAD	MATERIAL	TIEMPO
<b>Distorsiones Cognitivas</b>	Reforzar los conocimientos adquiridos en la sesión anterior y correlacionarlos con el motivo de consulta de cada uno de los pacientes.	Concluir con la participación de cada uno de los pacientes donde se identificara la distorsión cognitiva de alguna experiencia que hayan tenido de la misma manera ellos aprenderán a cambiar los pensamientos negativos a positivos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hoja de registro del modelo ABCDE</li> </ul>	<b>15 min.</b>
<b>Psico-educación de Relajación</b>	Que los pacientes aprendan a controlar su respiración y disminuir sus niveles de tensión y estrés.	Las terapeutas proporcionaran información respecto a la Técnica de Relajación y los Beneficios que tiene aprender y dominar la misma. De la misma manera se les mencionara la importancia que tiene llevar a cabo la técnica de relajación en casa.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pizarrón</li> <li>• Plumones</li> </ul>	<b>20 min.</b>



<b>Tensión y relajación.</b>	Los pacientes aprenderán a identificar la diferencia entre tensar y relajar los músculos.	Las terapeutas mencionaran la forma adecuada de relajar los músculos. Mencionando la forma adecuada de tensar y relajar cada una de las partes de su cuerpo.		<b>20 min.</b>
<b>Técnica de Relajación</b>	Los pacientes aprenderán la Técnica de Relajación.	Los pacientes cerraran los ojos y las terapeutas irán guiándolos durante la relajación para que ellos aprendan cual es la manera adecuada de relajar los músculos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Música de relajación</li> </ul>	<b>45 min</b>
<b>Experiencia</b>	Que los pacientes aclaren dudas respecto a la Técnica de Relajación.	Las terapeutas preguntaran a los pacientes: <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cómo se sintieron?</li> <li>• ¿Si tuvieron dificultades para relajarse?</li> <li>• Mencionaran sus experiencias durante la relajación.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pizarrón</li> <li>• Plumones</li> </ul>	<b>10 min.</b>
<b>Actividad</b>	La finalidad es que los pacientes aprendan la técnica de Relajación y la practiquen en casa.	Se les proporcionara una hoja de "Autoregistro del entrenamiento en Relajación Muscular"	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hojas del "Autoregistro del entrenamiento en Relajación Muscular"</li> </ul>	
<b>Despedida</b>	Agradecer a los pacientes su asistencia y participación en el taller.			<b>5 min.</b>



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA  
COORDINACION DE LOS CENTROS DE SERVICIOS A LA  
COMUNIDAD UNIVERSITARIA Y AL SECTOR SOCIAL



**CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS  
"DR. GUILLERMO DÁVILA"  
SESIÓN 6: TALLER DE ADOLESCENTES**

**NOMBRE DEL TALLER:** "Taller para adolescentes"

**LUGAR:** Centro De Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila"

**FECHA DE INICIO:** 2 de Febrero de 2012

**FECHA DE TERMINO:** 19 de Abril de 2012

**PERFIL DE PARTICIPANTES:** Jóvenes de 16 y 17 años que presentan problemas de conducta

**INSTRUCTOR:** Psic. Amillanahi Aguilar Gallardo/ Psic. Gutiérrez Vargas Giovanna

**NUMERO DE SESIONES:** 12

**NUMERO DE PARTICIPANTES:** 8

**HORARIO:** Jueves de 16:00 –18:00 Hrs.

**MODALIDAD DE GRUPO:** Cerrado

**OBJETIVO GENERAL:** Que los pacientes adquieran las habilidades necesarias para mejorar sus relaciones interpersonales de manera asertiva, identificar, analizar y modificar pensamientos disfuncionales que inciden de forma directa en su estado emocional y conducta. Esto con la finalidad de mejorar su calidad de vida y hacerle frente a situaciones conflictivas.

CONTENIDO TEMATICO	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDAD	MATERIAL	TIEMPO
<b>Retroalimentación</b>	Reforzar todos los conocimientos adquiridos durante las sesiones anteriores.	Se dará un breve resumen de los avances en las sesiones anteriores, y se aclararan dudas y preguntas respecto a los		<b>10 min.</b>
<b>Psico-educación del Entrenamiento en Habilidades Sociales</b>	Que los pacientes aprendan la diferencia entre ser una persona asertiva, pasiva o agresiva.	Las terapeutas darán información respecto al entrenamiento en Habilidades sociales, principalmente la diferencia entre ser asertivo, agresivo, y pasivo así como las conductas y los efectos implicados en cada uno.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pizarrón</li> <li>• Plumones</li> </ul>	<b>15 min.</b>
<b>Presentación</b>	Diferenciar el Entrenamiento en Habilidades con imágenes.	Mediante una presentación en Power-Point se les presentara dibujos de personas asertivas, pasivas y agresivas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Computadora</li> </ul>	<b>10 min.</b>

<b>Despejar dudas.</b>	Aclarar las dudas que tengan los pacientes respecto al tema de la asertividad.	Las terapeutas trataran de aclarar las dudas que surjan en el taller.		<b>10 min</b>
<b>Experiencia</b>	Los pacientes aprenderán a identificar los diferentes tipos de entrenamientos en habilidades.	Se les presentara a los pacientes una serie de imágenes donde tendrán que aprender a identificar los diferentes tipos de conducta (agresiva, asertiva o pasiva). Se les proporcionara a los pacientes tarjetas de diferentes colores donde cada una de ellas representara un tipo de conducta, los pacientes tendrán que identificarla y levantar la tarjeta que corresponda a la conducta y juntos discutir la decisión.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tarjetas de colores</li> <li>• Computadora</li> </ul>	<b>10 min.</b>
<b>Actividad</b>	La finalidad es que los pacientes interpreten los diferentes tipos de conducta y aprendan en que podrían mejorar, para empezar a modificar su conducta.	Se les pedirá a los pacientes que formen equipos y posteriormente se les dará una serie de enunciados que tendrán que interpretar mediante un Roll-Playing con las diferentes tipos de conducta, al finalizar la interpretación los pacientes tendrán que mencionar en que podrían mejorar para ser mas asertivos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enunciados</li> </ul>	<b>45 min.</b>
<b>Actividad a casa</b>	Que los pacientes practiquen la conduce asertiva para reforzarla.	Se les pedirá a los pacientes que registren las situaciones donde pusieron en práctica la asertividad.		<b>5 min.</b>

<b>Relajación</b>	Disminuir los niveles de ansiedad.	Se aplicara la Técnica de Relajación que se ha visto en sesiones anteriores para que los pacientes sigan disminuyendo sus niveles de ansiedad.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Música</li> <li>• Computadora</li> </ul>	<b>15 min.</b>
<b>Despedida</b>	Agradecer a los pacientes su asistencia y participación en el taller.			<b>5 min.</b>



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
 FACULTAD DE PSICOLOGÍA  
 COORDINACIÓN DE LOS CENTROS DE SERVICIOS A LA  
 COMUNIDAD UNIVERSITARIA Y AL SECTOR SOCIAL



**CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS  
 “DR. GUILLERMO DÁVILA”  
 SESIÓN 7: TALLER DE ADOLESCENTES**

**NOMBRE DEL TALLER:** “Taller para adolescentes”

**LUGAR:** Centro De Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila”

**FECHA DE INICIO:** 2 de Febrero de 2012

**FECHA DE TERMINO:** 19 de Abril de 2012

**PERFIL DE PARTICIPANTES:** Jóvenes de 16 y 17 años que presentan problemas de conducta

**INSTRUCTOR:** Psic. Amillanahi Aguilar Gallardo/ Psic. Gutiérrez Vargas Giovanna

**NUMERO DE SESIONES:** 12

**NUMERO DE PARTICIPANTES:** 8

**HORARIO:** Jueves de 16:00 –18:00 Hrs.

**MODALIDAD DE GRUPO:** Cerrado

**OBJETIVO GENERAL:** Que los pacientes adquieran las habilidades necesarias para mejorar sus relaciones interpersonales de manera asertiva, identificar, analizar y modificar pensamientos disfuncionales que inciden de forma directa en su estado emocional y conducta. Esto con la finalidad de mejorar su calidad de vida y hacerle frente a situaciones conflictivas.

CONTENIDO TEMÁTICO	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDAD	MATERIAL	TIEMPO
<b>Retroalimentación</b>	Reforzar todos los conocimientos adquiridos durante la sesión anterior.	Los pacientes tendrán que mencionar lo aprendido durante la sesión pasada. Del mismo modo, las terapeutas trataran de aclarar dudas que hayan surgido en el transcurso de la semana.		<b>10 min.</b>
<b>Revisión de tarea</b>	Identificar las dificultades presentadas en la actividad.	Los pacientes tendrán que mencionar en que situaciones aplicaron la asertividad y las dificultades que tuvieron con las mismas.		<b>15 min.</b>
<b>Psico-educación de la Solución de Problemas</b>	Los pacientes aprenderán a identificar las situaciones de conflicto ante las cuales se verán enfrentados en su vida diaria para que de esta manera mediante una serie de alternativas	Las terapeutas proporcionaran información respecto a la Solución de Problemas. También, se mencionaran los cinco pasos para una solución eficaz. Se les	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pizarrón</li> <li>• Plumones</li> <li>• Folletos</li> </ul>	<b>15 min.</b>

	ellos puedan tomar una decisión para poder solucionar su problema y no tenga consecuencias.	proporcionara un folleto con la información necesaria.		
<b>Despejar dudas.</b>	Aclarar las dudas que tengan los pacientes respecto al tema de la asertividad.	Las terapeutas trataran de aclarar las dudas que surjan en el taller.		<b>5 min.</b>
<b>Actividad</b>	Los pacientes comprenderán lo explicado por las terapeutas mediante un ejemplo proporcionado por ellas mismas.	Mediante un ejemplo proporcionado por las terapeutas los pacientes aprenderán a darle una solución eficaz mediante los cinco pasos para solucionar un problema.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pizarrón</li> <li>• Plumones</li> </ul>	<b>15 min</b>
<b>Actividad</b>	Los pacientes tendrán que dar solución a una de sus propias problemáticas mediante lo aprendido en la sesión.	Se proporcionara una hoja blanca a los pacientes donde tendrán que hacer un árbol y representar una situación específica de un problema a la que se vean enfrentadas y les sea difícil de solucionar. Se les entregara "pedazos" de hojas color verde donde anotaran las posibles alternativas a solucionar el problema. Cada uno de los pacientes expondrán su situación y los demás pacientes tendrán que dar retroalimentación a su compañero.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hojas blancas</li> <li>• Hojas color verde</li> <li>• Pegamento</li> <li>• Lápiz</li> </ul>	<b>45 min.</b>
<b>Relajación</b>	Disminuir los niveles de ansiedad.	Se aplicara la Técnica de Relajación que se ha visto en sesiones anteriores para que los pacientes sigan disminuyendo sus niveles de ansiedad.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Música</li> <li>• Computadora</li> </ul>	<b>10 min.</b>

<b>Despedida</b>	Agradecer a los pacientes su asistencia y participación en el taller.			<b>5 min.</b>
------------------	---	--	--	---------------



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO  
 FACULTAD DE PSICOLOGÍA  
 COORDINACION DE LOS CENTROS DE SERVICIOS A LA  
 COMUNIDAD UNIVERSITARIA Y AL SECTOR SOCIAL



**CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS  
 “DR. GUILLERMO DÁVILA”  
 SESIÓN 8: TALLER DE ADOLESCENTES**

**NOMBRE DEL TALLER:** “Taller para adolescentes”

**LUGAR:** Centro De Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila”

**FECHA DE INICIO:** 2 de Febrero de 2012

**FECHA DE TERMINO:** 19 de Abril de 2012

**PERFIL DE PARTICIPANTES:** Jóvenes de 16 y 17 años que presentan problemas de conducta

**INSTRUCTOR:** Psic. Amillanahi Aguilar Gallardo/ Psic. Gutiérrez Vargas Giovanna

**NUMERO DE SESIONES:** 12

**NUMERO DE PARTICIPANTES:** 8

**HORARIO:** Jueves de 16:00 –18:00 Hrs.

**MODALIDAD DE GRUPO:** Cerrado

**OBJETIVO GENERAL:** Que los pacientes adquieran las habilidades necesarias para mejorar sus relaciones interpersonales de manera asertiva, identificar, analizar y modificar pensamientos disfuncionales que inciden de forma directa en su estado emocional y conducta. Esto con la finalidad de mejorar su calidad de vida y hacerle frente a situaciones conflictivas.

CONTENIDO TEMATICO	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDAD	MATERIAL	TIEMPO
Retroalimentación	Reforzar todos los conocimientos adquiridos durante la sesión anterior.	Los pacientes tendrán que mencionar lo aprendido durante la sesión pasada. Del mismo modo, las terapeutas trataran de aclarar dudas que hayan surgido en el transcurso de la semana.		10 min.
Revisión de tarea	Identificar las dificultades presentadas en la actividad, y ver si el objetivo de solucionar un problema de manera eficaz se cumplió.	Los pacientes tendrán que presentar al taller su árbol de solución de problemas y mencionaran cual fue la decisión que tomaron para llevarla a la práctica en el transcurso de la semana; todo el grupo con ayuda de las terapeutas ayudaran al paciente hacer la “Autoevaluación de la solución”	<ul style="list-style-type: none"> <li>Árbol de “Solución de Problemas” de cada uno de los pacientes</li> </ul>	40 min.



<b>Retroalimentación</b>	Despejar dudas de la Técnica en Solución de Problemas	Al finalizar las terapeutas proporcionaran retroalimentación, de la técnica en "Solución de Problemas" para aclarar dudas o algún comentario que surja en el taller.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pizarrón</li> <li>• Plumones</li> <li>• Folletos (proporcionados en la sesión anterior)</li> </ul>	<b>15 min.</b>
<b>Planeando metas a corto plazo</b>	La finalidad es que los pacientes planeen a futuro algo que necesitan o quieren hacer en su vida el objetivo es lograr la autorrealización y que comprendan que es lo que quieren hacer para llevarlo a cabo mediante todas las habilidades que adquirieron en el taller.	Las terapeutas explicaran cual es la finalidad de que los pacientes creen su propio proyecto de vida y lo lleven a cabo.		<b>5 min.</b>
<b>Actividad</b>	Que los pacientes empiezan a plantearse metas a corto plazo las cuales tendrán que cumplir.	Las terapeutas proporcionaran a los pacientes el formato "Plan para lograr mis metas" el cual tendrán que llenar haciendo una reflexión y valoración de las metas que tiene a corto plazo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pizarrón</li> <li>• Plumones</li> <li>• Formato "Plan para lograr mis metas".</li> </ul>	<b>15 min</b>
<b>Actividad</b>	Los pacientes tendrán que reflexionar acerca de los objetivos que se plantearon y que tendrán que cumplir para lograr sus metas.	Cada paciente tendrá que explicar cuál es su objetivo u meta a alcanzar a corto plazo y mencionara lo que tendrá que hacer para llegar a él.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formato "Plan para lograr mis metas".</li> </ul>	<b>45 min.</b>
<b>Contrato</b>	La finalidad es que los pacientes se comprometan consigo mismos y logren sus objetivos.	Se entregara a los pacientes el formato "Contrato Personal" el cual tendrán que llenar y firmar con la finalidad de que empiecen a trabajar en él en el transcurso de la semana.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pizarrón</li> <li>• Plumones</li> <li>• Formato "Contrato personal".</li> </ul>	

<b>Relajación</b>	Disminuir los niveles de ansiedad.	Se aplicara la Técnica de Relajación que se ha visto en sesiones anteriores para que los pacientes sigan disminuyendo sus niveles de ansiedad.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Música</li> <li>• Computadora</li> </ul>	<b>10 min.</b>
<b>Despedida</b>	Agradecer a los pacientes su asistencia y participación en el taller.			<b>5 min.</b>



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO  
 FACULTAD DE PSICOLOGÍA  
 COORDINACION DE LOS CENTROS DE SERVICIOS A LA  
 COMUNIDAD UNIVERSITARIA Y AL SECTOR SOCIAL



**CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS**  
**“DR. GUILLERMO DÁVILA”**  
**SESIÓN 9: TALLER DE ADOLESCENTES**

**NOMBRE DEL TALLER:** “Taller para adolescentes”

**LUGAR:** Centro De Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila”

**FECHA DE INICIO:** 2 de Febrero de 2012

**FECHA DE TERMINO:** 19 de Abril de 2012

**PERFIL DE PARTICIPANTES:** Jóvenes de 16 y 17 años que presentan problemas de conducta

**INSTRUCTOR:** Psic. Amillanahi Aguilar Gallardo/ Psic. Gutiérrez Vargas Giovanna

**NUMERO DE SESIONES:** 12

**NUMERO DE PARTICIPANTES:** 8

**HORARIO:** Jueves de 16:00 –18:00 Hrs.

**MODALIDAD DE GRUPO:** Cerrado

**OBJETIVO GENERAL:** Que los pacientes adquieran las habilidades necesarias para mejorar sus relaciones interpersonales de manera asertiva, identificar, analizar y modificar pensamientos disfuncionales que inciden de forma directa en su estado emocional y conducta. Esto con la finalidad de mejorar su calidad de vida y hacerle frente a situaciones conflictivas.

CONTENIDO TEMÁTICO	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDAD	MATERIAL	TIEMPO
Retroalimentación	Reforzar todos los conocimientos adquiridos durante la sesión anterior.	Los pacientes tendrán que mencionar lo aprendido durante la sesión pasada. Del mismo modo, las terapeutas trataran de aclarar dudas que hayan surgido en el transcurso de la semana.		10 min.
Revisión de tarea	Identificar las dificultades presentadas en la actividad, y ver si el objetivo de solucionar un problema de manera eficaz se cumplió.	Los pacientes faltantes tendrán que presentar al taller su árbol de solución de problemas y mencionaran cual fue la decisión que tomaron para llevarla a la práctica en el transcurso de la semana; todo el grupo con ayuda de las terapeutas ayudaran al paciente hacer la “Autoevaluación de la solución”	<ul style="list-style-type: none"> <li>Árbol de “Solución de Problemas” de cada uno de los pacientes</li> </ul>	40 min.

<b>Logro de metas</b>	Que los pacientes identifiquen que pueden lograr cada uno de los propósitos que se planteen.	Revisar el formato “Plan para lograr mis metas” e identificar que hicieron para llevar a cabo cada uno de sus propósitos. De la misma manera se revisara su contrato personal para ver si se cumplieron los objetivos que cada uno se planteo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Plumones</li> <li>• Pizarrón</li> <li>• Formato “Plan para lograr mis metas”.</li> </ul>	<b>30 min.</b>
<b>Retroalimentación</b>	Reforzar todos los conocimientos adquiridos durante el taller	Las terapeutas proporcionaran un breve resumen de todo lo visto en las sesiones, al finalizar, los pacientes darán su opinión de lo aprendido durante el taller.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pizarrón</li> <li>• Plumones</li> </ul>	<b>25 min</b>
<b>Relajación</b>	Disminuir los niveles de ansiedad.	Se aplicara la Técnica de Relajación que se ha visto en sesiones anteriores para que los pacientes sigan disminuyendo sus niveles de ansiedad.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Música</li> <li>• Computadora</li> </ul>	<b>10 min.</b>
<b>Despedida</b>	Agradecer a los pacientes su asistencia y participación en el taller.			<b>5 min.</b>



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA  
COORDINACION DE LOS CENTROS DE SERVICIOS A LA  
COMUNIDAD UNIVERSITARIA Y AL SECTOR SOCIAL



**CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS  
“DR. GUILLERMO DÁVILA”  
SESIÓN 10: TALLER DE ADOLESCENTES**

**NOMBRE DEL TALLER:** “Taller para adolescentes”

**LUGAR:** Centro De Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila”

**FECHA DE INICIO:** 2 de Febrero de 2012

**FECHA DE TERMINO:** 19 de Abril de 2012

**PERFIL DE PARTICIPANTES:** Jóvenes de 16 y 17 años que presentan problemas de conducta

**INSTRUCTOR:** Psic. Amillanahi Aguilar Gallardo/ Psic. Gutiérrez Vargas Giovanna

**NUMERO DE SESIONES:**12

**NUMERO DE PARTICIPANTES:** 8

**HORARIO:** Jueves de 16:00 –18:00 Hrs.

**MODALIDAD DE GRUPO:** Cerrado

**OBJETIVO GENERAL:** Que los pacientes adquieran las habilidades necesarias para mejorar sus relaciones interpersonales de manera asertiva, identificar, analizar y modificar pensamientos disfuncionales que inciden de forma directa en su estado emocional y conducta. Esto con la finalidad de mejorar su calidad de vida y hacerle frente a situaciones conflictivas.

CONTENIDO TEMATICO	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDAD	MATERIAL	TIEMPO
Retroalimentación	Reforzar todos los conocimientos adquiridos durante el taller.	Las terapeutas proporcionaran un resumen general de lo visto en el Taller, la finalidad es reforzar todos los conocimientos adquiridos por los pacientes además de aclarar dudas y comentarios.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Plumones</li> <li>• Pizarrón</li> </ul>	40 min.
Evaluación	Con los instrumentos se pretende identificar los cambios obtenidos en los pacientes.	Se proporcionaran a todos los pacientes las evaluaciones correspondientes que deberán contestar de manera individual.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Instrumento de Depresión de Beck</li> <li>• Instrumento de Ansiedad de Beck</li> <li>• Inventario de solución de problemas de Heppner y Petersen</li> <li>• Lápiz</li> </ul>	40 min.

<b>Proyecto de vida</b>	Que los pacientes realizan su propio proyecto de vida y cumplan cada uno de los objetivos que se plantean.	Los pacientes deberán realizar como actividad final su "Propio proyecto de vida" con la finalidad de plantearse metas y llevarlas a cabo con todas las herramientas adquiridas en el taller.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Plumones</li> <li>• Pizarrón</li> </ul>	<b>20 min.</b>
<b>Relajación</b>	Disminuir los niveles de ansiedad.	Se aplicara la Técnica de Relajación que se ha visto en sesiones anteriores para que los pacientes sigan disminuyendo sus niveles de ansiedad.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Música</li> <li>• Computadora</li> </ul>	<b>15 min.</b>
<b>Despedida</b>	Agradecer a los pacientes su asistencia y participación en el taller.			<b>5 min.</b>



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA  
COORDINACION DE LOS CENTROS DE SERVICIOS A LA  
COMUNIDAD UNIVERSITARIA Y AL SECTOR SOCIAL



**CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS  
“DR. GUILLERMO DÁVILA”  
SESIÓN 11: TALLER DE ADOLESCENTES**

**NOMBRE DEL TALLER:** “Taller para adolescentes”

**LUGAR:** Centro De Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila”

**FECHA DE INICIO:** 2 de Febrero de 2012

**FECHA DE TERMINO:** 19 de Abril de 2012

**PERFIL DE PARTICIPANTES:** Jóvenes de 16 y 17 años que presentan problemas de conducta

**INSTRUCTOR:** Psic. Amillanahi Aguilar Gallardo/ Psic. Gutiérrez Vargas Giovanna

**NUMERO DE SESIONES:** 12

**NUMERO DE PARTICIPANTES:** 8

**HORARIO:** Jueves de 16:00 –18:00 Hrs.

**MODALIDAD DE GRUPO:** Cerrado

**OBJETIVO GENERAL:** Que los pacientes adquieran las habilidades necesarias para mejorar sus relaciones interpersonales de manera asertiva, identificar, analizar y modificar pensamientos disfuncionales que inciden de forma directa en su estado emocional y conducta. Esto con la finalidad de mejorar su calidad de vida y hacerle frente a situaciones conflictivas.

CONTENIDO TEMATICO	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDAD	MATERIAL	TIEMPO
Agradecimiento	Agradecer su participación al taller	Las terapeutas agradecerán la participación y el compromiso brindado por los pacientes.		20 min
Logro de objetivos	Identificar los logros obtenidos	Los pacientes mencionaran si lograron los objetivos que tenían al iniciar el taller		30 min
Hoja de logros	Plasmar los objetivos alcanzados	Se entregara a los pacientes el registro de “Expectativas finales del taller” donde cada uno podrá anotar lo que obtuvo al finalizar la intervención.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hoja de registro “Expectativas finales del taller”</li> </ul>	20 min.
Festejo	Que los participantes convivan con sus compañeros de taller para festejar los logros obtenidos.	Se llevara un pastel para festejar las metas y los objetivos alcanzados y el esfuerzo logrado por todo el grupo.		45 min.

<b>Despedida</b>	Agradecer a los pacientes su asistencia y participación en el taller.			<b>5 min.</b>
------------------	---	--	--	---------------





UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO  
 FACULTAD DE PSICOLOGÍA  
 COORDINACION DE LOS CENTROS DE SERVICIOS A LA  
 COMUNIDAD UNIVERSITARIA Y AL SECTOR SOCIAL



**CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS  
 “DR. GUILLERMO DÁVILA”  
 SESIÓN 12: TALLER DE ADOLESCENTES**

**NOMBRE DEL TALLER:** “Taller para adolescentes”

**LUGAR:** Centro De Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila”

**FECHA DE INICIO:** 2 de Febrero de 2012

**FECHA DE TERMINO:** 19 de Abril de 2012

**PERFIL DE PARTICIPANTES:** Jóvenes de 16 y 17 años que presentan problemas de conducta

**INSTRUCTOR:** Psic. Amillanahi Aguilar Gallardo/ Psic. Gutiérrez Vargas Giovanna

**NUMERO DE SESIONES:**12

**NUMERO DE PARTICIPANTES:** 8

**HORARIO:** Jueves de 16:00 –18:00 Hrs.

**MODALIDAD DE GRUPO:** Cerrado

**OBJETIVO GENERAL:** Que los pacientes adquieran las habilidades necesarias para mejorar sus relaciones interpersonales de manera asertiva, identificar, analizar y modificar pensamientos disfuncionales que inciden de forma directa en su estado emocional y conducta. Esto con la finalidad de mejorar su calidad de vida y hacerle frente a situaciones conflictivas.

CONTENIDO TEMATICO	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDAD	MATERIAL	TIEMPO
Bienvenida	Agradecer su participación al taller	Las terapeutas agradecerán la asistencia a los padres de familia.		10 min
Aprendiendo el contenido	Que los padres de familia conozcan lo que sus hijos prendieron en el taller	Las terapeutas mencionaran brevemente las técnicas presentadas y la finalidad que cada una de ellas tiene en el logro de los objetivos del taller.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Plumones</li> <li>• Pizarrón</li> </ul>	30 min
Dudas	Aclarar dudas	Se pedirá a los padres que mencionen las dudas que tengan respecto a las técnicas presentadas o respecto a otro tema en general.		20 min.

<b>Dinámica</b>	Que los padres de familia fomenten la comunicación y la asertividad en sus hijos.	Mediante una actividad se les pedirá a los padres que representen un “role playing” que serán ejemplos de la vida cotidiana y para que de esta manera identificaremos la manera en cómo se expresan con sus hijos y como solucionan sus problemas con ellos. Posteriormente se le proporcionaran habilidades que los ayudaran a ser más asertivos y resuelvan los problemas q se les presenten de manera eficaz, con esto se pretende que mejoren su comunicación.		<b>45 min.</b>
<b>Objetivos</b>	Identificar si se cumplieron con los objetivos	Se pedirá a los padres que cada uno mencione si observaron cambios en sus hijos al finalizar el tratamiento y se aclararan dudas restantes.		<b>10 min.</b>
<b>Despedida</b>	Agradecer a los pacientes su asistencia y participación en el taller.			<b>5 min.</b>

## ANEXO 2

	UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO FACULTAD DE PSICOLOGÍA COORDINACIÓN DE LOS CENTROS DE SERVICIOS A LA COMUNIDAD UNIVERSITARIA Y AL SECTOR SOCIAL		<b>CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS                  “DR. GUILLERMO DÁVILA”</b>
--	--	---	---

### INVENTARIO DE SOLUCIÓN DE PROBLEMAS DE HEPPNER Y PETERSEN

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_ **FECHA:** \_\_\_\_\_ **EDAD:** \_\_\_\_\_  
**SEXO:** \_\_\_\_\_ **GRADO ESCOLAR:** \_\_\_\_\_ **Nº DE EXPEDIENTE:** \_\_\_\_\_

**Instrucciones:**

Lee cada oración e indica tu grado de acuerdo o desacuerdo con cada una basándote en la siguiente escala:

1. Totalmente de acuerdo	2.	3.	4.	5.	6. Totalmente en desacuerdo
--------------------------	----	----	----	----	-----------------------------

**Marca con una (X)** tú grado de acuerdo o desacuerdo con cada una de las oraciones.

	1	2	3	4	5	6
1. Cuando fracaso en la solución intentada a un problema no investigo porqué no funcionó						
2. Cuando me enfrente a un problema complejo no me molesto en desarrollar una estrategia para reunir información y así definir exactamente cuál es el problema						
3. Cuando mis primeros esfuerzos por resolver un problema fallan dudo acerca de mi habilidad para manejar la situación.						
4. Después de haber resuelto un problema no analizo que hice bien o que hice mal.						
5. Generalmente soy capaz de aportar formas alternativas y creativas para resolver un problema.						
6. Después de haber intentado resolver un problema con cierto tipo de acción, tomo tiempo y comparo el resultado con lo que en mi opinión debería haber						

sucedido.						
7. Cuando tengo un problema pienso en muchas formas posibles de manejarlo hasta que ya no se me ocurren mas ideas.						
8. Cuando me enfrento a un problema examino en forma consistente mis opiniones para saber que esta pasando en esta situación o problema.						
9. Tengo la habilidad para resolver la mayoría de los problemas, inclusive aquellos que no tienen una solución aparente.						
10. Muchos problemas me parecen demasiado complejos para que los resuelva.						
11. Tomo decisiones y me siento orgullosos de ellas más tarde.						
12. Cuando me enfrento con un problema tiendo a hacer la primera cosa que pienso para solucionarlo.						
13. Algunas veces no reflexiono sobre mis problemas y no trato de resolverlos, sino que tomo una actitud irreflexiva.						
14. Cuando decido sobre una idea o una posible solución a un problema, no me pongo a analizar las oportunidades de éxito de cada alternativa.						
15. Cuando me enfrento con un problema me detengo y pienso acerca de él antes de dar el siguiente paso.						
16. Generalmente me voy con la primera buena idea que viene a mi mente.						
17. Cuando tomo una decisión evaluó las consecuencias de cada alternativa y las comparo entre sí.						
18. Trato de predecir el resultado final cuando aplico una estrategia particular de acción.						
19. Cuando intento pensar en varias soluciones a un problema no se me ocurren muchas alternativas.						
20. Con suficiente tiempo y esfuerzo creo que puedo resolver la mayoría de los problemas a los que me enfrento.						
21. Cuando me enfrento con situaciones nuevas tengo confianza en que puedo manejar los problemas que surjan.						
22. Aunque halla trabajado en un problema algunas veces siento que divago y no llego a la verdadera esencia de los que sucede.						
23. Hago juicios precipitados y luego me arrepiento.						
24. Confío en mi habilidad para resolver nuevos y difíciles problemas.						
25. Tengo un método sistemático para comparar alternativas y tomar decisiones.						

26. Cuando me enfrento con un problema generalmente no analizo que situaciones externas puedan estar contribuyendo al problema.						
27. Cuando estoy confundido por un problema, una de las primeras cosas que pienso es hacer un examen cuidadoso de la situación y considerar todas las piezas de información relevante.						
28. Algunas veces me siento tan abrumado emocionalmente que soy incapaz de considerar otras opciones para enfrentar mis problemas.						
29. Después de haber tomado una decisión el resultado que espero generalmente coincide con el resultado obtenido.						
30. Cuando me enfrento con un problema estoy seguro de poder manejar la situación						
31. Cuando detecto un problema una de las primeras cosas que hago es tratar de averiguar exactamente cuál es el problema.						



### INVENTARIO DE ANSIEDAD DE A. BECK

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_ **FECHA:** \_\_\_\_\_ **EDAD:** \_\_\_\_\_  
**SEXO:** \_\_\_\_\_ **GRADO ESCOLAR:** \_\_\_\_\_ **Nº DE EXPEDIENTE:** \_\_\_\_\_

**Instrucciones:** Abajo hay una lista que contiene los síntomas más comunes de la ansiedad. Lea cuidadosamente cada afirmación. Indique cuanto le ha molestado cada síntoma durante la última semana, inclusive hoy marcando con una **X** según la intensidad de la molestia.

SÍNTOMAS	POCO O NADA	MAS O MENOS	MODERADAMENTE	SEVERAMENTE
Entumecimiento, hormigueo				
Sentir oleadas de calor (bochorno)				
Debilidad de pierna				
Miedo a que pase lo peor				
Sensación de mareo				
Opresión en el pecho, o latidos acelerados				
Inseguridad				
Terror				
Nerviosismo				
Sensación de ahogo				
Manos temblorosas				

Cuerpo tembloroso				
Miedo a perder el control				
Dificultad para respirar				
Miedo a morir				
Asustado				
Indigestión, o malestar estomacal				
Debilidad				
Ruborizarse, sonrojamiento				
Sudoración (no debida al calor)				

**Puntuación:** \_\_\_\_\_



## INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE A. BECK

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_ **FECHA:** \_\_\_\_\_ **EDAD:** \_\_\_\_\_  
**SEXO:** \_\_\_\_\_ **GRADO ESCOLAR:** \_\_\_\_\_ **N° DE EXPEDIENTE:** \_\_\_\_\_

**Instrucciones:** En este cuestionario se encuentran grupos de oraciones. Por favor lea cada una cuidadosamente. Posteriormente escoja una oración de cada grupo que mejor describa la manera en que usted se **SINTIO LA SEMANA PASADA, INCLUSIVE EL DÍA DE HOY.** Encierre en un círculo el número que se encuentra al lado de la oración que usted escogió. Si varias oraciones de un grupo se aplican a su caso, circule cada una. Asegúrese de leer todas las oraciones en cada grupo antes de hacer su elección.

- 0 Yo no me siento triste
- 1 Me siento triste
- 2 Me siento triste todo el tiempo y no puedo evitarlo
- 3 Estoy tan triste o infeliz que no puedo soportarlo

- 0 Obtengo tanta satisfacción de las cosas como solía hacerlo
- 1 Yo no disfruto de las cosas de la manera como solía hacerlo
- 2 Ya no obtengo verdadera satisfacción de nada
- 3 Estoy insatisfecho o aburrido con todo

- 0 Yo no me siento como un fracasado
- 1 Siento que he fracasado más que las personas en general
- 2 al repasar lo que he vivido, todo lo que veo son muchos fracasos
- 3 Siento que soy un completo fracaso como persona

- 0 En realidad yo no me siento culpable
- 1 Me siento culpable una gran parte del tiempo
- 2 Me siento culpable la mayor parte del tiempo
- 3 Me siento culpable todo el tiempo



- 0** Yo no me desilusiono de mi mismo
- 1** Estoy desilusionado de mi mismo
- 2** Estoy disgustado conmigo mismo
- 3** Me odio

- 0** Yo no tengo pensamiento suicidas
- 1** Tengo pensamientos suicidas pero no los llevaría a cabo
- 2** Me gustaría suicidarme
- 3** Me suicidaría si tuviera la oportunidad

- 0** Yo no me siento que esté siendo castigado
- 1** siento que podría ser castigado
- 2** Espero ser castigado
- 3** Siento que he sido castigado

- 0** Yo no me siento que sea peor que otras personas
- 1** Me critico a mí mismo por mis debilidades o errores
- 2** Me culpo todo el tiempo por mis fallas
- 3** Me culpo por todo lo malo que sucede

- 0** En general no me siento descorazonado por el futuro
- 1** Me siento descorazonado por mi futuro
- 2** Siento que no tengo nada que esperar del futuro
- 3** Siento que el futuro no tiene esperanza y que las cosas no pueden mejorar

- 0** Yo no estoy más irritable de lo que solía estar
- 1** Me enoja o me irrito más fácilmente que antes
- 2** Me siento irritado todo el tiempo
- 3** Yo no me irrito de las cosas por las que solía hacerlo

- 0** Tomo decisiones tan bien como siempre lo he hecho
- 1** Pospongo tomar decisiones más que antes
- 2** Tengo más dificultad en tomar decisiones que antes
- 3** Yo no puedo tomar decisiones

- 0** Yo no he perdido el interés en la gente
- 1** Estoy menos interesado en la gente de lo que solía estar
- 2** He perdido en gran medida el interés en la gente
- 3** He perdido todo el interés e la gente

- 0** Yo no me canso más de lo habitual
- 1** Me canso más fácilmente para iniciar algo
- 2** Con cualquier cosa que haga me canso
- 3** Estoy muy cansado para hacer cualquier cosa

- 0** Puedo dormir tan bien como antes
- 1** Yo no duermo tan bien como solía hacerlo
- 2** Me despierto una o dos horas más temprano de lo normal y me cuesta trabajo volver a dormir
- 3** Me despierto muchas horas antes de lo que solía hacerlo y no me puedo volver a dormir

- 0 Yo he perdido mucho peso últimamente
  - 1 He perdido más de dos kilogramos
  - 2 He perdido más de cinco kilogramos
  - 3 He perdido más de ocho kilogramos
- A propósito estoy tratando de perder peso  
comiendo menos SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

- 0 Mi apetito no es peor de lo habitual
- 1 Mi apetito no es tan bueno como solía serlo
- 2 Mi apetito está muy mal ahora
- 3 No tengo apetito de nada

- 0 Yo no he notado ningún cambio recientemente en mi interés por el sexo
- 1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que estaba
- 2 Estoy mucho menos interesado en el sexo ahora
- 3 He perdido completamente el interés por el sexo

- 0 Yo no estoy más preocupado de mi salud que antes
- 1 Estoy preocupado acerca de problemas físicos tales como dolores, malestar estomacal o constipación
- 2 Estoy muy preocupado por problemas físicos y es difícil pensar en algo más
- 3 Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en ninguna otra cosa

- 0 Yo no lloro más de lo usual
- 1 Lloro más ahora de lo que solía hacerlo
- 2 Actualmente lloro todo el tiempo
- 3 antes podía llorar, pero ahora no lo puedo hacer a pesar de que lo deseo.

**Puntuación:** \_\_\_\_\_

### ANEXO 3



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA  
COORDINACION DE LOS CENTROS DE SERVICIOS A LA  
COMUNIDAD UNIVERSITARIA Y AL SECTOR SOCIAL



**CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS  
“DR. GUILLERMO DÁVILA”  
SESIÓN 1: TALLER DE ADOLESCENTES**

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ N° de expediente: \_\_\_\_\_

**Instrucciones:** registra tres cosas (situaciones) que te gustaron, te hicieron sentir bien o disfrutaste. Marca del 1 al 10 el nivel de agrado (1 es mínimo – 10 es máximo).

Recuerda que pueden ser cosas cotidianas, como escuchar una canción, comer algo, etc.

VIERNES	SABADO	DOMINGO	LUNES	MARTES	MIERCOLES



## EXPECTATIVAS DEL TALLER

NOMBRE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_  
SEXO: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_ N° DE EXPEDIENTE: \_\_\_\_\_

### Instrucciones:

A continuación se presentan una serie de preguntas que deberás responder, procura ser lo más sincero posible.

**¿Qué espero de este tratamiento?**

**¿Qué estoy dispuesto a aportar en el tratamiento?**

**¿Cómo me siento actualmente?**



**NOMBRE:** \_\_\_\_\_ **FECHA:** \_\_\_\_\_ **EDAD:** \_\_\_\_\_ **SEXO:** \_\_\_\_\_

**GRADO ESCOLAR:** \_\_\_\_\_ **N° DE EXPEDIENTE:** \_\_\_\_\_

**REGISTRO DE PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS ABC**

A	B	C
SITUACIÓN (Dónde estás, con quién, qué haces, qué sucede)	PENSAMIENTOS	CONSECUENCIAS EMOCIONALES Y CONDUCTUALES



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
 FACULTAD DE PSICOLOGÍA  
 COORDINACIÓN DE LOS CENTROS DE SERVICIOS A LA  
 COMUNIDAD UNIVERSITARIA Y AL SECTOR SOCIAL



**CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS**  
**“DR. GUILLERMO DÁVILA”**

NOMBRE: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_

GRADO ESCOLAR: \_\_\_\_\_ N° DE EXPEDIENTE: \_\_\_\_\_

**REGISTRO DE PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS ABCDE**

A	B	C		D	E
SITUACIÓN (Dónde estás, con quién, qué haces, qué sucede)	PENSAMIENTOS	CONSECUENCIAS EMOCIONALES Y CONDUCTUALES	DISTORSIÓN	PENSAMIENTOS RACIONALES- REALISTAS- ADAPTATIVOS	CONSECUENCIAS EMOCIONALES Y CONDUCTAS DESEABLES



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO  
 FACULTAD DE PSICOLOGÍA  
 COORDINACION DE LOS CENTROS DE SERVICIOS A LA  
 COMUNIDAD UNIVERSITARIA Y AL SECTOR SOCIAL



**CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS**  
**“DR. GUILLERMO DÁVILA”**

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_ **FECHA:** \_\_\_\_\_ **EDAD:** \_\_\_\_\_ **SEXO:** \_\_\_\_\_

**GRADO ESCOLAR:** \_\_\_\_\_ **N° DE EXPEDIENTE:** \_\_\_\_\_

**AUTORREGISTRO DEL ENTRENAMIENTO EN RELAJACIÓN MÚSCULAR**

<b>Día y Hora</b>	<b>Situación</b>	<b>Grado de ansiedad (0-10)</b>	<b>Relajación y como me sentí después de aplicar la Técnica</b>	<b>Grado de ansiedad (0-10)</b>



<u>NO ASERTIVO</u>	<u>ASERTIVO</u>	<u>AGRESIVO</u>
<p><b>Conducta no verbal</b></p> <p>Ojos que miran hacia abajo; voz baja; vacilaciones; gestos desvalidos; negando importancia a la situación; postura hundida; puede evitar totalmente la situación; se retuerce las manos; tono vacilante o de queja; risitas “falsas”.</p>	<p><b>Conducta no verbal</b></p> <p>Contacto ocular directo; nivel de voz conversacional; habla fluida; gestos firmes; postura erecta; mensajes en primera persona; honesto/a; verbalizaciones positivas; respuestas directas a las situación; manos sueltas.</p>	<p><b>Conducta no verbal</b></p> <p>Mirada fija; voz alta; habla fluida/rápida; enfrentamiento; gestos de amenaza; postura intimidatoria; deshonesto/a; mensajes impersonales.</p>
<p><b>Conducta verbal</b></p> <p>“Quizás”; “Supongo”; “Me pregunto si podríamos”; “Te importaría mucho”; “Solamente”; “No crees que”; “Ehh”; “Bueno”; “Realmente no es importante”; “No te molestes”.</p>	<p><b>Conducta verbal</b></p> <p>“Pienso”; “Siento”; “Quiero”; “Hagamos”; “¿Cómo podemos resolver esto?”; “¿Qué piensas?”; “¿Qué te parece?”.</p>	<p><b>Conducta verbal</b></p> <p>“Harías mejor en”; “Haz”; “Ten cuidado”; “Debes estar bromeando”; “Si no lo haces...”; “No sabes”; “Deberías”; “Mal”.</p>
<p><b>Efectos</b></p> <p>Conflictos interpersonales          Depresión          Desamparo          Imagen pobre de si mismo          Se hace daño a si mismo          Pierde oportunidades          Tensión          Se siente sin control          Soledad          No se gusta ni a sí mismo ni a los demás          Se siente enfadado</p>	<p><b>Efectos</b></p> <p>Resuelve los problemas          Se siente a gusto con los demás          Se siente satisfecho          Se siente a gusto consigo mismo          Relajado          Se siente con control          Crea y fabrica la mayoría de las oportunidades          Se gusta así mismo y a los demás          Es bueno para sí y para los de mas</p>	<p><b>Efectos</b></p> <p>Conflictos interpersonales          Culpa          Frustración          Imagen pobre de sí misma          Hace daño a los demás          Pierde oportunidades          Tensión          Se siente sin control          Soledad          No le gustan los demás          Se siente enfadado</p>





UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO  
 FACULTAD DE PSICOLOGÍA  
 COORDINACION DE LOS CENTROS DE SERVICIOS A LA  
 COMUNIDAD UNIVERSITARIA Y AL SECTOR SOCIAL



**CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS  
 “DR. GUILLERMO DÁVILA”**

**PLAN PARA LOGRAR MIS METAS**

NOMBRE: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_  
 GRADO ESCOLAR: \_\_\_\_\_ N° DE EXPEDIENTE: \_\_\_\_\_

METAS	SUBMETAS	ESTRATEGIAS	NECESIDADES	RECURSOS	TIEMPO



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA  
COORDINACION DE LOS CENTROS DE SERVICIOS A LA  
COMUNIDAD UNIVERSITARIA Y AL SECTOR SOCIAL



CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS  
"DR. GUILLERMO DÁVILA"

## CONTRATO PERSONAL

Yo \_\_\_\_\_ establezco el siguiente contrato conmigo mismo (a).

**OBJETIVO:** Durante la siguiente semana hare lo siguiente:

\_\_\_\_\_

**RECOMPENSA:**

1. Si cumplo con mi objetivo me premiaré con:

\_\_\_\_\_

2. Me daré esta recompensa no más de dos días después de haber logrado mi objetivo.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

Fecha en que logre mi objetivo: \_\_\_\_\_



### EXPECTATIVAS FINALES DEL TALLER

**Instrucciones:** A continuación se presentan una serie de preguntas que deberás responder, procura ser lo más sincero posible.

¿Cómo me siento actualmente?

¿Qué me gusto del Taller?

¿Qué NO me gusto del Taller?

¿El taller te ayudo a resolver el motivo de consulta por el cual acudiste al Centro de Servicios Psicológicos? ¿Por qué?

¿Qué experiencias me deja este taller?

¿Qué temas me hubiera gustado aprender en el taller?

¿Se cumplieron las expectativas y los objetivos que tenía del Taller?

¿Cómo considero que podría mejorar el taller?

**¡GRACIAS!**

