

719895



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS PROFESIONALES

TÉCNICAS EN SOLUCIÓN DE PROBLEMAS.

INFORME PROFESIONAL DE SERVICIO SOCIAL

(I . P . S . S .)

**PARA OBTENER EL GRADO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

QUE PRESENTA:

APARICIO PINTLE SILVESTRE ARAMIS

DIRECTORA:

MARIANA GUTIÉRREZ LARA

MÉXICO, D. F.

NOVIEMBRE, 2007





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.



UNAM.291
2007

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Ψ

DIVISIÓN DE ESTUDIOS PROFESIONALES.

TÉCNICAS EN SOLUCIÓN DE PROBLEMAS.

Prestador de Servicio Social: Aparicio Pintle Silvestre Aramis.

Informe Profesional de Servicio Social (I. P. S. S.)

Directora: Mariana Gutiérrez Lara

Supervisora: Rebeca Sánchez Monroy

Asesora: Cristina Conde Alvarez

Centro de Servicios Psicológicos. "Dr. Guillermo Dávila."

"Programa de Atención Psicológica a Enfermos Crónico Degenerativos"

Sub. Programa: Programa de Servicio Social en Clínica.

Clave: 2006-0012 / 0023-3250

Periodo de realización del Servicio Social: del 05/06/06 al 09/02/07

México D.F. a 31 de octubre de 2007

AGRADECIMIENTOS

Quiero expresar mi profundo agradecimiento a todas las personas que son parte de mi vida y que han visto mi desarrollo personal y profesional, en primer lugar a mi madre; María Pintle Martínez, la mujer que me ha dotado de la fuerza y la sabiduría para no claudicar y continuar en el camino del conocimiento y el éxito, ya que bajo su sistema de reglas y educación me dio la el apoyo y la libertad de escoger mi profesión dentro del campo de la psicología. Expreso también mi gratitud a mi padre; Silvestre Aparicio Gómez el hombre que me apoyó incondicionalmente durante mi formación, y a quien como a mi madre le debo la vida, quiero compartir este logro con él, y con los miembros de mi familia, mi hermana Fabiola Aparicio Pintle por su valiosa ayuda durante mi formación escolar, así como a mis demás hermanos, Luis Fabiani Aparicio Pintle, América Aparicio Pintle y Diana Aparicio Pintle, gracias por creer en mi y darme la motivación para poder llegar hasta aquí.

También agradezco a la Lic. Rebeca Sanchez Monroy por darme la oportunidad de trabajar bajo su supervisión y en motivarme para continuar con mi formación como terapeuta.

Diffícilmente hubiera sido posible concluir mi carrera sin el respaldo del ingeniero; Edgar Irving Tamez Rodríguez a quien también le expreso mi agradecimiento por su orientación en la traducción de documentos y por su apoyo incondicional.

Expreso también mi viva gratitud a mis amigos que me apoyaron a seguir en los momentos más difíciles; Antaar García Avila, Ana Camacho Caballero, Luis Arreguin Martinez, Irene Torres y Roberto Carlos Torres Lopez.

Finalmente doy las gracias a la doctora; Mariana Gutiérrez Lara por apoyarme en la redacción de este documento y en la orientación durante la ultima parte durante mi proceso de titulación.

ÍNDICE

I.- Resumen.....	4
II.- Justificación y Contexto.....	5
III.- Marco Teórico de referencia.....	9
IV.- Estrategias metodológicas y/o de Intervención.....	51
V.- Resultados Obtenidos.....	62
VI.- Consideraciones Finales.....	117
VII.- Referencias.....	124
VIII.- anexos.	127

I. RESUMEN

El informe profesional de Servicio Social tuvo como finalidad que el prestador de Servicio Social realizara un reporte escrito de las diversas actividades que realiza en su respectiva sede, en este caso; en el centro de servicios psicológicos Dr. "Guillermo Dávila" que es parte de la Facultad de Psicología. C. U. y de esta forma pueda describir el proceso por el cual fue capaz de adquirir diversas habilidades que le permitirán desarrollarse profesionalmente en el área clínica.

Las actividades mencionadas anteriormente son principalmente las siguientes;

Preconsulta, Evaluación Diagnóstica, Actualización de Expediente, Sesiones clínicas, y desarrollo de taller sobre solución de problemas.

El taller "técnicas en solución de problemas" se implementó en un grupo de siete integrantes con diferentes problemáticas como son; déficit en el control del enojo, baja autoestima y problemas de pareja. La duración del taller fue de ocho sesiones, en donde los participantes fueron entrenados con algunas técnicas cognitivas, como identificación de pensamientos automáticos, distorsiones de pensamiento, evaluación de los pensamientos automáticos, la técnica en solución de problemas de Zurilla y Nezu y relajación de Jacobson.

El taller fue evaluado a través del inventario en Solución de Problemas utilizado en el Centro de Servicios Psicológicos Dr. "Guillermo Dávila". Se encontró que la técnica de Solución de problemas se puede utilizar para diversos déficit cognitivos y conductuales, sirviendo como un complemento importante dentro de las terapias cognitivas. Durante y después del taller los participantes mostraron cambios en las expectativas hacia los problemas, aumentaron la capacidad de generar posibles soluciones y aprendieron a planear los pasos para poner en práctica las soluciones escogidas.

II. JUSTIFICACIÓN Y CONTEXTO.

Con respecto a la situación de psicopatología en México y según los reportes de La Encuesta de Epidemiología Psiquiatría (ENEP) la cual se basa en un diseño probabilístico, multietápico y estratificado por seis regiones a nivel nacional el 28.6% de la población presentó algunos de los 23 trastornos del CIE alguna vez en su vida, el 13.9% lo reportó en los últimos 12 meses y el 5.8 % en los últimos 30 días. Por tipo de trastornos fueron los más frecuentes los de Ansiedad (14.3% alguna vez en su vida), seguidos por los de abusos de sustancias (9.2%) y los trastornos afectivos (9.1%). Al analizar los trastornos individuales, las fobias específicas fueron las más comunes (7.1% alguna vez en la vida), seguidas por los trastornos de conducta (6.1%), la dependencia de alcohol (5.9%), la fobia social (4.7%) y el episodio depresivo mayor (3.3%). Los tres principales trastornos para las mujeres fueron fobias (específicas y sociales), seguidas del episodio depresivo mayor. Para los hombres, la dependencia al alcohol, los trastornos de conducta y el abuso de alcohol (sin dependencia), (Salud Mental, 2003).

En relación a la demanda que tiene el Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila" una parte importante de la población que necesita el servicio es población universitaria que se ubica en una edad de 20 a 23 años y que es de crucial importancia que desarrollen habilidades en solución de problemas para su desarrollo profesional y también reducir la ansiedad que puede provocar desordenes psicológicos. De acuerdo al segundo informe semestral de actividades clínicas del 2004 las características de los solicitantes del servicio son: **Edad:** de 4 a 69 años, **Sexo:** 72.2% femenino y el 27.8% masculino, **Procedencia:** 54.4% público general, 6.1% trabajadores admón. UNAM, **43.5% estudiantes de la UNAM**, **Escolaridad:** 60% licenciatura, 6.1% primaria, 1.7% técnico, 1.3% posgrado.

El objetivo de la opción de titulación por Servicio Social, es que el prestador de Servicio Social una vez inmerso en el escenario real que será su lugar de desarrollo profesional (Centro de Servicios Psicológicos de la Facultad de psicología Dr. "Guillermo Dávila") sea capaz de describir de una forma ordenada y lógica el proceso por el cual atravesó para lograr la adquisición de las habilidades y competencias que son necesarias para un desempeño adecuado respecto al área clínica que es el área en la cual este proyecto tiene su principal sustento. Así como proporcionar al estudiante de servicio social un escenario profesional y material de trabajo pertinente, que le permita confirmar y desarrollar sus conocimientos y habilidades clínicas abordando las problemáticas psicológicas vigentes en nuestra sociedad de forma efectiva, eficiente y eficaz, con responsabilidad, compromiso y alta calidad humana.

Las diferentes actividades que se realizaron en el C.S.P "Guillermo Dávila" sirvieron para que el prestador de Servicio Social desarrollara las habilidades necesarias para poder tratar diversas problemáticas en el campo de la salud mental lo que permitió que tenga las bases para poder superar con un método estructurado los déficit cognitivo conductuales reportados por los pacientes.

Las actividades que realizó el prestador de servicio social fueron principalmente dando atención psicológica a la población solicitante del servicio del Centro de Servicios Psicológicos "Guillermo Dávila" que forma parte de la Facultad de Psicología, Ciudad Universitaria. Ubicado en Av. Universidad No. 3004, Col. Copilco-Universidad, C.P. 04510, Del. Coyoacán, México D.F. Institución que tiene la "Misión" de Ofrecer **formación supervisada** a estudiantes de **licenciatura y posgrado** en diferentes corrientes psicológicas, así como proporcionar **servicio terapéutico** en forma individual, grupal, de familia o pareja, y diferentes talleres a estudiantes y trabajadores de la **UNAM** y al público en general.

Su visión:" Formar con excelencia, a través del entrenamiento supervisado, a los estudiantes de psicología, así como brindar servicio de calidad a la comunidad Universitaria y al público en general para contribuir con el compromiso que tiene nuestra Máxima Casa de Estudios.

Los objetivos que se plantearon en el plan académico profesional establecidos entre el supervisor, director y prestador de servicio social son los siguientes:

Entrenamiento en entrevista y evaluación de las habilidades clínicas.

Objetivos:

- Desarrollar habilidades clínicas relacionadas con la entrevista.
- Desarrollar habilidades clínicas relacionadas con la aplicación, calificación e interpretación de instrumentos y la obtención del diagnóstico psicológico.
- Contar con los elementos necesarios para la elaboración de un plan de tratamiento.
- Evaluar la organización e integración del expediente psicológico.

Manejo de expediente clínico.

Objetivos:

- Conocer las partes que debe de conformar un expediente clínico.
- Manejar adecuadamente la nota clínica como un medio de dar a conocer lo que se ha trabajado con el paciente, su evolución y facilite la toma de decisiones en el proceso terapéutico.
- Integrar adecuadamente el expediente clínico

Evaluación diagnóstica.

Objetivos:

- Aprender a dar un diagnóstico preciso.
- Tener un manejo adecuado de los instrumentos de evaluación.
- Contar con la técnica adecuada para la aplicación de un instrumento como un cuestionario, prueba psicológica etc.

Integración de la corriente cognitivo conductual a las actividades clínicas.

Coterapia.

Objetivos:

- Buscar por medio de la coterapia el entrenamiento en entrevista clínica.
- Integrar los principios teóricos de las técnicas cognitivo conductuales y llevar a cabo una intervención psicológica capaz de cubrir las principales demandas del programa dentro de la sede.
- Diseñar y aplicar un taller que sirve como alternativa terapéutica y como apoyo al tratamiento psicológico,
- Enseñar a los participantes técnicas básicas dentro de la terapia cognitivo conductual.

III. MARCO TEÓRICO DE REFERENCIA.

Dado que el taller que se diseñó y aplicó a un grupo de usuarios del Centro de Servicios Psicológicos fue sobre solución de problemas a continuación se presentará el marco teórico que se utilizó como base para el mismo.

En el entrenamiento en Solución de problemas existen varios autores que tienen un método estructurado para formar habilidades de afrontamiento y solución a los diversos problemas sociales, la mayoría de estos autores están de acuerdo en que existen una serie de pasos para la solución de los problemas, como por ejemplo; D' Zurilla y Goldfried quienes proponen los siguientes puntos: *Orientación hacia el problema, Definición y Formulación al problema, Generación de alternativas, Toma de decisiones, y Puesta en práctica de la solución y verificación.* Los pasos en el método en solución de problemas se describirán con mayor detalle en el siguiente apartado, así como los principales autores, investigaciones así como algunas técnicas que se utilizan para el entrenamiento de esta habilidad. (Nezu A, 2001)

ENTRENAMIENTO EN SOLUCIÓN DE PROBLEMAS.

El interés y el estudio empírico del constructo de solución de problemas (SP) en humanos tienen una larga y extensa historia. Sin embargo, solo recientemente los profesionales de la salud mental se han centrado en esta área, como un medio de comprender mejor los trastornos conductuales y los problemas emocionales, además de incorporar el entrenamiento en habilidades de solución de problemas para su tratamiento. Gran parte de la investigación inicial sobre la solución de problemas humana fue producida por campos como la psicología cognitiva experimental, la educación y la industria.

Por ejemplo, en la psicología experimental los investigadores se han preocupado por el desarrollo de modelos descriptivos de solución de problemas (es decir,

comprender qué hace normalmente la gente para solucionar problemas) y han llevado a cabo estudios que incluyen generalmente, problemas intelectuales impersonales, como rompecabezas y tareas de formación de conceptos, pero no problemas de la vida real relevantes para la persona (p. ej., dificultades interpersonales). Dentro del campo de la educación, los psicólogos se han interesado por el concepto relacionado de la creatividad, creyendo que la solución de problemas requiere alguna forma de actuación creativa (Guilford, citado en Caballo, 1991). En la industria, la investigación sobre solución de problemas se centró en desarrollar programas de entrenamiento preparados para aumentar el pensamiento productivo de los sujetos (Osborn y Parnes citados en Caballo, 1991). Este tipo de investigación está basada en el desarrollo de modelos prescriptivos o normativos de solución de problemas, en donde el aspecto de interés se centra en cómo los individuos pueden maximizar su eficacia en la solución de problemas.

El entrenar a los individuos en habilidades de solución de problemas, como intervención clínica, tiene sus raíces en el movimiento que durante las décadas de los años cincuenta y sesenta defendía la opción de un enfoque de competencia social en psicopatología. El marco predominante en esa época era un modelo de enfermedad de la conducta anormal. Los teóricos que cuestionaban la utilidad y la validez de este enfoque comenzaron a centrarse en el concepto de psicopatología como déficit en la propia capacidad para desarrollar un funcionamiento eficaz o competencia social (Zigler y Philips citados en Caballo, 1991). En otras palabras, la conducta desadaptativa puede constituir el resultado de deficiencias en las habilidades y capacidades que contribuyen (D'Zurilla, 1986; D'Zurilla y Nezu, citados en caballo, 1991). Siguiendo esta línea de razonamiento, D'Zurilla y Goldfried (citados en Caballo, 1991) publicaron un artículo en 1971 titulado "Solución de problemas y modificación de conducta" que delineaba un modelo prescripto para entrenar a los individuos en habilidades de solución de problemas, como un medio de facilitar su competencia social general. Este enfoque integraba muchos de los hallazgos de las investigaciones provenientes de otros campos de estudio y describía un entrenamiento dentro de un marco más conductual. Desde

este artículo inicial, la terapia de solución de problemas se ha aplicado, como una intervención de tratamiento a una amplia variedad de trastornos clínicos y problemas subclínicos, incluyendo la depresión, el estrés, la ansiedad, la agorafobia, la obesidad, los problemas matrimoniales, el alcoholismo, el daño cerebral, el retraso mental, el tabaquismo, la indecisión en escoger una carrera y el fracaso académico. El entrenamiento en solución de problemas se ha aplicado también a poblaciones psiquiátricas y a una variedad de trastornos infantiles y de los adolescentes. Basándose en el desarrollo empírico y teórico, D'Zurilla y Nezu (1982) revisaron posteriormente este modelo y presentaron el enfoque básico que se describirá con detalle a lo largo del presente trabajo.

DEFINICIONES Y DESCRIPCIÓN GENERAL

Solución de Problemas Sociales.

Solución de problemas se define como el proceso autodirigido, cognitivo-conductual, por medio del cual la persona intenta identificar o descubrir formas efectivas para resolver situaciones problemáticas que enfrenta en el curso de su vida cotidiana. (Nezu, 2001).

De acuerdo con esta definición, la solución de problemas es una actividad consciente, esforzada y propositiva. En virtud de esto, entraña el proceso por medio del cual los individuos intentan dirigir sus esfuerzos de afrontamiento para alterar la naturaleza problemática de una situación misma, sus reacciones a tales situaciones, o ambos. (Nezu, 2001).

La solución de problemas constituye un modo útil de enfrentar múltiples desafíos situacionales. Entendemos por resolución de problemas un proceso conductual, manifiesto o cognitivo, que ante la situación problemática, 1) elabora una variedad de respuestas potencialmente eficaces a la situación problemática y

2) acrecienta la probabilidad de dar con la respuesta más eficaz entre las diversas alternativas posibles. La relación de la solución de problemas con la terapia se basa en dos supuestos: 1) la incapacidad para enfrentar las situaciones problemáticas, con sus consecuencias personales y sociales, a menudo tiene por resultado trastornos emocionales o conductuales que requieren un tratamiento psicológico; y 2) puede acrecentarse la eficacia general de una persona mediante el entrenamiento de aptitudes que le permiten enfrentar por sí misma los desafíos de la vida cotidiana (Golfried y Marvin, 1981).

En muchos aspectos, el entrenamiento en solución de problemas puede considerarse como ayuda dispensada al individuo para la adquisición de un "equipo de aprendizaje" (op.cit.).

El entrenamiento en solución de problemas puede concebirse como un entrenamiento de autocontrol o independencia. La diferencia fundamental consiste en que, en la resolución de problemas, los aspectos esenciales de la técnica (es decir, los procedimientos para resolver los problemas) se aplican sin tener un conocimiento previo de la respuesta más eficaz, mientras que en el procedimiento típico de autocontrol, la respuesta a obtener por control se selecciona de antemano (op.cit). Así pues la resolución de problemas se convierte en la fase inicial fundamental de un proceso de autocontrol más general que a menudo se describe con términos tales como "independencia", "competencia" y "autoconfianza".

Una *solución*, en este modelo, se define como cualquier respuesta de afrontamiento destinada a cambiar la naturaleza de la situación problemática, las propias reacciones emocionales negativas o ambas (D'Zurilla y Nezu, citado en Caballo, 1991).

Soluciones eficaces son aquellas respuestas de afrontamiento que no sólo logran estos objetivos, sino que al mismo tiempo maximizan otras consecuencias

positivas (es decir, los beneficios) y minimizan otras consecuencias negativas (es decir, los costes) (D'Zurilla y Nezu, citados en Caballo , 1991).

La capacidad general de solución de problemas comprende una serie de habilidades específicas, en vez de una sola capacidad unitaria. (D'Zurilla y Nezu, citados en Caballo, 1991), la solución de problemas eficaz requiere de cinco procesos componentes interactuantes, cada uno de los cuales aporta una determinada contribución a la solución eficaz del problema.

Habilidades de solución de problemas básicos.

Son descritas por Spivack et al. (tomado de Labrador, 1995) sensibilidad hacia los problemas (habilidad para reconocer que un problema existe), pensamiento alternativo (habilidad para generar soluciones alternativas), pensamiento medio-fines (habilidad para conceptualizar que medios se precisan para llegar a una meta), pensamiento consecuencial (habilidad para anticipar consecuencias), y toma de perspectiva (habilidad para percibir una situación desde la perspectiva de otra persona.

La solución de problemas cognitivo interpersonales.

Spivack y Shure parten del hecho de que existe un conjunto de habilidades de Solución de Problemas interpersonales de tipo cognitivo que median el ajuste social. En éste tan importante serían los factores emocionales como los cognitivos. Aquellas personas que poseen las habilidades de SP cognitivas interpersonales son las que consiguen un adecuado ajuste social, habilidades que son independientes del Coeficiente Intelectual y del Sexo (citado en Labrador, 1995).

Estas habilidades se aprenden de la experiencia; la idea básica que subyace es que lo importante no es qué pensar, sino cómo pensar. Por ello si una persona carece de estas habilidades el entrenamiento en las mismas puede permitirle llegar a conseguir un adecuado ajuste social. Estas habilidades

cognitivas interpersonales de SP son el pensamiento de soluciones alternativas y el pensamiento consecuencial en niños pequeños. Otras habilidades importantes que van a surgir posteriormente son las de sensibilidad cognitiva de la existencia de un problema como interpersonal, toma de perspectiva interpersonal y pensamiento causal social (Spivack y Shure, citado en Labrador, 1995).

Dentro de las técnicas de Solución de Problemas existen otras junto a la ya analizada de Zurilla. Algunas se han desarrollado a partir de la misma y no tienen importantes diferencias, como ocurre con las formulaciones de Nezu, (1989) aplicando la Solución de Problemas Sociales a la depresión.

Sin embargo, cuando se habla de terapias de Solución de Problemas, hay también que hablar de la Solución de problemas interpersonales de Spivack y Shure (1974) y de la ciencia personal de Mahoney (Labrador , 1995)

Los programas de entrenamiento en estas habilidades de Solución de Problemas constan de lecciones cuidadosamente estructuradas que se aplican individualmente o en grupos pequeños, habitualmente en la escuela. Suelen hacerse en forma de juegos en niños pequeños y en niños mayores en forma de diálogo. Como ya se deduce, este entrenamiento ha sido utilizado de modo efectivo en niños de preescolar y escolarizados con buenos resultados (Becoña y Gutierrez-Moyano; Spivack y Shure, op.cit).

El entrenamiento en habilidades de solución de problemas se ha utilizado en una diversidad de áreas: por ejemplo, el enfoque se ha aplicado de manera efectiva con madres que descuidan a sus hijos, la negligencia paterna se refiere al fracaso crónico de los padres para cubrir las necesidades de sus hijos en relación con seguridad física, salud, nutrición y desarrollo emocional. Para propósitos legales, suele considerarse el descuido con el maltrato infantil en el sentido de que ambos reflejan prácticas extremas, dañinas y desadaptadas en la crianza de niños (Kazdin, 1996)

FASES DEL ENTRENAMIENTO EN SOLUCIÓN DE PROBLEMAS POR DIFERENTES AUTORES.

Técnica de solución de problemas de D' Zurilla y Goldfried.

El proceso en solución de problemas Nezu, (2001) consta de cinco fases:

1. Orientación hacia el problema
2. Definición y formulación del problema
3. Generación de alternativas
4. Toma de decisiones
5. instrumentación e implementación de soluciones.

Tabla 1. Esguema de las fases y contenidos del Proceso de Resolución de Problemas propuestos por de D' Zurilla y Goldfried. (Méndez y Olivares , 2001).

PROCESO DE RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS	
I. Orientación del problema.	
a)	Percepción del problema.
b)	Valoración de las causas y de la importancia del mismo.
c)	Saber de cuanto tiempo y esfuerzo dispone el sujeto.
II. Definición y formulación del problema.	
a)	Buscar información relevante y objetiva.
b)	Comprensión del conflicto.
c)	Establecer metas realistas.
d)	Revalorar el problema después de realizar los pasos anteriores.
III. Propuesta de alternativas.	
a)	Principio de cantidad: cuantas más mejor.
b)	Principio de Dilación del juicio: no valorar las consecuencias, en principio todas las alternativas pueden ser válidas.
c)	Principio de variedad.
IV. Toma de decisiones.	
a)	Anticipar las consecuencias positivas y negativas de cada alternativa.
b)	Comparar unas alternativas con otras según las consecuencias.
c)	Preparar un plan de acción.
V. Llevar el plan a la práctica y comprobar los resultados.	
a)	Puesta en práctica del plan.
b)	Autoobservación.
c)	Autoevaluación.
d)	Autorrefuerzo si los resultados son satisfactorios o nuevo análisis del proceso o de su puesta en práctica si son insatisfactorios.

El programa SCIENCE de Mahoney.

La ciencia personal de Mahoney (1974 a, 1977) es considerada por su autor una terapia cognitiva de aprendizaje, al reconocer simultáneamente la importancia de los procesos cognitivos y de los de aprendizaje. Sus siete pasos están inspirados en la palabra inglesa Science (ciencia), y son los siguientes:

- S:** (Specify) Especificar el área general del problema.
- C:** (Collect) Recoger información.
- I:** (Identify) Identificar las causas.
- E:** (Examine) Examinar las soluciones.
- N:** (Narrow) Delimitar y experimentar.
- C:** (Compare) Comparar el progreso.
- E:** (Extend) Ampliar, revisar o reemplazar la solución.

Aunque este programa ha sido aplicado por su autor a problemas de obesidad (Mahoney, 1974b; Mahoney, Moura y Wade, 1973) y ha publicado sus libros de divulgación y autoayuda fundamentos en la misma (Mahoney, 1979; Mahoney y Mahoney, 1976), su filosofía no ha sido seguida en la realización de estudios. (Labrador, 1995 pag. 730).

**Tabla 2. Resumen de las fases del programa SCIENCE de Mahoney
(Méndez y Olivares, 2001).**

FASES	DESCRIPCIÓN.
Especificar el área del problema.	Definir el problema y las metas a donde se quiere llegar.
Recoger información.	Recopilar información detallada sobre el problema mediante registros y cuestionarios.
Identificar las causas.	Analizar los posibles factores que pueden influir en el desarrollo y mantenimiento del problema.
Examinar las soluciones.	Elaborar soluciones alternativas, diferenciando los objetivos de los medios.
Seleccionar y experimentar.	Elegir las opciones que parezcan más viables.
Comparar el progreso.	Valorar los efectos del experimento personal comparando los datos obtenidos con autorregistros antes y después.
Ampliar, revisar o reemplazar la solución.	Emplear otras opciones o combinación de ellas si el resultado de la valoración anterior no fuese del todo positivo.

La solución de problemas interpersonales de Spivack y Shure

Las habilidades que de acuerdo con estos autores miden el ajuste social y que intentan desarrollar en su programa son las siguientes:

- a) Generar soluciones alternativas a los problemas interpersonales (pensamiento alternativo). Esta habilidad es significativa en todas las edades.
- b) Habilidades para determinar los medios adecuados para conseguir las metas (pensamiento causal o pensamiento medios-fines). Emerge como significativo para el ajuste a partir de los ocho-diez años y continúa hasta la adolescencia.
- c) Saber valorar las consecuencias de cada una de las alternativas (pensamiento consecuencial). Este tipo de pensamiento no llega a ser importante para el ajuste hasta la adolescencia, aunque se observa en otras edades no parece ser relevante para el ajuste.

Esta técnica resulta tan flexible que ha permitido a los autores aplicarla a niños pequeños (incluso de cuatro años) y a individuos con una gran variedad de problemas conductuales. Con la población que ha demostrado ser más eficaz con niños pequeños (Méndez y Olivares, 2001).

Tabla 3. Habilidades que entrena el programa de Shure y Spivack y el tipo de pensamiento involucrado en cada una de ellas. (Méndez y Olivares, 2001).

HABILIDAD	TIPO DE PENSAMIENTO.
Generar soluciones alternativas a los problemas interpersonales.	Pensamiento alternativo
Determinar los medios adecuados para conseguir las metas.	Pensamiento medios-fines
Valorar las consecuencias de cada alternativa.	Pensamiento secuencial

Tabla 4. Resumen de las principales aplicaciones de las técnicas de solución de problemas (Méndez y Olivares, 2001).

TERAPIAS	APLICACIONES	POBLACION	EFICACIA
Técnica de D'Zurilla y Goldfried.	Adicciones: drogas (alcohol y tabaco); problemas académicos; competencia social; depresión; malos tratos; problemas comunitarios; estrés y ansiedad; agorafobia y conflictos de pareja.	Diversa, desde personas sin desajustes relevantes, pasando por personas con algún desajuste, hasta sujetos muy desajustados. (ej: parejas, niños, drogodependientes).	Resulta más eficaz cuando se utiliza combinada con otras técnicas.
SPI de Spivack y Shure	Conductas desadaptativas en niños (impulsividad, inhibición), en adolescentes internados y en adultos (adicciones)	En el contexto preventivo se ha trabajado con todo tipo de sujetos, con independencia de la edad (a partir de los cuatro años); en poblaciones clínicas: pacientes psiquiátricos y drogodependientes.	Se ha combinado con otras terapias con buenos resultados.
Ciencia personal de Mahoney	Se ha empleado en el tratamiento de la obesidad.	Sujetos adultos obesos.	Para el tratamiento de los problemas de obesidad resulta eficaz.

La línea de investigación que se retoma para el presente trabajo son los trabajos realizados por Zurilla y Nezu así como sus principales métodos y técnicas que nos sirvieron para poder llevar a cabo la realización del taller “técnicas en solución de problemas”.

A continuación describiremos con mayor detalle sus principales aportaciones.

EL PROCESO DE SOLUCIÓN DE PROBLEMAS SOCIALES

Hay dos supuestos principales en un modelo de solución de problemas de la salud mental. En primer lugar, debido a las complejas capacidades cognitivas y a las demandas de la sociedad, los seres humanos son activos solucionadores de problemas.

En segundo lugar, el ajuste psicológico se relaciona con la destreza en la solución de problemas de carácter tanto interpersonal como intrapersonal (D’Zurilla y Nezu, citados en Caballo, 1991). Determinadas habilidades conductuales y cognitivas median tanto las reacciones emocionales como el ajuste psicológico general. Entre estas habilidades se encuentran el enfoque general y la sensibilidad del individuo hacia los problemas. La cuestión de si considera soluciones potenciales y anticipa las consecuencias de las distintas acciones y como decide reaccionar el individuo cuando se enfrenta con una solución problemática. Además, este modelo postula que las habilidades de solución de problemas constituyen determinantes significativos de la competencia social (definida como la capacidad de enfrentarse de forma eficaz con el amplio rango de problemas de la vida diaria) y que la competencia social es un componente clave del ajuste psicológico general (D’Zurilla y Goldfried, citados en Caballo 1991).

La capacidad general de solución de problemas comprende una serie de habilidades específicas, en vez de una sola capacidad unitaria. Según D’Zurilla y Nezu, la solución de problemas eficaz requiere de cinco procesos interactuantes,

cada uno de los cuales aporta una determinada contribución a la solución eficaz del problema.

Esos procesos incluyen:

1. Orientación hacia el problema
2. Definición y formulación del problema
3. Generación de alternativas
4. Toma de decisiones
5. Puesta en práctica de la solución y verificación.

ENTRENAMIENTO EN SOLUCIÓN DE PROBLEMAS

Cuando describamos los métodos específicos de la terapia de solución de problemas, resaltaremos también los fundamentos conceptuales y empíricos de cada uno de los cinco procesos componentes. Además, se presentarán también varios métodos de evaluación de las habilidades de solución de problemas.

Objetivos del tratamiento.

- a. Ayudar a los individuos a identificar las anteriores y actuales situaciones estresantes de la vida (los acontecimientos más importantes de la vida y los problemas diarios actuales), que constituyen los antecedentes de una reacción emocional negativa.
- b. Minimizar el grado en que esa respuesta impacta de forma negativa sobre intentos futuros de afrontamiento.

- c. Aumentar la eficacia de sus intentos de solución de problemas, en el afrontamiento de situaciones problemáticas actuales.
- d. Enseñar habilidades que permitan a los individuos vérselas de modo más eficaz con problemas futuros con el fin de evitar perturbaciones psicológicas.

Dependiendo de las circunstancias idiosincrásicas de la propia vida, el tratamiento dentro de este contexto puede centrarse en cambiar la naturaleza problemática de las situaciones estresantes anteriores y actuales, en modificar la respuesta desadaptativa del paciente a estos acontecimientos (es decir, las perturbaciones psicológicas) o en los dos (Nezu, citado en Caballo 1991). La terapia de solución de problemas puede aplicarse en un formato muy estructurado de tiempo limitado, similar a nuestros programas de investigación en grupos (Nezu y Perri, citados en Caballo 1991) o con un formato de terapia más amplio y abierto. Puede considerarse como el único programa de tratamiento, como parte de un paquete de tratamiento más amplio o como una forma de mantenimiento y generalización del entrenamiento. Si se utiliza en unión de otras estrategias de tratamiento, recomendamos que la terapia general se lleve a cabo dentro de un marco general de solución de problemas más amplio (D'Zurilla, Nezu y Perri, citados en caballo 1991), en el que se incorporen técnicas adicionales como medio para facilitar el entrenamiento de un proceso particular de solución de problemas. Por ejemplo, el empleo de la reestructuración cognitiva sería muy apropiado durante el entrenamiento en definición y formulación de problemas, con el fin de minimizar el grado en que distintas distorsiones cognitivas impidan que el individuo defina un problema con precisión. El empleo del entrenamiento en relajación puede ser importante durante el proceso de generación de alternativas, con el fin de facilitar la creatividad, al disminuir las posibles interferencias asociadas con la reactividad emocional.

Como parte del proceso del entrenamiento de la Terapia en Resolución de Problemas, cualquier componente se refiere a déficit específicos (así como posibilidades) que son considerados (subobjetivos o metas). Por ejemplo, durante el entrenamiento en orientación hacia el problema (y durante todo el tratamiento), el terapeuta subraya las distorsiones cognitivas del paciente o los estilos atribucionales en los que se basa, de forma que el paciente aprende a combatir esos procesos contraproducentes. Además, con la TRP pueden tratarse simultáneamente, o junto a otras estrategias de tratamiento, dificultades coexistentes que se interrelacionan (autocontrol insuficiente, manejo pobre de ira) o la presencia de un diagnóstico paralelo. Sin embargo, la totalidad de la terapia debería tener lugar dentro de un esquema general de resolución de problemas (D' Zurilla, Nezu y cols, citados en Caro, 1997).

Dependiendo de la naturaleza y gravedad de los problemas del cliente, el tratamiento puede durar entre seis semanas o varios meses. Puede aplicarse en un formato muy estructurado o de forma más informal (Nezu y cols, citados en Caro, 1997).

COMPONENTES DEL ENTRENAMIENTO EN SOLUCIÓN DE PROBLEMAS.

Orientación hacia el problema.

La enseñanza de este componente está dirigido a facilitar: a) creencias positivas de auto-eficacia (la percepción de que las personas pueden mejorar su calidad de vida mediante el afrontamiento efectivo y la solución de problemas); b) creencias de que los problemas son inevitables (aceptar la noción de que es común y normal experimentar una amplia variedad de problemas); c) la habilidad para identificar con precisión cuando ocurren empleando las nociones como

señales; y d) la habilidad para inhibir reacciones emocionales que pueden conducir a reacciones impulsivas o de evitación. Se pueden usar técnicas basadas en la reestructuración cognitiva y la terapia cognitiva y son de utilidad para ayudar a superar al paciente a superar distorsiones específicas al procesar la información, subyacentes a una orientación negativa al problema, tales como estilos atributivos, estimaciones negativas, distorsiones cognitivas, y creencias irracionales. (Nezu, Deanes, y Friedman, citados en Nezu, 2001).

Definición y Formulación del Problema.

La enseñanza de esta habilidad de solución de problemas se centra en los siguientes cinco aspectos: a) recolectar la mayor información posible sobre el problema; b) usar lenguaje claro; c) separar hechos de suposiciones; d) identificar los factores que convierten a la situación en problemática; y establecer metas de solución de problemas realistas. Los problemas más difíciles necesitan separarse en submetas que representan pasos hacia una meta mayor. Cuando se define el problema, es crucial desarticular el problema mayor en sus pequeños componentes más manejables. Al hacerlo, el paciente estará en posibilidades de establecer metas realistas y alcanzables.

Generación de Alternativas.

En este componente se fomenta el pensamiento de amplio espectro, creativo y flexible. Se enseña a los pacientes tres principios de tormenta de ideas, cantidad, diferimiento de juicios y variedad. Esto con el fin de mejorar su habilidad para generar una lista comprehensiva de estrategias de afrontamiento alternativas. El principio de cantidad sugiere que entre más ideas genere una persona, mayor la probabilidad de que se encuentren, entre las enlistadas, las opciones efectivas y de alta calidad. El segundo principio, diferimiento de juicios sugiere que la regla de

cantidad se puede cumplir mejor si se evita la persona emitir algún juicio acerca de la calidad o efectividad de una idea determinada hasta haber compilado una lista amplia. El principio de variedad anima a la persona a pensar en una amplia gama de soluciones posibles a través de diversas estrategias o clases de enfoques, en vez de centrarse en sólo una o dos ideas estrechas.

La Toma de Decisiones.

Una vez que se ha generado una lista de opciones alternativas, se comienza a evaluar sistemática y detalladamente el potencial de cada solución para alcanzar las metas definidas. La enseñanza de esta habilidad ayuda al paciente a usar los criterios para conducir un análisis costo-beneficio: a) la probabilidad de que la solución alcance la meta definida; b) la probabilidad de que la persona responsable de resolver el problema pueda realmente llevar a cabo óptimamente la solución; c) las consecuencias personales (esto es, efectos en sí mismo) y sociales (esto es, efectos en tanto que las asociadas con calificaciones positivas sirven como un banco del que el paciente desarrolla un plan general de acción que incluye una combinación de opciones de afrontamiento potencialmente efectivas.

Puesta en práctica de la solución y verificación.

Una vez que el plan este en proceso, se promueve que el paciente vigile las consecuencias reales. Esto a menudo entraña el desarrollo de un sistema de datos sencillo que permite evaluar el resultado. El empleo de esta información permite al paciente evaluar los resultados mediante la comparación entre el resultado real y sus predicciones acerca del resultado. Si estos coinciden satisfactoriamente, se promueve que el paciente se administre auto-reforzamiento (por ejemplo, autoenunciados de felicitación, regalos o premios tangibles). Si la

comparación resulta insatisfactoria, entonces se le anima a recorrer nuevamente diversos aspectos del proceso de solución de problemas. En este proceso, se enseña a los pacientes a diferenciar entre dificultades al ejecutar el plan de solución y el proceso mismo de solución de problemas. (Nezu, 2001).

APLICACIONES DEL MODELO EN SOLUCIÓN DE PROBLEMAS.

La terapia de resolución de problemas (TRP) se ha aplicado a distintos grupos clínicos. En el cuadro 1 se presenta una lista de estudios que documentan la eficacia de la TRP. Dado que una revisión reciente (Nezu y Nezu, 1991) describe estudios previos al principio de esta década, incluimos únicamente aquellas investigaciones publicadas desde 1991.

Tabla 5. Estudios del empleo de la terapia de resolución de problemas publicados desde 1990. (Caro, 1997).

Área	Estudios.
Depresión.	Aren , Perri, Nezu, Schein, Christopher y Joseph (1993) Mynors-Wallis, Gath, Lloyd Thomas y Tomlinson (1995)
Ideas suicidas.	Lerner y Clum (1990) Salkovskis, Atha y Storer (1990) McLeavey, Dalay, Ludggate y Murria (1994)
Fobia social.	DiGiuseppe, Simon, McGoean y Garder (1990)
Esquizofrenia.	Bradshaw (1993)
Personas con retraso mental y problemas psiquiátricos.	Nezu, Nezu y Arian (1991) Cunnungham, Davis, Bremner, Duna y Rzasa (1993)
Abuso de sustancias.	Carey, Carey y Meisler (1990) Margura, Kang y Shapiro (1994), Platt Husband, Hermalin, Carter y Metzger (1993)

ENTRENAMIENTO COGNITIVO CONDUCTUAL Y SU USO PARA LA SOLUCIÓN DE PROBLEMAS DE RELEVANCIA SOCIAL.

En la propuesta que los psicólogos, Pablo Valderrama, Fermin Rivero y el Dr. Benjamín Domínguez (1983) realizaron resaltan la importancia de incorporar a los psicólogos en programas que implementa el sector salud, para incidir en los cada vez más apremiados problemas de la población en el área de las salud pública. Estos problemas son de relevancia social, y entre los más importantes se encuentran los siguientes; consumo de drogas, alcoholismo, depresión, suicidio, alteraciones en las relaciones interpersonales, stress, problemas asociados a la ansiedad, problemas escolares y maltrato a la niñez, todos ellos enmarcados en una problemática social mayor.

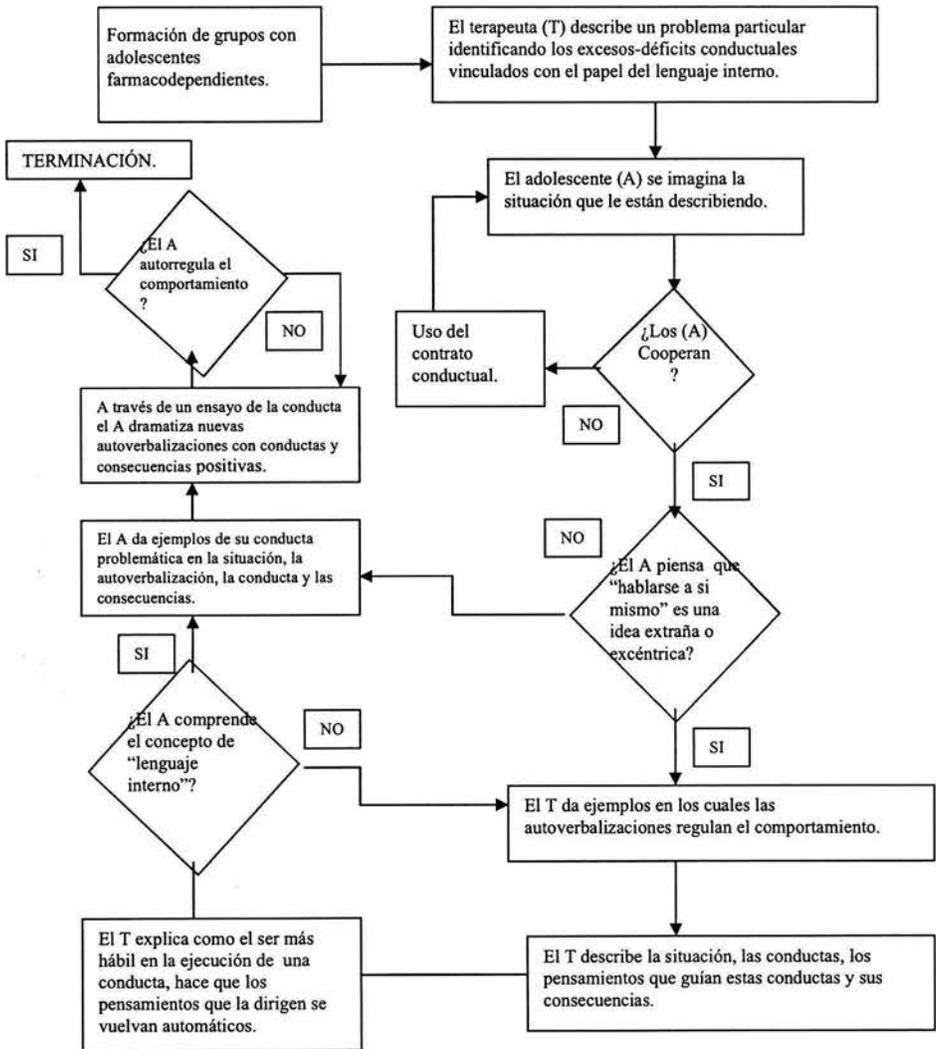
La psicología ha derivado algunas alternativas para evaluar e intervenir en ella; entre las más representativas encontramos las aproximaciones el psicoanálisis, las conductuales, ecológicas y psicofisiológicas.

Una tecnología que ha demostrado su eficiencia de manera inmediata en el tratamiento de algunas áreas problema es la cognitivo conductual, que se aboca a las modificaciones de las cogniciones para inducir un cambio en la conducta.

Las áreas en las que se ha intervenido podemos mencionar las siguientes: farmacodependencia, rehabilitación en comunidades cautivas, conductas sociales en niños, niños impulsivos, niños institucionalizados, y con conductas destructivas, problemas en el salón de clase, asertividad, reducción de la ansiedad en situaciones sociales, así como problemas de depresión.

Estos autores proponen el siguiente diagrama como elemento de acción para combatir los problemas antes ya mencionados.

Figura 1. Un modelo de Secuencia instruccional de una terapia cognitivo-conductual. (Valderrama y Domínguez, 1983)



SOLUCIÓN DE PROBLEMAS Y PERSONALIDAD LÍMITROFE.

En esta investigación realizada por Stephanie Bray, Christine Barrowclough y Fiona Loaban (2006), se estudió las habilidades de solución de problemas sociales (SPS) de tres grupos de participantes: un grupo BPD con el desorden de personalidad límite ($n=25$), un grupo CC de control clínico del procedimiento ($n=25$) y un grupo NCC de control no-clínico ($n=25$). La habilidad para la solución de problemas sociales (SPS) fue evaluada usando el procedimiento de 'medios y fines' para la solución de problemas (MEPS) junto con el Inventario Revisado para la Solución de Problemas Sociales (SPSI-R). A pesar de la controversia diagnóstica (Roth & Fonagy, 1996), del desorden de personalidad límite (BPD) ha sido reconocido clínicamente como un desorden que comúnmente ocurre asociado a un impedimento funcional (Linehan, 1993). De acuerdo con el DSM-IV, la característica principal del desorden límite BPD es la inhabilidad para formar y mantener relaciones de apoyo (American Psychiatric Association, 1994) y estas dificultades se extienden a las relaciones terapéuticas (Beck & Freeman, 1990; Millon, 1981). De la misma manera en que estos problemas interpersonales, los pacientes con frecuencia se involucran en comportamientos problemáticos que incluyen daño a sí mismo y comportamientos impulsivos de autodestrucción., tales como el uso de sustancias indebidas y el gasto excesivo de dinero.

El propósito de este estudio fue investigar las habilidades para la solución de problemas sociales SPS de gente que cumplía con el criterio de diagnóstico de personalidad Límite. Fue asumida la hipótesis que el grupo Personalidad Límite tendría habilidades más pobres para solucionar problemas que los grupos de control clínico CC y de control no clínico NCC.

Resultados

El grupo personalidad Límitrofe exhibió deficiencias en sus habilidades para la solución de problemas sociales (SPS), sin embargo la mayoría de estas deficiencias no fueron específicas de este grupo, ya que también fueron encontradas en el grupo de Control Clínico, indicando que un factor común a estos dos grupos, tal como una afectación negativa, puede ser responsable de las deficiencias observadas. Deficiencias específicas SPS fueron identificadas en el grupo Personalidad límitrofe: los participantes generaron menos soluciones específicas en la evaluación MEPS. El procedimiento MEPS (Platt & Spivack, 1975) fue desarrollado para evaluar la capacidad cognitiva de los 'fines y medios': la habilidad para identificar los pasos necesarios para lograr una meta particular y reportaron mayores niveles de orientación negativa al problema y un mayor estilo impulsivo y descuidado hacia la solución de problemas sociales.

Como se esperaba, los grupos personalidad límitrofe y Control Clínico reportaron niveles significativamente más altos de afectación negativa que el grupo Control No Clínico (p menor a 0.01). Sin embargo la diferencia entre el grupo Personalidad Límitrofe y el grupo Control Clínico respecto a las calificaciones del grupo personalidad límitrofe no fue significativa ($p=0.08$). En lo que respecta a los niveles de la sintomatología psicopatológica general, se encontró que los tres grupos tenían calificaciones diferentes al ser evaluados usando las calificaciones GSI del SCL-90-R (p menor a 0.05). El grupo Personalidad Límitrofe reportó niveles significativamente más altos de sintomatología psicopatológica general que el grupo Control Clínico, el cual reporto a su vez niveles significativamente más altos que el grupo Control No Clínico.

El SPSI-R (D'Zurilla, Nezu, & Maydeu-Olivares, 1996) es un cuestionario de 52 reactivos diseñados para evaluar las fortalezas y debilidades en las habilidades y actitudes para solucionar problemas sociales

Los resultados para el SPSI-R. Se encontró que el grupo Personalidad Límitrofe también registró calificaciones mas bajas que el grupo Control No Clínico en todas las variables del SPSI-R (p menor a 0.05). Para las variables de;

orientación positiva al problema, solución del problema racional, escala de evasión, la diferencia entre las calificaciones del grupo Personalidad límite y el grupo Control Clínico no fue significativa, indicando una deficiencia psicopatológica general en estas habilidades.

Se debe tener cuidado al interpretar estos resultados para el SPSI-R dada la gran variación en las calificaciones obtenidas para esta variable. Se encontró que el grupo Personalidad Límite tenía deficiencias específicas comparadas con el grupo Control Clínico en las variables del SPSI-R, total de la solución del problema social (p menor a 0.05), estilo impulsivo/descuidado (p menor a 0.05), y orientación negativa al problema (p menor a 0.017).

Como se predijo, este estudio encontró que las personas con el trastorno de personalidad límite tienen deficiencias para la solución de problemas sociales: estas personas proveyeron soluciones que contienen menos 'medios relevantes', eran menos efectivas y menos específicas comparadas con aquellas soluciones provistas por el grupo de control no-clínico. Estas personas también reportaron un enfoque menos adaptativo hacia la solución de problemas sociales. La mayoría de estas deficiencias al grupo Personalidad límite por haberse también encontrado en el grupo de Control Clínico, sugiriendo que las deficiencias en la solución de problemas sociales están generalmente asociados a la psicopatología. Se encontró que el grupo personalidad límite tenía deficiencias específicas en las habilidades para la Solución de Problemas Sociales. Comparativamente con el grupo Control Clínico, el grupo Personalidad Límite, reportaron respuestas menos específicas para los reactivos del MEPS y reportaron también mayores niveles en la orientación negativa al problema, un enfoque más impulsivo y descuidado hacia la solución de problemas sociales y en general una habilidad para la solución de problemas más pobre.

La identificación del estudio de las deficiencias para solución de problemas en personas con el trastorno de Personalidad Límite ha provisto soporte empírico para una de las suposiciones de la terapia de comportamiento dialéctica (Linehan, 1993) e indica que es apropiado ofrecer una intervención en la solución de problemas para este grupo de clientes, ya sea como una terapia individual

independiente o en conjunto con otras psicoterapias disponibles. Las similitudes en la habilidad para la solución de problemas entre el grupo Personalidad Límitrofe y el grupo Control Clínico indican que quizá sea apropiado implementar una intervención en la solución de problemas desarrollada para otros grupos de clientes (D'Zurilla, 1990; McLeavey, Daly, Ludgate, & Murria, 1994) modificada para tomar en cuenta sus deficiencias específicas en la solución de problemas.

Las deficiencias en la orientación del problema han sido encontradas en otras poblaciones clínicas que presentan, con problemas similares a los de las personas con personalidad Límitrofe incluyendo adolescentes con ideas suicidas (Sadowski y Kelley, 1993) y pacientes psiquiátricos internados con severas ideas suicidas (D'Zurilla et al., 1998). En el estudio que se presenta aquí, el grupo Personalidad Límitrofe reportó una deficiencia específica en la orientación negativa al problema: los individuos en este grupo tienden a ver el problema como una amenaza, y a sentirse inseguros sobre sus propias habilidades y a ser pesimistas sobre los posibles resultados.

SOLUCIÓN DE PROBLEMAS RELACIONADO AL COMPORTAMIENTO SUICIDA.

En este estudio realizado por Mehmet Eskin, Aybars Akoglu, Bülent Uygur (2006) el objetivo fue Investigar la importancia de la relación entre los eventos traumáticos de la vida y el grado de habilidades para la solución de problemas y su relación con el comportamiento suicida en un grupo de pacientes externos.

Se sugirió que, comparados con los individuos no-suicidas, los individuos que se suicidaron habían experimentado más eventos traumáticos durante su vida (Blaauw et al., 2002; Goldney et al., 2000; Roy, 2001; Statham, 1998). Los eventos traumáticos de la vida destruyen el balance interno (homeostasis), disminuyen la confianza en si mismos y hacen al individuo mas propenso a comportamientos destructivos tales como el suicidio.

Por ejemplo, Botsis (1995) encontró que los pacientes psiquiátricos con riesgo de suicidarse habían experimentado la pérdida de sus padres en mayor medida que aquellos pacientes sin riesgo de suicidarse. Ullman y Brecklin (2002) encontraron que el raptó es una de las causas más importantes del suicidio en las mujeres. Krug et al. (1998) encontró que el suicidio era más frecuente entre individuos que habían experimentado algún desastre natural durante sus vidas, tales como inundaciones y terremotos, que entre aquellos individuos que no tenían esas experiencias.

Es bien sabido, que las experiencias traumáticas son frecuentes entre los pacientes psiquiátricos, y que casi todo el tiempo, tal experiencia traumática es el detonador de un desorden psiquiátrico o bien la causa directa de tal desorden psiquiátrico. Por esta razón, es importante determinar la predominancia del comportamiento suicida y de eventos traumáticos entre la población de pacientes psiquiátricos de Turquía, así como los factores relacionados con ellos. El número de estudios que examinan la relación entre las habilidades para la solución de problemas, los eventos traumáticos, y el comportamiento suicida al mismo tiempo entre pacientes psiquiátricos es inadecuado. El presente estudio tiene tres objetivos: (1) Investigar la predominancia de eventos traumáticos de la vida y el nivel de las habilidades para la solución de problemas de un grupo de pacientes psiquiátricos; (2) Determinar si el número de eventos traumáticos de la vida y el nivel de la habilidad de solución de problemas son factores de predicción del comportamiento suicida o de las intenciones de suicidio cuando los factores clínicos y socio-demográficos están controlados; Evaluar el modelo bi-tesis del estrés para el suicidio.

Método: El estudio incluyó 121 pacientes psiquiátricos externos (57% mujeres, 43% hombres). Los participantes completaron un cuestionario que contenía preguntas sobre socio-demografía, características clínicas, comportamiento suicida, eventos traumáticos, y un inventario de solución de problemas. Los datos fueron analizados con exámenes-t (t-tests), exámenes tipo chi-square, análisis de variación de una sola dirección, y análisis de regresión multi-lógicos.

Resultados: Entre los pacientes, el 43.2% de los hombres y el 47.8% de las mujeres reportó haber tenido pensamientos suicidas. El 28.7% de los hombres y el 29.7% de las mujeres reportaron haber tenido intentos de suicidio y el 75.4% del total reportó haber experimentado al menos un evento traumático en su vida. En promedio cada participante experimentó 2 eventos traumáticos (desviación estándar SD=1.7). Dos análisis de regresión logística mostraron que la solución de problemas pobre era un factor de predicción tanto de ideas suicidas como de intentos de suicidio. El número de eventos traumáticos parece ser un factor de predicción independiente de los intentos de suicidio después de las habilidades de solución de problemas. De acuerdo con el modelo de estrés bi-tesis se encontró que tanto los pensamientos suicidas como los intentos suicidas eran más frecuentes entre las personas con habilidades pobres para la solución de problemas y que fueron expuestas a eventos traumáticos en sus vidas.

Conclusión: El comportamiento suicida y los eventos traumáticos de la vida son comunes entre los pacientes psiquiátricos. Otros hallazgos indican que la solución pobre de problemas puede ser un factor de predicción independiente tanto para ideas suicidas como para intentos suicidas. El comportamiento suicida, los eventos traumáticos de la vida, y las habilidades para la solución de problemas deben ser abordados durante la evaluación psiquiátrica. Los hallazgos del estudio implican que la terapia de solución de problemas puede ser un enfoque importante para el tratamiento de pacientes psiquiátricos que exhiban comportamiento suicida.

SOLUCIÓN DE PROBLEMAS EN PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS CRÓNICOS.

En el estudio realizado por I. Zabala Blanco, J. Favrod y F. Lebigre (1992) se muestra el método y los resultados de un programa de entrenamiento de la capacidad para resolver problemas interpersonales con un grupo de esquizofrénicos ambulatorios.

Gran número de estudios demuestran que los pacientes psiquiátricos se diferencian de los controles normales en la manera de resolver los problemas de la vida cotidiana. (Platt & Spivak citado en Zabala 1992).

Los mismos autores en otro estudio se han interesado en el tipo de diferentes pacientes-controles. Los sujetos controles tienen mayor capacidad para incluir en sus respuestas elementos propios de la reflexión y de la introspección, mientras que los pacientes tienden a la realización inmediata y concreta de una acción. Los resultados de otro estudio de los mismos autores, sugieren que los pacientes de sexo masculino con menor capacidad para resolver estos problemas presentan de manera más clara un pattern esquizofrénico en el MMPI. Sin embargo, los pacientes no se diferencian de los controles en su capacidad para reconocer la pertinencia de las diferentes soluciones que se les proponen.

Entre los autores que han valorado y desarrollado el entrenamiento de la capacidad de resolución de problemas de la vida cotidiana, en los pacientes psiquiátricos crónicos, destacan: Siegel & Spivack, Eldeinstein, Hansen, Foy, y Wallance & Liberman. Estos estudios han demostrado que en los enfermos psiquiátricos crónicos, se puede mejorar la capacidad de resolver problemas específicos y que estos cambios se mantienen de forma duradera y se generaliza mejorando la integración social en su conjunto.

Durante esta investigación se trabajó con 11 pacientes durante 20 sesiones semanales de dos horas cada una y se reportan los resultados de 6 quienes presentan un trastorno esquizofrénico crónico según los criterios del DSMIII-R, 5 hombres y una mujer con una edad media de 26.3 años.

El taller fue una adaptación del programa de "Social Problem Solving" desarrollado por el equipo de Robert P. Libermann.

El tratamiento se dividió en dos partes, en la primera se utilizaron recursos audiovisuales como videos para presentar problemas cotidianos, en donde los

pacientes tenían que definir el problema que se estaba presentando, así como encontrar el objetivo del actor e identificar el obstáculo, se generaban ideas con el método tempestad de ideas, para encontrar las soluciones posibles que se apuntaban en tarjetas, se les pedía después que evaluaran las respuestas a través de las consecuencias positivas o negativas posibles, cuando las consecuencias ya habían sido calificadas se les pedía que escogieran la mejor y que la reprodujeran en un juego de rol que es filmado en video, se da retroalimentación y se realizan más ensayos conductuales.

En la segunda parte del método de entrenamiento, los pacientes tratan problemas personales cotidianos con el mismo procedimiento mencionado anteriormente.

Los resultados en el estudio de Blanco Z, Favrod J y Lebigre F (1992). Ellos concluyen que los pacientes esquizofrénicos mejoraron su capacidad de resolver problemas, "la identificación del problema" mejoró de manera sensible: de un 71% en el pre-test, a un 85% en el post-test.

Los resultados en la definición del problema pasan del 39% en el pre-test, a un 85% en el post-test. Aproximándose a los miembros del personal (78%).

Los resultados de "la solución del problema" aumentan de manera considerable a partir del pre-test (20%), pero siguen siendo muy bajos en el post-test (37%), lo que puede imputarse en parte, al hecho de que las soluciones desarrolladas han sido únicamente las aportadas por los pacientes.

El "Contenido" del juego de roles obtiene resultados superponibles con la "solución", lo que demuestra que los pacientes esquizofrénicos son capaces de llevar a cabo la solución que han propuesto verbalmente.

El programa de entrenamiento en la resolución de problemas presentado mejora de manera evidente los resultados de los pacientes esquizofrénicos conformados a una situación interpersonal problemática y constituye un útil terapéutico importante y digno de ser desarrollado en el tratamiento global de los trastornos esquizofrénicos.

SOLUCIÓN DE PROBLEMAS PARA LOS FAMILIARES DE ENFERMOS ESQUIZOFRÉNICOS.

En el estudio realizado por T. Rangil, M. Trancho, A. Jonquera, C. Gastó (1996) tuvo la finalidad de diseñar un taller para familiares de enfermos esquizofrénicos en primer grado, su estudio nos muestra la eficacia del tratamiento resolución de problemas. En el taller se utilizó la técnica en solución de problemas de Zurilla y Goldfried (1974), los diseños de los estudios de Fallon y cols. (1982 y 1985) y de Liberman y cols 1980) además la técnica de relajación de Bernstein y Barkover (1973), la duración del taller fue de un mes dividido en 7 sesiones de 90 minutos de duración cada una y fue conformado por 4 grupos.

El objetivo principal de este taller fue enseñar a los familiares de enfermos esquizofrénicos habilidades de comunicación y de resolución de problemas además reducir tensión a través de la relajación. La edad de los enfermos comprendida entre 17 y 35 años, los familiares ya habían tomado un taller sobre esta enfermedad antes del taller en solución de problemas.

Diversos estudios demostraron que tanto los acontecimientos vitales estresantes como el impacto de los ambientes familiares con elevado nivel de emoción expresada (la crítica, los comentarios de hostilidad y la sobre protección familiar) interactuaban con las predisposiciones biológicas en la precipitación de recaídas psicóticas, pese al efecto protector de la medicación neuroléptica (Brown y cols, Koenigsberg , Handley, Leff, vaugh, Mc Creadie, Muser, Stirling y cols, Vaughn y Left, citados en Rangil T 1996).

Estos estudios demostraron la eficacia de distintos enfoques de terapia familiar en la reducción del estrés dentro del ambiente familiar y del nivel de emoción expresada en familiares, así como consecuentemente de la tasa de recaídas en enfermos esquizofrénicos, en cuando esa terapia contenía sugerencias prácticas para afrontar los problemas cotidianos y establecía objetivos específicos a conseguir, desde una perspectiva conductual (Lieberman, falloon. Op.cit).

Los resultados arrojados por el estudio de Rangil T, Trancho A., Jonquera A. y Gastó C. concluyen que los problemas más frecuentes a los que se enfrentan los familiares de un enfermo esquizofrénico fueron: la inactividad, el incumplimiento de horarios, el desorden, el negativismo, el uso del dinero y la falta de comunicación.

En la realización de los cuatro talleres se observó que la mayoría de familiares de enfermos esquizofrénicos referían como los problemas más frecuentes en la convivencia diaria aquellos relacionados con los síntomas negativos de la enfermedad, es decir, los que corresponden a la inactividad, incumplimiento de horarios en casa (dificultad para levantarse de la cama o asistir a la comida familiar), desorden, negativismo (negarse a realizar tareas en casa o actividades fuera de ella), falta de comunicación o los silencios prolongados, por tanto estos fueron los problemas abordados prioritariamente en el taller. (Rangil T. 1996).

Durante las sesiones se utilizaron técnicas cognitivas y se definieron los problemas más frecuentes dentro del núcleo familiar, se explicó el modelo estímulo-organismo-respuesta-conducta-consecuencia (E-O-R-C), también se dio la explicación y aplicación práctica de la técnica en resolución de problemas:

- 1) Determinar y especificar problemas de la vida cotidiana.
- 2) Desarrollar diferentes opciones o respuestas alternativas para solucionar el problema.
- 3) Evaluar cada opción en función de sus consecuencias a corto, medio y largo plazo.

- 4) Elegir la opción u opciones "mejores" y concretar una, que puede ser la combinación de varias.
- 5) Planificar cómo llevar a cabo dicha opción.
- 6) Ponerla en práctica.
- 7) Revisar los resultados: analizar nuevamente el problema después de haber puesto en práctica la opción escogida.

Los familiares valoraron el taller de una forma positiva, tanto en la utilidad como en lo adecuado de sus características formales, explicaciones claras, contenidos aplicables, interesantes y suficientemente concretos, adecuado equilibrio entre explicaciones teóricas y aplicaciones prácticas, se dio seguimiento un mes después terminado el taller y el 75% de los participantes reportaron seguir utilizando las técnicas aprendidas incluso utilizándolas en otras situaciones.

SOLUCIÓN DE PROBLEMAS Y LA IMPULSIVIDAD INFANTIL.

Xavier Bornas Agustí, Mateu Servera Barceló, Francesc Serra Mates y Juan T. Escudero López (1990), realizaron una investigación con el objetivo de comparar la eficacia de dos tratamientos, Autoinstrucciones (AI) y Solución de Problemas (SP), en relación a la impulsividad infantil y a su vez se busca aumentar la flexibilidad de los niños impulsivos, evaluar la eficacia relativa de las autoinstrucciones y la solución de problemas y mejorar el rendimiento escolar de los niños.

La investigación de Jerome Kagan a principios de los años sesenta sobre los estilos de conceptualización llevaron al autor y sus colaboradores a la introducción de una dimensión cognitiva llamada Reflexividad-impulsividad, (R-I). La R-I es un índice de la capacidad analítica del sujeto ante tareas de solución de problemas que impliquen incertidumbre de respuesta (Kagan et al., 1964 y 1970, citados en Bornas X, Servera M, Serra F y Escudero J. (1990); en concreto, la variable inicial que llevó a la distinción entre sujetos reflexivos e impulsivos fue la construcción de que los sujetos tardaban más tiempo sobre estos problemas

(reflexivos) tendían más a la producción de estilos de respuesta analíticos que los más rápidos (impulsivos). Estos estilos de respuesta se hallan habitualmente correlacionados con un mejor rendimiento en algunos test de inteligencia y pruebas de rendimiento.

En esta investigación se evaluaron 72 alumnos de 4to y 5to de un colegio público, para seleccionar a los sujetos que participarían en el experimento. Se seleccionaron 18 niños impulsivos 9 niños y 9 niñas, 11 de 4to y 7 de 5to. Fueron asignados al azar a cada una de las tres condiciones experimentales: tratamiento de Auto instrucciones, Solución de Problemas y control. El tratamiento tuvo una duración de 18 sesiones de una hora de duración repartidas a lo largo de 2 meses.

Se utilizaron tres pruebas objetivas, la primera consistía en 10 problemas de matemáticas, la segunda era un texto de 35 líneas a partir del cual se hacían 10 preguntas de comprensión lectora y la tercera era una redacción sobre el tema mi colegio. Para evaluar la impulsividad se empleó el MMF 20 (test de emparejamiento de figuras familiares, versión de Cains y Cammock, 1978 op.cit). Consta de 20 ítems de igual formato: un modelo de seis alternativas sólo una de las cuales, que el niño debe encontrar, es exactamente idéntica al modelo. Se registran para cada ítem los errores (máximo 5) y la latencia de la primera respuesta (sea acertada o no).

El programa de Autoinstrucciones se elaboró siguiendo las pautas de Meichenbau (1981) y los aspectos más concretos señaladas por Bornas (1987).

El programa de Solución de Problemas está basado en el currículum de Allen et al. (1976), (Bornas, 1989), adaptándolo a la superior de los alumnos, consta de 6 pasos: identificación del problema, generación de alternativas de solución, previsión de consecuencias, toma de decisiones o elección de la mejor alternativa, elaboración de la solución y puesta en práctica.

Resultados.

En cuanto el test MMF 20 existen diferencias significativas entre el grupo control y el grupo de Solución de problemas. En cuanto a las latencias en el test MMF 20, la comparación de las medias antes y después del tratamiento muestra un aumento muy significativo que corresponde al grupo Solución de Problemas, los grupos Auto instrucciones y el grupo control aumentan mínimamente su latencia. Respecto a la puntuación I (factor estilo; las puntuaciones positivas indican estilo impulsivo y las puntuaciones negativas, estilo reflexivo) obtenidas a partir del total de la muestra, se encontró que el grupo que modifica significativamente el estilo es el grupo Solución de Problemas. Este grupo pasa de una puntuación cero (intermedia) a destacar claramente hacia puntuaciones de reflexibilidad (-1.42, nótese que se trata de puntuaciones típicas, que suelen oscilar entre +3 y -3 es decir, dentro de un reducido intervalo), mientras que los otros grupos mantienen su tendencia hacia el estilo impulsivo. Las diferencias obtenidas entre el grupo Solución de problemas y grupo control también son significativas.

En cuanto a las puntuaciones del factor E (factor competencia) obtenidas en el test MMF 20, ninguno grupo obtuvo diferencias significativas entre las puntuaciones pre y post tratamiento, aunque el grupo Solución de problemas se diferencia de los otros grupos en forma significativa obteniendo puntuaciones negativas, que indican una tendencia hacia la eficacia, mientras que los otros grupos se mantienen en la zona que indica una tendencia a la ineficacia.

Se puede concluir que, respecto al tratamiento de Solución de problemas, que ha sido útil en el cambio del factor estilo sin influir en el nivel de competencia del niño, de lo cual se deduce que para modificar este nivel se necesita otro tipo de entrenamiento.

Finalmente podemos sugerir que aquellos procedimientos de tratamiento de la impulsividad que engloban Solución de Problemas y Auto instrucciones y se demuestran eficaces, deben esta eficacia en mayor parte al componente Solución de Problemas, mientras el Auto instrucción podría ser inactivo.

TERAPIA EN SOLUCIÓN DE PROBLEMAS EN ENFERMOS DE CÁNCER.

En el estudio realizado por Marredo R y Carballeira M (2002) tuvo como propósito mejorar el ajuste psicológico a la enfermedad de los pacientes de Cáncer a través del incremento de sus habilidades cognitivas a través del Método en Solución de problemas. La muestra esta compuesta por 46 pacientes de cáncer de 21 a 68 años de edad, de los cuales 33 fueron adscritos aleatoriamente al grupo de intervención y 13 al grupo control. Más del 50 % de los pacientes fueron mujeres y el tipo de Cáncer predominante fue el de mama. El programa fue conformado en siete fases con un total de 16 sesiones, distribuidas semanalmente y con una duración aproximada de 90 minutos. En 8 grupos de 3 a 5 enfermos oncológicos por grupo.

Instrumentos:

Se emplearon una serie de escalas desarrolladas y validadas en estudios previos con enfermos oncológicos.

Las capacidades cognitivas se evaluaron a través de:

1. La batería de habilidades interpersonales de Behencourt (1989)
2. cuestionario de percepción de Sentimientos (TDP).
3. cuestionario de Pensamiento Alternativo (PA).
4. cuestionario de Pensamiento causal (PCA).
5. cuestionario de Pensamiento Consecuencial (PCO).
6. cuestionario de Pensamiento Planificador. (PMF)

Los miedos se evaluaron con el cuestionario de Miedos de Pelechado (1981), un instrumento adaptado del cuestionario de temores de Wolpe y Lang (1964). Para apresar otros tipos de miedos que surgen en el contexto interpersonal incluimos el cuestionario de Miedo a la critica e Intransigencia de pelechado (1990). Por último para conocer la capacidad de relajación del individuo y otros estados emocionales empleamos el Cuestionario BUSQUEST-DISGIR-

INCREL de Pelechado (1990) que tras la factorización realizada con enfermos oncológicos quedó con 28 ítems (Carballeira, 1993).

Tratamiento.

Fase 1. (2 sesiones). Presentación general y conocimiento mutuo, exponer contenidos del programa y definir problema.

Fase 2. (4 sesiones). Identificación del problema. Recursos como expresión de sentimientos, habilidades comunicativas, toma de perspectivas o sesgos cognitivos que permitan identificar los problemas y hacer valoraciones objetivas de los mismos.

Fase 3. (1 sesión). Búsqueda de Soluciones: pensamiento alternativo. Se utiliza la técnica de Brain storming, los pacientes aprenden que dejando fluir las alternativas pueden generar una multitud de soluciones para un mismo problema.

Fase 4. (2 sesiones). Valoración de Soluciones: pensamiento causal. Tiene como objetivo ordenar secuencialmente los fenómenos interpersonales y descubrir los principales desencadenantes de la situación problema.

Fase 5. (2 sesiones) valoración de las soluciones: pensamiento consecuencial. Se trabaja con búsqueda de consecuencias tanto a corto, medio como a largo plazo. Este análisis permite jerarquizar las soluciones según las consecuencias sean beneficiosas o perjudiciales para la relación interpersonal.

Fase 6. (2 sesiones). Ensayo de soluciones: pensamiento planificador. Se aprende el proceso de la toma de decisión analizando que solución es más adecuada en función de las causas y consecuencias y que pasos serían necesarios para poner en marcha dicha solución.

Fase 7. (3 sesiones). Revisión. Fase integradora en la que se ánima a los pacientes a poner en práctica las habilidades aprendidas de manera asertiva.

Efectos de la intervención.

El grupo control manifiesta mayor miedo a la crítica y mayor ira manifiesta que el grupo de intervención.

En los pacientes del grupo de intervención, las capacidades de solución de problemas se incrementaron inmediatamente después del tratamiento, apareciendo diferencias significativas en percepción de sentimientos, pensamiento alternativo y pensamiento causal. En percepción de sentimientos aparece un efecto simple significativo que indica un incremento de tal capacidad para el grupo de intervención una vez finalizada la terapia. En pensamiento alternativo aparece un efecto de interacción significativo. Los efectos simples indican que el grupo de intervención mejora el pensamiento alternativo después del tratamiento y estos cambios no se produjeron en el grupo control. En el caso del pensamiento causal, también aparece un efecto de interacción significativo. Los efectos simples indican que el grupo de intervención ha incrementado su pensamiento causal después de la terapia, mientras que el grupo control disminuye, incluso, sus puntuaciones. El análisis inter grupo en las medidas tomadas después de la aplicación del tratamiento van en la misma línea aparece un efecto significativo en el pensamiento alternativo puntuando más alto los pacientes del grupo de intervención que los del grupo control, y lo mismo ocurre en pensamiento causal, sin embargo, en percepción de sentimientos sólo aparecen diferencias marginalmente significativas, el pensamiento consecuencial también se ha incrementado después de la intervención, pero estas diferencias no resultan del todo significativas a nivel intragrupo.

Los análisis efectuados con las variables de miedos resultaron significativos para el grupo de intervención, pero no cuando se establecían contrastes intergrupo.

El tratamiento también resultó eficaz para disminuir la sensación de falta de relajación en el grupo de intervención, pero estas diferencias no se encontraron cuando se contrasta al grupo de intervención con el grupo control. En ira

manifiesta la diferencia que se encontraron entre los grupos de intervención y control después del entrenamiento ya estaban presentes en la línea base, por lo que no podemos saber en que medida la terapia ha contribuido a reducir las emociones negativas de los enfermos oncológicos.

TERAPIA DE SOLUCIÓN DE PROBLEMAS PARA PACIENTES CON CANCER.

Este estudio realizado por el Dr. Arhur M. Nezu propone la terapia en Solución de Problemas (TSP) como una intervención potencialmente eficaz para mejorar la calidad de vida de los pacientes cancerosos adultos, y así, aminorar su sufrimiento. Este proyecto el autor lo llamó "Proyecto Génesis".

Eficacia de la Terapia en Solución de Problemas.

Si las habilidades efectivas de solución de problemas sirven como un factor de resguardo importante respecto al proceso del estrés, el enseñar a los individuos tales habilidades conduciría una disminución del sufrimiento emocional y al mejoramiento de su funcionamiento psicológico. De hecho, la Terapia en Solución de Problemas ha demostrado su efectividad respecto a una amplia variedad de poblaciones clínicas, pacientes con depresión unipolar, depresión geriátrica, de atención primaria, fobia social, agorafobia, obesidad, trastornos coronarios, adultos con cáncer, esquizofrenia, retardados mentales con problemas psiquiátricos concomitantes, conductas de riesgo de VIH, abuso de sustancias, suicidio, agresividad infantil, y trastornos de conducta (ver D' Zurilla & Nezu et al. 1997, para revisar esta literatura).

El proyecto Génesis.

El proyecto Génesis fue un ensayo clínico aleatorio, a cinco años, prospectivo, de Terapia en Solución de problemas para pacientes con Cáncer.

Se enseñó a los pacientes habilidades en Solución de Problemas en 10 sesiones de 1 hora y media.

Se asignaron a los pacientes aleatoriamente a una de tres condiciones:

- a) Terapia en Solución de Problemas + Tratamiento Médico Estándar.
- b) Terapia en Solución de Problemas junto con otra persona significativa + Tratamiento Médico Estándar.
- c) Sólo Tratamiento Médico Estándar (control en lista de espera).

Antes del tratamiento (pre-tratamiento), después del tratamiento (post-tratamiento), seis meses y un año después del tratamiento se evaluó el sufrimiento emocional, la habilidad de solución de problemas, la calidad de vida, y las dificultades relativas al cáncer.

Tratamiento: El entrenamiento constó de 5 áreas principales de solución de problemas; Orientación al problema, Definición y formulación del problema, Generación de alternativas, Toma de decisiones, Instrumentación y Verificación de Soluciones.

Resultados

Los análisis preliminares de los estudios de pre- a post tratamiento y a 6 meses de seguimiento apoyan fuertemente la eficacia de la TSP. Concretamente, en el post-tratamiento comparado con la condición de sólo Tratamiento Médico Estándar , los pacientes en ambas condiciones Terapia en Solución de problemas manifiestan: Significativamente niveles más bajos de sufrimiento psicológico de acuerdo con varios inventarios de auto informe, así como las calificaciones otorgadas por clínicos independientes; informan tener menos problemas relacionados con el cáncer significativamente con menos frecuencia y severidad, y presentan habilidades de solución de problemas y de toma de decisiones significativamente más efectivas. Además, el mejoramiento de la solución de problemas correlacionó fuertemente con cambios en el sufrimiento emocional. Es

más, tales resultados positivos se mantuvieron 6 meses de seguimiento. A pesar de que no se encontraron diferencia entre ambas condiciones de terapia en Solución de Problemas en el tratamiento, los pacientes tratados con Terapia en solución de problemas que incluía personas importantes en su vida manifestaron niveles más bajos de sufrimiento en algunas medidas en la evaluación de seguimiento.

SOLUCIÓN DE PROBLEMAS PARA AGRESORES SEXUALES.

El trabajo realizado por Nezu C, (2001) en donde investigó la asociación entre la Resolución de Problemas y la desviación conocida como agresividad sexual, en una muestra de 167 hombres adultos agresores sexuales de 18 a 65 años y con un coeficiente intelectual igual o mayor de 55.

Instrumentos

- Cuestionario Demográfico y Entrevista Estructurada.
- Escala de inteligencia para adultos (Wechsler, 1981) Subescala de vocabulario.
- Historia de abuso, cuestionario de Exposición al abuso sexual, parte 1 (SAEQ; Rowan, Foy, Rodríguez, & Ryan, 1994).
- Evaluación de ambientes-III- Escala de Castigo Físico(AEIII-PPS; Beger, Knutson, Mehm, & Perkins, 1988).
- Cuestionario de abuso psicológico, verbal y Emocional (PVEAQ;Dudek,Nezu,Nezu;Nezu;Wasserman,Good, Cheng & Good, 1997)
- Inventario. Agresividad Sexual Previa. (SASI; Nezu, et al.,1997).
- Número de arrestos Previos. A través de su expediente.
- Inventario de Solución de Problemas Sociales- Revisado (SPSI-R; D'Zurilla, Nezu & Maydeu-Olivares, en prensa).
- Inventario Multifásico sobre Sexo (MSI; Nichols & Molinder, 1984).

En la forma de aplicación se les leían los reactivos de los instrumentos y los participantes contestaban en sus hojas de respuestas.

Resultados.

Los sujetos blancos manifestaron calificaciones más altas de desviación sexual que los sujetos pertenecientes a otras razas. Además, a mayor coeficiente intelectual mayor desviación sexual.

En los factores históricos sobre agresividad sexual previa, ni el número de arrestos previos por crímenes sexuales ni la severidad de las agresiones sexuales pasadas correlacionaron significativamente con la desviación sexual actual. En historia de abuso sexual del sujeto se hallaron correlaciones significativas entre la desviación sexual y la historia del abuso sexual, abuso psicológico y emocional, pero no en abuso físico.

La relación entre desviación sexual y los cinco instrumentos de medida de la solución de problemas fue significativa; a mayor desviación sexual mostraron calificaciones más bajas en la orientación a los problemas y en la solución racional de problemas, las calificaciones más altas en desviación sexual se asociaron con mayor orientación negativa a los problemas, calificaciones más altas en el estilo de evitación, y estilo impulsivo/descuidado.

La Solución Social de Problemas como Predictor de la Desviación Sexual.

Los resultados de este estudio contribuyen con un punto de partida que considera a la habilidad para resolver problemas como un factor dinámico importante para el mantenimiento de las agresiones sexuales. Los niveles bajos de agresividad y desviación sexuales se asociaron con habilidades más efectivas de solución de problemas, es más los resultados de la regresión jerárquica en esta muestra apoyan la hipótesis de que la resolución de problemas podría cumplir una función mediadora con otros factores de vulnerabilidad. El estudio añade apoyo a la literatura antecedente que sugiere que la habilidad para resolver problemas funge como un factor de vulnerabilidad al desarrollo y mantenimiento de la agresividad y la violencia.

IV. ESTRATEGIAS METODOLÓGICAS Y/O DE INTERVENCIÓN.

A continuación se describirán las estrategias metodológicas y procedimientos para lograr los objetivos establecidos en el plan de actividades de servicio social.

Las actividades que se realizaron fueron las siguientes:

1.- Preconsulta:

Objetivo: Con esta actividad se busca realizar una entrevista conductual y adquirir la habilidad de extraer la información relevante que nos indique las deficiencias cognitivas y conductuales del paciente, permitiéndonos así dar un diagnóstico tentativo sobre el problema.

En esta actividad debemos ser capaces de extraer del paciente la siguiente información:

1.- Familiograma: Se debe de extraer la información de los integrantes de la familia del paciente; edad, sexo y parentesco, también de una forma breve el tipo de relación que se tiene con cada uno de los miembros. Se pregunta también sobre posibles enfermedades hereditarias físicas y mentales.

2.- Motivo de Consulta: En esta parte se profundiza acerca del motivo de consulta: fecha de comienzo de la problemática reportada por el paciente, así como su duración, frecuencia, principales pensamientos que se tiene sobre el problema, las personas implicadas, las conductas y las emociones originadas; así como las acciones que se han tomado para tratar de resolverlo.

3.- Otros tratamientos: En esta parte se trata de saber si el paciente ha estado bajo otro tipo de tratamiento psicológico y el tipo de terapia o corriente psicológica

con el cual fue tratado, también se busca saber si el paciente está bajo tratamiento médico, psiquiátrico ó farmacológico.

4.- Áreas Afectadas: En esta parte se extrae información sobre el grado de afectación de sus diferentes áreas de la vida (social, labores, escuela, pareja, sexualidad, salud) y se realiza un resumen sobre cada una en términos de la corriente cognitivo-conductual, a través del análisis funcional de la conducta problema. Se utiliza la escucha activa para analizar correctamente la información que el paciente reporta, también se extrae información sobre la frecuencia de la conducta problemática.

Se utiliza la orientación como parte de esta entrevista inicial y se le explica al paciente de una forma tentativa cual es su área más afectada, su problema y posible tratamiento.

Se utiliza la sensibilización y se le da retroalimentación al paciente desde esta primera entrevista.

2.- Evaluación Diagnóstica:

Objetivo: La finalidad de esta actividad es obtener un perfil sobre la personalidad, capacidades y habilidades del paciente así como un punto de referencia para comenzar el tratamiento psicológico. También se evalúa a los pacientes para poder tener un sustento en caso de que el paciente no sea candidato para ser tratado en la institución y tenga que canalizarse por presentar una problemática psiquiátrica detectada como inestabilidad en algunas escalas del inventario MMPI2, como por ejemplo la en escala 8 (Esquizofrenia).

En esta actividad el paciente es sometido a 5 pruebas psicológicas:

1. Inventario de Depresión de Beck. (1976)
2. Inventario de Ansiedad de Beck. (1976)
3. Inventario de Habilidades Sociales. (1980)
4. Inventario en Solución de problemas.
5. Inventario Multifásico de la personalidad MMPI2. (Hathaway y McKinley, 1994).

La evaluación diagnóstica se realiza con todos los pacientes que se asignan a los prestadores de servicio social, y para cada caso se aplican las primeras cuatro pruebas mencionadas anteriormente. Cuando se observa que el paciente tiene un trastorno de personalidad o un trastorno más severo se le aplica el Inventario Multifásico de la personalidad MMPI (Minnesota), con el fin de extraer un perfil psicológico más completo y decidir si el paciente podrá ser atendido en el Centro de Servicios Psicológicos o será canalizado a otra institución, además de conocer el perfil de personalidad y así poder adecuar las sesiones clínicas.

Al realizar esta actividad el paciente por lo general pregunta de qué trata la prueba y cual es su función, se le explica que es para medir algunas características de su personalidad, y en algunos casos se especifica qué se mide exactamente resaltando la importancia que tiene la evaluación psicológica para su tratamiento.

3.- Sesiones clínicas:

Objetivo: Que el prestador de servicio social tenga la capacidad de organizar y planear una sesión clínica. Una vez que se haya asignado un paciente al prestador de Servicio Social éste deberá programar cada una de las sesiones de acuerdo al modelo cognitivo conductual, a continuación se enunciarán el plan típico para aplicar desde la segunda sesión en adelante:

A).- Breve actualización y control del estado de ánimo (y de las medicaciones. Alcohol y/o uso de drogas si es necesario).

El prestador de servicio social solicita una descripción verbal por parte del paciente de su estado de ánimo y la compara con los puntajes de las pruebas objetivas que le aplicó al comienzo de la terapia. Si existe una discrepancia entre los resultados y el relato, interroga al paciente (p.ej., "Dices que te has sentido mejor, pero lo que tu reportas sobre tu estado de ánimo es diferente a los puntajes de las pruebas que se extrajeron al comienzo de la terapia. ¿Qué te sugiere eso?"). Esto se hace con cualquiera de los estados de ánimo del paciente.

B).- Revisión de la sesión anterior.

El propósito de este ítem es conocer cuál fue la percepción y comprensión del paciente acerca de la sesión anterior.

Al saber que se le preguntará al respecto, el paciente se motiva para la siguiente sesión pensando en lo trabajado en la anterior. Si no logra recordar sus reacciones o los puntos más importantes de la sesión previa, para que puedan recordar mejor lo trabajado en la sesión anterior, el terapeuta y el paciente pueden usar el "Formulario puente entre sesiones" (Beck, 2000) descrito a continuación:

Tabla 6. Formulario Puente entre Sesiones. (Beck, 2000)

FORMULARIO PUENTE ENTRE SESIONES.
1.- ¿Qué punto importante tratamos en la sesión anterior? ¿Qué aprendió usted? (1-3 oraciones)
2.- ¿Hubo algo que le molestara en la sesión anterior? ¿Hay algo que le cueste manifestar?
3.- ¿Cómo transcurrió la semana? ¿Cómo ha sido su estado de ánimo comparándolo con el de otras semanas? (1-3 oraciones)
4.- ¿Sucedió esta semana algo que merezca la pena de ser discutido? (1-3 oraciones)
5.- ¿Qué problemas desea incluir en el plan? (1-3 oraciones)
6.- ¿Qué tareas hizo/no hizo? ¿Qué aprendió?

Si el paciente comenta que algún elemento de la sesión anterior le molestó, en ese mismo momento el prestador de servicio social examina con el, o debe sugerir incluir el tema en el plan. De la misma manera, si no hubiese recordado ningún tema importante, debe preguntar: "¿Recuerdas que conversamos acerca de la relación entre pensamientos y sentimientos?" o podría haberle dicho: "¿Qué te parece si incluimos en el plan un repaso del modelo cognitivo?". Como dijimos anteriormente, también podría haberle indicado al paciente la necesidad de que se haga responsable, a partir de ese momento, de recordar los contenidos relevantes, preguntándole: "¿Qué podrías hacer esta semana para recordar lo que hemos hablado hoy?"

C).- Planificación.

Generalmente el prestador de Servicio Social asume la mayor responsabilidad en el planteamiento de las primeras sesiones y en forma gradual, transfiere la responsabilidad al paciente.

A menudo los pacientes necesitan, al comienzo, que se los incentive para que sugieran temas para el plan. En ocasiones, no reconocen con exactitud qué cosas los han estado perturbando o no están seguros de cuáles son los temas adecuados. El prestador de servicio social los instruye para que planteen problemas que requieran alguna clase de ayuda para alcanzar la solución. “¿De qué problema o problemas deseas ocuparte hoy?” Si los puntos a tratar son demasiados, el prestador de servicio social y el paciente fijarán en conjunto las prioridades, especificarán la cantidad de tiempo que desean dedicar a cada uno y, en caso necesario, pospondrán uno o más puntos para la semana siguiente.

El prestador de Servicio Social no siempre necesita seguir el plan. Más aún, en algunas situaciones, no debe seguir el plan establecido. Sin embargo, cuando se aparta de lo planeado, debe hacer explícita esa decisión y solicitar el acuerdo con el paciente.

Por diversos motivos durante la sesión, el prestador de servicio social puede sugerir cambios en la distribución del tiempo. Puede hacerlo si, el paciente está muy preocupado por algún asunto en particular y necesita más tiempo para hablar sobre el. También puede suceder que surja algún tema nuevo, que sea de particular relevancia. A veces, el cambio debe efectuarse porque el estado de ánimo del paciente cambia abruptamente mostrando emociones negativas durante la sesión. El prestador de Servicio Social suele también tratar de evitar que el paciente se adentre en temas periféricos que no estaban incluidos en el plan y que no resulten prometedores para el avance en la sesión. Como excepción, no obstante, puede ocurrir que el prestador de servicio social, de manera breve, encare deliberadamente con el paciente una conversación intrascendente con un propósito determinado. Por ejemplo, puede preguntarle acerca de una película que el paciente acaba de ver, pedirle su opinión acerca de un tema de interés general o preguntarle sobre su familia para levantarle el estado de ánimo, para facilitar la alianza entre ellos para evaluar habilidades cognitivas o sociales.

D).- Revisión de la tarea para el hogar.

Efectuar una revisión de las tareas para el hogar en cada sesión refuerza el comportamiento y pone de manifiesto el valor de las efectuadas en la semana. Si las tareas no se controlan en las sesiones, el paciente comienza a creer que no son importantes, y el incumplimiento desciende significativamente. A veces, la revisión de las tareas demanda poco tiempo. En otras ocasiones, puede ocupar casi toda la sesión, especialmente cuando las tareas contienen temas que el paciente desea tratar.

El prestador de Servicio Social trata de revisar todas las tareas realizadas en el hogar durante la sesión, no es necesario que revise las tareas separándolas del resto del plan de la sesión. Muchos terapeutas experimentados integran la revisión de las tareas al tratamiento de los problemas incluidos en el plan de la sesión.

E).- Conversaciones sobre los temas planificados, asignación de nuevas tareas para el hogar, síntesis periódicas.

En la mayoría de los casos, el prestador de servicio Social pregunta al paciente con cuál de los temas del plan desea comenzar. De esta manera otorga al paciente la posibilidad de ser más activo y asertivo y le permite más responsabilidades. En algunas ocasiones, el terapeuta asume la iniciativa de seleccionar algún punto particular del temario para comenzar, especialmente cuando considera que esta elección llevará a un mayor avance de la sesión.

El prestador de servicio Social introduce sus propios objetivos en los momentos adecuados, cualquiera sea el tema en discusión. En esta sesión el Prestador de Servicio Social no solo ayuda al paciente en la resolución de problemas, sino que además 1) los relaciona con los objetivos del paciente para su terapia, 2) refuerza el modelo cognitivo, 3) continúa enseñando al paciente a

identificar sus pensamientos automáticos, 4) busca alivio de los síntomas ayudando al paciente a controlar sus pensamientos angustiantes y 5) sostiene y acrecienta el rapport mediante una actitud comprensiva.

El prestador de Servicio Social debe lograr varios objetivos al mismo tiempo. Aborda un tema del plan que interesa al paciente; relaciona el problema con un objetivo de la terapia; enseña algo más acerca de los pensamientos automáticos; ayuda al paciente a identificar, evaluar y controlar aquellos que son específicamente angustiantes; facilita el alivio de los síntomas y produce una disminución de la ansiedad. Finalmente, asigna las tareas para el hogar y previene a la paciente para que tenga expectativas realistas respecto del aprendizaje de una nueva habilidad.

Síntesis periódicas.

A lo largo de la sesión, el Prestador de Servicio Social realiza dos clases de resúmenes. La primera es una síntesis breve, que se lleva a cabo una vez completada cada parte de la sesión, para que tanto el paciente como el prestador de Servicio Social tengan una clara comprensión de lo que han logrado y de lo que harán.

Otro tipo de síntesis es la que se realiza sobre los contenidos que el paciente expone. En este caso, el Prestador de Servicio Social resume brevemente los aspectos centrales de las afirmaciones del paciente tratando de usar sus mismas palabras. A menudo el paciente ha descrito una situación con muchos detalles. El prestador de Servicio Social la sintetiza para asegurarse de que ha captado cuál es el elemento problemático para el paciente y con el objeto de presentarla de un modo más conciso y claro para ambos, poniendo en práctica una vez más el modelo cognitivo, de una manera sutil. Emplea siempre que puede las palabras del paciente para asegurarse una comprensión adecuada y para mantener activa la dificultad clave en la mente del paciente.

F).- Resumen final y retroalimentación.

A diferencia de lo descrito en el punto anterior, en el resumen final el prestador de Servicio Social se abstiene de activar pensamientos negativos o perturbadores en el paciente. En este caso el objetivo es aclarar al paciente los puntos principales tratados durante la sesión de una manera sencilla. Como se trata de una de las primeras sesiones, el terapeuta es quien realiza la síntesis.

A medida que el paciente avanza en la terapia, se va haciendo cargo de esta tarea. La síntesis resulta más fácil si durante la sesión el paciente ha tomado notas adecuadas acerca de los puntos más importantes.

4.- Actualización de Expediente:

Objetivo: La utilidad de esta actividad es tener una buena organización de los expedientes de los pacientes, hacer un expediente clínico para cada caso y tener un mejor control del tratamiento de los mismos.

En esta actividad se realiza una bitácora de cada una de las sesiones clínicas, incluyendo objetivo de la sesión, desarrollo y resultados obtenidos, así como la modalidad del tratamiento que se aplicará al paciente, se incluyen los resultados obtenidos de cada una de las pruebas aplicadas y se archiva en un expediente personalizado.

En esta actividad el prestador de Servicio Social mantiene un registro de los que acontece en cada sesión con cada uno de sus pacientes, ya sea de forma individual o taller.

5.- Impartición de Taller. “Técnicas en solución de problemas”

Objetivo: Se espera desarrollar las habilidades para trabajar con grupos pequeños; tener un buen control grupal, diseñar sesiones y planear actividades, además ayudar a los participantes a superar el déficit que presentan.

En esta actividad el prestador de servicio social trabajó de forma grupal; con un total del 7 participantes, como parte de su tratamiento psicológico constituido por un taller titulado: “Técnicas en solución de problemas”, y de forma semanal durante 8 sesiones, con una duración de dos horas cada sesión.

La finalidad que tiene la construcción de este taller es dar una opción más al tratamiento psicológico a la población joven que presenta un déficit de habilidades sociales en solución de problemas y se busca que el paciente adquiera las herramientas necesarias que le permitan desarrollar esas habilidades, que podrá aplicar en las diferentes áreas en las que esta inmerso; escuela, familia, trabajo etc.

Los participantes (hombres y mujeres de una edad entre 20 y 23 años) que presentan un déficit en solución de problemas y que demandan la atención del Centro de Servicios Psicológicos, son jóvenes que pueden presentar problemas comunes de esta etapa de desarrollo.

Para Philips. (1987) la psicopatología proviene de la incapacidad de un organismo para resolver problemas o conflictos y alcanzar objetivos. La carencia por parte del organismo de las habilidades sociales necesarias da como resultado estrategias poco adaptativas, estados emocionales negativos, como la ansiedad y cogniciones desadaptativas, en lugar de soluciones sociales a los problemas.

Los pacientes fueron canalizados al taller "Técnicas en solución de problemas" por parte de la administración del centro de servicios Dr. "Guillermo Dávila".

En el anexo 1 se presentan las cartas descriptivas de cada una de las sesiones.

V. RESULTADOS OBTENIDOS.

Como primer punto se presentarán el número de actividades realizadas a través de los pacientes atendidos en el Centro de Servicios Psicológicos.

Tabla 7. Actividades realizadas durante el periodo del Servicio Social.

Actividades	Mes 1	Mes 2	Mes 3	Mes 4	Mes 5	Mes 6	total
Preconsulta:	19	11	13	11	10	13	77
Evaluación DX:	1	1	8	3	2	0	15
Actualización de Expediente:		5	8	5	5	4	27
Concertar citas:	5	5	8	5	5	30	58
Sesiones clínicas:	1	3	11	15	10	4	44
Notas Psicológicas:	1	3	11	15	10	4	44
Impartición de taller	0	1	0	0	0	1	2

Como se puede observar, las actividades preponderantes fueron la pre-consulta y la concertación de citas, sin embargo, parte de servicio social consistió en el diseño de talleres y cabe señalar que no se pone aquí el tiempo de preparación del taller.

PRECONSULTA

Habilidades adquiridas en la sede.

En la atención individual adquirí diversas competencias:

Conducir entrevistas: entrevista conductual y entrevista clínica.

- Con la entrevista adquirí la capacidad de identificar el problema central del relato del paciente.
- De hacer un análisis funcional de la conducta del paciente.
- Dar retroalimentación al paciente.
- Elaborar y establecer una impresión diagnóstica tentativa al problema.
- Motivar al paciente a continuar el tratamiento.
- Analizar e integrar el lenguaje no verbal observado en el paciente.
- Hacer el registro de la información relevante centrada únicamente en la problemática del paciente.

EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA

Durante mi estancia en el centro de Servicios Psicológicos en lo que respecta a la evaluación diagnóstica adquirí habilidades tales como:

- Diferenciar entre instrumentos psicométricos de instrumentos no estructurados.
- Manejar y controlar los instrumentos de medición, por medio de su buena calificación, administración y confidencialidad.
- Conocer la utilidad de los instrumentos de medición en los diferentes campos de la psicología, así como la ética de su utilización.
- Integrar los resultados obtenidos de los instrumentos para integrarlos al tratamiento y al diagnóstico.

ACTUALIZACIÓN DE EXPEDIENTES

Al tener un buen control del expediente clínico fui capaz de desarrollar habilidades para:

- Planear sesiones al ver el registro de las notas psicológicas y así dar continuidad al tratamiento.
- Detectar avances, retrocesos, estancamientos dentro del tratamiento del paciente.
- Utilizar el registro sistemático como instrumento de evaluación o de comparación.

SESIONES CLÍNICAS:

Durante las sesiones clínicas adquirí las siguientes habilidades:

- Realizar un buen diagnóstico.
- La capacidad de realizar un buen pronóstico de la terapia.
- Conocer las limitaciones del ejercicio de la psicoterapia.
- Poner en práctica la ética profesional del terapeuta.
- Poder realizar una intervención en crisis.
- Formar una buena alianza terapéutica.
- Poner en práctica métodos terapéuticos de observación clínica.
- Integrar adecuadamente teórica y metodológicamente los conocimientos adquiridos.
- Desarrollar un tratamiento que se adecue a la problemática del paciente.

TALLER: Técnicas en solución de problemas.

A continuación se presenta el reporte de tres casos que fueron atendidos en el taller de técnicas en solución de problemas. Como se verá más adelante la forma de evaluar dicho taller fue a través del inventario en solución de problemas utilizado en el centro de Servicios Psicológicos Dr. Guillermo Dávila.

Instrumentos: Inventario en solución de problemas.

CASO 1.

1.- Motivo de consulta.

Información obtenida en preconsulta.

Mujer soltera, 21 años.

Estudiante de Séptimo semestre de la Lic. Médico Veterinario Zootecnista.

Descripción del problema:

La paciente acude a consulta refiriendo emociones tales como, enojo, tristeza, desesperación e inseguridad para tomar decisiones, han causado que actúe de una forma agresiva con las personas que la rodean; grita, insulta, discute frecuentemente y cuando su enojo es demasiado se autoagrede; jalándose el cabello y pegándose en las piernas.

Principales áreas de la vida afectas.

Amistad: Su carácter explosivo ha ocasionado que sus amistades se alejen de ella, ya que sus amigos ya no soportan sus comentarios sarcásticos.

Familia: Discute constantemente con su familia ya que ella percibe que le dan preferencia a su hermana.**Académicas:** Falta de concentración y abandono de las actividades debido a que se desespera con facilidad cuando se enfrenta a alguna dificultad.

Evaluación realizada por pruebas o cuestionarios.

Inventario en solución de problemas.

- Puntuaciones obtenidas: Pre- test. 103 Interpretación: Regular.
- Puntuaciones obtenidas: Pos- test. 69 Interpretación: Bueno.

Tabla 8. Total de asistencias al Taller “Técnicas en Solución de problemas”.

SESIÓN	ASISTENCIA.
1. ORIENTACIÓN AL PROBLEMA.	√
2. DEFINICIÓN Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.	√
3. TECNICAS PARA DETECCIÓN DE PENSAMIENTOS AUTOMATICOS.	√
4. GENERACIÓN DE ALTERNATIVAS.	√
5.TOMA DE DECISIONES	X
6. RELAJACIÓN Y REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA.	√
7.PUESTA EN PRACTICA DE SOLUCIÓN Y VERIFICACIÓN	√
8. PUESTA EN PRÁCTICA DE SOLUCIÓN Y VERIFICACIÓN.	√

√ = asistencia X= inasistencia

2a.- Recursos disponibles en la paciente

- a) La paciente tiene una gran habilidad para comprender con facilidad los modelos de comportamiento y tiene el hábito de la lectura.
- b) La paciente es capaz de sintetizar la información que se le proporciona y tiene facilidad para comunicar y describir sus pensamientos además que es muy participativa en la sesión.

2b.-Déficit disponibles en la paciente

- a) Es demasiado explosiva, no tiene un buen control de sus impulsos y es muy impaciente, espera resultados inmediatos.
- b) Tiende a racionalizar la mayoría de los eventos, pero de una forma distorsionada, y es el error de pensamiento el que crea ideas equivocadas sobre las diferentes situaciones que ella personaliza, asumiendo que las personas están en su contra y que la agraden. Esto aunado a que tiene un carácter explosivo hace que trate de defenderse de manera automática y agresiva sin pensar en las consecuencias de sus actos.

3.- Diagnóstico (identificación de la problemática).

La paciente muestra un déficit en el control del enojo.

4.- Tratamiento.

El tratamiento se llevó a cabo en 8 sesiones.

Tabla 9. Resumen de los objetivos planteados y las técnicas utilizadas en el taller “Técnicas en solución de problemas”.

OBJETIVOS	TECNICAS.
<p>Ayudar a los individuos a identificar las anteriores y actuales situaciones estresantes de la vida (los acontecimientos más importantes de la vida y los problemas diarios actuales), que constituyen los antecedentes de una reacción emocional negativa.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Motivación. • Sensibilización. • Mejorar la Autoeficacia percibida.
<p>Minimizar el grado en que esa respuesta impacta de forma negativa sobre intentos futuros de afrontamiento.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Inhibir respuestas automáticas. (autocontrol) • Estrategia de oposición opuesta: El terapeuta simula adoptar una creencia determinada sobre los problemas y pide al paciente que le dé razones por las que esa creencia es irracional, ilógica y/o desadaptativa. • Identificación de pensamientos automáticos. • Registro de pensamientos automáticos. • Reestructuración cognitiva de Beck.
<p>Aumentar la eficacia de sus intentos de solución de problemas, en el afrontamiento de situaciones problemáticas actuales.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Técnica de torbellino de ideas: (principio de cantidad, aplazamiento del juicio y principio de variedad).
<p>Enseñar habilidades que permitan a los individuos vérselas de modo más eficaz con problemas futuros con el fin de evitar perturbaciones psicológicas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Análisis de consecuencias. • Análisis y registro de la conducta. (frecuencia de respuesta, duración, y resultado de la respuesta). • Auto Reforzamiento. • Relajación progresiva. (Jackobson, 1928).

4.1 Desarrollo por sesiones. Caso 1.

Taller: **SESIÓN 1.**

“Orientación al problema”.

En esta sesión los participantes conocieron el primer tema en el método en solución de problemas, el prestador de servicio social proporcionó al grupo el formulario de lista de problemas con la finalidad de identificar su área con mayor problemática y el cuestionario impreso. Después seleccionó a un integrante del grupo para contestar el cuestionario, para que sirviera de ejemplo para que todos los demás pudieran resolver las dudas que surgieron durante su llenado.

Ejercicio 1.- Formulario de lista de problemas.

Área identificada con mayores problemas: **Relaciones Sociales**

Ejercicio 2.- Cuestionario. Orientación al problema.

a) Respuestas cognitivas y conductuales.

Área identificada como problema.	Repuestas cognitivas	Respuestas afectivas	Respuestas conductuales	Fecha de aparición del problema.
Relaciones sociales.	Exagero mis emociones.	Primero me enojo y después me pongo triste.	Grito, lloro, insulto, me pego e las piernas.	Desde que tenía 13 años.

b) Percepción del problema.

Creencias, suposiciones, valoraciones y expectativas del problema.	¿Porqué creo que ocurre el problema?	¿Qué es lo que causa el problema?	¿Puedo controlarlo o sale de mi control?
Siempre imagino cosas que no han pasado y me enoja, quiero mejorar la relación con mis seres queridos.	Soy muy exagerada y desesperada.	Mi pensamiento esta mal, es incorrecto.	Se me sale de control, pero es algo que solo esta en mí controlar.

SESION 2. “Definición y formulación al problema”

En esta sesión el prestador de servicio social proporcionó al grupo el formato impreso del método en Solución de problemas. (Definición y formulación del problema) y solicitó un voluntario para con su caso ejemplificar como se debe llenar el formato.

Ejercicio 3.- Formato de definición y formulación del problema.

a) Situación: Soy muy enojona y respondo alterada ante cualquier conflicto.

¿Quién esta implicado?	¿Qué sucede, ha sucedido o dejado de suceder que le moleste?	¿Dónde sucede? lugar.	¿Cuándo sucede? Momento del día y frecuencia	¿Cómo sucede? Las reglas que parecen seguir, estados de ánimo implicados.	¿Porqué sucede? Razones que uno mismo da y los demás para justificar el problema.
Mis papás, mis hermanos, mis amigos y yo.	Que todo me molesta, me lo tomo personal, aunque sean cosas triviales.	En todos lados.	En cualquier momento del día, dura como 10 minutos cada tercer día.	Cuando hay un evento que me estresa Me enoja, desespero y frustro.	Cuando me contradicen, cuando no encuentro algo, cuando una tarea es difícil, o cuando me hacen una broma pesada

b) Respuesta: Gritar, patear, insultar, llorar, quedarme callada cuando me preguntan que me pasa.

¿Dónde lo hago? lugar.	¿Cuándo lo hago? tiempo en reaccionar duración de la respuesta.	¿Cómo lo hago? estilo, humor, intensidad o control.	¿Cómo me siento? Emociones.	¿Porque lo hago? Pensamientos sobre ello, teorías, explicaciones, razonamientos.	¿Qué quiero? Objetivos que si se cumplieran el problema quedaría solucionado.
Donde sea.	Cuando estoy de mal humor, 10 minutos.	Reacciono muy agresivamente.	Primero mucho enojo después mucha tristeza y quizá culpa.	Porque me desespero, no tengo buen control de mis emociones.	Reaccionar de forma adecuada de acuerdo a la circunstancia.

c) Reclasificación del problema:

El problema real es que reacciono igual en cualquier lugar.
El problema real es cuando estoy de mal humor.
El problema real es que primero me enojo y después me pongo triste.
El problema real es que me desespero muy rápido.
El problema real es que grito, pateo, insulto, y lloro.

d) Frases importantes:

El problema real es cuando estoy de mal humor.
El problema real es que me desespero muy rápido.
El problema real es que grito, pateo, lloro, insulto y que ya no quiero interactuar con la gente.

e) Objetivos alternativos.

Estar de un humor estable, no estar de mal humor.(no ser tan voluble)
No desesperarme tanto, controlarme.(cambiar mi forma negativa de pensar)
No gritar, no patear, no llorar, no insultar, e interactuar con la gente. (Controlar mis emociones en situaciones difíciles).

SESIÓN 3.

“Generación de alternativas”

En esta sesión se explican los tres principios básicos para el proceso de generación de alternativas. 1) Principio de cantidad 2) Aplazamiento del juicio y 3) Principio de variedad. Se toman cuatro ejemplos de objetivos de cuatro participantes y se ejemplifica la forma de generar alternativas tomando en cuenta los tres principios. Se proporciona al grupo el material de trabajo en donde anotarán mínimo diez alternativas para lograr cada uno de los diez objetivos planteados. En el pizarrón se escriben los cuatro objetivos de los cuatro participantes y se inicia el proceso grupal, pidiéndole a cada participante que genere el mayor número de alternativas utilizando los tres principios básicos y se permite a los demás participantes dar opiniones a los problemas de los demás integrantes para enriquecer el método.

Ejercicio 4.- Material de Alternativas.

Objetivo A. No ser tan voluble

Objetivo B. Cambiar mi forma negativa de pensar.

Definir mi forma de ser y pensar.
Adaptarme a las situaciones.
No molestarme de forma repentina.
Escuchar lo que los demás piensan.
Respetar lo que los demás piensan.
Expresar lo que realmente siento.
No ser tan indecisa al elegir.
Elegir lo que me gusta.
No crearme juicios prematuros de la gente.
Expresar lo que siento si el lugar es adecuado.

Hacer solo cosas que me gustan.
Platicar con alguien las cosas que me desagradan.
Evitar pensar en cosas del pasado que no se pueden cambiar.
No pensar en cosas malas, no pensar en lo peor.
Dejar de tomarme todos los comentarios que me hacen enserio.
Pensar solo en cosas importantes.
Evitar a las personas que me hacen comentarios que me enojan o alteran mi estado de ánimo.
Evitar actuar impulsivamente.
Realizar actividades que me mantengan la mente ocupada.
Evitar situaciones conflictivas.

Objetivo C. Controlar mis emociones en situaciones difíciles

Cuando haya una situación estresante, respirar lenta y pausadamente y relajarme.
Contar hasta 10.
Razonar el problema, buscar evidencias del problema.
Cambiar el tema si la plática se torna incomoda.
Pensar como manejaría la situación otra gente.
Platicarlo con alguien.
Llorar.
Irme del lugar, alejarme.
Quedarme callada.
Recordar otras situaciones similares y actuar igual.

SESIÓN 4. “Técnicas para detección de pensamientos automáticos”

En la sesión 4 el prestador de servicio social explicó a través de un esquema como esta conformado el modelo Cognitivo Conductual y sus principales planteamientos. Se entregó a los participantes una hoja de registro de cadena conductual y una hoja de registro de pensamientos automáticos y se explicó como llenarlas, los participantes dieron a conocer al grupo como llenaron estas hojas.

Ejercicio 5.-Hoja de registro de Cadena cognitivo Conductual.

FECHA/HORA	SITUACIÓN	¿QUÉ PIENSO?
2006	<p>Quando hice mi cirugía del bazo como estaba tumefacto, se me complicó mucho y me puse muy nerviosa, cuando tuve que hacer un nudo ya no podía y me tarde mucho tiempo.</p>	<p>No puedo hacerlo, no lo lograré.</p>
2007	<p>Quando mi gato no llega a dormir, como se me han ido otros gatos, y sin importar la hora salgo a buscarlo.</p>	<p>Imagino pienso, que algo malo le esta pasando.</p>
2006	<p>Quando terminé con mi novio, el me dijo que yo era una persona muy difícil y que parecía niña berrinchuda de cinco años.</p>	<p>Pensé que nunca me va a poder aguantar una persona por mi forma de ser y me sentí mal.</p>

Ejercicio 6.-Hoja de registro de pensamientos.

La paciente solo registró un pensamiento automático.

Lunes 12 de febrero de 2007.

Pensamiento automático: “Soy una mala hermana”, “soy una mala persona.”

Me sentí culpable de no haber salido al escuchar gritos. Esos gritos eran de mi hermana que fue mordida por un perro.

SESIÓN 5.**“Toma de decisiones”**

Ejercicio 7.- Material de Calificación de alternativas.

Los criterios de calificación que se utilizaron para calificar las alternativas son los siguientes:

- Si tiene una consecuencia personal se dan 2 puntos
- Si tiene una consecuencia social se da 1 punto.
- Si la consecuencia es a largo plazo se dan 2 puntos.
- Si la consecuencia es a corto plazo se da 1 punto.

Se pueden combinar puntos por ejemplo si es una consecuencia personal y a corto plazo se darán 3 puntos. Las puntuaciones presentadas son de las consecuencias de cada objetivo.

Objetivo 1. No ser tan voluble.	Puntuación.
1.-Definir mi forma de ser y pensar.	Positivas= 6 negativas= 1
2.-No molestarme en forma repentina.	Positivas= 9 negativas= 1
3.-Respetar lo que los demás piensan.	Positivas= 7 negativas= 0

Objetivo 2. Cambiar mi forma negativa de pensar.	Puntuación.
1.- Evitar pensar en cosas que me hagan sentir mal.	Positivas= 12 negativas=0
2.- Evitar a las personas que me hacen comentarios que me enojan o alteran mi estado de ánimo	Positivas= 11 negativas= 3
3.-Evitar situaciones conflictivas.	Positivas= 10 negativas= 4

Objetivo 3. Controlar mis emociones en situaciones difíciles.	Puntuación.
1.- Respiración	Positivas=12 negativas=0
2.- Razonar el problema.	Positivas=11 negativas=0
3.- Platicarlo.	Positivas=08 negativas=0

SESIÓN 6. “Reestructuración cognitiva y relajación”

En esta sesión se revisaron “Dos eventos importantes para cada participante” y se llevó a cabo el interrogatorio acerca de pensamientos automáticos y se les pidió que llenaran el cuestionario mientras se trabajaba en su caso, el grupo podía dar su opinión.

La segunda parte de la sesión se dedicó a enseñarles a los pacientes una técnica de relajación (Jacobson, 1973) que consiste en tensar y relajar grupos de músculos. Se proporcionó a los pacientes una hoja de registro de tensión muscular en donde identificaron tensión muscular y cambios físicos, se les proporcionó un calendario para que programaran sesiones en casa.

Ejercicio 8.- Hoja interrogatorio acerca de los pensamientos automáticos.

INTERROGATORIO ACERCA DE PENSAMIENTOS AUTOMATICOS. (Beck, 2000)

0.- Pensamiento automático.

“Soy muy mala hermana”.

1.- ¿Cuál es la evidencia?

Que no la ayudé aunque la escuché gritar.

¿Cuál es la evidencia a favor de ese pensamiento?

Que otras veces tampoco la he ayudado.

¿Cuál es la evidencia en contra?

Que en muchas ocasiones sí la he ayudado, y deben ser más veces.

3.- ¿Cuál es la peor cosa que podría ocurrir? ¿Podría sobrellevarlo?

Que le pasara algo muy malo, no creo, me sentiría mal por mucho tiempo.

4.- ¿Cuál es la posibilidad más realista?

No creo que un perro la mate, o que siempre le vaya a pasar algo.

¿Cuál sería la consecuencia en caso de cambiarlo?

Me sentiría menos culpable, me sentiría bien.

5.- ¿Qué debo hacer al respecto?

Estar más atenta a lo que pasa a mí alrededor.

6.- ¿Qué le diría a un amigo si estuviese en la misma situación?

Que el no tiene la culpa, que no reconoció el grito, pudo haber sido de otra persona, si salía corriendo después del grito ya el perro la había mordido.

Ejercicio 9.- Hoja de registro de pensamientos disfuncionales. (Beck, 2000)

Fecha/hora	SITUACIÓN	PENAMIENTO AUTOMÁTICO	EMOCIÓN.	RESPUESTA ADAPTATIVA	RESULTADO.
Lunes 12 de febrero de 2007.	<p>1. ¿Qué eventos, pensamientos ocurrieron antes de que te sintieras mal?</p> <p>2. ¿Qué sensaciones físicas tuviste?</p>	<p>1. ¿Qué pensamientos o imágenes pasaron por tu mente?</p> <p>2. ¿Cuánto creiste que era cierto en ese momento (0-100%)?</p>	<p>1. ¿Qué emociones sentiste en ese momento?</p> <p>2. ¿Qué tan intensa fue cada emoción (0-100%)?</p>	<p>1 (opcional) que tipo de distorsión cognitiva hiciste.</p> <p>2. utiliza el interrogatorio de pensamientos automáticos.</p> <p>3. ¿Cuánto crees que es cierta cada respuesta 0-100)</p>	<p>1. ¿Cuánto crees ahora cada pensamiento automático?</p> <p>2. ¿Qué emociones sientes ahora y en que intensidad (0-100)?</p> <p>3.- ¿Qué harás? O ¿Qué hiciste?</p>
	<p>1.- Un Perro mordió a mi hermana Raquel, la oí gritar y no salí a ayudarla.</p> <p>2.- Me duele el abdomen y me tiemblan las manos.</p>	<p>1.- Que era muy mala hermana por no Salir a ayudarla.</p> <p>2.- 95%</p>	<p>1.- Enojada, triste, exasperada, culpable.</p> <p>2.- 50%, 60%,50% y 80%</p>	<p>En Total creo que las respuestas en un 80 %.</p>	<p>1.- No creo ser tan mala, no podía adivinar quien era la que gritaba.</p> <p>2.- enojo. 50 % Culpa. 20 %</p> <p>3.- Voy a estar mal atenta a lo que pasa a mi alrededor y voy a cuidar más a mi hermana, la acompañaré más seguido.</p>

Ejercicio 10.- Hoja de registro de tensión muscular. (Cautela, 1977)

La paciente reporto tensión en los siguientes grupos musculares y cambios físicos en los reactivos del formulario II Inventario de indicadores de tensión y ansiedad:

- La parte de atrás del cuello.
- Los hombros.
- Su corazón late deprisa.
- Puede sentir los latidos de su corazón.
- Siente rubor o calor en la cara.
- Le tiemblan las manos.
- Nota en su estómago una sensación similar a la que siente cuando se para de repente un ascensor.
- Siente náuseas en el estomago.
- Nota que sujeta con demasiada fuerza las cosas (por ejemplo, el volante del coche o el brazo de la silla)
- Se muerde las uñas.
- Tiene problemas con el lenguaje.

SESIÓN 7. "Puesta en práctica de solución y verificación"

Se les pidió a los participantes que describieran los pasos conductuales que tienen que seguir para lograr cumplir los objetivos establecidos en cada alternativa, se les enseñó a tener una buena planeación de cada actividad y que describieran con fechas, duración, lugar, frecuencia, personas implicadas en cada objetivo

Ejercicio 11.- Material de objetivos, (pasos para poner en práctica).

OBJETIVO 1	OPCIONES ESCOGIDAS	PASOS PARA PONER EN PRÁCTICA. (estrategias)
No ser tan voluble.	<ul style="list-style-type: none">• Definir mi forma de ser.• Registrar mis emociones.• No molestarme de forma repentina.• Respetar lo que los demás piensan.	<p>Hacer un registro de mis emociones semanal y evaluar mis pensamientos automáticos.</p> <p>Analizar mi comportamiento observando que me causa menos conflicto, y aplicar esta forma de ser a nuevas situaciones.</p> <p>Pensar en lo que realmente quieren decirme las personas y no en lo que yo supongo, a través de el análisis de pensamientos automáticos.</p> <p>Cuando alguien haga un comentario que no me gusta, tratar de no expresar desagrado y tratar de ponerme en el lugar de esa persona, ser empática.</p>



OBJETIVO 2	OPCIONES ESCOGIDAS	PASOS PARA PONER EN PRÁCTICA. (estrategias)
No pensar negativamente.	<ul style="list-style-type: none"> • Evitar pensar en cosas que me hagan daño. • Evitar a las personas que me hacen sentir mal. • Evitar situaciones conflictivas. 	<p>Cuando cruce por mi mente algo que me haga sentir enojo o tristeza leer algo.</p> <p>Mantener mi atención a una tarea hasta terminarla.</p> <p>Darme cinco minutos para pensar en cosas que me preocupen, pero nada más.</p> <p>Concentrarme en mis tareas escolares.</p> <p>Analizar las distorsiones de pensamiento que tenga.</p>

OBJETIVO 3	OPCIONES ESCOGIDAS	PASOS PARA PONER EN PRÁCTICA. (estrategias)
Controlar mis emociones en situaciones difíciles.	<ul style="list-style-type: none"> • Respirar lentamente. • Razonar el problema. • Hablar sobre el problema con alguien más. 	<p>Cuando este enojada, me detendré, imaginaré una luz roja y respirare profunda y lentamente.</p> <p>Analizaré la situación con objetividad, dejaré de hacer suposiciones.</p> <p>Si no puedo manejar la situación, alejarme asertivamente.</p> <p>Si siento que no puedo controlar mi enojo, voy a un lugar apartado y grito.</p>

Ejercicio 12.-Hoja de registro (material del participante)

SESION 8. "Puesta en práctica de solución y verificación"

En esta sesión se les proporcionó a los participantes una hoja de registro conductual y se les enseñó como deben registrar su conducta a través de ejemplos que los mismos participantes reportaban.

Respuesta	Frecuencia	Duración	Resultado	Sentimiento.	Pensamiento
Estrategia 1: Cuando este enojada, me detendré, imaginaré una luz roja y respirare profunda y lentamente	2/semana	5 minutos.	La discusión se terminó más rápido de lo habitual.	Seguridad y alegría al poder detener la discusión.	Los demás se dieron cuenta que no me enojé, si puedo controlarme.
Estrategia 2: Cuando cruce por mi mente algo que me haga sentir enojo o tristeza leer algo.	3/semana	1 hora.	Puse mi atención en algo que si es importante.	Tranquilidad	Me Estoy concentrando en algo que si vale la pena. Pensar en cosas tristes no sirve de nada.
Estrategia 3: Si no puedo manejar la situación, alejarme asertivamente.	2/ semana.	20 minutos.	No confronté a una persona que me cae muy mal.	Tranquilidad y seguridad.	Que bueno que me alejé así no me enojo por una tontería.

Ejercicio 13.- cuestionario. Auto evaluación.

AUTO EVALUACIÓN.

1.- ¿Se solucionó el problema?

Aun se está solucionando.

2.- ¿Emocionalmente como me siento?

Más segura, más tranquila.

3.- ¿El esfuerzo y tiempo empleado fue el adecuado?

Creo que debo esforzarme más y analizar más mis pensamientos.

4.- ¿Cuáles son los beneficios adquiridos?

Tengo mayor conocimiento de mí misma, y creo que tengo más opciones que antes.

AUTO REFORZAMIENTO.

1.- Si el trabajo ha sido bueno y a dado resultados con que me voy a premiar.

Voy a invitarme al cine, o a un lugar que me relaje.

2.- Si el resultado obtenido no es satisfactorio o el resultado no es el esperado ir al paso siguiente:

Recapitular y reciclar:

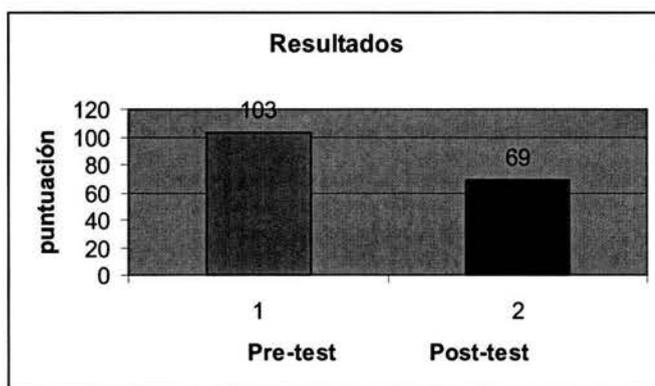
Volver al proceso de Solución de Problemas y analizar cada paso para encontrar anomalías en el proceso y hacer las correcciones necesarias para hallar una solución más eficaz.

5.- RESULTADOS.

Inventario en solución de problemas.

- Puntuaciones obtenidas: Pre- test. 103 Interpretación: Regular.
- Puntuaciones obtenidas: Pos- test. 69 Interpretación: Bueno.

Figura 2. Resultados de Pre y Post-test .



La paciente al comienzo del tratamiento obtuvo una puntuación que la ubica en *regular* que significa que sus habilidades para solucionar problemas no son muy funcionales, el pos test la ubicó como *bueno* en solución de problemas esto significa que la paciente después del tratamiento adquirió habilidades en solución de problemas que le permiten solucionar problemas de una forma satisfactoria.

Las puntuaciones altas se traducen como deficiencias y las puntuaciones bajas señalan habilidades positivas de solución de problemas.

Listado de los cambios reportados durante el reporte verbal en las sesiones.

La paciente reportó en las sesiones:

- Que ha aprendido a darle la importancia a las situaciones que lo ameritan, y que ya no se enoja por cosas triviales.
- Que ahora se aleja cuando siente que va a estallar, se tranquiliza y regresa.
- Que ahora sabe que no está sola, tiene familia y amigos que le pueden ayudar a resolver sus problemas.
- Que ahora sabe que hay muchas soluciones posibles a los problemas.

6. PRONOSTICO.

La paciente adquirió algunas habilidades que la terapia cognitivo-conductual enseña, como detección de pensamientos automáticos que son necesarios para el auto control que en el manejo del enojo es fundamental, así como el análisis de las diferentes distorsiones de pensamiento. Además comenzó un análisis personal de su comportamiento, y es necesario que continúe bajo el tratamiento psicológico para que se profundice acerca de algunas ideas con distorsión de pensamiento.

6. SUGERENCIAS:

Sería recomendable trabajar la autoestima ya que durante el tratamiento se pudo observar rasgos que la sitúan como una persona con una autoestima afectada.

La paciente trabajó de manera participativa y respetuosa con el grupo y se sugiere que se trabaje, control del enojo en una forma grupal con personas que tengan este mismo problema, así como se sugiere que se trabaje autoestima de la misma forma.

CASO 2.

1.- Motivo de consulta.

Información obtenida en preconsulta.

Mujer soltera: 20 años.

Pasante: Lic. Informática.

Descripción del problema.

La paciente refiere algunos eventos en donde tiene dificultades para reconocer y percibir su cuerpo como parte de si misma pues al verse en el espejo tiene la sensación de que el reflejo no es ella, socialmente a tenido dificultades ya que ha perdido a sus amigos pues estaba inmersa en una relación de pareja dependiente. A raíz de comenzar con esta relación la vida de la paciente cambió de forma radical: dejó a sus amigos, descuido su apariencia, subió de peso (5kg), descuido su relación de familia, comenzó a sufrir de cefaleas de tipo tensional que se incrementan cuando se siente triste.

Principales áreas afectadas.

Amistad: La paciente ha dejado de frecuentar a sus amistades y no ha podido formar nuevas relaciones de amistad a causa de dedicarle la mayoría de tiempo libre a su novio.

Familia: La comunicación con su familia ha sido afectada ya que la paciente cuando esta en casa se la pasa durmiendo y sin ánimo de platicar con su familia, además de permanecer la mayor parte del tiempo fuera de casa.

Académicas: Falta de concentración en la tesis y demás actividades escolares a causa de estar pensando constantemente en los problemas de pareja.

2.-Evaluación realizada por pruebas o cuestionarios.

Inventario en solución de problemas.

- Puntuaciones obtenidas: Pre- test. 78 Interpretación: bueno.
- Puntuaciones obtenidas: Pos- test. 74 Interpretación: bueno.

Tabla 10. Total de asistencias al taller.
“Técnicas en Solución de problemas”

SESIÓN	ASISTENCIA.
1. ORIENTACIÓN AL PROBLEMA.	√
2. DEFINICIÓN Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.	√
4. TECNICAS PARA DETECCIÓN DE PENSAMIENTOS AUTOMATICOS.	√
3. GENERACIÓN DE ALTERNATIVAS.	√
5.TOMA DE DECISIONES	
6. RELAJACIÓN Y REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA.	√
7.PUESTA EN PRACTICA DE SOLUCIÓN Y VERIFICACIÓN	√
8. PUESTA EN PRÁCTICA DE SOLUCIÓN Y VERIFICACIÓN.	√

√ = asistencia X= inasistencia

2a.- Recursos disponibles.

- a) La paciente tiene el hábito de la lectura, y es capaz de seguir métodos estructurados.
- b) La paciente presenta un nivel alto de motivación para solucionar su problema.

2b Déficit disponibles.

a) La paciente no es capaz de planear sus actividades en una agenda. Déficit en el manejo del tiempo.

b) La paciente reporta problemas de memoria, ausencias y lagunas mentales.

3.- Diagnóstico (identificación de la problemática).

Problemas de pareja, déficit en el manejo del tiempo acompañado de un trastorno de estado de ánimo.

4.- Tratamiento. El tratamiento esta descrito en el caso 1. ver tabla 9.

4.1 Desarrollo por sesiones.

El tratamiento se llevó a cabo en 8 sesiones.

SESIÓN 1. "Orientación al problema".

Ejercicio 1.- Formulario de lista de problemas.

Área identificada con mayores problemas: **Relaciones Sociales**

Ejercicio 2.- Material, orientación al problema.

Respuestas cognitivas y conductuales.

Área identificada como problema.	Repuestas cognitivas	Respuestas afectivas	Respuestas conductuales	Fecha de aparición del problema.
Relaciones sociales.	Paso mucho tiempo con mi novio, y no estoy con mis amigos o familia. Lo quiero pero no funcionará nuestra relación.	Tristeza, y enojo por no ver cambios en él.	Me quedo callada, lloro, muestro expresiones de inconformidad y enojo.	Septiembre de 2006.

Percepción del problema.

Creencias, suposiciones, valoraciones y expectativas del problema.	¿Por qué creo que ocurre el problema?	¿Qué es lo que causa el problema?	¿Puedo controlarlo o sale de mi control?
Porque no supe manejar mi tiempo entre escuela, amigos, familia y novio, si no tuviera ese problema yo disfrutaría de mi vida y mis logros.	Por falta de decisión.	Yo, por mi falta de organización y decisión.	Si puedo pero no se como.

SESION 2. “Definición y formulación al problema”

Ejercicio 3.- Material de definición y formulación del problema.

a) Situación: Problema con la persona que quiero.

¿Quién esta implicado?	¿Qué sucede, ha sucedido o dejado de suceder que le moleste?	¿Dónde sucede? lugar.	¿Cuándo sucede? momento del día, frecuencia duración.	¿Cómo sucede? las reglas que parecen seguir, estados de ánimo implicados.	¿Porqué sucede? razones que uno mismo da y los demás para justificar el problema.
Mi novio, un amigo y yo.	Me molesta que me duela la cabeza de pensar en una persona que no veo hace mucho tiempo.	En todos lados, principalmente cuando estoy sola.	Todo el día, principalmente en la mañana y noche, más de 30 minutos cuando lo recuerdo.	Cuando recuerdo que quiero ser feliz y llega el nombre a mi cabeza y me comienza a doler y me siento triste, desesperada y angustiada.	Tal vez ya no quiero a mi novio pero no puedo dejarlo.

b) Respuesta: Tratar de pensar en cualquier otra cosa, la mayoría de la veces sin éxito.

¿Dónde lo hago? lugar.	¿Cuándo lo hago? tiempo en reaccionar duración de la respuesta.	¿Cómo lo hago? estilo, humor, intensidad o control.	¿Cómo me siento? Emociones.	¿Por qué lo hago? Pensamientos sobre ello, teorías, explicaciones, razonamientos.	¿Qué quiero? Objetivos que si se cumplieran el problema quedaría solucionado.
En cualquier lugar.	Cuando estoy acompañada reacciono en 10 minutos.	Me alejo de la gente, y cuando me siento muy mal grito muy fuerte.	Confundida, triste, desesperada, con ganas de huir de todo.	No me gusta ver a mi novio solo y me siento insegura como para dejarlo.	Poder aclarar mi mente y saber que es lo que siento por el.

c) Reclassificar el problema:

El problema real es que pienso en mi problema en cualquier lugar.
El problema real es cuando estoy acompañada tengo la necesidad de expresar lo mal que me siento.
El problema real es que estoy confundida, con ganas de gritar y de huir de todo.
El problema real es que no me gusta ver a mi novio solo y me siento insegura de dejarlo.
El problema real es que pienso en cualquier otra cosa en vez del problema.

d) Frases importantes:

El problema real es que estoy confundida, con ganas de gritar y de huir de todo.
El problema real es que no me gusta ver a mi novio solo y me siento insegura de dejarlo.
El problema real es que pienso en cualquier otra cosa en vez del problema.

e) Objetivos alternativos.

Aclarar mi pensamiento y sentimientos, dejar de sentirme confundida, tener más tiempo para mí,
Ayudar a que mi novio sea más sociable.
Tratar de enfocar mis pensamientos a algo específico para resolver mis problemas.

SESIÓN 3.

“Generación de alternativas”

Ejercicio 4.- Material de Alternativas.

Objetivo A. Tener más tiempo para mí.

Hacer deporte.
Hacer un horario de actividades.
Dejar todo y hacer lo que me gusta.
Buscar ayuda profesional.
Organizarme con alguien más.
Eliminar actividades que no son importantes.
Dormir menos.
Analizar mis pensamientos.
Definir prioridades.
Irme de mi casa.

Objetivo B. Ayudar a mi novio a que sea más sociable.

Platicar con el y saber que quiere.
Darle consejos.
Motivarlo.
No presionarlo.
Invitarlo a fiestas.
Demostrarle más cariño.
Demostrarle que es importante para mí.
Presentarle amigos.
Ser sincera con él.
Dejarle de hablar.

Objetivo C. Enfocar mis pensamientos en algo específico.

No pensar en cosas del pasado que no puedo cambiar.
Relajar mi mente con actividades recreativas.
Combatir el estrés.
Valorar lo que tengo.
Valorar mi vida y las personas que tengo.
Pensar en mí, hacer un plan de vida.
Escuchar música.
Leer más.
Concentrarme en mi trabajo.
Analizar y registrar mis pensamientos.

SESIÓN 4. “Técnicas para detección de pensamientos automáticos”

Ejercicio 5.-Hoja de registro de Cadena cognitivo Conductual.

FECHA/HORA	SITUACIÓN	¿QUÉ PIENSO?
<ul style="list-style-type: none"> • 2 -02-07 	<ul style="list-style-type: none"> • Aniversario con mi novio. 	<ul style="list-style-type: none"> • Que no recordaría nuestro aniversario.
<ul style="list-style-type: none"> • 26-01-07 	<ul style="list-style-type: none"> • Fiesta con amigos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Que mi novio me regañaría por llegar hasta el otro día.
<ul style="list-style-type: none"> • 3 -02-07 	<ul style="list-style-type: none"> • Mi novio se fue a un concierto. 	<ul style="list-style-type: none"> • Que tal vez andaría borracho con otra, a pesar de que él no toma.

Ejercicio 6.-Hoja de registro de pensamientos.

HORA	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO.
	Mi novio me engaña.	Ya no se programar.	Que ya no soy segura.	No soy buena hermana			
		Ya no soy inteligente.	Soy una tonta.		Soy una aburrida.	No quiero salir con nadie.	
	No tiene caso levantarme	La vida no tiene sentido.	No soy la misma de antes.		Debería mejorar mi apariencia.		Mi hermana no merece el trato que le doy.
	Me gustaría ser como antes.		Me gustaría ser como antes.	No tengo ganas de vivir.	No debo ser egoísta.		

SESIÓN 5.**“Toma de decisiones”**

Ejercicio 7.- Material de Calificación de alternativas.

Los criterios de calificación que se utilizaron para calificar las alternativas son los siguientes:

- Si tiene una consecuencia personal se dan 2 puntos
- Si tiene una consecuencia social se da 1 punto.
- Si la consecuencia es a largo plazo se dan 2 puntos.
- Si la consecuencia es a corto plazo se da 1 punto.

Se pueden combinar puntos por ejemplo si es una consecuencia personal y a corto plazo se darán 3 puntos. . Las puntuaciones presentadas son de las consecuencias de cada objetivo.

Objetivo 1. Tener más tiempo para mí.	Puntuación.
Hacer deporte	Positivas= 9 Negativas= 6
Dormir menos.	Positivas= 9 Negativas= 6
Definir mis prioridades y hacer horario.	Positivas= 9 Negativas= 6

Objetivo 2. Enfocar mis pensamientos en algo específico.	Puntuación.
Relajar mente con actividades recreativas.	Positivas= 9 Negativas= 6
Escuchar música.	Positivas= 9 Negativas= 3
Pensar en mí hacer un plan de vida.	Positivas= 9 Negativas= 6

Objetivo 3. Ayudar a que mi novio sea sociable.	Puntuación.
Platicar con él sobre sus planes.	Positivas= 6 Negativas= 4
Motivarlo.	Positivas= 9 Negativas= 6
Presentarle amigos.	Positivas= 9 Negativas= 2

SESIÓN 6.

“Reestructuración cognitiva y relajación”

Ejercicio 8.- Hoja interrogatorio acerca de los pensamientos automáticos.

INTERROGATORIO ACERCA DE PENSAMIENTOS AUTOMATICOS. (Beck, 2000).

0.- Pensamiento automático. **Mi mamá pudo enfermar o hasta morir.**

1.- ¿Cuál es la evidencia?

Mi mamá ya se sentía mal.

2.- ¿Cuál es la evidencia a favor de ese pensamiento?

En una ocasión ya se había enfermado de lo mismo, y nos dijeron que si no hubieran actuado rápido pudo haber muerto.

¿Cuál es la evidencia en contra?

Mi mamá ya se había salvado una vez.

3.- ¿Cuál es la peor cosa que podría ocurrir? ¿Podría sobrellevarlo?

Que mi mamá muriera, me sentiría muy mal.

¿Cuál es la posibilidad más realista?

Que con la ayuda de los doctores se salve.

4.- ¿Cuál es el efecto de creer en este pensamiento automático?

Me siento muy triste de pensar eso.

¿Cuál sería la consecuencia en caso de cambiarlo?

Puedo pensar mejor, y buscar una solución.

5.- ¿Qué debo hacer al respecto?

Actuar rápido al identificar que este pensamiento no es automático.

6.- ¿Qué le diría a un amigo si estuviese en la misma situación?

Que debe actuar rápido para solucionar el problema.

Ejercicio 9.- Hoja de registro de pensamientos disfuncionales. (Beck, 2000)

Fecha/hora	SITUACIÓN	PENAMIENTO AUTOMÁTICO	EMOCIÓN.	RESPUESTA ADAPTATIVA	RESULTADO.
	<p>1. ¿Qué eventos, pensamientos ocurrieron antes de que te sintieras mal?</p> <p>2. ¿Qué sensaciones físicas tuviste?</p>	<p>1. ¿Qué pensamientos o imágenes pasaron por tu mente?</p> <p>2. ¿Cuánto creiste que era cierto en ese momento (0-100%)?</p>	<p>1. ¿Qué emociones sentiste en ese momento?</p> <p>2. ¿Qué tan intensa fue cada emoción (0-100%)?</p>	<p>1 (opcional) ¿qué tipo de distorsión cognitiva hiciste?</p> <p>2. utiliza el interrogatorio de pensamientos automáticos.</p> <p>3. ¿Cuánto crees que es cierta cada respuesta 0-100)</p>	<p>1. ¿Cuánto crees ahora cada pensamiento automático?</p> <p>2. ¿Qué emociones sientes ahora y en que intensidad (0-100)?</p> <p>3.- ¿Qué harás? O ¿Qué hiciste?</p>
	<p>1.-mi mamá se enfermó.</p> <p>2.- Dolores de cabeza. Escalofrío.</p>	<p>1.- que podría enfermar hasta morir.</p> <p>2.-70%</p>	<p>1.- desesperación. Presión.</p> <p>2.- 70%, 30%</p>	<p>Si hay evidencias que justifican mi pensamiento.</p>	<p>Cuando hay evidencias quiere decir que el pensamiento es verdadero y se aplica la técnica en solución de problemas.</p>

Ejercicio 10.- Hoja de registro de tensión muscular. (Cautela, 1977)

La paciente reporto tensión en los siguientes grupos musculares y cambios físicos en los reactivos del formulario II Inventario de indicadores de tensión y ansiedad:

- Tensión en la frente.
- Tensión en la parte de atrás el cuello.
- Tensión en los hombros.
- Tensión en el estomago.
- Tensión en la cara.
- Siente su piel fría y húmeda.
- Le tiemblan las manos.
- Retiemblan las piernas.
- Siente nauseas en el estomago.
- Tiene problemas de lenguaje.

SESIÓN 7. “Puesta en práctica de solución y verificación”

Ejercicio 11.- Material de objetivos, (pasos para poner en práctica).

OBJETIVO 1	OPCIONES ESCOGIDAS	PASOS PARA PONER EN PRÁCTICA. (estrategias)
Tener más tiempo para mí.	Definir mis prioridades y gustos y hacer horario.	<p>Inscribirme el sábado a las 10:00 a.m. al equipo de fútbol.</p> <p>Hacer mi tarea y platicar con mis papás para aprovechar el tiempo cuando llego de trabajar.</p> <p>Realizar una lista de que es lo que me gusta y que es lo que debo hacer, elegir la más importante.</p> <p>Hacer un horario con todas las actividades.</p>

OBJETIVO 2	OPCIONES ESCOGIDAS	PASOS PARA PONER EN PRÁCTICA. (estrategias)
Enfocar mis pensamientos en algo específico para poder solucionar el problema.	<p>Relajar mi mente con actividades recreativas.</p> <p>Escuchar música.</p> <p>Pensar en mí y hacer un plan de vida.</p>	<p>Todos los días cuando este estresada realizar de manera rápida el ejercicio de relajación aprendido en terapia.</p> <p>Cuando este trabajando o estudiando escucharé música que me guste y relaje.</p> <p>Cuando piense en cosas que me afecten de alguna forma, aplicar el interrogatorio de pensamientos automáticos.</p>

OBJETIVO 3	OPCIONES ESCOGIDAS	PASOS PARA PONER EN PRÁCTICA. (estrategias)
Ayudar a que mi novio sea sociable.	<p>Platicar con él sobre este problema.</p> <p>Motivarlo.</p> <p>Presentarle amigos.</p>	<p>El sábado cuando estemos tranquilos decir lo que siento y pienso sobre la relación.</p> <p>Todos los días tratar de incluirlo al círculo de amigos.</p> <p>Los días viernes llevarlo a conocer a algunos de mis antiguos amigos y visitar a los que tenemos en común.</p> <p>Sugerirle que tome terapia psicológica.</p>

Ejercicio 12.-Hoja de registro (material del participante)

SESION 8. "Puesta en práctica de solución y verificación"

Respuesta	Frecuencia	Duración	Resultado	Sentimiento.	Pensamiento
Estrategia 1: me inscribí a un equipo de Fut ball.	El fin de semana.	Media hora.	Estoy inscrita al equipo.	Alegría por hacer algo que me gusta.	Soy la misma de siempre, puedo regresar a hacer lo que me gusta.
Estrategia 2: realizar ejercicio de relajación.	4 veces por semana.	20 minutos.	Me siento mas relajada, menos nerviosa.	Alegría, tranquilidad.	Estoy más tranquila, puedo controlar mi cuerpo.
Estrategia 3: Busco evidencias de mis pensamientos automáticos.	3 veces por semana.	10 minutos.	Le doy la importancia que se merece a las diferentes situaciones.	Tranquilidad.	No todo lo malo que pienso es real.

Ejercicio 13.- Material. Participante. Auto evaluación.

AUTO EVALUACIÓN.

1.- ¿Se solucionó el problema?

Lo de mi novio si, no lo quiero cortar por ahora pues ya no paso tanto tiempo con él, y le estoy dando su espacio.

2.- ¿Emocionalmente como me siento?

Más tranquila, ya no pienso en que voy a hacer con él todo el tiempo.

3.- ¿El esfuerzo y tiempo empleado fue el adecuado?

Pues si, pero puedo dar más.

4.- ¿Cuáles son los beneficios adquiridos?

Ya no estoy triste y ya no tengo tantos dolores de cabeza, y cuando me comienzo a sentir triste recuerdo cosas que aprendía en la terapia.

AUTO REFORZAMIENTO.

1.- Si el trabajo ha sido bueno y a dado resultados con que me voy a premiar.

Voy a ir a más fiestas.

2.- Si el resultado obtenido no es satisfactorio o el resultado no es el esperado ir al paso siguiente:

Recapitular y reciclar:

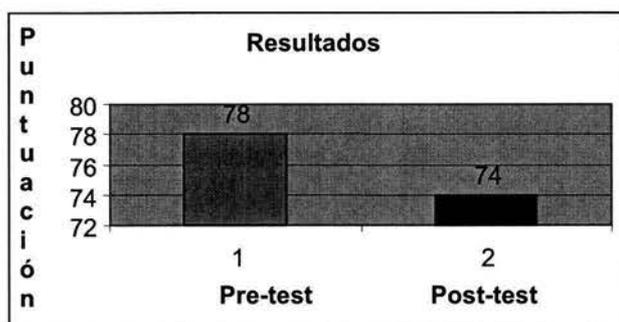
Volver al proceso de Solución de Problemas y analizar cada paso para encontrar anomalías en el proceso y hacer las correcciones necesarias para hallar una solución más eficaz.

5.- RESULTADOS.

Inventario en solución de problemas.

- Puntuaciones obtenidas: Pre- test. 78 Interpretación: bueno.
- Puntuaciones obtenidas: Pos- test. 74 Interpretación: bueno.

Figura 3. Resultados de Pre y Post-test



La paciente al comienzo del tratamiento obtuvo una puntuación que la ubica en *bueno* que significa que sus habilidades para solucionar problemas son funcionales, el pos test la ubicó como *bueno* nuevamente en solución de problemas esto significa que la paciente después del tratamiento continúa en el mismo nivel en cuanto a habilidades en solución de problemas puntuando solamente 4 puntos por debajo de su primer evaluación, esto sugiere que la paciente se mantuvo en un nivel adecuado aunque en los reportes verbales la paciente refiere que ha adquirido nuevas habilidades.

Las puntuaciones altas se traducen como deficiencias y las puntuaciones bajas señalan habilidades positivas de solución de problemas.

Listado de los cambios reportados durante el reporte verbal en las sesiones.

- La paciente reporta estar poniendo en práctica la técnica de relajación de (Jacobson) con buenos resultados.
- Reporta haber aprendido a planear sus actividades.
- Reporta ya no crearse ideas sobre los eventos antes de buscar las evidencias.
- Reporta estar más conciente de si misma, de su vida y sus actividades.
- Reporta que su estado de ánimo ha cambiado de tristeza a esperanza.
- Reporta que su relación de pareja ha mejorado, hay más comunicación con su pareja.
- Cambió la idea de terminar su relación de pareja y la cambió por tratar de mejorarla.

6. PRONOSTICO: La paciente adquirió algunas habilidades que la terapia cognitivo-conductual enseña, como detección de pensamientos automáticos y relajación que son necesarios para el auto control, y dado que la paciente tiene un trastorno del estado ánimo, y no tiene un buen control del tiempo y sus actividades, será necesario que su tratamiento continúe para poder mejorar estas deficiencias.

7. SUGERENCIAS: Se sugiere que la paciente continúe con tratamiento de terapia individual, además de realizarse algunas pruebas neurológicas para descartar daño neuronal que causan sus problemas de memoria, dolores de cabeza y sentimientos en donde no reconoce algunas veces su cuerpo como parte de si misma. Y en caso de necesitar tratamiento psiquiátrico llevarlo a la par del psicológico.

CASO 3.

1.- Motivo de consulta.

Información obtenida en preconsulta.

Hombre soltero de 23 años, empleado particular.

Descripción del problema.

El paciente acude a consulta solicitando ayuda para resolver su problema de inseguridad, misma que se presenta desde 1995 cuando cursaba la secundaria, debido a la separación de sus padres. Manifiesta que esta inseguridad se ha incrementado a causa del rompimiento con su novia, hace un mes aproximadamente. El paciente manifiesta síntomas de depresión, como cansancio, sueño excesivo, desgano y falta de apetito. También refiere que cuando desea realizar una actividad comienza a tener pensamientos como: No voy a poder, no soy capaz de, etc.

Principales áreas afectadas.

Familia: Incapacidad para demostrar afecto a sus familiares, peleas constantes con su madre y hermana, el paciente cree que su madre no lo toma en cuenta como antes ya que su madre tiene una nueva pareja.

Social: inseguridad de expresar ideas, sentimientos a causa de temor a la no aceptación por parte de sus amigos.

Pareja: Incapacidad de formar una relación de pareja, compara constantemente a las parejas que ha tenido y menciona que no se comparan con su ex novia con quien termino hace un año.

Evaluación realizada por pruebas o cuestionarios.

Inventario en solución de problemas.

- Puntuaciones obtenidas: Pre- test. 128 Interpretación: regular.

2a.- Recursos disponibles:

- El paciente frente al grupo era capaz de expresar sus sentimientos y pensamientos
- Se muestra entusiasmado y motivado para solucionar su problema.
- Acude puntual y no falta a las sesiones.
- El paciente cuenta con la habilidad de ser analítico.

2b.- Déficit disponibles:

- La inseguridad del paciente ha afectado todas las áreas de su vida.
- Y menciona enojarse demasiado cuando le hacen una observación o le llaman la atención.
- El paciente describe carecer de la capacidad de ponerse en el lugar del otro (empatía).

Tabla 11. Total de asistencias al taller. “Técnicas en Solución de problemas”

SESIÓN	ASISTENCIA.
1. ORIENTACIÓN AL PROBLEMA.	√
2. DEFINICIÓN Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.	√
4. TECNICAS PARA DETECCIÓN DE PENSAMIENTOS AUTOMATICOS.	√
3. GENERACIÓN DE ALTERNATIVAS.	√
5.TOMA DE DECISIONES	√
6. RELAJACIÓN Y REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA.	√
7.PUESTA EN PRACTICA DE SOLUCIÓN Y VERIFICACIÓN	√
8. PUESTA EN PRÁCTICA DE SOLUCIÓN Y VERIFICACIÓN.	√

√ = asistencia X= inasistencia

3.- Diagnóstico (identificación de la problemática. Baja autoestima, el paciente esta viviendo el duelo de pérdida afectiva en una relación de pareja.

4.- Tratamiento. Es el mismo para todos los participantes y se describe en el caso 1 ver tabla 9.

4.1 Desarrollo por sesiones.

El tratamiento se llevó a cabo en 8 sesiones.

SESIÓN 1.**“Orientación al problema”.**

Ejercicio 1.- Formulario de lista de problemas.

Área identificada con mayores problemas: **Relaciones Sociales y familiares.**

Ejercicio 2.- Cuestionario. Orientación al problema.

Respuestas cognitivas y conductuales.

Área identificada como problema.	Repuestas cognitivas	Respuestas afectivas	Respuestas conductuales	Fecha de aparición del problema.
Relaciones sociales.	Las personas no entienden mi forma de ser.	Tristeza y enojo	Indiferencia, pasividad.	Dos años.

Percepción del problema.

Creencias, suposiciones, valoraciones y expectativas del problema.	¿Porqué creo que ocurre el problema?	¿Qué es lo que causa el problema?	¿Puedo controlarlo o sale de mi control?
Mi inseguridad me hace que no haga las cosas.	Desde la separación de mis padres.	La mayor parte de mis problemas yo tengo la culpa.	Sale de mi control, aunque el único que puede cambiarlo soy yo.

SESION 2.

“Definición y formulación al problema”

Ejercicio 3.- Material de definición y formulación del problema.

Situación: Inseguridad de expresar mis pensamientos y sentimientos.

¿Quién esta implicado?	¿Qué sucede, ha sucedido o dejado de suceder que le moleste?	¿Dónde sucede? lugar.	¿Cuándo sucede? momento del día, frecuencia duración.	¿Cómo sucede? las reglas que parecen seguir, estados de ánimo implicados.	¿Por qué sucede? razones que uno mismo da y los demás para justificar el problema.
Las personas con las que me relaciono.	No puedo expresarlo aunque lo intente.	En mi casa o en cualquier lado,	En la mañana y en la noche, todo el tiempo siento que no puedo expresar lo que siento.	Cuando no estoy de acuerdo con algo o no me gusta lo que estoy haciendo, me siento así.	Porque soy muy necio en algunas ocasiones.

Respuesta: Actúo con indiferencia, enojo o con una mala cara.

¿Donde lo hago? lugar.	¿Cuando lo hago? tiempo en reaccionar duración de la respuesta.	¿Cómo lo hago? estilo, humor, intensidad o control.	¿Cómo me siento? Emociones.	¿Por qué lo hago? Pensamientos sobre ello, teorías, explicaciones, razonamientos.	¿Qué quiero? Objetivos que si se cumplieran el problema quedaría solucionado.
Donde se presente la situación, pero es más frecuente en casa.	Cuando en algo no estoy de acuerdo y me enojo y puede durar semanas.	Con enojo y arrepentimiento por ser así.	Tristeza, desesperación y enojo.	Porque quisiera que las cosas fueran como yo pienso.	Entender que no siempre voy a tener la razón

Reclasificar el problema:

El problema real es en mi casa y en cualquier momento del día
Cuando no estoy de acuerdo con algo que me pasa.
El problema real es que me siento triste, enojado y desesperado.
El problema real es actuar con indiferencia, enojo o malas caras.
El problema real es mi inseguridad de expresar mis pensamientos y sentimientos.

Frases importantes:

Inseguridad de expresar mis pensamientos y sentimientos

Me siento triste solo, enojado y desesperado.

No pongo atención en los cambios emocionales de las demás personas.

Objetivos alternativos.

Entender los sentimientos de los demás.

Ser más expresivo.

Controlar mis emociones.

SESIÓN 3. “Generación de alternativas”

Ejercicio 4.- Material de Alternativas.

Objetivo A. identificar el estado emocional

Valorar la situación.
No reaccionar impulsivamente.
Imaginar una luz roja cuando me altere indicando que me detenga.
Analizar mi pensamiento.
No mostrar que estoy enojado.
Alejarme de gente.
Tomar pastillas relajantes

Objetivo C. Controlar mis emociones en situaciones difíciles.

Escuchar con atención lo que la gente dice.
Poner atención a sus expresiones.
Poner atención cuando alguien tiene un cambio de emoción como enojo.
Preguntar como se siente.
Buscar el motivo del cambio emocional.
Si ya estuve en una situación así recordar como me sentí.
Leer algo sobre emociones.

Objetivo B. Ser más expresivo.
de las demás personas.

Compartir más tiempo con la gente
Buscar más afinidad con la gente.
Leer y obtener más conocimientos.
Atreverme a hablarle a la gente.
Mostrar seguridad.
No hacer juicios de la gente precipitados.
No fingir, mostrar mis verdaderos sentimientos.
Preguntar a los demás que piensan de lo que digo.
Escribir mis pensamientos y analizarlos
Buscar una actividad que me permita socializar. Fútbol, etc.

SESIÓN 4. “Técnicas para detección de pensamientos automáticos”

Ejercicio 5.-Hoja de registro de Cadena cognitivo Conductual.

FECHA/HORA	SITUACIÓN	¿QUÉ PIENSO?
5-12-06	Terminación definitiva, de una relación que tuve de un año nueve meses.	Es muy complicado pensar que ya no estaré más con esa persona, estoy triste pero ya lo estoy superando.
2 de febrero de 2002	Discusión con mi mamá porque yo la provoqué con mi mal humor en ocasiones por estar muy estresado.	Me siento mal porque ella no tiene la culpa de todos los problemas que yo tengo cargando y me desquito en ocasiones discutiendo con ella.

Ejercicio 6.-Hoja de registro de pensamientos.

LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO.
No tengo ganas de hacer nada.(6:00 am)	Me siento mal por estar enojado con mi mamá. (9:00 pm)	Me siento excelente las cosas pasan por algo.(10:00 pm)	Soy feliz.(11:00 pm)	No quiero contestarle mal a mi mamá. (10:00pm)		Me siento solo. (11:00 pm)
No se si pueda pasar mi examen. (12:00)						
Que voy a hacer si no entro a la Universidad.(3:00pm)	Debo aprender a vivir con los recuerdos(10:00 am.)	¿Porque estoy triste si tengo todo para ser feliz?(4:00 pm)	Tengo ganas de hablarle a mi ex. (1:00pm)	Me da gusto ver feliz a la demás gente.(9:00 pm)	No necesito a una pareja para poder ser feliz. (10:00 pm)	Ojala pase mi examen para comenzar una nueva vida. (6:00 am)

SESIÓN 5.**“Toma de decisiones”**

Ejercicio 7.- Material de Calificación de alternativas.

Los criterios de calificación que se utilizaron para calificar las alternativas son los siguientes:

- Si tiene una consecuencia personal se dan 2 puntos
- Si tiene una consecuencia social se da 1 punto.
- Si la consecuencia es a largo plazo se dan 2 puntos.
- Si la consecuencia es a corto plazo se da 1 punto.

Se pueden combinar puntos por ejemplo si es una consecuencia personal y a corto plazo se darán 3 puntos.

Objetivo 1. Identificar el estado emocional de las demás personas.	Puntuación.
Poner atención en el cambio emocional de la gente.	Positivas= 8 Negativas= 2
Preguntar que es lo que le pasa.	Positivas= 8 Negativas= 2
Analizar la situación y no reaccionar impulsivamente.	Positivas= 9 Negativas= 2

Objetivo 2. Ser más expresivo.	Puntuación.
Leer y obtener más conocimientos.	Positivas= 8 Negativas= 2
Atreverse a hablarle a la gente.	Positivas= 6 Negativas= 0
Mostrar seguridad y hablar con la verdad.	Positivas= 6 Negativas= 2

Objetivo 3. Controlar mis emociones en situaciones difíciles.	Puntuación.
No reaccionar impulsivamente.	Positivas= 9 Negativas= 2
Imaginar una luz roja cuando me altere indicando que me detenga.	Positivas= 8 Negativas= 0
Analizar mi pensamiento.	Positivas= 4 Negativas= 0

SESIÓN 6. “Reestructuración cognitiva y relajación”

Ejercicio 8.- Hoja interrogatorio acerca de los pensamientos automáticos.

INTERROGATORIO ACERCA DE PENSAMIENTOS AUTOMATICOS. (Beck,2000)

0.- Pensamiento automático.

“Mi mamá no me toma en cuenta como antes. “

1.- ¿Cuál es la evidencia?

Ya no me pide mi opinión, se la pide a su nueva pareja.

¿Cuál es la evidencia a favor de ese pensamiento?

Yo le di mi opinión y prefirió la de su pareja.

¿Cuál es la evidencia en contra?

En otras ocasiones también a mí me toma en cuenta, en varias ocasiones.

2.- ¿Hay alguna explicación alternativa?

Que ella no esta pensando en no hacerme caso toma la opinión de quien le funcione mejor.

3.- ¿Cuál es la peor cosa que podría ocurrir? ¿Podría sobrellevarlo?

Que ya no me pidiera opinión alguna. No me pasaría nada.

¿Que es lo mejor que podría ocurrir?

Que me tomará en cuenta en otras ocasiones.

¿Cuál es la posibilidad más realista?

Que quizá su pareja tenga más experiencia en algunas cosas y sea buen consejo y por eso prefieren sus opiniones.

4.- ¿Cuál es el efecto de creer en ese pensamiento automático?

Tristeza.

¿Cuál sería la consecuencia en caso de cambiarlo?

Tranquilidad.

5.- ¿Qué debo hacer al respecto?

Aceptar que mi madre tiene pareja y que tiene un compromiso con él, y que le debe prestar atención también a él.

6.- ¿Qué le diría a un amigo si estuviese en la misma situación?

Que se busque una novia para que tenga a alguien que lo tome en cuenta.

Interrogatorio acerca de los pensamientos automáticos, Copyright 1993 by Judith S. Beck, Ph. D.

Ejercicio 9.- Hoja de registro de pensamientos disfuncionales. (Beck, 2000)

Fecha/hora	SITUACIÓN	PENAMIENTO AUTOMÁTICO	EMOCIÓN.	RESPUESTA ADAPTATIVA	RESULTADO.
06-02-07	1. ¿Qué eventos, pensamientos ocurrieron antes de que te sintieras mal? 2. ¿Qué sensaciones físicas tuviste?	1. ¿Qué pensamientos o imágenes pasaron por tu mente? 2. ¿Cuánto creíste que era cierto en ese momento (0-100%)?	1. ¿Qué emociones sentiste en ese momento? 2. ¿Qué tan intensa fue cada emoción (0-100%)?	1 (opcional) que tipo de distorsión cognitiva hiciste. 2. utiliza el interrogatorio de pensamientos automáticos. 3. ¿Cuánto crees que es cierta cada respuesta 0-100)	1. ¿Cuánto crees ahora cada pensamiento automático? 2. ¿Qué emociones sientes ahora y en que intensidad (0-100)? 3.- ¿Qué harás? O ¿Qué hiciste?
	1.-Discusión con mi mama pues tomó solo en cuenta la opinión de su pareja en un problema de la casa. 2.- Calor en el cuerpo.	1.- Mi mamá no me toma en cuenta como antes, no debí aceptar que su pareja viviera aquí. 2. 100%	1.- enojo, tristeza. 2.- 90%, 90%	2.- creo cada respuesta un 40 %.	1.-creo 30% 2.- Tranquilidad. 3.- aceptar comentarios de él pues es su pareja, yo buscarne una novia.

Ejercicio 10.- Hoja de registro de tensión muscular. (Cautela,1977)

La paciente reporto tensión en los siguientes grupos musculares y cambios físicos en los reactivos del formulario II Inventario de indicadores de tensión y ansiedad:

- Tensión en la frente.
- Tensión en la parte de atrás del cuello.
- Tensión en los hombros.
- Tensión en la cara.
- Tensión en los pies.
- Puede sentir los latidos de su corazón.
- Le tiemblan las manos.
- Le tiemblan las piernas.
- Siente nauseas.
- Nota que sujeta con demasiada fuerza las cosas.
- Cuando cruza las piernas mueve la que esta encima, arriba y abajo.
- Se muerde las uñas.
- Le rechinan los dientes.
- Tiene problemas con el lenguaje.

SESIÓN 7. “Puesta en práctica de solución y verificación”

Ejercicio 11.- Material de objetivos, (pasos para poner en práctica).

OBJETIVO 1	OPCIONES ESCOGIDAS	PASOS PARA PONER EN PRÁCTICA. (estrategias)
Identificar el estado emocional de las demás personas	Poner atención en el cambio emocional de la gente.	Escuchar el dialogo de las personas con atención. Fijarme en sus expresiones faciales. Ponerme en el lugar de esa persona.
	Preguntar qué es lo que le pasa.	Preguntar con tranquilidad que es lo que le pasa a las personas. Dejar que se tranquilicen las cosas y preguntar que pasó.
	Analizar la situación y no reaccionar impulsivamente.	Cuando pase algo que me enoje o altere, imaginar una luz roja que me haga recordar que debo detenerme y pensar. Analizar mi pensamiento, buscar evidencias a favor y en contra mentalmente.

OBJETIVO 2	OPCIONES ESCOGIDAS	PASOS PARA PONER EN PRÁCTICA. (estrategias)
Ser más expresivo.	Leer y obtener más conocimientos.	-Escribir los temas de mi interés. -Iré a una biblioteca pública. -Comenzaré leyendo una hora diaria. -Buscare en Internet temas de Internet. -Si leo en mi casa apagare televisión y radio y me encerrare en mi cuarto.
	Atreverme a hablarle a la gente.	-Aceptaré invitaciones a fiestas. -Saludaré a todas las personas que trabajen con migo aunque no me contesten. -En los lugares de consumo preguntaré todas las características de lo que quiero comprar.
	Mostrar seguridad y hablar con la verdad.	-No agacharé la cabeza cuando pase por donde hay gente. -No bajaré la mirada cuando hable con la gente. -Miraré a los ojos mientras hablo. -Trataré de hablar más alto. -Si algo no me gusta lo diré con asertividad. -No ir a ningún lado o hacer algo por compromiso o agradar.

OBJETIVO 3	OPCIONES ESCOGIDAS	PASOS PARA PONER EN PRÁCTICA. (estrategias)
Controlar mis emociones en situaciones difíciles.	No reaccionar impulsivamente.	-Cuando me sienta enojado preguntarme a mi mismo porque.
	Imaginar una luz roja cuando me altere indicando que me detenga.	-Cuando tenga un cambio en mis emociones imaginar una luz roja y preguntarme porque me siento así, y analizar mi pensamiento.
	Analizar mi pensamiento.	-Cuando tenga un problema, si es complicado utilizar la técnica en solución de problemas. Y aplicarme el interrogatorio acerca de pensamientos automáticos.

Ejercicio 12.-Hoja de registro (material del participante)

SESION 8. “Puesta en práctica de solución y verificación”

Respuesta	Frecuencia	Duración	Resultado	Sentimiento.	Pensamiento
Estrategia 1: Imaginar una luz roja cuando me altere indicando que me detenga.	2 veces/semana	2 minutos.	Termine una discusión más rápido que de costumbre.	No me sentí tan enojado.	Hay cosas por las cuales no debo de desgastarme.
Estrategia 2: Poner atención en el cambio emocional de la gente	4 veces/semana	10 minutos.	La gente se enoja también por cosas sin importancia.	Yo me enoja como los demás, me siento bien de poder estar conciente de eso.	La gente me puede contestar mal porque tiene problemas, pero algunos son sin importancia.
Estrategia 3: Mostrar seguridad y hablar con la verdad.	5 veces/semana. No baje la mirada.	...	La gente me sonreía más, la gente me quita la mirada.	Me siento bien de atreverme a hacer cosas.	No debo ver demasiado a los ojos se vallan a enojar.

Ejercicio 13.- Material. Participante. Auto evaluación.

AUTO EVALUACIÓN.

1.- ¿Se solucionó el problema?

El problema ya se esta solucionando soy más seguro y ya estoy haciéndome a la idea de que mi novia sea feliz con otra persona, le deseo lo mejor.

2.- ¿Emocionalmente como me siento?

Me siento más tranquilo, ya no pienso tantas cosas y no hago juicios de lo que los demás piensen de mí, si la gente me va a hablar que conozca como soy, como vivo, como es mi familia.

3.- ¿El esfuerzo y tiempo empleado fue el adecuado?

No soy muy aficionado a escribir más bien, ver a las demás personas me ayuda, pero creo que me esforzaré más para hacer algunos registros de pensamiento aunque no se me da mucho eso, lo hago mejor mentalmente.

4.- ¿Cuáles son los beneficios adquiridos?

Me doy cuenta que estoy viviendo etapas que tengo que superar, y ahora tengo más seguridad.

AUTO REFORZAMIENTO.

1.- Si el trabajo ha sido bueno y a dado resultados con que me voy a premiar.

Saldré con más chicas, y no pensaré que debo enamorarme de ellas....

2.- Si el resultado obtenido no es satisfactorio o el resultado no es el esperado ir al paso siguiente:

Recapitular y reciclar:

Volver al proceso de Solución de Problemas y analizar cada paso para encontrar anomalías en el proceso y hacer las correcciones necesarias para hallar una solución más eficaz.

RESULTADOS

Inventario en solución de problemas.

Puntuaciones obtenidas: Pre-test. 128 Interpretación: regular

Listado de los cambios reportados durante el reporte verbal en las sesiones.

- El paciente reporta darse cuenta de que las demás personas también tienen problemas, ahora soy más empático indica el paciente.
- Mi estado de ánimo ha mejorado ya no estoy triste, ahora me doy cuenta que tengo un futuro por el cual luchar.
- Ya no me peleo con mi mamá como antes.
- Ahora me muestro tal como soy a las personas, si me quieren me aceptaran tal cual soy.
- Ya no me avergüenza mi familia.
- El rompimiento con mi pareja me hará crecer como persona, no cometeré los mismos errores.
- Ahora no me aísló tanto e intento acercarme a la gente.
- Ya no me siento inseguro de hacer algunas cosas, se que puedo hacer más de lo que creía.

6. PRONOSTICO.

El paciente aprendió algunas habilidades dentro del modelo cognitivo conductual como el análisis de pensamientos automáticos, y desarrolló la capacidad de ponerse en el lugar del otro, pero el paciente no tuvo una evaluación post-test ya que en la ultima sesión tuvo que irse temprano y no tenemos un indicador de cambio por una prueba objetiva, por otra parte el paciente al acudir a todas las sesiones adquirió los conocimientos del tratamiento de una forma

secuencial y fue capaz de observar el avance de sus compañeros, conocimiento que el paciente refiere le sirve mucho, aprender de las experiencias de los demás.

7. SUGERENCIAS:

Se sugiere que el paciente acuda a un taller en donde se enseñen habilidades sociales, y asertividad.

VI. CONSIDERACIONES FINALES.

El modelo en Solución de problemas (D'Zurilla Y Goldfried, 1971) utilizado en el Taller "Técnicas en solución de problemas" fue puesto en práctica para dar atención psicológica de forma grupal en donde los principales problemas identificados fueron: baja autoestima, déficit en el manejo y control del enojo, pérdida afectiva de pareja y problemas familiares.

Al aplicar el método en Solución de Problemas como un tipo de terapia cognitiva se pudo observar que el campo de aplicación de este método es muy extenso, ya que la bibliografía nos indica que este tipo de terapia se puede aplicar a problemas de depresión, esquizofrenia, y para personas con trastornos de personalidad y en este trabajo nos ocupamos no solamente con pacientes con diferentes problemáticas sino que estuvieron dentro de un mismo grupo de tratamiento.

Lo interesante de trabajar con un grupo tan heterogéneo es que se pudo observar que los participante se identificaban en cierto grado con los problemas de los demás, ya que los participantes al escuchar como los demás miembros definían sus problemas notaron que aunque en ese momento los problemas de sus compañeros no eran igual de importantes para ellos, recordaron que en algún momento pasaron por alguna situación similar y fueron capaces de dar su opinión o generar algún comentario.

En esta parte confirmamos que la técnica en solución de problemas (D' Zurilla Y Nezu, 1971) efectivamente se puede poner en práctica en diferentes problemáticas al mismo tiempo.

Otro punto importante es la asistencia del grupo al taller Técnicas en solución de problemas, y en este taller encontramos que sólo un participante acudió a las ocho sesiones, y solo tres acudieron a la última.

En este punto podemos observar lo que Zurilla y Nezu explican sobre el proceso y lo importante que es cada punto, y aunque no tienen forzosamente una secuencia si es necesario que no falte ningún componente. En la investigación de Nezu y D' Zurilla (1981) de la definición del problema sobre la toma de decisiones. Concluyeron que los participantes que recibían entrenamiento específico en habilidades de Definición y formulación del problema lo hicieron significativamente mejor, en la tarea de toma de decisiones, que los sujetos que no recibieron este entrenamiento. En este taller se vio el caso de un participante que se presentó con el grupo hasta la tercera sesión, perdiéndose la orientación al problema y la definición y formulación al problema, el paciente tuvo demasiadas dificultades para establecerse los objetivos del tratamiento y casi le fue imposible generar alternativas. En este caso nos dimos cuenta de la importancia de los primeros componentes en el método de solución de problema no solo por la importancia en un nivel de motivación sino como parte fundamental de un todo, que es el método sus elementos completos.

Otro punto importante dentro de los problemas presentados por los pacientes fue las áreas afectadas, en donde pudimos observar que aunque los problemas eran diferentes las áreas afectadas eran muy similares principalmente el área familiar y escolar, es interesante darnos cuenta que 6 de los 7 participantes eran estudiantes universitarios que estaban presentando dificultades en esta área, como es falta de concentración, falta de motivación y apatía a la hora de realizar actividades escolares.

Aunado a lo mencionado anteriormente la edad de los pacientes y la etapa de desarrollo en la que están viviendo hace que el momento más importante a nivel intelectual para la mayoría de los participantes sea su carrera. Esto fue uno de los aspectos que hizo que los pacientes se integraran de una forma adecuada, la mayoría de los relatos de los participantes eran en relación a la escuela, sus vivencias y ejemplos eran muy significativos para todos los participantes.

El poder integrar técnicas como el entrenamiento de relajación Progresiva de Jacobson (1928) a este taller fue de crucial importancia ya que los participantes además de seguir el método de solución de problemas participaron en una sesión de relajación que sirvió como complemento al método, la reacción de los participantes a esta sesión de relajación fue muy positiva. Ya que algunas investigaciones como la realizada por T. Rangil, M. Trancho, A. Jonquera, C. Gastó (1996) tuvo la finalidad de diseñar un taller para familiares de enfermos esquizofrénicos en primer grado, su estudio nos muestra la eficacia del tratamiento resolución de problemas y además incluyeron en su tratamiento entrenamiento en relajación para disminuir los síntomas de ansiedad que los familiares de pacientes esquizofrénicos presentan. La relajación sirve para manejar la ansiedad que incluso el mismo método produce.

La participación del grupo fue buena, los participantes hablaban de sus problemas, opinaban acerca de los problemas de los demás y definían algunos errores de pensamiento, pero durante las sesiones no hubo mucha emotividad, parece haber faltado sensibilizar al grupo, los participantes se mostraron muy racionales, y pocos mostraron emociones durante las sesiones, se cree que el diseño del taller al estar más enfocado en la modificación de los pensamientos fue la causa de que los pacientes reservaran sus emociones y se enfocaran más a sus cogniciones, esto no debió presentarse ya que el modelo Cognitivo Conductual toma en cuenta en gran medida a las emociones, sería necesario hacer mayor o igual énfasis en futuros talleres a la expresión de emociones.

Los participantes reportaron que el método les pareció muy estructurado y que les gustó más algunas técnicas cognitivas como la identificación de pensamientos automáticos, así como la evaluación de los mismos. También indican que para llevarlo a la práctica deben aprender más técnicas cognitivas. Esto es de crucial importancia ya que se pudo ver que aunque los participantes aprendan el método perfectamente, no podrán ponerlo en práctica si no trabajan antes con algunas distorsiones de pensamiento que se pueden interponer durante

el proceso. Es por eso la importancia de técnicas cognitivas a la par o antes del tratamiento.

En la realización de este taller se confirmó lo que concluyen Stephanie Bray, Christine Barrowclough y Fiona Loaban (2006) en donde se estudió las habilidades de solución de problemas sociales en el desorden de personalidad límite; los trastornos de personalidad presentan deficiencias en sus estrategias para resolver problemas y estos a su vez a la psicopatología.

Esto lo pudimos observar en los pacientes de nuestro taller en donde su incapacidad de Solucionar Problemas causaban; problemas familiares, de pareja, trastornos en el estado de ánimo o problemas de pareja. Y una vez adquiridas habilidades para resolver problemas estos problemas se resolvieron y al mismo tiempo los síntomas de ansiedad, depresión y algunos malestares físicos como dolor de cabeza o de estomago los pacientes reportaron se aminoraron.

La propuesta de este taller fue ubicar a pacientes que presentan diferentes déficits cognitivo conductuales en un mismo grupo de terapia, aunque el rango de edad si se respetó ya que la etapa de desarrollo es lo que ayudará a los participantes a identificarse con sus compañeros, habrá mayor empatía ya que los problemas que presenten serán representativos de esta etapa, del medio social y de la época.

Finalmente los objetivos que se tenían del tratamiento en su mayoría fueron alcanzados, los participantes fueron capaces de identificar situaciones estresantes de la vida, Minimizar el grado en que esa respuesta impacta de forma negativa sobre intentos futuros de afrontamiento, Aumentaron la eficacia de sus intentos de solución de problemas, en el afrontamiento de situaciones problemáticas actuales y aprendieron habilidades que les permitirán enfrentarse de modo más eficaz los problemas futuros con el fin de evitar perturbaciones psicológicas.

Durante mi estancia en el Centro de Servicios Psicológicos Dr. Guillermo Dávila, adquirí diferentes habilidades clínicas, dentro de las más importantes se destacan la entrevista clínica, la planeación de sesiones clínicas y realización de talleres.

Dentro del plan de trabajo del Centro de Servicios Psicológicos Dr. Guillermo Dávila, existen otras actividades que son importantes para la formación clínica, algunas de estas actividades no fueron puestas en práctica o fueron realizadas con baja frecuencia debido a que algunas actividades absorben demasiado tiempo lo que obstaculiza la realización de otras, en lo personal creo haber tenido la oportunidad de realizar actividades importantes, además de haber tenido supervisión de buen nivel.

Recomendaciones a futuros trabajos

Para poder llevar a cabo un taller será necesario hacer que el grupo interactúe más con sus compañeros a través de dinámicas grupales que se adapten al tema que se está tratando, ya que en este taller solo se incluyeron dinámicas grupales en las primeras dos y se le dio mayor importancia al material para la solución de problemas. Se sugiere que se incluyan en versiones posteriores de este taller un número mayor de dinámicas grupales.

Otro punto importante es realizar una buena evaluación psicológica de los participantes, y seleccionar cuidadosamente los instrumentos que se utilizarán para la medición de los cambios observados en los pacientes. Se sugiere realizar una evaluación completa que incluyan más de tres pruebas para tener un indicador confiable del estado en el que el paciente entra y sale del tratamiento.

Como indica Nezu y Perri (1989) en una de sus investigaciones con sujetos deprimidos, Si no se da una buena orientación al problema el tratamiento puede ser menos eficaz.

En este taller encontramos a pacientes con problemas de auto estima quienes presentaron síntomas depresivos, al observar la evolución de la sesiones del taller se llego a la cuenta que era necesario ampliar el primer punto en el método en solución de problemas "orientación al problema", de una sesión a 2 sesiones para este punto, ya que como lo mencionan Zurilla y Nezu en 1989, la orientación al problema es un proceso de motivación para el afrontamiento del problema, y es muy importante este punto. Como se muestra en una investigación realizada por Nezu M. en el 2001 en donde analizó capacidades en solución de problemas en agresores sexuales, concluyó que uno de los componentes en los que estos agresores mostraban mayor desviación sexual se identificaban al tener una orientación negativa al problema, alta impulsividad y una tendencia a evitar los problemas. Es por esto que se sugiere en trabajos posteriores extender este primer componente a dos sesiones.

Sugerencias al plan de estudios de la Facultad de Psicología.

Dentro del plan de estudios existen materias en el área clínica de crucial importancia, en lo personal creo que sería bueno que incluyera el programa una materia sobre farmacología psiquiátrica, ya que durante la estancia en el centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila" nos enfrentamos a pacientes que reportan estar bajo tratamiento farmacológico y nos indican el nombre del medicamento que toman, la cantidad y frecuencia de consumo pero pocas veces sabemos los efectos, o las contraindicaciones de estos.

Sugerencias al programa de Servicio Social.

El servicio social tiene un excelente equipo de trabajo, y únicamente tengo un comentario, y este sería que ya que son los encargados de capacitar a los estudiantes candidatos al IPSS, la información que den a los estudiantes debería basarse más en las actividades que van a realizar en su servicio social más que en el procedimiento administrativo del Servicio Social. Además deberían capacitar

también a los profesores que serán asignados como directores de IPSS, ya que algunos profesores que fueron asignados como directores de IPSS no están bien informados sobre esta nueva forma de titulación.

Sugerencias al centro de servicios psicológicos.

Una sugerencia para el centro de servicios psicológicos como formadores de psicoterapeutas en lo personal me parece que es necesario que existan más profesores involucrados en la enseñanza de la psicoterapia, ya que el número de profesores no cubre las demandas y necesidades de los estudiantes en formación clínica, así como sería conveniente incluir un departamento de evaluación psicológica en donde tengan los mejores instrumentos de medición psicológica, para poder dar buenos diagnósticos y planear buenos tratamientos.

Limitaciones y perspectivas de trabajo.

Una limitación es la demanda tan importante que tiene el Centro de Servicios Psicológicos, "Dr. Guillermo Dávila que no nos permite atender con rapidez los diferentes casos, haciendo esperar demasiado a los pacientes para comenzar su tratamiento, ya que durante este lapso algunos pacientes buscan otras alternativas de tratamiento, resuelven su problema solos o en algunos casos deciden ya no regresar por no ver seriedad y preocupación por sus casos.

VII. REFERENCIAS.

- Beck J, (2000) TERAPIA COGNITIVA. Conceptos básicos y profundización. Ed. Gedisa.
- Bornas X., Servera M., Serra F. y Escudero J, (1990). El tratamiento de la impulsividad infantil: Autoinstrucciones versus solución de problemas. Estudios de Psicología Vol 43-44, pag 61-71
- Bray S, Barrowclough C, y Lobban F. (2006). The problem-solving abilities of people with border line personality disorder. Behaviour Research Therapy.1-9
- Caballo, Vicente E, (1991). Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta. Ed. Siglo XXI.
- Caro G. I, (1997). Manual de Psicoterapias cognitivas. (Cap. 11. El estado de la cuestión de los enfoques en resolución de problemas). Ed. Paidós.
- Cautela J. R, (1977) Behavior Analysis Forms for Clinical Intervention Research Press Company, Champaign, Illinois
- Cautela J. R, (1985). Técnicas de relajación: Manual práctico para adultos, niños y educación especial. Ed. Martínez Roca.
- Eskin M, Akoglu A y Uygur B, (2006). Traumatic Life Events and Problem Solving Skills in Psychiatric outpatients: Their Relationships whit suicidal Behavior. Turk Psikiyatry Dergisi 17(4). Pag. 1-10

- Goldfried, M. R, (1981). Técnicas terapéuticas conductistas. (Cap.9 Resolución de problemas). Ed. Paidós.
- Kazdin A. E, (1988). Tratamiento de la conducta antisocial en la infancia y adolescencia. Ed. Martínez Roca.
- Kazdin A. E, (1996). Modificación de conducta y sus aplicaciones prácticas. Ed. Manual Moderno.
- Labrador. F. J, (1995). Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta. Ed. Pirámide.
- Mahoney. M. J. (1983). Cognición y modificación de conducta. (Cap. 12. Las terapias Cognitivas). Ed. Trillas.
- Marrero R y Carballería M, (2002). Terapia de Solución de Problemas en enfermos de cáncer. Internacional Journal Psychology and Psychological therapy. Vol 2, No. 1 Pag. 23-39
- Martin G.L, (1999). Modificación de Conducta: Qué es y cómo aplicarla. Ed. Prentice Hall Iberia.
- Mckay M. (1980). Técnicas cognitivas para el tratamiento del estrés. (Cap. 5 La solución de problemas).Ed. Martínez Roca.
- Medina M, Borges G, Lara C, Benjet C, Blanco J, Fleiz C, Villatoro J, Rojas E, Zambrano J, Casanova R, Aguilar S, (2003). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados de la encuesta nacional de Epidemiología psiquiátrica en México. Salud Mental Vol. 26 No. 4 pag 1-16.
- Méndez C. F y Olivares R. J, (1998). Técnicas de modificación de conducta. Ed. Biblioteca Nueva.

- Nezu A, (2001). Terapia de Solución de Problemas para Pacientes con Cáncer. REVISTA MEXICANA DE PSICOLOGÍA. Vol. 18, No 2. 185-192.
- Nezu M, (2001). Terapia Cognitivo Conductual para agresores Sexuales: Un enfoque de Solución de Problemas. REVISTA MEXICANA DE PSICOLOGÍA. Vol. 18 No 3. 273-285.
- Rangil T, Trancho M, Jonquera A y Gastó C, (1996). Taller de Resolución de Problemas para familiares de enfermos esquizofrénicos. Psiquiatría Fac. med.berna. 23 (5) Pag.134-14.
- Smithe J. C, (1992). Entrenamiento cognitivo Conductual para la relajación: Un nuevo sistema de estrategias para el tratamiento y la evaluación. Ed. Desclee de Brouwer.
- Valderrama P, Rivero F, y Domínguez B, (1983). Una propuesta de entrenamiento en terapia cognitivo-conductual y su uso para la solución de problemas re relevancia social. Salud Mental. vol.6 pag 20-23
- Vallejo. P. M. A, (1996). Modificación de Conducta: Análisis de Casos. Ed. Tea.
- Vázquez F, (2002). La técnica de solución de problemas aplicada a la depresión mayor. Psicothema. 516-522
- Zavala I, Fvrod J, y Lebigre F, (1992). Entrenamiento de la capacidad de Resolución de Problemas cotidianos en grupos de pacientes esquizofrénicos crónicos. Psiquis. Vol13 No.1 27

Anexo 1. Taller. (Carta descriptiva).

Nombre del taller: Técnicas en Solución de Problemas.

Número de Sesiones: 8

Tiempo por sesión: 120 minutos.

Sesión número 1.

TEMA	OBJETIVO	ACTIVIDAD	DESARROLLO	MATERIAL	DURACIÓN	T.A.
Evaluación diagnóstica y presentación del taller.	<p>a) Evaluación diagnóstica para saber las habilidades en solución de problemas con las que cuentan los participantes.</p> <p>b). En esta sesión los participantes conocerán el horario del taller, y las actividades que se realizarán, los temas con los que se trabajarán, las reglas que se tendrán que seguir por ser parte de un grupo para que haya una integración adecuada.</p>	<p>1.- evaluación.(pre-test.</p> <p>2.- Presentación y Bienvenida.</p>	<p>1.- El terapeuta proporcionará el inventario en solución de problemas a cada participante y le explicara la forma de contestarlo.</p> <p>2.-El terapeuta se presentará ante el grupo, les dará la bienvenida y explicará los temas con los que se trabajarán en cada sesión del taller. Se les dará una explicación breve sobre las reglas que habrá y sobre los horarios del taller, en caso de dudas se aclararan.</p>	<p>Inventario sol. De problemas.</p> <p>Programa de trabajo del taller.</p>	25 minutos.	15.
	<p>Aprender el nombre de los participantes y dirigirnos a cada uno por su nombre,</p>	<p>2.-Creación de gafetes.</p>	<p>Se le proporcionará a cada uno de los integrantes una etiqueta la cual usaran como gafete escribiendo en ella con el plumón su nombre.</p>	<p>Etiquetas, plumones.</p>	5 minutos.	20

	Romper el hielo, crear un ambiente de confianza.	3.- Dinámica de Integración.	<p>A) Se le pedirá a los participantes que formen parejas, y escriban las siguientes preguntas en una hoja: (¿Cuál es tu nombre completo? ¿Cómo prefieres que te digan? ¿Cuántos años tienes? ¿A que te dedicas? ¿Qué te gusta hacer en tu tiempo Libre? ¿Dónde Vives? ¿Cuántos hermanos tienes? ¿Qué lugar ocupas entre ellos? ¿Tienes pareja y cuanto tiempo llevas de relación? Y una pregunta personal libre). Después cada integrante hará una entrevista a su pareja y escribirá las respuestas en la hoja.</p> <p>b) cada equipo presentará a su pareja al grupo apoyándose de la entrevista.</p>	Hojas blancas, lápiz y goma.	<p>a) 20 minutos.</p> <p>b) 20 minutos Tiempo total. 40 minutos.</p>	60
INICIACIÓN AL PRIMER PUNTO EN EL METODO EN SOL. DE PROBLEMAS. (ORIENTACION AL PROBLEMA)	<p>B) Los integrantes conocerán el primer punto en el método en solución de Problemas. "Orientación hacia el Problema" y se espera que los pacientes obtengan las siguientes habilidades:</p> <p>a Identificar y reconocer correctamente los problemas cuando ocurren.</p>	4.- Inicio al Primer Punto en el método en Solución de problemas.	EL terapeuta les proporcionará el formato con el primer punto en el método en Solución de Problemas (cuestionario) y se seleccionará a un integrante del grupo para contestar el formato como ejemplo para todos los demás.	<p>Formulario. Lista de problemas.</p> <p>Material para los participantes</p>	15 minutos	75

	<p>b. Adoptar la perspectiva filosófica de que los problemas de la vida son normales e inevitables y que la solución de problemas es un medio viable de afrontarlos.</p> <p>c. Aumentar sus expectativas de ser capaces de realizar satisfactoriamente actividades de solución de problemas (es decir, auto eficacia percibida).</p> <p>d) inhibir la tendencia a llevar a cabo hábitos de respuesta automática, basados en experiencias anteriores en situaciones similares (Nezu, Nezu y perri, 1989)</p>					
	<p>La finalidad de esta actividad es mostrar a los participantes que los problemas vistos en otras personas pueden tener otro significado así como otras formas de solucionarlos, además de crear conciencia en los participantes de que los problemas son parte de la vida y que el tener problemas no los convierte en enfermos mentales.</p>	<p>5.-Dinámica.</p>	<p>Cada participante escribirá en una tarjeta el área de su problema principal y tratará de definirlo.</p> <p>Se entregarán al terapeuta quien sacará las tarjetas al azar y leerá uno por uno en voz alta, y escogerá al azar a un participante y le pedirá que de su opinión sobre este problema cuestionándolo sobre sus pensamientos y emociones sobre el problema.</p>	<p>Fichas de trabajo en blanco, lápiz y goma.</p>	<p>30 minutos.</p>	<p>105</p>

	<p>El objetivo de esta actividad es que los participantes logren identificar algunas distorsiones de pensamiento.</p>	<p>6.-Tarea para casa.</p>	<p>Se les proporcionará a los pacientes una tabla en donde se ejemplifican las distorsiones del pensamiento y se les pedirá que escriban de tarea un ejemplo nuevo para cada una de las distorsiones de pensamiento.</p>	<p>Tabla. Distorsiones de pensamiento</p>	<p>15 minutos</p>	<p>120</p>
--	---	----------------------------	--	---	-------------------	------------

Sesión número 2.

TEMA	OBJETIVO	ACTIVIDAD	DESARROLLO	MATERIAL	DURACIÓN	T.A.
Actualización	El objetivo de esta actividad es tener un anclaje entre lo aprendido en la sesión primera y la segunda sesión, recordar los puntos importantes de la sesión anterior.	1.- ACTUALIZACIÓN.	El terapeuta realizará una pequeña reflexión de lo aprendido en la primera sesión y resaltara su importancia, los participantes explicaran que aprendieron la primera sesión. El terapeuta pedirá a cada participante su opinión, el grupo puede participar en el momento que lo desee.		15 minutos.	15
	Con esta dinámica se espera motivar y sensibilizar a los pacientes para tratar de solucionar sus problemas recordando a todas las personas importantes de su vida y hacerles notar que durante el proceso en solución de problemas ellos no están solos.	2.- DINAMICA (Sensibilización)	Se les pide a los integrantes del grupo que en una hoja escriban dos columnas del 1 al 10. En una columna escribirán las 10 cosas materiales que son más importantes, y en la segunda columna se les pide que escriban a las 10 personas más significativas en su vida. Según el grado de "importancia" (1 el más importante y 10 el menos importante). Una vez que terminaron de hacerlo se puede revisar un poco cuales fueron los resultados en el grupo. Después se les pide a los integrantes que con la goma borren alternadamente una cosa material y una persona de atrás para adelante, este proceso se hará lentamente y reflexionando acerca de la ausencia del objeto o la persona. Cuando todo este borrado se les pide vuelvan a escribirlo todo y se reflexionara con el grupo.	Hoja blanca, lápiz, goma.	30 minutos.	45

<p>Definición y formulación del Problema.</p>	<p>En esta sesión el participante identificará los componentes de su problemática y será capaz de :</p> <p>a) Buscar toda la información de todos los hechos disponibles del problema.</p> <p>b) Describir los hechos en términos claros y sin ambigüedades.</p> <p>c) Diferenciar la información relevante de la irrelevante y los hechos objetivos de las inferencias, suposiciones e interpretaciones no comprobadas.</p> <p>d) Identificación de los factores y circunstancias que hacen de la situación un problema.</p> <p>e) Establecer una serie de objetivos realistas en la solución de problemas.</p>	<p>3.- Comenzar a definir el problema individualmente.</p>	<p>El terapeuta proporciona al grupo el formato 2 del Método en Solución de problemas. (Definición y formulación del problema) y pide un voluntario para tomar su caso para ejemplificar como es que se debe llenar el formato. Los demás participantes describirán como es que han llenado esta parte del formato.</p>	<p>Material para los participantes Formato 2</p>	<p>60 minutos.</p>	<p>105</p>
		<p>4.- cierre de la sesión.</p>	<p>Se darán las indicaciones para la siguiente sesión.</p>		<p>10 minutos.</p>	<p>115.</p>

Sesión Número 3

TEMA	OBJETIVO	ACTIVIDAD	DESARROLLO	MATERIAL	DURACIÓN	T.A.
TERMINO DEL SEGUNDO PUNTO, DEFINICIÓN Y FORMULACIÓN AL PROBLEMA.	Hacer que el participante vea su problema desde un punto de vista objetivo, Y que seleccione aquellos objetivos que realmente se puedan cumplir.	1.-ANALIZAR SI LOS OBJETIVOS SON REALISTAS.	Cada participante describirá cada uno de los objetivos planteados al grupo y dará las razones por las cuales este objetivo si si puede cumplir, el grupo pude dar opiniones.	Material para el participante	10	10
	Crear en el participante conciencia acerca de cual es el control que tiene sobre el problema, y que conozca que tanto este se puede modificar.	2.-DIFERENCIAR ENTRE OBJETIVOS CENTRADOS EN LA EMOCIÓN Y CENTRADOS EN EL PROBLEMA.	Se le preguntará a cada participante que tanto él puede ejercer control sobre el problema, y observar el locus de control externo e interno. Explicar cada caso a los otros participantes los cuales podrán dar retroalimentación.	Material para el participante	10	20
	Identificar algunas distorsiones de pensamiento y desechar inferencias, suposiciones e interpretaciones no	3.-ANALIZAR PENSAMIENTOS AUTOMATICOS SOBRE LOS	Se le preguntara a cada participante cual es la emoción que genera el objetivo planteado, y después se le pregunta que pasa por su mente que lo hace sentir así hasta encontrar el	Material para el participante	15	35

	comprobadas, para tener una visión más objetiva y clara del problema.	OBJETIVOS PLANTEADOS.	pensamiento automático, el cual se llevara a análisis para buscar las evidencias a favor y en contra y analizar algunas distorsiones de pensamiento. (Reestructuración cognitiva).			
	El objetivo de esta actividad es que el participante identifique aquellos factores que impiden alcanzar los objetivos. (Novedad, incertidumbre, demandas conflictivas del estímulo, falta de recursos o alguna limitación o deficiencia personal o ambiental).	4.-BUSCAR LOS POSIBLES OBSTACULOS PARA LLEGAR A LOS OBJETIVOS PLANTEADOS.	Se le pregunta a cada participante sobre los posibles obstáculos que le puedan impedir lograr los objetivos, y el grupo ayudará a identificar aquellos que realmente sean obstáculos de los que no.	Material para el participante	10	50
	Se busca que los participantes identifiquen los pasos que tienen que seguir para llegar a cumplir el objetivo específico.	5.-BUSCAR SUB OBJETIVOS Y DESCRIBIR OPERACIONALMENTE CADA UNO.	Para cada objetivo se les pide a los participantes que identifiquen aquellas conductas que provocaran que el objetivo se cumpla. Se les pide a los participantes que describan con detalle cada conducta o actividad.	Material para el participante	20	70

<p>INICIACIÓN AL TERCER PUNTO EN EL METODO DE SOLUCIÓN DE PROBLEMAS.</p> <p>GENERACIÓN DE ALTERNATIVAS.</p>	<p>El objetivo general de este componente es hacer que estén disponibles tantas soluciones alternativas al problema (Es decir, opciones de afrontamiento) como se pueda, de tal manera que aumente la probabilidad de identificar, en último término, las más eficaces.</p>	<p>6.- Generación de Alternativas.</p>	<p>a) Se explican los tres principios básicos para el proceso de generación de alternativas.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.- Principio de Cantidad. 2.- Aplazamiento del Juicio. 3.- Principio de variedad. <p>b) Se toman 4 ejemplos de objetivos de diferentes participantes y se ejemplifica la forma de generar alternativas tomando en cuenta los tres principios.</p> <p>Se les proporciona a los participantes el material de trabajo en donde anotaran mínimo diez alternativas para lograr cada uno de los objetivos planteados, tendrán un total de 30 alternativas como mínimo.</p> <p>En el pizarrón se escriben cuatro objetivos de cuatro participantes y se comienza el proceso de una forma grupal, pidiéndole al participante que genere el mayor número de soluciones alternativas utilizando los tres principios básicos, se les permite a los demás participantes dar opiniones a los problemas de los demás integrantes para enriquecer el método.</p>	<p>Pizarrón. Gis.</p> <p>Material. Para los participantes</p>	<p>30 minutos.</p>	<p>100</p>
---	---	--	---	---	--------------------	------------

Sesión número 4.

TEMA	OBJETIVO	ACTIVIDAD	DESARROLLO	MATERIAL	DURACIÓN	T.A.
TECNICAS PARA DETECCIÓN DE PENSAMIENTOS AUTOMATICOS	El objetivo general de esta sesión es enseñar a los participantes a identificar sus pensamientos automáticos en diferentes situaciones problemáticas y que sean capaces de hacer un registro de los mismos.	Explicación de como esta conformado el Modelo Cognitivo Conductual.	El terapeuta a través de un esquema explicara como esta conformado el modelo Cognitivo Conductual y sus principales planteamientos.	Pizarrón, gis.	20 minutos.	20
	El objetivo de esta actividad es enseñar a los participantes a detectar los pensamientos automáticos y que observen en sus compañeros la forma en la que ellos los detectan, así como reforzar el modelo cognitivo conductual.	DINAMICA. Detección de Pensamientos Automáticos.	<p>Se le entrega una hoja de registro (cadena Conductual) a cada participante, y se utiliza con cada uno el siguiente formato.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Recuerden una situación que les haya causado un cambio en su estado de ánimo, una situación incomoda, estresante etc. 2) Identifiquen que emoción están sintiendo. 3) Recuerden con detalles el momento en que pasó ese evento y recuerden como se sintieron. 4) Recuerden que estaba pasando en ese momento por su mente, ¿Qué pensaban?, ¿Por qué se sentían así? 	Hojas de cadena cognitivo conductual. Pizarrón, gis.	40 minutos.	60

			<p>¿Qué pensaban en ese momento?</p> <p>Se registra en el pizarrón algunos ejemplos de los participantes.</p>			
REGISTRO.	<p>Con esta actividad se espera que los participantes sean capaces de registrar algunos pensamientos que se generen a lo largo de dos semanas para su posterior análisis.</p>	<p>Registro de Pensamientos Automáticos.</p>	<p>Con los ejemplos que los participantes dieron sobre sus pensamientos se les entrega una hoja de registro de pensamientos automáticos a cada participante y se les explica como registrar sus pensamientos automáticos.</p>	<p>Hoja de auto registro de pensamientos</p>	<p>20 minutos</p>	<p>80</p>
		<p>Cierre de la sesión.</p>	<p>Se despide al grupo y Se dan las indicaciones para la siguiente sesión.</p>		<p>10 minutos</p>	<p>90</p>

Sesión número 5.

TEMA	OBJETIVO	ACTIVIDAD	DESARROLLO	MATERIAL	DURACIÓN	T.A.
<p>TOMA DE DECISIONES Cuarto Punto en el proceso en solución de problemas.</p>	<p>Con esta actividad se espera generar una lista de resultados específicos anticipados de la solución, tanto los efectos a corto como a largo plazo, así como las consecuencias personales y sociales y seleccionar aquellas que se caractericen por tener menos consecuencias negativas. Y el participante será capaz de:</p> <p>a) Estimar la probabilidad de que una alternativa determinada sea realmente eficaz para alcanzar el objetivo (es decir, la probabilidad de que una solución determinada tenga un efecto particular sobre el problema).</p> <p>b) Estimar la probabilidad de que el individuo sea realmente capaz de llevar a cabo la solución más óptima (es decir, la estimación de la capacidad y deseos sobre el problema).</p>	<p>Análisis de las 10 alternativas.</p>	<p>Se escoge por participante el objetivo alternativo más atractivo.</p> <p>Se revisa si tiene las 10 alternativas como mínimo.</p> <p>En caso de no ser así el grupo podrá ayudar con la técnica de tempestad de ideas.</p>	<p>Material para los participantes</p>	<p>30 minutos</p>	<p>30</p>
	<p>Que los participantes en equipo puedan seleccionar aquellas alternativas que sean más funcionales y así podrán comparar ideas con el grupo y tener una visión más completa de su problema.</p>	<p>Dinámica.</p>	<p>Se hacen parejas y se les pide que en equipo escojan tres alternativas para cada uno de los objetivos de los miembros de la pareja. Se les explica que pueden combinar ideas.</p> <p>Se les pedirá que al terminar expliquen:</p> <p>¿Que objetivo seleccionaron y porque?</p> <p>¿Cuales son las 10 alternativas?</p>		<p>30 minutos</p>	<p>60</p>

			<p>¿Cuales desecharon y porque? ¿Cuales seleccionaron y porque? ¿Que consecuencias tiene escoger estas alternativas?</p> <p>El grupo puede discutir.</p>			
	<p>Seleccionar aquellas alternativas que tengan un mayor número de consecuencias positivas y desechan aquellas que tengan un mayor número de consecuencias negativas.</p>	<p>Calificación de las alternativas seleccionadas.</p>	<p>Con las hojas del material de participante se seguirán los pasos para la calificación a través de las puntuaciones acordadas en el método.</p>	<p>Material para los participantes</p>	<p>60 minutos</p>	<p>120</p>

Sesión Número 6.

TEMA	OBJETIVO	ACTIVIDAD	DESARROLLO	MATERIAL	DURACIÓN	T.A.
Reestructuración cognitiva	Se enseñará a los participante una vez detectados los pensamientos automáticos a buscar las evidencias a favor y en contra y a cambiar pensamientos disfuncionales por otros más prácticos.	Revisión de pensamientos automáticos. Observar evidencias. Revisión de material.	Se revisarán dos eventos importantes para cada participante y se llevará a cabo el interrogatorio acerca de pensamientos automáticos y se le pedirá al los participantes que llenen el cuestionario cuando se este trabajando con su caso, el grupo puede participar.	* Hojas de auto registro de pensamiento (Contestadas). *Interrogatorio acerca de pensamientos automáticos * Hoja de distorsiones cognitivas. * Hoja de registros disfuncionales.	90 minutos	90
Relajación.	Se enseñará a los participantes la forma en la que pueden llevar un proceso de relajación progresiva, y se les enseñará a identificar los músculos donde presentan mayor tensión y una forma de relajarlos. Esto con el fin de reducir malestares producidos por el estrés o la tensión provocada por diferentes eventos.	Sesión de relajación.	Se utilizará la técnica de relajación que consiste en tensar y relajar grupos de músculos. (Jacobson 1928).	1.- hoja registro de tensión muscular. 2.- calendario.	20 minutos.	110

Sesión número 7.

TEMA	OBJETIVO	ACTIVIDAD	DESARROLLO	MATERIAL	DURACIÓN	T.A.
PUESTA EN PRÁCTICA DE SOLUCIÓN Y VERIFICACIÓN.	Se enseñará a los participantes a realizar un auto registro de sus conductas, frecuencia de respuestas, resultado de la respuesta. Así como un auto evaluación y auto reforzamiento.	Revisión de las alternativas escogidas y revisar si fueron evaluadas correctamente.	Cada participante describirá el proceso para la evaluación de sus alternativas y explicará si desechó algunas alternativas, en caso contrario también y explicará por qué.	Material para los participantes (contestado)	30 minutos	30
		Describir conductualmente las alternativas que se seleccionaron.	Se les pedirá a los participantes que describan los pasos conductuales que tiene que seguir para lograr cumplir los objetivos establecidos en cada alternativa. Se les enseña a que tengan una buena planeación de cada actividad y que describan con fechas, duración, lugar, frecuencia, personas implicadas cada una.	Material para los participantes .	30 minutos	60
		Enseñar a hacer registros	Se les proporciona la hoja de registro conductual y se les muestra como deben registrar su conducta.	Hoja de registro.	30 minutos	90
		Dinámica Motivacional.	Se les pide a los participantes que escriban en una hoja blanca los tres objetivos alternativos y que escriban como cambiaría su vida si cada uno de esos objetivos se cumpliera, a corto y a largo plazo, y además que describan como es que esperan que sea el futuro para ellos. Cada participante describe el ejercicio al grupo.	Hoja papel (blanco) lápiz.	30 minutos.	120.

Sesión número 8.

TEMA	OBJETIVO	ACTIVIDAD	DESARROLLO	MATERIAL	DURACIÓN	T.A.
PUESTA EN PRÁCTICA DE SOLUCIÓN Y VERIFICACIÓN.	Recapitular y reciclar, volver al proceso en solución de problemas y averiguar las correcciones para hallar una solución más eficaz.	Cada participante describirá su caso, y lo presentará al grupo.	Se dará un formato de la técnica en solución de problemas resumida a cada participante y se le pedirá que describan su caso en dos hojas de rota folio. Cada participante describirá su caso y su proceso durante la técnica en solución de problemas al grupo, el terapeuta servirá de modelador para la presentación.	Rota folios con el método en solución de problemas resumido, plumones.	100 minutos.	90
	Revisar como es que el tratamiento afectó el desempeño de esta habilidad, en solución de problemas.	Evaluación final.	Se dará el inventario en solución de conflictos para que cada participante lo conteste de forma individual.	Prueba sol de problemas.	20 minutos	120
		Auto evaluación.	El participante contestará y compartirá con el grupo su opinión del taller,	Material para el participante.	10 minutos.	130
	Conocer la opinión de cada participante respecto al taller. Dar por terminado el tratamiento y dar retroalimentación a los participantes.	Despedida.	Se da las gracias al grupo se da una impresión general de su participación en el taller a cada uno de los participantes según los resultados vistos a través de las sesiones y se refuerza el acto de tomar tratamiento psicológico.		5 minutos	145