



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

TERAPIA GRUPAL DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO EN HABILIDADES
SOCIALES DE ADOLESCENTES DE UN HOSPITAL PEDIÁTRICO

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADA EN
PSICOLOGÍA

P R E S E N T A

KARINA TORRES MARQUEZ

DIRECTORA

DRA. MARIANA GUTIÉRREZ LARA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

REVISORA

MTRA. COINTA ARROYO JIMÉNEZ

INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA

SINODALES

DR. SAMUEL JURADO CARDENAS

MTRA. KARLA CERVANTES BAZÁN

MTRA. KARLA SUÁREZ RODRÍGUEZ



CIUDAD UNIVERSITARIA, CD.MX., AGOSTO 2020



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 mis padres, Linda y Juventino por enseñarme los valores esenciales para la vida, por preocuparse por mi bienestar y educación; por su constancia y dedicación hacia mi hermano y a mí; gracias por apoyarme en todo momento, por enseñarme a no darme por vencida, por impulsarme a lograr mis metas y sobre todo gracias por confiar en mí.

A mi hermano, Emmanuel por apoyarme y hacerme ver las cosas con otra perspectiva, gracias porque a pesar de todo siempre estás ahí cuando te necesito.

A mis amigas, Raquel, Brenda, Jaquelin, Alejandra y a mi amigo Gerardo por estar siempre que los necesito, por ser mis confidentes, por escucharme y alentarme a seguir adelante y por ser mis compañeras y compañero en diferentes aventuras.

A familiares y amigos, que de una u otra forma me han acompañado, apoyado e impulsado para lograr cada una de mis metas.

A Cointa Arroyo J., por hacerme parte del equipo “ñoñez contextual” hace tres años, por ser una buena líder; por enseñarme y transmitirme el amor a las terapias de tercera generación; por tu dedicación en este proyecto; por ser mi guía durante estos años y por ayudarme a crecer personal y profesionalmente.

Al equipo “ñoñez contextual”, en especial a Argelia, Geraldine, Tania y Laura por ser un gran equipo, por brindarme su apoyo en todo momento y alentarme a seguir adelante, he aprendido mucho de cada una de ustedes.

A Lucia Torres, por tus aportaciones a este proyecto, por tu amistad y compartir tus conocimientos, aprendí mucho de ti.

A la Dra. Mariana Gutiérrez L. por aceptar ser parte de este proyecto, por sus aportaciones, sus sugerencias, su compromiso y apoyo brindado durante todo este proceso.

Al Dr. Samuel Jurado y a las Mtras. Karla Suárez y Karla Cervantes, por sus comentarios que me ayudaron a enriquecer este trabajo, por su compromiso y disposición a apoyarme en todo momento.

A la Universidad Nacional Autónoma de México y a la Facultad de Psicología por darme la oportunidad de tener docentes que me han brindado valiosas enseñanzas durante mi formación profesional.

ÍNDICE

Resumen	1
 CAPÍTULO 1. LA ADOLESCENCIA	
1.1 Adolescencia	2
1.2 Adolescentes con diagnóstico médico	7
1.3 Datos de la salud mental en la adolescencia	10
1.4 Factores de riesgo en la adolescencia	12
1.5 Factores protectores en la adolescencia	15
 CAPÍTULO 2. HABILIDADES SOCIALES EN LA ADOLESCENCIA	
2.1 Habilidades sociales	18
2.2 Clasificación de habilidades sociales de Goldstein	23
2.3 Intervenciones y propuestas previas en habilidades sociales	25
 CAPITULO 3. LA TERAPIA ACEPTACIÓN Y COMPROMISO	
3.1 Introducción a las terapias contextuales	32
3.2 Terapia de Aceptación y Compromiso	37
3.2.1 Hexaflex	39
3.2.2 Estilos de respuesta/ Triflex	47
3.3 Intervenciones de tercera generación en adolescentes	49
3.4. Intervenciones de tercera generación en habilidades sociales	52
 MÉTODO	
4.1 Planteamiento del problema y justificación	55
4.2 Pregunta de investigación	56
4.3 Hipótesis	57
4.4 Objetivos	57
4.5 Variables	58

4.6 Tipo de estudio	58
4.7 Diseño	59
4.8 Participantes	59
4.9 Criterios de inclusión, exclusión y eliminación	60
4.10 Instrumentos	61
4.11 Escenario	63
4.12 Procedimiento	64
RESULTADOS	67
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	89
REFERENCIAS	99
ANEXOS	112

Resumen

El objetivo principal del presente estudio fue evaluar si una intervención grupal basada en la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT, por sus siglas en inglés) mejoraba las habilidades sociales en un grupo de adolescentes de un hospital pediátrico. El diseño del estudio fue pre experimental, descriptivo con enfoque mixto. Los participantes fueron cuatro adolescentes, pacientes de un hospital pediátrico con diagnósticos médicos y psicológicos con edades entre 12 y 16 años. La intervención se llevó a cabo de forma grupal y constó de 13 sesiones con una duración de 90 minutos cada una. Se evaluaron las habilidades sociales, factores protectores y de riesgo, así como la percepción que tenían los participantes sobre sí mismos y la percepción de los padres de familia sobre sus hijos antes y después de la intervención. Los resultados mostraron cambios clínicamente significativos en los factores protectores y en los factores de riesgo. Así mismo las habilidades sociales aumentaron, principalmente las de comunicación, las alternativas a la agresión, las de planeación y toma de decisiones. También hubo cambios favorables en la percepción que los participantes tenían sobre sí mismos y en la percepción que los padres tenían sobre ellos. Finalmente, se observó que los participantes tuvieron mayor flexibilidad psicológica, por lo que se concluyó que ACT resultó ser efectiva en este grupo de participantes.

Palabras clave: *Terapia de Aceptación y Compromiso, adolescentes, habilidades sociales, factores protectores, factores de riesgo.*

CAPÍTULO 1

La adolescencia

1.1 Adolescencia

Los adolescentes representan aproximadamente una sexta parte de la población mundial, que equivale a 1200 millones de adolescentes (Organización Mundial de la Salud, 2018).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce entre los 10 y 19 años, que se caracteriza por diversos cambios tanto físicos y psicológicos (Organización Mundial de la Salud, 2018). Por otro lado Santrock (2006) menciona que la adolescencia es una etapa de evolución, de toma de decisiones, de compromiso, de búsqueda de un espacio en el mundo y supone una etapa de transición en el ciclo vital del ser humano, entre la infancia y la edad adulta.

Para poder dar una mejor explicación del periodo de la adolescencia, en el reporte del estado mundial de la infancia del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, por sus siglas en inglés) del 2011, se mencionan dos etapas de la adolescencia; adolescencia temprana de 10 a 14 años de edad y adolescencia tardía de 15 a 19 años de edad. Durante estas etapas suceden diversos cambios físicos, cognitivos y psicosociales, la duración y características de este periodo pueden variar en cada persona y pueden ser diferentes de un contexto a otro (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2011).

A continuación, se presentan los principales cambios físicos, cognitivos y psicosociales que presentan los adolescentes durante esta etapa.

Desarrollo físico.

El inicio de la adolescencia se asocia generalmente al desarrollo biológico también conocido como pubertad, que se refiere a la etapa de rápido crecimiento y maduración sexual que pone fin a la etapa de la infancia, que de acuerdo a Berger (2015) empieza entre los 8 y 14 años de edad, en cambio Santrock (2006) refiere que es complicado determinar cuándo comienza y termina la pubertad, ya que la nutrición, la salud, la herencia genética y la masa corporal influyen en este proceso. Por otro lado, este proceso también implica cambios biológicos notables, que se obtienen a través de la producción o aumento de diversas hormonas.

Entre los cambios que se pueden observar en las niñas están el crecimiento de los genitales, el inicio de la menstruación y el desarrollo de características sexuales secundarias que se pueden definir como signos fisiológicos de la maduración sexual (Papalia et al., 2012) que incluyen el crecimiento de senos, el crecimiento de vello púbico, corporal y axiliar, así como el ensanchamiento de caderas y el cambio de la voz a una más aguda.

En los niños, los cambios físicos visibles son el crecimiento de los genitales, el inicio de la eyaculación y el desarrollo de características sexuales secundarias que incluyen el crecimiento de vello púbico, axiliar, corporal y facial ya que en algunos casos comienza a crecer la barba, la voz se vuelve más grave y se ensanchan los hombros (Papalia et al., 2012).

Desarrollo Cognitivo.

En la adolescencia los adolescentes entran en lo que Piaget denominó etapa de las operaciones formales que se da alrededor de los 11 años y concluye a los 16 años (Wadsworth, 1995), etapa en la que los adolescentes perfeccionan la capacidad del pensamiento abstracto, lo cual les permite manipular información, comienzan a diseñar planes para resolver problemas, encuentran mayor significado a las metáforas y a la literatura, pueden imaginar diferentes posibilidades, formar y comprobar hipótesis, y pueden tomar decisiones más complejas (Papalia et al., 2012).

A medida que los adolescentes adquieren un pensamiento más abstracto, estos tienen mayor destreza en la toma de la perspectiva social (Shutt-Aine y Maddaleno, 2003), es decir, tienen mayor capacidad para tomar de decisiones que contribuyen a conductas saludables, desarrollan la capacidad para ajustar su forma de hablar al nivel de conocimiento y punto de vista de otras personas, toman en cuenta las consecuencias de sus conductas, crean alternativas, hay mayor desarrollo de conceptos morales, se comprende que las reglas son necesarias para la cooperación y que la mentira puede romper la confianza (Wadsworth, 1995).

Desarrollo psicosocial.

El desarrollo psicosocial se caracteriza por la percepción que cada uno tiene de sí mismo en relación al medio social y el contexto que le rodea (Shutt-Aine y Maddaleno, 2003), así como a los cambios emocionales que la persona experimenta (Santrock, 2006). Estas características son el resultado del desarrollo biológico, de los cambios hormonales y la influencia de factores sociales y culturales.

El desarrollo social durante la adolescencia se entiende como la búsqueda de un compromiso consistente con uno mismo, preguntándose: *¿Quién soy yo?* (Berger, 2015), es decir, los adolescentes se encuentran ante la búsqueda de la identidad, definida como una concepción coherente del yo, compuesta por metas, valores y creencias con las que la persona establece un compromiso sólido (Papalia et al., 2012). En la adolescencia se desarrolla la identidad que puede ir cambiando a medida que los adolescentes continúan su desarrollo. La identidad constituye un autorretrato constituido por numerosas dimensiones (Santrock, 2006), las cuales son:

- Identidad sexual que involucra reconocerse a sí mismos como un ser sexuado, reconocer su propia orientación sexual, aceptar los cambios sexuales, comienzan a establecer relaciones románticas y/o sexuales con pares.
- Identidad de género o el grado en el que una persona se considera femenino, masculino o andrógino.
- Identidad política, o el hecho de que una persona sea conservadora, de izquierda o derecha.
- Identidad religiosa o las creencias espirituales del adolescente.
- Identidad intelectual y de logros.
- Identidad cultural/étnica o de qué parte del mundo o de un país es un individuo y con qué intensidad se identifica con su herencia cultural.
- Identidad de intereses o el tipo de actividades que le gusta realizar.
- Identidad vocacional/laboral como escoger una carrera o un trabajo.

Las identidades se desarrollan poco a poco, las decisiones no se toman de forma definitiva, sino que hay que volver a planteárselas una y otra vez (Santrock, 2006).

También durante la adolescencia tardía los adolescentes buscan mayor independencia de sus padres y otros adultos y se niegan a aceptar consejos de estas personas. Cuando un adolescente tiende a ser más rebelde y se resiste a aceptar las reglas de los padres, estos son más estrictos y tienden a presionarlos más para que se adapten a las normas (Santrock, 2006), por lo que los adolescentes tienden a desarrollar mayor vínculo con su grupo de amigos. Los amigos actúan como una fuente de afecto, solidaridad, comprensión y orientación moral (Papalia et al.,2012), pero también pueden tener gran influencia en desarrollar conductas constructivas o destructivas para la salud y bienestar del adolescente (Shutt-Aine y Maddaleno, 2003).

Las conductas destructivas son aquellas que ponen en riesgo al adolescente; consumo de drogas, autolesiones, embarazos no deseados, enfermedades de transmisión sexual y trastornos alimenticios. Estas conductas tienden a ser más comunes entre los adolescentes que no cuentan con el apoyo de los padres y no tienen un ambiente sano que promueva su crecimiento y desarrollo cognitivo y psicosocial (Shutt-Aine y Maddaleno, 2003). En cuanto a las diferencias de género, Eisenberg y Morris (2004) mencionan que las niñas suelen mostrar más conductas prosociales que los niños, se consideran más empáticas y por lo tanto los padres les otorgan mayor responsabilidad social, es decir, a las niñas se les da mayor responsabilidad para cumplir con las normas de la sociedad.

Respecto al estado emocional de los adolescentes, Shutt-Aine y Maddaleno (2003) mencionan que los cambios físicos que ocurren durante este periodo influyen en el modo en el que los adolescentes se perciben a sí mismos y son percibidos por los demás. También los adolescentes comienzan a preocuparse por su apariencia física, es decir, por su imagen corporal y el atractivo físico, lo que en muchos casos genera insatisfacción e inseguridad,

llevándolos a problemas más graves como a la anorexia, la bulimia, la depresión, la ansiedad y al aislamiento social.

Por estas razones, la adolescencia debería ser una etapa en la que se cuente con un espacio libre y seguro para la transformación cognitiva, emocional y psicológica, con un adecuado apoyo por parte de los adultos responsables del hogar, la escuela y la comunidad en la que se desenvuelve el adolescente (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2011)

1.2 Adolescentes con diagnóstico médico

Si bien la adolescencia es una etapa difícil, resulta aún más difícil para los adolescentes que además de tener diversos cambios físicos, cognitivos y psicosociales que están asociados con la edad, también son diagnosticados con una o más enfermedades médicas (Bayliss et al., 2014).

Diversas investigaciones han demostrado que los adolescentes con alguna enfermedad médica muestran menor satisfacción con la vida (Zashikhina y Hagglof, 2014). La calidad de vida también depende de la gravedad de la enfermedad ya que en unos casos, los síntomas físicos de la enfermedad requieren de administración de medicamentos, dietas específicas y restricción de actividades cotidianas como ir a la escuela, salir con amigos y realizar actividades físicas (Barthel et al., 2018), lo cual puede afectar la vida y el bienestar de los adolescentes. A su vez se ha encontrado que las niñas tienden a calificar su calidad de vida más baja que los niños, expresando más ansiedad relacionada con la enfermedad y menos satisfacción con la vida (Zashikhina y Hagglof, 2014).

Existen diversas estadísticas que reportan las principales enfermedades en niños y adolescentes, como las de la agenda estadística de la Secretaría de Salud de la Ciudad de

México del 2017, en donde se reportó que las principales causas de consulta externa y salud mental en los hospitales pediátricos, en donde se atiende a los niños y adolescentes, fueron traumatismos y envenenamiento (15.6%); infecciones y otras enfermedades de vías respiratorias superiores (14.6%); malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas (9.7%). En el 2018, las principales causas de enfermedades en adolescentes de 10 a 19 años fueron las infecciones respiratorias agudas; siguiendo las infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas; infecciones de vías urinarias ; úlceras, gastritis y duodenitis; gingivitis y enfermedad periodontal; conjuntivitis y obesidad (Anuario de morbilidad 1984-2018, 2019).

Las estadísticas anteriores se relacionan con las del Instituto Nacional de Pediatría (INP), en las que las principales causas de egreso hospitalario en 2017 y 2018 fueron tumores (neoplasias) con una tasa de 24.5; malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas con una tasa de 17.7; enfermedades del sistema digestivo con una tasa de 8.6, traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas con una tasa de 8.6 y enfermedades del sistema respiratorio con una tasa de 7.5 (Instituto Nacional de Pediatría,2019)

Por otro lado, no todos los adolescentes sobreviven a los padecimientos médicos, la UNICEF reportó que en 2012 hubieron aproximadamente 1.3 millones de muertes en todo el mundo entre jóvenes de 10 a 19 años (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2016), entre las principales causas de muerte se encontraron las lesiones viales, causas relacionadas con el SIDA, el suicidio, las infecciones respiratorias y la violencia interpersonal (World Health Organization,2014).

En el caso del Instituto Nacional de Pediatría, las causas de mortalidad hospitalaria en 2018 fueron malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas con 39 defunciones; tumores (neoplasias) con 38 defunciones; enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad con 13 defunciones; siguiendo las afecciones infecciosas y parasitarias con 10 defunciones (Instituto Nacional de Pediatría, 2019).

La forma en que los adolescentes afrontan la enfermedad puede manifestarse en diversos problemas académicos como deserción escolar; problemas conductuales como consumo de sustancias o aislamiento social y problemas emocionales como depresión, haciendo al individuo más vulnerable a las enfermedades (Barra, Cancino, Lagos, Leal y San Marti, 2005) y a tener más probabilidad de experimentar un estado de ánimo negativo, lo cual genera que se resistan a conductas para el cuidado de su salud como ir al médico, tomar sus medicamentos, llevar a cabo la dieta establecida, ya que tienen menos confianza en que tales conductas serán eficaces y es menos probable que se adhieran al tratamiento.

En cambio, un estado emocional positivo puede facilitar conductas preventivas como acudir al médico, debido a que este estado de ánimo les proporciona recursos psicológicos necesarios para afrontar la información desfavorable y a cuidar mejor su salud (Barra, 2004).

Los autores Svavarsdottir y Tryggvadottir (2019) sugieren que tanto los pacientes con enfermedades crónicas como sus familiares reciban apoyo terapéutico para proporcionarles educación y apoyo emocional, discutir creencias sobre la enfermedad y facilitar el manejo de la enfermedad.

1.3 Datos de la salud mental en la adolescencia

Los problemas de salud mental constituyen una importante carga de enfermedad para los adolescentes de todo el mundo, se estima que uno de cada cinco adolescentes experimentará un trastorno de salud mental cada año (Erskine et al., 2017).

De acuerdo al Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2015), la mitad de los trastornos mentales comienzan alrededor de los 14 años pero la mayoría de ellos no se detectan. Benjet, Borges, Medina-Mora, Zambrano y Aguilar (2009) reportaron que uno de cada 11 adolescentes ha presentado un trastorno mental grave, uno de cinco adolescentes ha presentado un trastorno mental moderado y uno de diez ha presentado un trastorno mental leve y sólo el 14% de estos adolescentes ha recibido tratamiento, lo cual genera que los trastornos se extiendan a la edad adulta, afectando su salud física y mental, y limitando las oportunidades de llevar una vida satisfactoria.

En la Ciudad de México los trastornos mentales y del comportamiento se encuentran dentro de la cuarta causa (10.3%) de consulta externa y de salud mental en hospitales pediátricos de acuerdo con la agenda estadística de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México (2017). Se encontraron estadísticas similares en el anuario estadístico de servicios médicos del Hospital Infantil “Federico Gómez” (2017) donde el servicio con mayor recurrencia en la consulta externa era psiquiatría y psicología infantil (10.2%), que a su vez coincide con la estadística de la Junta de Gobierno del Instituto Nacional de pediatría (2017) donde los trastornos mentales y del comportamiento ocupaban la tercera causa de consulta externa de primera vez (8.4%)

Respecto a la medición de psicopatología en México, cabe señalar que la Encuesta Metropolitana de Salud Mental Adolescente (EMSMA) realizada por Benjet, Borges, Medina-Mora, Méndez et al., (2009) aportó evidencia de la alta prevalencia de los trastornos de ansiedad (fobias específicas y fobia social) como diagnósticos psiquiátricos más frecuentes en personas de 12 a 17 años de ambos sexos. En las mujeres, la depresión mayor y el trastorno negativista desafiante, fueron los más observados. En los hombres, el trastorno negativista desafiante y el abuso de alcohol constituyeron los diagnósticos más frecuentes (Benjet, Borges, Medina-Mora, Méndez et al., 2009), lo cual coincide con Martínez, Fernández, Navarro y Martínez (2008) donde el 18% de la población infantil y adolescente presenta algún trastorno de ansiedad.

Las personas con este trastorno presentan síntomas cognitivos como tendencia a autoevaluarse negativamente, alta sensibilidad a la crítica, baja autoestima, tendencia a temer las evaluaciones negativas y a mostrar pobres habilidades sociales (Marín, Martínez y Ávila, 2015).

A pesar de que se ha reportado el trastorno de ansiedad como más frecuente, ha sido clasificado como menos severo en comparación con los trastornos de control de impulsos y trastornos del estado del ánimo (Benjet, Borges, Medina- Mora, Zambrano et al., (2009). Otros trastornos mentales comunes en la adolescencia son los trastornos depresivos y trastornos de déficit de atención e hiperactividad, también conocido como TDAH (Caraveo y Anduaga, 2007).

Existen factores de riesgo que aumentan la probabilidad de desarrollar problemas de salud mental, por ejemplo, en el estudio realizado por Benjet, Borges, Medina- Mora, Zambrano et al., (2009) encontraron que el hecho de que los adolescentes no vivieran con

sus dos padres se asocia como un factor de riesgo para los trastornos de control de impulsos. También se ha encontrado que las mujeres tienen más probabilidades de reportar trastornos del estado del ánimo y de ansiedad, y menos probabilidades de reportar un trastorno de abuso de sustancias (Benjet, Borges, Medina-Mora, Méndez et al., 2009).

Por otro lado, los trastornos mentales son el principal factor de riesgo para el suicidio, que de acuerdo a las estadísticas del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2015) entre el 2000 y 2013, la tasa de suicidios en el país pasó de 3.5 a 4.9 casos por cada 100 mil habitantes. Antes de llegar al suicidio, algunos adolescentes presentan otro tipo de lesiones autoinfligidas como cortaduras, quemaduras, heridas e intoxicaciones (Erskine et al., 2017).

Con lo expuesto anteriormente se puede ver que aunque los trastornos mentales y del comportamiento están dentro de las principales causas de consulta en los hospitales pediátricos, en muchos casos estos trastornos no se identifican como un problema, hasta que estos comportamientos afectan otros aspectos de la vida de los adolescentes.

1.4 Factores de riesgo en la adolescencia

Además de enfrentarse a diversos cambios físicos y psicológicos asociados con la pubertad, los adolescentes también se encuentran expuestos a factores de riesgo que afectan su salud física y mental.

Un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión (Organización Mundial de la Salud, 2018), estos pueden ser condiciones sociales, económicas o biológicas. Existen diversas clasificaciones de los factores de riesgo, por un lado Cardozo (2005) menciona los *factores de riesgo de amplio espectro* y los *factores de riesgo específicos*.

Entre los factores de riesgo de amplio espectro pueden considerarse: una familia con poca comunicación entre sus miembros, dificultad en el diálogo con los padres, poco apoyo por parte de los padres, violencia intrafamiliar, pertenecer a un grupo con conductas de riesgo, deserción escolar y bajo nivel económico.

Los factores de riesgo específicos se consideran: portar arma blanca, no usar casco protector en la moto, el consumo de alcohol y tabaco (o alguna otra droga), comer en exceso, baja autoestima, depresión y ansiedad.

Por otro lado, en Rentería (2018) se mencionan factores de riesgo que pueden aumentar la probabilidad de presentar trastornos mentales, entre los cuales están:

Factores individuales: Componentes genéticos, daño cerebral prenatal, nacimiento prematuro, desnutrición al nacer, discapacidad física e intelectual, salud deficiente en la infancia, falta de vínculos afectivos estables, enfermedad crónica, habilidades sociales deficientes, autoestima baja, aislamiento e impulsividad.

Factores familiares: Madre adolescente, padre o madre solteros, familia numerosa, modelos con rol antisocial, violencia familiar, familia disfuncional, divorcio o separación de los padres, negligencia con el cuidado del niño, experiencias de rechazo, padres en situación de desempleo prolongado, abuso de sustancias por parte de los padres y/o que los padres tengan alguna enfermedad mental.

Factores escolares: Peleas/riñas, carencia de vínculos afectivos en la escuela (amigos y maestros), manejo inadecuado de la conducta, fracaso o deserción escolar, cambios de escuela, relaciones insatisfactorias, falta de expectativas, expectativas falsas.

Factores sociales: Desventaja socioeconómica, discriminación social y cultural, violencia y criminalidad en la zona de vivienda, condiciones inadecuadas de la vivienda, falta de servicios de apoyo como transporte o lugares de recreativos, y el aislamiento social.

Eventos: Abuso físico, sexual y emocional, muerte de un familiar, que tengan una enfermedad, desempleo, falta de hogar, encarcelamiento, pobreza, accidentes, responsabilidad en el cuidado de un enfermo, violencia o desastres naturales.

En la adolescencia, los jóvenes están más expuestos a factores de riesgo para el inicio temprano de consumo de sustancias como pueden ser, la disponibilidad de las drogas, el fracaso académico, tener conductas antisociales, la escasa supervisión parental y tener un estado de ánimo negativo (Larrosa y Palomo,2010). En el caso del consumo de alcohol, las personas inician el consumo por curiosidad, por la invitación de amigos, la experimentación, los problemas familiares, influencia de amigos, la aceptación del grupo, por invitación de familiares o por depresión (Secretaría de Salud, 2016) y en el caso del tabaco lo consumen para regular o mejorar su estado de ánimo (Salovey, Rothman, Detweiler y Steward, 2000).

Otra conducta de riesgo que se ha presentado con mayor frecuencia es el inicio de la actividad sexual, ya que cada vez ocurre a más temprana edad, se han registrado promedios de inicio de 13.5 a 16 años (Mendoza, Claros y Peñaranda, 2016), datos que se relacionan con la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, ENADID (2014) con un promedio de 14 años. El inicio de la actividad sexual temprana es un factor de riesgo para tener un embarazo adolescente y para adquirir enfermedades de transmisión sexual, como virus del papiloma humano (VPH) e infección por VIH/ SIDA (Mendoza et al.,2016).

El hecho de que el adolescente presente alguna enfermedad como las antes mencionadas, se asocia con la ideación e intento suicida. En adolescentes mexicanos se encontró que casi la mitad de ellos entre 14 y 19 años presenta al menos un síntoma de ideación suicida y un 9% de estos adolescentes refirieron un intento suicida (Pérez-Amezcu et al., 2010). Otros factores de riesgo asociados a esta conducta son la poca comunicación con los padres, poco apoyo familiar, antecedente de abuso sexual, ansiedad y depresión, así como consumo de sustancias como alcohol y el tabaco (Pérez-Amezcu et al., 2010).

1.5 Factores protectores en la adolescencia

Cardozo (2005) menciona que los factores protectores son las condiciones o los entornos capaces de favorecer el desarrollo de individuos o grupos, que favorecen el desarrollo humano, ayudan a mantener la salud o a recuperarla y pueden contrarrestar los posibles efectos de los factores de riesgo. Menciona la siguiente clasificación:

Los *factores externos* se refieren a las condiciones del medio que actúan reduciendo la probabilidad de algún daño, como el apoyo familiar, la integración social, buena relación con pares y religiosidad.

Los *factores internos* son atributos del adolescente como la autoestima positiva, confianza en sí mismo, asertividad y habilidades sociales.

También en Rentería (2018) se mencionan factores protectores que pueden disminuir el riesgo de presentar trastornos mentales, entre los cuales están:

Factores individuales: Alimentación adecuada, cercanía o apego a la familia, logros escolares, autocontrol, habilidades sociales, optimismo, creencias morales, valores y autoestima.

Factores familiares: Padres que proveen cuidado y ayuda, armonía familiar, familia segura y estable, relaciones de apoyo, normas y moral sólida en la familia, comunicación afectiva y expresión emocional.

Factores escolares: Sentimiento de pertenencia, clima escolar positivo, grupo de pares prosocial, colaboración y apoyo, oportunidades de éxito y reconocimiento de logros, así como reglas de la escuela en contra de la violencia.

Factores sociales: Relación cercana con una persona significativa (compañero/ maestro), oferta de oportunidades en momentos críticos o en cambios importantes, seguridad económica y vivienda digna.

Como se puede ver, la mayor parte de los factores protectores involucra sistemas de apoyo social ya que fomentan el afrontamiento y contribuyen al desarrollo de las competencias individuales (Wille, Bettge, Ravens-Sieberer y BELLA Study Group, 2008), como un estado emocional que lleva al individuo a sentirse mejor y a percibir de manera más positiva su ambiente. Estos sentimientos a su vez pueden motivarlo a cuidar de sí mismo, a interactuar de manera más positiva con otras personas y, a utilizar más recursos personales y sociales para afrontar el estrés (Barra,2004).

Desde otra perspectiva, las personas que perciben menos apoyo social están más predispuestas a experimentar trastornos emocionales y físicos cuando enfrentan altos niveles de estrés (Barra,2004).

Asimismo se ha encontrado que el bajo apoyo social se relaciona con conductas o factores que afectan negativamente la salud como falta de actividad física y sueño irregular, en cambio, el alto apoyo social se relaciona con mayor resistencia a enfermedades

infecciosas, menor incidencia de enfermedades coronarias y menos mortalidad (Allgoewer, Wardle y Steptoe, 2001).

También, entre mayor apoyo social las personas se interesan en la práctica de ejercicios físicos con el fin de incrementar sentimientos positivos y reducir los negativos, lo que a su vez les ayuda a regular sus emociones, manejar la ansiedad, la depresión, la hostilidad y la tensión en general (Barra,2004).

A su vez la regulación emocional, la autoestima y la autoeficacia son factores protectores contra el consumo de sustancias, el embarazo adolescente y el suicidio (Wang, Hsu, Lin, Cheng y Lee, 2010). Otros factores protectores que mencionan Velasco, Griffin, Botvin, Celata y Lombardia (2017) contra el consumo de sustancias son las habilidades sociales, que disminuyen síntomas de ansiedad, además de que favorecen la participación de los adolescentes en actividades curriculares, incrementa su autoestima, les ayuda a hacer amigos y a tener más logros escolares (Del Prette, Rocha,Silvares y Del Prette,2012).

CAPÍTULO 2

Habilidades sociales en la adolescencia

2.1 Habilidades Sociales

Gran parte de la actividad mental, emocional y física de una persona se centra, desde edades muy tempranas, en la interacción con los demás. Esta conducta social se desarrolla a lo largo de toda la vida y es un proceso mediante el cual la persona adquiere pautas de comportamiento, creencias, normas, valores, costumbres y actitudes propias de la familia y del grupo cultural al que pertenecen (Monjas, García, Elices, Francia y de Benito, 2004), estas conductas hacen que se considere al hombre como un ser social (Centeno, 2011).

Al suponer cierta la premisa de Centeno (2011) que considera al hombre como ser social, se puede entender que la forma en que la persona se involucre con otros individuos será fundamental en su desarrollo (profesional, académico o personal) y que el éxito o el fracaso de la convivencia con las personas del entorno, condicionarán su calidad de vida.

Por estas razones resulta fundamental el desarrollo de las habilidades o competencias que permitan relaciones interpersonales satisfactorias y efectivas. Las habilidades sociales han sido estudiadas desde hace varios años, por lo que existen diversas definiciones y características que varían dependiendo el contexto, la cultura y de factores como la edad, sexo, clase social y educación (Ríos, 2014).

Monjas et al. (2004) definen a las habilidades sociales como un conjunto de conductas aprendidas que se emplean en situaciones de interacción social, es decir, en situaciones en las que hay que relacionarse con otras personas, por ejemplo; pedir un favor, disculparse por

haber llegado tarde a una cita, expresar enojo, compartir algo o solucionar un conflicto. Estas conductas son necesarias para interactuar y relacionarse con otras personas de forma efectiva y satisfactoria.

También como lo mencionan Monjas et al. (2004) es importante que los adolescentes aprendan a relacionarse con personas de su edad ya que posibilita la experiencia y práctica de aspectos como:

- Conocimiento de sí mismo y de los demás: se favorece el proceso de identificación y fortalecimiento del autoconcepto.
- Reciprocidad: necesidad de dar para poder recibir e intercambio en el control de la relación; unas veces dirijo yo y otras dirige la otra persona
- Empatía: Habilidad para percibir y ver una situación desde la perspectiva del otro
- Colaboración: Cooperación, ayuda, lo que supone trabajar junto a otros
- Apoyo emocional: ayuda, consuelo, compañerismo y establecimiento de vínculos afectivos y de amistad.
- Desarrollo moral y aprendizaje de valores y normas.

Otra definición sobre las habilidades sociales es la de Caballo (1986):

“Las habilidades sociales son el conjunto de conductas emitidas por un individuo en un contexto interpersonal que expresa los sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de ese individuo de un modo adecuado a la situación, respetando esas conductas en los demás, y que generalmente resuelve los problemas inmediatos de la situación mientras minimiza la probabilidad de futuros problemas”.

Caballo (2007) también menciona el modelo conductual, que enfatiza que la probabilidad de ocurrencia de cualquier habilidad está determinada por factores ambientales, variables de la persona y la interacción entre ambos, por lo que una conceptualización de la conducta socialmente habilidosa implica la especificación de tres componentes de la habilidad social:

- Dimensión conductual (tipo de habilidad)
- Dimensión personal (variables cognitivas)
- Dimensión situacional (contexto ambiental)

Aguilar, De Bran y De Herrarte (2014) consideran a las habilidades sociales como destrezas necesarias para desenvolverse adecuada y exitosamente en la sociedad. Estas habilidades abarcan muchas conductas, prácticas y estrategias que implican saber iniciar, mantener y terminar una conversación; encontrar temas para platicar; contar un chiste en el momento oportuno, saber cuál es ese momento oportuno, sonreír, aceptar un cumplido y tolerar perder. Estos autores refieren que la conducta social puede ser de tipo *agresiva* y *pasiva*:

La *conducta agresiva* sucede cuando la habilidad social es de tipo impositiva y conlleva deshonestidad hacia otros y violenta sus derechos.

La *conducta de tipo pasiva* involucra una actitud derrotista y sumisa que no logra el propósito de bienestar social para la persona cuando está en una relación interpersonal.

De acuerdo con Centeno (2011) las habilidades sociales son conductas aprendidas y socialmente aceptadas, que posibilitan la interacción con los demás. Dicho autor considera

que la evaluación, interpretación y entrenamiento de las habilidades sociales debe estar en consonancia con el contexto social de la persona ya que estas varían según las situaciones, las personas con quienes se relaciona o los objetivos que se pretenden alcanzar en cada interacción.

Kelly (2000) también considera a las habilidades sociales como conductas aprendidas que ponen en juego las personas en situaciones interpersonales para obtener o mantener reforzamiento del ambiente, las habilidades sociales se consideran como vías hacia los objetivos de un individuo y se basan en la función o utilidad para el individuo. Menciona tres principales categorías de habilidades sociales:

Habilidades sociales que facilitan el desarrollo de relaciones en donde las relaciones sociales se consideran reforzantes para la mayor parte de la gente, estas interacciones incluyen cosas como conseguir citas, tener amigos, mantener una conversación o hacer cumplidos. Estas habilidades aumentan el valor de reforzamiento de la persona que las exhibe y aumenta la probabilidad de que los demás busquen la ocasión para interactuar con el individuo.

Habilidades sociales utilizadas en el contexto interpersonal para conseguir reforzamiento no social. En ocasiones las habilidades sociales sirven para alcanzar objetivos deseados y reforzantes que no son, en sí mismos, de naturaleza interpersonal, por ejemplo; en las entrevistas de trabajo hay una interacción social (entre aspirante y entrevistador) pero el reforzador que se busca es obtener el empleo y no establecer una relación propiamente dicha.

Habilidades sociales que impiden la pérdida de reforzamiento, estas son competencias que una persona puede emplear para evitar que otros bloqueen su conducta dirigida a un objetivo; son comportamientos socialmente adecuados para expresar sentimientos, desacuerdos y peticiones para que la otra persona cambie su conducta poco razonable, por ejemplo; cuando una persona dialoga con otra para expresar que no le parece como es tratada.

Otra definición de las habilidades sociales es la de Roca (2014), que las define como una serie de conductas observables, de pensamientos y emociones, que nos ayudan a mantener relaciones interpersonales satisfactorias, y a procurar que los demás respeten nuestros derechos y no nos impidan lograr nuestros objetivos.

La persona socialmente hábil busca su propio interés, pero también tiene en cuenta los intereses y sentimientos de los demás y cuando entran en conflicto trata de encontrar soluciones satisfactorias para ambas partes.

Roca (2014) considera que las habilidades sociales son primordiales en nuestras vidas por las siguientes razones:

- Ser socialmente hábil ayuda a incrementar la calidad de vida, en la medida en que ayuda a la persona a sentirse bien y a obtener lo que quiere.
- Mantener relaciones satisfactorias con otras personas facilita el desarrollo y el mantenimiento de una sana autoestima.
- Las relaciones interpersonales son una de las principales fuentes de bienestar, pero si hay déficits en las habilidades sociales también pueden convertirse en la mayor causa de estrés y malestar.

- La falta de habilidades sociales lleva a la persona a experimentar emociones negativas como la frustración o la ira y a sentirse rechazado o desatendido por los demás.

2.2 Clasificación de habilidades sociales de Goldstein

Goldstein (1989), quien realizó diversas intervenciones para personas con deficiencias en las habilidades sociales, basadas en la terapia de aprendizaje estructurado, finalmente propuso la siguiente clasificación de habilidades sociales.

Habilidades sociales básicas.

Se relacionan con la interacción inicial con otras personas, forma de establecer y mantener una relación con lo demás; por ejemplo, escuchar, presentarse, agradecer, iniciar una conversación y mantener una conversación.

Habilidades sociales avanzadas.

Hacen referencia a la identificación de la calidad de la interacción como pedir ayuda, participar, dar y seguir instrucciones, disculparse, convencer a otras personas y ser persuasivo.

Habilidades sociales relacionadas con los sentimientos.

Se relacionan con el manejo de emociones, donde se reconocen los signos físicos de sus reacciones emocionales con el fin de aprender a controlarse a sí mismos y empezar a conocer cómo cambia su cuerpo para poder responder de una mejor manera; por ejemplo, conocer y expresar sentimientos propios, comprender los sentimientos de otros (empatía), expresar afecto, resolver el miedo, hacer cumplidos y autorecompensarse.

Habilidades alternativas a la agresión.

Facilitan el desarrollo de las relaciones interpersonales positivas, con una actitud de respeto y tolerancia hacia otras personas, aceptando las diferencias entre unos y otros, aportando cosas propias y valorando las aportaciones de los demás; por ejemplo, pedir permiso, compartir algo, ayudar a los demás, negociar, utilizar el autocontrol, responder a las bromas, defender los propios derechos, evitar los problemas con los demás y no entrar en peleas.

Habilidades sociales para afrontar el estrés.

Permiten tener iniciativa para relacionarse con los demás, seguir pláticas, encontrar a alguien e invitarlo a unirse a la actividad, así como unirse a otras actividades de manera espontánea, como formular y responder una queja, enfrentar vergüenza, enfrentarse a ser dejado de lado, defender a un amigo, responder a la persuasión y al fracaso, enfrentarse a los mensajes contradictorios, responder a una acusación y enfrentar la presión del grupo.

Habilidades de planeación.

Implica el proceso de establecer metas y elegir medios para alcanzarlas, se sigue una lógica, donde se toman en cuenta las prioridades de forma que se pueda determinar qué causó el problema, tomar iniciativas, fijar un objetivo, reunir información, ordenar problemas por importancia, tomar una decisión y concentrarse en una tarea.

La enseñanza de las habilidades sociales ya mencionadas, depende de forma prioritaria de la práctica, el entrenamiento o el perfeccionamiento, y no tanto de la instrucción verbal. Lo esencial es ejercitar y practicar las habilidades socio-emocionales y convertirlas en una respuesta adaptativa más del repertorio natural de la persona (Fernández y Ruiz, 2008).

La presencia en las personas de cierto tipo de inhabilidad individual, como no saber tomar decisiones, no resolver problemas ni comunicarse de forma adecuada o autocontrolarse; o de inhabilidad social como no poder hablar en público o establecer relaciones amistosas, puede estar relacionado con conductas inadaptadas como la ingestión de drogas, agresión, problemas de aprendizaje y en general conductas que no son aceptadas por la sociedad (Ríos, 2014).

2.3 Intervenciones y propuestas previas en habilidades sociales

Desde hace varios años se han realizado diversas investigaciones sobre las habilidades sociales de adolescentes en diferentes padecimientos. A continuación se presentan investigaciones y propuestas previas que se han realizado sobre las habilidades sociales en adolescentes.

Sang y Tan (2018) desarrollaron un programa cognitivo-conductual basado en el entrenamiento de habilidades sociales en adolescentes con trastornos de conductas internalizadas, estos autores observaron una disminución de síntomas de ansiedad y depresión en los estudiantes a partir de dicho programa. Se sabe que los síntomas de ansiedad y las habilidades se relacionan y representan un problema grave de salud mental debido a sus limitaciones resultantes en las interacciones sociales (Angélico, Crippa y Loureiro, 2013).

Dentro de los trastornos de ansiedad se encuentra la fobia social, Olivares-Olivares, Ortiz-González y Olivares (2019) realizaron un entrenamiento en habilidades sociales con adolescentes con este padecimiento, al terminar el entrenamiento observaron que los participantes redujeron el número de situaciones temidas o evitadas. Estos autores sugieren que a través de la exposición con compañeros de su misma edad y bajo el control de terapeutas que instruyan, modelen, guíen y refuercen a los participantes, se reducen los síntomas de ansiedad social.

También se han llevado a cabo investigaciones relacionadas a las habilidades sociales y la depresión, por ejemplo; Young, Kranzler, Gallop, y Mufson (2012) realizaron un programa para estudiantes adolescentes con elevados síntomas de depresión llamado “Interpersonal Psychotherapy- Adolescent Skills Training (IPTAST)” donde ensañaron a los participantes estrategias de comunicación y habilidades de resolución de problemas interpersonales con el fin de mejorar sus relaciones interpersonales y con la expectativa de que estas mejoras conducirían a la reducción de síntomas depresivos y a que hubiera una menor probabilidad de desarrollar depresión.

Los resultados de esta investigación mostraron que los participantes mejoraron sus relaciones sociales y amistosas, sin embargo, no hubo un cambio significativo en el funcionamiento escolar ni en el funcionamiento familiar de los participantes. Estas estrategias se llevaron a cabo a partir de un juego de roles, practicando en el grupo y en casa. Daunic, Smith, Brank y Penfield (2006); Sang y Tan (2018) refieren que observar la conducta modelada por otros en combinación con el reforzamiento y la retroalimentación, promueven el desarrollo de conductas sociales y dan la oportunidad de replicarlas en la vida cotidiana.

Es de suma importancia que se desarrollen entrenamientos en habilidades sociales como los mencionados anteriormente, ya que existe evidencia de que los adolescentes que no cuentan con estas conductas sociales, manifiestan conductas agresivas, de baja adaptación social, aislamiento social, baja capacidad de empatía, alta impulsividad y problemas escolares, y a su vez presentan pocas conductas prosociales asertivas, pasivas, de consideración hacia otros y de autocontrol (Garaigordobil,2001).

Del mismo modo, estas tendencias a la agresividad temprana, así como conductas antisociales, rebeldía, pobre autocontrol y dificultad para relacionarse con otros, presentan mayor asociación con el uso problemático de drogas, siendo el déficit en habilidades sociales uno de los factores de riesgo señalado por los modelos teóricos sobre el inicio del consumo (Gonzálvez, Espada, Guillén-Riquelme y Orgilés,2014), mientras que las habilidades de autoeficacia como la capacidad de decir “no” ayudan a que los adolescentes se resistan a probarlas (Barkin,Smith y DuRant, 2002).

Relacionado a las habilidades de autoeficacia Harrell, Mercer y DeRosier (2008) realizaron una intervención de entrenamiento grupal de habilidades sociales diseñada para mejorar el ajuste social, emocional y conductual de los adolescentes. Al final observaron que los participantes manifestaron aumentos estadísticamente significativos en el autoconcepto, en la autoeficacia social, y disminuyeron los problemas internalizados (ansiedad y depresión) lo que hizo que mejoraran sus relaciones interpersonales, en comparación con los adolescentes que no participaron en el programa.

Los resultados anteriores coinciden con los encontrados anteriormente en el estudio realizado por Garaigordobil (2001), en el cual se encontró que los adolescentes aumentaron la autoasertividad de las conductas sociales, de liderazgo y de las estrategias cognitivas

asertivas en la solución de conflictos, así como una disminución en conductas de ansiedad y timidez.

En esta misma línea, Morales, Benítez y Agustín (2013) llevaron a cabo dos intervenciones, para mejorar habilidades cognitivas (autoeficacia y afrontamiento) y conductuales, en adolescentes de una zona rural. La primera intervención se desarrolló para mejorar habilidades cognitivas en la que no se encontraron diferencias significativas entre la pre y la post evaluación. La segunda intervención se realizó dos meses después con la finalidad de mejorar las habilidades sociales de los participantes. Los resultados mostraron que los cambios significativos se dieron en las habilidades iniciales básicas y habilidades relacionadas con los sentimientos.

En cuanto a las habilidades de solución de problemas Daunic et al. (2006) encontraron que una intervención cognitivo conductual diseñada para estudiantes con problemas de conducta, tiene efectos significativos, ya que los participantes adquirieron mejores estrategias para la solución de problemas y disminuyeron las conductas agresivas.

Respecto a las habilidades de comunicación Reed y Brammall (2008), observaron que estas habilidades son importantes para aumentar las probabilidades de éxito comunicativo, personal y social. A estudiantes de secundaria se les pidió que clasificaran habilidades de comunicación en términos de qué tan importantes eran en la comunicación con sus amigos. Las habilidades más relevantes para los participantes fueron las asociadas con la empatía y centradas en la otra persona como la toma de perspectiva, la expresión del tono vocal y comprensión del tono vocal.

Por su parte Gresham (2014) refiere que los estudiantes con alto riesgo de desarrollar trastornos emocionales y conductuales, mejoran cuando se dan intervenciones en habilidades sociales, sin embargo, Apsche, Bass y Siv (2005) han encontrado que para reducir el

comportamiento de adolescentes diagnosticados con trastornos de conducta y personalidad, las intervenciones en habilidades sociales no son tan efectivas como la terapia de desactivación modal (MDT).

Gresham (2014) también menciona que las habilidades sociales contribuyen a un mayor rendimiento académico, lo que concuerda con Wentzel (2009) quien refiere que los estudiantes que tienen interacciones positivas tienen mayores niveles de logro académico en comparación con aquellos que tienen comportamientos disruptivos.

En otros estudios llevados a cabo en estudiantes adolescentes, se ha encontrado que las habilidades sociales también son importantes en las mediaciones contra el acoso escolar, ya que de acuerdo a Silva et al. (2018) estas habilidades favorecen el empoderamiento de las víctimas mediante la mejoría de sus interacciones sociales y la calidad de vida. En una intervención cognitivo conductual, estos autores comprobaron que la mejoría en habilidades sociales (hacer amigos, autocontrol y expresividad emocional, empatía, asertividad y solución de problemas interpersonales) reduce la victimización por acoso escolar.

Diversos autores también han investigado la relación que existe entre las habilidades sociales y padecimientos específicos. Chen, Lee y Lin (2015) realizaron un estudio con tres adolescentes que tenían trastorno del espectro autista con el objetivo de ayudarlos a tomar conciencia de las expresiones faciales utilizando tecnología de realidad aumentada (3D), estos autores encontraron incremento significativo en las habilidades sociales, ya que los adolescentes mejoraron el reconocimiento a las expresiones faciales, reconociendo las emociones de otros.

Otro estudio fue llevado a cabo por O'Handley, Ford, Radley, Helbig y Wimberly (2016) quienes implementaron el programa "Superheroes Social Skills" en tres participantes

con discapacidad intelectual, este programa combinó el entrenamiento de habilidades conductuales y el modelado de video para enseñar habilidades específicas que incluyen expresar deseos y necesidades, conversación y tomar turnos. Los resultados mostraron que los tres participantes aprendieron estas habilidades y las mantuvieron en el seguimiento.

También hay investigaciones sobre la relación que existe entre la inteligencia emocional y las habilidades sociales. En un estudio realizado por Carmona y López (2015), no encontraron diferencias estadísticamente significativas en el incremento de habilidades sociales ni en la inteligencia emocional después de una intervención de cinco sesiones, por lo que se plantea la necesidad de intervenciones más extensas para mejorar las habilidades.

Los autores (Carmona y López,2015) afirman que la enseñanza de las emociones tiene un papel muy importante en la educación de los adolescentes, principalmente en adolescentes que se encuentren en contextos conflictivos u otro tipo de contextos con riesgo de exclusión como pueden ser personas con alguna discapacidad o que tienen mayores dificultades para la integración.

Siguiendo con la relación entre la inteligencia emocional y las habilidades sociales, en adolescentes con alta aceptación social se han encontrado correlaciones estadísticamente significativas entre estos constructos que ponen de manifiesto la relación parcial que existen entre ellos. Además se ha observado que los adolescentes con alta aceptación social presentan bajas puntuaciones en la habilidad de hacer peticiones (Berbena, Sierra y Vivero, 2017). Por otra parte, se ha encontrado que las habilidades sociales funcionan como mediador en la relación de inteligencia emocional y el ajuste escolar, es decir, el interactuar con los demás tiene un papel indirecto en la relación entre el rasgo de inteligencia emocional y el ajuste escolar (Nikooyeh, Zarani, y Fathabadi, 2017).

Entre otras investigaciones (Domínguez e Ybañez 2016), se ha encontrado que la tecnología también tiene influencia en las habilidades sociales, ya que los recursos tecnológicos han ido generando gran relevancia en el estilo de vida de cada persona provocando deterioro en las relaciones familiares y sociales, siendo los adolescentes los principales consumidores de las nuevas tecnologías. Domínguez e Ybañez concluyen que sólo el 8.5% de los sujetos estudiados utiliza la computadora con fines educativos o relacionados con actividades escolares, mientras que la mayoría lo utiliza como entretenimiento, sobre todo a través de los juegos y las redes sociales. Los resultados encontrados por estos autores sugieren que a medida que la adicción a las redes sociales se incrementa, el nivel de habilidades sociales decrecerá.

CAPÍTULO 3

La Terapia de Aceptación y Compromiso

3.1 Introducción a las terapias contextuales

A lo largo de la historia de la psicología, han surgido diferentes planteamientos y movimientos con el objetivo de dar solución a problemas que no son resueltos en un momento histórico determinado (Pérez-Álvarez, 2014), como es el caso de la Terapia de la Conducta. Rachman (1997) resumió la evolución conceptual de esta terapia en tres estadios o generaciones, conocidas como terapias de primera, segunda y tercera generación.

Terapias de primera generación.

La primera generación o primera ola, surgió con la fundación de la terapia de la conducta a principios del siglo XX. El principal propósito e interés fue el de romper y superar las limitaciones de las tradicionales posiciones clínicas, principalmente las del modelo psicoanalítico (Rachman 1997).

Como alternativa enfatizaron la necesidad de crear una aproximación clínica cuya teoría estuviera basada en los principios del comportamiento humano establecidos científicamente, centrándose directamente sobre el comportamiento problema y basándose en los principios del condicionamiento (relación entre estímulo-respuesta) y del aprendizaje por asociaciones, es decir, las personas aprenden a responder ante un estímulo al que antes no respondían por una asociación con otro estímulo, por ejemplo; un niño que ve películas

de terror en su habitación, asocia la habitación con las películas y el simple hecho de entrar a su habitación le produce miedo(Díaz, Ruiz y Villalobos, 2017).

Otro supuesto de esta primera ola fue que las personas aprenden a asociar determinadas conductas con las consecuencias que le siguen, esto es, las conductas se vuelven a repetir si le siguen consecuencias positivas (reforzamiento) o dejan de producirse (castigo) si le siguen consecuencias negativas (Pérez-Álvarez, 2014), por ejemplo; si a un estudiante lo felicitan cada vez que saca buenas calificaciones, seguirá haciéndolo con el fin de seguir obteniendo las felicitaciones (reforzamiento). En cambio, si a un estudiante le quitan el celular por estar jugando, es probable que deje de hacerlo (castigo).

No obstante, esta primera generación sólo tenía aplicación sobre conductas específicas u operacionalizables, por lo que tuvo críticas sobre su aplicabilidad a problemas psicológicos más complejos como la depresión (Díaz et al., 2017). Además de que no ofrecía un análisis empírico adecuado del lenguaje y la cognición humana, es por esto que se incluyó el supuesto de que la solución a estos problemas está en la modificación de las conductas y en la cognición de las personas, dando lugar a las terapias de segunda generación (Mañas,2007).

Terapias de segunda generación.

Esta generación nació a partir de la influencia que el enfoque cognitivo de la psicología tuvo sobre la terapia de la conducta a partir de la década de 1970, época en la que también se consolidó la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC). Esta generación es caracterizada por considerar al pensamiento o a la cognición como causa principal de la conducta y por ende, como la causa y explicación de los fenómenos y trastornos psicológicos

(Luciano y Valdivia, 2006). Esta generación también dio origen a terapias como la Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC) de Albert Ellis (1993) y la Terapia Cognitiva de Aaron Beck(1970); se consideraba que si la causa de la conducta es el pensamiento, se tiene que cambiar el pensamiento para cambiar la conducta.

Muchas de las técnicas de las terapias de segunda generación se centran en la modificación, eliminación y reducción en cualquiera de sus formas, de los eventos privados. En este contexto, se entiende por eventos privados a las cogniciones o pensamientos propiamente dichos, así como también al conjunto de emociones, recuerdos, creencias y sensaciones físicas que una persona experimenta (Luciano y Valdivia,2006).

Así pues, la TCC ha llegado a ser una de las terapias psicológicas más competentes y de las más representadas en las guías de tratamientos psicológicos eficaces (Pérez-Álvarez, 2014).Sin embargo, Hayes(2004) mencionó algunas razones que han propiciado el surgimiento de la tercera ola:

- El desconocimiento sobre el porqué resultan exitosas, o por qué fracasan las terapias cognitivas
- La reciente investigación sobre el lenguaje y la cognición desde una perspectiva analítica- funcional

Terapias de tercera generación.

Las terapias de tercera generación surgieron en la década de 1990, están fundamentadas en una aproximación empírica, se enfocan en los principios del aprendizaje y son particularmente sensibles al contexto y a las funciones de los fenómenos psicológicos(Pérez-Álvarez, 2014).

Estas terapias en comparación con las de segunda generación, no se enfocan en la eliminación o alteración de los eventos privados con el objetivo de cambiar la conducta, sino que se centran en la modificación de la función del evento a través de la transformación de los contextos verbales en los que dichos eventos cognitivos resultan problemáticos (Mañas,2007).Asimismo estas terapias están orientadas a que las personas actúen con la responsabilidad de la elección personal y la aceptación de los eventos privados que conlleve su conducta(Luciano y Valdivia,2006).

El grupo de terapias que conforman la tercera generación son las siguientes (Pérez-Álvarez, 2014):

- Terapia Dialéctica Conductual por Linehan (1993)
- Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT, por sus siglas en inglés) propuesta por Hayes, Strosahl y Wilson (1999)
- Terapia Integral de Pareja por Jacobson (2000)
- Activación Conductual por Jacobson, Matell y Dimidjian (2001)
- Terapia basada en Mindfulness por Segal, Williams y Teasdale (2002)
- Psicoterapia Analítica Funcional desarrollada por Kohlenberg yTsai (2008)

Terapia Dialéctica Conductual.

La Terapia Dialéctica Conductual (DialecticalBehaviorTherapy, DBT) fue desarrollada por Marsha Linehan específicamente para el trastorno de personalidad múltiple, pero tiene una creciente aplicación a otros trastornos. Esta terapia trata de combinar dialécticamente la aceptación y el cambio, la aceptación en DBT pone un especial énfasis en

la validación por parte del terapeuta de las experiencias y conductas del cliente, caracterizadas en el trastorno de personalidad múltiple por una marcada desregulación emocional. La terapia se ofrece como un contexto de aceptación y validación sobre el cual desarrollar habilidades para un cambio en la regulación emocional. Su aplicación incluye modalidades individuales y de grupo así como llamadas telefónicas e intervenciones en crisis.

Terapia Integral de Pareja.

La Terapia Integral de Pareja (TIP) fue desarrollada por Neil Jacobson, a partir de la insatisfacción con la terapia conductual de pareja tradicional. Tiene su raíz en la distinción skinneriana entre la conducta moldeada por las contingencias y gobernada por reglas. La versión más actual de su formulación original se identifica con la aceptación y el cambio.

Terapia de Activación Conductual.

La Terapia de Activación Conductual surgió de la Terapia Cognitiva de la Depresión, también desarrollada por Neil Jacobson, cuando se mostró que el componente de activación conductual por sí solo era tan efectivo como el conjunto de la terapia.

Terapia basada en Mindfulness.

La Terapia basada en Mindfulness (MBT, por sus siglas en inglés) es un enfoque terapéutico derivado del budismo, consiste en poner atención en la experiencia del momento, incluyendo sensaciones, pensamientos, estados corporales y eventos del ambiente, sin juzgarlos ni analizarlos, sino por el contrario adoptando una actitud de apertura, curiosidad y aceptación.

Psicoterapia Analítica Funcional.

La Psicoterapia Analítica Funcional (Functional Analytic Psychotherapy, FAP) fue desarrollada por Robert Kohlenberg y Mavis Tsai sobre la base del análisis funcional de la conducta. Se centra en las interacciones cliente-terapeuta en sesión, sobre las que ha desarrollado un análisis y clasificaciones funcionales de las conductas clínicamente relevantes. La FAP supone que la sesión terapéutica puede llegar a ser un contexto interpersonal funcionalmente equivalente a las situaciones del ambiente real del cliente fuera de la terapia.

Finalmente, la Terapia de Aceptación y Compromiso es en la que se centra este estudio.

3.2 Terapia de Aceptación y Compromiso

La terapia de aceptación y compromiso o ACT, por sus siglas en inglés (Acceptance and Commitment Therapy), que se establece pronunciarse como una sola palabra y no como letras individuales A-C-T, ya que enfatiza la acción de actuar orientado a los valores de cada persona (Wilson y Luciano, 2002).

ACT está basada en la Teoría de los Marcos Relacionales (Hayes, Barnes-Holmes y Roche, 2001), que plantea que el aprendizaje relacional es una respuesta operante que consiste en aprender, desde muy temprano y a través de numerosos ejemplos, a relacionar eventos condicionalmente hasta que se produce la abstracción de la clave contextual que los relaciona y se aplica a eventos nuevos, distintos a los que permitieron la abstracción (Luciano y

Valdivia, 2006), por ejemplo; si un adolescente que intentó hablar con personas que no conocía y fue rechazado, asoció que hablar con otras personas es igual a ser rechazado.

Las asociaciones cognitivas en cierto modo son útiles ya que permiten a las personas crear planes de comportamiento efectivos sin experiencia directa pero también puede ser la raíz de muchas formas de psicopatología (Twohig,2012), por ejemplo; un adolescente que no habla con cualquier persona, ya que su mamá desde pequeño le dijo que hablar con extraños estaba mal, esta situación a largo plazo puede padecer depresión.

Desde el punto de vista de ACT, la fuente de psicopatología e infelicidad humana es la forma en que el lenguaje y la cognición interactúan con las circunstancias de la vida de las personas para producir una incapacidad de persistir o hacer cambios en función a sus valores (Luoma, Hayes, y Walser,2007), generando el sufrimiento psicológico, sobre el cual las personas socialmente han aprendido que es malo y por la tanto actúan para quitarlo, por ejemplo; tener la idea de que sentir tristeza es malo y en lugar de permitir sentirla hacen lo posible por evitarla, esto a largo plazo aleja a las personas de lo más importante para ellos (Greco y Hayes, 2008).

Hayes, Strosahl y Wilson (1999) mencionaron que uno de los objetivos de ACT es lograr una mayor flexibilidad psicológica, que significa, tener la capacidad para experimentar pensamientos, sentimientos, sensaciones, recuerdos e imágenes de manera plena, tal como estos eventos se dan en la conciencia, sin tratar de evitarlos, controlarlos, analizarlos o juzgarlos.

Es por eso que se han creado modelos para explicar los procesos congruentes de ACT que se aplican con presión y profundidad a diversos problemas clínicamente relevantes así como a cuestiones de funcionamiento y adaptabilidad humana (Hayes,Strosahl y

Wilson,2016) y uno de ellos es el hexaflex, llamado así por la forma del modelo que contempla seis componentes para la flexibilidad psicológica, los cuales se explicaran con detalle en la siguiente sección.

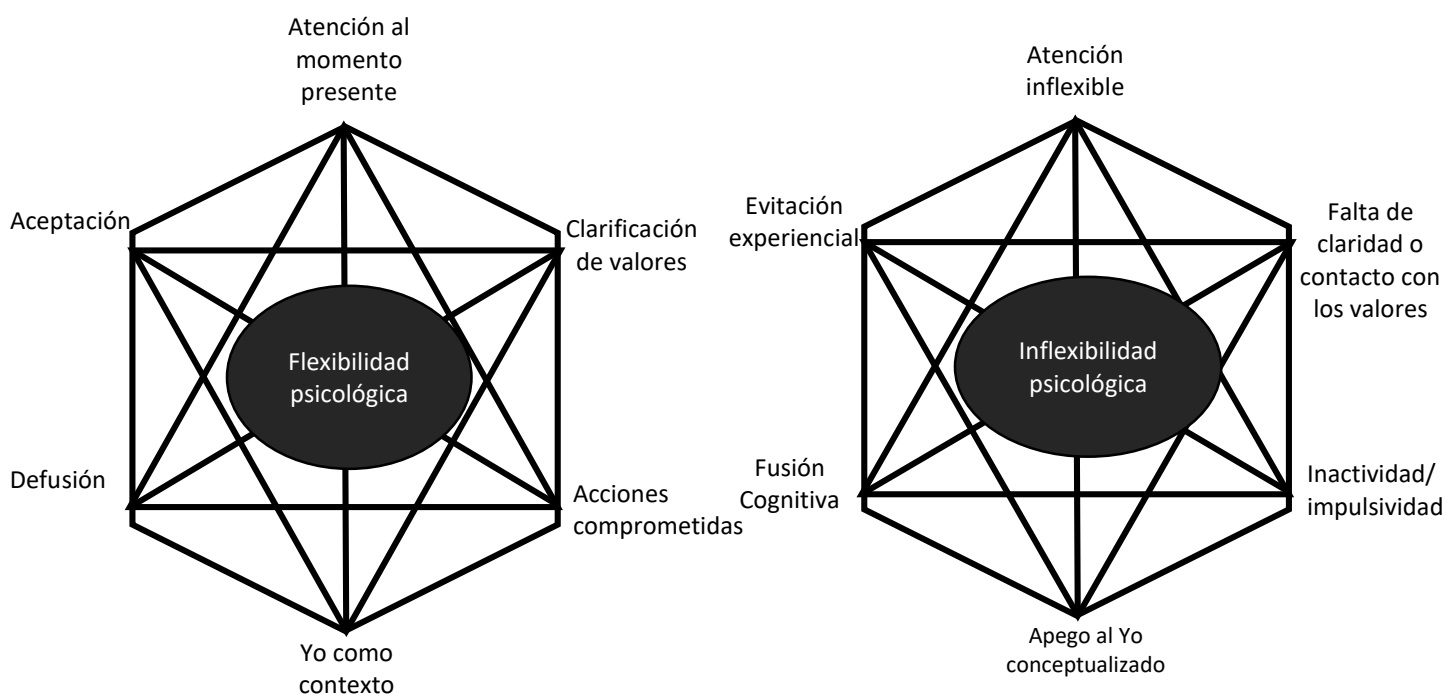
3.2.1 Hexaflex

El modelo de flexibilidad psicológica también llamado hexaflex, sostiene que el dolor es una consecuencia natural del vivir pero que la gente sufre sin necesidad cuando su nivel de rigidez psíquica le impide adaptarse al contexto interno y externo, es por esto que en ACT se pretende hacer que las personas estén más en contacto con las consecuencias positivas de sus acciones para tener una vida más valiosa (Hayes et al.,2016).

A continuación en la figura 1 se presentan dos modelos, en la parte izquierda de la figura está el modelo de los seis procesos centrales que generan flexibilidad psicológica (hexaflex), los procesos que incluye son defusión, aceptación, atención al momento presente, yo como contexto, clarificación de valores y acciones comprometidas.

Se considera que en ausencia de uno o más de estos procesos se genera la rigidez psicológica o inflexibilidad psicológica que, como ya se mencionó, ocasiona el sufrimiento humano y el funcionamiento desadaptativo. En la parte derecha de la figura 1 se presenta el segundo modelo, el de rigidez psicológica, los procesos que incluye este modelo son fusión, evitación experiencial, atención inflexible, apego al yo conceptualizado, falta de claridad o contacto con los valores e inactividad/ impulsividad.

Figura 1. Modelo de flexibilidad y rigidez psicológica (Hayes et al., 2016)



Cada uno de los procesos del hexaflex actúa como un neutralizador frente aquellos que ocasionan la rigidez y el sufrimiento. A continuación se describen los procesos de ambos modelos de acuerdo a Halliburton y Cooper (2015); Hayes et al. (2015) y Luoma et al. (2007).

Flexibilidad psicológica.

Defusión.

Es ver los pensamientos como pensamientos, de manera que no tengan el impacto que tienen, con la finalidad de que las personas se guíen por sus propias decisiones y no por los procesos automáticos del lenguaje. El objetivo de este proceso no es “quitar” pensamientos desagradables, sino cambiar su función y distinguir cuando son útiles y cuando no lo son.

Por ejemplo; un adolescente que considera/ piensa que es feo, se dice a sí mismo “eres feo, no le agradas a las chicas”, se le entrena en notar que sólo es un pensamiento y que tiene la opción de elegir si actuar con base en este pensamiento o no, a pesar de que parezca una verdad absoluta.

Aceptación.

Se refiere tanto a la disposición conductual como a la aceptación psicológica. La disposición conductual es la elección voluntaria y basada en valores de permitir el contacto con las experiencias internas o con los acontecimientos que pueden generarlas y la aceptación psicológica es la adopción de una actitud abierta, receptiva, flexible y sin juicios respecto a la experiencia del momento.

Aceptación no es resignación, sino una acción positiva que cambia la función de las experiencias de las personas a modo de interés y curiosidad como parte de vivir una vida valiosa. Al adoptar una postura de aceptación, las personas terminan la lucha con pensamientos y sentimientos molestos o incómodos sin tener que cambiarlos o eliminarlos.

Por ejemplo; se trabaja la aceptación con una adolescente que tiene labio/ paladar hendido para que tenga disposición de convivir, sin juzgarse, con el malestar que le provoca su aspecto físico con el fin de tener amigos.

Atención al momento presente.

Implica ser consciente de los estímulos externos e internos del aquí y ahora. ACT enfatiza que el contacto consciente debe ser sin prejuicios, continuo, flexible, enfocado y voluntario. Simplemente observando se aprende a tratar todos los eventos por igual y a eliminar las etiquetas "buenas" y "malas". Al hacerlo, las personas reducen el poder percibido

de los estímulos temidos y son más conscientes de las oportunidades de aprendizaje que ofrece la situación actual.

Por ejemplo; Instruir a una adolescente para que ponga atención voluntariamente a las sensaciones de su cuerpo en el momento que se siente ansiosa, así puede aprender a notar que la opresión que siente en su pecho aparece cuando está nerviosa, sin juzgar si esa sensación es buena o mala y desarrollando la capacidad de permanecer en el presente aún ante el malestar.

Yo como contexto.

El yo se experimenta como una perspectiva desde la cual las personas pueden observar su experiencia interna privada (pensamientos, emociones, sensaciones e impulsos) y las experiencias externas a medida que aparecen y desaparecen, es decir, es como un lugar metafórico desde el cual se observan. El objetivo de este proceso es ayudar a las personas a desarrollar un sentido más sólido de sí mismo como observador independientemente de la experiencia que se tenga en ese momento.

Este proceso permite que los eventos se experimenten desde “yo/aquí/ ahora” y las personas pueden elegir actuar conforme a la situación presente.

Por ejemplo; En el caso de la chica que se considera antisocial puede escribir una historia alternativa, donde se comportara diferente a la etiqueta que tiene de antisocial, ya sea siendo amable cuando alguien la salude, saliendo con amigos o preguntando sobre la clase a algún compañero, prestando atención a las sensaciones, emociones y pensamientos que aparecen en ese momento.

Clarificación de valores.

Los valores son cualidades elegidas de la vida y representan el motivo por el cual se llevan a cabo las acciones. Los valores pueden considerarse como acción, que es actuar en función de las cosas que realmente las personas consideran importantes en su vida; y valores como elección, es decir, selección entre alternativas que no se hacen por ninguna razón específica, no están dirigidos por el “tengo que”.

La clarificación de valores pide que las personas retrocedan de los problemas cotidianos y vean qué le da sentido a su vida y refleja cómo idealmente elegirían vivir. Los valores no se pueden alcanzar sino que se utilizan para guiar continuamente el comportamiento y las elecciones sobre las mejores direcciones.

Los valores son diferentes a las metas, ya que estos son una dirección de vida que no tiene fin, las personas siempre se pueden acercar más a un valor, en cambio, las metas son acciones concretas que pueden alcanzarse, son objetivos que al cumplirse se terminan. Es extremadamente importante que los valores se elijan libremente y no se seleccionen según las expectativas sociales o familiares.

Por ejemplo; Para una adolescente puede ser importante asistir a su entrenamiento de natación todos los días porque detrás de esta actividad hay valores como la responsabilidad, constancia, diversión y libertad.

Acciones Comprometidas.

Este proceso da la oportunidad a las personas de enfrentarse y superar obstáculos para tener una vida dirigida a valores. Las personas no se comprometen con el éxito en el proceso

de búsqueda de una vida con valores, sino que se comprometen a avanzar en un proceso interminable de intentar tomar decisiones guiadas por sus valores.

Mantener un compromiso significa redirigir la conducta hacia patrones más amplios de comportamiento con el objetivo de mantener esos propósitos, no sólo se refiere a acciones físicas, también implica actividades mentales.

Por ejemplo; si para el adolescente es importante acercarse más a su familia, como acción comprometida puede elegir pasar más tiempo con ellos con la finalidad de acercarse más a su valor, aunque esto no signifique que lo logre.

Inflexibilidad psicológica.

Fusión cognitiva.

Se refiere al control excesivo o inapropiado del lenguaje, de un modo que impide que se de la conducta más adecuada dadas las circunstancias. Cuando existe fusión cognitiva la conducta de las personas está más controlada por redes verbales inflexibles que por las propias contingencias realmente existentes, es decir, el pensamiento se toma literal y las personas comienzan a responder a las construcciones mentales como lo estuvieran haciendo directamente a una situación física, lo que hace que se cree rigidez conductual y atención inflexible.

Por ejemplo; tomar el pensamiento “si le hablo al chico/a que me gusta me va a rechazar” como verdad y no hacer nada para hablarle.

Evitación experiencial.

Es la tendencia a escapar de eventos privados aversivos como pensamientos, emociones, recuerdos y sensaciones corporales, aun cuando el hacerlo es inefectivo, costoso

o innecesario. Las vivencias evitadas suelen reaparecer rápidamente y se experimentan como más angustiosos y dominantes que antes.

Por ejemplo; una adolescente con ansiedad que consume alcohol para disminuir su sintomatología ansiosa pero cuando se le pasa el efecto del alcohol sus síntomas de ansiedad aumentan.

Atención inflexible.

Se relaciona con estar atento a estímulos pasados y del futuro, generando que las personas se pierdan información que esté pasando a su alrededor en el presente.

Por ejemplo; Cuando una chica camina por la calle pensando en la pelea que tuvo con su novio la noche anterior y no presta atención a que su amigo pasó frente a ella y la saludó.

Apego al yo conceptualizado.

Desde niños las personas aprenden a categorizarse a sí mismos y a sus propias reacciones, a describirse en relación a su historia, sus disposiciones y cualidades. El problema se produce cuando las personas intentan proteger o retener esa conceptualización del yo mediante la distorsión o reinterpretación de los sucesos en caso de que estos sean incongruentes con la propia historia del yo y por lo tanto generan acciones ineficaces. El yo concepto favorece al autoengaño lo que a su vez hace más difícil tener un cambio.

Por ejemplo; una chica que se considera a sí misma como “antisocial” tendrá comportamientos que continúen manteniendo esta autopercepción como como quedarse en casa o no hablar con sus compañeros.

Falta de claridad o contacto con los valores.

El problema con los valores es que no existan o que no figuren en el primer plano como la dirección y el horizonte que da sentido a la vida.

Por ejemplo; el caso de un adolescente que considera la amistad como uno de sus valores, pero se porta agresivo con sus compañeros, lo que hace que se quede sin amigos. En este caso, las acciones del adolescente lo alejan del valor de la amistad.

Inactividad/ impulsividad.

Los procesos anteriores contribuyen a formas de evitación y a un patrón de comportamientos rígidos e ineficientes que impiden a la gente implicarse en acciones consistentes con sus valores. La rigidez de conducta se caracteriza por la evitación conductual (no acción y pasividad) y por comportamientos excesivos (impulsividad, abuso de sustancias y autolesiones). La función de estas acciones es limitar las consecuencias aversivas.

Por ejemplo; Si para una persona es importante la honestidad, pero cuando comete un error como romper algo, dice que no fue con la finalidad de evitar el regaño, no se está acercando al valor de la honestidad.

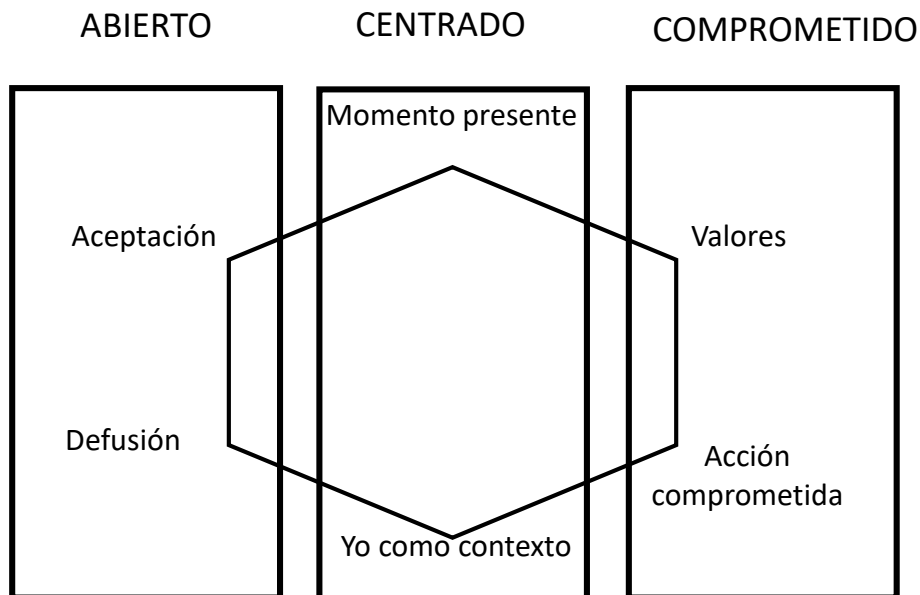
Al tratar con uno de los procesos esenciales de ACT se activan uno o varios de los demás procesos, de modo que se tiene la oportunidad de utilizar cualquiera de los procesos de flexibilidad psicológica para ayudar al consultante (Hayes et al., 2016).

3.2.2 Estilos de respuesta/ Triflex

La primera propuesta para explicar los procesos de ACT fue desarrollada por Hayes et al. (1999), lo que se conoce como hexaflex. Si bien, ya se consideraba que había una relación entre todos los procesos, más adelante surgió la idea de que cada proceso se relaciona más con uno en particular que con los otros, llamando a cada par de procesos relacionados, estilos de respuesta. Strosahl y Robinson (2008) refieren que estos estilos de respuesta son como las patas de un taburete, estos estilos tienen una fuerza considerable cuando se alinean y funcionan conjuntamente, si una de las patas es débil o está mal alineada, toda la estructura se tambalea y puede derrumbarse.

A sí mismo, Russ Harris en 2008 (citado en Hayes et al., 2016) adoptó una idea parecida en su modelo llamado triflex de flexibilidad psicológica, en el cual menciona que el reto es crear un equilibrio continuo entre los tres estilos de respuesta y sus componentes. Los tres estilos de respuesta son conocidos como abierto, centrado y comprometido (figura 2).

Figura 2. Los tres estilos de respuesta que configuran la flexibilidad psicológica (Hayes et al., 2016)



- **Estilo abierto de respuesta (Aceptación-Defusión)**

La aceptación y la defusión son las cualidades clave que apoyan la apertura personal a la experiencia directa. La defusión permite a los individuos librarse del enredo innecesario con las vivencias y acontecimientos internos angustiosos e indeseados, sin juzgarlos, como una actividad del funcionamiento mental. La aceptación facilita que las personas estén en contacto con sus experiencias de una manera más plena, con actitud de curiosidad para aprender de ellas y abrir un espacio para que tengan lugar.

Estos dos procesos ocupan el lado izquierdo del modelo del hexaflex negativo (inflexibilidad psicológica), lo cual quiere decir que al tomar una postura de rechazo y de fusión con respecto a las experiencias privadas, se genera la inflexibilidad, por lo que permanecer abierto psicológicamente es uno de los objetivos de la intervención.

Por ejemplo; cuando un adolescente quiere invitar a una chica a salir pero no se atreve porque siente miedo de ser rechazado, tiene pensamientos del tipo “soy feo y por eso me va a decir que no”. En este caso se entrena al adolescente a notar sus pensamientos como pensamientos y no como una verdad, así como a tener la disposición de invitar a salir a la chica con todo y el miedo de ser rechazado.

- **Estilo centrado de respuesta (Momento presente- Yo como contexto)**

El estilo centrado actúa como eje de contacto consciente y flexible con el “ahora”, ya que no es posible estar abierto a la vida e involucrado en ella sin estar también centrado en la consciencia y en el presente social, físico y psicológico. Una atención consciente y flexible al ahora, capacita a las personas para activar destrezas

de defusión y aceptación cuando es preciso o a involucrarse en acciones basadas en valores cuando es necesario.

Por ejemplo; cuando una persona está por presentar una exposición y siente nervios, se le puede guiar a notar las sensaciones físicas que tiene en ese momento sin juzgarlas como buenas o malas y a su vez tomar perspectiva, es decir, verse a sí misma desde afuera sintiendo eso.

- **Estilo de respuesta comprometida (Valores- Acciones comprometidas)**

Mientras que la apertura puede hacer más flexible el repertorio de conducta personal y el centrarse puede asentar la conciencia en el momento presente, lo que le da un significado a la vida de las personas es la conexión con los valores que se relacionan estrechamente con las acciones de la vida diaria.

Por ejemplo; si una adolescente selecciona como valor la “independencia” se le puede preguntar ¿cómo se vería si fuera más independiente? de esta forma se pueden obtener alternativas de acciones comprometidas que puede llevar a cabo, como preparar su propia comida o lavar su ropa.

Los valores orientan a las personas en la determinación de un propósito (ser más independiente) y son el motivo por el cual se llevan a cabo las acciones (preparar su propia comida o lavar su ropa).

3.3 Intervenciones de tercera generación en adolescentes

Existe evidencia de intervenciones basadas en la Terapia de Aceptación y Compromiso en adolescentes con distintos padecimientos. En un metanálisis realizado por Halliburton y Cooper (2015) encontraron evidencia en tratamientos basados en ACT en el trastorno obsesivo compulsivo (TOC), trastorno del espectro autista, trastornos de conducta,

trastorno por estrés postraumático, discapacidad intelectual, depresión, ansiedad, estrés, desregulación emocional, anorexia y dolor crónico, en dichos estudios encontraron que los participantes presentaron disminución de síntomas y mejoría en otras áreas de su vida. Además, en una revisión realizada por Öst (2014) también se encontró efectividad en obesidad, abuso de sustancias y trastornos psicóticos.

Respecto a las intervenciones basadas en ACT para disminuir síntomas de ansiedad, depresión y estrés, Burckhardt, Manicavasagar, Batterham, Hadzi-Pavlovic y Shand (2017), llevaron a cabo una intervención con adolescentes de una escuela privada. En la intervención utilizaron los siguientes componentes: valores, acción comprometida, contacto con el momento presente, aceptación de emociones y defusión de pensamientos, sin incluir al proceso yo como contexto ya que consideraron que resultaba confuso y difícil de transmitir a los participantes. Los autores encontraron disminución de síntomas de ansiedad, depresión y estrés en los participantes. En este estudio sugieren que con este programa también se podrían evaluar aspectos académicos y relaciones sociales.

Los resultados anteriores concuerdan con los encontrados por Grégoire, Lachance, Bouffard, y Dionne (2018) quienes llevaron a cabo cuatro talleres basados en ACT con 144 estudiantes (grupo act=72, grupo control=72), con la finalidad de medir el efecto que tenían en la flexibilidad psicológica, salud mental (estrés, ansiedad, depresión y calidad de vida) y en el compromiso escolar. El primer taller se centró en valores y acciones comprometidas; el segundo en aceptación y defusión, el tercero en mindfulness/ momento presente y yo como contexto y el cuarto fue para reforzar todo lo aprendido y para practicar en su vida diaria. Los autores encontraron efectos moderados en la flexibilidad psicológica y mayores efectos en la

disminución de estrés, ansiedad y depresión, así como mejor calidad de vida y aumento en el compromiso escolar, en comparación con el grupo control.

Livheim et al. (2014) presentó dos estudios piloto con la finalidad de examinar los efectos de una intervención breve basada en ACT en sintomatología depresiva (adolescentes australianos) y estrés (adolescentes suecos). En el estudio australiano encontraron disminución de la sintomatología depresiva y reducción de la inflexibilidad psicológica, estos resultados fueron consistentes en el seguimiento. Por otro lado, en la intervención sueca los participantes reportaron niveles más bajos de estrés, ansiedad y un aumento en las habilidades de mindfulness o atención plena.

Dentro de las limitaciones de los estudios de Livheim et al. (2014), se encontró que las condiciones no fueron similares en ambos, una intervención tuvo una duración de seis semanas (estudio australiano) y la otra ocho semanas (estudio sueco) y la intervención se realizó después de las horas de clase por lo que no se sabe si eso influyó en los resultados. Los resultados en el estudio australiano concuerdan con los encontrados anteriormente por Hayes, Boyd y Sewell (2011) en donde se observó que los síntomas depresivos continuaron disminuyendo después de haber terminado la intervención

También hay programas web que se basan en ACT, por ejemplo, Viskovich y Pakenham (2018) desarrollaron un programa llamado YOLO (you only live once) que consiste en completar cuatro módulos, cada uno enseñando uno o dos de los procesos ACT por medio de presentaciones animadas, videos, audios y ejercicios escritos; los resultados preliminares mostraron que los programas web pueden ser de utilidad para promover la salud mental en adolescentes.

Además de las intervenciones centradas en ACT, hay evidencia de investigaciones en adolescentes basadas en otras terapias de tercera generación, como la Terapia Basada en Mindfulness, Terapia Dialéctica Conductual y Terapia de Activación Conductual.

En un metanálisis realizado por Kallapiran, Koo, Kirubakaran y Hancock (2015) observaron que las terapias de Reducción de Estrés Basada en Mindfulness y la Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness fueron más efectivas en población no clínica, y la Terapia de Aceptación y Compromiso fue más efectiva en población clínica para disminuir síntomas de estrés, ansiedad, depresión y aumentar la calidad de vida en niños y adolescentes. La principal sugerencia en este metanálisis es realizar investigaciones para evaluar el mindfulness/ atención plena como un mecanismo de cambio.

Como se puede observar hay evidencia de intervenciones basadas en ACT y de otras terapias de tercera generación en adolescentes con diferentes problemáticas que han demostrado efectividad, sin embargo, el tema de las habilidades sociales ha sido poco estudiado con estas terapias. La siguiente sección tiene como finalidad presentar la evidencia que se ha encontrado sobre las terapias de tercera generación entre ellas ACT y el estudio de las habilidades sociales.

3.4 Intervenciones de tercera generación en habilidades sociales

Se ha encontrado que adolescentes con discapacidad intelectual presentan menos habilidades sociales en comparación con la población en general. Beauchemin, Hutchins y Patterson (2008) llevaron a cabo un estudio piloto a 34 adolescentes con discapacidad intelectual con la finalidad de evaluar el efecto de una intervención basada en mindfulness o

atención plena, realizada 10 minutos antes de empezar las clases. Los resultados indicaron que los participantes disminuyeron en la puntuación de ansiedad y aumentaron las habilidades sociales, los maestros también notaron un aumento en las habilidades sociales y en el desempeño académico de los estudiantes.

Existe otra intervención basada en mindfulness (de la Fuente, Justo y Granados, 2010) donde los autores incluyeron metáforas y ejercicios experienciales con el objetivo de examinar si la intervención producía efectos en la alexitimia y en las habilidades sociales en estudiantes universitarios. En cuanto a los resultados de las habilidades sociales se observaron grandes cambios en la expresión de enfado, disconformidad y defensa de los propios derechos como consumidor; a su vez se observaron cambios regulares en las habilidades para iniciar interacciones con el sexo opuesto y hacer peticiones. Los participantes no mejoraron en la autopercepción en situaciones sociales pero presentaron mayor regulación emocional en las puntuaciones de alexitimia.

En cuanto a las intervenciones basadas en ACT Theodore-Oklot, Orsillo, Lee y Vernig (2014) crearon un programa basado en la reducción de riesgos en adolescentes que presentaban agresión relacional. La intervención fue de tres sesiones durante dos semanas y el objetivo principal era cambiar la forma en que los participantes afrontaban la agresión de pares. Al terminar la intervención, los participantes reportaron mayor uso de habilidades de solución de problemas para manejar la agresión.

Finalmente Norouzi, Zargar y Norouzi (2017) llevaron a cabo una terapia grupal ACT en 70 adolescentes universitarias de 10 sesiones con una duración de 90 minutos cada una, los resultados mostraron que las participantes disminuyeron sus problemas interpersonales y manifestaron mayor regulación emocional, en comparación con un grupo control que no recibió ningún tratamiento.

MÉTODO

4.1 Planteamiento del problema y justificación

Las investigaciones sobre adolescentes han demostrado que en esta etapa es más probable que se presenten dificultades en las habilidades sociales debido a los diferentes cambios físicos y psicológicos que se presentan (Morán y Olaz, 2009). Esto puede provocar complicaciones en la aceptación de sí mismos y dificultades en la regulación de sus emociones (Pérez- Amezcuca et al., 2010); asimismo, los adolescentes pueden manifestar conductas agresivas, baja adaptación social, menos conductas asertivas y de autocontrol (López-Rubio, Mendoza y Fernández-Parra, 2009),y ser más propensos al consumo de sustancias (Gonzálvez et al., 2014), generando dificultades en diferentes áreas de su vida (escolar, familiar, personal) y una disminución en su calidad de vida.

Por estas razones, es importante llevar a cabo una intervención que les permita a los adolescentes desarrollar habilidades para afrontar las diversas dificultades que enfrentan, así como factores protectores que puedan disminuir la aparición de problemas psicosociales en la adolescencia (Lacunza y de González,2011).

La mayoría de las intervenciones que se han planteado para solucionar estas dificultades, están basadas en la terapia cognitivo conductual, sin embargo, autores como Livheim et al (2015) plantean que para satisfacer las necesidades de salud mental se requiere un enfoque flexible y transdiagnóstico que pueda integrarse fácilmente en diversos padecimientos y contextos.

Una alternativa de intervención es la Terapia de Aceptación y Compromiso, que es una terapia conductual de tercera generación con un enfoque transdiagnóstico y que ha

demostrado eficacia en adolescentes con diferentes condiciones médicas y psicológicas en distintos contextos (Coyne, McHugh y Martinez, 2011; Dindo, Van Liew y Arch, 2017 ; Halliburton y Cooper, 2011; Hayes et al., 2016; Öst, 2014).

El objetivo principal de esta terapia es fomentar mayor flexibilidad psicológica y mejorar la calidad de vida en los adolescentes, en lugar de disminuir los síntomas. También en ACT se llevan a cabo estrategias que ayudan a los adolescentes a aceptar sus experiencias desagradables en lugar de evitarlas, lo que permite que los adolescentes actúen con base en sus valores (Beauchemin et al., 2008; de la Fuente et al., 2010; Grégoire et al., 2018; Kallapiran et al., 2015)

Por lo tanto, se plantea a la Terapia de Aceptación y Compromiso como alternativa para contribuir en el desarrollo de conductas más flexibles con el fin de que los adolescentes desarrollen habilidades que les permitan avanzar hacia metas u objetivos valiosos para ellos en los diferentes ámbitos de su vida.

4.2 Pregunta de investigación

¿La intervención grupal basada en la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) será efectiva para mejorar las habilidades sociales de un conjunto de adolescentes de un hospital pediátrico?

4.3 Hipótesis

Hi El grupo de adolescentes participantes del hospital pediátrico mejorará sus habilidades sociales por medio de la intervención grupal basada en ACT

Ho El grupo de adolescentes participantes del hospital pediátrico no mejorará sus habilidades sociales por medio de la intervención grupal basada en ACT

4.4 Objetivos

Objetivo general

Evaluar si una intervención grupal basada en la Terapia de Aceptación y Compromiso mejora las habilidades sociales de un conjunto de adolescentes de un hospital pediátrico

Objetivos específicos

- Describir las habilidades sociales de la Escala de Evaluación de Habilidades Sociales en Adolescentes (EEHSA) que presenta cada participante con mayor frecuencia antes y después de la intervención grupal basada en ACT.
- Reportar el cambio clínico de factores de riesgo y factores protectores en el grupo de adolescentes del hospital pediátrico después de la intervención grupal basada en ACT.
- Describir la autopercepción de los participantes y la percepción de los padres de familia sobre los cambios conductuales en el grupo de adolescentes antes y después de la intervención grupal basada en ACT.

4.5 Variables

Variable Independiente (VI): Terapia grupal de Aceptación y Compromiso (ACT)

Definición conceptual: ACT es una terapia de tercera generación que tiene como objetivo la flexibilidad psicológica que es adquirida a través de metáforas y ejercicios experienciales, para ayudar a las personas a desarrollar la capacidad de ponerse en contacto con el momento presente de manera que puedan determinar si su comportamiento es compatible con sus valores (Hayes et al., 1999).

Definición operacional: Intervención grupal de 13 sesiones basada en la Terapia de Aceptación y Compromiso, cada dos semanas con una duración de dos horas cada sesión.

Variable Dependiente (VD): Habilidades sociales

Definición conceptual: Las habilidades sociales son el conjunto de conductas emitidas por una persona en un contexto interpersonal que expresa los sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de ese individuo de un modo adecuado a la situación, respetando esas conductas en los demás (Caballo, 2007).

Definición operacional: En este estudio las habilidades sociales fueron medidas por la escala de evaluación de habilidades sociales en adolescentes (EEHSA) basada en la clasificación de Goldstein (1989), estandarizada en México por Ríos (2014).

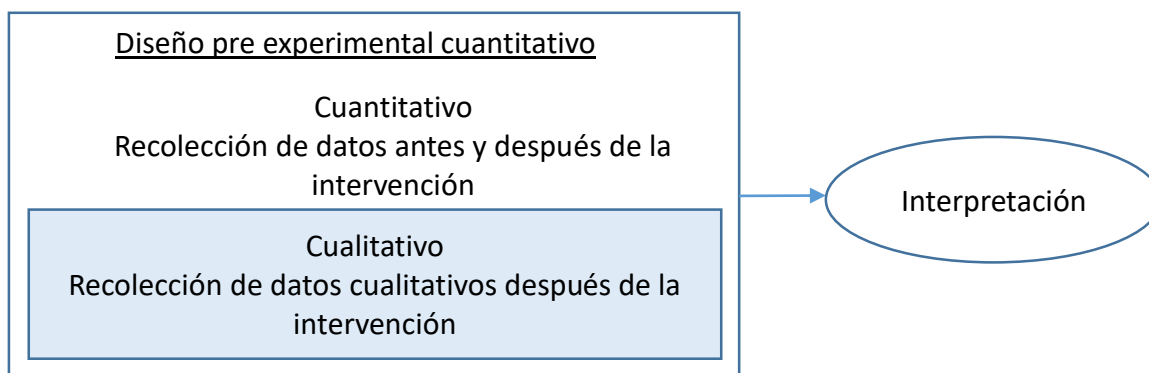
4.6 Tipo de estudio

Estudio descriptivo con enfoque mixto ya que se presentan datos cuantitativos y cualitativos.

4.7 Diseño

El diseño fue pre experimental con una pre y post evaluación con método mixto (figura 3).

Figura 3. *Diseño de intervención de métodos mixtos* (Creswell y Clark, 2017)



4.8 Participantes

La elección de participantes fue realizada por conveniencia, al inicio formada por nueve adolescentes; cuatro hombres y cinco mujeres entre 12 y 16 años, pacientes del hospital pediátrico con diferentes diagnósticos médicos, psicológicos y con dificultades en las habilidades sociales; cinco de los participantes fueron eliminados debido a que dejaron de asistir a tres sesiones consecutivas.

Al final, el grupo estuvo conformado por cuatro adolescentes; dos hombres y dos mujeres. Las características sociodemográficas de cada participante se describen en la tabla 1.

En dicha tabla se puede observar que los participantes se encontraban en un rango de edad entre 12 y 16 años, tenían diferentes diagnósticos médicos y psicológicos, con tipo de familia nuclear y extensa. En cuanto a los padres, se encontraban dentro del rango de edad de 40 a 55 años, la mayoría de los padres tenía escolaridad de preparatoria o carrera técnica y eran empleados.

Tabla 1.
Características sociodemográficas de los participantes

	Participante 1	Participante 2	Participante 3	Participante 4
Sexo	Hombre	Hombre	Mujer	Mujer
Edad	13	16	12	16
Diagnóstico médico	Epilepsia en estudio	Rinitis alérgica y antecedente de Purpura de Henoch	Rinitis alérgica	Vejiga neurogénica, reflujo vesicoureteral grado 3
Diagnóstico psicológico	Trastorno de estrés postraumático	Irritabilidad y enojo; trastorno depresivo recurrente episodio moderado presente	Trastorno de ansiedad de separación en la niñez	Trastorno de la personalidad emocionalmente inestable
Escolaridad	Secundaria	Preparatoria	Secundaria	No estudia
Nivel socioeconómico	2	3	2	1
Tipo de familia	Extensa	Nuclear	Nuclear	Extensa
Número de hermanos	0	1	2	1
Edad de la madre	44 años	46 años	40 años	45 años
Edad del padre	44 años	50 años	43 años	55 años
Escolaridad de la madre	Carrera técnica	Carrera técnica	Carrera técnica	Preparatoria
Escolaridad del padre	Secundaria	Carrera técnica	Preparatoria	Preparatoria
Ocupación de la madre	Empleada	Empleada	Empleada	Empleada
Ocupación del padre	Empleado	Empleado	Empleado	Se desconoce

4.9 Criterios de inclusión, exclusión y eliminación

Criterios de inclusión

- Pacientes entre 12 y 17 años que asistan al servicio de salud mental en el hospital pediátrico
- Haber tenido valoración de primera vez con el servicio de psicología
- Que en la entrevista reporten dificultades en habilidades sociales

- Aceptar la invitación al grupo de terapia y que los padres firmen el consentimiento informado
- Disposición de tiempo para participar en la terapia
- Que su diagnóstico médico no amerite hospitalizaciones frecuentes
- Que al menos uno de sus diagnósticos psicológicos este dentro de la categoría principal de Trastornos del humor (afectivos) o trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia de acuerdo a la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10)

Criterios de exclusión

- Discapacidad intelectual
- Participantes con diagnósticos médicos que requirieran hospitalizaciones frecuentes

Criterios de eliminación

- Faltar a más de tres sesiones consecutivas

4.10 Instrumentos

Ficha general para padres/tutores(ver anexo 1)

Es un cuestionario con un total de 14 reactivos con opciones de respuesta múltiple, dicotómicas y respuestas abiertas en el que se abarcan los siguientes rubros:

- Parentesco del tutor con el participante.
- Nivel socioeconómico.

- Datos del participante: Edad, sexo, escolaridad, tipo de escuela, diagnósticos médicos y psicológicos.
- Datos de los padres/tutores: Edad, escolaridad, ocupación actual, quién se encarga principalmente del participante y las personas que viven en casa.

Ficha general para participantes (anexo 2)

Este cuestionario consta de 25 preguntas con opciones de respuesta múltiple, respuestas abiertas y una escala visual análoga de 10cm con el fin de evaluar:

- Aspectos generales del paciente: Edad, sexo, escolaridad y ocupación.
- Factores protectores: comer en familia, apoyo, convivencia y comunicación familiar, realización de ejercicio físico y horas de sueño.
- Factores de riesgo: Uso de fuerza y/o violencia, riñas o peleas, pensamiento suicida, autolesiones y/o autoagresiones y consumo de sustancias.
- Preocupaciones actuales.

Escala de Evaluación de Habilidades Sociales para Adolescentes (EEHSA).

Esta escala fue estandarizada y validada en México por Ríos (2014) y está basada en la clasificación de Goldstein (1989). El EEHSA es un instrumento de auto-reporte que está compuesto por 50 ítems planteados en forma de afirmaciones que evalúan seis factores de habilidades sociales con una validez de $a = .89$ y confiabilidad por medio de una correlación de Spearman de $r_s = .80$ y de Guttman de $.90$. Los seis factores que evalúa son los siguientes:

- Factor 1. Habilidades Iniciales Básicas (HIB) con 8 ítems.
- Factor 2. Habilidades Sociales para la Comunicación (HSC) con 7 ítems.
- Factor 3. Habilidades Sociales para el Manejo de los Sentimientos (HSS) con 7 ítems.
- Factor 4. Habilidades Alternativas a la Agresión (HAA) con 10 ítems.
- Factor 5. Habilidades para Afrontar el Estrés (HAE) con 7 ítems.
- Factor 6. Habilidades de Planeación y Toma de Decisiones (HPTD) con 11 ítems.

Las normas para la EEHSA se expresan en percentiles para cada puntuación natural. Se considera que las puntuaciones mayores al percentil 75 corresponden a la categoría de *persona muy habilidosa*; puntuaciones del percentil 50 al 75 corresponden a la categoría de *repertorio normal alto de habilidades sociales*; puntuaciones iguales al percentil 50 corresponden a la categoría de *repertorio normal* de habilidades sociales; puntuaciones del percentil 25 al 50 corresponden a la categoría de *repertorio normal bajo de habilidades sociales* y puntuaciones menores al percentil 25 corresponden a *déficits en habilidades sociales o no hábil*.

4.11 Escenario

La intervención se llevó a cabo en una sala de usos múltiples dentro del hospital pediátrico, que contaba con un pizarrón blanco y bancas para que los participantes pudieran sentarse y de ser necesario pudieran escribir, las bancas se acomodaron en círculo, de forma que todos los participantes se pudieran ver de frente.

4.12 Procedimiento

Primera fase.

Como primer paso se identificaron a los candidatos para participar en la intervención grupal basada en la Terapia de Aceptación y Compromiso por medio de una entrevista semiestructurada a pacientes adolescentes y a sus padres que acudían al servicio de Salud Mental en dicho hospital. La entrevista tuvo como objetivo identificar dificultades en las habilidades sociales; se incluían aspectos de desarrollo, ámbito escolar, conducta, interacción con otras personas, estado de ánimo, resolución de problemas y expresión de emociones. Una vez que se identificaron a los posibles participantes, se les hizo la invitación de participar en la intervención pidiendo el consentimiento informado escrito de los padres y sólo se incluyó a los participantes que desearon participar de forma voluntaria.

Segunda fase.

Una vez que los participantes y los padres aceptaron participar, se llevó a cabo una sesión de presentación con los padres de familia con el objetivo de explicarles brevemente en qué consistía la intervención que recibirían sus hijos. Además se identificaron preocupaciones actuales acerca de los mismos, respondieron la ficha general para padres/tutores y firmaron la carta de consentimiento informado.

Posteriormente se llevaron a cabo 13 sesiones grupales a las que sólo entraban los adolescentes, cada sesión tenía una duración de dos horas y se realizaban una vez cada dos semanas. En cada sesión se enfatizaban distintos componentes y procesos de ACT.

Finalmente, al terminar las 13 sesiones con los participantes, se realizó una sesión de evaluación con los padres de familia, en donde se realizó un ejercicio de atención plena, se registró la percepción que tenían de sus hijos antes y después de acudir a la intervención grupal, y se brindó retroalimentación sobre lo que percibían. Por último se agradeció el apoyo hacía los participantes y la constancia de llevarlos a las sesiones. Las fichas detalladas de cada sesión se muestran en el anexo 3.

La estructura general de las 13 sesiones con los participantes fue la siguiente:

La primera y segunda sesión se realizaron con el fin de fomentar la integración de los participantes en el grupo; en la primera se realizó un ejercicio con la finalidad de conocer e integrar a los participantes; en la segunda se comenzaron a identificar valores que se trabajarían a lo largo de las sesiones, identificaron emociones, pensamientos y sensaciones molestas/ difíciles de manejar para los participantes, al terminar se realizó la pre evaluación que consistió en responder la ficha general para participantes y la EEHSA.

De la tercera a la doceava sesión la estructura fue la misma, se iniciaba con un ejercicio de atención plena, se revisaban las acciones comprometidas establecidas en la sesión anterior llamadas “ejercicios para casa” y en caso de que algún participante no lo llevara a sesión, se realizaba un análisis de eslabones perdidos (Boggiano y Gagliesi, 2018) y se buscaban alternativas en conjunto con los demás participantes para generar mayor compromiso con el cumplimiento de las acciones comprometidas. Posteriormente se realizaba un ejercicio experiencial enfatizando un proceso ACT en cada sesión y finalmente se dejaban acciones comprometidas para practicar en su vida diaria.

En la última sesión (sesión 13) se hizo el cierre de la intervención con los participantes y se realizó la post evaluación, respondiendo la ficha general para pacientes y la EEHSA. Con el fin de obtener datos cualitativos se registró la autopercepción de los participantes

sobre los cambios que lograron hacer comparando las conductas que tenían antes y después de acudir a la intervención grupal.

A continuación, en la tabla 2 se presentan los temas generales de las sesiones.

Tabla 2.

Temas generales de las sesiones de la intervención grupal

# Sesión	Tema Principal
Sesión inicial. Presentación general y exposición de preocupaciones	Presentación con padres de familia, firma del consentimiento informado y responder ficha general de padres.
1. Presentación e identificación de valores con los participantes	Presentación con los adolescentes y comenzar a identificar valores
2. Lo que pasa dentro y fuera de mí	Reconocer emociones, pensamientos, sensaciones y realizar pre evaluación
3. Huyendo de la incomodidad	Introducir evitación experiencial
4. Salidas de emergencia	Acciones de evitación experiencial
5. Reflexión sobre mis acciones	Desesperanza creativa
6. Aceptando la incomodidad	Aceptación y Tolerancia al malestar
7. Las voces de mi mente	Defusión
8. A qué voz escucho	Defusión
9. La espera vale la pena	Valores
10. Para llegar a mi destino	Valores
11. Dispuesto a cambiar	Disposición al cambio, valores y acciones comprometidas
12. Tomando perspectiva	Yo como contexto
13. Llegando al final	Cierre de la intervención con adolescentes y aplicación de la post evaluación
Sesión de cierre	Evaluación con padres de familia

RESULTADOS

Análisis de resultados

Resultados cuantitativos.

Escala de Evaluación de Habilidades Sociales en Adolescentes (EEHSA).

Posteriormente, para obtener los resultados de la EEHSA, las respuestas de cada participante en la pre y post evaluación se computaron en la página de Manual Moderno “Instrumentos de Evaluación en línea” donde se obtuvieron los percentiles de cada factor de la escala y de cada uno de los participantes. Una vez obtenidos estos resultados se graficaron los datos para tener una mejor representación visual de la información.

Factores protectores y de riesgo.

Los datos de los factores protectores y de riesgo se obtuvieron a través de la escala visual análoga que tenía una medida de 10 cm. Para cada respuesta se midió con una regla los centímetros hasta donde el participante había marcado su respuesta, una vez obtenidos los datos de los factores protectores y de riesgo se obtuvo el cambio clínico para cada uno de ellos. Para identificar el cambio clínico por participante se consideró el porcentaje de cambio como la diferencia entre la puntuación de la post evaluación y la pre evaluación dividida entre la pre evaluación y se consideraron clínicamente significativos los cambios mayores a 20%, los cambios pueden indicar un deterioro o una mejoría clínica dependiendo del sentido de los datos (Cardiel, 1994).

Resultados cualitativos.

En cuanto a los resultados cualitativos, se analizaron las respuestas dadas por los participantes en la última sesión respecto a la percepción que tenían sobre sí mismos antes y después de la intervención. En una hoja de cálculo de Excel se agruparon por colores las respuestas que fueran similares o que abordaran los mismos temas, creando categorías para las respuestas que los participantes dieron antes y después de la intervención, éstas fueron aprobadas por consenso con el grupo de psicólogas que participaron en la intervención. Se crearon categorías hasta que no surgieron variaciones entre las respuestas de acuerdo con un criterio de saturación acordado entre las psicólogas (Mayan, 2009), el mismo proceso se llevó a cabo con las respuestas dadas por los padres de familia antes y después de la intervención.

Resultados

En esta sección se presentan los resultados de la Escala de Evaluación de Habilidades Sociales en Adolescentes (EEHSA), el cambio clínico significativo de los factores protectores individuales y familiares (tabla 3), así como de los factores de riesgo individuales (tabla 4) evaluados a través de una escala visual análoga, y por último la autopercepción que tenían los participantes (tabla 5) y la percepción que tenían los padres de familia respecto a sus hijos antes y después de la intervención (tabla 6).

Tabla 3.

Cambio clínico de los factores protectores entre la pre y la post evaluación

	Participante 1			Participante 2			Participante 3			Participante 4		
	Pre	Post	% Cambio clínico	Pre	Post	% Cambio clínico	Pre	Post	% Cambio clínico	Pre	Post	% Cambio clínico
Comer en familia	9.5	8.1	-14.73	10	9.6	-4	5.5	3.5	-36.36*	9.8	10	2.04
Apoyo familiar	9.6	10	4.16	8	9.3	16.25	4.7	7.2	53.19*	5	6.9	38*
Comunicación familiar	9.6	10	4.16	3.8	6.8	78.94*	4	7.3	82.5*	5	6.9	38*
Convivencia familiar	9.5	9.8	3.15	0.7	9.7	1285.71*	6.5	9.3	43.07*	7.8	7	-10.25
Ejercicio físico	6.4	10	56.25*	10	7.5	-25*	6.7	7.2	7.46	0.2	0	-100*
Horas de sueño	8	8	0	6	7	16.66	6	5	-16.66	10	10	0

Nota: En* se muestran los resultados de los factores protectores con cambio clínico significativo.

Factores protectores

En la tabla 3 se observa que en general los participantes tuvieron un aumento clínicamente significativo en la comunicación con su familia, realizan más actividades familiares y perciben mayor apoyo por parte de su ellos. Las conductas que tuvieron una disminución clínicamente significativa fueron, comer en familia y realizar ejercicio físico. Sobre las horas de sueño, aunque no hubo cambios clínicamente significativos, dos de los participantes duermen las horas recomendadas de acuerdo a su edad y en dos de ellos estas horas deberían aumentar para cumplir con las horas recomendadas de acuerdo a su edad (Hirshkowitz et al., 2015).

Tabla 4.

Cambio clínico de los Factores de Riesgo entre la pre y post evaluación

	Participante 1			Participante 2			Participante 3			Participante 4		
	Pre	Post	% Cambio clínico	Pre	Post	% Cambio clínico	Pre	Post	% Cambio clínico	Pre	Post	% Cambio clínico
Uso de fuerza y/o violencia	3.7	1.1	-70.27*	5.8	0.9	-84.48*	6.2	3.4	-45.16*	6.5	3.2	-50.76*
Riñas o peleas	0.3	0.7	133.33*	4.6	0	-100*	5.7	1.9	-66.66*	4.7	0	-100*
Pensamiento suicida	0.2	0	-100*	6.2	0	-100*	1.7	0.7	-58.82*	2.6	1.2	-53.84*
Autolesiones y/o autoagresiones	7.3	0	-100*	7	0.1	-98.57*	6	0	-100*	7.2	0	-100*
Consumo de alcohol	2.3	0	-100*	4.5	0	-100*	0	0	0	2.5	0	-100*
Consumo de Tabaco	1.3	0	-100*	1.4	0	-100*	0	0	0	4	0.5	-87.5*

Nota: En * se muestran los resultados de los factores de riesgo con cambio clínico significativo

Factores de riesgo

En la tabla 4 se presentan los resultados obtenidos en los factores protectores, se observa que todos los participantes presentaron disminución clínica significativa en casi todas las conductas de riesgo (uso de fuerza/ violencia, involucrarse en riñas o peleas, pensamiento suicida, autolesiones y/o autoagresiones y consumo de alcohol y tabaco), la única excepción fue en el participante 1 quién aumentó clínicamente su puntuación en la conducta de riñas o peleas. Los participantes también reportaron que consumen alcohol y tabaco cuando se sienten tristes, enojados o tienen algún problema. A su vez manifestaron que por lo menos un familiar y amigos cercanos consumen alguna de estas sustancias.

Autopercepción de los participantes

En seguida se presenta la tabla 5 con las categorías dadas por los participantes sobre la autopercepción que tenían antes y después de la intervención. Se puede notar que los adolescentes perciben mayor regulación de sus emociones, tienen motivación para cumplir con actividades escolares y del hogar, perciben mayor habilidad para permanecer en el presente, manifiestan mejores relaciones interpersonales, tienen una valoración positiva de sí mismos y mejor resolución de problemas después de la intervención.

Tabla 5.

Categorías de la autopercepción de los participantes antes y después de la intervención

Participantes	Antes	Después
Participante 1	Desregulación emocional Desconocimiento de sí mismo	Regulación emocional Valoración positiva de sí mismo Resolución de problemas
Participante 2	Dificultad en las relaciones interpersonales Desmotivación para cumplir y realizar actividades escolares y del hogar Dificultad para permanecer en el presente	Mejores relaciones interpersonales Motivación para cumplir y realizar actividades escolares y del hogar Mayor habilidad para permanecer en el presente Regulación emocional
Participante 3	Desmotivación para cumplir y realizar actividades escolares y del hogar Desregulación emocional	Motivación para cumplir y realizar actividades escolares y del hogar Regulación emocional
Participante 4	Dificultad para permanecer en el presente Desregulación emocional Desmotivación para cumplir y realizar actividades escolares y del hogar	Mayor habilidad para permanecer en el presente Valoración positiva de sí mismo Motivación para cumplir y realizar actividades escolares y del hogar Mejores relaciones interpersonales Resolución de problemas

Percepción de los padres de familia hacia sus hijos

La autopercepción de los participantes se relaciona con la percepción que tienen sus padres sobre ellos (tabla 6). Los padres de familia después de la intervención principalmente notaron cambios en la regulación de las emociones de sus hijos, consideran que cumplen con actividades escolares y del hogar, aceptan límites, perciben que sus hijos tienen mejores relaciones interpersonales y mayor resolución de problemas.

Tabla 6.

Categorías de la percepción de los padres de familia respecto a sus hijos antes y después de la intervención

Padres de familia	Antes	Después
Mamá del participante 1	Desregulación emocional Incumplimiento actividades escolares y del hogar Dificultad para aceptar límites Dificultades interpersonales	Regulación emocional Cumplimiento de actividades escolares y del hogar Aceptación de límites Mejores relaciones interpersonales Resolución de problemas
Papá del participante 2	Desregulación emocional Incumplimiento actividades escolares y del hogar Dificultades interpersonales Dificultad para aceptar límites	Regulación emocional Cumplimiento de actividades escolares y del hogar Mejores relaciones interpersonales Aceptación de límites
Mamá de la participante 3	Desregulación emocional Incumplimiento actividades escolares y del hogar	Regulación emocional Cumplimiento de actividades escolares y del hogar

Nota: La mamá de la participante 4 no asistió a sesión por lo que no se tienen los datos .

En cuanto a otros ítems cualitativos obtenidos de las preguntas abiertas de la ficha general de pacientes, el único tema que los participantes mencionaron respecto a las situaciones que les preocupaban tanto en la pre como en la post evaluación estuvo relacionado con la escuela expresado como “Problemas en la escuela”, “mis calificaciones” y “dejar de estudiar por situaciones de riesgo”.

Sobre lo que los participantes querían cambiar o mejorar, en la pre evaluación enfocaron sus respuestas a aspectos que tienen que ver con la resolución de problemas, reportando frases como “Ser fuerte en los problemas y resolver mis problemas (escolares y familiares)”; alejarse de conflictos expresado como “Evitar cosas que me lleven al peligro, ya no pelear con mi mamá”; temas escolares expresado como “sacar buenas calificaciones” y relacionado a volver al pasado reportado como “no haber nacida enferma, volver al pasado”.

En la post evaluación mencionaron temas relacionados con la escuela expresado como “mejorar mis calificaciones”; relacionados con problemas conductuales mencionado como “mejorar mi comportamiento”; aspectos que tienen que ver con la seguridad y estar bien consigo mismos.

Habilidades sociales

Respecto a los resultados de la EEHSA, se encontró que en la pre evaluación los participantes se ubicaron en las categorías más bajas en el factor de Habilidades Sociales para el Manejo de los Sentimientos (HSS) ya que estaban dentro de la categoría de déficits o repertorio normal bajo; en el de Habilidades Iniciales Básicas (HIB) estuvieron dentro de la categoría de déficits, repertorio normal bajo y normal alto, y en el de Planeación y Toma de

Decisiones (HPTD) tres de los participantes se ubicaron dentro de la categoría de repertorio normal bajo.

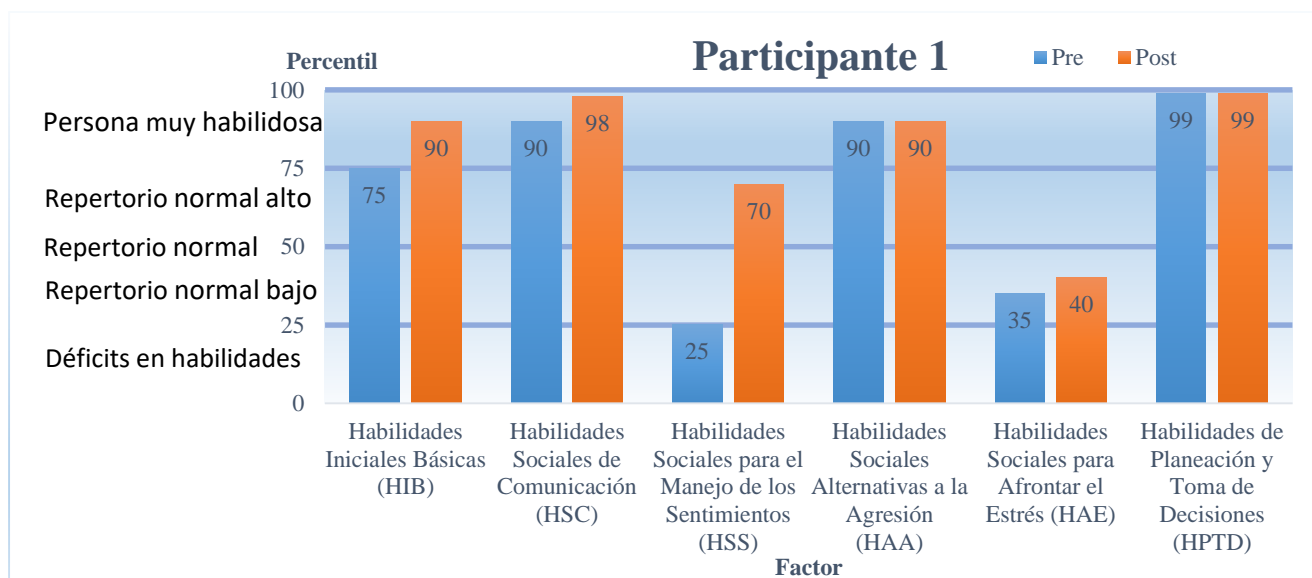
En la post evaluación el factor que obtuvo las categorías más altas fue el de Habilidades Sociales de Comunicación (HSC), en donde todos los participantes se ubicaron en la categoría de persona muy habilidosa; en el factor de Habilidades Sociales Alternativas a la Agresión (HAA) se obtuvieron resultados correspondientes a las categorías de repertorio normal alto y persona muy habilidosa, y por último, en el factor de Habilidades de Planeación y Toma de Decisiones (HPTD) tres participantes obtuvieron resultados correspondientes a la categoría de persona muy habilidosa.

El factor con las categorías más bajas en la post evaluación fue principalmente el de Habilidades Sociales para Afrontar el Estrés (HAE), en el cual tres de los participantes se ubicaron en la categoría de repertorio normal bajo y en el factor de Habilidades Sociales para el Manejo de los Sentimientos (HSS) un participante estuvo dentro de la categoría de déficits, dos en la categoría de repertorio normal y uno en repertorio normal alto. A continuación se detallan los resultados de cada participante.

Participante 1

Habilidades sociales

Figura 4. Participante 1 en la EEHSA en la pre y post evaluación



En la figura 4 se observa que en el participante 1 el cambio más notable en cuanto a categorías fue en el factor de Habilidades Sociales para el Manejo de los Sentimientos (HSS), que de estar dentro de la categoría de repertorio normal bajo en estas habilidades, en la post evaluación pasó a la categoría de repertorio normal alto, que se refiere a una persona con buenas habilidades para conocer y expresar sentimientos propios, ser empático, pedir ayuda, hacer cumplidos y disculparse.

También aumentó de categoría en las Habilidades Iniciales Básicas (HIB), de repertorio normal alto pasó a la categoría de persona muy habilidosa, habilidades que incluyen seguir instrucciones, ayudar a otros, agradecer, pedir permiso y escuchar.

El participante se mantuvo en la categoría de repertorio normal bajo en el factor de Habilidades Sociales para Afrontar el Estrés (HAE), habilidades que involucran emplear el autocontrol, afrontar la burla, mantenerse fuera de peleas, evitar problemas con los demás, reclamar y enfrentar el miedo.

Por último, en las Habilidades sociales de Comunicación (HSC), Alternativas a la Agresión (HAA) y de Planeación y Toma de decisiones (HPTD) el participante tanto en la pre como en la post evaluación se mantuvo en la categoría de persona muy habilidosa.

Factores protectores

En cuanto a los factores protectores (tabla 3), el único aumento clínico significativo en el participante fue en la realización de ejercicio físico, ya que en los demás factores (comer con su familia, la percepción de apoyo, comunicación y convivencia familiar).

Factores de riesgo

Se encontró que el participante disminuyó principalmente la frecuencia de pensamientos de muerte, ya no se agrede ni lesiona, no consume alcohol, ni tabaco y usa menos la violencia durante los conflictos (tabla 4). Sin embargo, este participante también reportó involucrarse más en riñas o peleas en la post evaluación, lo que se puede relacionar con los resultados obtenidos en el factor de Habilidades Sociales para Afrontar el Estrés (HAE) en el que el participante se mantuvo en la categoría de repertorio normal bajo. Esto se pudo observar en las sesiones ya que varias veces expresó molestia porque uno de los miembros de su familia se burlaba de él por ir al psicólogo.

Percepción del participante y de la madre/padre de familia

La percepción del participante que se muestra en la tabla 5, indica que antes de la intervención presentaba desregulación emocional expresado como “no sabía cómo controlar mis sentimientos” y desconocimiento de sí mismo expresado en frases como “no sabía cómo era en realidad...”.

Al terminar la intervención tiene una valoración positiva de sí mismo, lo expresó como “sé que de verdad importo”, tiene mejores estrategias de resolución de problemas expresado como “trato de arreglar de diferente manera los problemas”, lo que se relaciona con los resultados en las habilidades alternativas a la agresión (persona muy habilidosa) y con tener mayor regulación de sus emociones reportada en la siguiente frase “sé controlar mis sentimientos” que pudo haber influido en el control de sus impulsos para no usar la violencia. Estos resultados sugieren que aunque el participante solucione de forma diferente sus problemas, como evitar el uso de la violencia, aún se le dificultan las habilidades de autocontrol que pueden mantenerlo alejado de las riñas o peleas.

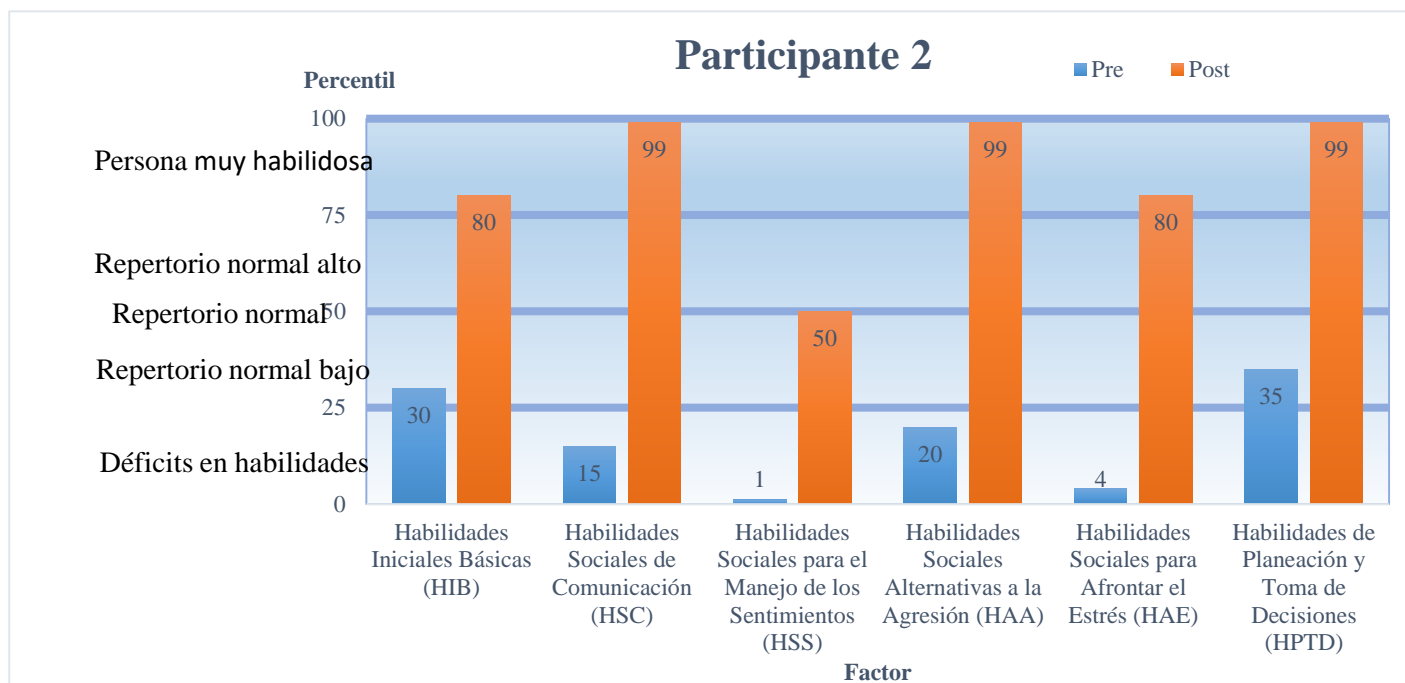
Se encontró que la autopercepción del participante coincidía con las respuestas dadas por la madre (tabla 6), ya que lo percibía con dificultades en la regulación emocional, expresó que “era impulsivo y agresivo”, notaba que no cumplía con actividades escolares ni del hogar reportado como “no hacía los deberes de la casa”, tenía dificultad para aceptar límites expresado en frases como “no aceptaba cuando se le llamaba la atención por sus errores” y presentaba dificultades interpersonales.

Después de la intervención, la madre del adolescente lo percibe con mejores relaciones interpersonales pues reporta que “se comunica, convive y habla más”, acepta límites expresado como “acepta reglas y consecuencias”, cumple con actividades escolares y del hogar expresado como “ayuda con los deberes de la casa” y al igual que el participante, considera que resuelve mejor los problemas y tiene mayor regulación de sus emociones, lo cual coincide con las altas puntuaciones en las habilidades sociales para el manejo de los sentimientos.

Participante 2

Habilidades sociales

Figura 5. Participante 2 en la EEHSA en la pre y post evaluación



Como se observa en la figura 5 en la pre evaluación el participante 2 se encontraba dentro de la categoría de déficits en cuatro factores; en el de Habilidades Sociales de Comunicación (HSC), para el Manejo de los Sentimientos (HSS), Alternativas a la Agresión (HAA) y para Afrontar el Estrés (HAE), a su vez presentaba repertorio normal bajo en las Habilidades Iniciales Básicas (HIB) y de Planeación y Toma de decisiones (HPTD).

Llama la atención que en la post evaluación obtuvo puntuaciones correspondientes a la categoría de persona muy habilidosa en cinco de los factores; en las Habilidades Iniciales Básicas (HIB), Sociales de Comunicación (HSC), Alternativas a la Agresión (HAA), para Afrontar el Estrés (HAE) y en las de Planeación y Toma de Decisiones (HPTD).

Por último, en el factor de Habilidades Sociales para el Manejo de los Sentimientos (HSS), el participante aumentó a la categoría normal después de la intervención.

Factores protectores

El participante reportó aumento clínico significativo en la convivencia y en la comunicación con su familia (tabla 3), lo que se relaciona con que el participante se ubicara en la categoría de persona muy habilidosa en el factor de comunicación, en las sesiones reportó que se comunicaba más con su familia y con sus compañeros de basquetbol. A su vez, presentó una disminución clínica significativa en la realización de ejercicio físico, continúa realizándolo pero con menos frecuencia.

Factores de riesgo

Se observa una desaparición de casi todas las conductas de riesgo en el participante (tabla 4), ya no se involucra en riñas y/o peleas, no tiene pensamientos de muerte, no consume alcohol ni tabaco, se lesiona y/o agrede menos y usa menos la violencia durante los conflictos.

Percepción del participante y de la madre/padre de familia

En la tabla 5 se observa que en primer lugar el participante reportó dificultades en sus relaciones interpersonales expresado en frases como “no me gustaba observar/mirar a los ojos al hablar” lo que también se pudo observar durante las primeras sesiones, no tenía motivación para cumplir o realizar actividades escolares y del hogar expresado como “realizaba las cosas por obligación”, que se relaciona con los resultados en el factor de habilidades iniciales básicas (repertorio normal bajo), habilidades que se relacionan con la falta de motivación y ayudar a otros, en este caso ayudar en casa, tenía dificultad para permanecer en el presente expresado en la frase “no prestaba atención a las cosas”, en las sesiones se notaba distraído.

Después de la intervención sus relaciones interpersonales mejoraron, lo expresó como “me he vuelto más sociable y más participativo”, en las sesiones tenía iniciativa para participar, sonreía más y hablaba con sus compañeros del grupo, también manifestó mayor habilidad para permanecer en el presente, mayor regulación emocional reportado como “soy más tolerante a las situaciones incómodas o que me disgustan”, lo que se corrobora con lo visto durante las sesiones, participaba a pesar de la incomodidad, también manifiesta tener motivación para realizar actividades escolares y ayudar con los deberes de la casa. El hecho

de que el participante mejorara sus relaciones interpersonales, manifestara mejor regulación emocional y tuviera mayor motivación sugiere que influyó en que el participante disminuyera las conductas de riesgo.

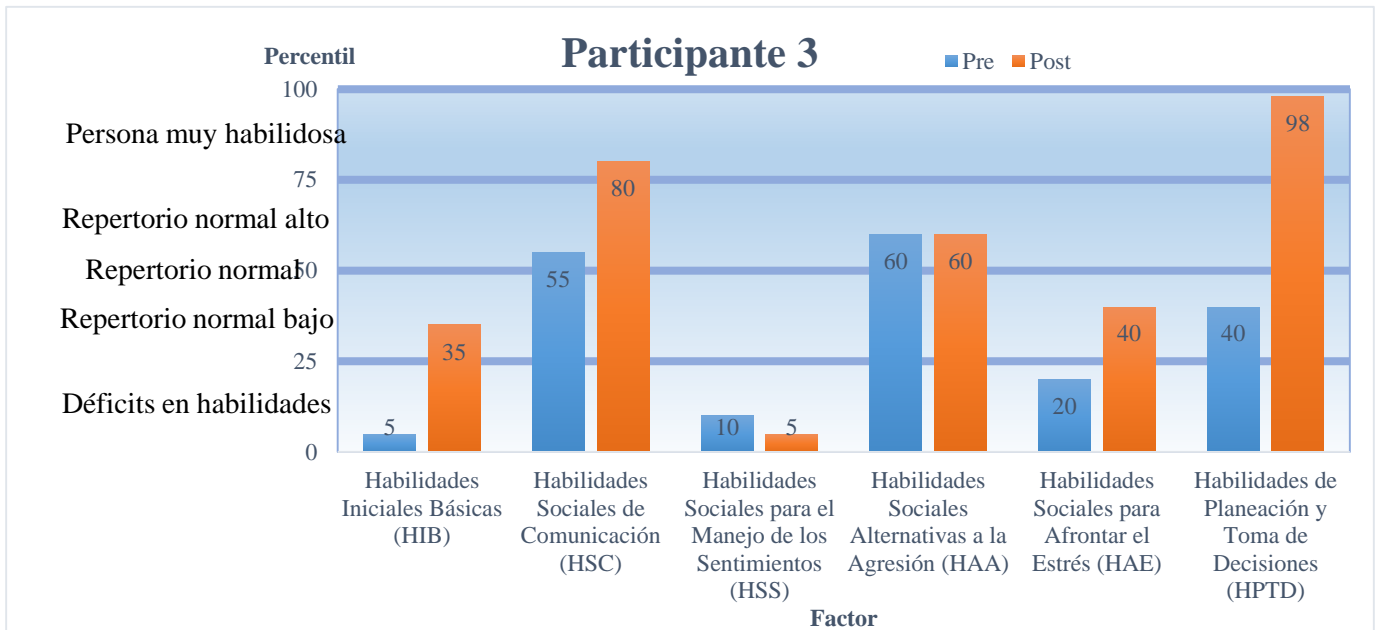
Por otro lado, el padre del participante principalmente notó que su hijo presentaba conductas relacionadas con la desregulación emocional expresado en frases como era “violento, agresivo” y no tenía motivación para cumplir con responsabilidades escolares ni del hogar. También lo percibía con dificultades en sus relaciones interpersonales, lo notaba “aislado” y con dificultad para aceptar límites.

Después de la intervención, el papá notó cambios respecto al cumplimiento de actividades escolares y del hogar, reportó que su hijo “apoya en las cosas de la casa”, considera que tiene mejores relaciones interpersonales ya que “comparte más cosas con la familia”, tiene mayor regulación emocional expresado como “es más tranquilo en los partidos y tiene mayor aceptación de límites, reportado en la frase “acepta las faltas que comete” (tabla 6).

Participante 3

Habilidades sociales

Figura 6. Participante 3 en la EEHSA en la pre y post evaluación



Respecto a los resultados observados en la figura 6, la participante 3 aumentó de categoría en el factor de Habilidades de Planeación y Toma de Decisiones (HPTD), que de estar en la de repertorio normal bajo incrementó su puntuación a la categoría de persona muy habilidosa, que implica reconocer sus propias capacidades, tomar decisiones por orden de importancia, planear actividades, afrontar el fracaso, resolver problemas y resistir a la presión de un grupo, estos resultados también podrían significar mayor independencia para la participante, que para ella era importante conseguir.

También aumentó de categoría en el factor de Habilidades Sociales de Comunicación (HSC) que de repertorio normal alto pasó a la categoría de persona muy habilidosa, lo cual coincide con lo que la participante comentaba en las sesiones, que se comunicaba mejor con su mamá y su hermana.

En los factores de Habilidades Iniciales Básicas (HIB) y Habilidades para Afrontar el Estrés (HAE), de estar la categoría de déficits aumentó a la categoría de repertorio normal bajo.

La participante se mantuvo en la misma categoría de repertorio normal alto en el factor de Habilidades Sociales Alternativas a la Agresión (HAA) y en la categoría de déficits en las Habilidades Sociales para el Manejo de los Sentimientos (HSS). Estos resultados concuerdan con lo que la madre mencionó en la última sesión, comentó que la participante recientemente había tenido una pelea a golpes con una de sus compañeras de la escuela, situación que pudo haber influido al contestar la escala.

Factores protectores

En la participante se observan cambios clínicos significativos en tres factores protectores (tabla 3); percibe mayor apoyo, comunicación y convivencia con su familia. A su vez, presentó una disminución clínica significativa en la frecuencia con la que come con su familia, esto puede deberse a que la participante realiza otras actividades con su familia, como ir a spinning.

Factores de riesgo

La participante manifestó ya no lesionarse ni agredirse, se involucra menos en riñas o peleas, tiene menos pensamientos de muerte y utiliza menos la violencia durante los conflictos. También reportó no haber probado nunca el alcohol y el tabaco (tabla 4).

Percepción del participante y de la madre/padre de familia

La participante manifestó que antes de la intervención no tenía motivación para realizar actividades escolares ni del hogar, refirió que “era algo desobligada” y tenía dificultades en la regulación de sus emociones expresado como “me enojaba mucho con mi mamá y mi hermana”.

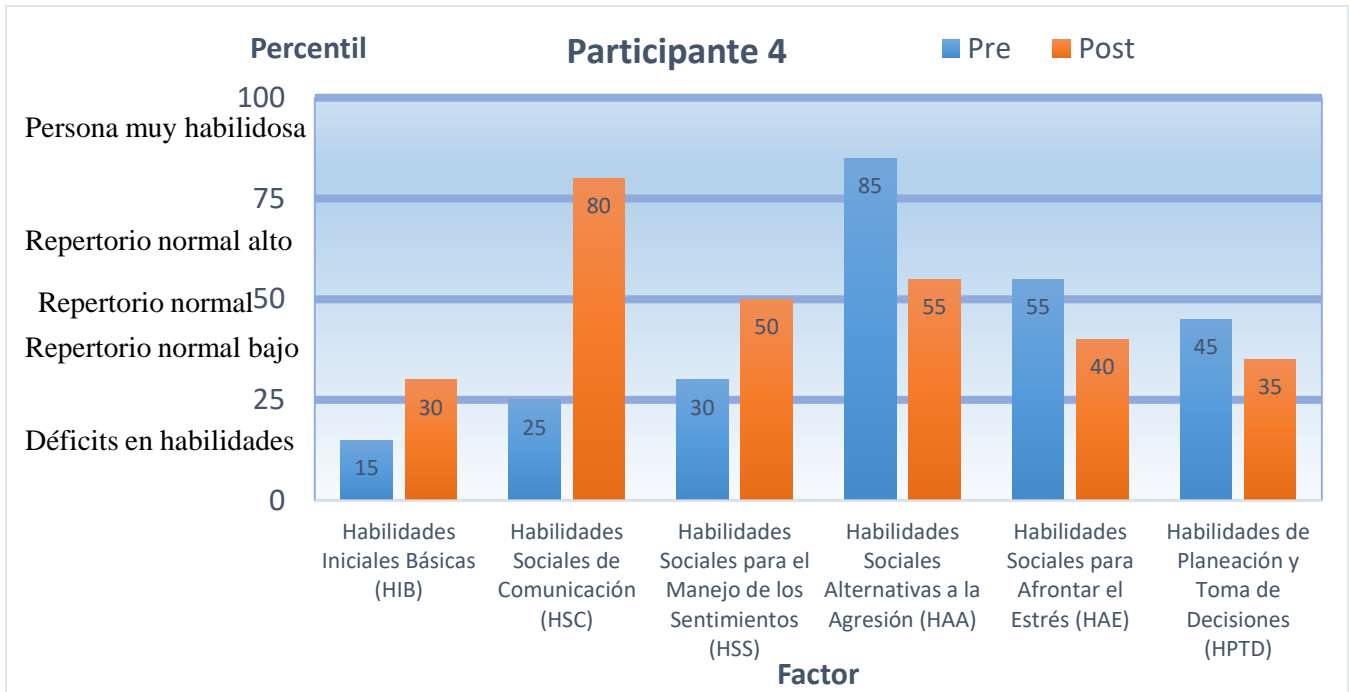
Considera que después de la intervención tiene motivación para realizar actividades expresándolo como “trabajo y cumplo con todo lo de mi escuela” sin necesidad de que su mamá se lo recuerde o se lo solucioné, además entre sus acciones comprometidas estaban hacer más actividades en casa como barrer y lavar los trastes. También percibe mejor manejo de sus emociones, mencionando lo siguiente “no nos enojamos ni gritamos [con su mamá y hermana]” (tabla 5).

En cuanto a la madre de la participante (tabla 6), la percibía con dificultades en la regulación de sus emociones expresado en frases como “gritaba cuando estaba frustrada” y reportó que la participante no cumplía con las actividades de la escuela mencionando que “no hacía la tarea”. Al terminar la intervención, la percibe con mayor regulación emocional expresado como “la veo más relajada” y cumple con las actividades, percibe que “tiene iniciativa en hacer la tarea y terminarla”, respuestas que coinciden con la autopercepción de la participante.

Participante 4

Habilidades sociales

Figura 7. Participante 4 en la EEHSA en la pre y post evaluación.



En el caso de la participante 4 (figura 7) se puede ver que en el factor de Habilidades Sociales de Comunicación (HSC) de estar dentro de la categoría de repertorio normal bajo aumentó a la categoría de persona muy habilidosa, lo cual significa que puede iniciar y mantener una conversación, participar en grupo, dar instrucciones, expresar punto de vista y ofrecer ayuda a otros de manera voluntaria. El siguiente aumento en cuanto a categorías fue en el factor para el Manejo de los Sentimientos (HSS) que de repertorio normal bajo pasó a la categoría de repertorio normal.

En el factor de Habilidades Iniciales Básicas (HIB) y en el de Planeación y Toma de Decisiones (HPTD), después de la intervención se ubicó dentro de la categoría de repertorio normal bajo.

En dos de los factores hay una disminución en cuanto a categorías; en las Habilidades Alternativas a la Agresión (HAA), de estar en la categoría de persona muy habilidosa disminuyó a la categoría de repertorio normal alto; en las habilidades para afrontar el Estrés (HAE) pasó de la categoría de repertorio normal alto a repertorio normal bajo, lo que significa que las habilidades para defender a un amigo, afrontar la vergüenza, autorrecompensarse, afrontar la frustración, defender sus derechos, convencer, negociar, expresar opiniones honestas, emplear autocontrol, mantenerse fuera de peleas y responder a una queja, disminuyeron.

Estos resultados llaman la atención ya que la participante durante las sesiones expresaba opiniones, toleraba la frustración, esto puede sugerir que aunque se pueden observar esas conductas en la participante, ella no lo percibe del mismo modo.

Factores protectores

La participante 4 manifestó cambios clínicos significativos en la percepción de apoyo y en la comunicación con su familia, lo que se relaciona con las puntuaciones altas en las habilidades de comunicación, la participante en las sesiones reportaba que tenía mejor relación con su mamá y su hermana, realizaban actividades juntas como ver series o películas. También presentó disminución clínica significativa en la realización de ejercicio físico, la participante desde el principio refirió que no le gustaba hacerlo (tabla 3).

Factores de riesgo

En cuanto a los factores de riesgo (tabla 4), la participante reportó ya no involucrarse en riñas o peleas, no se lesiona ni agrede, no consume alcohol, disminuyó la frecuencia de consumo de tabaco, de pensamientos de muerte y utiliza menos la violencia ante los conflictos.

Percepción del participante y de la madre/padre de familia

En la tabla 4 se observa que la participante 4 percibía que antes de la intervención tenía dificultad para permanecer en el presente reportado como “pasaba mucho tiempo en mi mente”, manifestaba dificultad en la regulación de sus emociones expresado como “tenía mucho miedo”, no tenía motivación para hacer las cosas y mencionó que “era apática”.

Ahora la participante tiene valoración positiva de sí misma expresado como “ me siento importante”, manifiesta motivación para realizar actividades escolares y del hogar reportando frases como “me esfuerzo más”, lo que concuerda con lo observado en sesiones, al principio no llevaba a cabo “los ejercicios para casa” y al final entregaba todos, se percibe con mejores relaciones interpersonales expresado como “soy más empática”, al principio de las sesiones tenía una expresión facial seria y después de varias sesiones su expresión cambio a estar más sonriente y hablaba con otros miembros del grupo, tiene mayor habilidad para permanecer en el presente y posee mejores estrategias de resolución de problemas. La madre de la participante no acudió a la sesión con los padres de familia por lo que no se tienen los datos.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El objetivo principal del presente estudio fue evaluar si una intervención grupal basada en la Terapia de Aceptación y Compromiso mejoraba las habilidades sociales de un conjunto de adolescentes de un hospital pediátrico.

En general, se encontró que los adolescentes después de la intervención presentaron mejores habilidades de comunicación, alternativas a la agresión, así como de planeación y toma de decisiones. Asimismo, disminuyeron conductas de riesgo personales y aumentaron conductas protectoras personales y familiares. Al final de la intervención se percibieron con mayor regulación emocional, con motivación para realizar actividades, manifestaron mejores relaciones interpersonales, mayor habilidad para permanecer en el presente, mejor resolución de problemas y tuvieron una valoración positiva de sí mismos, respuestas que coincidieron con las que dieron sus padres.

Después de la intervención, los cuatro participantes se ubicaron en la categoría de persona muy habilidosa en las habilidades de comunicación y obtuvieron un aumento clínico significativo en el factor protector de comunicación familiar; estos resultados podrían indicar que al tener buenas habilidades para iniciar y mantener una conversación, para participar en grupo, dar instrucciones, expresar su punto de vista y ofrecer ayuda de manera voluntaria favorece a desarrollar una mejor relación con sus pares y con su familia. Estos resultados son relevantes, ya que se ha encontrado que la comunicación familiar actúa como factor protector ante los problemas de salud mental e influye positivamente en el bienestar psicológico de los adolescentes (Estévez, Musitu y Herrero,2005).

Asimismo, Harrellet al. (2008) mencionan que el aumento en las habilidades de comunicación genera que los adolescentes se sientan más seguros de sí mismos y de su capacidad para participar en actividades y conversaciones. Esto también se vio reflejado en este estudio ya que conforme pasaban las sesiones, los adolescentes participaban más de forma voluntaria en las actividades del grupo.

Por otro lado, los participantes también aumentaron sus habilidades alternativas a la agresión lo que se relacionó con la disminución clínicamente significativa del uso de la violencia durante los conflictos, con la percepción que tenían de sí mismos expresado en frases como “no soy nada agresivo” y con la percepción que los padres tenían sobre ellos.

Estos resultados indican que los adolescentes desarrollaron diferentes estrategias para la resolución de problemas en lugar de utilizar la agresión, como en el caso de la mamá del participante 1 quien mencionó que su hijo “todavía se enoja pero regresa a platicar y a solucionar el problema”, lo que coincide con lo encontrado por Gómez et al (2014), en donde adolescentes participaron en un protocolo breve basado en ACT enfocado en disminuir problemas de conducta e impulsividad; los autores encontraron que los participantes disminuyeron el uso de la violencia, aumentaron la tolerancia a la frustración y tuvieron una percepción positiva de sí mismos.

Los resultados de este estudio son importantes ya que se ha observado que los adolescentes se comportan de forma agresiva para evitar sus propias emociones dolorosas que surgen de las interacciones con otras personas, lo cual puede ser una forma de evitación experiencial (Blasco, Martínez, Pérez y Valdivia-Salas,2018; Theodore-Oklotá et al., 2014)por esto es importante entrenar a los adolescentes sobre los efectos perjudiciales de la evitación experiencial y promover mejores estrategias de solución de problemas.

Frecuentemente los adolescentes tienen diferentes estrategias de solución de problemas que les impide acercarse a tener una vida valiosa, muchas de estas estrategias están relacionadas con problemas internalizados como ansiedad, depresión e intento suicida, y con problemas externalizados como delincuencia y abuso de sustancias (Jiang, Lyons y Huebner, 2016).

Los adolescentes se encuentran en la etapa de desarrollo psicosocial, buscan su propia identidad y la pertenencia a un grupo social (Santrock, 2006), por lo que resulta más fácil persuadirlos a consumir algún tipo de drogas, ya sea por la curiosidad, por la presión del grupo de amigos, por el contexto en el que se desenvuelven (González et al., 2014) e incluso para evitar el malestar, como en el caso de los participantes que mencionaron que consumían alcohol y tabaco cuando se sentían tristes, estaban enojados o tenían algún problema, resultados que coincidieron con los de la Secretaría de Salud (2016), en donde a través de una encuesta, encontraron que las personas inician con el consumo de alcohol por diversas causas, principalmente por la curiosidad (29.4%), seguida por la invitación de amigos (13.5%), la experimentación (12.4 %), los problemas familiares (10%), la influencia de amigos (9.4%), la aceptación del grupo (4.1 %), por invitación de familiares (2.9%) o depresión (2.4%).

Después de la intervención los tres participantes que refirieron haber probado alguna droga (alcohol y tabaco) redujeron su consumo, lo que también se puede relacionar al aumento de las habilidades de planeación y toma de decisiones, ya que el factor de estas habilidades incluía ítems respecto a resistir a la presión del grupo evaluando ventajas y desventajas para elegir lo que consideraban mejor, y responder a la persuasión para decidir lo que realmente deseaban hacer y así poder acercarse más al tipo de vida que querían tener.

Los autores Dindo et al. (2017), mencionan que ACT ayuda a las personas a desarrollar atención plena sobre sus comportamientos y si estos son viables para tener una vida más valiosa, lo cual podría sugerir que en este estudio, los participantes desarrollaron atención plena de que los comportamientos que tenían no les estaban funcionando para tener una vida valiosa por lo que decidieron cambiar sus conductas. Al finalizar la intervención los participantes tuvieron mayor compromiso para llevar a cabo las normas sociales, aceptaban límites y respetaban a las figuras de autoridad.

Las intervenciones basadas en Mindfulness (atención plena) y ACT han demostrado efectividad para aumentar la regulación emocional, mejorar el autoconcepto, disminuir problemas internalizados y externalizados, y de forma secundaria mejorar las habilidades sociales (Beauchemin et al.,2008); Harnett y Dawe, 2012; Norouzi et al. 2017; Schonert-Reichl y Lawlor,2010).

Entre las intervenciones basadas en mindfulness se ha encontrado que el programa de Reducción de Estrés Basado en Mindfulness (MBSR, por sus siglas en inglés), disminuye los niveles de estrés que perciben los adolescentes, ya que se enfoca en distinguir las sensaciones, pensamientos y emociones que la situación les provoca y con tan solo notarlos disminuye la angustia que sienten en ese momento (Díaz-González, Pérez, Sánchez-Raya, Moriana y Sánchez, 2018).

El presente estudio difiere de lo encontrado por Díaz-González et al. (2018), debido a que en las habilidades de afrontamiento al estrés, al final de la intervención, tres de los participantes se ubicaron dentro de las categorías más bajas, lo que puede sugerir que a pesar de que los participantes pudieron distinguir sus experiencias privadas, la angustia no disminuyó, lo que los llevó a involucrarse en peleas en el caso de los participantes 1 y 4

(quien lo manifestó en los factores de riesgo) y en la participante 3 (situación que su mamá reportó verbalmente).

Sin embargo, los adolescentes mejoraron la forma en que la angustia interfería con la percepción y valoración que tenían sobre ellos mismos, mencionaron frases como “me siento importante “ y “ahora sé que de verdad importo”, resultados que coinciden con los de la Fuente et al, (2010) en los que a través de una intervención basada en mindfulness los participantes percibieron mayor regulación emocional, lo que generó una mejor autovaloración en los participantes.

Dentro de los objetivos de la Terapia de Aceptación y Compromiso está ayudar a las personas a tener una vida valiosa, la reducción de síntomas es un efecto secundario que a menudo se observa una vez que las personas comienzan a realizar conductas guiadas por sus valores (Coyne, et al., 2011).

Al relacionar lo percibido por los participantes después de la intervención con el modelo del hexaflex, se pudo observar que:

Los adolescentes tuvieron la disposición de aceptar el malestar para poder acercarse a sus valores expresado como “puedo mantener una conversación mirando a los ojos” y ”soy más tolerante a las situaciones incómodas.

Asimismo se defusionaron de sus pensamientos, es decir, cambiaron la función de estos, por ejemplo; en lugar de tomar el pensamiento “seguro me voy a equivocar” un participante decidió actuar de forma diferente expresado como “ya no tengo tanto miedo de equivocarme o que las cosas no salgan como yo planeo”.

Los participantes mejoraron en las habilidades de atención plena reportado como “puedo prestar atención a las cosas...” y “puedo estar en el aquí y ahora”

Los participantes también actuaron con base en su yo como contexto, por ejemplo: “hago más cosas por mi cuenta o sola” en lugar de actuar apegándose al concepto que tenían de sí mismos: “soy una persona dependiente”.

Los adolescentes llevaron a cabo acciones basadas en sus valores, expresado en frases como “llego temprano”, “trabajo y cumplo con todo lo de mi escuela”, y “[soy] más sociable y participativo”.

Finalmente se observó mayor flexibilidad psicológica, ya que los participantes tuvieron la capacidad de cambiar su conducta y mantener esos cambios para acercarse más a sus valores.

Esta intervención grupal basada en la Terapia de Aceptación y Compromiso cumplió con el objetivo principal, mejorar las habilidades sociales del grupo de adolescentes. Además de manifestar cambios en las habilidades sociales, los participantes también presentaron cambios en los factores protectores y de riesgo, cambiaron la percepción que tenían de sí mismos e incrementaron conductas para acercarse al tipo de persona que querían llegar a ser, p, ej., el participante 1 se inscribió al gimnasio en lugar de pasar tiempo en la calle con sus amigos; el participante 2 regresó a jugar basquetbol; la participante 3 hace más actividades por sí sola como prepararse de comer o lavar su uniforme y la participante 4 regresó a estudiar.

Los resultados de esta intervención no son generalizables debido a que el grupo no constituyó una muestra representativa, sin embargo, este estudio es un primer acercamiento

de una intervención grupal basada en ACT enfocada específicamente en las habilidades sociales, demostrando ser eficaz en un grupo de adolescentes con características particulares.

Sugerencias y propuestas futuras

A continuación se presentan sugerencias que fueron de utilidad en esta intervención, así como propuestas para siguientes investigaciones con el objetivo de reducir los errores y mejorar la efectividad de la intervención.

Se recomienda llevar a cabo ejercicios experienciales dinámicos con el objetivo de que el aprendizaje de los procesos sea experiencial y no teórico.

El aprendizaje de los procesos se puede dar mejor cuando los participantes se atreven a compartir experiencias privadas difíciles de manejar (autorevelaciones) o anécdotas de situaciones (Livheim et al.,2014). Asimismo las autorevelaciones ayudan a los participantes a tolerar el malestar de ser expuestos ante el grupo, y por otro lado ayuda a los otros miembros del grupo a no sentir que son los únicos con alguna problemática.

En este enfoque se espera que no solo los participantes lleven a cabo los ejercicios experienciales y hagan autorevelaciones, sino que también los terapeutas tengan un rol activo en el grupo (Barraca,2009), es decir, que participen en todos los ejercicios y lleven a cabo acciones comprometidas. En esta intervención se observó que al momento de que una psicóloga mencionaba una situación incómoda o difícil de manejar para ella, los participantes se animaban a compartir las suyas.

Se plantea la necesidad de tener mayor control metodológico por medio de un grupo control para asegurar la validez interna.

Resultaría de utilidad que en futuras intervenciones se realizaran seguimientos, ya que en este caso, no se puede llegar a conclusiones sobre el mantenimiento a largo plazo de los efectos del tratamiento.

En próximos estudios se propone medir la disminución de los síntomas psicológicos (principalmente ansiedad y depresión) con el objetivo de corroborar la disminución de síntomas y para tener una medida más objetiva de cambio además de tener la percepción subjetiva de los participantes.

Se propone llevar a cabo las sesiones semanalmente y disminuir el número a aproximadamente ocho sesiones para no perder continuidad y evitar la inasistencia. Otra ventaja, es que se pueden realizar más grupos de intervención sobre todo si hay pocos espacios disponibles o personal para atender grupos simultáneos, además de que Halliburton y Cooper (2015) sugieren que se pueden integrar nuevos participantes o quienes deseen volver a estar en el grupo con el fin de trabajar en habilidades específicas o áreas en las que presenten mayor debilidad.

Asimismo se sugiere considerar intervenciones breves debido a que se llevan a cabo en un hospital y es probable que la intervención se interponga con otra cita médica.

Se recomienda integrar a los padres de familia en la intervención, ya sea crear sesiones específicas para ellos en donde se trabajen los procesos de ACT con la finalidad de que sepan cómo ayudar a sus hijos, ya que se ha encontrado que el incluir a los padres en las sesiones resulta más efectivo para el éxito de las intervenciones (Halliburton y Cooper, 2015)

Una de las sesiones que se recomienda cambiar, en caso de replicar la intervención es la sesión 12, llamada “tomando perspectiva”, ya que se ha considerado que incluir el

proceso “yo como contexto” resulta confuso y difícil de transmitir a los participantes debido a la complejidad del concepto (Burckhardt et al., 2017). Esto se pudo observar en la sesión al momento de intentar explicar el ejercicio de atención plena y el ejercicio experimental de las historias alternativas, a los participantes no les hizo mucho sentido.

En lugar de establecer una sesión específica para el proceso yo como contexto, se sugiere que se lleve a cabo a través de los demás procesos y que se evalúe por medio de registros conductuales para corroborar que los participantes toman perspectiva.

Se sugiere modificar el ejercicio de atención plena de la sesión 9 “La espera vale la pena”, debido a que las instrucciones no fueron claras y resultó confuso para los participantes. En lugar de este ejercicio, se recomienda realizar uno donde los participantes puedan ver sus pensamientos como burbujas (Hayes et al., 2016).

Se plantea la opción de evitar el uso de registros conductuales para casa, ya que se observó que la mayor parte del tiempo los participantes no los llevaban a cabo. Como opción se sugiere llevar evidencias al grupo por medio de fotografías, videos, realizar seguimientos telefónicos o por mensaje de texto.

Se recomienda buscar instrumentos que sean fáciles de responder para los participantes. En este caso la EEHSA resultó confusa por los diferentes incisos a responder; como marcar la persona ante la cual se presenta la situación e indicar el lugar en el que se presenta, lo que generó que los participantes se aburrieran.

Para futuras investigaciones se propone traducir y validar instrumentos que midan procesos de ACT como The Child Acceptance and Mindfulness Measure, CAMM (Greco, Baer y Smith, 2011) para medir la atención plena y aceptación en los adolescentes y The

Avoidance and Fusion Questionnaire for Youths, AFQ-Y (Greco, Murrell y Coyne, 2010) para evitación experiencial y fusión, esto con la finalidad de saber qué procesos de ACT actúan como mecanismos de cambio de la conducta, así como evaluar cómo se manifiestan estos procesos en los adolescentes.

Por último, se espera que este proyecto de investigación sea el inicio de nuevas propuestas desde la Terapia de Aceptación y Compromiso para buscar que los adolescentes mejoren sus habilidades sociales para que puedan tener mayor satisfacción con la vida a pesar de presentar dificultades.

REFERENCIAS

- Aguilar, G., De Bran, M. P., y De Herrarte, L. A. (2014). Desarrollo de habilidades sociales en niños y adolescentes: programas para padres, docentes y psicólogos. Editorial Trillas.
- Allgoewer, A., Wardle, J., y Steptoe, A. (2001). Depressive symptoms, social support, and personal health behaviors in young men and women. *Health Psychology*, 20, 223-237.
- Angélico, A. P., Crippa, J. A. D. S., y Loureiro, S. R. (2013). Social anxiety disorder and social skills: A critical review of the literature. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 7(4), 16.
- Anuario de Morbilidad 1984-2018. (2019). Morbilidad por grupo de edad. Recuperado de http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/anuario/2018/principales/estatal_grupo/df.pdf
- Apsche, J. A., Bass, C. K., y Siv, A. M. (2005). A review and empirical comparison of three treatments for adolescent males with conduct and personality disorder: Mode Deactivation Therapy, Cognitive Behavior Therapy and Social Skills Training. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 1(4), 371.
- Barkin, S. L., Smith, K. S., y DuRant, R. H. (2002). Social skills and attitudes associated with substance use behaviors among young adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 30(6), 448–454. doi:10.1016/s1054-139x(01)00405-0.
- Barra, E. (2004). Influencia del estado emocional en la salud física. En Oblitas, L. Manual de psicología clínica y de la salud hospitalaria. Bogotá: PSICOM.
- Barra, E., Cancino, V., Lagos, G., Leal, P y San Marti, J.(2005). Factores psicosociales y problemas de salud reportados por adolescentes. *Psicología y Salud*. 15(2), 231-239
- Barraca, J. (2009). Habilidades Clínicas en la Terapia Conductual Tercera Generación. *Clínica y Salud*, 20(2), 109-117

- Barthel, D., Ravens-Sieberer, U., Nolte, S., Thyen, U., Klein, M., Walter, O., Meyrose, A., Rose M., y Otto, C. (2018). Predictors of health-related quality of life in chronically ill children and adolescents over time. *Journal of psychosomatic research*, 109, 63-70. doi:10.1016/j.jpsychores.2018.03.005
- Bayliss, E., Bonds, D., Boyd, M., Davis, M. Finke, B., Fox, H.,... y Lind, C. (2014). Understanding the context of health for persons with multiple chronic conditions: moving from what is the matter to what matters. *The Annals of Family Medicine*, 12(3), 260-269.
- Beauchemin, J., Hutchins, T. L., y Patterson, F. (2008). Mindfulness meditation may lessen anxiety, promote social skills, and improve academic performance among adolescents with learning disabilities. *Complementary Health Practice Review*, 13(1), 34-45.
- Beck, A.T. (1970). Cognitive Therapy: Nature and relation to Behavior Therapy. *Behavior Therapy*, 1, 184-200.
- Benjet C., Borges G., Medina-Mora M., Méndez, E., Fleiz, C., Rojas, E., y Cruz C.(2009). Diferencias de sexo en la prevalencia y severidad de trastornos psiquiátricos en adolescentes de la Ciudad de México. *Salud Mental*.32(2):155-163
- Benjet, C., Borges, G., Medina- Mora, M., Zambrano, J., y Aguilar, S. (2009). Youth mental health in a populous city of the developing world: results from the Mexican Adolescent Mental Health Survey. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50(4), 386–395. doi:10.1111/j.1469-7610.2008.01962.x
- Berbena, M. A. Z., Sierra, M. D. L. D. V., y Vivero, M. D. C. V. (2017). Inteligencia emocional y habilidades sociales en adolescentes con alta aceptación social. *Electronic Journal of Research in Education Psychology*, 6(15), 321-339.
- Berger, K. S. (2015). *Psicología del desarrollo: infancia y adolescencia*. (9ª ed.). Madrid: Médica Panamericana
- Blasco, V. J. V., Martínez, A. C., Pérez, D. E., y Valdivia-Salas, S. (2018). Relación entre Agresividad e Inflexibilidad Psicológica Durante la Adolescencia: Resultados Preliminares. *Informació psicològica*, (115), 107-118.

- Boggiano, J.P y Gagliesi. (2018). Terapia dialéctico conductual: Introducción al tratamiento de consultantes con desregulación emocional. Argentina:Edulp
- Burckhardt, R., Manicavasagar, V., Batterham, P. J., Hadzi-Pavlovic, D., y Shand, F. (2017). Acceptance and commitment therapy universal prevention program for adolescents: a feasibility study. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 11(1). doi:10.1186/s13034-017-0164-5
- Caballo, V. E. (1986). Evaluación de las habilidades sociales. *Evaluación conductual. Pirámide, Madrid*, 553-595.
- Caballo, V. E. (2007). Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales. Madrid: Siglo XXI.
- Caraveo, J. J y Anduaga. (2007). Cuestionario breve de tamizaje y diagnóstico de problemas de salud mental en niños y adolescentes: algoritmos para síndromes y su prevalencia en la Ciudad de México. Segunda parte. *Salud Mental*, 30, 48-55.
- Carcamo, C.S.(2017).Fortalecimiento de habilidades sociales para disminuir el nivel de agresividad en niñas y preadolescentes institucionalizadas.(Tesis de pregrado). Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México
- Cardiel, R.M.(1994).La medición de la Calidad de Vida. En Moreno, F. Cano-Valle, H. y García-Romero (Eds). *Epidemiología Clínica*. México: Interamericana-McGraw Hill
- Cardozo, G. (2005). Adolescencia. Promoción de la salud y resiliencia. Córdoba: Editorial Brujas
- Carmona, M. G., y López, J. E. (2015). Autoconcepto, dificultades interpersonales, habilidades sociales y conductas asertivas en adolescentes. *Revista Española de Orientación y Psicopedagogía*, 26(2), 42-58.
- Centeno, C.C.(2011). Las Habilidades Sociales: Elemento clave en nuestras relaciones con el mundo. Editorial. Formación Alcalá
- Chen, C. H., Lee, I. J., y Lin, L. Y. (2015). Augmented reality-based self-facial modeling to promote the emotional expression and social skills of adolescents with autism spectrum disorders. *Research in developmental disabilities*, 36, 396-403.

- Coyne, L. W., McHugh, L., y Martinez, E. R. (2011). *Acceptance and Commitment Therapy (ACT): Advances and Applications with Children, Adolescents, and Families*. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 20(2), 379–399. doi:10.1016/j.chc.2011.01.010
- Creswell, J. W., & Clark, V. L. P. (2017). *Designing and conducting mixed methods research*. Sage publications
- Daunic, A. P., Smith, S. W., Brank, E. M., y Penfield, R. D. (2006). Classroom-based cognitive-behavioral intervention to prevent aggression: Efficacy and social validity. *Journal of School Psychology*, 44(2), 123–139. doi:10.1016/j.jsp.2006.01.005
- de la Fuente, M., Justo, C. F., y Granados, M. S. (2010). Efectos de un programa de meditación (mindfulness) en la medida de la alexitimia y las habilidades sociales. *Psicothema*, 22(3), 369-375.
- Del Prette, Z. A. P., Rocha, M. M., Silvaes, E. M., y Del Prette, A. (2012). Social skills and psychological disorders: Converging and criterion-related validity for YSR and IHSA-
- Díaz ,M.I., Ruiz M.A., y Villalobos, A. (2017). Manual de Técnicas y Terapias Cognitivo Conductuales. Descleé p.p31-85
- Díaz-González, M. C., Pérez, C., Sánchez-Raya, A., Moriana, J. A., y Sánchez, V. (2018). Mindfulness-based stress reduction in adolescents with mental disorders: A randomised clinical trial. *Psicothema*, 30(2), 165-170.
- Dindo, L., Van Liew, J. R., y Arch, J. J. (2017). *Acceptance and Commitment Therapy: A Transdiagnostic Behavioral Intervention for Mental Health and Medical Conditions*. *Neurotherapeutics*, 14(3), 546–553. doi:10.1007/s13311-017-0521-3
- Domínguez, J., e Ybañez, J. (2016). Adicción a las redes sociales y habilidades sociales en estudiantes de una institución educativa privada. *Propósitos y Representaciones*, 4(2), 181 - 230. doi:http://dx.doi.org/10.20511/pyr2016.v4n2.12

- Eisenberg, N., y Morris, A. D. (2004). Moral cognitions and prosocial responding in adolescence. In R. M. Lerner & L. Steinberg (Eds.). *Handbook of adolescent psychology* (2nd ed., pp. 155-188). Hoboken, NJ: Wiley.
- Ellis, A. (1993). Changing rational- emotive therapy (RET) to rational emotive behavior therapy (REBT). *Behavior Therapist*, 16,257-258
- Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica.(2014). La anticoncepción: Implicaciones en el embarazo adolescente, fecundidad y salud reproductiva en México. Recuperado de http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/Productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva_estruc/702825089627.pdf.
- Erskine, H., Baxter, A., Patton, G., Moffitt, T., Patel, V., Whiteford, H., y Scott, J. (2017). The global coverage of prevalence data for mental disorders in children and adolescents. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 26(4), 395-402. doi:10.1017/S2045796015001158
- Estévez E., Musitu, G., y Herrero, J. (2005). El rol de la comunicación familiar y del ajuste escolar en la salud mental del adolescente. *Salud mental*, 28(4), 81-89.
- Fernández, P., y Ruiz D. (2008). La Inteligencia Emocional en la Educación. *Revista Electrónica de Investigación Psicoeducativa*, 6 (15), 421-436.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2011). Estado Mundial de la Infancia 2011. La adolescencia: una época de oportunidades. Recuperado de https://www.unicef.org/bolivia/UNICEF_-Estado_Mundial_de_la_Infancia_2011_-_La_adolescencia_una_epoca_de_oportunidades.pdf
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2016). Adolescents mortality. Recuperado de <https://data.unicef.org/topic/adolescents/mortality/>
- 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*, 9(2), 221-246.
- Goldstein, A. (1989). *Habilidades sociales y autocontrol en la adolescencia*. Madrid: Martínez Roca

- Gómez, M.J., Luciano, C., Páez-Blarrina, M., Ruiz, F.J., Valdivia-Salas, S., y Gil-Luciano, B. (2014). Brief ACT protocol in at-risk adolescents with conduct disorder and impulsivity. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 14, 307-332.
- González, M. T., Espada, J. P., Guillén-Riquelme, A., y Orgilés, M. (2014). ¿Consumen más drogas los adolescentes con déficit en habilidades sociales?. *Revista Española de Drogodependencias*. 39 (4) 14-28.
- Greco, L, Baer, R. A., & Smith, G. T. (2011). Assessing mindfulness in children and adolescents: Development and validation of the child and adolescent mindfulness measure (CAMM). *Psychological assessment*, 23(3), 606.
- Greco L, Murrell A y Coyne L. (2010) Avoidance and fusion questionnaire for youth. Available at: www.contextualpsychology.org. The first author at Department of Psychology.
- Greco, L. A., y Hayes, S.C. (Eds.). (2008). *Acceptance & mindfulness treatments for children & adolescents: A practitioner's guide*. New Harbinger Publications.
- Grégoire, S., Lachance, L., Bouffard, T., y Dionne, F. (2018). The use of acceptance and commitment therapy to promote mental health and school engagement in university students: A multisite randomized controlled trial. *Behavior therapy*, 49(3), 360-372.
- Gresham, F. (2014). Evidence-Based Social Skills Interventions for Students at Risk for EBD. *Remedial and Special Education*, 36(2), 100–104. doi:10.1177/0741932514556183
- Halliburton, A. E., y Cooper, L. D. (2015). Applications and adaptations of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for adolescents. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 4(1), 1–11. doi:10.1016/j.jcbs.2015.01.002
- Harnett, P. H., y Dawe, S. (2012). *The contribution of mindfulness-based therapies for children and families and proposed conceptual integration*. *Child and Adolescent Mental Health*, 17(4), 195–208. doi:10.1111/j.1475-3588.2011.00643.x

- Harrell, A. W., Mercer, S. H., y DeRosier, M. E. (2008). Improving the Social-Behavioral Adjustment of Adolescents: The Effectiveness of a Social Skills Group Intervention. *Journal of Child and Family Studies*, 18(4), 378–387. doi:10.1007/s10826-008-9241-y
- Hayes, L., Boyd, C. P., y Sewell, J. (2011). Acceptance and Commitment Therapy for the Treatment of Adolescent Depression: A Pilot Study in a Psychiatric Outpatient Setting. *Mindfulness*, 2(2), 86–94. doi:10.1007/s12671-011-0046-5
- Hayes, S.C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behaviortherapy*, 35, 639-665.
- Hayes, S.C., Barnes-Holmes, D. y Roche, B. (2001). Relational frame theory: A post-Skinnerian account of human language and cognition. Nueva York: Plenum Press
- Hayes, S.C., Strosahl, K.D, y Wilson, K. (2016). Acceptance and Commitment Therapy. The Process and Practice of Mindful Change. New York: The Guilford Press.
- Hayes, S.C., Strosahl, K.D., y Wilson, K.G. (1999). Acceptance and commitment therapy. Nueva York: The Guilford Press
- Hirshkowitz, M., Whiton, K., Albert, S. M., Alessi, C., Bruni, O., Don Carlos, L., ... Ware, J. C. (2015). National Sleep Foundation's updated sleep duration recommendations: final report. *SleepHealth*, 1(4), 233–243. doi:10.1016/j.sleh.2015.10.004
- Hospital Infantil Federico Gómez. (2017). Anuario estadístico de servicios médicos. Recuperado de <http://himfg.com.mx/descargas/documentos/planeacion/AnuariosEst/AnuarioHIMFG2017.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (Septiembre 2015). Salud Mental. Recuperado de <https://www.inegi.org.mx/temas/salud/>
- Instituto Nacional de Pediatría. (2017). Junta de Gobierno. Recuperado de https://www.pediatria.gob.mx/interna/junta_gob.html

- Instituto Nacional de Pediatría. (2019). Agenda estadística 2018. Recuperado de https://www.pediatria.gob.mx/archivos/agenda_estadistica18.pdf
- Jiang, X., Lyons, M. D., y Huebner, E. S. (2016). An examination of the reciprocal relations between life satisfaction and social problem solving in early adolescents. *Journal of Adolescence*, 53, 141–151. doi:10.1016/j.adolescence.2016.09.004
- Kallapiran, K., Koo, S., Kirubakaran, R., y Hancock, K. (2015). Review: Effectiveness of mindfulness in improving mental health symptoms of children and adolescents: a meta-analysis. *Child and Adolescent Mental Health*, 20(4), 182–194. doi:10.1111/camh.12113
- Kelly, J. A. (2000). Entrenamiento de las habilidades sociales. España: Descée de Brouwer
- Lacunza, A. B., y de González, N. C. (2011). Las habilidades sociales en niños y adolescentes. Su importancia en la prevención de trastornos psicopatológicos. *Fundamentos en humanidades*, 12(23), 159-182.
- Larrosa, S. L., y Palomo, J. L. R. (2010). Factores de riesgo y de protección en el consumo de drogas en adolescentes y diferencias según edad y sexo. *Psicothema*, 22(4), 568-574.
- Livheim, F., Hayes, L., Ghaderi, A., Magnusdottir, T., Högfeldt, A., Rowse, J., ... Tengström, A. (2014). The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy for Adolescent Mental Health: Swedish and Australian Pilot Outcomes. *Journal of Child and Family Studies*, 24(4), 1016–1030. doi:10.1007/s10826-014-9912-9
- López-Rubio, S., Mendoza, E., y Fernández-Parra, A. (2009). Habilidades lingüísticas y sociales en adolescentes con problemas de conducta. *Revista de logopedia, Foniatría y audiolología*, 29(4), 237-248.
- Luciano, M. C., y Valdivia, M. S. (2006). La terapia de aceptación y compromiso (ACT). Fundamentos, características y evidencia. *Papeles del psicólogo*, 27(2). 79-91
Recuperado de:<http://www.redalyc.org/html/778/77827203/>

- Luoma, J. B., Hayes S. C., y Walser, R. D. (2007). *Learning ACT: An Acceptance & Commitment Therapy Skills Training Manual for Therapists* Oakland, CA: New Harbinger Publications
- Manual Moderno.(s.f). Instrumentos de evaluación en línea. Recuperado de <https://tienda.manualmoderno.com/escala-de-evaluacion-de-habilidades-sociales-para-adolescentes-102-100.html>
- Mañas, I. (2007). Nuevas terapias psicológicas: La tercera ola de terapias de conducta o terapias de tercera generación. *Gaceta de psicología*, 40(1), 26-34.
- Marín, A. H., Martínez G. J., y Ávila, J. M. (2015). Detección de sintomatología de ansiedad social y factores asociados en adolescentes de Motul, Yucatán, México. *Revista Biomédica*, 26(1), 23-31.
- Martínez, A.L., Fernández, C.E., Navarro, I.G., y Martínez, MO. (2008). Guías clínicas del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”. Diagnóstico y manejo de los trastornos de ansiedad. Secretaría de Salud, México.
- Mayan, M. J. (2009). *Essentials of qualitative inquiry*. EUA, New York: Routledge.
- Mendoza, L. A., Claros, D. I., y Peñaranda, C. B. (2016). Actividad sexual temprana y embarazo en la adolescencia: estado del arte. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 81(3), 243-253.
- Monjas, M., García, B., Elices, J. A., Francia, M. V., y de Benito, M. P. (2004). Ni sumisas ni dominantes. Los estilos de relación interpersonal en la infancia y en la adolescencia. *Memoria de Investigación, Plan Nacional de Investigación Científica, Desarrollo e Innovación Tecnológica*. Valladolid, España. Recuperado de: <http://cdd.emakumeak.org/ficheros/0000/0463/672.pdf>.
- Morales, M., Benítez, M., y Agustín, D. (2013). Habilidades para la vida (cognitivas y sociales) en adolescentes de una zona rural. *Revista Electrónica de Investigación Educativa*, 15(3), 98-113. Recuperado de <http://redie.uabc.mx/vol15no3/contenido-moralesetal.html>

- Morán, V. E. y Olaz, F. O. (2014). Instrumentos de evaluación de habilidades sociales en América Latina: un análisis bibliométrico. *Revista de Psicología*, 23(1), 93-105. doi: 10.5354/0719-0581.2014.32877
- Nikooyeh, E., Zarani, F., y Fathabadi, J. (2017). The mediating role of social skills and sensation seeking in the relationship between trait emotional intelligence and school adjustment in adolescents. *Journal of Adolescence*, 59, 45–50. doi:10.1016/j.adolescence.2017.05.012
- Norouzi M, Zargar F., y Norouzi F.(2017). Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Interpersonal Problems and Difficulties in Emotion Regulation Among University Students, Iran *J.Psychiatry Behavior Science*. 2017 ; 11(3):e8005. doi: 10.5812/ijpbs.8005.
- O’Handley, R. D., Ford, W. B., Radley, K. C., Helbig, K. A., y Wimberly, J. K. (2016). Social Skills Training for Adolescents With Intellectual Disabilities. *Behavior Modification*, 40(4), 541–567. doi:10.1177/0145445516629938
- Olivares-Olivares, P. J., Ortiz-González, P. F., y Olivares, J. (2019). Role of social skills training in adolescents with social anxiety disorder. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 19(1), 41–48. doi:10.1016/j.ijchp.2018.11.002
- Organización Mundial de la Salud. (2018). Desarrollo de la adolescencia. Recuperado de https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/
- Organización Mundial de la Salud. (2018). Factores de riesgo. Recuperado de https://www.who.int/topics/risk_factors/es/ (recuperado el 10 de febrero 2019)
- Öst, L.G. (2014). The efficacy of Acceptance and Commitment Therapy: A nupdated systematic review and meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 61, 105–121. doi:10.1016/j.brat.2014.07.018
- Papalia,D.E.,Feldman,R.D.,Martorell,G.,Berber,E.,Vázquez, M.,Ortiz,M.E y Dávila, J.F.J.(2012). *Desarrollo humano*. (12ª ed.). México: McGraw-Hill.

- Pérez- Álvarez, M. P. (2014). Las terapias de tercera generación como terapias contextuales. Madrid: Síntesis.
- Pérez-Amezcu, B., Rivera-Rivera, L., Atienzo, E., de Castro, F., Leyva, A., y Chávez., R. (2010). Prevalencia y factores asociados a la ideación e intento suicida en adolescentes de educación media superior de la República mexicana. *Salud Pública de México*, 52(4), 324-333.
- Rachman, S.J. (1997). The evolution of cognitive behavior therapy. En D.M Clark y C.G. Fairburn (Eds.): Science and practice of cognitive behavior therapy. Oxford: Oxford University Press.
- Reed, V. A., y Brammall, H. (2008). Importance of Selected Communication Skills to Adolescents: Effects of Data Collection Methods. *Asia Pacific Journal of Speech, Language and Hearing*, 11(1), 63–71. doi:10.1179/136132808805297395
- Rentería, E. (2018). Salud mental en México. Recuperado de <https://www.foroconsultivo.org.mx/INCyTU/index.php/notas/salud/46-7-salud-mental-en-mexico>
- Ríos, M.R (2014). Escala de evaluación de habilidades sociales para adolescentes (EEHSA). México: Manual moderno.
- Roca, E. (2014). *Cómo mejorar tus habilidades sociales*. ACDE.
- Salovey, P., Rothman, A., Detweiler, J y Steward, W. (2000). Emotional states and physical health. *American Psychologist*, 55, 110-121-
- Sang, H., y Tan, D. (2018). Internalizing behavior disorders symptoms reduction by a social skills training program among Chinese students: A randomized controlled trial. *NeuroQuantology*, 16(5). doi:10.14704/nq.2018.16.5.1312
- Santrock, J.W.(2006). Psicología del desarrollo. El Ciclo Vital. España: McGrawHill
- Schonert-Reichl K.A y Lawlor, M.S. (2010). The effects of a mindfulness-based education program on pre- and early adolescents' well-being and social and emotional competence. *Mindfulness* 1:137–51.

- Secretaria de Salud de la Ciudad de México.(2017). Agenda estadística. Consulta externa. Recuperado de http://data.salud.cdmx.gob.mx/portal/media/agenda_2017/consulta.html
- Secretaria de Salud. (2016). Aumenta el consumo de alcohol entre jóvenes. Recuperado de <https://www.gob.mx/salud/articulos/aumenta-el-consumo-de-alcohol-entre-jovenes>
- Shutt-Aine, J y Maddaleno, M. (2003). *Salud sexual y desarrollo de adolescentes y jóvenes en las Américas: Implicaciones en programas y políticas*. Washington,DC
- Silva, J. L., Oliveira, W. A., Carlos, D. M., Lizzi, E. A., Rosário, R., y Silva, M. A. I. (2018). Intervention in social skills and bullying. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(3), 1085–1091. doi:10.1590/0034-7167-2017-0151
- Strosahl, K. y Robinson, P. J. (2008). *The mindfulness and acceptance workbook for depression: Using acceptance and commitment therapy to move through depression and create a life worth living*. Oakland, CA: New Harbinger.
- Svavarsdottir, E. K., y Tryggvadottir, G. B. (2019). Predictors of quality of life for families of children and adolescents with severe physical illnesses who are receiving hospital-based care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. doi:10.1111/scs.12665
- Titchener, E. B. (1916). *A text-book of psychology*. New York: MacMillan.
- Theodore-Oklota, C., Orsillo, S. M., Lee, J. K., y Vernig, P. M. (2014). A pilot of an acceptance-based risk reduction program for relational aggression for adolescents. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 3(2), 109–116. doi:10.1016/j.jcbs.2014.03.001
- Twohig, M. P. (2012). Introduction: The basics of acceptance and commitment therapy. *Cognitive and Behavioral Practice* 19, 499-507
- Velasco, V., Griffin, K., Botvin, J., Celata, C., y Lombardia, G.. (2017). Preventing adolescent substance use through an evidence-based program: effects of the Italian adaptation of life skills training. *Prevention Science*, 18(4), 394-405. doi:10.1007/s11121-017-0776-2

- Viskovich, S., y Pakenham, K. I. (2018). Pilot evaluation of a web-based acceptance and commitment therapy program to promote mental health skills in university students. *Journal of Clinical Psychology*. doi:10.1002/jclp.22656
- Wadsworth, B. (1995). Etapa de las operaciones formales. En *Teoría de Piaget del desarrollo cognoscitivo y afectivo*. México: Diana. p.p 126-155
- Wang, R. H., Hsu, H. Y., Lin, S. Y., Cheng, C. P., y Lee, S. L. (2010). Risk behaviours among early adolescents: risk and protective factors. *Journal of advanced nursing*, 66(2), 313-323.
- Wentzel, K. (2009). Peers and academic functioning at school. En Rubin, K. Bukowski, W., y Laursen, B. (Eds.), *Handbook of peer interactions, relationships, and groups*. New York, NY: Guilford Press.
- Wille, N., Bettge, S., Ravens-Sieberer, U., y BELLA Study Group. (2008). Risk and protective factors for children's and adolescents' mental health: results of the BELLA study. *European child & adolescent psychiatry*, 17(1), 133-147. doi: 10.1007/s00787-008-1015-y
- Wilson, K. G., y Luciano, C. (2002). *Acceptance and Commitment Therapy: A behavioral therapy oriented to values*. Madrid: Pirámide
- World Health Organization, (2014). *Global Health Estimates (GHE) 2012*, WHO, Geneva,
- Young, J. F., Kranzler, A., Gallop, R., y Mufson, L. (2012). Interpersonal Psychotherapy-Adolescent Skills Training: Effects on School and Social Functioning. *School Mental Health*, 4(4), 254-264. doi:10.1007/s12310-012-9078-9
- Zashikhina, A., y Hagglof, B. (2014). Health-related quality of life in adolescents with chronic physical illness in northern Russia: a cross-sectional study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 12(1), 12. doi:10.1186/1477-7525-12-12.

ANEXOS

ANEXO 1



FICHA GENERAL PARA PADRES/TUTORES

INSTRUCCIONES:

A continuación le pedimos que llene los datos solicitados, con completa sinceridad, ya que sus respuestas permitirán mejorar la atención que actualmente se le brinda a su paciente. Esta información es completamente confidencial y su uso es exclusivo para fines de mejora del servicio e investigación.

DATOS GENERALES

Fecha: _____

Nombre del paciente: _____ Núm. expediente _____

¿Qué soy del paciente? (parentesco) _____ Nivel socioeconómico: _____

DATOS DEL PACIENTE

Sexo	H M	ESCOLARIDAD		ESCUELA	
Edad: ___ años ___ meses		No asiste		Regular	
		Preescolar		Educación especial	
		Primaria		Otra	
		Secundaria		(especificar)	
		Preparatoria			

Diagnóstico(s) médico(s): _____

DATOS DE LA MADRE/PADRE O TUTOR(A)

EDAD	Madre	Padre	Tutor (a)	¿Quién se encarga principalmente del paciente? _____
	___ años	___ años	___ años	
	Especificar: _____			

ESCOLARIDAD TERMINADA	Madre	Padre	Tutor(a)	OCUPACIÓN ACTUAL	Madre	Padre	Tutor(a)	Señale las personas con las que vive el paciente (en la misma casa)	Padre	Primos	
	Primaria				Estudiante					Madre	No sabe
	Secundaria				Hogar					Hermanos	Otro(s)
	Preparatoria				Empleado(a)					Abuelos	(especificar)
	Carrera técnica				Profesionista					Tíos	
	Licenciatura				Otro						
	Posgrado				(especificar)						
	Analfabeta funcional										

ANEXO 2

FICHA GENERAL PARA PARTICIPANTES



INSTRUCCIONES:

A continuación te pedimos que llenes los datos solicitados, con completa sinceridad, ya que tus respuestas permitirán mejorar la atención que actualmente se te brinda. Esta información es completamente confidencial y su uso es exclusivo para fines de mejora del servicio e investigación.

Nombre: _____ 1) Edad: _____

2) Escolaridad:

No asisto [] Primaria [] Secundaria [] Preparatoria [] Carrera técnica [] Otra [] especificar:

3) Especificar último grado _____

4) ¿En la actualidad trabajas? [SÍ] especificar en qué _____ [NO]

5) ¿Tienes hermanos? [SÍ] [NO] 6) ¿Cuántos? _____

7) ¿Tienes novio/a? [SÍ] [NO]

Instrucciones: Pon una marca sobre la línea a la altura que más se acerque a tu respuesta.

Ejemplo:

¿Qué tanto me gusta comer helado?		
No me gusta nada	_____ _____	Me gusta demasiado

8) En una semana, ¿Cuántos días comes con tu familia?		
Ningún día	_____	Todos los días

9) En los diferentes problemas a los que te has enfrentado, ¿has podido contar con el apoyo de tu familia?

Nunca _____ Siempre

10) ¿Mantienes una buena comunicación con tu familia?

Nunca _____ Siempre

11) ¿Realizas actividades con tu familia? (p.ej. ir al cine, ver programas de t.v, jugar juegos de mesa o videojuegos, ir a fiestas, etc.)

Nunca _____ Siempre

12) ¿Realizas ejercicio físico?

Ningún día _____ Todos los días

13) ¿Usas la fuerza y/o violencia durante los conflictos?

Nunca _____ Siempre

14) ¿Te metes en riñas y/o peleas?

Nunca _____ Siempre

15) ¿Has intentado autolesionarte o autoagredirte?

Nunca _____ Siempre

16) En el último mes, ¿Has pensado en suicidarte?

Ningún día		Todo el mes
------------	--	-------------

17) En el último mes ¿Has intentado suicidarte?

Ningún día		Todo el mes
------------	--	-------------

18) ¿Con qué frecuencia consumes estas sustancias?

Alcohol	Nunca			Siempre
Tabaco	Nunca			Siempre
Marihuana	Nunca			Siempre
Otras (especificar) _____	Nunca			Siempre

19) ¿Alguien de tu familia consume alcohol, tabaco y/o algún tipo de droga?

[SÍ] 20) ¿Quién? _____ [NO]

21) ¿Tus amigos/as o las personas con las que te relacionas consumen alcohol, tabaco y/o algún tipo de droga?

[SÍ] [NO]

22) ¿Qué te motivó a consumir cualquiera de las sustancias antes mencionadas?

Quedar bien con los amigos []

Saber qué se siente []

Problemas con los padres []

No lo he hecho []

Otras [] _____

23) En promedio, ¿cuántas horas duermes al día? _____ horas

Por último:

24) Menciona una(s) situación(es) que te preocupe actualmente:

_____ 25) ¿Hay algo que te gustaría cambiar?

ANEXO 3

Fichas de las sesiones

<p>Sesión inicial: Presentación general y exposición de preocupaciones</p> <p>Dirigido a: Padres de familia</p> <p>Duración: 2 horas</p> <p>Componente ACT enfatizado: No aplica</p> <p>Objetivo: Presentar y explicar a los padres de familia el contexto de la terapia e identificar preocupaciones acerca de sus hijos.</p>

Material para la sesión

- Carta de Consentimiento informado
- Reglamento
- Ficha general para padres/tutores
- Lapiceros

Estructura de la sesión

1. Presentación

Presentación del grupo de psicólogas: Las psicólogas del equipo mencionan su nombre, los motivos por los cuales desean participar en el grupo y dos emociones difíciles de manejar.

Presentación de los padres de familia: Se les pide a los padres de familia mencionar su nombre, el nombre de su hijo(a), motivo por el cual ingresó al hospital, servicios a los que acude, así como dos cosas que admiran y dos cosas que más les preocupan acerca de sus hijos(as).

2. Revisión del reglamento de grupos de apoyo psicológico

Con los padres de familia se revisa cada lineamiento del reglamento y se les proporciona la carta de consentimiento informado para que la lean y la firmen.

3. Aplicación de ficha general de datos para padres

Posteriormente se les entrega la ficha general para padres para que la contesten y se les apoya de ser necesario.

Sesión1: Presentación e identificación de valores con los participantes

Dirigido a: Participantes

Duración:2 horas

Componente ACT enfatizado: No aplica

Objetivo:Presentar a los participantes del grupo, explicar la terapia que recibirán y comenzar a identificar valores para motivar la participación en el grupo

Material para la sesión

- Plumones para pizarrón
- Tarjetas de colores
- Lapiceros

Estructura de la sesión

1. Presentación del equipo de psicólogas y de los participantes

Se les pide a los adolescentes y a las psicólogas que estén participando que mencionen su nombre, género de música, artista/grupo musical favorito, así como una emoción que les sea difícil manejar y problemas que hayan presentado para relacionarse con otras personas.

2. Ejercicio experiencial: *Mi personaje favorito*

Se realiza una actividad para identificar valores que se trabajarán durante la sesiones. La actividad consiste en proporcionar a cada participante cuatro tarjetas de colores y se les pide que en cada una de ellas escriban su nombre. A continuación se da la instrucción de que cada uno mencione un personaje o persona que admire y diga características por las cuales lo admiran, mientras que una psicóloga las escribe en el pizarrón conforme las van diciendo. Una vez anotadas todas las características se les da la indicación de elegir cuatro que les gustaría tener de cualquiera de los personajes que están en el pizarrón y se les pide poner las tarjetas con su nombre sobre estas características.

Se hace una reflexión final: *Estas son algunas características que les gustaría tener, en el transcurso de las sesiones aparecerán más, de lo que se va a tratar esta terapia es de ayudarlos a acercarse cada vez más al tipo de persona que quiere ser cada uno de ustedes y no a lo que sus papás, nosotras (psicólogas), ni la sociedad quiera que sean, sino acercarse más al tipo de vida que quieren tener y a las características que quieren tener.*

3. Explicación del reglamento del grupo

En voz alta se leen y explican las reglas del grupo, dando espacio para dudas y comentarios de los participantes. Las reglas grupo son las siguientes:

- Deberán presentarse puntuales a la sesión de grupo de apoyo psicológico en el aula asignada. La tolerancia es de 10 minutos, por lo que una vez cumplida la tolerancia nadie podrá ingresar a esa sesión grupal ya que se interrumpiría el proceso que llevan los demás participantes.
- Es indispensable que los participantes del grupo permanezcan en toda la sesión; si se salen antes de que termine contará como inasistencia.
- Ir al baño antes de que inicie la sesión y salir a menos de que sea algo urgente
- Hablar con respeto y amabilidad hacia los demás participantes
- Respetar turnos (guardar silencio, levantar la mano, mantenerse quieto)
- Participar en las distintas actividades
- Usar tono de voz adecuado
- Evitar el uso de dispositivos electrónicos
- Dejar las pertenencias con los papás (celulares o cualquier posible distractor)
- Comer sólo en el receso o en algunas actividades establecidas para comer
- Queda prohibido tomar fotografías, videos o audionotas dentro de las sesiones grupales.
- Evitar establecer contacto personal, intercambio de teléfonos y redes sociales entre participantes mientras estén activos como miembros del grupo.

Sesión 2: Lo que pasa dentro y fuera de mí

Dirigido a: Participantes

Duración: 2 horas

Componente ACT enfatizado: No aplica

Objetivo: Fomentar la integración de los participantes, identificar emociones, pensamientos y sensaciones, y realizar la pre evaluación

Material para la sesión

- Plumones para pizarrón
- Hoja de registro para identificación de emociones, pensamientos, sensaciones y acciones
- Ficha general para participantes
- Escala de evaluación de habilidades sociales en adolescentes (EEHSA)

Estructura de la sesión

1. Dinámica de integración: Circulo de autorrevelación

Se realiza una dinámica con la finalidad de fomentar la integración de los participantes al grupo, que consiste en pedirle a todos los asistentes ponerse de pie y formar un círculo, a continuación cada participante menciona una situación difícil, vergonzosa, dolorosa o un hecho difícil de admitir por el que haya pasado. La persona que se vulnera a compartir ese hecho da un paso al frente y los que hayan vivido una situación similar dan un paso al centro del círculo también. El ejercicio termina cuando cada participante menciona dos situaciones, algunos ejemplos son:

- “Yo alguna vez me he emborrachado”
- “Yo alguna vez he fumado mariguana”
- “Yo alguna vez me he cortado a propósito”
- “Yo alguna vez he mentido”
- “Yo alguna vez he deseado morirme”

2. Ejercicio experiencial: *Mi personaje favorito y lo que pasa dentro y fuera de él*

A cada asistente se le recuerda el personaje/persona que escogieron la sesión anterior, posteriormente se les pide que cada uno mencione una situación difícil por la que haya pasado dicho personaje así como las emociones, sensaciones, pensamientos y acciones que recuerden o imaginen que tuvo el personaje en ese momento. Al terminar, de forma voluntaria los participantes dicen un ejemplo de una situación difícil por la que ellos hayan pasado y se hace un análisis de las emociones, sensaciones, pensamientos y acciones que presentaron en ese momento.

Al finalizar el ejercicio se les pregunta para qué podría servir hacer este análisis de las situaciones difíciles y se hace la siguiente reflexión: *Las emociones no son buenas ni malas, son emociones y todas tienen un sentido de existir, por ejemplo; el miedo nos hace ponernos alerta y nos da la oportunidad de huir o defendernos cuando estamos en peligro.*

3. Pre evaluación

Se les proporciona la ficha general para participantes y la escala de evaluación de habilidades sociales en adolescentes (EEHSA) para que las contesten, a la vez que las psicólogas los apoyan resolviendo dudas.

4. Ejercicio para casa

Para finalizar, se pide a los participantes que durante la semana identifiquen una situación que les sea difícil y /o complicada de manejar y anoten en el siguiente formato las emociones, sensaciones, pensamientos y acciones que realicen ante la situación.

REGISTRO DE LO QUE PASA DENTRO Y FUERA DE MÍ					
	Situación	¿Qué sintieron?	¿Qué pensaron?	¿Qué sintieron?(físicas)	¿Qué hicieron?
Participante A	P,e;Mi mamá no me dejó ir a una fiesta	Enojo, frustración y tristeza	“Mi mamá no me quiere” “No me dejan divertirme”	Cara caliente, el corazón agitado y latidos rápidos del corazón	Gritarle a mi mamá y encerrarme en mi cuarto

Sesión 3: Huyendo de la incomodidad

Dirigido a: Participantes

Duración: 2 horas

Componente ACT enfatizado: Evitación experiencial

Objetivo: Introducir por medio de una metáfora el proceso de evitación experiencial e identificar pensamientos, emociones y sensaciones que a los participantes no les gusta sentir, así como sus acciones de evitación

Material para la sesión

- Plumones para pizarrón
- Hoja de registro de la sesión anterior “lo que pasa dentro y fuera de mí”

Estructura de la sesión

1. Ejercicio de atención plena

Se guía a los participantes en un ejercicio de atención plena para promover la cercanía con los miembros del grupo. Antes de iniciar con el ejercicio las psicólogas organizan a los participantes en parejas formadas al azar, una vez organizados, por medio de la respiración se les lleva a un estado de atención plena y a continuación se les da la indicación de encontrar coincidencias o similitudes con la pareja con la que les tocó trabajar (en música, lugares, películas, comida, pasatiempos, etc.) durante tres minutos. Al terminar el tiempo se da la indicación de cambiar de pareja y repetir el ejercicio. Finalmente se comparte con el grupo, se brinda retroalimentación y se hace la reflexión: *aunque a simple vista no lo parezca todos tenemos aunque sea una cosa en común.*

2. Revisión del ejercicio en casa

En equipos de dos personas y con ayuda de una psicóloga en cada equipo, se revisa la hoja de registro donde cada uno de los adolescentes reportó pensamientos, emociones y sensaciones físicas que cada uno de los adolescentes experimentó durante los momentos difíciles y las acciones que realizó, así como las dificultades que presentó. En caso de que alguno de los participantes no lo haya realizado, se hace un análisis de *eslabones perdidos* (Boggiano y Gagliesi, 2018) y se buscan alternativas en conjunto con los participantes para generar mayor compromiso con el cumplimiento de las acciones comprometidas.

3. Ejercicio experiencial: *La lucha con el monstruo*

Se cuenta la metáfora de “la lucha con el monstruo” (Wilson y Luciano, 2002)

Imagina tu problema actual (ansiedad, preocupación, recuerdos, pensamientos...). Ahora imagina que sujetas una cuerda de un extremo y del otro lado la sujeta un monstruo, y en medio hay un precipicio. Tanto el monstruo como tú quieren quedarse con toda la cuerda, por lo que ambos la jalar para ver quién gana. El monstruo te dice cosas desagradables, se ve enojado y da miedo, entonces tú intentas jalar de la cuerda para tirar al monstruo al precipicio. Cuando lo haces el monstruo se calma por un rato, parece darse por vencido y cuando crees que has ganado el monstruo se hace más fuerte, amenazante y más cerca estás de caer al precipicio. Esto se vuelve una lucha constante, es cansado porque tienes que estar al pendiente de si el monstruo se levanta para jalar de la cuerda y mientras tanto tu vida se limita a estar pendiente del monstruo. Te gustaría no estar atado al monstruo, así que te planteas qué puedes hacer basado en tu experiencia. Una posibilidad para seguir con tu vida es soltar la cuerda y seguir con tu vida. Otra alternativa es que tu vida se limite a estar pendiente de la cuerda para evitar que el monstruo te diga cosas desagradables. Esta lucha con el monstruo se asemeja a cada vez que algo no me gusta sentir o pensar hago algo para evitarlo.

De forma sencilla se les explica el concepto de evitación:

La evitación es aquello que hago para no sentir/pensar lo que no me gusta, por ejemplo; para evitar la tristeza duermo o para no sentir ansiedad no hablo cuando hay mucha gente. Posteriormente los participantes dan ejemplos de sus acciones de evitación y una de las psicólogas las escribe en el pizarrón.

4. Ejercicio para casa

A los participantes se les da la instrucción de hacer una lista de 10 acciones que realizan para evitar sentir lo que pasa dentro de ellos que no les gusta sentir, pero que a largo plazo se arrepienten y/o no los acerca al tipo de vida que quieren llegar a tener.

Sesión 4: Salidas de emergencia

Dirigido a: Participantes

Duración: 2 horas

Componente ACT enfatizado: Evitación experiencial

Objetivo: Continuar identificando acciones de evitación experiencial de los participantes

Material para la sesión

- Bolsas de papas fritas, salsa y limones
- Formato de acciones de evitación
- Lapiceros

Estructura de la sesión

1. Ejercicio de atención plena

Se guía a los participantes en un ejercicio de atención plena para desarrollar tolerancia ante el malestar. La actividad consiste en darles una bolsa de papas, pedirles que las preparen a su gusto (con salsa y/o limón), y se les da la indicación de dejarlas frente a ellos sin comérselas.

Después de tres minutos se les pide que las pongan frente a su nariz y noten los impulsos que experimentan y en qué parte de su cuerpo los sienten. Se continúa con las actividades programadas para la sesión y cada 15 minutos se les pide a los participantes que noten y reporten los impulsos que experimentan al tener la bolsa de papas frente a ellos. Al finalizarse comparte con el grupo lo experimentado durante el ejercicio, si el impulso aumentó o disminuyó y se brinda retroalimentación.

2. Revisión del ejercicio en casa

Con todo el grupo, se revisa la lista de cada participante sobre las 10 acciones que hace cada uno para evitar experiencias que no les gusta sentir, pero que a largo plazo no los acerca al tipo de vida que quieren tener. En caso de que alguno no la haya realizado, se hace un análisis de eslabones perdidos y se buscan alternativas en conjunto con los demás participantes para generar mayor compromiso con el cumplimiento de las acciones comprometidas.

3. Ejercicio experiencial: *La funcionalidad de las acciones de evitación*

Con ayuda del ejercicio hecho en casa se hace un ejercicio para reflexionar sobre la funcionalidad de las acciones de evitación

Por ejemplo:

- Acción de evitación

Mirar hacia otro lado cuando hablo con alguien para evitar la incomodidad

- ¿De qué valor te aleja?

De la amistad y de la conexión con las personas

- ¿Valdría la pena disminuir esta conducta tomando en cuenta que al hacerla te alejan de lo que es importante para ti?

Sí, supongo que sí

- ¿Qué sería distinto si pudieras tener más tolerancia a sentir lo que no te gusta sentir??

Tendría más amigos y mejores relaciones con las personas

- ¿A qué te acercaría el poder tolerar más el malestar?.

A mis amigos y a mi familia

4. Ejercicio para casa

Cada participante anota sus acciones de evitación en el siguiente formato y se les da la instrucción de registrar durante la semana el número de veces que realizaron alguna de esas acciones para evitar experimentar el malestar.

REGISTRO DE ACCIONES DE EVITACIÓN							
¿Cuántas veces evité lo que no me gusta pensar o sentir?							
Acción de evitación	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
1. p,e. Revisar facebook	III (cada rayita= cada que lo abro)						
2.							
3.							
4							
5.							
6.							
7.							
8.							
9.							
10.							

<p>Sesión 5: Reflexión sobre mis acciones</p> <p>Dirigido a: Participantes</p> <p>Duración: 2 horas</p> <p style="text-align: center;">Componente ACT enfatizado: Desesperanza creativa</p> <p>Objetivo: Reflexionar sobre la ineffectividad de realizar las acciones de evitación.</p>
--

Material para la sesión

- Plumones para pizarrón
- Registro de acciones de evitación de la sesión anterior

Estructura de la sesión

1. Ejercicio de atención plena

Se guía a los participantes en un ejercicio de atención plena para desarrollar tolerancia ante el malestar de mirarse a los ojos: Las psicólogas organizan a los participantes en parejas y se les pide que se sienten de forma que queden frente a frente. Una vez organizados, por medio de la respiración se lleva a los participantes a un estado de atención plena, posteriormente se les da la indicación de mirarse a los ojos durante un minuto intentando notar detalles en la mirada de la otra persona mientras notan el impulso de reírse, hablar o desviar la mirada, al mismo tiempo que notan sus pensamientos

y sensaciones. Al finalizar el tiempo se les pide compartir con la otra persona lo que notaron y posteriormente, de manera voluntaria, se comparte con el grupo y se brinda retroalimentación.

2. Revisión del ejercicio en casa

En equipos de dos personas y con ayuda de una psicóloga en cada equipo, se revisa el ejercicio que consistía en registrar las veces que realizaban las acciones de evitación de su lista, se comentan las dificultades que hayan tenido, así como los pensamientos y sensaciones que aparecieron. En caso de que alguno de los participantes no la haya realizado, se hace un análisis de eslabones perdidos y se buscan alternativas en conjunto con los demás participantes para generar mayor compromiso con el cumplimiento de las acciones comprometidas.

3. Ejercicio experiencial: *El tiempo perdido*

Con apoyo del ejercicio hecho en casa, una de las psicólogas anota en el pizarrón las acciones de evitación de cada uno de los participantes y se les hacen las siguientes preguntas

1. ¿Qué estuvieron evitando (emociones, pensamientos, sensaciones)?
2. ¿Cuánto tiempo de su vida gastan haciendo/pensando estas acciones?
3. Si pudieran devolverles esas horas, ¿en qué cosas importantes/valiosas usarían ese tiempo a pesar de sentir malestar?

Finalmente se hace la reflexión sobre qué consecuencias tienen estas acciones en la vida: *Aunque por un momento la acción de evitación nos ayuda a sentirnos mejor, no nos resuelve el problema y nos aleja a largo plazo de la vida que queremos tener.*

4. Ejercicio para casa

Cada uno de los participantes elige una acción comprometida que los acerque al valor del que se sienten más distantes y se les pide ponerla en práctica hasta la próxima sesión, pidiendo una foto, registro o video como evidencia de que la hicieron.

Sesión 6: Aceptando la incomodidad

Dirigido a: Participantes

Duración: 2 horas

Componente ACT enfatizado: Aceptación y tolerancia al malestar

Objetivo: Notar, describir y aceptar el malestar, siendo conscientes de que es temporal

Material para la sesión

- Hielo
- Hojas
- Lapiceros
- Formato de tolerancia al malestar
- Frijoles/piedritas
- Cinta adhesiva

Estructura de la sesión

1. Ejercicio de atención plena

Ejercicio de atención plena para desarrollar la tolerancia al malestar. Por medio de la respiración se guía a los participantes a un estado de atención plena para que puedan sostener un hielo durante un minuto, al mismo tiempo escribir del 0 (nada) al 10 (demasiado) el malestar que tienen al sostenerlo. También se les pide notar sus sensaciones, pensamientos e impulsos que aparecen al tener contacto con el hielo. Se realizan 10 repeticiones del ejercicio, al terminarlas se comentan con el grupo y se brinda retroalimentación.

2. Revisión del ejercicio en casa

Cada participante comparte con el grupo su experiencia al llevar a cabo las acciones comprometidas. En caso de que alguno de los participantes no la haya realizado, se hace un análisis de eslabones perdidos y se buscan alternativas en conjunto con los demás participantes para generar mayor compromiso con el cumplimiento de las acciones comprometidas.

3. Ejercicio experiencial: *Para acercarme a lo valioso tengo que ...*

Con el fin de aprender a aceptar el malestar y acercarse a lo valioso en su vida se guía a los adolescentes al proceso de identificar valores. A cada participante se le brinda una hoja en la cual tienen que escribir el nombre de personas, cosas y/o actividades que son importantes/valiosas para cada uno. Al terminar, se les pide escribir al reverso de la hoja con letra grande de qué o de quién se sienten más alejados en este momento.

Con cinta adhesiva se hacen líneas en el piso, una para cada participante, la hoja en donde colocaron de qué o de quien se sienten más lejanos se coloca al final de la línea. Se les pide quitarse los zapatos, poner piedritas/frijoles dentro de estos y volver a ponérselos. A continuación se les indica caminar sobre la línea hasta llegar a la hoja, mientras caminan tienen que notar el malestar físico que provocan las piedritas/frijolitos en sus pies y pensar en el malestar real que tienen que tolerar para poder acercarse a aquello de lo que se sienten alejados. Al final de forma voluntaria comparten su experiencia.

Por último se hace una reflexión *¿Cuánta motivación del 0 al 10, donde cero es nada y diez es mucha, tienen para tolerar el malestar (emoción, sensación o pensamiento molesto)? ¿Cuál es el malestar que más tendrían que tolerar para acercarse a lo valioso?.*

4. Ejercicio para casa

Se les pide registrar en el siguiente formato de tolerancia al malestar, situaciones incómodas/molestas que presenten durante la semana, el nivel de malestar del 0 al 10 que presentan ante la situación, el impulso ante el malestar, la acción alternativa que podrían hacer que los acerque a lo importante aunque sea molesto y por último anotar si lo lograron o no.

REGISTRO DE TOLERANCIA AL MALESTAR				
Situación	Malestar (0-10)	Impulso ¿Qué me dan ganas de hacer?	Acción que me acerque a lo importante aunque no resulte agradable o placentero	¿Lo logré? (sí o no)
1.p.e. Una señora me empujó en el metro	8	Empujarla y gritarle	Guardar silencio o cambiarme de lugar	Sí
2.				
3.				
4.				
5.				

<p>Sesión 7: Las voces de mi mente</p> <p>Dirigido a: Participantes</p> <p>Duración: 2 horas</p> <p style="text-align: center;">Componente ACT enfatizado: Defusión</p> <p>Objetivo: Que los participantes noten sus pensamientos con distancia y desde una perspectiva de observador.</p>

Material para la sesión

- Hojas
- Lapiceros
- Registro de tolerancia al malestar de la sesión anterior

Estructura de la sesión

1. Ejercicio de atención plena

Ejercicio de atención plena de defusión en donde por medio de la respiración se guía a los participantes a imaginar que sus pensamientos son imágenes que aparecen en una pantalla de cine y que como en una pantalla de cine a veces las escenas duran mucho tiempo y otras no. Se les pide sólo notar sus pensamientos, sin intentar desviarlos a medida que estos vayan apareciendo en su mente. Posteriormente todos los participantes comparten lo que notaron y se brinda retroalimentación.

2. Revisión del ejercicio en casa

En grupo se revisa el registro de tolerancia al malestar comentando lo que lograron y las dificultades que se hayan presentado. En caso de que alguno de los participantes no lo haya realizado, se hace un análisis de eslabones perdidos y se buscan alternativas en conjunto con los demás participantes para generar mayor compromiso con el cumplimiento de las acciones comprometidas

3. Ejercicio experiencial: *Las voces de mi cabeza*

Se inicia el ejercicio preguntándoles a los participantes lo siguiente:

Si tu mente fuera un lugar...

- ¿Qué lugar sería? (un mercado, una oficina, una tienda, etc.)
- ¿Qué personajes vivirían ahí?
- ¿Qué tan callada es tu mente del 0 (muy callada) al 10 (muy ruidosa)?

Después se les da la instrucción de escribir y/o dibujar las diferentes voces que viven en su mente (los diferentes estilos de pensamiento), a cada voz le tienen que poner un nombre, describir o dibujar sus características físicas, poner qué porcentaje del tiempo pasa en su mente y anotar las cosas que les dice.

Al final se hace una reflexión: *Estas voces tienen diferentes personalidades, pero las voces no son buenas ni malas, sólo son ideas que a veces pueden servirnos y otras veces no. Lo importante es aprender a escucharlas y a elegir cuando obedecer y cuando no, a lo que nos dicen.*

4. Ejercicio para casa

Los participantes tienen que continuar identificando las voces que viven en su mente, ponerle nombre, dibujar o describir cómo son físicamente, escribir el porcentaje del tiempo que pasan en su mente y anotar las cosas que les dicen.

Sesión 8: A qué voz escucho

Dirigido a: Participantes

Duración: 2 horas

Componente ACT enfatizado: Defusión

Objetivo: Continuar notando los pensamientos con distancia y perspectiva como voces en la cabeza cada participante y distinguir los pensamientos que son útiles de los que no lo son

Material para la sesión

- Hojas
- Lapiceros
- Registro de las voces en su mente de la sesión anterior
- Formato del registro de desobediencia a las voces

Estructura de la sesión

1. Ejercicio de atención plena

Se guía a los participantes en un ejercicio de atención plena de defusión en el que por medio de la respiración se les lleva a un estado de atención plena. A continuación se les pide que describan físicamente cómo es un limón, posteriormente se les da la instrucción de repetir la palabra limón muchas veces durante 2 minutos (adaptación del ejercicio milk, milk, milk de Titchener, 1916). Este ejercicio tiene el objetivo de percibir los sonidos de la palabra y experimentar lo que se siente al pronunciarla, ya que al repetir la palabra muchas veces se pierde su significado literal y se convierte en un conjunto de sonidos. Posteriormente todos los participantes comparten lo que notaron y se brinda retroalimentación.

2. Revisión del ejercicio en casa

Cada participante da un ejemplo de una de las voces de su mente, así como sus características y las cosas que le dice, se comenta lo que notaron al hacer el ejercicio y las dificultades que se presentaron. En caso de que alguno de los participantes no lo haya realizado, se hace un análisis de eslabones perdidos y se buscan alternativas en conjunto con los demás participantes para generar mayor compromiso con el cumplimiento de las acciones comprometidas.

3. Ejercicio experiencial: *El ayudante de mi negocio*

Se cuenta la metáfora del “ayudante del negocio” basada en Wilson y Luciano, 2002) para ejemplificar el proceso de defusión de los pensamientos:

Imagina que pones un negocio ¿de qué sería tu negocio?, para dirigirlo contratas a alguien para que te ayude ¿qué nombre le pondrías a tu ayudante?. Este ayudante te da ideas para mejorar tu negocio y aumentar el número de clientes así que decides hacerle caso. Después de un tiempo, este ayudante tiene ideas más locas como cambiar de proveedor o cambiar los productos que vendes y aunque dudas un poco, decides hacerle caso a pesar de que te gusta lo que vendes. Estas ideas comienzan a cambiar el negocio original pero le haces caso porque esta persona te ha ayudado en otras ocasiones, ¿Qué consecuencias hay de haberle hecho caso a todas sus ideas?. Si continuas haciéndole caso, se convertirá en el dueño de tu negocio, ¿qué puedes hacer con el ayudante?, no puedes correrlo porque a veces tiene buenas ideas, también te ha sacado de problemas y te ha ayudado a mejorar tu negocio. Lo que puedes hacer es aprender a mantener el mando de tu negocio, a veces puedes escuchar al ayudante y decidir hacerle caso o no a sus ideas, dependiendo si te sirve o no para tu negocio.

Al finalizar se hace la siguiente reflexión:

El negocio es su vida y el ayudante es su mente, la mente no es mala, a veces tiene buenas ideas pero también si le hacemos caso a todo ya no somos dueños de nuestras vidas. Las voces van a vivir en nuestra mente, es parte de nosotros y no las podemos borrar, puedes escuchar las ideas del ayudante y decidir a veces hacerle caso si son buenas ideas, lo importante es distinguir cuando hacerle caso para acercarnos a lo que es importante para cada uno.

4. Ejercicio para casa

1. Se pide a los participantes hacer un registro de desobediencia a las voces con el siguiente formato que incluye escribir la situación que se presente durante la semana, la voz que aparece, lo que dice la voz, el impulso, una acción alternativa, el valor al que se acercarían al desobedecer a la voz y por ultimo anotar si lo lograron o no.
2. También se les pide practicar una acción comprometida que los acerque al tipo de persona que quieren ser y de lo cual se sienten más lejos .Se les pide decirla ante el grupo y traer una foto o registro como evidencia de que la practicaron

REGISTRO DE DESOBEDIENCIA A LAS VOCES						
Situación	Voz que aparece	¿Qué decía la voz?	IMPULSO ¿Qué te dieron ganas de hacer cuando escuchaste la voz?	ACCIÓN ALTERNATIVA: Si no obedezco a la voz, ¿Qué otra cosa puedo hacer?	¿A qué VALOR me acerca desobedecer a la voz?	¿Logrado o no logrado?
Salí de la escuela y había puestos de dulces pero no había comido	“Don Chuy”	“Compra dulces”, “ese dulce quiere que lo comas”	Comprar dulces	Comprar fruta en lugar de los dulces	La salud	Logrado

<p>Sesión 9:La espera vale la pena</p> <p>Dirigido a: Participantes</p> <p>Duración: 2 horas</p> <p style="text-align: center;">Componente ACT enfatizado: Valores</p> <p>Objetivo: Identificar acciones alternativas que los acerquen al tipo de persona que quieren llegar a ser</p>

Material para la sesión

- Plumones para pizarrón
- Registro de desobediencia a las voces de la sesión anterior.

Estructura de la sesión

1. Ejercicio de atención plena

Ejercicio de atención plena de defusión en donde se guía a los participantes a un estado de atención plena y se les pide imaginar un monstruo con las características que ellos elijan que represente lo que menos les gusta sentir o pensar. Posteriormente se les pide que en su mente vayan dividiendo al monstruo poco a poco, se les va dando la instrucción de dividirlo por los extremos superiores, siguiendo con la parte inferior y terminando con la parte superior hasta que no quede nada del monstruo. Al terminar se comenta con el grupo lo que notaron y se brinda retroalimentación

2. Revisión del ejercicio en casa

Se revisa el registro de desobediencia a las voces y el cumplimiento de la acción comprometida, se comentan las dificultades que se hayan presentado. En caso de que alguno de los participantes no lo haya realizado, se hace un análisis de eslabones perdidos y se buscan alternativas en conjunto con los demás participantes para generar mayor compromiso con el cumplimiento de las acciones comprometidas

3. Ejercicio experiencial: *Mis acciones a corto y a largo plazo*

A cada participante se le pide mencionar situaciones molestas o incómodas por las que hayan pasado en las últimas semanas, mientras una psicóloga escribe los ejemplos en el pizarrón y anota los sentimientos, pensamientos, impulsos y acciones que hayan presentado. A continuación, en conjunto con el grupo se analiza si las acciones les funcionan a corto ya largo plazo, así como si los acerca al tipo de vida que quieren tener.

Al finalizar se hace una reflexión: *La mayoría de cosas que valen la pena a largo plazo se sienten molestas en el momento, y al contrario, la mayoría de las cosas que se sienten muy bien a corto plazo son cosas que nos alejan de lo que queremos de verdad. Por ejemplo; cuando queremos pasar una materia, al momento da flojera y es tedioso hacer los trabajos y estudiar para los exámenes, pero a largo plazo se siente muy bien pasar la materia, y al revés, se siente bien revisar facebook o salir con amigos en lugar de hacer los trabajos o estudiar pero a largo plazo nos aleja del objetivo que es pasar la materia.*

4. Ejercicio para casa

Se les pide realizar dos acciones comprometidas; una acción que tienen que hacer más y otra que tienen que hacer menos para acercarse al tipo de persona que quieren llegar a ser. Las dicen ante el grupo y se les pide traer fotos, videos o registros como evidencia de que las hicieron.

Sesión 10: Para llegar a mi destino

Dirigido a: Participantes

Duración: 2 horas

Componente ACT enfatizado: Valores

Objetivo: Continuar identificando valores y acciones que acerquen a los participantes al tipo de vida que quieren tener por medio de una lista más-menos.

Material para la sesión

- Plumones para pizarrón
- Hojas
- Lapiceros

Estructura de la sesión

1. Ejercicio de atención plena

Ejercicio de atención plena de resistencia, donde primero por medio de la respiración se guía a los participantes a un estado de atención plena, en seguida se les pide notar todas sus experiencias internas (sensaciones, emociones y pensamientos) presentes en ese momento y tratar de resistirse a ellas. Después de dos minutos se les pide lo contrario, es decir, que dejen pasar sus experiencias internas sin tratar de resistirse a ellas.

Para finalizar el ejercicio se brinda retroalimentación con la siguiente reflexión: *La experiencia interna es la misma, la manera de responder ante ella es distinta*. Por último se comentan las diferencias que notaron entre resistirse vs. dejar pasar las experiencias internas y se brinda retroalimentación.

2. Revisión del ejercicio en casa

Se revisa la acción comprometida que tenían que hacer más y la acción que tenían que hacer menos para acercarse al tipo de vida que quieren tener. Se comenta si tuvieron alguna dificultad para realizarlas. En caso de que alguno de los participantes no lo haya realizado se hace un análisis de eslabones perdidos y se buscan alternativas en conjunto con los demás participantes para generar mayor compromiso con el cumplimiento de las acciones comprometidas.

3. Ejercicio experiencial: *Destino del viaje*

Se relata la metáfora de “el viaje” basada en Wilson & Luciano, 2002 para fomentar la búsqueda de valores.

Imaginen que tienen un boleto de avión/ de tren para hacer un viaje, si pudieran ir a cualquier lugar del mundo ¿a qué lugar quisieran viajar?. Ahora imaginen que para llegar a ese lugar hay muchos obstáculos por ejemplo; factores externos como no tener dinero, no tener permiso o que haya mal clima y factores internos que pudieran hacer que ese viaje no se lograra como la distracción, tener miedo a viajar, desmotivación, la indecisión, la tristeza o el enojo. A pesar de tener estos obstáculos puedes hacer el viaje y tener experiencias sorprendentes. Ahora piensen que ese lugar al que quieren llegar es el tipo de vida que quieren tener o el tipo

de persona que quieren llegar a ser. Pensando en el tipo de persona que quisieran llegar a ser, aparecen muchas características (más tolerante, responsable, etc.) de todas esas características escojan la más importante, que les cueste más trabajo y de la cual se sientan más alejados. Para poder llegar al final del viaje (a esa característica) en el transcurso aparecerán muchos obstáculos, ¿qué obstáculos podrían aparecer?

Se hace la siguiente reflexión : *Esos obstáculos no se pueden quitar, van a estar ahí, con todo y los obstáculos, ¿vale la pena hacer todo lo necesario para acercarte a la vida que quieres tener?. Si quiero llegar al final tengo que hacer cosas pero también debo dejar de hacer otras. Si ustedes no actúan diferente no van a tener un resultado diferente y si quiero algo distinto tengo que actuar distinto.*

Después se les indica hacer la lista más- menos que consiste en escribir una lista de cosas que tendrían que hacer más y otra de cosas que tendrían que hacer menos para llegar a ser el tipo de persona que quieren ser. Al terminar se comparten algunos ejemplos con el grupo, en la siguiente tabla se muestran algunos de ellos.

Lista más- menos	
Cosas que tendría que hacer más	Cosas que tendría que hacer menos
Participar	Guardar silencio
Platicar con mi familia	Salirme con mis amigos a la calle
Salir con amigos	Ver la televisión

4. Ejercicio para casa

Los participantes tienen que practicar las acciones de su lista más-menos

Sesión 11: Dispuesto a cambiar
Dirigido a: Participantes
Duración: 2 horas
Componente ACT enfatizado: Disposición al cambio, valores y acción comprometida
Objetivo: Identificar obstáculos que pueden surgir cuando los participantes se quieren acercar a lo valioso, y desarrollar mayor disposición en ellos para experimentar el malestar

Material para la sesión

- Plumones para pizarrón
- Hojas
- Lapiceros
- Lista más-menos

Estructura de la sesión

1. Ejercicio de atención plena

Se guía a los participantes en un ejercicio de atención plena para aumentar la tolerancia al malestar, como primera fase se les pide que se recarguen en la pared y se pongan en una posición de “silla” durante 30 segundos, dejando fluir sensaciones físicas, pensamientos e impulsos sin prestarles atención; en la segunda fase se les pide recargarse y ponerse en la misma posición, esta vez notando conscientemente y poniendo atención intencionalmente a las sensaciones físicas, pensamientos e impulsos. Al terminar se comenta con el grupo la diferencia entre intentar no prestar atención al malestar y evitarlo vs poner atención intencionalmente al malestar y se hace una reflexión sobre cómo el intentar evitar el malestar nos lleva a experimentar un malestar más grande.

2. Revisión del ejercicio en casa

Cada participante menciona ejemplos de las acciones que realizaron de su lista más- menos, las dificultades para realizarlas y a qué o quienes los acercó. En caso de que alguno de los participantes no lo haya realizado, se hace un análisis de eslabones perdidos y se buscan alternativas en conjunto con los demás participantes para generar mayor compromiso con el cumplimiento de las acciones comprometidas

3. Ejercicio experiencial: *Los obstáculos*

Se realiza con el objetivo de identificar obstáculos que aparecen cuando quieren lograr algo o quieren acercarse al tipo de persona que quieren ser. Cada participante menciona alguna emoción que se le esté dificultando manejar, mientras una psicóloga las va anotando en el pizarrón. En parejas se les pide escribir todos los pensamientos que aparecen cuando están presentes dichas emociones, se les da un minuto para escribir sobre cada emoción, al terminar el tiempo cada equipo comparte lo que escribió. Posteriormente se les da la siguiente reflexión: *¿Se dieron cuenta de cómo la mente es capaz de crear pensamientos en tan poco tiempo? Los pensamientos aparecen constantemente en nuestra cabeza y es necesario aprender a desobedecer a algunos, si les hacemos caso nos pueden meter en problemas o nos alejamos del tipo de personas que queremos ser.*

4. Ejercicio para casa

Se pide a los participantes continuar practicando las acciones de su lista más- menos, intentar desobedecer los pensamientos que aparecen cuando intentan realizarlas y escribir 10 pensamientos que logren desobedecer

Sesión 12: Tomando perspectiva

Dirigido a: Participantes

Duración: 2 horas

Componente ACT enfatizado: Yo como contexto

Objetivo: Tomar perspectiva de las emociones, pensamientos y sensaciones.

Material para la sesión

- Hojas
- Lapiceros

Estructura de la sesión

1. Ejercicio de atención plena

Ejercicio de atención plena para tomar perspectiva. Por medio de la respiración se guía a los participantes a un estado de atención plena, a continuación se les pide imaginar sus pensamientos, emociones y sensaciones como piezas de un juego de ajedrez. Se les explica que en el tablero hay piezas blancas que son pensamientos, emociones y sensaciones “agradables” y piezas negras que son pensamientos, emociones y sensaciones “molestas” y que hay una lucha constante entre las piezas. A los participantes se les hace notar que estas piezas son todo lo que está dentro de cada uno y que ellos son el tablero que permanece inmóvil observando cómo se mueven las piezas. Al terminar se comenta con el grupo y se brinda retroalimentación.

2. Revisión del ejercicio de casa

Cada participante comparte con el grupo cuáles fueron los pensamientos que lograron desobedecer y cuántas veces realizaron las acciones de su lista más-menos. Se comentan las dificultades que se hayan presentado y en caso de que alguno de los participantes no lo haya realizado, se hace un análisis de eslabones perdidos y se buscan alternativas en conjunto con los demás participantes para generar mayor compromiso con el cumplimiento de las acciones comprometidas

3. Ejercicio experiencial: *Historias alternativas*

Se da la instrucción de que cada participante comparta una situación o momento de su vida que podría haber sido diferente si hubieran hecho algo distinto. Siguiendo, se les da la instrucción de escribir dos historias alternativas breves; la primera sobre cómo sería su vida si siguieran comportándose de la misma forma; y la segunda cómo sería si se comportaran de forma distinta. Al terminar se les pregunta qué acciones podrían hacer para acercarse a la historia alternativa que los acerque más al tipo de persona que quieren ser.

Por ejemplo;

Historia si siguiera comportándome igual: *Si cuando me enojo continúo aventando cosas, insultando a las personas y gritándole a mi hermana y a mi mamá, al final de la historia mi familia se aleja de mí y me quedo solo, porque todas mis relaciones con otras personas se ven afectadas por mi enojo.*

Historia si me comportara de forma distinta: *Si cuando estoy enojado me alejo hasta que esté más tranquilo, respiro o pido que me den mi espacio, al final de la historia tengo una buena relación con mi familia y con otras personas.*

Al finalizar se brinda la siguiente reflexión: *Nosotros escribimos nuestros propios finales alternativos.*

4. Ejercicio para casa

Los participantes tienen que practicar una acción comprometida acorde a la historia alternativa que los acerque más a tener una vida valiosa.

Sesión 13: Llegando al final

Dirigido a: Participantes

Duración: 2 horas

Componente ACT enfatizado: No aplica

Objetivo: Hacer la sesión de cierre con los participantes y aplicar la post evaluación

Material para la sesión

- Hojas
- Lapiceros
- Cuestionarios EEHSA y ficha general para adolescentes

Estructura de la sesión

1. Ejercicio de atención plena

Por medio de la respiración se lleva a los participantes a un estado de atención plena para identificar valores. Se les instruye a imaginar que van a una cita médica y reciben la noticia de que les queda poco tiempo de vida, a continuación se les da la indicación de pensar en una lista de cosas que les gustaría hacer en esa circunstancia, por ejemplo; las cosas que les gustaría decir y que no se han atrevido, las personas con las que quisieran convivir, lo que quisieran cambiar y cómo les gustaría vivir en el resto del tiempo de vida que les queda. Al finalizar se comparte con el grupo, se brinda retroalimentación y se hace la reflexión de que *no tenemos que esperar a que nos quede poco tiempo de vida, todos los días podemos hacer cosas importantes que nos acerquen al tipo de persona que quisiéramos llegar a ser.*

2. Revisión del ejercicio en casa

En grupo los participantes comentan si lograron hacer la acción comprometida que los acerca más al tipo de vida que quieren tener y se comentan dificultades que se hayan presentado.

3. Post evaluación

Se les pide a los participantes hacer dos listas:

1. Conductas que tenían antes de estar en la intervención grupal
2. Conductas que cambiaron o mejoraron después de la intervención.

Posteriormente se les brinda la escala de evaluación de habilidades sociales para adolescentes (EEHSA) y la ficha general para participantes para que las contesten.

4. Cierre de la intervención

Se hace el cierre de la intervención agradeciendo a los participantes su confianza y la constancia de asistir a las sesiones y se les brinda un espacio para que expresen comentarios, dudas, sugerencias o agradecimientos. Finalmente se les entrega una nota escrita por las psicólogas del equipo reforzando los cambios conductuales que notan en ellos al finalizar la intervención.

Sesión de cierre

Dirigido a: Padres de familia

Duración: 2 horas

Componente ACT enfatizado: No aplica

Objetivo: Hacer la sesión de cierre con los padres de familia y hacer una post evaluación con la percepción de los padres.

Material para la sesión

- Audífonos
- Hojas
- Lapiceros

Estructura de la sesión

1. Ejercicio de atención plena

Por medio de la respiración se lleva a los padres de familia a un estado de atención plena y se les da la instrucción de describir un objeto (audífonos) intentando apegarse sólo a las características físicas de estos, como el tamaño, color, etc. evitando juicios y suposiciones. Posteriormente se les pide decir lo primero que piensan al verlos. Se comenta con el grupo de padres de familia lo que notaron y se muestra la diferencia entre describir y juzgar. Finalmente se brinda retroalimentación y se hace una reflexión: *Las personas tendemos más a juzgar que a describir y esto puede alterar nuestra percepción de los hechos.*

2. Post evaluación

Se les pide a los padres de familia hacer dos listas de cambios conductuales que notan en sus hijos:

1. Conductas que tenían sus hijos antes de asistir a la intervención
2. Conductas que mejoraron o cambiaron sus hijos después de la intervención

3. Cierre de la intervención

Para finalizar, se brinda un espacio para que los padres de familia expresen dudas, comentarios, sugerencias o agradecimientos. Posteriormente las psicólogas brindan retroalimentación y reforzamiento sobre la percepción que los padres de familia tienen de sus hijos después de haber asistido a la intervención y les agradecen por el apoyo hacía sus hijos y la constancia de traerlos a las sesiones.