



**UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA**

**IBEROAMERICANA S.C.**

---

---

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO

CLAVE 8901-25

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

“ANALIZAR EL AUTOESTIMA Y LAS CONDUCTAS AUTODESTRUCTIVAS EN  
ADOLESCENTES DE LA ESCUELA PREPARATORIA OFICIAL NO. 26,  
XALATLACO, ESTADO DE MÉXICO”

# **T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA.

PRESENTA:

YANELI RODRÍGUEZ ARRATIA

ASESOR DE TESIS:

MTRA. EN C. S. PERLA MORALES GONZÁLEZ

XALATLACO, ESTADO DE MÉXICO OCTUBRE DE 2016.



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**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.

## **DEDICATORIAS**

La presente investigación está dedicada principalmente a Dios por darme a mis padres, debido a que por ellos soy la persona que soy, ellos me han enseñado valores, como el respeto y la responsabilidad los cuales son primordiales para el desarrollo de cada persona y de suma importancia para realizar actividades desde las más sencillas como asistir a la escuela hasta la realización de una tesis, desde que me comenzaron a mandar al kínder dependiendo principalmente de ellos, hasta la universidad, han procurado que tenga lo indispensable para poderme desarrollar y alcanzar las metas que juntos nos propusimos que fue concluir la licenciatura.  
GRACIAS

Por otra parte agradezco infinitamente el apoyo de mi tío Rigoberto, porque siempre me apoyo de todas las formas posibles, gracias a él he aprendido a tener metas concretas en la vida para mi bienestar personal y familiar, además de enseñarme a lograr todo lo que me propongo, toda la vida estaré agradecida con Usted.  
GRACIAS

Agradezco infinitamente el apoyo dado a mi directora y revisora de tesis por los conocimientos compartidos de este modo he logrado aprender nuevas cosas y llevarlas a la práctica.

Agradezco a la Escuela Preparatoria Oficial No 26, por haberme permitido llevar a cabo mi curso-taller y de este modo consolidar mi investigación, principalmente a la maestra Sandra Novia Castillo por la confianza dada y por los aprendizajes que he tenido de ella desde que fui alumna de la escuela, posteriormente en mi servicio social y finalmente en la consolidación de mi aprendizaje.

Finalmente le agradezco a Kike todo el apoyo que me ha dado desde que Dios lo puso en mi camino. GRACIA

## INTRODUCCIÓN

La presente investigación analiza la relación de el autoestima y las conductas autodestructivas en adolescentes de la Escuela Preparatoria Oficial No. 26 de Xalatlaco Estado de México.

Dicha investigación se efectuó con 73 alumnos del 5° semestre de la preparatoria anteriormente mencionada, los cuales al final se fueron descartando debido a los criterios de inclusión estos principalmente la asistencia y el cumplimiento de las evaluaciones requeridas para el estudio, al final se concluyó con 36 alumnos, la aplicación del estudio tuvo un total de 16 sesiones las cuales se llevaron a cabo durante su horario de clases cubriendo de esta forma sus horas libres y las horas asignadas a orientación educativa en un curso-taller el cual tenía como finalidad informar para prevenir conductas autodestructivas y de este modo analizar la incidencia de las conductas autodestructivas dependiendo de el autoestima de cada adolescente .

Los temas vistos fueron relacionados a las conductas autodestructivas los cuales fueron. Cutting, problemas alimenticios, vicios digitales, sexting, violencia en el noviazgo, no respetar reglas escolares e ideación suicida, de cada uno de estos se les dio a conocer su concepto, los tipos, sus causas y sus riesgos de practicarlos para que de este modo se obtuviera un aprendizaje significativo se complementó con videos de casos reales que efectuaban dichas conductas, además de técnicas y dinámicas para concientizar a los adolescentes. Por otra parte se les dio a conocer el significado, los tipos y la importancia de el autoestima en los adolescentes.

Al concluir el curso-taller y finalizar la aplicación de las pruebas se pudo encontrar la clara relación entre el autoestima y las conductas autodestructivas y como va depender de el autoestima el bienestar de cada persona y el no efectuar conductas autodestructivas.

## INDICE

Pág.

### **CAPÍTULO I ADOLESCENCIA**

1.1 Definición de adolescencia.....	2
1.2 Fases de la adolescencia.....	4
1.3 Cambios en la adolescencia .....	5
1.4 Características de la adolescencia .....	7
1.5 Adolescencia normal, sana y problemas de la adolescencia .....	9

### **CAPÍTULO II CONDUCTAS AUTODESTRUCTIVAS**

2.1 Definición de conductas autodestructivas.....	15
2.2 Primeros autores que hablaron sobre las conductas autodestructivas.....	17
2.3 Tipos de conductas autodestructivas.....	18
2.3.1 Cutting.....	20
2.3.2 Problemas alimenticios.....	26
2.3.3 Vicios digitales.....	31
2.3.4 Sexting .....	43
2.3.5 Violencia en el noviazgo.....	45
2.3.6 No respetar reglas escolares.....	51

2.3.7 Ideación suicida.....	53
2.4 Estudios sobre conductas autodestructivas.....	56

### **CAPÍTULO III AUTOESTIMA**

3.1 Definición de autoestima.....	59
43.2 Tipos de autoestima.....	61
3.2.1 Autoestima alta.....	61
3.2.2 Autoestima baja.....	63
3.2.3 Autoestima inflada.....	65
3.3 Formación de la autoestima.....	67

### **CAPÍTULO IV ENFOQUE COGNITIVO-CONDUCTUAL PARA MEJORAR EL AUTOESTIMA Y DISMINUIR LAS CONDUCTAS AUTODESTRUCTIVAS**

4.1 Definición del enfoque cognitivo-conductual.....	75
4.1.3 Características del enfoque .....	76
4.1.4 Técnicas del enfoque para trabajar conductas autodestructivas.....	78

### **CAPÍTULO V CURSO-TALLER**

5.1 Definición de curso.....	83
5.2 Definición de taller.....	84
5.3 Definición de curso-taller .....	86
5.3.1 Características del curso-taller.....	88
5.3.2 Estructura del curso-taller.....	89

5.3.3 Ventajas y desventajas de un curso-taller.....	91
5.4 Conformación del taller.....	92
<b>CAPÍTULO VI METODOLOGIA</b>	
6.1 Planteamiento del problema.....	95
6.2 Objetivos de estudio.....	96
6.3 Hipótesis.....	96
6.4 Tipo de estudio de investigación.....	97
6.5 Criterios de inclusión, exclusión y variables.....	98
6.6 Definición de población y muestreo .....	101
6.7 Instrumentos de medición.....	101
6.8 Procedimiento de la información.....	108
<b>CAPÍTULO VII RESULTADOS Y DISCUSIÓN</b>	
7.1 Resultados.....	110
7.2 Discusión de resultados.....	118
<b>CAPÍTULO VIII CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS</b>	
8.1 Conclusiones .....	121
8.2 Sugerencias .....	122
Bibliografía.....	124
Anexos.....	127

# **CAPÍTULO I ADOLESCENCIA**



## **1.1 Definición de Adolescencia**

Del latín *Adolescere*: Desarrollarse, *Olescere*, que significa crecer, según el significado del latín la adolescencia, significa el desarrollarse la persona, ya sea hombre o mujer.

La adolescencia, como periodo del desarrollo del ser humano abarca por lo general el periodo comprendido de los 11 a 20 años, en el cual el sujeto alcanza la madurez biológica y sexual; y se busca alcanzar la madurez emocional y social (Papalia, 2001).

Hall, 1904 (citado en: Morris, 1992), describe la adolescencia como un periodo de "tormentos y estrés" inevitables, sufrimiento, pasión y rebelión contra la autoridad de los adultos.

Freud, 1905 (Freud, 1917, Morris, 1992), definió la adolescencia como una época de grandes conflictos, ansiedad y tensión.

Brooks (1959), denomina adolescencia, al periodo de la vida humana que se extiende aproximadamente entre los 12 - 13 años y los 20. El periodo se cierra cuando el individuo entra a la edad adulta. En el transcurso de esta época alcanzan madurez las funciones reproductoras, y se presentan cambios físicos, mentales y morales que se producen simultáneamente.

Gessel 1956, (Gesell, 1958, Harrocks, 1984), define la adolescencia como un periodo prominentemente rápido e intenso en cuanto al desarrollo físico, acompañado por profundos cambios que afectan a toda la economía del organismo.

Harrocks (1984), ofrece una definición desde el punto de vista biológico. De acuerdo con ello, el individuo se convierte en adolescente cuando es capaz de reproducirse. Por lo general, a esto se le conoce como el inicio de la pubertad, pero en realidad este periodo principia con la acción de las hormonas sexuales secundarias. Al terminar la pubertad, el individuo adquiere la capacidad para reproducirse.

Es importante mencionar, que han surgido algunas confusiones al considerar ciertas interpretaciones de la adolescencia, debido al hecho de que algunos autores han utilizado criterios diferentes para describirla o, porque han empleado la misma palabra para describir aspectos distintos y hasta cierto grado, mutuamente excluyentes.

Por ejemplo, Gesell, Ilgy Ames (1958) hablan de la juventud y la definen “como el periodo comprendido entre los 10 y los 16 años; Hall (1911) considera que este periodo es el comprendido entre los 8 y los 12 años, y Landis (1952) restringe el uso del término juventud a los últimos años de la adolescencia. El término pubescencia se emplea, por lo común, para describir los aspectos de maduración sexual de la adolescencia (Ausubel, 2000), pero un equipo de escritores de libros de texto (Stone y Church, 1957) dicen que la pubescencia es el periodo que abarca aproximadamente dos años antes de la pubertad” (Harrocks, 1984).

Para fines de esta investigación se utilizará la definición dada por Freud (Freud, 1917, Morris, 1992), definió la adolescencia como una época de grandes conflictos, ansiedad y tensión.

## **1.2 Fases de la Adolescencia**

Esta etapa se divide en tres fases (Astúa, 1998), las cuales son:

Adolescencia temprana: Comprende entre los 10 y los 13 años, y se caracteriza por cambios de hábitos y modos de conducta. Cobra importancia singular el grupo de pares.

Adolescencia media: Comprende entre los 13 y 17 años, se caracteriza por un aumento en el alcance e intensidad de los sentimientos y el crecimiento de la importancia del grupo de pares y el rol de grupos.

Adolescencia tardía: Comprende entre los 17 y 19 años y 11 meses, se caracteriza por el crecimiento de su interés por sus padres y su familia. Existe más tranquilidad en cuanto a su imagen física y los valores de grupo se vuelven menos importantes y se inclinan por la búsqueda de una relación con una persona.

### **1.3 Cambios en la Adolescencia**

#### **A) Desarrollo físico**

El desarrollo físico del adolescente no se da por igual en todos los individuos, por lo cual en muchos casos este desarrollo se inicia tempranamente o tardíamente. Los adolescentes que maduran prematuramente muestran mayor seguridad, son menos dependientes y manifiestan mejores relaciones interpersonales; por el contrario, quienes maduran tardíamente, tienden a poseer un auto-concepto negativo de sí mismos, sentimientos de rechazo, dependencia y rebeldía. De ahí la importancia de sus cambios y aceptación de tales transformaciones para un adecuado ajuste emocional y psicológico (Craig, 1997; Delval, 2000; Papalia et. al., 2001).

#### **B) Desarrollo psicológico**

Los cambios físicos en el adolescente siempre serán acompañados por cambios psicológicos, tanto a nivel cognitivo como a nivel comportamental, la aparición del pensamiento abstracto influye directamente en la forma en como el adolescente se ve a sí mismo, se vuelve introspectivo, analítico, autocrítico; adquiere la capacidad de construir sistemas y teorías, además de estar interesado por los problemas no contemporáneos, es decir, que no tienen relación con las realidades vívidas día a día. La inteligencia formal da paso a la libre actividad de la reflexión espontánea en el adolescente, y es así como éste toma una postura egocéntrica intelectualmente (Craig, 1997; Delval, 2000; Papalia et. al., 2001). El equilibrio se alcanza cuando la reflexión comprende que la función que le corresponde no es la contradecir sino la de anticiparse e interpretar la experiencia (Piaget, 1984). Mussen et. al., (1982), definen estos cambios psicológicos, de forma gradual más allá de operaciones formales de pensamiento, se alcanza la independencia respecto a la familia, y hay una mejor adaptación a la madurez sexual, además de establecerse relaciones viables y de cooperación con sus pares. Su vida toma rumbo y se adquiere el sentido de

identidad, de tal forma que al final, logra adquirir las características psicológicas sobresalientes en un adulto: la independencia y la autonomía.

### **C) Desarrollo emocional**

Durante el proceso del desarrollo psicológico y búsqueda de identidad, el adolescente experimentará dificultades emocionales. Conforme el desarrollo cognitivo avanza hacia las operaciones formales, los adolescentes se vuelven capaces de ver las incoherencias y los conflictos entre los roles que ellos realizan y los demás, incluyendo a los padres. La solución de estos conflictos ayuda al adolescente a elaborar su nueva identidad con la que permanecerá el resto de su vida. El desarrollo emocional, además, está influido por diversos factores que incluyen expectativas sociales, la imagen personal y el afrontamiento al estrés (Craig, 1997; Delval, 2000; Papalia et. al., 2001).

### **D) Desarrollo social**

En la adquisición de actitudes, normas y comportamientos, la sociedad es de gran influencia, este proceso se denomina socialización, el cual pasa por una etapa conflictiva durante la adolescencia (Brukner, 1975). El desarrollo social y las relaciones de los adolescentes abarcan al menos seis necesidades importantes (Rice, 2000).

1. Necesidad de formar relaciones afectivas significativas, satisfactorias.
2. Necesidad de ampliar las amistades de la niñez conociendo a personas de diferente condición social, experiencias e ideas.
3. Necesidad de encontrar aceptación, reconocimiento y estatus social en los grupos.
4. Necesidad de pasar del interés homosocial (relaciones sociales con personas del mismo sexo) y de los compañeros de juegos de la niñez mediana a los intereses y las amistades heterosociales.

5. Necesidad de aprender, adoptar y practicar patrones y habilidades en las citas, de forma que contribuyan al desarrollo personal y social, a la selección inteligente de pareja y un matrimonio con éxito.
6. Necesidad de encontrar un rol sexual masculino o femenino y aprender la conducta apropiada al sexo.

#### **1.4 Características de la Adolescencia**

Astúa, 1998 menciona que las características de esta etapa son:

1. Proyecto de Vida: Él o la adolescente organiza su vida en función de sus sueños, y comienza a elaborar su estrategia para lograrlos; aunque muchas ideas y pensamientos iniciales surgieron desde su infancia. Este proyecto de vida será mediatizado por las posibilidades que el medio externo familiar y social ofrezca y del esfuerzo del propio adolescente.
2. Sexualidad: Es parte del proceso iniciado en las etapas anteriores de la vida, hay más necesidad de establecer una relación afectiva con otras personas, y como consecuencia de la maduración sexual se da la manifestación genital de la sexualidad (aparición de las primeras eyaculaciones y menstruaciones).
3. Crecimiento y Desarrollo: Este es una continuación del proceso que comenzó en el momento de la fecundación. En esta etapa la velocidad de crecimiento es muy grande y el proceso de desarrollo adquiere características especiales, como lo son un incremento acelerado en la estatura y el peso y cambios en los tejidos y proporciones del cuerpo.
4. Búsqueda de Identidad: La búsqueda del ser YO, se da un marcado e imprevisto reconocimiento de sus propias habilidades, por lo que lucha por adquirir mayor independencia y autonomía. Se da cuenta de que pertenece a una sociedad, a una

cultura y a una familia y por lo tanto incorpora en su personalidad algunos de los valores manifiestos en estas.

5. Creatividad: Él o la adolescente posee una gran energía que debe ser encaminada a realizar actividades que le permitan explotar y estimular su gran capacidad creativa con el fin de que logre mejorar su autopercepción.

6. Autoestima: Él adolescente necesita fundamentalmente saber que los otros piensan bien de él, y que él se siente bien como persona con su cuerpo, sus afectos y sus ideas. En este aspecto es muy importante la relación que entablen con el grupo de pares.

7. Juicio Crítico: En la adolescencia se produce una expansión de la capacidad de analizar críticamente el mundo que lo rodea, desarrollar una identidad más amplia y un fundamento más sólido de sus valores, sus pensamientos y sus efectos.

8. Proceso Educativo: Este proceso inicia en la etapa intrauterina, prosigue durante la infancia con la educación informal realizada dentro de la familia, del entorno social y de la educación formal del período escolar, colegial y universitario. Todo esto se convierte en un importante insumo para desarrollar la capacidad de buscar nuevas posibilidades culturales y experimentar diversas fuentes de estimulación sensorial, que le faciliten “integrarse” a la vida y descubrir su propio “yo”. De esta forma, desarrolla nuevas formas de pensamiento que posibilitan una comprensión, más amplia e integradora, de los acontecimientos.

Por lo cual se puede decir que la adolescencia es una etapa de constantes cambios emocionales, físicos y psicológicos, estando así vulnerables ante cualquier situación complicada de vida diaria y poniéndolos en un alto riesgo de suicidarse.

### **1.5 Adolescencia Normal, Sana y Problemas de la Adolescencia**

La adolescencia normal hace referencia a etiquetar a un adolescente como “normal” es una tarea complicada debido a la subjetividad de la misma, y a que se necesita un proceso de razonamiento que, en numerosas ocasiones, no queda libre de la influencia del ambiente que rodea al adolescente. De esta manera, lo que se busca establecer como normales son los procesos psicológicos y patrones de conducta del adolescente, los cuales señalan su carácter adaptativo. Esto implica que los adolescentes etiquetados como “normales” en cualquier cultura o sociedad son aquellos que piensan, hacen cosas, sienten y proceden como sus pares en el afán de realizar las tareas que les ayudarán a adaptarse bio-psicosocialmente en las diferentes etapas de su desarrollo (Dulanto, 2000).

Para llegar a esta conclusión, se debe entender y aceptar que el adolescente se encuentra en una etapa de búsqueda, la que produce ansiedad, inseguridad, soledad e inestabilidad. Dicha inestabilidad, genera diferentes conductas que pueden ser vistas o calificadas como normales. Esas conductas, a su vez, no necesariamente dañan al adolescente, sino que lo motivan a seguir buscando opciones, formas de ser y soluciones, ayudándole a encontrar nuevos esquemas de funcionamiento personal y social (Dulanto, 2000). Se puede ubicar a un adolescente dentro de los parámetros normales, siempre y cuando, su conducta adaptativa domine su acción, de tal forma que cuando el menor se encuentre estable y pase subsecuentemente a un periodo de inestabilidad, éste se recupere sin necesidad de ninguna intervención, provista ya sea por algún adulto o terapeuta. El autor citado anteriormente concluye que los adolescentes normales presentan conductas que manifiestan una abierta confianza en sí mismos, establecen buenas relaciones con sus pares, son leales en las relaciones afectivas, pero también exhiben la habilidad para “prenderse” y



“desprenderse” de los padres, compañeros y amigos con asombrosa rapidez y sin sentir angustia.

La “normalidad” en este proceder consiste en la capacidad de adaptación al grupo y el vivir en armonía con la mayoría de los pares, en lugar de crear conflictos.

De manera que el adolescente adquiera y desarrolle una autoestima que le proporcione confianza para desplegar conductas seguras y participativas, tanto con la familia como la sociedad.

### Adolescencia sana

El Dr, Oz, en su libro “Adolescencia sana” publicado en 2015.

Da a conocer que la adolescencia sana y feliz debe tener lo siguiente:

- Ser consciente de que uno controla lo que entra en el cuerpo.
- Darse cuenta que nunca es demasiado tarde para comenzar a adquirir hábitos saludables.
- Caminar aproximadamente unos 5 kilómetros por día.
- Rodearse de amigos que compartan sus hábitos saludables y su estilo de vida.
- Evitar toxinas como el tabaco, o algunas que se encuentran en los químicos de limpieza y maquillajes.
- Tratar de alejarse de los alimentos que no son sanos por ejemplo, las grasas.
- Comer vegetales al menos tres veces por semana.
- Mantener las vitaminas y calcio de su cuerpo con suplementos.
- Higienizar los dientes con el cepillado y el hilo dental
- Dormir más de ocho horas por noche.
- Realizar algún tipo de ejercicio por día.
- Comer al menos cinco porciones de frutas por día.
- Hacer del sexo una elección, utilizando además los correspondientes métodos anticonceptivos.

- Utilizar de forma inteligente el Internet, siendo consciente de lo que se publica.
- Tener las vacunas principales en fecha.
- Encontrar una persona que cumpla las veces de guía en el camino.
- Protegerse los oídos contra los ruidos fuertes como el volumen de los auriculares.
- Mantener el celular y cualquier otro dispositivo fuera de las manos mientras se está conduciendo un vehículo.
- Usar casco y cinturón de seguridad en los momentos que lo amerite.
- Tener una pasión, y hacerlo a menudo como se pueda. Siempre con seguridad.

### **Problemas de la Adolescencia**

El grado de anormalidad en las conductas de los adolescentes es una función de los daños que éstas puedan ocasionar tanto a la sociedad como a él/ella mismo(a). Los jóvenes que son incapaces de abordar de una forma adecuada los problemas que se les presentan posiblemente padecen un trastorno. Uno de los mayores problemas que enfrentan los adolescentes y que tienen que resolver continuamente es el aislamiento, el cual se presenta en mayor prevalencia en los varones, probablemente porque es más difícil para ellos expresar sus sentimientos (Rice, 2000). Los adolescentes padecen soledad por diversas razones. Algunos presentan problemas para relacionarse, otros tienen dificultades para mostrar una conducta adecuada y para aprender cómo comportarse o adaptarse a situaciones diversas; algunos padecen baja autoestima y se sienten muy vulnerables a la crítica, anticipan el rechazo evitando las situaciones que podrían provocarles vergüenza (Rice, 2000).

Otro problema es el estrés, y las pocas habilidades para enfrentarlo, lo cual puede ocasionar patologías como depresión, emplazamiento, rebeldía, drogadicción o comportamiento suicida. Éstos, pueden ocasionar consecuencias graves y suelen

ocurrir en combinación con otros problemas, como los desórdenes de nutrición y la agresividad.

La depresión, está vinculada a la forma negativa y pesimista de interpretar los fracasos, y afecta en gran medida a la conducta del adolescente, manifestando su estado de ánimo al exterior, lo que propicia un rechazo social (Myers, 2000).

Algunos adolescentes se avergüenzan con facilidad y sienten ansiedad al pensar que están siendo evaluados. Ante esta situación la tendencia natural es protegerse a sí mismos: hablar menos, evitar los temas que revelen ignorancia y controlar las emociones. La timidez es una forma de ansiedad social que está constituida por la inhibición y la preocupación por lo que los demás puedan pensar. Lo anterior, somete al adolescente a situaciones de estrés, el cual afecta el sistema inmunológico, dejándolo vulnerable, además de producir desesperanza y con ello reforzar la conducta depresiva (Myers, 2000).

En relación a la muerte, los adolescentes no piensan mucho a menos que se haya enfrentado a la misma, siendo que en su preocupación de descubrir su identidad, se preocuparán más de cómo viven que de cuanto vivirán, sin embargo; el suicidio consumado es la tercera causa de muerte en adolescentes en la etapa tardía, siendo los varones quienes presentan un riesgo 5 veces mayor que las mujeres, estos jóvenes tienen un antecedente relacionado a la depresión, trastornos adictivos, comportamiento antisocial o personalidad inestable, además de antecedentes familiares en relación a la conducta, siendo la baja autoestima, el pobre control de impulsos, la poca tolerancia a la frustración y la ansiedad, trastornos que se asocian al problema, en relación a la familia el alejamiento de los padres, el maltrato y rechazo de la familia (Papalia et. al., 2001).

El adolescente se vuelve vulnerable a trastornos diversos; trastornos que experimentarán con el tiempo, pero que podrán ser resueltos si la adolescencia se

vive dentro de la normalidad y de aquí la importancia de que esta etapa se encuadre en un proceso e ir consiguiendo en cada momento una adecuada adaptación en su ambiente, logrando tanto una estabilidad emocional como una integración de su persona a la vida social.

Los nuevos sentimientos y necesidades emocionales, la búsqueda de la independencia, la emancipación de los padres, ocasiona que el apoyo que antes era proporcionado por la familia se busque en otros adolescentes comúnmente de su misma edad. Lo anterior está muy ligado a la dinámica familiar que él adolescente presente, ya que si el menor cuenta con una buena dinámica familiar y buena comunicación con sus padres, tendrá menor necesidad de acceder a las demandas de otros adolescentes, de igual forma aceptará las opiniones de los padres por encima de sus compañeros, por lo menos en algunas áreas (Rice, 2000).

En relación de pertenecer a un grupo social, se convierte en un asunto de importancia en esta etapa, debido a que de esta manera los adolescentes buscan formar relaciones y compartir intereses comunes (Rice, 2000). Esta búsqueda de pertenencia refuerza la imagen propia, por lo cual al ser rechazado por los demás se convierte en un grave problema. De tal forma, la meta es ser aceptado por los miembros de una pandilla o de un grupo al que admiran. Como consecuencia, este grupo les ayudara a establecer límites personales y en ocasiones aprender habilidades sociales necesarias para obtener un auto-concepto de la sociedad que le ayudará a formar parte del mundo adulto más adelante (Rice, 2000).

## **CAPÍTULO II: CONDUCTAS AUTODESTRUCTIVAS**

## **2.1 Definición de conductas Autodestructivas (CA).**

Conducta (Chaler Christian; 2012)

Son las acciones voluntarias e involuntarias que realizamos los seres humanos.

Por otra parte la conducta social es aprendida así como un producto de normas y valores sociales las cuales se dan a través del aprendizaje (F. H. Allport, 1924,).

Las conductas autodestructivas podrían definirse como «toda acción deliberada, conscientemente o no, que genera daño físico y/o psicológico de diversa magnitud hacia la persona que la está produciendo» (Moles 2009).

Las conductas donde el individuo ejerce violencia contra sí mismo son llamadas autodestructivas, el daño auto infligido es físico y concreto (Ross, 1991).

La CA será abordada como toda conducta dirigida a dañarse a sí mismo en un sentido amplio, considerando aspectos físicos directos e indirectos (Claes y Vandereycken, 2007; Walsh, 2006) y aspectos psicológicos (Fliege, Lee, Grimm, Fydrich y Klapp, 2009).

La CA directa se caracteriza porque el vínculo entre la conducta y la consecuencia física tiende a ser inmediato (golpes y heridas intencionados, cortes, quemaduras, entre otros), mientras que en la indirecta este vínculo está diferido (Claes y Vandereycken, 2007) y es acumulativo (consumo de drogas, alteración de la conducta alimentaria, conductas sexuales de riesgo, etc.). Las CA ligadas a aspectos psicológicos han sido menos estudiadas (Fliege et al., 2009), pero suelen incluirse el autocastigo y las emociones autodestructivas como sentir envidia, vergüenza y culpa, sentir remordimiento, culpar a otros y tener pensamientos auto lesivos (Baumeister,

1997; Nock, Holmberg, Photos y Michel, 2007; Rüşh et al., 2007; White, Langer, Yariv y Welch, 2006).

Desde el punto de vista psicoanalítico, son dos las principales tendencias en la vida de un sujeto, el eros y el tánatos. Ambos tienen como objetivo satisfacer necesidades, independientemente de la naturaleza de éstas. Sin embargo, el primero sólo puede proporcionar soluciones temporales, lo que significa que; tarde o temprano, aparecerán nuevos deseos. Mientras que el segundo intenta procurar opciones que sean permanentes.

El problema es que la única manera para que ya no se presenten más necesidades es dejando de existir. Así que es a partir de esto que pueden presentarse conductas autodestructivas. Adicciones, aislamiento social y el suicidio, ya sean intentos infructuosos o exitosos, entre otras, son claras señales, y cada vez más comunes, de que con tal de evadir la realidad se tomarán medidas efectivas, sin importar lo drásticas que pudieran ser.

Eros y tánatos, las dos fuerzas que mueven a un sujeto a satisfacer sus pulsiones. La primera, aunque más sana, sólo proporciona soluciones temporales. La segunda, busca algo definitivo, pero implica el desarrollo de conductas autodestructivas. Ciertos eventos, como haber sido víctima de algún tipo de abuso durante la infancia, pueden ser un detonador para la activación de la auto-agresión deliberada o auto-agresión deliberada o DSH, por sus siglas en inglés (Deliberate Self-Harm (DSH)). Independientemente de cómo surja, un episodio de DSH durante la depresión puede ser particularmente peligroso, ya que el suicidio es una posibilidad real. El consumo de drogas, sean éstas legales o no, suelen ser otro síntoma de auto-agresión deliberada, sobre todo cuando hay un consumo excesivo o se ha desarrollado dependencia. Más allá de todo esto, el objetivo de consumir una droga es alterar el estado de consciencia. La búsqueda de sensaciones y la apertura a la experiencia

también pueden ser síntomas de DSH, pues aunque no haya un daño directo, el exponerse a situaciones de riesgo hace que salir mal herido sea una posibilidad.

## **2.2 Primeros autores que hablaron sobre las conductas destructivas.**

El Comportamiento Autodestructivo Indirecto: Freud (1920) declaró que ningún hombre es capaz de imaginar su propia muerte porque no puede integrar su no existencia a través de sus fantasías de inmortalidad. El aparato anímico funciona bajo el principio de constancia; definido por Breuer y Freud en sus estudios sobre la histeria como: “La tendencia a mantener constante la excitación intracerebral” (Breuer, 1985 en Freud, 1920); esto es la búsqueda del equilibrio de energía. Se introduce el concepto de instinto de muerte como una pulsión biológica que lo empuja a retornar a lo inorgánico, “deriva una pulsión de la necesidad de restablecer un estado anterior” (Freud, 1920/1955) o bien “el organismo reacciona ante toda perturbación con la tentativa de recuperar el status quo” (Segal, 1984. en Widlöcher, 1991).

La compulsión a la repetición es la manifestación de la pulsión de muerte, es un intento de regresar a un estado previo para mantener la constancia. La pulsión de muerte opera casi siempre de manera silenciosa por lo que es difícil observar sus manifestaciones en estado puro, solamente podrán ser percibidas cuando se fusionan con la libido. Segal (1984 en Widlöcher, 1991) propone que el principio de Nirvana es una idealización de la muerte y de la pulsión de muerte, afín a la de una fusión con el objeto, como en el sentimiento oceánico.

Reckhardt (1984 en Widlöcher, 1991) afirma que el equipamiento primario de preservación de sí del organismo incluye algunas funciones de repliegue y desplazamiento. En consecuencia, las primeras derivaciones de la pulsión de



muerte se manifiestan por la indiferencia y la destrucción. El instinto de muerte se manifiesta en suicidio encubierto y comportamiento autodestructivo.

### **2.3 Tipos de conductas autodestructivas**

Litman (1983; en Farberow, 1984) explica que la diferencia entre comportamiento autodestructivo directo e indirecto es la meta consciente de la conducta. Si la meta principal es dañarse a sí mismo, el término conducta autodestructiva es correcto y el suicidio es su forma extrema. En el comportamiento autodestructivo indirecto el dañarse a sí mismo no es la meta principal, sino un efecto indeseado e incluye errores relativamente insignificantes, auto-castigo y pequeños riesgos que sumados aumentan la posibilidad de lesiones serias y la muerte. De esta manera, comienza a fallar la prueba de realidad y se activan esquemas de acción narcisistas.

CADI (Conducta Autodestructiva Directa), es una forma de vida, un rasgo de carácter repetitivo, un hábito. Se presenta lentamente, de forma inconsciente y las consecuencias se manifiestan a largo plazo. Es una manera de evitar el dolor. Es un intento de mantener el control y la predicción; locus de control interno contra externo. Individuos con poca capacidad de introspección explicarían las consecuencias como productos de la suerte, el destino o víctimas del ambiente. El daño se produce poco a poco cada vez que se presenta la conducta como en el consumo de tabaco, alcohol y drogas, alteraciones del cuerpo (tatuajes, piercings, etc.), trastornos de la alimentación (obesidad, anorexia y bulimia) y relaciones sexuales de alto riesgo (masoquismo, necrofilia, etc.).

El daño es potencial por la repetición de la conducta y el aumento del riesgo. Se presenta en: apuestas, actos delictivos leves, accidentes y deportes de alto riesgo. Farberow (1984) considera que aquellas personas que presentan una o más de las conductas descritas anteriormente, de manera repetitiva, tienen en común los siguientes rasgos: El razonamiento tiende a ser hueco y superficial; su

comportamiento autodestructivo no se presenta en condiciones de estrés; la motivación es dirigida a la obtención de placer y las acciones se dirigen hacia sí mismo; pueden mantener su comportamiento por su fuerte capacidad de negación; tienen poca capacidad para visualizarse a largo plazo,

se muestran intolerantes a los retrasos y los compromisos pospuestos; Son incapaces de explicar su conducta y ésta siempre parece ser impulsiva y difícil de entender, pero la justifica el placer mismo que produce la actividad. Mantienen relaciones inestables ya que la principal preocupación es la persona misma y no el otro.

Las personas que presentan Conductas Autodestructivas Indirectas tienen las siguientes características de personalidad (Casillas y Clark, 2002)

Búsqueda de placer inmediato y poca tolerancia a la frustración:

- Tendencia a la negación
- Angustia de pérdida del objeto
- Omnipotencia
- Falta de planeación a largo plazo
- Necesidad de estimulación constante
- Relaciones interpersonales superficiales
- Fuerte sentimiento de individualismo

El CADI es difícil de observar en una sola conducta, además de esto, cada persona lo expresa de una manera distinta y por eso es tan complicado de medir. Es el cúmulo de éstas y su tendencia a la repetición, lo que lo convierte en un factor importante de riesgo para el individuo que puede llevarlo a la muerte.

Algunos tipos de conductas destructivas en general son:

- Cutting

- Problemas alimenticios
- Vicios digitales
- Sexting
- Violencia en el noviazgo
- No respetar reglas escolares
- Ideación suicida

### **2.3.1 Cutting**

Es cualquier daño realizado por una persona sobre su propio cuerpo sin la intención de suicidarse.

Un acto compulsivo que se puede llevar a cabo para liberarse de dolor emocional, furia o ansiedad, para revelarse en contra de la autoridad, para jugar con comportamientos arriesgados o para sentirse en control.

Suele desarrollarse entre la pre-adolescencia y la adolescencia.

Una forma no verbal de comunicación donde los sentimientos se transmiten visualmente a través del cuerpo (Orozco Natalia; 2013).

Según Herranz, (1999) la conducta que presentan los adolescentes en edades entre 11 y 25 años, que consiste en hacerse daño intencionadamente y a escondidas para superar la ansiedad. Los estudios indican que la mayoría de las personas que recurren al cutting o self injury son adolescentes mujeres. Los jóvenes pueden cortarse, quemarse, arañarse o morderse sin que nadie lo sepa, estas autolesiones se esconden con muñequeras o ropa larga.

¿Por qué la autolesión?

La autolesión es un mecanismo de supervivencia para sobrellevar un trauma psicológico o dolor emocional provocado por variedad de situaciones por ejemplo; acoso escolar, la mala y deficiente relación con los padres; como consecuencia de vivir una separación, abuso físico y/o psicológico,

el dolor por la muerte de un ser querido, etc. Es una sensación incontrolable, que llega al “autocastigo”, sólo cortándose pueden sentir la sensación de “control”.

El dolor emocional que sienten los jóvenes, es sustituido por el dolor físico que al mismo tiempo los lleva a una calma relativa, se sienten tranquilos y “aliviados”. Estas conductas se vuelven un hábito, ya que el cerebro asimila la sensación de “aliviar” el dolor interno del sujeto con la autolesión. Los adolescentes que recurren a éstas prácticas, por lo regular son retraídos, solitarios y no expresan sus emociones verbalmente, la conducta con la que encubren sus sentimientos incontrolables es el cutting y la realizan a escondidas, cubren las marcas que se hacen con mangas largas.

### **Prevención:**

- Mediante pláticas de integración emocional
- Concientizar acerca del cutting en la salud
- Platicas con padres y profesores

### **Tratamiento:**

Se recomienda un tratamiento psicológico en el cual se trabaje la autoestima, control de impulsos y resolución de problemas, además de evaluar si en el sujeto, no hay algún daño neurológico y/o psiquiátrico.

Desde los diferentes modelos psicológicos y fundamentalmente con el paradigma psicoanalítico se comprende que el sufrimiento produce agresividad, que ésta puede ser utilizada, expresada y manejada de diversas maneras y que las razones por las

que la agresividad puede ser una defensa reactiva frente al sufrimiento son múltiples, ya sea por carencias afectivas, de seguridad y/o de valoración que la persona intenta cubrir, como defensa frente a los sentimientos de culpa, o también como una forma de reestructuración de la imagen del sí mismo, de la identidad del sujeto.

De esta manera, cuando los mecanismos de la agresividad se activan desde el orden de lo simbólico como una modalidad defensiva, bajo un origen más estrictamente psicológico, nos lleva a un camino en el tratamiento con nuestros pacientes cuyo objetivo fundamental es trabajar las angustias que lo promueven, las cuales dependen del tipo de vínculo establecido con el otro, donde la crianza y la identificación juegan un papel importante, o dicho en palabras psicodramáticas, la agresividad, entendida como una emoción básica que cuando se convierte en una conducta que no está al servicio de la vida ni está ligada a proteger la vida, se entiende como proveniente de un conflicto no resuelto, que procede de una situación con dificultades para resolverla en un momento, con otro necesario y estructurante de su personalidad e imprescindible para su supervivencia (T. Herranz, 1999).

Una manifestación de Autoagresividad: automutilación impulsiva cuando se observa en los pacientes conductas de autoagresión adoptando las formas de presentación de cortes, quemaduras y golpes y menos habituales, amputaciones o impedir la cicatrización de las heridas, este tipo de manifestaciones de autoagresividad en la adolescencia son denominadas como automutilaciones impulsivas, comportamiento autoagresivo, self injure, Síndrome de automutilación (SAM) o comportamiento autolesivo (CAL) y han sido descritas como un tipo de conductas repetitivas y autodestructivas sin intención de causar la muerte, donde el adolescente ataca su propio cuerpo, en ocasiones, de forma imprevisible después de producirse un aumento repentino de la angustia. La mayoría de estas automutilaciones pueden persistir muchos años a menudo en forma de ritual solitario y secreto (D. Marcelli, 1986).

En relación al dolor, éste puede percibirse de formas muy diferentes, (D. Le Bretón, 2003) describe que durante el momento de deformación del cuerpo se percibe raramente como doloroso. El objetivo es precisamente “cortar” con el sufrimiento, aunque el individuo en un principio no tiene clara conciencia de ello.

En la psicoterapia llevada a cabo con adolescentes que se infligen cortes en el antebrazo, ninguno de ellos mostraba dolor durante el acto de cortarse y lo explican como una manera de neutralizar el dolor psíquico. Tampoco suelen sentir placer, el acto de cortarse habitualmente es una defensa contra la angustia, no un placer masoquista.

Por último, haciendo referencia al acto de cortarse como una defensa contra la angustia, los cortes son síntomas, actos impulsivos opuestos a la toma de conciencia, a la reflexión, a la conducta mentalizada, a la introspección. Se suele revelar a menudo como una defensa para evitar sentir angustia, donde los cortes se entienden como actos-síntoma que encubren la presencia de un conflicto que tienden a ser reemplazados por la verbalización en el tratamiento.

Comprensión del síntoma desde la organización de la personalidad

Más allá de la descripción fenomenológica de los cortes, como ya se han descrito con anterioridad, se debe profundizar en las razones que lo impulsan, ya que no es por medio de la conducta externa como se puede entender o explicar ciertas acciones sino que dependerá de la organización de la personalidad y del significado que ese acto tenga en la fantasía de la persona. La culpa y la diferenciación con el otro. El juego histérico.

A continuación se describe un caso de cutting por el autor; (D. Le Bretón, 2003).

La paciente Laura, uno de los motivos que la llevaba a cortarse por las noches con una navaja de afeitar era frente a los sentimientos de culpa tras el divorcio de sus padres y también como una manera de diferenciarse de los demás compañeros de

su clase: “Yo no sobresalgo en nada, por medio de la Internet ayudo a las demás a curarse los cortes y me siento identificada debido a que piensan como yo, que nadie nos entiende. Además, los cortes hablan de mí, de mi sufrimiento, es mi marca de identidad”.

En otras ocasiones, tras pedirle que pusiera palabras al acto de cortarse decía: “No quiero ser adolescente, quiero ser una niña, como en mi pasado, antes todo estaba bien, mis padres estaban juntos, ser adolescente no me gusta.

(D. Le Bretón, 2003) explica cómo el acto de cortarse está relacionado como una forma de agresión dirigida hacia sí mismo asociada en mayor o menor grado con un sentimiento de culpa y deseo de castigo, como un intento de afirmación de la propia identidad mediante marcas auto creadas, la exploración de los propios límites o una necesidad de crear una barrera, así como una forma de “recrearse”, de integrarse en una cultura de grupo marcando al mismo tiempo una diferencia y en este caso también como una forma de exhibicionismo, se ha intentado vislumbrar cómo funcionan los mecanismos de control utilizados con los cortes después de trabajarlos en terapia donde explican que no pueden controlar lo externo, estudios, relaciones, familia, lo que los demás hacen, sienten o piensan, teniendo con los cortes una sensación de control “Yo controlo el corte, su profundidad, su largura, cuándo y cómo hacerlo, a los demás no les puedo controlar”.

Esta dinámica, conocida también en los trastornos alimenticios, se entiende desde como el individuo pasa de un rechazo de una dependencia relacional que provoca frustración y tensión, a una acción autolesiva, del pensamiento al acto, que sumerge al adolescente en un nuevo modo de dependencia a una sensación que cree controlar.

La motivación narcisista y de los estados límites

Problemas en la estructura interna de identidad. Es frecuente el paso al acto en las crisis de identidad en la adolescencia, pero no en forma de autoagresividad y menos

de forma repetida como en las conductas graves de la adolescencia en las personalidades antisociales o en los estados límite de esta donde la motivación que le lleva a la conducta junto con el problema de descontrol de impulsos que presentan, los mecanismos de defensa arcaicos, crisis puberal y todas las formas de paso al acto que realizan; delincuencia, estados de agitación, drogas e incluidos los intentos y fantasías de suicidio, estos adolescentes en muchos casos, entre otras variables de una desorganización compleja de la personalidad, pasan al acto de forma impulsiva para combatir la angustia de fragmentación, la inestabilidad yoica y los afectos depresivos que amenazan con desbordarla de forma constante.

De diferenciarse del otro

Aliviar el sufrimiento a través de los cortes así como tener tolerancia ante el dolor, le servía para alcanzar una identidad que le permitiera representarse como superior a los demás, intentar una diferencia y una fortaleza psíquica superior, de alguna manera le hará sentirse especial frente a sus necesidades narcisistas no cubiertas, obtener una cierta identidad debido a que no se sentía valorada socialmente, académica e intelectualmente, "Solo se ven como un cuerpo, nada más", donde la grandiosidad solo se sostenía mediante estas conductas.

En la adolescencia y en los estados límite de la personalidad surge la autodestructividad en momentos de intensa ira, mezclado con estallidos de depresión. Esta conducta representa un esfuerzo inconsciente por restablecer el control sobre el ambiente, provocando sentimientos de culpa en los otros, por ejemplo; tras el rechazo de la pareja, al debatir con los amigos acerca de lo que piensan, cuando no son escuchados o dicen lo que necesitan cuando y como ellos quieren.



### **2.3.2 Problemas alimenticios**

Hay tres tipos principales de trastornos en la alimentación (Urrejola Pascuala, 2015)

Anorexia nerviosa

Bulimia nerviosa

Comer compulsivamente

#### **Anorexia nerviosa**

Tienen una imagen distorsionada del cuerpo, que hace que se vean gordas incluso cuando están peligrosamente delgadas. A menudo se niegan a comer, hacen ejercicio compulsivamente y desarrollan hábitos inusuales como rehusar comer delante de los demás, pierden mucho peso y pueden incluso morir de hambre.

#### **Bulimia nerviosa**

Comen excesiva cantidad de alimentos, luego purgan sus cuerpos de los alimentos y las calorías que tanto temen; usando laxantes, enemas o diuréticos, vomitando, haciendo ejercicio. A menudo actúan en secreto, se sienten asqueados y avergonzados cuando comen demasiado, pero también aliviados de la tensión; las emociones negativas una vez que su estómago está nuevamente vacío.

#### **Comer compulsivamente**

Experimentan episodios frecuentes de comer fuera de control. La diferencia es que los comedores compulsivos no purgan sus cuerpos del exceso de calorías.

Es importante prevenir conductas problemáticas para que no se conviertan en trastornos en la alimentación totalmente desarrollados. La anorexia y la bulimia suelen estar precedidas de una dieta muy estricta y pérdida de peso. El trastorno de comer compulsivamente puede comenzar con comilonas ocasionales.

Cada vez que una conducta alimenticia comienza a tener un impacto destructivo en el desempeño de las funciones de una persona o la imagen de sí misma, se debe consultar a un psicólogo, un médico y un nutriólogo altamente capacitados y autorizados con experiencia para atender a personas con trastornos en la alimentación.

### **¿Qué provoca los trastornos en la alimentación?**

Determinados factores psicológicos predisponen a las personas a desarrollar los trastornos en la alimentación. Las familias o relaciones disfuncionales son un factor.

Los rasgos de personalidad pueden también contribuir a estos trastornos. La mayoría de las personas con trastornos en la alimentación tienen baja autoestima, se sienten indefensas y con una insatisfacción profunda por su apariencia.

Hay características específicas vinculadas con cada uno de los trastornos. Por ejemplo; las personas con anorexia tienden a ser perfeccionistas, mientras que las personas con bulimia son a menudo impulsivas. Los factores físicos como la genética también desempeñan un papel importante para poner en peligro la salud de las personas.

Las alucinaciones terroríficas llegan a precipitar los trastornos de la alimentación en personas susceptibles. Los familiares o amigos pueden burlarse repetidamente de ellas con relación a su cuerpo, por lo cual toman medida con respecto a su imagen corporal. Las emociones negativas o los traumas como la violación, abuso o la

muerte de un ser querido también pueden desencadenar trastornos. Incluso un acontecimiento feliz, puede provocar trastornos debido al impacto estresante del hecho que implica un nuevo papel en la persona y su imagen corporal.

Una vez que las personas comienzan a tener conductas de alimentación anormales, el problema puede perpetuarse. Comer compulsivamente puede establecer un círculo vicioso activo, en la medida que las personas que se purgan para eliminar el exceso de calorías y dolor psíquico, luego comen compulsivamente un vez más para escapar de los problemas cotidianos.

### **¿Por qué es importante buscar tratamiento para estos trastornos?**

Las investigaciones indican que los trastornos en la alimentación son uno de los problemas psicológicos con menos probabilidades de ser tratados. Los trastornos en la alimentación con frecuencia no desaparecen por sí solos. Dejarlos sin tratamiento puede tener consecuencias graves. De hecho, el Instituto Nacional de la Salud Mental estima que uno de cada diez casos de anorexia termina en muerte por hambre, suicidio o complicaciones médicas como ataques al corazón o insuficiencia renal.

Los trastornos en la alimentación pueden aniquilar al cuerpo. Los problemas físicos asociados con trastornos en la alimentación incluyen anemia, palpitaciones, pérdida del cabello y masa ósea, caries, esofagitis e interrupción de la menstruación. Las personas con trastornos alimenticios compulsivos pueden desarrollar presión sanguínea elevada, diabetes y otros problemas asociados con la obesidad.

Los trastornos en la alimentación también están asociados con otros trastornos mentales como la depresión. Los investigadores todavía no saben si los trastornos en la alimentación son síntomas de dichos problemas o si los problemas se

desarrollan debido al aislamiento, estigma y cambios fisiológicos causados por los trastornos en la alimentación en sí.

Lo que queda claro es que las personas con trastornos en la alimentación tienen mayores índices de tener otros trastornos mentales, que incluyen depresión, trastornos de ansiedad y abuso de sustancias, que otras personas.

### **¿Cómo puede un psicólogo ayudar a una persona a recuperarse?**

Los psicólogos desempeñan un papel vital en el tratamiento exitoso de los trastornos en la alimentación. Estos son miembros integrales de un equipo multidisciplinario que puede ser necesario para brindar la atención adecuada al paciente. Como parte de este tratamiento, se puede consultar a un médico para descartar enfermedades y determinar si el paciente corre peligro físico inmediato. Se puede solicitar a un nutriólogo que ayude a evaluar y mejorar el consumo nutricional.

Una vez que el psicólogo ha identificado problemas importantes que requieren atención, y desarrollado un plan de tratamiento, ayuda al paciente a reemplazar pensamientos y conductas destructivos por otros más positivos. Por ejemplo, el psicólogo y paciente pueden trabajar juntos para concentrarse en la salud mental en lugar del peso corporal. El paciente puede llevar un diario de comidas con el fin de crear más conciencia de los tipos de situaciones que desencadenan comer compulsivamente.

Sin embargo, simplemente cambiar los pensamientos y conductas del paciente no es suficiente. Para garantizar una recuperación duradera, los psicólogos y pacientes deben trabajar juntos para explorar los problemas psicológicos subyacentes al trastorno de la alimentación. La psicoterapia puede ser necesaria para concentrarse en mejorar las relaciones personales del paciente y puede involucrar ayudarlo a ir más allá del hecho o situación que desencadenó el trastorno en primer lugar. La terapia de grupo también puede resultar útil.

Algunos pacientes, especialmente aquellos con bulimia, pueden beneficiarse con la medicación. Sin embargo es importante recordar que la medicación debe usarse en combinación con psicoterapia, no para reemplazarla.

Los pacientes a quienes se les aconseja tomar medicación deben conocer los posibles efectos colaterales y la necesidad de una supervisión directa del médico.

### **¿Funciona realmente el tratamiento?**

Sí, la mayoría de los casos de trastornos en la alimentación pueden ser tratados exitosamente por profesionales de la atención médica y de la salud mental adecuadamente capacitados. Hay que tener en cuenta, que los tratamientos no dan resultados en un corto plazo. Para muchos pacientes, el tratamiento puede ser a largo plazo.

Incorporar la terapia familiar o de pareja en la atención del paciente puede ayudar a prevenir recaídas al resolver los problemas interpersonales relacionados con el trastorno de la alimentación. Los terapeutas pueden guiar a los familiares para que entiendan el trastorno del paciente y aprendan nuevas técnicas para sobrellevar los problemas. Los grupos de apoyo también pueden colaborar.

Recuerde: cuanto más temprano comience el tratamiento, es mucho mejor. Cuanto más tiempo continúen los patrones de alimentación anormales, estos quedarán más profundamente arraigados y serán más difíciles de tratar.

Los trastornos en la alimentación pueden afectar gravemente el funcionamiento y la salud de las personas. Pero las perspectivas de una recuperación a largo plazo para la mayoría de las personas que buscan ayuda profesional son muy buenas.

Terapeutas calificados como: psicólogos autorizados para ejercer y con experiencia en esta área, pueden ayudar a aquellas personas que tienen trastornos en la alimentación a recuperar el control de las conductas alimenticias y de su vida.

### **2.3.3 Vicios digitales**

#### **Computadora**

El arribo de las computadoras al ámbito profesional y familiar, y su posterior generalización en la sociedad entera, constituye una revolución cultural que afecta en forma positiva el despliegue de la vida humana. Ninguna investigación se concibe ya sin su uso. Lo mismo puede afirmarse de empresas, hospitales, periódicos e incluso los gobiernos de las naciones. Tampoco la psiquiatría escapa a esta poderosa necesidad. (Lorente Polaino Aquilino, 2015)

Como era lógico y obligado, las personas más jóvenes se han incorporado a este avance digital. Pero no hay avance sin riesgo. La informática ha invadido no sólo las aulas universitarias, sino hasta las Estancias Infantiles. La mayor potencialidad de que están dotados niños y adolescentes para aprender les permite transformarse en eficaces usuarios, hasta virtuosos cibernautas, altamente especializados, cuando aún no disponen de la suficiente madurez para el ejercicio de su razón. Este aprendizaje ha sido todavía más eficaz porque desde sus orígenes se asoció a actividades lúdicas videojuegos y consolas, que han reforzado su motivación.

La prensa suele publicar noticias que escandalizan, por ejemplo; que niños de 12 años piratean programas o entran a la información de las computadoras de instituciones, extorsionan a negocios virtuales o se exponen a contenidos pornográficos, que son nocivos incluso para los adultos.

Aunque esos contenidos y la edad del usuario puedan escandalizar, en otro sentido no hay lugar para tal. La informática ha ampliado el poder de niños y adolescentes más allá de los límites razonables, cuando su personalidad no está dotada para ello de suficiente madurez. De aquí que se dé una fuerte disonancia entre su modo de ser y el poder que se pone en sus manos.

La disonancia podría amenguarse, o al menos autorregularse, si al tiempo que aprenden a manejar la computadora reciben la pertinente educación sobre cómo usarla dignamente. Sin esa necesaria educación, es lógico que los efectos perniciosos se multipliquen. Pero descalificar o demonizar a niños y jóvenes no solucionará estas cuestiones.

### **Atrapados en la red**

Nada de lo que hacen las personas resulta indiferente para ellas; en cierto modo, la acción es favorable o desfavorable sobre el agente. La acción humana no sólo transforma el mundo, también es auto transformante de quienes la realizan.

Las consecuencias de los actos son todavía más relevantes cuando el actor, por la plasticidad de su ser, es más vulnerable. Así que puede admitirse que el uso de las computadoras por los más jóvenes contribuye también y en modo significativo a moldear su comportamiento.

Niños y jóvenes suelen ser inquietos y estar hambrientos de conocimiento, dado que muchas de las cosas de su entorno les son novedosas. En esa edad temprana no les basta las indicaciones de los mayores; necesitan del conocimiento experiencial y vivido que, aunque suponga muchos más riesgos, tiene la frescura y lozanía de quien hace lo que elige y, a su modo, descubre personalmente la realidad.

Los hábitos y destrezas que aprenden con las computadoras son ciertamente nuevas disposiciones que facilitan y optimizan sus recursos para la realidad, pero no siempre les hace crecer. En ocasiones, algunas de estas destrezas pueden disminuir o limitar

su libertad personal, recortar el ámbito de sus futuras posibilidades, entorpecer su desarrollo; en una palabra, silencia su libertad, haciendo de ella una cautiva.

Los adolescentes quedan atrapados en la red cuando, guiados por la curiosidad, saltan de un «servidor» a otro para «bajar» información irrelevante que contribuye a adensar su aburrimiento inicial, sin que les aporte nada o casi nada.

A continuación se describe la historia clínica de un adolescente de 14 años (Lorente Polaino Aquilino, 2015)

El adolescente se encontraba presionado por sus padres, alarmados por lo que habían descubierto. Antes de finalizar las vacaciones de verano, por razones de conveniencia de la familia, el joven adelantó dos días su regreso a casa. Al llegar, sus padres lo encontraron muy cambiado: su lenguaje era un tanto incoherente, hablaba de temas extraños y no había comido ni dormido nada durante los dos días que vivió solo. Además de irritable, perdió peso, no contesta cuando se le pregunta ni da ninguna explicación de lo que le pasa. Su comportamiento se ha vuelto explosivo y ha llegado a amenazar físicamente a su padre, cosa que jamás había sucedido. Ni siquiera ha abierto su maleta en el tiempo transcurrido, no se ha aseado ni cambiado de ropa. Su actitud es insolente y su conducta manifiestamente ansiosa.

Durante la entrevista clínica mantenida con él paciente adolescente a solas, se relaja un poco y, venciendo ciertas dificultades, manifiesta lo que le ha sucedido: por espacio de dos días consecutivos y de forma continua ha estado usando la computadora sin ninguna intención concreta. Ha pasado de un programa a otro, de una a otra base de datos, de un servidor a otro. En realidad, no buscaba nada, pero tampoco era capaz de apartar su mirada fija en la pantalla. En ningún momento se sació su curiosidad ni su deseo de navegar por el ciberespacio.

Lo que más le enriqueció, según su opinión, fue chatear, establecer contacto con desconocidos y comunicarse con ellos. También se impresionó por las numerosas páginas web disponibles, a pesar de que apenas encontró información que le



satisficiera. Durante esa primera entrevista no quedó claro si había establecido contacto o no con alguna página de contenidos pornográficos.

El niño tuvo que ser hospitalizado y tratado psiquiátricamente. Durante su seguimiento, pudo comprobarse que también accedió a material pornográfico, lo que explica que pasara dos días consecutivos sin comer ni dormir. Los padres ratificaron este hecho con los datos suministrados por la factura de teléfono.

El caso descrito constituye un ejemplo emblemático de los trastornos psicopatológicos que surgen en la adicción a las computadoras, a internet y a la informática en general. Sin duda, estamos ante la emergencia y casi eclosión de una nueva psicopatología que, dado los numerosos usuarios de la red, puede predecirse que aumentará en un futuro.

A continuación se exponen características en estos pacientes.

(Lorente Polaino Aquilino, 2015).

1. Un patrón de comportamiento desadaptativo en lo relativo a la frecuencia y duración con que se conecta a la red.

2. Un patrón de comportamiento desadaptativo en función de la «necesidad», motivación o atracción que experimenta en esas circunstancias. Los dos anteriores criterios podrían matizarse en función de que satisficieran en mayor o menor número los ítems que a continuación se señalan:

- a) La aparición de tolerancia comportamental al uso de la computadora, tanto en lo que se refiere a la «necesidad» de dedicarle más tiempo, como al grado de satisfacción, cada vez menor, cuando se mantiene estable o disminuye su duración.

- b) La aparición de un cierto «síndrome de abstinencia» cuando las circunstancias le impiden el uso de la computadora o cuando se compensa por el consumo de otras sustancias o el empleo de otras actividades sustitutivas. La abstinencia suele

aparecer a través de manifestaciones psicopatológicas casi siempre en el ámbito comportamental de naturaleza muy distinta a las que caracterizan la adicción a otras sustancias.

c) El tiempo de exposición suele aumentar progresivamente y casi siempre mucho más allá de lo que inicialmente se había decidido o programado.

d) Los deseos persistentes y el necesario esfuerzo para interrumpir o autorregular el tiempo de exposición resultan infructuosos.

e) Por lo general, emplean mucho tiempo en actividades periféricas o subsidiarias de la computación (estudio de catálogos y revistas, visitas a exposiciones, solicitud de nueva información a amigos y compañeros, indagaciones en nuevos programas, etcétera).

f) Disminución y/o empobrecimiento de otras actividades y relaciones (lúdicas, escolares, deportivas y sociales) a causa de este uso excesivo.

g) Exposición continúa a actividades con la computadora, a pesar de haber comenzado a experimentar algunos efectos perniciosos y una importante pérdida de libertad respecto de ella.

3. La recurrencia y persistencia de este comportamiento se agrava progresivamente y se acompaña de otras manifestaciones disruptivas, en mayor o menor grado, como las que se señalan a continuación:

a) Preocupación excesiva y casi única por esta actividad, que resulta invasiva y sustituye a otras actividades alternativas.

b) Ausencia de autocontrol, por el deseo imperioso de procurarse la última novedad informática, aunque para ello tenga que sustraer dinero en casa o en otros ámbitos.

c) Comportamiento explosivo, ansiedad, inquietud psicomotora e irritabilidad cuando una causa externa e imperiosa le obliga a interrumpir su actividad.

d) La conducta del cibernauta responde a una estrategia para escapar a problemas personales (fracaso escolar, aburrimiento, desengaño afectivo, conflicto con sus padres, etcétera) o para procurarse cierto alivio de lo que le hace sufrir (tristeza, ansiedad, sentimientos de culpa, aislamiento social, timidez, etc).

e) Se auto engaña cada vez que inicia su actividad con la computadora, diciéndose «esta es la última vez, después lo dejaré».

f) Oculta a familiares, profesores, terapeutas y amigos el grado de implicación de su conducta adictiva, incluso con mentiras.

g) Inclusión en actos delictivos (falsificación de firmas y documentos, hurto, venta de objetos ajenos, fraudes...) con el propósito de ganar una competición con otro cibernauta, optimizar su computadora, usar otros numerosos servidores, etcétera.

h) El comportamiento adictivo le hace perder sus relaciones sociales, aislarse, fracasar en su trabajo, «hacer novillos» (irse de pinta), falsear calificaciones escolares y renunciar a la mayoría de las oportunidades educativas que se le ofrecen.

i) Satisfacer su necesidad apremiante de adquirir el último programa le lleva a pedir dinero prestado y a endeudarse con amigos y compañeros.

4. El comportamiento de adicción a la informática no se explica mejor por la presencia en el usuario de cualquier otro trastorno psiquiátrico, con independencia de que también pueda padecerlo.

### **Uso excesivo del celular.**

(Un estudio de la Universidad de Kent, en Ohio en Estados Unidos; 2013) parece demostrar que las personas que siempre están pendientes de sus teléfonos no significa que tienen muchos amigos o una vida social activa.

Las personas atadas a sus móviles son menos felices que aquellas que pueden ignorar las llamadas y mensajes, según el comportamiento de 500 estudiantes que fue estudiado por los investigadores, mientras usaban su teléfono, calibrando cómo afectaba a su percepción de la vida.

Luego de analizar los resultados, llegaron a la conclusión de que, antes de alegrarse por contactar con sus amigos por teléfono, la gente se sentía molesta al estar obligada a mantenerse en contacto constantemente, lo que a muchos les creaba ansiedad.

"En la vida de muchos de estos estudiantes no hay tiempo para uno mismo o para estar solo, y creo que la salud mental requiere un poco de tiempo para estar a solas consigo mismo, para reflexionar, para echar una mirada al interior, pensar sobre la vida y recuperarse de los estreses diarios", (comenta Andrew; 2013 ).

### **Consecuencias de la adicción al celular**

La experta (Vargas, C. 2014) dijo que el síndrome del túnel del carpo se ubica entre los más importantes motivos de atención en jóvenes, dado que aparece como consecuencia de una sobre utilización de dicha extremidad en posiciones anómalas.

Indicó "que si bien antes afectaba a adultos mayores, en la actualidad llegan pacientes de 18, 19 o 20 años ya con compresión del nervio que pasa por el túnel carpiano".

Explicó que el uso cada vez más frecuente y desde la infancia, de herramientas como teclados, celulares y tablets, "ha repercutido de manera importante en que el síndrome de túnel del carpo se manifieste inclusive desde la adolescencia".

“No solo es excesivo, sino que además se hace en posturas forzadas que modifican el movimiento natural de las estructuras y repercuten en daño progresivo de las mismas, hacen que se inflamen y causen compresión en redes nerviosas que pasan por esa región anatómica”.

Añadió que la mano es un órgano conformado por una serie de estructuras como huesos, tendones, músculos y ligamentos, “si uno de ellos falla, repercute en toda la extremidad”.

Afirmó que quien padece este síndrome inicia con entumecimiento o adormecimiento en la punta de los dedos primero esporádico y conforme avanza el tiempo, se hace más frecuente y se extiende al resto de la extremidad.

Manifestó que los pacientes refieren sensación de ardor en las manos, también hay pérdida en la fuerza de agarre y se les dificulta inclusive abrir un envase con tapón de rosca y hasta sostener una hoja de papel.

Resaltó que según la evolución de la compresión, el tratamiento para estos pacientes puede ir de conservador -con medicamentos y uso de férulas especiales que permiten el movimiento de los dedos pero fijan la base de la mano-, hasta la intervención quirúrgica, la cual una vez descomprimido el nervio que pasa por el túnel, le representa una mejoría inmediata al paciente.

Destacó que la cirugía para resolver el síndrome de túnel del carpo es compleja, “aunque su ejecución es rápida, de apenas 15 minutos, con una incisión muy pequeña que permite al paciente salir con movimiento en su mano, se inflama un poco por la cirugía pero aun así le pedimos al paciente que empiece a moverla”.

Precisó que ya en casa, se le pide al paciente que realice ejercicios sencillos que implican introducir la mano en agua caliente y rotar la extremidad a uno y otro lado, “esto se hace varias veces al día, la intención es la rápida reincorporación de la

persona a su actividad habitual, sobre todo cuando son individuos cada vez más jóvenes los que padecen esta afección”.

Subrayó que el síndrome de túnel del carpo suele afectar de manera principal la llamada mano dominante, “sin embargo, en más de 50 por ciento de los casos aparece en ambas extremidades, se opera primero una y luego la otra con una diferencia aproximada de un mes”.

Subrayó que por la importancia que las manos tienen en el desempeño personal y profesional del individuo es difícil no atender este síndrome.

Aclaró que dejar que avance hace más difícil su abordaje y acarrea a la persona riesgos importantes porque la anestesia o pérdida de sensibilidad característica de la afección, puede extenderse a toda la extremidad, y hace al afectado proclive a sufrir lesiones potencialmente incapacitantes.

Detalló que si bien el uso excesivo de las manos, sobre todo en posiciones anómalas que forcen esta estructura constituye el principal detonante de este síndrome, cuestiones hormonales como las que ocurren en el embarazo que favorecen la retención de líquidos, tienden también a causar compresión en el túnel del carpo.

El estudio arrojó que la obesidad puede también ser una causa por el exceso de grasa acumulada, tendrá como consecuencia una compresión excesiva en el túnel carpiano.

Recomendó no excederse en la utilización de teclados, celulares, videojuegos y tablets, entre otros; “debe evitarse sobrepeso y obesidad; y en mujeres embarazadas estar atentas en el sentido de que una vez terminado el embarazo, los síntomas en sus manos deben desaparecer”.

El uso prolongado del celular causa dolores en las muñecas y todas las articulaciones de las manos por escribir o jugar con el teléfono.

### **Afecta el sueño**

La luz blanca que produce el celular nos inhibe del sueño ya que impide la producción de melatonina, la hormona que regula los ritmos del reloj biológico del descanso.

Se produce durante el día por la exposición al sol y se libera por la noche

Dormir menos de lo necesario, al igual que el sueño poco profundo tiene importantes efectos en el estado físico y mental.

Se pueden ver afectadas la capacidad de trabajo, la concentración, la memoria e incluso aquellas personas que trabajan de noche y duermen poco pueden padecer sobrepeso.

Así que se recomienda que a la hora de ir a la cama, deje lejos de su cabecera el móvil e intenta descansar sin ningún aparato electrónico cerca o encendido, así tendrá un sueño reparador y despertará al otro día recargado. (Admin 2015).

### **Aumenta los niveles de estrés**

Debido a su alta frecuencia los celulares tienen efectos negativos en nuestros niveles de estrés. El sonido constante de llamadas, alertas, mensajes, recordatorios, vibraciones y todo lo que implica tener un móvil puede aumentar nuestros niveles de estrés.

Según un estudio realizado en la Universidad de Gotemburgo, Suecia, demostró que el constante uso del celular se asocia con el estrés mayormente en las mujeres y en los hombres se asoció con síntomas de depresión. (Admin 2015).

### **Radiación y ondas electromagnéticas para el cerebro**

Varias investigaciones han mostrado que sostener el celular en el oído puede conducir a un aumento en la cantidad de ondas electromagnéticas potencialmente peligrosas que son absorbidas en el cerebro y otras partes del cuerpo. Incluso, se relaciona el cáncer con el uso excesivo del celular, por las alteraciones que genera en nuestro cuerpo y nuestro cerebro.

Una solución podría ser sustituir el uso de audífonos por alta voz, sustituir los mensajes de texto por realizar llamadas sólo cuando la señal sea intensa, para evitar el contacto directo con nuestro cuerpo por otro lado; intentar no llevar el teléfono móvil siempre en el bolsillo, el cinturón o a la hora de dormir bajo la almohada, de esta forma la calidad de vida del ser humano será mejor. (Admin 2015).

### **Aumenta el riesgo de enfermedades en su sistema inmune**

Otro efecto negativo del celular es por medio de su manipulación constante, ya que esto genera que porte más gérmenes. Los residuos de grasa o aceite que usted puede percibir en su celular después de haberlo utilizado mucho pueden contener muchos gérmenes de enfermedades propensas a encontrarse en un inodoro; Incluso hay personas que entran al baño con su móvil y esto puede aumentar la cantidad de gérmenes en este.



Un consejo útil es lavarse las manos para reducir al mínimo los gérmenes en su celular. También es importante que limpie su móvil una vez a la semana con un paño húmedo o con toallitas desinfectantes, se evitará muchas enfermedades indeseadas. (Admin 2015).

### **Incremento del riesgo de dolor crónico**

Los celulares requieren un uso constante de las manos, especialmente cuando se 'textea' o se envían correos electrónicos. La respuesta a esta actividad constante es dolor e inflamación de las articulaciones de los dedos, manos y muñecas. El dolor de espalda también está asociado con el uso de teléfonos celulares, sobre todo si a la hora de hablar se sostiene el teléfono entre el cuello y el hombro.

Es aconsejable evitar 'textear' en todo momento y mantener una buena postura cuando se esté hablando por celular. (Admin, 2015)

### **Problemas de visión**

Mirar el celular constantemente puede causar problemas de visión en el futuro. Al ser las pantallas de los celulares más pequeñas que las de los computadores y televisores, el esfuerzo visual es mayor, para leer mensajes, lograr ver una imagen, etc. A esto se le denomina fatiga visual. (Admin, 2015).

### **2.3.4 Sexting**

Voz inglesa, acrónimo de sex (sexo) y texting (escrito, mensaje), se usa para dar nombre a la costumbre cada vez más extendida entre los adultos jóvenes actuales de enviar mensajes o fotografías sexualmente explícitas mediante los teléfonos móviles. (Sanz Elena, 2015).

#### **Los riesgos de realizar sexting**

Existen varios riesgos que usualmente no se consideran al hacer sexting, especialmente estos riesgos son ignorados por la gente más joven:

1. ¿Qué pasa si una fotografía explícita sale del dispositivo en que fue tomada?  
Es una creencia común el que se piense que la fotografía estará segura en el dispositivo móvil en el que fue tomada, siendo que hay varias cosas que podrían salir mal, desde perder el dispositivo hasta que alguien la pueda ver.
2. ¿Qué pasa cuando se envía una fotografía explícita? La persona que la recibió pudiera publicarla una vez que la relación termine, dependiendo de los términos de la separación. Una fotografía de este tipo pudiera cambiar dramáticamente la vida de una persona, independientemente de la edad.
1. Se puede caer en chantajes (éste se le conoce en específico como sextorción) o también se pudiera caer en ciber-acoso. Ambos casos pudieran tener consecuencias graves. El problema aquí es que este tipo de fotografías fueron tomadas o por la persona misma que aparece en la fotografía (selfie) o con su consentimiento, por lo que las acciones legales pudieran complicarse, dependiendo de la jurisdicción.

## **Cómo prevenir sexting en los adolescentes**

Éstas son algunas recomendaciones que hacen fuentes especializadas de protección a menores en Internet:

1. Hacer hincapié en la privacidad. Sexting es un fenómeno que se acentúa con la pérdida de claridad de las fronteras de privacidad, especialmente con lo intrusivas que pueden llegar a ser las redes sociales. Se recomienda que los padres de familia tengan conversaciones con sus hijos sobre la importancia de la privacidad, que va desde los datos personales hasta fotografías íntimas.
2. No dejar que el menor pague su propia cuenta del móvil. Se ha descubierto que si un menor paga su cuenta del dispositivo móvil, se siente merecedor de autonomía y le da una falsa sensación de adultez.
3. Evitar que los menores tengan computadoras portátiles o en su habitación. El poner una computadora en un área pública previene comportamientos derivados del exceso hormonal e influencia de páginas de contenido explícito.
4. Hablar con los menores sobre cómo al enviar información, se pierde control sobre la misma, siendo imposible saber de antemano el alcance que tendrá. Para los adolescentes es fácil hacer sexting con sus parejas, ya que sienten plena confianza con esa persona.

Hablar con los menores sobre mantenerse al margen de sexting, ya que aún cuando no sean ellos los que toman las fotografías, podría llegar a sus manos una fotografía de un tercero. Si es el caso, lo mejor es abstenerse de reenviarlas. Igualmente lo mejor es evitar solicitar imágenes explícitas y es una buena idea el hacerles ver los riesgos que existen si la fotografía de su novio o novia cae en las manos equivocadas. (Castro Luis; 2015)

### **2.3.5 Violencia en el noviazgo**

Toda acción u omisión que daña tanto física, emocional como sexualmente, con el fin de dominar y mantener el control sobre la otra persona. Para ello se pueden utilizar distintas estrategias que van desde el ataque a su autoestima, los insultos, el chantaje, la manipulación sutil o los golpes.

- La edad en que son más vulnerables a la violencia es en la adolescencia.
- Es una situación que se mantiene en silencio porque la gran mayoría considera que son conductas normales, que no aumentarán y no se atreven a denunciar.
- Es más común que la ejerzan los hombres, sin embargo las mujeres también utilizan formas de control como la manipulación y el chantaje.
- Puede darse al poco tiempo de iniciar el noviazgo, después de algunos meses o años y seguramente continuará en caso de que lleguen a casarse.
- Esta situación se da en todos los estratos sociales aunque es mayor en las áreas urbanas.
- Una pareja violenta es muy probable que tenga antecedentes de violencia en su familia y su conducta no cambiará espontáneamente.
- Inicia con la violencia psicológica después se pasa a la física y luego a la sexual.

La violencia en una relación de pareja se refiere a toda acción u omisión que daña tanto física, emocional como sexualmente, con el fin de dominar y mantener el control sobre la otra persona. Para ello se pueden utilizar distintas estrategias que van desde el ataque a su autoestima, los insultos, el chantaje, la manipulación sutil o los golpes.

Al principio algún comentario incómodo, un jaloneo o una bofetada pueden parecer como parte del juego entre los dos, pero luego puede tomar dimensiones tan grandes que incluso se llega a la hospitalización o la muerte.

La pareja no se da cuenta de la situación que está viviendo porque hay factores a su alrededor que les impiden ver el rumbo que lleva la relación; el estar enamorados no les permite pensar objetivamente por lo que no se dan cuenta que están ejerciendo violencia sobre su pareja o son víctimas de esta.

Cuando las personas se enamoran idealizan a su pareja y se creen capaces de superar esa "mala racha", tolerarla e incluso perdonar "sus arrebatos", porque después de todo piensan que si las tratan de cierta manera es por amor, sin embargo es preciso tener en cuenta que los novios no deben confundir maltrato y ofensas con amor e interés por la pareja.

Cómo se manifiesta la violencia en el noviazgo (Instituto Mexicano de la juventud, 2015)

Para saber si la relación es violenta se debe analizar cómo te sientes cuando estás a su lado; si te sientes libre de comentar o hacer cualquier cosa, o tienes que cuidarte de tus comentarios y comportamientos porque temes que en cualquier momento se enoje y se ponga agresivo(a).

Otra forma es analizar si en tu relación se encuentran ciertos comportamientos que normalmente se repiten, por ejemplo:

1ra etapa: Tu pareja se tensa constantemente, su tensión se acumula y crece tanto que insulta y reprocha.

2da etapa: Te agrede física y/o emocionalmente sin poder controlarse

3ra etapa: Busca la reconciliación, dice arrepentirse, promete que va a cambiar y te llena de obsequios y se muestra muy complaciente.

Cuando este ciclo sucede más de una vez en la relación o la pareja tiene episodios de agresión que aparecen de la nada, se está ante un caso de violencia que debe ser detenido y atendido.

## Actitudes violentas

### Físicas

- Empujones.
- Arañazos.
- Puntapiés.
- Bofetadas.
- Puñetazos.
- Mordeduras.
- Estrangulamiento.
- Agresiones con armas.

### Violencia emocional

- Insultos.
- Gritos
- Amenazas.
- Intimidaciones.
- Castigos.
- Sometimiento.
- Chantajes.

(Instituto Mexicano de la juventud, 2015).

## **Violencia sexual**

El tipo más frecuente de esta agresión es la llamada violación por confianza, sucede cuando la pareja es presionada a tener actividad sexual; luego de insinuaciones, chantajes y amenazas, finalmente la pareja logra que acepte sostener relaciones sexuales con ella, aún en contra de sus deseos.

Otros comportamientos que son signo de que tu pareja está siendo violenta son:

- Controla todo lo que haces y exige explicaciones. Quiere saber con lujo de detalles a dónde vas, dónde estuviste, con quiénes te encontraste o a quiénes vas a ver, los horarios y el tiempo que permaneciste en cada lugar, cuánto tiempo estarás fuera, el horario de regreso, etc. Y para comprobar que dices la verdad te llama constantemente.
- Revisa tus pertenencias, tu diario, celular o correo electrónico para conocer "la verdad".
- Vigila, critica o pretende que cambies tu manera de vestir, de peinarte, de maquillarse (para la mujer), de hablar o de comportarte.
- Presiona para que hagas dietas o ejercicio.
- Te hace sentir menos al compararte con otras personas.
- Te prohíbe, amenaza o manipula con respecto a los estudios, el trabajo, las costumbres, las actividades o las relaciones que desarrollas.
- Limita y trata de acabar la relación que tienes con los parientes, los amigos, los vecinos, los compañeros de estudio o trabajo; ya que no confía en que puedan ser una buena influencia para ti.
- Tu pareja decide cuando verse, a qué hora, dónde, tipos de salidas, etc.; todo de acuerdo a su conveniencia.
- Si le preguntas o le pides alguna explicación, se exalta, culpa a los demás por estar en contra de su relación, pero jamás responde a su conducta.

- Se niega a conversar o a discutir con franqueza acerca de los conflictos o los desacuerdos de la pareja.
- Coquetea con otras personas delante de ti o en secreto.
- Es una persona agradable, simpática y respetuosa con los demás pero totalmente diferentes contigo.
- Tiende a hacer escándalos en público o en privado por cualquier causa.
- Se enoja y te hace la ley del hielo (no te habla) por mucho tiempo.
- Te provoca miedo por sus reacciones.
- Ha habido agresión física: Jalón de pelo, empujones, cachetadas, etc.
- Te ha tocado, besado o acariciado sin consentimiento.
- Te ha presionado para tener relaciones sexuales.

#### Consecuencias

- Depresión que te puede llevar e pensar en el suicidio.
- Aislamiento.
- Fracaso escolar o deficiente en el rendimiento laboral.
- Trastornos en la alimentación.
- Trastorno en el sueño.
- Adicción.
- Embarazos no deseados.
- Infecciones de transmisión sexual.
- Agresiones físicas que pueden atentar contra tú salud física y emocional.

#### ¿Qué hacer?

Si estás ante un caso de violencia en tu relación de pareja, debes saber que el problema es estrictamente de la persona violenta, tiene que ver con su historia y no con lo que hagas o dejes de hacer.



En el noviazgo la violencia es muy sutil y va creciendo poco a poco con el tiempo, de hecho las personas sin darse cuenta y al vivir en un entorno violento, frecuentemente aprenden a relacionarse de esta manera.

Siempre estás a tiempo, haz un alto y busca entender lo que está pasando, toma las decisiones necesarias como alejarte, pedir ayuda a un profesional especializado y denunciar.

Que no se te olvide que las conductas que son violentas para nada enriquecen ni estimulan tu relación, al contrario la enferman. No es válido pensar "sólo estamos jugando", "me cela porque me quiere", "me dice cómo vestirme porque se preocupa por mí", "Me vigila todo el tiempo, porque no quiere que me pase nada" o "Me golpeó porque yo lo provoqué".

- Da pero también exige respeto.
- El noviazgo es para conocerse y disfrutarse no para temer, manipular, ni lastimar.
- Tú tienes el poder para decidir sobre tu felicidad, sobre a quién debes amar y sobre tu sexualidad, nadie debe obligarte ni someterte. (Instituto Mexicano de la juventud, 2015).

En nuestro país el 76 % de los mexicanos de entre 15 y 24 años con relaciones de pareja, han sufrido agresiones psicológicas (La encuesta realizada por el Instituto Mexicano de la Juventud, 2015):

15% han sido víctima de violencia física.

16 %han vivido al menos una experiencia de ataque sexual.

### **2.3.6 No respetar reglas**

Desde muy pequeños nuestros padres nos enseñan que existen límites que debemos respetar para lograr una sana convivencia con nuestros familiares y con las personas que tenemos a nuestro alrededor, pero, ¿por qué seguir las reglas en todo momento?

Algunos pros y contras de seguir las reglas para sobrevivir en una sociedad.

#### **Ventajas de seguir las reglas**

1. Evitan el desorden. Las normas favorecen la conservación de la vida, porque controlan el caos natural
2. Predicción. Al seguir las reglas, los seres humanos desarrollan la capacidad de predicción para disminuir las amenazas
3. Seguridad. Con los límites se logra una estabilidad, seguridad y eficiencia al realizar las actividades
4. Mejora la interacción. Sirven para ordenar y estructurar las relaciones personales y el comportamiento dentro de la sociedad.
5. Optimiza el lenguaje. La forma de comunicación es más fácil y entendible al seguir las reglas.

#### **Desventajas de seguir las reglas**

1. La existencia de normas limita la capacidad para analizar y pensar de las personas.
2. Al conocer las reglas, las personas no buscan soluciones o cuestionan algo para modificarlo.

3. Se corre el riesgo de caer en patrones de conducta automatizados, por lo que se reduce la capacidad de reflexión y análisis al realizar las actividades.
4. Se reduce el esfuerzo cognitivo de las personas
5. Convierte a la vida en una secuencia simple de reglas que deben ser obedecidas.

De acuerdo con información publicada; seguir las reglas es imprescindible para el correcto funcionamiento de un grupo social, pero es necesario que las personas las cuestionen para definir las y lograr una buena calidad de vida. (Portal PijamaSurf, 2013).

### **2.3.7 Ideación suicida**

Desde una perspectiva cognitivo-conductual, cualquier persona que se plantee el suicidio experimenta pensamientos o ideas suicidas. La ideación suicida se define como la “aparición de pensamientos cuyo contenido está relacionado con terminar con la propia existencia”. Además, en esta definición se incluyen aquellos pensamientos que aluden a la falta de valor de la propia vida, deseos de muerte, fantasías de suicidio y planificación de un acto letal. Este término conviene diferenciarlo de la propia conceptualización del suicidio o acto autolesivo que resulta en muerte, así como del intento de suicidio que supone la tentativa de autoeliminación o autolesión intencionada sin resultado de muerte.

En el contexto terapéutico, los pensamientos o ideación suicida no siempre son verbalizados directamente ni aparecen como motivo de consulta. De hecho, suelen manifestarse de diferentes formas en un rango más o menos explícito (verbal y no verbal) por los clientes.

Cualquier tipo de conducta suicida, es de gran importancia que el especialista sea capaz de reconocer los signos de inconformidad e insatisfacción con el modo de vivir y detectar la presencia de ideación suicida de su cliente.

Es aconsejable considerar la posibilidad de que el cliente niegue la ideación suicida cuando sea entrevistado para evitar que se descubra su plan, por temor a que genere ansiedad en el terapeuta o porque crea que pone la relación terapéutica en riesgo. También es posible que sienta cierto alivio transitorio en la consulta del terapeuta y no perciba la posibilidad de verse alicaído después, o puede darse la situación de que esté tan desconectado de su experiencia interna que ni siquiera lo perciba.

En general, y aunque en ocasiones resulte difícil preguntar directamente a la persona sobre sus ideas suicidas, si el terapeuta tuviera la más mínima duda ha de proceder considerando que tales indicios existen y el cliente pudiera encontrarse en riesgo.

### **Algunas ideas sobre el funcionamiento de la ideación suicida**

Las causas de la ideación suicida son múltiples, diversas y dependen de la perspectiva de análisis de que se parta (cultural, social, psicológico y biológico, entre otros). Todas estas perspectivas merecen especial consideración por separado a la hora de analizar los factores que influyen en el proceso de generación de ideación suicida, (Clemente y González, 1996). No obstante, no existe ninguna teoría que explique el suicidio o la ideación suicida de una forma completa. Falta un mayor esclarecimiento e integración de los diferentes modelos para determinar más claramente las condiciones y factores relevantes en el proceso de suicidio, y probablemente no existan unas mismas causas en todos los individuos sino que son particulares a la historia de cada persona.

Desde una perspectiva psicológica clínica cognitivo-conductual, se han subrayado algunos factores que podrían determinar la aparición y funcionamiento de la ideación y conducta suicida. Las personas suicidas mantienen una perspectiva pesimista sobre su futuro, su entorno y sobre ellos mismos, así como un estilo atribucional depresivo (que establece una causa interna, estable y global sobre los eventos negativos) (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979).

Este estilo cognitivo, asociado a un proceso emocional y comportamental disfuncional, puede reducir la percepción de soluciones disponibles y conducir a un estado de desesperanza, elevando así la probabilidad de suicidio. Concretamente, una de las hipótesis más consensuadas para explicar la ideación y la propia conducta suicida, considera necesaria la aparición de un suceso estresante generador de ciertas emociones (especialmente de frustración o rechazo), el deseo de escapar de la situación o de comunicar a otros sus problemas, junto con la valoración de que tal opción no es posible y de la falta de recursos para aliviar tal crisis por ejemplo, apoyo social.

Esta secuencia de ideas, junto a la disponibilidad de medios para intentarlo o a modelos previos de tal conducta, lleva a sentimientos de indefensión que favorecen las conductas suicidas (adaptado de Williams y Pollock, 2001; citado en Palmer, 2007).

El tratamiento que se deriva, por consiguiente, estará centrado en generar oportunidades para explorar, explicitar significados y creencias alternativas, así como la ganancia de control a través de la generación de soluciones y mejora de habilidades que permitan hacerlo efectivo.

## **2.4 Estudios sobre conductas autodestructivas**

Uno de los estudios más importantes de autolesiones en adolescentes es el estudio basado en población escolar CASE (Child and Adolescent Self-harm in Europe), en el que cerca de 30 000 adolescentes de 15 y 16 años completaron un cuestionario anónimo sobre autolesiones, un reporte de eventos estresantes y escalas para evaluar depresión, ansiedad e impulsividad. Los resultados de este estudio muestran que las autolesiones estaban relacionadas con síntomas de depresión, ansiedad e impulsividad, además de eventos estresantes.

En la ciudad de México se realizó un estudio que se diseñó con el objetivo de describir las características demográficas, clínicas y de funcionamiento familiar en adolescentes con autolesiones y psicopatología atendidos en el Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N Navarro” (HPIJNN), así como determinar si se han registrado cambios en la frecuencia, en el tipo de autolesiones o en la comorbilidad psiquiátrica en esta población a lo largo del tiempo

Consistió en una revisión de todos los expedientes de adolescentes de 12 a 17 años, atendidos por autolesiones en el periodo comprendido entre los años 2005 y 2011 en el Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”, en la Ciudad de México.

Durante dicha revisión, para identificar los casos de interés se examinó la historia clínica, la descripción del padecimiento y la nota de ingreso al servicio que el paciente requería. Una vez localizados los casos, se obtuvieron los siguientes datos:

a) Conducta auto lesiva: frecuencia, tipo, motivos para realizarla, tiempo de evolución.

b) Datos demográficos y clínicos: edad, sexo, religión, nivel socioeconómico, motivo de consulta y diagnóstico.

c) Composición y funcionamiento familiar.

d) Antecedente de abuso sexual.

Los datos se analizaron con el programa estadístico PASW Statistics 18 utilizando estadística descriptiva.

Hasta la fecha no existen reportes de la frecuencia de autolesiones en población clínica de adolescentes mexicanos.

Los estudios en Europa y en Estados Unidos de América han mostrado que los individuos con dicha conducta constituyen un grupo heterogéneo, por lo que se requiere información acerca de la frecuencia y características asociadas a las autolesiones en nuestra población.



## **CAPÍTULO III: AUTOESTIMA**

### **3.1 Definición de autoestima**

Martin (2003) define autoestima como “un concepto, una actitud, un sentimiento, una imagen y está representada por la conducta. Es la capacidad que tenemos con dignidad, amor y realidad”.

Rober White (1999), desde un enfoque psicodinámico, el cual ve a la autoestima como un fenómeno que se ve afectado por la experiencia y a su vez efectúa y genera el comportamiento. Consideró que la autoestima tenía dos fuentes: una interna (logros propios) y una externa (las afirmaciones de los demás).

Morris Rosenberg (2000), desde una aproximación sociocultural. Aquí la autoestima es definida como una actitud, tanto positiva como negativa, que la gente tiene sobre sí misma. Se concibe la autoestima como producto de las influencias de la cultura, sociedad, familia y las relaciones interpersonales. Es decir, que la cantidad de autoestima que un individuo tiene es proporcional al grado en que es capaz de medirse de forma positiva respecto a una serie de valores. Ronsenberg relacionó autoestima con ansiedad y depresión.

Perspectiva conductual, Stanley Coopersmith (1967), adoptó una comprensión de la autoestima semejante a la de Rosenberg, ya que consideraba la autoestima como una actitud y una expresión de la dignidad. También la relacionó con ansiedad y depresión. Coopermish; incluyó el éxito y la autovalía como indicadores de autoestima. Desde este enfoque se concibe la autoestima como un constructor o rasgo adquirido. Un individuo aprende cuan valioso es inicialmente de sus padres. Esto se refuerza por otros. Los niños adquieren y copian el modelo de respecto y autoestima que ven en sus padres

La perspectiva humanista de Nathaniel Branden (1998), también es de gran relevancia para el desarrollo de este concepto. Se define la autoestima como una necesidad humana básica y se hace especial énfasis en los sentimientos de auto valía y competencia.

Además, se introduce que la falta de esta tiene graves consecuencias para el desarrollo del individuo, como abuso, suicidio, ansiedad y depresión. Se considera la autoestima como una estructura de naturaleza dinámica estrechamente relacionada con la habilidad de vivir de tal forma que honremos la forma en que nos vemos a nosotros mismos. El sentido de competencia, valor propio, autoconfianza y respeto propio son fundamentales en esta teoría. La gran limitación de esta teoría es que no se basa en hallazgos científicos sino en un pensamiento filosófico.

Desde el enfoque cognitivo-conductual, Seymour Epstein (1995), considera la autoestima como una necesidad humana basada en la dignidad y que esta constituye una fuente de motivación para el individuo. La autoestima es vista como consecuencia de una comprensión individual del mundo, de los otros y quien somos nosotros en relación a ellos. Se considera que existen distintos niveles de autoestima: autoestima global la cual afecta a todo el individuo en conjunto; intermedia la cual es específica de ciertas áreas, es un ejemplo de competencia, simpatía o poder personal; situacional, la cual es una expresión de la autoestima en el día a día. La autoestima global y la intermedia afectan a la situacional. Los límites de esta teoría es que Epstein se preocupó más del estudio del desarrollo de la personalidad que no de la autoestima.

Por lo cual para fines de esta investigación se utilizara la definición dada por Stanley Coopersmith (1967) consideraba la autoestima como una actitud y una expresión de la dignidad. También la relacionó con ansiedad y depresión. Coopermish incluyó el éxito y la autovalía como indicadores de autoestima. Desde este enfoque se concibe la autoestima como un constructor o rasgo adquirido. Un individuo aprende cuanto valioso es inicialmente de sus padres. Esto se refuerza por otros. Los niños adquieren y copian el modelo de respeto y autoestima que ven en sus padres.

### **3.2 Tipos de autoestima**

- Autoestima Alta (Normal): La persona se ama, se acepta y se valora tal cual es.
- Autoestima Baja: La persona no se ama, no se acepta y no se valora en sus cualidades.
- Autoestima Inflada: La persona se ama más que a los demás y valora exageradamente sus cualidades. (Campos, A. 2005).

#### **3.2.1 Autoestima alta**

Características de las personas con alta autoestima:

- Saben que cosas pueden hacer bien y qué pueden mejorar.
- Se sienten bien consigo mismos.
- Expresan su opinión.
- No temen hablar con otras personas.
- Saben identificar y expresar sus emociones a otras personas.
- Participan en las actividades que se desarrollan en su centro de estudio o trabajo.
- Se valen por sí mismas en las situaciones de la vida, lo implica dar y pedir apoyo.
- Les gusta los retos y no les temen.
- Tiene consideración por los otros, sentido de ayuda y están dispuestos a colaborar con las demás personas.
- Son creativas, originales, inventan cosas, se interesan por realizar tareas desconocidas y aprenden actividades nuevas.
- Luchan por alcanzar lo que quieren.

- Disfrutan las cosas divertidas de vida, tanto de la propia como de la de los demás.
- Se aventuran en nuevas actividades.
- Son organizados y ordenados en sus actividades.
- Preguntan cuándo algo no lo saben.
- Defienden su posición ante los demás.
- Reconocen cuando se equivocan.
- No les molesta que digan sus cualidades, pero no les gusta que los adulen.
- Conocen sus cualidades y tratan de sobreponerse a sus defectos.
- Son responsable de sus acciones. (Campos, A. 2005).

### **3.2.2 Autoestima baja**

#### Características de las personas con baja autoestima

Son indecisos, se les dificulta tomar decisiones, tienen miedo exagerado a equivocarse. Solo toman una decisión cuando tienen seguridad en un 100 por ciento que obtendrán los resultados.

- Piensan que no pueden, que no saben nada.
- No valoran sus talentos. Miran sus talentos pequeños, y los de los otros los ven grandes.
- Le tienen miedo a lo nuevo y evitan los riesgos.
- Son muy ansiosos y nerviosos, lo que los lleva a evadir situaciones que le dan angustia y temor.
- Son muy pasivos, evitan tomar la iniciativa.
- Son aisladas y casi no tienen amigos.
- No les gusta compartir con otras personas.
- Evitan participar en las actividades que se realizan en su centro de estudio o en su trabajo.
- Temen hablar con otras personas.
- Dependen mucho de otras personas para hacer sus tareas o realizar cualquier actividad.
- Se dan por vencidas antes de realizar cualquier actividad.
- No están satisfechas consigo mismas, piensan que no hacen nada bien.
- No conocen sus emociones, por lo que no pueden expresarlas.

- Debido a que no tienen valor, les cuesta aceptar que las critiquen.
- Les cuesta reconocer cuando se equivocan.
- Manejan mucho sentimiento de culpa cuando algo sale mal.
- En resultados negativos buscan culpables en otros.
- Creen que son los feos.
- Creen que son ignorantes.
- Se alegran ante los errores de otros.
- No se preocupan por su estado de salud.
- Son pesimistas, creen que todo les saldrá mal.
- Busca líderes para hacer las cosas.
- Cree que es una persona poco interesante.
- Cree que causa mala impresión en los demás.
- Le cuesta obtener sus metas.
- No le gusta esforzarse.
- Siente que no controla su vida.

(Campos, A. 2005)

### 3.2.3 Autoestima Inflada

Características de las personas con autoestima inflada:

Tomando elementos básicos de Freud, se puede hacer una aproximación, a las características de este tipo:

- Piensan que pueden hacerlo todo, no hay nadie mejor que ellos.
- Creen tener siempre la razón y que no se equivocan.
- Son seguros de sí mismos en extremo, pero los hace no ver los riesgos de sus acciones.
- Creen que todas las personas los aman.
- Hablan en extremo y son escandalosos.
- No toman en cuenta a nadie para hacer sus tareas o realizar cualquier actividad.
- Por lo general la gente los rechaza. Por saberlo todo.
- Se aman en forma enfermiza a sí mismos.
- Son vanidosos, pero en caso extremo llegan al “narcisismo”. Narciso era un hermoso joven que todos los días iba a contemplar su propia belleza en un lago. Estaba tan fascinado consigo mismo que un día se cayó dentro del lago y se murió ahogado. En el lugar donde cayó nació una flor, a la que llamaron narciso.
- Se sienten atractivos (No necesariamente en el aspecto físico).
- Creen que son las personas más interesantes de la tierra.
- Tienen mucha seguridad en mí mismos.
- Creen que le gana a cualquier persona en todo.



- Creen que es el cuerpo más bello.
- Creen que impactan a cualquiera que lo conoce.
- Les gusta que los elogien.
- Creen que todas las personas están obligadas a amarlo.
- Sienten que realmente son ellos su mejor amigo.
- Creen que nunca se equivoca, pero ataca a los demás cuando se equivocan.
- Sienten que nadie es más que ellos como persona.
- Casi siempre tienen una actitud amigable con los demás; los aceptan sin juzgarlos.
- Se sienten felices y plenamente a gusto con ellos
- Cuidan en forma enfermiza de su salud.
- Optimistas en extremo.
- Sienten que merece tener más que los demás.
- Quieren tener lo mejor en ropa, perfume y objetos materiales.
- Ególatra, megalómano. (Campos, A. 2005).

### **3.3 Formación de la Autoestima**

Siguiendo a (Campos, A. 2005). Se puede explicar la formación de la autoestima a partir de los siguientes elementos:

Elementos forjadores de una autoestima alta

El niño y la niña desde pequeño es tratado con:

- Amor
- Se le da seguridad
- Se le aplican normas conductuales firmes, no violentas
- Se le enseña a respetar a las personas
- Se le enseña que puede soñar
- Que logrará todo lo que se proponga
- Se le llama la atención con amor
- Se le cuida su salud, en forma normal
- Se le ayuda a ser independiente

Existen elementos que ayudan a mejorar la autoestima

Sentido de Pertenencia: necesitan experimentar que son parte de algo; si pertenecen a una familia; una comunidad, en la cual los quieran y los respeten; miembros de una nación; están cuerdos, con sus costumbres, historia, lengua y otros.

Deben sentir que son amados por su familia, los aman los cuidan, y si no es así, buscan una familia sustituta; amigos, con quien compartir sus momentos agradables; vecinos, que los respetan.

Ser reconocidos en sus cualidades, capacidades, habilidades, destrezas y dones.

### Formación de una baja autoestima

La autoestima se va desarrollando a diario en los primeros años de la vida de los niños y las niñas y entre los factores que producen una baja autoestima se pueden describir:

1. Amor condicionado a niños: “Si no sacas buenas notas en tus exámenes, no te voy a querer”.

- La repetición constante del no: No hagas eso, no vengas tarde entre otros.
- La inconsistencia en las reglas de conducta: papá da una orden y mamá da una orden contraria. Papá no me da permiso, pero mi mamá si...
- Regaño con alto grado de enojo, malas palabras, cólera...
- Indiferencia de los padres, no sabe si está enfermo, si come, por donde anda...
- Reglas familiares rígidas
- Pérdidas importantes durante infancia: papá, mamá y otros.
- El abuso físico o sexual
- Padre o madre alcohólicos o drogadictos.
- Padres sobreprotectores y consentidores.
- Comunicación de doble vínculo: es el mensaje con doble fondo, una persona dice una cosa y actúa de otra forma diferente a la que dijo. Ejemplo: el papá le pide al niño que no mienta y él miente.
- Situaciones de estrés agudo o estrés pos traumático pueden ser causa de una baja autoestima.

Elementos Forjadores de una autoestima inflada.

Si, desde niño la persona es tratada de la siguiente forma:

- Es tratado con amor enfermizo.
- No se le aplican normas conductuales.
- Se le enseña a que su opinión es mejor que la de los demás.
- Que logrará todo lo que se proponga.
- Que puede conseguir lo quiera aunque para ello, tiene que utilizar a otros.
- Se le complace en todo.
- Se le enseña que es el más bonito o bonita.
- Que es el más inteligente de todos.
- A ser autosuficiente en extremo.
- Se le enseñan que los más bonitos son los que consiguen las mejores cosas y que los que tiene mejor cuerpo consiguen mejor pareja.

En grado extremo se va desarrollando en el niño y niña una personalidad vanidosa y narcisista busca estar delgada si es mujer, porque el modelo de mujer es ser delgada, llegando a la anorexia, sentimiento en el que la persona se siente gorda y deja de comer o a la bulimia, que come y después vomita para mantenerse delgada. Y en los hombres un culto al cuerpo.

Elementos ligados a la Autoestima (Juan Eric y Mauro Rodríguez en Campos y Muños, 2005).

Según lo sugerido por los autores, los componentes de la autoestima son diversos, por ello los sintetizó en tres esenciales, que son:

### **El auto concepto.**

El auto concepto es la opinión o impresión que la gente tiene de sí misma, es su "identidad hipotetizada", la cual se desarrolla a lo largo de muchos años. El auto concepto, es el conjunto de percepciones cognoscitivas y actitudes que la gente tiene acerca de sí misma.

El auto concepto es multidimensional, y cada una de sus dimensiones explica roles diferentes. Una persona puede calificarse como marido o esposa, como profesional, como, líder comunitario, como pariente, amigo, y así sucesivamente; esos aspectos diferentes del yo, describen la personalidad total.

Los individuos pueden tener auto conceptos diferentes, que cambian de vez en cuando, que pueden ser o no, retratos precisos de ellos mismos. El auto concepto se elabora constantemente, dependiendo de las circunstancias y de las relaciones confrontadas por el individuo.

Los hallazgos empíricos han revelado que la diferenciación del yo, aumenta con la edad. Las contradicciones y el conflicto interno, son menores al inicio de la adolescencia, alcanzan un punto máximo a la mitad de la etapa adolescente y al final empieza a declinar. Durante la adolescencia media, los jóvenes desarrollan la capacidad de comparar, pero no de resolver, atributos contradictorios del yo.

Al final de la adolescencia aparece la capacidad de coordinar, resolver y normalizar los atributos contradictorios, y se reduce la experiencia del conflicto sobre el tipo de gente que la persona realmente quiere ser.

En 2005, se afirmó que la personalidad tiene cierta estabilidad, pero que nunca permanece exactamente igual, siempre está en transición, pasando por revisiones. Allport, utilizó el término " propium", que se define como: Todos los aspectos de la personalidad, que componen la unidad interna.

Esto, para referirse a la identidad personal, al yo, que se desarrolla con el transcurso del tiempo.

(Strang, Ruth. 2008) identificó cuatro dimensiones básicas del yo:

Primero.- Un auto concepto general, que consiste en la percepción global que el adolescente tiene de sus capacidades y su status, y de los roles del mundo externo.

Segundo.- Auto conceptos temporales o cambiantes, influidos por las experiencias actuales; por ejemplo, el comentario crítico de un maestro, puede producir un sentimiento temporal de minusvalía.

Tercero.- Los adolescentes tienen un yo social, su yo, en las relaciones con los demás, y el yo al que otros reaccionan. Como decía un adolescente: "me gusta la forma en que la gente me responde, hace que me sienta bien conmigo mismo". Algunos adolescentes piensa en si mismos sólo de manera negativa, porque creen que no agradan a los demás. Una influencia importante sobre el auto concepto, es la forma en que se sienten los adolescentes en los grupos sociales.

Cuarto.- A los adolescentes les gustaría ser el yo ideal que han conceptualizado. Esas imágenes proyectadas pueden ser realistas o no; imaginar ser lo que nunca serán, puede conducirlos a la frustración y al desencanto. En otras ocasiones los adolescentes proyectan una imagen idealizada y luego se esfuerzan por convertirse en esa persona. Quienes disfrutan de una mejor salud emocional, suelen ser aquellos cuyo yo real, se aproxima al yo ideal proyectado, y quienes pueden aceptarse como son.

El auto concepto está formado por varios niveles

Nivel cognitivo - intelectual: constituye las ideas, opiniones, creencias, percepciones y el procesamiento de la información exterior. Se basa el autoconcepto en experiencias pasadas, creencias y convencimiento sobre la propia persona.

Nivel emocional afectivo: es un juicio de valor sobre las cualidades personales. Implica un sentimiento de lo agradable o desagradable y quien se refleja en la propia persona.

Nivel conductual: es la decisión de actuar, de llevar a la práctica un comportamiento consecuente.

### **El auto respeto.**

Respetarse a uno mismo, es un trabajo indispensable para vivir en armonía con uno mismo y con los demás.

Constantemente, nos quejamos de que otros nos faltan al respeto, sin atender a que es más frecuente que uno mismo se falte al respeto, siendo esto en ocasiones de maneras inconscientes.

La autoestima, dice Dov Peretz, (citado en Campos, A. 2005) que es un silencioso respeto por sí mismo.

Mientras que, según Mauro Rodríguez, (et. al.) el respeto a sí mismo, se manifiesta a través de las siguientes formas:

1. Atender y satisfacer las propias necesidades y valores.
2. Expresar y manejar, en forma conveniente, sentimientos y emociones, sin hacerse daño ni culparse.
3. Buscar y valorar todo aquello que lo haga a uno sentirse orgulloso de sí mismo.

Generalmente, las faltas de respeto, comienzan con faltas de respeto a uno mismo. Habría que comenzar por revisar detenidamente cómo y por qué yo lo permito y no tanto por qué el otro lo hace.

Maslow (citado en Campos, A. 2005) dice. "Sólo podemos respetar, dar y amar a los demás cuando hemos respetado, dado y amado a nosotros mismos". Y, sin duda, de la misma manera que las relaciones humanas profundas se establecen sobre bases de respeto, también la autoestima se fortalece cuando aprendemos a respetarnos a nosotros mismos.

### **El auto conocimiento.**

Conócete a ti mismo es la máxima socrática de hace siglos, que expresa en cuatro palabras una tarea para toda la vida, la más seria de todas las tareas.

Así, sólo se puede querer lo que se conoce; si uno es perfectamente desconocido para sí mismo, es difícil poder quererse uno.

Algunas de las preguntas a las que, con frecuencia, es difícil encontrar respuesta son: ¿Quién soy?, ¿Por qué reacciono así?, ¿Qué me hizo sentirme así?, etc. Debiéndose esto a que no nos conocemos lo suficiente.

Se dice que cuando el ser humano aprende a conocer, en realidad vive; y efectivamente, no se puede vivir con algo o con alguien que se desconoce; mucho menos emplear capacidades, recursos o habilidades desconocidas para nosotros de nosotros mismos.

El conocimiento de sí mismo no sólo afecta positivamente a la autoestima, sino a las relaciones con los demás, y hasta la comprensión del mundo, del universo.

Un físico contemporáneo, afirmó: "Hemos reunido pruebas suficientes que indican que la clave para la comprensión del universo eres tú".

Llegar a un nivel óptimo de auto conocimiento, como lleva la comprensión de que se debe conocer a los demás, empezando por conocerse a uno mismo, e identificando la individualidad de cada ser, es decir reconocer la dependencia entre uno mismo y los otros.



## **CAPÍTULO IV**

# **ENFOQUE COGNITIVO –CONDUCTUAL PARA MEJORAR EL AUTOESTIMA Y DISMINUIR LAS CONDUCTAS AUTODESTRUCTIVAS**

## **4.1 Cognitivo-Conductual (TCC)**

### **4.1.1 Definición del enfoque**

La terapia cognitiva conductual lleva al cliente a una actividad metacognitiva, que se constituye en el factor terapéutico determinantes. Durante el proceso psicoterapéutico, el cliente construye representaciones de los estados mentales basados en el entendimiento del terapeuta y por la ayuda que este le brinda, lo que utiliza para comprender y gestionar sus propios trastornos (Memerari, 2002). Una vez consiente de los pensamientos que causan su sufrimiento, el método disuasivo por excelencia para lograr modificaciones en la forma de pensar del paciente en el modelo cognitivo conductual es la disonancia cognoscitiva, la cual consiste en que el cliente haga o se plantee algo que sea inconsistente con sus creencias y de esta forma induzca a la disonancia. Según Féstinger (Ellis y Grieger, 1990), las personas tienden ajustar sus creencias evaluativas para acomodarlas a lo que han hecho o a lo que han aprendido, o ambas.

El modelo de terapia cognitiva de Beck, mantiene que los trastornos psicológicos provienen con frecuencia de maneras erróneas de pensar concretas y habituales, maneras que conforman distorsiones cognitivas. Contradice la posición conductista que se niega a investigar los pensamientos declarando que “a pesar que los auto-reportes de experiencias privadas no son verificables por otro observador, esta información introspectiva provee una rica fuente de hipótesis demostrables” (Beck, Rush, Sahw y Emery, 2002).

Por lo cual se puede definir al enfoque cognitivo conductual como: Una forma de entender cómo piensa uno acerca de sí mismo, de otras personas y del mundo que le rodea, y cómo lo que uno hace afecta a sus pensamientos y sentimientos.

La TCC le puede ayudar a cambiar la forma cómo piensa ("cognitivo") y cómo actúa ("conductual") y estos cambios le pueden ayudar a sentirse mejor, se centra en problemas y dificultades del "aquí y ahora". En lugar de centrarse en las causas de su angustia o síntomas en el pasado, busca maneras de mejorar su estado anímico ahora. Modificando una conducta

#### **4.1.2 Características del enfoque**

Beck 1983).Las principales características del enfoque cognitivo conductuales son:

Activo

Directivo

Estructurado

Tiempo limitado

Atención oportuna

Activo: El terapeuta se encontrará en continua actividad e interacción de esta forma será el guía a lo largo de las sesiones de intervención con el paciente este deberá tener una participación activa porque es quien modificara las cogniciones existentes.

Directivo: Esto debido a que el proceso terapéutico debe tener un objetivo de intervención, el cual se cumplirá con técnicas y estrategias.,

Estructurado: La terapia cognitivo conductual debe estar estructurada en tiempo, técnicas y estrategias donde el paciente elabore la restructuración de sus cogniciones y comportamientos

Tiempo limitado: El proceso de intervención debe ser breve, pero se deben cumplir los objetivos terapéuticos.

Atención oportuna: Este punto encaminado principalmente a una atención objetiva de los síntomas que presenta el paciente.

(Beck, 1983); menciona que el terapeuta debe considerar 3 elementos que influirán en el proceso terapéutico:

Aceptación

Empatía

Autenticidad

Aceptación: El paciente muestra interés, y la preocupación del terapeuta hacia el paciente, esta característica es expresada por el tono de voz, la expresión de sus gestos y las frases que le proporciona al paciente.

Empatía: (Beck, 1983); esta característica se conforma de un componente intelectual, en el que es necesario saber y conocer la base cognitiva de los sentimientos del paciente, sin rechazarlos por la carencia de lógica, el terapeuta deberá de rescatar toda aquella base cognitiva que muestre el paciente a la hora de la terapia sin juzgarle e incomodarle, con la finalidad de que él mismo pueda reestructurar aquellas cogniciones distorsionadas que presente.

Autenticidad: El terapeuta debe ser honesto consigo mismo para inspirar confianza al paciente y poder emitir la corrección de ideas y conductas poco razonables.

Características del terapeuta cognitivo-conductual, para proporcionar un tratamiento adecuado (Beck, 1983).

Confianza

Rapport

## Colaboración

Confianza: El terapeuta debe tener el control de las sesiones, por medio del establecimiento de los límites, sin olvidarse de la cordialidad, así mismo debe ser objetivo y discreto ante los problemas que plantee el paciente.

Rapport: Combinación de componentes emocionales e intelectuales, el paciente considera que el terapeuta es simpático, empático, comprensivo y sólo él lo acepta con sus defectos, por otra parte el terapeuta se interesa por el paciente, es fluida su comunicación y experimenta empatía.

Colaboración: colaboración terapéutica.

En base a los elementos que debe contener la terapia cognitivo-conductual se puede lograr una intervención acertada en el proceso de rehabilitación con jóvenes que sufren alguna conducta autodestructiva, debido a que esta terapia está centrada principalmente en el pensamiento-conducta, dicho proceso siempre estará acompañado por el terapeuta el cual guiará el cambio deseado.

### **4.1.3 Técnicas del enfoque**

Una vez hecho el diagnóstico (definidos los pensamientos disfuncionales), el tratamiento implica un doble abordaje: cognitivo y conductual. La parte cognitiva incluye diálogos, preferiblemente al estilo socrático, que permite al cliente ver su distorsión cognitiva, para luego trabajar en la búsqueda de un pensamiento alternativo más útil (Obst, 2002).

Se manejan 4 niveles:

1er nivel: concreto ¿Por qué te estás autolesionando?

2do nivel: más general en el tiempo ¿Desde cuándo te empezaste autolesionar?

3er nivel: más general en cuanto a las personas ¿Por qué no te sientes a gusto con tu sociedad?

4to nivel: más general en cuanto al mundo ¿Por qué el mundo debe cambiar para que ya no te autolesiones?

Se les insita a buscar evidencias a favor y en contra de estas hipótesis (Greenberger y Padesky, 1995).

Una vez descubierto lo ilógico de su pensamiento, se invita al cliente a buscar pensamientos alternativos y a escribirlos en “tarjetas de afrontamiento”, especialmente aquellos que parecen tener un efecto positivo en sus emociones. Estas tarjetas pueden ser leídas todos los días como tarea y utilizadas en los momentos en que los pensamientos disfuncionales o las emociones producidas por estos intenten aparecer. Estos ejercicios son complementados con experimentos conductuales diseñados para poner a prueba los pensamientos del cliente en su vida real.

- Mantener un inventario de actividades
- Identificar pensamientos disfuncionales en inventarios de pensamientos automáticos
- Entrenamiento en solución de problemas
- Entrenamiento en habilidades sociales
- Entrenamiento en toma de decisiones
- Experimentos conductuales
- Técnicas de distracción y reenfoque

- Técnicas de relajación
- Exposición sistemática
- Psicodrama o juego de roles
- Tareas de desensibilización sistemática

### **Técnicas cognitivas**

Las técnicas cognitivas facilitan al paciente la oportunidad de reorganizar la estructura cognitiva, esto se logra mediante la identificación que realizará sobre sus pensamientos ilógicos, así como la comprensión de las reglas que se formulan para la realidad que soportan a estas cogniciones (Beck, 1983).

(knell, 1997), (en O Connor y schaefer, 1997) en su manual de terapia con el modelo cognitivo conductual en la intervención a niños, retoma tres técnicas predominantes.

1° Estrategias de cambio cognoscitivo: el paciente realiza un ejercicio en donde se promueve la comprobación de hipótesis bajo un corte científico o lógico, este ejercicio implica juzgar la evidencia, sondear las alternativas y analizar las consecuencias.

2° Autoafirmaciones de enfrentamiento: afirmaciones que parten de la restructuración cognitiva y que promueve la retroalimentación de aquellos pensamientos que refuerzan cogniciones apropiadas, bajo la lógica de la realidad.

3° Biblioterapia: facilita al paciente la oportunidad de refugiar la atención en libros de autoayuda, los cuales permiten que el propio individuo pueda cuestionar sus creencias irracionales y comience por considerar aquellas opciones alternas que faciliten la solución de sus problemas.

## **Técnicas conductuales**

Las técnicas conductuales tienen como objetivo lograr un cambio en las actitudes negativas del paciente para que se promueva una mejora en su ejecución, lo que permite llegar a comprobar la validez de los pensamientos negativos, y cuando estas se ven refutada, la persona se siente motivada para realizar tareas y actividades que pueden considerarse con mayor dificultad, al grado de enfrentarse con sus propias barreras (Beck, 1983).

Ejemplos.

**Role playing:** consiste en asumir un papel en el que se tendrá como objetivo calificar las cogniciones contraproducentes y facilitar la expresión de emociones del paciente, para que puedan reestructurar los pensamientos distorsionados.

**Programación de actividades:** consiste en formular actividades planeadas con la finalidad de contrarrestar la escasa motivación del paciente, esto permite que la planificación del tiempo, lo mantenga ocupado e impidan que retroceda.

**Dominio y agrado:** permite que el paciente incremente aquellas actividades que le promueven a forjar sentimientos de placer, diversión o alegría.

**Asignación de tareas graduales:** el terapeuta debe formular un plan de acción, el cuál debe contemplar la definición del problema, planteando con esto la formulación de un proyecto en el que se establecerán tareas simples como complejas que deberá realizar, en la intervención se observara al paciente en el logro de cada tarea llevada a cabo con éxito, con lo cual se va promoviendo la estimulación hacia la persona



## **CAPÍTULO V: CURSO-TALLER**

## 5.1 Definición de curso

Curso: Es un programa escolar de una determinada disciplina donde se agota el aprendizaje de temas establecidos previamente y que pueden seguir o no para la promoción o aprobación de la misma (Ismael Rodríguez C., 1997).

(Diccionario de la lengua española 2005)

1- Dirección, continuación o evolución de algo:

Las conversaciones siguen su curso; el curso de los acontecimientos.

2- Camino, recorrido que sigue algo:

Curso de un río, de un cometa.

3- En los centros docentes, intervalo lectivo anual:

El curso dura nueve meses.

4- Cada una de las etapas de un ciclo de enseñanzas:

La carrera de derecho tiene cinco cursos.

5- Estudio, clases o conferencias sobre una materia determinada:

Curso de física cuántica.

6- Tratado especial sobre una materia:

curso de álgebra.

7- Conjunto de alumnos de un mismo grado de estudios:

El curso del 92 tenía gente estupenda.

Por los fines que tiene esta investigación se utilizara la definición de (Ismael Rodríguez C., 1997).

De esta forma se concluye que el curso es un lapso de tiempo en el cuál los participantes asisten para tener un conocimiento nuevo el cual al ser finalizado se evaluara el nivel de aprendizaje que obtuvo cada integrante.

## 5.2 Definición de taller

Es básicamente un lugar de trabajo en el que laboran un conjunto de personas que pueden ser obreros, pintor, escultor, arquitecto o maestro (Ramón García-Pelayo y Cross, 1992).

Según, María Teresa Gonzáles (1999), la palabra Taller proviene del francés “atelier”, y significa estudio, obrador, obraje, oficina

Según, María Inés Maceratesi (1999) un taller consiste en la reunión de un grupo de personas que desarrollan funciones o papeles comunes o similares, para estudiar y analizar problemas y producir soluciones de conjunto.

Las siguientes son definiciones de educadores que se han dedicado a investigar y a trabajar en el Taller, encontradas en el libro El taller educativo de Arnobio Maya Betancourt (2007). Natalio Kisnerman (Los Talleres, ambientes de Formación Profesional. En el Taller, Integración de Teoría y Práctica) Editorial Humanitas. Buenos Aires.

Melba Reyes Gómez (Reyes, Gómez Melba. El Taller en Trabajo Social) define el taller como una realidad integradora, compleja, reflexiva, en que se unen la teoría y la práctica como fuerza motriz del proceso pedagógico, orientando a una comunicación constante con la realidad social y como un equipo de trabajo altamente dialógico formado por docentes y estudiantes, en el cual cada uno es un miembro más del equipo y hace sus aportes específicos.

Nidia Aylwin De Barros Y Jorge Gissi Bustos De Barros. El taller es una nueva forma pedagógica que pretende lograr la integración de teoría y práctica a través de una instancia que llegue al alumno con su futuro campo de acción y lo haga empezar a conocer su realidad objetiva.

Es un proceso pedagógico en el cual alumnos y docentes desafían en conjunto problemas específicos. Y agregan “El taller es concebido como un equipo de trabajo,

formado generalmente por un docente y un grupo de alumnos en el cual cada uno de los integrantes hace su aporte específico. El docente dirige a los alumnos, pero al mismo tiempo adquiere junto a ellos experiencia de las realidades concretas en las cuales se desarrollan los talleres, y su tarea en terreno va más allá de la labor académica en función de los alumnos, debiendo prestar su aporte profesional en las tareas específicas que se desarrollan”

Gloria Mirebant Perozo. Un taller pedagógico es una reunión de trabajo donde se unen los participantes en pequeños grupos o equipos para hacer aprendizajes prácticos según los objetivos que se planteen y el tipo de asignatura que los organice. Puede desarrollarse en un local, Pero también al aire libre No se concibe un taller donde no se realicen actividades prácticas, manuales o intelectuales. Pudiéramos decir que el taller tiene como objetivo la demostración práctica de las leyes, las ideas, las teorías, las características y los principios que se estudian, la solución de las tareas con contenido productivo.

Teresa Prozecauski “El taller es una realidad compleja que si bien privilegia el aspecto del trabajo en terreno, complementado así los cursos teóricos, debe integrar en un solo esfuerzo tres instancias básicas: un servicio de terreno, un proceso pedagógico y una instancia teórica- practica”

María Teresa Gonzales Cuberes “Me refiero al taller como tiempo- espacio para la vivencia, la reflexión y la conceptualización; como síntesis del pensar, el sentir y el hacer. Como el lugar para la participación y el aprendizaje.

Según Lucila Cardona De Jiménez, en el texto “El Taller Del Maestro: Una Propuesta Para La Formación De Maestros En Democracia y Derechos Humanos” (1995), El taller se constituye en una mediación metodológica que permita la reflexión sistemática de los acontecimientos que vienen ocurriendo y que se espera en un futuro ocurran, en una comunidad, o institución o grupo, para cuyos miembros dichos acontecimientos se constituyen en problemas.

Para fines de esta investigación se utilizara la definición dada por: Melba Reyes Gómez (Reyes, Gómez Melba. El Taller en Trabajo Social), por lo cual se define al taller, como un conjunto de prácticas que refuerzan el conocimiento teórico.

### **5.3 Definición de Curso-Taller**

Es la forma de impartir un curso haciendo aplicaciones prácticas de la teoría respectiva, con la característica fundamental de que todos los alumnos participen activamente durante el desarrollo del mismo, de forma tal que los niveles de aprendizaje son más altos en comparación con la clase teórica (M.E.C. Arturo Torres Bugdud, 1997)

Es una modalidad de enseñanza-aprendizaje caracterizada por la interrelación entre la teoría y la práctica, en donde el instructor expone los fundamentos teóricos y procedimentales, que sirven de base para que los participantes realicen un conjunto de actividades diseñadas previamente y que los conducen a desarrollar su comprensión de los temas al vincularlos con la práctica operante.

Bajo el enfoque actual de competencias, es considerado superior a los cursos puramente teóricos, ya que el curso-taller presenta el ambiente idóneo para el vínculo entre la conceptualización y la implementación, en donde el instructor permite la autonomía de los participantes bajo una continua supervisión y oportuna retroalimentación.

El grado de participación de los involucrados es variable y aunque no se puede indicar exactamente, es evidente que no es tan grande como en el caso de un taller, pero tampoco es tan escasa como en un curso tradicional.

El curso-taller es un programa que se diseña, se organiza e imparte para generar enseñanzas sobre una materia o disciplina. Los cursos-taller promueven aprendizajes relevantes para el desempeño de las funciones reales de los participantes; constan de una exposición temática por parte de un facilitador experto (con apoyo de material audiovisual y gráfico) y de la participación activa del grupo (análisis grupal, trabajo en equipos, investigación documental). Su duración promedio es de 10 a 30 horas y se organiza por unidades, talleres (o sesiones) y actividades, incluyendo una evaluación de los aprendizajes.

En la última década se enriqueció el diseño de los cursos con los beneficios del trabajo en taller. Se constituyó la modalidad educativa del curso-taller que integra la orientación de un facilitador con la lectura, el análisis y la discusión grupal de materiales de apoyo y genera productos conceptuales específicos a través de la realización de ejercicios grupales. Para su desarrollo contemplan el uso de documentos de apoyo como la guía del facilitador, un manual y un cuaderno de ejercicios para el participante; antologías, ficheros, guías de estudio y otros materiales.

La finalidad de un curso-taller es que los participantes, de acuerdo con sus necesidades, logren apropiarse de los aprendizajes como fruto de las reflexiones y discusiones que se dan alrededor de los conceptos y las metodologías compartidas. Para alcanzar esto se requiere que un grupo de personas se responsabilice de organizar, conducir y moderar las sesiones, de tal manera que ayude y oriente al grupo de participantes a conseguir los objetivos del aprendizaje.

### **5.3.1 Características del curso-taller**

Castillo Hernández (2003)

1. El aprendizaje entre iguales.
2. El reconocimiento de las habilidades propias y las de otros.
3. El fortalecimiento y/o desarrollo de competencias.
4. Retroalimentación individual y grupal.
5. Compartir el liderazgo.
6. La toma de decisiones individuales y grupales.
7. La cohesión del grupo.
8. Comunicación multidireccional.
9. El reconocimiento y respeto a la diversidad.
10. Trabajo colaborativo.
11. Compartir conocimientos, experiencias y aprendizajes.
12. La confrontación de los conocimientos previos con las nuevas aportaciones del grupo.
13. El impulso de los procesos de aceptación del cambio.

### **5.3.2 Estructura del curso-taller.**

La estructura de un curso-taller implica la realización de 4 momentos, los cuales se describen a continuación:

1. Integración del grupo: En los primeros momentos del evento se establecen las bases para crear un ambiente emocional en el cual los participantes se involucren y compartan expectativas de aprendizaje. Se recomienda iniciar con una actividad que favorezca la interacción, la confianza y el respeto entre todos. Es importante dar a conocer los objetivos del curso-taller, de modo que los participantes identifiquen el sentido del mismo, así como la agenda de trabajo, de este modo se comprometerán y colaborarán en las actividades a desarrollar. Cuando los participantes ya se conocen, este momento del taller debe encauzarse a fortalecer los aspectos que contribuyen a su consolidación como grupo de trabajo (clima, comunicación, cooperación, liderazgo, resolución de conflictos).
2. Rescate de saberes previos en torno a una problemática: En esta parte del curso-taller los participantes definen y delimitan las problemáticas que están influyendo en su quehacer cotidiano y de trabajo (intereses y necesidades). El facilitador del evento, con base en sus experiencias y el seguimiento realizado, identifica las necesidades e intereses de trabajo, de cada uno de los participantes, lo cual facilitará la elaboración de actividades y organización para el evento. Cuando los participantes reconozcan como suyas las problemáticas, se integrarán en equipos para revisar y reflexionar sobre lo que han estado realizando para responder de manera real a ellas e identificar el grado de avance que llevan en respuesta a las mismas. Esto permitirá que los participantes se den cuenta de lo que han mejorado en su práctica y de los aspectos que aun necesitan fortalecer.



3. Análisis práctico y desarrollo de competencias: Es el momento más relevante del curso-taller por que permite la apropiación de habilidades, conocimientos, actitudes, y valores a través de actividades prácticas, reflexivas y relacionadas directamente con su realidad. El papel del facilitador es proporcionar los instrumentos necesarios para el trabajo, organizar y coordinar las actividades, centrar los ejercicios de intercambio, favorecer la autogestión y la experimentación de habilidades individuales y propuestas grupales. Las habilidades que los participantes están fortaleciendo o desarrollando en lo individual o colectivo les permitirá elaborar nuevos aprendizajes, nuevas formas de hacer las cosas, dar otro sentido en las actividades que realizan en lo cotidiano.
4. Socialización de aprendizaje e identificación de su aplicación: En este momento los participantes toman conciencia de lo aprendido durante el curso-taller, comparten sus aprendizajes e identifican los productos, su aplicación y la utilidad para su desempeño, dándole un significado personal a la experiencia vivida. En este último momento definen las habilidades que necesitan seguir fortaleciendo y las plasman o revisan en un plan de mejora. (Castillo Hernández, 2003).

### **5.3.3 Ventajas y desventajas de un curso-taller.**

Su gran ventaja es que puede desarrollarse en un ambiente grupal y participativo. Esto hace posible los intercambios de experiencias y, con ello, la generación de múltiples y mutuos aprendizajes; Sin embargo; si no existe un compromiso claro frente a los resultados y el seguimiento, es posible que el taller se realice en vano.

Otras ventajas que tiene el curso-taller son:

- Moviliza la capacidad de cada persona para considerar, analizar y adoptar cambios.
- Permite que cada persona comparta el proceso y, por lo tanto, se sienta beneficiaria y responsable de los resultados y compromisos adquiridos.
- Facilita comprender los problemas desde diferentes puntos de vista, ya que se aprovecha la heterogeneidad de un grupo en edades, formación académica, etnia, cultura y experiencias.
- Posibilita abordar distintas alternativas para la solución de problemas.
- Permite que el aprendizaje sea mucho más intenso y provechoso, por ser mutuo y compartido, a diferencia de la enseñanza clásica, en la cual una persona expone y las demás solamente asumen o reciben pasivamente.

A pesar de estas ventajas y de las que tenga cada capacitador de acuerdo con su experiencia, se deben tener en cuenta algunos factores que parecen desventajas, pero que bien manejados se convierten en virtudes dentro de un curso-taller:

- Un curso-taller requiere más tiempo e insumos sin embargo, el tiempo y los recursos invertidos se compensan con buenos resultados.

- El proceso participativo no se da automáticamente, porque cada grupo es diferente. Se requieren capacitadores experimentados en facilitar este proceso, y en buscar con el grupo las reglas adecuadas para la convivencia y el desarrollo del taller. Además, considerar que las situaciones de conflictos son dinámicas intrínsecas de la convivencia en grupo, de tal forma que estas situaciones se puedan manejar y transformar de manera productiva para beneficio del taller.
- No es fácil alcanzar una participación equilibrada con personalidades diferentes, ya que, por ejemplo, algunas tienden a dominar e imponerse, y otras son muy tímidas. Por eso se necesita un moderador versado que, con herramientas adecuadas y acuerdos, consiga el mejor balance posible.

La creación de un ambiente idóneo para la participación está sujeta a un conjunto de factores que dependen uno del otro, y que deben ser combinados y complementados adecuadamente. La asimilación de un tema no sólo depende de un buen capacitador, sino también de la disponibilidad de materiales didácticos y de condiciones logísticas apropiadas. (Castillo Hernández, 2003).

#### **5.4 Conformación del taller**

El curso-taller se llevó a cabo en 16 sesiones, las cuales tuvieron una duración de 50 minutos cada una. En la primera y segunda sesión se aplicó la historia clínica y un cuestionario de conocimientos previos, posteriormente el inventario de Coopersmith, seguido de 13 sesiones que conformaron el curso-taller.

El total de los alumnos que iniciaron el curso fueron 73, posteriormente se fueron eliminando por los criterios de inclusión y exclusión de la investigación, al término del estudio se concluyó con 36 alumnos.

La estructura del curso-taller implica la realización de 4 momentos, los cuales se describen a continuación:

1-Integración del grupo: en esta etapa se le dio a conocer a los alumnos el nombre del curso-taller, sus objetivos y la conformación del mismo, se les explico conceptos básicos con ejemplos fáciles de identificar, posteriormente se presentaron los alumnos dando sus expectativas del curso- taller.

Se realizó una actividad la cual consistió en la identificación de su conducta autodestructiva y que durante el curso-taller se comprometían a modificar.

2-Rescate de saberes previos en torno a una problemática: se aplicó un cuestionario de conocimientos previos al curso-taller el cual consistían en preguntas de conceptos básicos, como la definición de la autoestima, de conducta, conducta autodestructiva y su historia clínica que permitía identificar sus problemáticas principales de cada uno así como reafirmar cual era la conducta autodestructiva que presentaban y la gravedad de esta.

3-Análisis práctico y desarrollo de competencias: se les dio a conocer conceptos básicos acerca del taller por medio de presentaciones de power point junto con videos que ejemplificaban la temática para reafirmar lo aprendido en esa sesión, al finalizar estos se daba un espacio para comentar dudas y sugerencias.

4-Socialización de aprendizaje e identificación de su aplicación: al término del curso se aplicó un cuestionario en cual evaluaba los conocimientos adquiridos y el logro o el fracaso de la modificación de la conducta autodestructiva identificada en el inicio del curso-taller.

## **CAPÍTULO VI METODOLOGÍA**

## **6.1 Planteamiento del problema**

¿Cómo es que el autoestima permite prevenir conductas autodestructivas en adolescentes de la Escuela Preparatoria Oficial No. 26 de Xalatlaco?

### **Justificación**

El interés por realizar esta investigación surge a partir de conocer documentales acerca de las conductas, pensamientos autodestructivos, intentos suicidas, así como el suicidio y todos aquellos factores que se relacionan de forma directa o indirecta con la baja autoestima en adolescentes debido a que aun cuando existe información sobre la autoestima, en ocasiones los padres no se documentan en el tema. Cabe mencionar que en el caso del suicidio no se difunde abiertamente, debido al tabú que existe acerca de este tema en la sociedad.

El suicidio en adolescentes es la consumación de conductas autodestructivas que se vienen manifestando por un periodo mínimo de seis meses, en el cuál si los adultos del entorno del adolescente no se dan cuenta de estas señales de alarma que está manifestando el joven como señal de auxilio, se dará un desenlace fatal (suicidio).

Por lo cual si se desean prevenir suicidios se debe empezar a intervenir en las conductas autodestructivas las cuales son directas (incluye generalmente ideas suicidas, intentos de suicidio y suicidio consumado) o indirectas (caracterizado por exponerse a un riesgo que compromete la vida sin intención directa de provocarse la muerte, generalmente de forma reiterada y a menudo inconscientemente como: ingerir bebidas alcohólicas, tabaco, comer en exceso, consumo de drogas ilegales, etc.).

Debido a lo anterior en esta investigación se llevará a cabo un curso-taller con enfoque cognitivo conductual, con el cual se analizará y se dará a conocer la importancia de el autoestima para evitar la ejecución de conductas autodestructivas directas o indirectas en adolescentes.

## **6.2 Objetivo de Estudio**

### **Objetivo general**

Analizar el autoestima y las conductas autodestructivas en adolescentes de nivel medio superior para implementar un curso-taller en la EPO No.26.

### **Objetivos específicos**

1. Aplicar el inventario de autoestima de Coopersmith y una historia clínica para medir los niveles de autoestima y conocer la información que tienen los adolescentes antes de la aplicación del curso-taller.
2. Implementar el curso-taller de conductas autodestructivas a los adolescentes de la EPO No 26.
3. Aplicar un cuestionario sobre lo aprendido durante el curso-taller para medir los cambios al término del mismo.
4. Evaluar por medio de una hoja de registro la modificación de conductas autodestructivas en adolescentes de la EPO No 26.

## **6.3 Hipótesis**

### **Hipótesis de la investigación**

A mayor autoestima menor son las conductas autodestructivas indirectas en adolescentes de la EPO No 26.7

### **Hipótesis nula**

A mayor autoestima menor son las conductas autodestructivas directas en adolescentes de la EPO No 26.

### **Hipótesis alterna**

A menor autoestima mayor son las conductas autodestructivas tanto indirectas como directas en adolescentes de la EPO No 26

## **6.4 Tipo de estudio de Investigación**

La investigación es una planificación comprendida de lo que se debe hacer para lograr los objetivos del estudio. Un diseño cuidadoso del estudio es fundamental para determinar la calidad de la investigación clínica (Douglas 1992). Por lo cual el diseño de esta investigación será:

- ❖ Observacional: En este tipo de diseño el investigador debe elegir un experimento planteado por la naturaleza, ya que no le es posible manejar la variable independiente, o porque sería éticamente incorrecto hacerlo.
- ❖ Descriptivo: debido a que describen los hechos como son observados.
- ❖ Método cuantitativo y cualitativo donde Reichardt y Cook (1986) definen las características:

Positivismo lógico, busca los hechos o causas de los fenómenos sociales, prestando escasa atención a los estados subjetivos de los individuos.

\* Medición penetrante y controlada.

\* Objetivo.

\* Al margen de los datos. Perspectiva desde fuera.

\* No fundamentado en la realidad, orientado a la comprobación, confirmatorio reduccionista, inferencial e hipotético deductivo.

\* Orientado al resultado.

\* Fiable: datos sólidos y repetibles.



\* Generalizable.

\* Particularista.

\* Asume una realidad estable

- ❖ Prospectivo (Douglas 1992). la recolección se realiza luego de planificar el estudio.

**Ventajas:** control de las variables de confusión, así como de las variables independientes, la inspección y revisión de los aparatos con los que se efectuarán las mediciones, la de capacitación de los sujetos que obtendrán las mediciones (que tiende a minimizar las diferencias entre observadores) etc. En resumen, tienden a disminuir el sesgo de selección y medición.

**Desventajas:** los costos, los diseños experimentales son siempre prospectivos. Se eligió este estudio debido a que primero se planificó el estudio junto con el curso-taller para posteriormente llevarlo a cabo.

### **Tipo de Enfoque**

Cognitivo- Conductual

## **6.5 Criterios de Inclusión, exclusión y eliminación**

### **Criterios de inclusión**

Alumnos del tercer año de la EPO No.26 de Xalatlaco

Alumnos que hayan cursado los 2 últimos semestres en la Institución

### **Criterios de exclusión**

Alumnos de primero y segundo año de la EPO No.26 de Xalatlaco

Alumnos de otras preparatorias

Alumnos que estén en algún proceso psicológico

### **Criterios de eliminación**

No cumplir con el 80% de asistencia

No completen las respuestas de los test aplicados

Alumnos que deserten

### **Definición de variables**

#### **Variables independientes**

##### **Curso**

Definición conceptual: Es un programa escolar de una determinada disciplina donde se agota el aprendizaje de temas establecidos previamente y que pueden seguir o no para la promoción o aprobación de la misma (Ismael Rodríguez C., 1997).

Definición operacional: Implementación de ponencias sobre temáticas de autoestima y conductas autodestructivas dirigida a adolescentes de la EPO No. 26.

##### **Taller**

Definición conceptual: Es básicamente un lugar de trabajo en el que laboran un conjunto de personas que pueden ser obreros, pintores, escultores, arquitectos o maestros (Ramón García-Pelayo y Cross, 1992).

Definición operacional: implementación de técnicas y dinámicas acerca de la autoestima y conductas autodestructivas dirigidas a adolescentes de la EPO No. 26.

##### **Curso-Taller**

Es la forma de impartir un curso haciendo aplicaciones prácticas de la teoría respectiva, con la característica fundamental de que todos los alumnos participen activamente durante el desarrollo del mismo, de forma tal que los niveles de

aprendizaje son más altos en comparación con la clase teórica (M.E.C. Arturo Torres Bugdud, 1997).

Definición operacional: Se efectuarán ponencias y dinámicas acerca de las temáticas de la autoestima y conductas autodestructivas a los adolescentes de nivel bachillerato.

## **Variables dependientes**

### **Conductas Autodestructivas**

Definición conceptual: Las conductas donde el individuo ejerce violencia contra sí mismo son llamadas autodestructivas, el daño autoinfligido es físico y concreto (Ross 1991)

Definición operacional: Resultados obtenidos de un seguimiento diario de las conductas autodestructivas que presenta cada uno de los adolescentes de la EPO No 26, por medio de una hoja de registro.

### **Autoestima**

Definición conceptual: “un concepto, una actitud, un sentimiento, una imagen y está representada por la conducta. Es la capacidad que tenemos con dignidad, amor y realidad”.(Martin, 2003).

Definición operacional: Resultado obtenidos de la aplicación del instrumento Inventario de Autoestima de Coopersmith.

## **6.6 Definición de la población y muestra**

Población de adolescentes de la Escuela Preparatoria Oficial No 26 de Xalatlaco.

Alumnos del 5° semestre

Población de 73 Alumnos

Muestra de 36 alumnos

### **Tipo de muestra**

Muestreo probabilístico, debido a que todos los individuos del 3° grado de la EPO No.26 tenían la probabilidad de ser incluidos en el estudio, sin embargo se fueron descartando por los criterios de inclusión.

## **6.7 Instrumento de Medición**

Nombre: Inventario de Autoestima de Coopersmith

Autor: Coopersmith

Edad de aplicación: 14 años en adelante

Formas de aplicación: Individual

Tiempo de aplicación: 20-30 minutos aprox.

Área que evalúa: Autoestima

Materiales de aplicación: Cuadernillo de aplicación

Coopersmith (1967) define la autoestima como "el juicio personal de valía, que es expresado en las actitudes que el individuo toma hacia sí mismo. Es una experiencia subjetiva que se transmite a los demás por reportes verbales o conducta manifiesta". Debido a la gran influencia que la autoestima puede tener en la vida de las personas, se han desarrollado diferentes instrumentos con el fin de evaluarla. Coopersmith comienza en 1959 un estudio sobre la autoestima, y en 1967 publica una escala de medición de autoestima para niños de 52 y 62 grados, que es ampliamente utilizada.

Coopersmith utilizó esta prueba de 58 reactivos (items) como base para el desarrollo de la versión para adultos (Coopersmith, 1967).

Al analizar su confiabilidad, Ryden (1978) encontró una confiabilidad test-retest de .80 en mujeres, en períodos de 6 a 58 semanas. Con respecto a la validez del constructo, se refieren diferencias significativas entre los grupos de alta y baja autoestima (Perlow, 1987).

Debido a que en lengua hispana existen pocos datos estadísticos sobre instrumentos de medición de la autoestima, los objetivos de este estudio fueron determinar la validez de constructo y concurrente, así como la confiabilidad del inventario de autoestima de Coopersmith (Coopersmith, 1967) al estudiar las diferencias en autoestima por sexo, edad, estado civil, escolaridad y ocupación.

Se escogió el cuestionario de personalidad de Eysenck (Eysenck y Eysenck, 1975) para evaluar la validez concurrente, dado que estudios anteriores han reportado correlaciones negativas entre la escala de neuroticismo - autoestima, y positivas entre la extraversión y la autoestima (Bagley y Evan-Wong, 1975).

## INTERPRETACIÓN DE LA PRUEBA

### ESCALA DE AUTOESTIMA ESCOLAR (Puntaje máximo es 8)

<b>PUNTAJE</b>	<b>INTERPRETACIÓN</b>
Menor a 2	Muy baja
Mayores o igual a 2 y Menores a 3	Baja
Mayores o igual a 3 y Menores a 6	Normal
Mayores o igual a 6 y Menores a 7	Alta
Mayores o igual a 7	Muy alta

**ESCALA DE AUTOESTIMA HOGAR**  
**(Puntaje máximo es 8)**

<b>PUNTAJE</b>	<b>INTERPRETACIÓN</b>
Menores a 3	Muy baja
Mayores o igual a 3 y Menores a 4	Baja
Mayores o igual a 4 y Menores a 6	Normal
Mayores o igual a 6 y Menores a 7	Alta
Mayores o igual a 7	Muy alta

**ESCALA DE AUTOESTIMA SOCIAL**  
**(Puntaje máximo es 8)**

<b>PUNTAJE</b>	<b>INTERPRETACIÓN</b>
Menores a 4	Muy baja
Mayores o igual a 4 y Menores a 5	Baja
Mayores o igual a 5 y Menores a 7	Normal
Mayores o igual a 7 y Menores a 8	Alta
Mayores o igual a 8	Muy alta



**ESCALA DE AUTOESTIMA GENERAL**  
**(Puntaje máximo es 26)**

<b>PUNTAJE</b>	<b>INTERPRETACIÓN</b>
Inferiores a 12	Muy baja
Mayores o igual a 12 y Menores a 15	Baja
Mayores o igual a 15 y Menores a 20	Normal
Mayores o igual a 20 y Menores a 23	Alta
Mayores o igual a 23	Muy alta

**ESCALA DE AUTOESTIMA TOTAL**  
**(Puntaje máximo es 58)**

<b>PUNTAJE</b>	<b>INTERPRETACIÓN</b>
Menores a 22	Muy baja
Mayores o igual a 22 y Menores a 26	Baja
Mayores o igual a 26 y Menores a 35	Normal
Mayores o igual a 35 y Menores a 39	Alta
Mayores o igual a 39	Muy alta

**ESCALA DE MENTIRA**

Esta escala tiene como puntaje máximo 8 puntos, un puntaje mayor o igual a 5 indica que las respuestas dadas por las personas no son confiables.

## 6.8 Procesamiento de la información

El procesamiento de la información se llevó a cabo en tres etapas las cuales son:

1-Diagnóstico o detección: A lo largo de la licenciatura en psicología se va aprendiendo acerca de las distintas problemáticas que existen y el riesgo de cada una de ellas, la mayor parte de la población afectada es la adolescencia debido a los cambios que existen tanto psicológicos, físicos y sociales, por lo cual hay una clara relación entre las conductas autodestructivas y la adolescencia, sin embargo su intensidad estará medida por el grado de autoestima que tenga cada adolescente, por ello es apropiado la aplicación de un previo diagnóstico, para que de esta forma evalúe las carencias de cada individuo.

2-Diseño e implementación de la intervención: La aplicación de un curso-taller es apropiado para la investigación que es cognitivo-conductual debido a que contiene lo teórico y lo práctico, además de la facilidad del mismo para que los individuos logren un aprendizaje significativo y duradero porque se ven involucrados en la aplicación, el seguimiento y el cierre del curso-taller.

En la edad adolescente se demanda una enseñanza práctica y visual lo cual lo facilita el curso-taller, este refuerza lo teórico con lo práctico.

3-Evaluación final: La evaluación como apartado final de la investigación se realizó con un cuestionario el cual dio a conocer lo aprendido por cada alumno y lo más importante de la intervención que es la eliminación de la conducta autodestructiva, por otra parte se interpretó la prueba de autoestima de Coopersmith la cual de una forma estandarizada permitió dar a conocer los niveles de las distintas áreas que evalúa la prueba en los cuales se encontraba cada individuo de esta forma se relaciona de forma más precisa a su conducta autodestructiva y su autoestima, esta segunda condicionando a la primera.

## **CAPÍTULO VII: RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

## 7.1 Resultados

A continuación se presentan los resultados de la investigación “El autoestima y las conductas autodestructivas en adolescentes de la Escuela Preparatoria Oficial No. 26 de Xalatlaco, Estado de México”, se realizó con el objetivo de analizar la autoestima y las conductas autodestructivas en adolescentes de nivel medio superior con la implementación de un curso-taller en la EPO No.26.

El trabajo se estructuró de la siguiente manera: al iniciar el curso-taller se dio una breve introducción de que trataría el curso-taller, como se evaluaría, los principales puntos a tratar, el horario, los días, el número de sesiones y finalmente se identificó la conducta autodestructiva a modificar, a la siguiente sesión se aplicó una historia clínica junto con un cuestionario de conocimientos acerca de los temas a tratar, se comenzaron a dar las sesiones de teoría y práctica, para reforzar lo aprendido en clase, diariamente se fue registrando el avance de la modificación de su conducta autodestructiva, se aplicó el inventario de autoestima de Coopersmith para evaluar los niveles de cada alumno, al finalizar el curso-taller, se aplicó un cuestionario de aprendizajes obtenidos durante el curso-taller, se hizo una reflexión acerca del cambio de su conducta, los alumnos hicieron algunos comentarios acerca de lo que les agrado del curso-taller, lo que no les gusto y que le agregarían a este.

A continuación se presentan los datos obtenidos del cuadro clínico de los adolescentes, los factores desencadenantes de las conductas autodestructivas, los resultados del inventario de Coopersmith, reactivos relacionados con la autoestima, con las preguntas autodestructivas, cuestionario de aprendizaje y finalmente la eliminación o permanencia de su conducta autodestructiva

## CUADRO CLÍNICO

N	Válido	36
	Perdidos	0
Media		4.1111
Mediana		4.6250
Desviación estándar		.91064
Rango		2.88
Mínimo		1.75
Máximo		4.63

## CUADRO CLÍNICO

	Frecuencia	Porcentaje
Válido Una vez	2	5.6
Más de una vez	3	8.4
De 1 a 5 veces a la edad de 13-17 años	5	14.0
Nunca lo he hecho	26	72.2
Total	36	100.0

Tabla No. 1. Respuestas de adolescentes con relación al número de veces que han intentado o han realizado alguna conducta autodestructiva.

En la tabla No. 1 se muestra que el 72% de los adolescentes encuestados contestaron que nunca han realizado alguna conducta autodestructiva, sin embargo, después de haberles explicado y darles ejemplos de conductas autodestructivas todos los alumnos identificaron por lo menos una conducta autodestructiva en su persona, solo el 28% de los encuestados fueron honestos debido a que ellos contestaron que si han efectuado alguna conducta destructiva aunque en distintos niveles el 14% de 1 a 5 veces el 8% más de una vez el 5% solo una vez.

**FACTORES  
DESENCADENANTES DE  
LAS CONDUCTAS  
AUTODESTRUCTIVAS**

N	Válido	36
	Perdidos	0
Media		1.8104
Mediana		1.8182
Desviación estándar		.15606
Rango		.83
Mínimo		1.40
Máximo		2.23

**FACTORES DESENCADENANTES DE LAS CONDUCTAS AUTODESTRUCTIVAS**

	Frecuencia	Porcentaje
Válido No Conocen la definición básica y en un futuro quieren estar con sus padres.	31	86,5
Conocen las definiciones básicas y en el futuro quisieran ser independientes.	4	13,5
Total	36	100.0

Tabla No. 2. Respuestas de adolescentes con relación a los factores desencadenantes de la conducta autodestructiva.

En la tabla No.2 muestra que el 86% de los encuestados no conocen las definiciones como: ¿Qué es la autoestima? sin embargo, contestan positivamente a reactivos relacionados con la autoestima, lo cual indica que su autoestima es alta, pero no quieren ser independientes, y solo el 4% conoce los conceptos y quieren ser independientes en el futuro.

### Inventario de Autoestima de CooperSmith

N	Válido	36
	Perdidos	0
Media		4.8333
Mediana		5.0000
Desviación estándar		.37796
Rango		1.00
Mínimo		4.00
Máximo		5.00

### Inventario de Autoestima de CooperSmith

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Alta (entre 35 y 39)	6	16.7
	Muy alta (mayores a 39)	30	83.3
	Total	36	100.0

Tabla No. 3. Autoestima en adolescentes

La autoestima en los adolescentes encuestados es muy alta, debido a que es mayor a 39 puntos con el 83%, el 16% muestran una autoestima alta con 35 y 39 puntos, por lo cual sus conductas autodestructivas son indirectas estas son inconscientes y se consideran como un suicidio lento.



### Cuestionario de autoestima

N	Válido	36
	Perdidos	0
Media		1.6991
Mediana		1.7500
Desviación estándar		.15207
Rango		.71
Mínimo		1.17
Máximo		1.88

### Cuestionario de autoestima

	Frecuencia	Porcentaje
Válido No conocen el concepto de autoestima, sin embargo se sienten felices, importantes ,bien consigo mismos	36	100
Total	36	100.0

Tabla No. 4. Respuestas dadas por adolescentes respecto a su autoestima

Los adolescentes presentan un porcentaje del 100% al no conocer la definición de autoestima, sin embargo, en la pregunta 4 del cuestionario de autoestima en la cual hace referencia a que; ¿Consideran ser felices? El 100% contestó que sí. En el reactivo 6 del mismo cuestionario se les pregunta si se consideran importantes y responden afirmativamente, además de considerarse ellos mismos los responsables de su felicidad y sentirse bien consigo mismos, pidiéndoles se encasillen en un número del 1-10 según su nivel de felicidad, donde uno es el nivel más bajo y 10 el nivel más alto, todos los encuestados se colocan arriba del 5.

**Cuál es tu conducta  
autodestructiva**

N	Válido	36
	Perdidos	0
Media		1.5556
Mediana		1.0000
Desviación estándar		.73463
Rango		2.00
Mínimo		1.00
Máximo		3.00

**¿Cuál es tu conducta autodestructiva?**

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Vicios digitales	21	58.3
	No respetar reglas	10	27.8
	Otros	5	13.9
	Total	36	100.0

Tabla No. 5. Respuestas dadas por adolescentes respecto a la conducta autodestructiva que presentan.

En la tabla No. 5 se muestra que el 58% de los adolescentes encuestados presentan como conducta autodestructiva los vicios digitales los cuales son principalmente la computadora y el teléfono celular, el 27% tienen como conducta autodestructiva no respetar reglas, las cuales principalmente son las impuestas en su escuela y como segundo lugar en su hogar. El otro 13% son otras las cuales son 3 de violencia en el noviazgo y 2 de problemas alimenticios.

## Cuestionario de aprendizaje

N	Válido	36
	Perdidos	0
Media		2.0321
Mediana		2.0000
Desviación estándar		.16714
Rango		.88
Mínimo		1.77
Máximo		2.65

## Cuestionario de aprendizaje

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Lograron un aprendizaje del 50%	14	38.8
	Aprendizaje superior al 50%	22	61.2
	Total	36	100.0

Tabla No. 7. Respuestas dadas por adolescentes respecto al aprendizaje que adquirieron en el curso-taller.

Después del curso-taller aplicado los alumnos lograron un alto nivel de conocimientos debido a que el 38% de los alumnos obtuvieron un aprendizaje del 50% y el 61% su aprendizaje fue superior al 50%, cabe mencionar que se retomaron preguntas de cuestionarios aplicados en el inicio de la intervención que contenían conceptos básicos de los cuales no conocían y en este cuestionario final ya sabían los conceptos junto con sus tipos.

**Lograste reducir o eliminar  
tu conducta  
autodestructiva**

N	Válido	36
	Perdidos	0
Media		1.2222
Mediana		1.0000
Desviación estándar		.42164
Rango		1.00
Mínimo		1.00
Máximo		2.00

**Lograste reducir o eliminar tu conducta autodestructiva**

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Si	28	77.8
	No	8	22.2
	Total	36	100.0

Tabla No. 8. Respuestas dadas por adolescentes respecto a la eliminación de su conducta autodestructiva al término del curso-taller.

En la tabla No.8 se muestra que el 77% de los adolescentes logro eliminar su conducta autodestructiva lo cual hace referencia a la efectividad del programa y solo el 22% no logro reducirla ni eliminar su conducta.

## 7.2 Discusión de resultados

Freud (1905, 1917, Morris, 1992), definió la adolescencia como una época de grandes conflictos, ansiedad y tensión. El concepto de adolescencia es retomada por distintos autores sin embargo, este significado es el que más se relacionó con la investigación, debido a que en la población donde se aplicó el taller los adolescentes presentan conflictos, ansiedad y tensión por distintas situaciones en su vida diaria.

Por otra parte los cambios físicos en el adolescente siempre serán acompañados por cambios psicológicos, tanto a nivel cognitivo como a nivel comportamental, la aparición del pensamiento abstracto influye directamente en la forma en como el adolescente se ve a sí mismo, se vuelve introspectivo, analítico, autocrítico; adquiere la capacidad de construir sistemas y teorías, además de estar interesado por los problemas contemporáneos, es decir, que no tienen relación con las realidades vívidas diariamente.

La inteligencia formal da paso a la libre actividad de la reflexión espontánea en el adolescente, y es así como éste toma una postura egocéntrica intelectualmente (Craig, 1997; Delval, 2000; Papalia et. al., 2001).

En la investigación llevada a cabo en la EPO.26 no coincide con lo que menciona anteriormente el autor debido a que a los adolescentes de esta población les importa más lo que piensen las demás personas de ellos, vivir más el día a día en lugar de pensar en su futuro o su pasado, esto tendrá relación directamente en el comportamiento autodestructivo Indirecto: el cual Freud (1920) declaró que ningún hombre es capaz de imaginar su propia muerte porque no puede integrar su no existencia a través de sus fantasías de inmortalidad, sin embargo los adolescentes de la EPO.26 si imaginan su propia muerte debido a la frecuencia de sus conductas autodestructivas tales como los vicios digitales entre los cuales están la

computadora, (Lorente Polaino Aquilino, 2015) menciona que el arribo de las computadoras al ámbito profesional, familiar y su posterior generalización en la sociedad entera, constituye una revolución cultural que afecta en forma positiva el despliegue de la vida humana. Ninguna investigación se concibe ya sin su uso.

Lo mismo puede afirmarse de empresas, hospitales, periódicos e incluso los gobiernos de las naciones. Tampoco la psiquiatría escapa a esta poderosa necesidad. En esta investigación el vicio a las computadoras no afecta de forma positiva si no de forma negativa, debido a que los adolescentes ya no realizan investigaciones de libros sino solo se dejan guiar por la internet, además de que ya no se preocupan por una adecuada ortografía sino que ahora todo se lo dejan al corrector automático.

Otra conducta autodestructiva frecuente en los adolescentes de esta población de Xalatlaco es no acatar reglas (Portal PijamaSurf, 2013) el cual da a conocer que desde muy pequeños los padres los enseñan a sus hijos; que existen límites los cuales deben respetar para lograr una sana convivencia con los integrantes de la familia y con las personas que están a su alrededor. Cabe mencionar que hoy en día los adolescentes ya no respetan las reglas, ni se les inculcan estas por lo cual cuando llegan a las instituciones educativas y, es complicado lidiar con las reglas que ya están establecidas.

En 2005 y 2011 en el Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”, en la Ciudad de México, se elaboró una investigación la cual dio a conocer que la conducta autodestructiva más frecuente es el cutting, en esta investigación no coinciden los datos debido a que las conductas autodestructivas más frecuentes son los vicios digitales y no respetar reglas.

# **CAPÍTULO VIII: CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS**

## **8.1 Conclusiones**

Al termino del estudio se concluye que cuando la autoestima de los adolescentes es alta hay menor riesgo que efectúen conductas autodestructivas directas, con el instrumento de autoestima de Coopersmith se pudieron evaluar distintas áreas relacionadas con la autoestima como la escala escolar que trato principalmente en su relación con sus iguales de edad y de formación académica, esta área mostró como se sienten y que niveles de autoestima presentan, la escala familiar mostro como se relaciona el adolescente con su familia, finalmente la escala general que engloba su estado de ánimo en relación a todo su entorno.

El estudio realizado en la Escuela Preparatoria Oficial No. 26 mostró que de los 36 alumnos 30 gozan de una autoestima muy alta y 6 de una autoestima alta.

En la aplicación del curso-taller las conductas autodestructivas más frecuentes son indirectas las cuales son inconscientes y provocarán un daño a largo plazo siempre y cuando la repetición de estas sea constante y con un aumento de intensidad, sin embargo si el adolescente se hace consciente de la conducta que está realizando como se aplicó en el curso-taller se lograra la eliminación de esta conducta, de esta forma a largo plazo no repercutirían sus comportamientos en su vida diaria.

En esta población de adolescentes se observa claramente que después de la aplicación del curso-taller hubo un cambio, beneficiando así a los alumnos debido a que ahora ellos conocen más acerca de la autoestima reduciendo de esta forma su



conducta autodestructiva indirecta, identificada en un inicio del curso y los riesgos a los que están expuestos día a día.

Por lo cual se puede ver claramente la importancia de la autoestima alta en los adolescentes y los beneficios que tendrán para su bienestar emocional y su desarrollo personal, por otra parte se ven los riesgos a los que están expuestos los adolescentes con autoestima baja.

## **8.2 Sugerencias**

Con base a los resultados obtenidos del estudio realizado en la Escuela Preparatoria Oficial No.26, se sugiere la aplicación constante del curso-taller realizado en esta investigación, debido al impacto causado en los alumnos y la utilidad que se tiene del mismo, con este los alumnos aprenden principalmente que es la autoestima y la gran importancia que tiene en su vida diaria, por otra parte conocer las conductas autodestructivas y hacer consciente al adolescente de las C.A que esta presentado de esta forma podrá realizar un cambio en su persona el cual será para su propio beneficio.

Los talleres se podrán aplicar en las horas libres o bien, en sus horas clase, se recomienda tener dinamismo en los temas dados, debido a la inquietud que presentan los adolescentes los cuales obtienen un conocimiento significativo cuando los temas son de su interés.

Las sesiones deben ser constantes, de por lo menos dos veces por semana con una duración de 50 minutos cada una y con un máximo de una hora diaria, para que de este modo se obtenga un cambio gradual en sus conductas de cada adolescente.

Permitir que los adolescentes sean partícipes del curso-taller manteniendo un respeto para dar sus puntos de vista de cada participante.

Contar con una lista de asistencia esta permitirá un mayor control de la asistencia para realizar estudios posteriores con los adolescentes que tengan los criterios de inclusión asignados.

Finalmente, se recomienda a los profesionales en la salud mental que le den más relevancia al tema de la autoestima, además de implementar sesiones individuales para cada adolescente; para que de esta forma se obtengan datos más concretos de cada uno de ellos, por otra parte se recomienda un seguimiento con los adolescentes que presentan conductas autodestructivas que están afectado el funcionamiento físico y mental en su vida diaria.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Allport, F. H. (1924). *Social Psychology*. Boston, Estados Unidos. Houghton-Mifflin
2. Brooks, F. (1959). *Psicología de la adolescencia*. Argentina. Mc Graw-Hill.
3. Brukner. (1975). *Der dramalike ferdinad*. Michigan. A. kummele.
4. Campos, A.(2005). *El cuerpo humano: La construcción de la libertad*. México. Brouwer.
5. Casillas, A y Clark, A. (2002). *Dependencia e impulsividad*. New York, USA. Mc Graw-Hill.
7. Charles, E. (2012). *Fundamentos de la terapia de juego*. E.U. Manual
8. Claes, L., Vandereycken W, Vertommen H. (2007). *Self-injury in female versus male psychiatric patients: a comparison of characteristics, psychopathology and aggression regulation. Personality and Individual differences*. Estados Unidos. Mcgraw-hill.
9. Clemente, M y González, A. (1996). *Suicidio una alternativa social*. Madrid. Biblioteca nueva.
10. Coopersmith, S. (1967). *The antecedents of self-esteem. A factor analytic study educational and psychological measurement*. San Francisco. McGraw-Hill.
11. Dulanto. (2000).*El adolescente*. México. McGraw-hill
12. Epsein, Seymor. (1995). *Inventario de pensamiento constructivo: una medida de la inteligencia emocional*. Madrid.TEA.
13. Arnold, Gesell. (1958). *El niño de 1 a 16 años*. Buenos Aires. Paidós.
14. Farberow, N. (1998). *Las mini fases del suicida*. Nueva York, Estados Unidos. Mc Graw-Hill.
15. Freud, S. (1920). *Más allá del principio del placer*. Buenos Aires, Argentina. Amorrortu.

16. Garcia, Ramón y Cross. (1992). *Diccionario del español moderno*. E.U. Cherbo.
17. Gesell, A. (1958). *El adolescente de 10 a 16 años*. Argentina. Paidós.
18. Hall, Jennie. (1911). *La historia del adolescente*. Chicago. Kessinger.
19. Harrocks, J. (1986). *Psicología de la adolescencia*. México. Trillas.
20. Herranz, Carmen. (1999). *Cutting*. Madrid España. Paidós.
21. Hualde A. (1991). *Pastoral juvenil*. Bogotá, Colombia. Paulinas.
22. Lorente, P. (2015). *Familia y autoestima*. Madrid España. Rialp.
23. Marcelli, D. (1986). *Psicopatología del adolescente*. Barcelona. Masson.
24. Ausubel, D., Novak, J. y Hanesian, H. (2000). *Psicología educativa: un punto de vista cognoscitivo*. México .Trillas
25. Morris, C. (1992). *Psicología. Un nuevo enfoque*. México. Prentice Hall.
26. Morris, Rosenerg. (2000). *Psicología social*. Estados Unidos. Revised.
27. Myers, David. (2000). *Psicología social*. Bogotá. McGraw-Hill.
28. Oz, U. (2015). *Adolescencia sana*. México. Bookbabi.
29. Palmer, S. (2007). *Suicide: Strategies and Interventions for reduction and prevention*. New York. Routledge.
30. Papalia, Diane E. (2001). *Desarrollo Humano*. México. McGraw Interamericana.
31. Pascual, E. (2006). *Larousse diccionario enciclopédico*. México. Larousse
32. Rice, Philip. (2000). *Adolescencia*. Madrid. Prentice Hall.
33. Rodewalt, f., Tragakis, M. (2003). *Self-esteem and self-regulation*. Estados Unidos. Mcgraw-hill.
34. Rodríguez, I. (1997). *Técnicas de la investigación documental*. México. Trillas.
35. Ausubel. (2000). *Niñez y adolescencia*. Estados Unidos. Horne.

36. Rosslos, C. (1991). *Los chicos no lloran: el sexismo en la educación*. Barcelona. Paidós.
37. Widlöcher, D. (1994). *La pulsión de muerte*. Buenos Aires, Argentina. Amorroutu.
38. Admin. (2015). *Consecuencias del uso excesivo del celular*. Aristegui noticias.
39. Castro, Luis. (2015). *Los riesgos de realizar sexting*. Artículos en español.
40. Memerari, Roberto. (2002). *El modelo de la terapia cognitivo-conductual*. Republica de Panama.
41. Sanz, Elena. (2015). *Sexting*. Artículo muy interesante.
42. Strang, Ruth. (2008). *Artículo de online*.
43. Urrejoa, Pascuala. (2015). *Curso de salud y desarrollo del adolescente*. Chile.
44. Vargas, C. (2014). *Artículo del excelsior*. Guadalajara. Clínica del IMSS.
45. Beck, A. (1983). *Terapia cognitiva de la depresión*. México. Brouwer.
46. Beck, A.T., Rush, A., Shaw, B. y Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York .Guilford Press.
47. Betancourt, A. (2007). *El taller educativo*. Bogotá Colombia. Magisterio.
48. Branden, Nathaniel. (1998). *Como mejorar su autoestima*. Barcelona. Paidós.
49. Breton, Andre. (2003). *Diccionario abreviado del surrealismo*. Madrid. Sirvela.

### **CIBERGRAFÍA**

1. <http://www.liderazgoymercadeo.com>.
2. <https://psicologosenlinea.net/23-definicion-de-autoestima-conceptos-de-autoestima-segun-diferentes-autores-y-abraham-maslow.html>
3. <http://www.aulafacil.com/cursos/5972psicologia/psicologia/la-autoestima-psicologia/elementos-ligados-a-la-autoestima>.

## **ANEXOS**



**UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA  
IBEROAMERICANA S. C.  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA  
ANEXO 1**

El siguiente cuestionario tiene un fin didáctico, los datos que escribas se manejarán de forma confidencial.

Cualquier duda pregunta al aplicador.

**1. Datos generales**

Nombre:    Edad:    Sexo:

Ocupación:    Escolaridad:

Domicilio:

Religión:

Estado civil:    Fecha de nacimiento:    Teléfono:

**2. Anamnesis**

Mencióname las personas con las que más te gusta estar.

Nombre	Parentesco	Edad	Ocupación	Escolaridad	Características	Sentimiento	Relación

### 3. Cuadro Clínico

¿Alguna vez te has herido, cortado, intoxicado o hecho daño a propósito, con el fin de quitarte la vida?

- A) Una vez
- B) Más de una vez
- C) Nunca lo he hecho

¿Qué pasó esa o esas veces que te hiciste daño a propósito con el fin de quitarte la vida?

- A) Solo lo pensé
- B) Estuve a punto de hacerlo
- C) Lo hice
- D) Nunca lo he hecho

¿Cuántas veces te has herido, cortado, intoxicado o hecho daño a propósito, con el fin de quitarte la vida?

- A) Nunca lo he hecho
- B) Número de veces \_\_\_\_

¿Qué edad tenías la primera vez o única vez que te hiciste daño a propósito, con el fin de quitarte la vida?

- A) Nunca lo he hecho
- B) Tenía \_\_\_\_\_ años

¿Qué edad tenías la última vez que te hiciste daño a propósito, con el fin de quitarte la vida?

- A) Nunca lo he hecho
- B) Tenía \_\_\_\_\_ años
- C) Solo lo hice una vez



Esa última vez que te hiciste daño con el fin de quitarte la vida a propósito, ¿qué sentías?

- A) No quería morir, quería seguir viviendo
- B) No me importaba si vivía o moría
- C) Quería dejar de vivir
- D) Nunca lo he hecho

La última vez o única vez que te hiciste daño a propósito con el fin de quitarte la vida ¿Qué te motivó a hacerlo?

---

---

Puedes marcar más de una opción

- A) Problemas familiares
- B) Problemas con mi novio(a) o pareja
- C) Problemas con mis amigos(as)
- D) Sentirme solo(a), triste o deprimido(a)
- E) Problemas en la escuela
- F) Incomprensión o falta de cariño de mi familia
- G) Problemas personales
- H) Por querer llamar la atención
- I) Porque se murió alguien a quien he querido mucho
- J) Porque han abusado sexualmente de mi
- K) Otra razón
- L) Nunca lo he hecho

Por favor, describe con más detalle el motivo por el cual lo hiciste la última o única vez, en caso de que hayas elegido alguna opción de las anteriores.

Anota tu respuesta en las líneas.

---

---

La última vez o única vez que te hiciste daño a propósito con el fin de quitarte la vida  
¿Cómo lo hiciste?

Puedes marcar más de una opción

- A) Tomé pastillas o medicamentos
- B) Me corté con un objeto filoso
- C) Me disparé con un arma de fuego
- D) Traté de ahorcarme o asfixiarme
- E) Tomé veneno
- F) Me intoxicqué con drogas
- G) Me aventé de una parte alta hacia el piso
- H) Dejé de comer
- I) Me aventé al tránsito
- J) Lo hice de otra forma
- K) Nunca lo he hecho.

Por favor, describe con más detalle la forma como lo hiciste la última o única vez

Anota tu respuesta en las líneas

---

---

Nunca lo he hecho

Esa última o única vez ¿para qué lo hiciste?

Anota tu respuesta en las líneas

---

Nunca lo he hecho

---

#### 4. Factores desencadenantes

Factor asociado	Descripción
Familia	
Pareja	
Amistades	
Escuela	
Trabajo	
Salud física	

1 ¿Conoces la definición de conducta autodestructiva?, ¿Cuál es?

---

---

2 ¿Para ti qué es la autoestima?

---

---

3 ¿Si llegaras a sufrir malestar emocional, a quien acudirías?

- A) Amigos
- B) Padres
- C) Hermanos
- D) Maestros
- E) Psicólogo

4 ¿Consideras estar feliz?

- A) Si
- B) No

Porque

---

5 ¿Cómo te sientes con tu familia?

- A) Feliz
- B) Triste
- C) Presionado
- D) Me dan igual

6 ¿Te consideras una persona importante?

- A) No
- B) Si

Porque

---

7 ¿En qué piensas cuando estas triste?

- A) Matarme
- B) Hacerme daño
- C) Realizar otras actividades para estar mejor

8 ¿Tienes respuestas positivas, cuando se te presenta algún conflicto en tu vida?

- A) Si
- B) No

Cuales

---

---

9 ¿Acudirías al psicólogo?

- A) No, considero sea la solución
- B) Sí, me ayudaría

10 ¿Qué actividades te hacen sentir feliz?

---

---

11 ¿Quién crees que sea el responsable de tu felicidad?

- A) Mis padres
- B) Mis amigos
- C) Mis conocidos
- Yo

12 ¿Del 1 al 10 cuál es tu nivel de felicidad, donde uno es un nivel bajo y 10 el nivel más alto?

---

---

13 ¿Crees que tú eres el responsable de tu felicidad?

- A) Si
- B) No

Porque

---

14 ¿Qué conductas destructivas conoces?

---

---

15 ¿Qué metas tienes a corto plazo?

---

---

16 ¿Qué metas tienes a largo plazo?

---

---

17 ¿Con quién quisieras estar a largo plazo?

- A) Con mis padres
- B) Con mis amigos
- C) Con una pareja
- D) Solo(a)

18 ¿Te gusta lo que estás haciendo en esta etapa de tu vida?

- A) Si
- B) No

Porque

---

19 ¿Te sientes bien contigo mismo?

- A) Si
- B) NO

Porque

---

20 ¿Cuál es tu reacción cuando te enojas?

---

---

21 ¿Quiénes son responsables de tu enojo?

- A) Mis padres
- B) Mis amigos
- C) Mi familia
- D) Mis conocidos
- E) Yo mismo

22 ¿Qué es la tolerancia a la frustración?

---

---

23 ¿Qué es una conducta?

---

---

24 ¿Cuándo te ocurren problemas sabes cómo resolverlos?

A) Si

B) No

25 ¿Qué conductas consideras que le hacen daño a tu persona? (puedes elegir más de una).

A) Comer en exceso

B) Cuting(córtame en alguna parte de mi cuerpo)

C) Vomitar

D) Beber alcohol

E) Drogarme

F) Pelearme



## ANEXO 2

### Inventario de autoestima de Cooper Smith

#### Instrucciones:

Aquí hay una serie de declaraciones. Responde a cada declaración del modo siguiente.

Si la declaración describe cómo te sientes usualmente pon una X en el paréntesis correspondiente en la columna debajo de la frase igual que yo (columna A) en la hoja de respuestas. Si la declaración no describe cómo te sientes usualmente pon una X en el paréntesis correspondiente a la columna debajo de la frase distinto de mí (columna B) en la hoja de respuesta.

No hay respuestas buenas o malas, correctas o incorrectas. Lo que interesa es solamente conocer lo que es habitualmente sientes o piensas.

Ejemplo: Me gustaría comer helados todos los días.

Si te gustaría comer helados todos los días, pon una X en el paréntesis debajo de la frase igual a mí. Si fuera lo contrario pon la X en el paréntesis debajo de la frase distinto a mí.

1. Paso mucho tiempo soñando despierto.
2. Estoy seguro de mí mismo.
3. Deseo frecuentemente ser otra persona.
4. Soy simpático.
5. Mis padres y yo nos divertimos mucho juntos.
6. Nunca me preocupo por nada.
7. Me da vergüenza pararme frente al curso para hablar.

8. Desearía ser más joven.
9. Hay muchas cosas de mi mismo que cambiaría si pudiera.
10. Puedo tomar decisiones fácilmente.
11. Mis amigos gozan cuando están conmigo.
12. Me incomodo en casa fácilmente.
13. Siempre hago lo correcto.
14. Me siento orgulloso de mi trabajo en el colegio.
15. Tengo siempre que tener a alguien que me diga lo que tengo que hacer.
16. Me toma mucho tiempo acostumbrarme a cosas nuevas.
17. Frecuentemente me arrepiento de las cosas que hago.
18. Soy popular entre mis compañeros de mi misma edad.
19. Usualmente mis padres consideran mis sentimientos.
20. Nunca estoy triste.
21. Estoy haciendo el mejor trabajo que puedo.
22. Me doy por vencido fácilmente.
23. Usualmente puedo cuidarme a mí mismo.
24. Me siento suficientemente feliz.
25. Preferiría jugar con niños menores que yo.
26. Mis padres esperan demasiado de mí.
27. Me gustan todas las personas que conozco.
28. Me gusta que el profesor me interroge en clases.
29. Me entiendo a mí mismo.
30. Me cuesta comportarme como en realidad soy.
31. Los demás niños casi siempre siguen mis ideas.
32. Las cosas en mi vida están muy complicadas.
33. Nadie me presta mucha atención en casa.
34. Nunca me regañan.
35. No estoy progresando en la escuela como me gustaría.
36. Puedo tomar decisiones y cumplirlas.

37. Realmente no me gusta ser un niño(a).
38. Tengo una mala opinión de mí mismo.
39. No me gusta estar con otra gente.
40. Muchas veces me gustaría irme de casa.
41. Nunca soy tímido.
42. Frecuentemente me incomoda el colegio.
43. Frecuentemente me avergüenzo de mí mismo.
44. No soy tan bien parecido como otras personas.
45. Si tengo algo que decir, usualmente lo digo.
46. A los demás les da lo mismo que estés o no presente.
47. Mis padres me entienden.
48. Siempre digo la verdad.
49. Mis profesores me hace sentir que no soy gran cosa.
50. A mí no me importa lo que me pasa.
51. Soy un fracaso.
52. Me incomodo fácilmente cuando me regañan.
53. Las otras personas son más agradables que yo.
54. Usualmente siento que mis padres esperan más de mí.
55. Siempre sé que decir a otra persona.
56. Frecuentemente me siento desilusionado de la escuela.
57. Generalmente las cosas no me importan.
58. No soy una persona confiable para que otros dependan de mí.

## Inventario de autoestima de CooperSmith

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Colegio: \_\_\_\_\_ Curso: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

	Igual que yo	Distinto a mí		Igual que yo	Distinto a mí
1			30		
2			31		
3			32		
4			33		
5			34		
6			35		
7			36		
8			37		
9			38		
10			39		
11			40		
12			41		
13			42		
14			43		
15			44		
16			45		
17			46		

<b>18</b>			<b>47</b>		
<b>19</b>			<b>48</b>		
<b>20</b>			<b>49</b>		
<b>21</b>			<b>50</b>		
<b>22</b>			<b>51</b>		
<b>23</b>			<b>52</b>		
<b>24</b>			<b>53</b>		
<b>25</b>			<b>54</b>		
<b>26</b>			<b>55</b>		
<b>27</b>			<b>56</b>		
<b>28</b>			<b>57</b>		
<b>29</b>			<b>58</b>		

## ANEXO 3

### ACTIVIDAD No. 1

<b>NOMBRE DEL PROGRAMA: “ANALIZAR EL AUTOESTIMA Y LAS CONDUCTAS AUTODESTRUCTIVAS EN ADOLESCENTES”</b>	
<b>INSTRUCTOR: YANELI RODRIGUEZ ARRATIA</b>	
<b>OBJETIVO GENERAL:</b> Presentación general e historia clínica	
<b>OBJETIVO ESPECÍFICO:</b> Lograr un adecuado rapport con los participantes	
<b>FECHA:</b> 26 de Octubre del 2015	<b>DURACIÓN:</b> 50 minutos
<b>TEMAS:</b> Presentación e historia clínica	<b>TÉCNICA DIDÁCTICA:</b> Historia clínica

### RECURSOS Y MATERIALES

Historia clínica, previamente elaborada

Sillas

Mesas

Lapiceros

Espacio amplio

Pelota de plástico

## **DESARROLLO**

- 1- En esta primera etapa se elabora una dinámica en la cual el instructor toma una pelota de plástico y realiza su presentación personal, mencionando su color favorito, posteriormente se la lanza a otro compañero el cual realiza lo mismo, se continua con esta actividad hasta que todos hayan participado, enseguida se les da a conocer de que tratara el curso-taller, como será evaluado y los beneficios que pueden lograr (15 min.)
  
- 2- El instructor solicita a los participantes se coloquen en el espacio que más cómodos se sientan, se les explica que es una historia clínica y cuál es su finalidad (5 min.)
  
- 3- Se entrega a los participantes la historia clínica previamente elaborada por el instructor y se procede a contestar (20 min.)
  
- 4- Finalmente se recogen las historias clínicas, y se hacen comentarios de las expectativas que se tienen para el curso-taller (10 min.)

## ACTIVIDAD No. 2

<b>NOMBRE DEL PROGRAMA: “ANALIZAR EL AUTOESTIMA Y LAS CONDUCTAS AUTODESTRUCTIVAS EN ADOLESCENTES”</b>	
<b>INSTRUCTOR: YANELI RODRIGUEZ ARRATIA</b>	
<b>OBJETIVO GENERAL:</b> Aplicación de cuestionario de conocimientos previos	
<b>OBJETIVO ESPECÍFICO:</b> Conocer los conocimientos previos que tiene cada participante acerca de las temáticas abordar en el curso-taller	
<b>FECHA:</b> 29 de Octubre del 2015	<b>DURACIÓN:</b> 50 minutos
<b>TEMAS:</b> Conocimientos previos	<b>TÉCNICA DIDÁCTICA:</b> Cuestionario

### RECURSOS Y MATERIALES

Cuestionario previamente elaborado

Sillas

Mesas

Lapiceros

Espacio amplio



## **DESARROLLO**

- 1- En esta primera etapa se elabora una dinámica en la cual el instructor les pide a los participantes se coloquen en una posición cómoda en sus mismos lugares, posteriormente el instructor les pide cierren los ojos cuando todos lo hayan hecho el comienza a pedirles concentrarse en el aquí y ahora, una vez estando completamente relajados se les pide abran los ojos lentamente, enseguida, comentar que les pareció la actividad (20 min.)
  
- 2- El instructor les pide a los participantes se coloquen en sus lugares correspondientes de forma ordenada para contestar un cuestionario, se les explica que no tendrá repercusiones en sus calificaciones, solo será para saber que fortalezas y debilidades tienen acerca de las temáticas a tratar en el curso-taller (5 min.)
  
- 3- Se entrega a los participantes el cuestionario previamente elaborada por el instructor y se procede a contestar (20 min.)
  
- 4- Finalmente se recogen el cuestionario, y se hacen comentarios de las preguntas que más se les dificultaron contestar (5 min.)

### ACTIVIDAD No. 3

<b>NOMBRE DEL PROGRAMA: “ANALIZAR EL AUTOESTIMA Y LAS CONDUCTAS AUTODESTRUCTIVAS EN ADOLESCENTES”</b>	
<b>INSTRUCTOR: YANELI RODRIGUEZ ARRATIA</b>	
<b>OBJETIVO GENERAL:</b> Aplicación de inventario de Coopersmith	
<b>OBJETIVO ESPECÍFICO:</b> Conocer los niveles de autoestima de cada participante	
<b>FECHA:</b> 4 de Noviembre del 2015	<b>DURACIÓN:</b> 50 minutos
<b>TEMAS:</b> Autoestima	<b>TÉCNICA DIDÁCTICA:</b> Inventario de autoestima de Coopersmith

#### RECURSOS Y MATERIALES

Inventario de autoestima de Coopersmith

Sillas

Mesas

Lapiceros

Espacio amplio

## **DESARROLLO**

- 1-** En esta primera etapa se elabora una dinámica en la cual el instructor les solicita opiniones acerca de la autoestima y la importancia que tiene en su vida diaria (15 min.)
  
- 2-** El instructor les pide a los participantes se coloquen en sus debidos lugares para contestar el inventario de autoestima de Coopersmith, se les da a conocer las instrucciones del instrumento además de aclararles que en este ejercicio no abra respuestas buenas o malas solo será para conocer el nivel de autoestima de cada participante (10 min.)
  
- 3-** Se entrega a los participantes el inventario de autoestima y se procede a contestar (20 min.)
  
- 4-** Finalmente se recogen el inventario, y se hacen comentarios acerca de lo sencillo o difícil que les resulto contestarlo (5 min.)

#### ACTIVIDAD No. 4

<b>NOMBRE DEL PROGRAMA: “ANALIZAR EL AUTOESTIMA Y LAS CONDUCTAS AUTODESTRUCTIVAS EN ADOLESCENTES”</b>	
<b>INSTRUCTOR: YANELI RODRIGUEZ ARRATIA</b>	
<b>OBJETIVO GENERAL:</b> Identificación de conductas autodestructivas	
<b>OBJETIVO ESPECÍFICO:</b> Los participantes identificarán su conducta autodestructiva por medio de la ponencia.	
<b>FECHA:</b> 6 de Noviembre de 2015	<b>DURACIÓN:</b> 50 minutos
<b>TEMAS:</b> Conductas autodestructivas	<b>TÉCNICA DIDÁCTICA:</b> Presentación digital

#### RECURSOS Y MATERIALES

Laptop

Proyector

Aula acondicionada para presentación digital.

Hojas blancas

Lapiceros

## **DESARROLLO**

- 1-** En esta etapa el instructor les pide a los participantes se ubiquen para realizar la proyección de un video referente a las conductas autodestructivas, finalizado el video, se realizan comentarios acerca de lo proyectado (10 min.)
  
- 2-** El instructor solicita su atención de los participantes, para realizar la ponencia acerca de las conductas autodestructivas en la cual se abordara su definición y algunos ejemplos (5 min.)
  
- 3-** Se proyectara la presentación de power point previamente elaborada por el instructor (20 min.)
  
- 4-** Finalmente el instructor, pide que cada participante identifique por lo menos una de sus conductas autodestructivas, se les reparte una hoja en la cual la escribirán junto con su nombre y se les pide que se comprometan a modificarla a lo largo del curso-taller. Al culminar con la actividad se procede a recoger todas las hojas (15 min.)

## ACTIVIDAD No. 5

<b>NOMBRE DEL PROGRAMA: “ANALIZAR EL AUTOESTIMA Y LAS CONDUCTAS AUTODESTRUCTIVAS EN ADOLESCENTES”</b>	
<b>INSTRUCTOR: YANELI RODRIGUEZ ARRATIA</b>	
<b>OBJETIVO GENERAL:</b> Conocer los tipos de conductas autodestructivas	
<b>OBJETIVO ESPECÍFICO:</b> Los participantes conocerán acerca del cutting, problemas alimenticios y violencia en el noviazgo.	
<b>FECHA:</b> 9 de Noviembre de 2015	<b>DURACIÓN:</b> 50 minutos
<b>TEMAS:</b> Cutting, problemas alimenticios y violencia en el noviazgo	<b>TÉCNICA DIDÁCTICA:</b> Presentación digital

### RECURSOS Y MATERIALES

Laptop

Proyector

Aula acondicionada para presentación digital.

### DESARROLLO

- 1- En esta etapa el instructor les solicita a los participantes se ubiquen para realizar la proyección de un video referente al cutting, finalizado el video se piden comentarios acerca de lo proyectado (10 min.)

- 2- El instructor les pide a los participantes alejarse de todo aquello que pueda distraerlos en la presentación para realizar la ponencia acerca del cutting, la violencia en el noviazgo y los problemas alimenticios en la cual se abordará su definición y algunos ejemplos (5 min.)
  
- 3- Se realiza la proyección de power point y los videos que ejemplifican la temática previamente elaborados por el instructor (20 min.)
  
- 4- Finalmente el instructor les da otros ejemplos de la temática vista y les pide realicen comentarios acerca de quien se identificó con algún ejemplo (15 min.)

## ACTIVIDAD No. 6

<b>NOMBRE DEL PROGRAMA: “ANALIZAR EL AUTOESTIMA Y LAS CONDUCTAS AUTODESTRUCTIVAS EN ADOLESCENTES”</b>	
<b>INSTRUCTOR: YANELI RODRIGUEZ ARRATIA</b>	
<b>OBJETIVO GENERAL:</b> Conocer los tipos de conductas autodestructivas	
<b>OBJETIVO ESPECÍFICO:</b> Los participantes conocerán acerca de los vicios digitales, no respetar reglas, sexting e ideación suicida.	
<b>FECHA:</b> 12 de Noviembre de 2015	<b>DURACIÓN:</b> 50 minutos
<b>TEMAS:</b> Vicios digitales, no respetar reglas, sexting e ideación suicida.	<b>TÉCNICA DIDÁCTICA:</b> Presentación digital

### RECURSOS Y MATERIALES

Laptop

Proyector

Aula acondicionada para presentación digital.

### DESARROLLO

- 1- En esta etapa el instructor les solicita a los participantes se ubiquen para realizar la proyección de los videos referentes al sexting y los vicios digitales finalizado los videos se piden comentarios acerca de lo proyectado (15 min.)



- 2- El instructor les pide a los participantes mantenerse en silencio para realizar la ponencia acerca de los vicios digitales, no respetar reglas, sexting e ideación suicida en la cual se abordara su definición y algunos ejemplos (5 min.)
- 3- Se realiza la presentación de power point previamente elaborada por el instructor (15 min.)
- 4- Finalmente se realiza la proyección de los videos acerca de la ideación suicida y no respetar reglas se les pide realicen comentarios acerca de los videos expuestos (15 min.)

## ACTIVIDAD No. 7

<b>NOMBRE DEL PROGRAMA: TALLER DE TOLERANCIA A LA FRUSTRACIÓN Y AUTOESTIMA</b>	
<b>INSTRUCTOR: YANELI RODRIGUEZ ARRATIA</b>	
<b>OBJETIVO GENERAL:</b> Integración grupal	
<b>OBJETIVO ESPECÍFICO:</b> Permitir que los miembros del grupo se conozcan. (Aun cuando no se reúnan por primera vez) desde diferentes perspectivas. Permitir la integración de los miembros al grupo.	
<b>FECHA:</b> 16 de Noviembre del 2015	<b>DURACIÓN:</b> 50 minutos
<b>TEMAS:</b> Integración grupal	<b>TÉCNICA DIDÁCTICA:</b> La telaraña

(María de Jesús Gómez Hernández, 2007)

### RECURSOS Y MATERIALES

Una bola de cordel o de lana.

El facilitador da la indicación de que todos los participantes se coloquen de pie, formando un círculo.

## **DESARROLLO**

- a) El facilitador le entrega a uno de ellos la bola de cordel; este tiene que decir su conducta autodestructiva, su beneficio y su perjuicio,
- b) El que tiene la bola de cordel toma la punta del mismo y lanza la bola al otro compañero, quien a su vez debe presentarse de la misma manera. Luego, tomando el hilo, lanza la bola a otra persona del círculo.
- c) La acción se repite hasta que todos los participantes quedan enlazados en una especie de tela de araña.
- d) Una vez que todos se han expresado acerca de su conducta autodestructiva, quien se quedó con la bola debe regresársela aquel que se la envió, repitiendo lo que la persona dijo; este último hace lo mismo, de manera que la bola va recorriendo la misma trayectoria, pero en sentido inverso, hasta regresar al compañero que inicialmente la lanzó.

## ACTIVIDAD No. 8

<b>NOMBRE DEL PROGRAMA: “ANALIZAR EL AUTOESTIMA Y LAS CONDUCTAS AUTODESTRUCTIVAS EN ADOLESCENTES”</b>	
<b>INSTRUCTOR: YANELI RODRIGUEZ ARRATIA</b>	
<b>OBJETIVO GENERAL:</b> Conocer acerca del curso-taller	
<b>OBJETIVO ESPECÍFICO:</b> Los participantes conocerán que es un curso, un taller y un curso-taller	
<b>FECHA:</b> 23 de Noviembre de 2015	<b>DURACIÓN:</b> 50 minutos
<b>TEMAS:</b> Curso, taller y curso-taller	<b>TÉCNICA DIDÁCTICA:</b> Presentación digital

### RECURSOS Y MATERIALES

Laptop

Proyector

Aula acondicionada para presentación digital.

### DESARROLLO

- 1- En esta etapa el instructor les solicita a los participantes su opinión acerca de los temas expuestos anteriormente, enseguida se les pide se ubiquen para realizar la proyección del video “la importancia del curso-taller”, finalmente se dan a conocer los puntos de vista de cada participante (15 min.)

- 2- El instructor les pide a los participantes mantenerse en su respectivo lugar para realizar la ponencia acerca de las definiciones y los ejemplos más representativos de curso, taller y curso-taller (5 min.)
- 3- Se realiza la presentación de power point previamente elaborada por el instructor (15 min.)
- 4- Finalmente se realiza una sesión de preguntas y respuestas en la cual se resolverán todas las dudas que llegaran a seguir acerca de la temática expuesta (15 min.)

## ACTIVIDAD No. 9

<b>NOMBRE DEL PROGRAMA: “ANALIZAR EL AUTOESTIMA Y LAS CONDUCTAS AUTODESTRUCTIVAS EN ADOLESCENTES”</b>	
<b>INSTRUCTOR: YANELI RODRIGUEZ ARRATIA</b>	
<b>OBJETIVO GENERAL:</b> Reacción ante una situación frustrante	
<b>OBJETIVO ESPECÍFICO:</b> Conocer la reacción de cada participante ante situaciones frustrantes	
<b>FECHA:</b> 26 de Noviembre de 2015	<b>DURACIÓN:</b> 50 minutos
<b>TEMAS:</b> Tolerancia a la frustración.	<b>TÉCNICA DIDÁCTICA:</b> Mesa de trabajo

### RECURSOS Y MATERIALES

Laptop

Proyector

Bocinas

Aula acondicionada para presentación digital.

Sillas

Mesas

Video de Amanda Todd. (Acercas de una situación frustrante)

## **DESARROLLO**

- 1-** En esta etapa el instructor les solicita a los participantes se ubiquen para proyectarles el video de Amanda Todd (10 min.)
  
- 2-** El instructor les pide a los participantes enumerarse del 1-4 de esta manera se reunirán los unos con los unos y así hasta completar los 4 equipos, finalmente cada equipo se ubicara en una mesa para dar sus puntos de vista acerca del video proyectado (10 min.)
  
- 3-** El instructor pide a los equipos 1 y 2 den su punto de vista acerca del tema y al 3 y 4 la solución que le darían al conflicto del video presentado (20 min.)
  
- 4-** Finalmente se realizan comentarios generales acerca del caso de Amanda Todd, y se les pide regresen a sus lugares correspondientes (10 min.)

## ACTIVIDAD No. 10

<b>NOMBRE DEL PROGRAMA: “ANALIZAR EL AUTOESTIMA Y LAS CONDUCTAS AUTODESTRUCTIVAS EN ADOLESCENTES”</b>	
<b>INSTRUCTOR: YANELI RODRIGUEZ ARRATIA</b>	
<b>OBJETIVO GENERAL:</b> Relajación	
<b>OBJETIVO ESPECÍFICO:</b> Reducir los niveles de ansiedad, en grupo y lograr un ambiente más relajado en el grupo.	
<b>FECHA:</b> 30 de Noviembre de 2015	<b>DURACIÓN:</b> 50 minutos
<b>TEMAS:</b> Ansiedad y relajación	<b>TÉCNICA DIDÁCTICA:</b> Relajación

(María de Jesús Gómez Hernández 2007)

### RECURSOS Y MATERIALES

Espacio amplio

### DESARROLLO

a) El facilitador comenzará a decir con tono de voz suave. "Aflojen los músculos del brazo izquierdo, los músculos del brazo izquierdo comienzan a relajarse poco a poco, se tornan blandos, flojos, suaves, sueltos, relajados... poco a poco se van tornando pesados cada vez más pesados...el brazo izquierdo se torna pesado, pesa, pesa más, y más, y más" (15 min.)

b) Cuando el coordinador observe que los miembros del grupo se han concentrado y relajado, y así sucesivamente para cada pierna, el tronco, etcétera (10 min.)



c) Continúa diciendo: "Todos los músculos del cuerpo están relajados, flojos, los brazos, las piernas, el cuello, los hombros, la espalda, el tronco, el abdomen,...se sientan relajados, tranquilos, agradablemente relajados y tranquilos, cada vez más relajados y tranquilos,... los brazos se van tornando caliente, cada vez más caliente, agradablemente caliente, se tornan pesado, cada vez más pesado, cada vez más pesado, esta sensación de calor y peso se va transmitiendo a las piernas, las piernas se van tornando calientes y pesadas, cada vez más calientes y pesadas, cada vez se sienten más tranquilos, más suaves, agradablemente relajados" (15 min.)

d) Una vez lograda la relajación, el facilitador dirá: "En la medida en que cuente hasta tres, sus músculos se irán recuperando poco a poco, abrirán los ojos y seguirán tranquilos y relajados. Uno, dos y tres" (5 min.)

e) Se realizaran comentarios acerca de la dinámica (5 min.)

## ACTIVIDAD No. 11

<b>NOMBRE DEL PROGRAMA: “ANALIZAR EL AUTOESTIMA Y LAS CONDUCTAS AUTODESTRUCTIVAS EN ADOLESCENTES”</b>	
<b>INSTRUCTOR: YANELI RODRIGUEZ ARRATIA</b>	
<b>OBJETIVO GENERAL:</b> Fomentar la autoestima en la adolescencia	
<b>OBJETIVO ESPECÍFICO:</b> Permitir que los participantes obtengan un concepto más significativo acerca de la autoestima en la adolescencia.	
<b>FECHA:</b> 4 de Diciembre de 2015	<b>DURACIÓN:</b> 50 minutos
<b>TEMAS:</b> Autoestima y adolescencia	<b>TÉCNICA DIDÁCTICA:</b> Presentación digital

### RECURSOS Y MATERIALES

Laptop

Proyector

Sillas

Mesas

Aula acondicionada para presentación digital

Lapiceros

Cuestionario acerca de la temática previamente elaborado por el instructor

## **DESARROLLO**

- 1-** En esta etapa el instructor les solicita a los participantes se ubiquen para la proyección de los videos “mi autoestima” y “adolescencia sana”, posteriormente se piden comentarios acerca de lo proyectado (15 min.)
  
- 2-** El instructor les pide a los participantes ubicarse en sus respectivos lugares para que se les facilite ver la proyección de los temas autoestima y adolescencia sana de los cuales se abordaran definiciones y ejemplos de la vida diaria (5 min.)
  
- 3-** Se realiza la presentación de power point previamente elaborada por el instructor acerca de autoestima y adolescencia sana (15 min.)
  
- 4-** Finalmente se realiza un cuestionario acerca de las temáticas expuestas en esta sesión (15 min.)

## ACTIVIDAD No. 12

<b>NOMBRE DEL PROGRAMA: “ANALIZAR EL AUTOESTIMA Y LAS CONDUCTAS AUTODESTRUCTIVAS EN ADOLESCENTES”</b>	
<b>INSTRUCTOR: YANELI RODRIGUEZ ARRATIA</b>	
<b>OBJETIVO GENERAL:</b> Fomentar la autoimagen	
<b>OBJETIVO ESPECÍFICO:</b> Compartir características personales y desarrollar la autoimagen para fomentar la expresión oral.	
<b>FECHA:</b> 7 de Diciembre de 2015	<b>DURACIÓN:</b> 50 minutos
<b>TEMAS:</b> Autoestima, autoimagen y adolescencia	<b>TÉCNICA DIDÁCTICA:</b> El retrato

(María de Jesús Gómez Hernández 2007)

### RECURSOS Y MATERIALES

Fotografías que reflejan diferentes cosas: objetos, personas, paisajes, actividades, etcétera, de preferencia en colores, pegadas cada una a un cartoncillo.

### DESARROLLO

#### 1er. Momento:

El instructor distribuirá, sobre una mesa, un número mayor que el de los representantes, de tarjetas en las que aparezcan distintas imágenes (dibujos o ilustraciones) no figurativas, y pedirá a los presentes que elijan una que simbolice sus virtudes y otra que represente sus defectos (15 min.)

#### 2do. Momento:

El docente hará que los integrantes del grupo se distribuyan en círculos o semicírculo.

Luego le propondrá que cada uno, por turno, explique porque eligió esas tarjetas para aclarar más la situación, ayudara con algunos de los siguientes interrogantes, ¿Qué aspecto tuyo viste en esa tarjeta? ¿Cuáles son tus Virtudes? ¿Y tus defectos? ¿Quién eres? ¿Cómo te llamas? ¿Cuántos años tienes? ¿Qué es lo que más te gusta? ¿Qué es lo que no te gusta? (15 min.)

### **3er. Momento:**

Se invitara a los participantes a dibujar su propio retrato en una hoja y a escribir sus datos y características más importantes (5 min.)

### **4to. Momento:**

Cada participante presentara su retrato y entre todos los integrantes del grupo construirán un collage con el título Nuestros Retratos.

Es importante que el coordinador asuma el rol de participante presentándose y efectuando su propio retrato (15 min.)

### ACTIVIDAD No. 13

<b>NOMBRE DEL PROGRAMA: “ANALIZAR EL AUTOESTIMA Y LAS CONDUCTAS AUTODESTRUCTIVAS EN ADOLESCENTES”</b>	
<b>INSTRUCTOR: YANELI RODRIGUEZ ARRATIA</b>	
<b>OBJETIVO GENERAL:</b> Elevar el autoestima	
<b>OBJETIVO ESPECÍFICO:</b> Con ayuda de sus compañeros de clase, el adolescente, identificará sus fortalezas y debilidades	
<b>FECHA:</b> 10 Diciembre de 2015	<b>DURACIÓN:</b> 50 minutos
<b>TEMAS:</b> Fortalezas, debilidades y autoestima	<b>TÉCNICA DIDÁCTICA:</b> Fortalezas y debilidades

#### RECURSOS Y MATERIALES

Hojas blancas tamaño carta

Marcadores

Cinta

#### DESARROLLO

- 1- En esta etapa el instructor le pregunta a cada participante el avance de la modificación de su conducta autodestructiva, posteriormente se le proporcionará a cada participante hojas blancas, marcador y diurex.(15 min.)
- 2- El instructor les pide a los participantes mantenerse en su respectivo lugar para realizar la siguiente actividad que consiste en doblar la hoja en forma horizontal y colocar de lado derecho el signo “+”, el cual indica sus fortalezas y de lado izquierdo “-”, el que indica sus debilidades (15 min.)
- 3- Una vez reunido el comentario de cada participante, leerá sus fortalezas y debilidades, que sus compañeros ven en su persona (10 min.)
- 4- Finalmente se realizan comentarios acerca de la dinámica realizada (10 min.)

## ACTIVIDAD No. 14

<b>NOMBRE DEL PROGRAMA: “ANALIZAR EL AUTOESTIMA Y LAS CONDUCTAS AUTODESTRUCTIVAS EN ADOLESCENTES”</b>	
<b>INSTRUCTOR: YANELI RODRIGUEZ ARRATIA</b>	
<b>OBJETIVO GENERAL:</b> Elevar el autoestima	
<b>OBJETIVO ESPECÍFICO:</b> Por medio del video el circo de la mariposa elevaran su autoestima a pesar de las adversidades.	
<b>FECHA:</b> 14 de Diciembre de 2015	<b>DURACIÓN:</b> 50 minutos
<b>TEMAS:</b> Autoestima	<b>TÉCNICA DIDÁCTICA:</b> Presentación digital

### RECURSOS Y MATERIALES

Laptop

Proyector

Bocinas

Video “el circo de la mariposa”

Aula acondicionada para presentación digital.

## **DESARROLLO**

- 1-** En esta etapa el instructor les solicita a los participantes su atención para proyectar el video el circo de la mariposa (25 min.)
  
- 2-** El instructor les pide a los participantes reunirse en equipos de 5, con los compañeros que menos conviven (5 min.)
  
- 3-** Una vez formados los equipos, se les solicita dar su opinión acerca del video proyectado (15 min.)
  
- 4-** Finalmente se realizan los comentarios finales acerca de la actividad realizada en esta sesión (5 min.)



## ACTIVIDAD No. 15

<b>NOMBRE DEL PROGRAMA: “ANALIZAR EL AUTOESTIMA Y LAS CONDUCTAS AUTODESTRUCTIVAS EN ADOLESCENTES”</b>	
<b>INSTRUCTOR: YANELI RODRIGUEZ ARRATIA</b>	
<b>OBJETIVO GENERAL:</b> Evaluación de las conductas autodestructivas	
<b>OBJETIVO ESPECÍFICO:</b> Evaluar a cada participante la modificación de su conducta autodestructiva y la relación con su autoestima.	
<b>FECHA:</b> 16 de Diciembre de 2015	<b>DURACIÓN:</b> 50 minutos
<b>TEMAS:</b> Conducta y autoestima	<b>TÉCNICA DIDÁCTICA:</b> Mesa de dialogo

### RECURSOS Y MATERIALES

Listas de los participantes

Lapiceros

Cuadro de evaluación continúa

Espacio amplio

Mesas

Sillas

## **DESARROLLO**

- 1- En esta etapa el instructor les solicita a los participantes guardar silencio y ubicarse en sus respectivos lugares para pasar lista (10 min.)
  
- 2- El instructor les pide a los participantes ir pasando de acuerdo al número de lista que les corresponde de forma ascendente, para realizar la evaluación de la modificación su conducta autodestructiva (25 min.)
  
- 3- En esta etapa se les solicita a los participantes formar un círculo, para llevar a cabo una mesa de diálogo acerca de la modificación de sus conductas autodestructivas (5 min.)
  
- 4- Finalmente se realizan los comentarios acerca de la actividad realizada y los logros obtenidos (10 min.)

## ACTIVIDAD No. 16

<b>NOMBRE DEL PROGRAMA: “ANALIZAR EL AUTOESTIMA Y LAS CONDUCTAS AUTODESTRUCTIVAS EN ADOLESCENTES”</b>	
<b>INSTRUCTOR: YANELI RODRIGUEZ ARRATIA</b>	
<b>OBJETIVO GENERAL:</b> Concluir el curso-taller	
<b>OBJETIVO ESPECÍFICO:</b> Finalizar el curso-taller, por medio de un cuestionario que evaluara los conocimientos obtenidos a lo largo de este proceso.	
<b>FECHA:</b> 18 de Diciembre de 2015	<b>DURACIÓN:</b> 50 minutos
<b>TEMAS:</b> Autoestima, conductas autodestructivas y adolescentes	<b>TÉCNICA DIDÁCTICA:</b> Cuestionario

### RECURSOS Y MATERIALES

Cuestionario de evaluación, previamente elaborado por el instructor

Sillas

Mesas

Lapiceros

### DESARROLLO

- 1- En esta etapa el instructor les solicita a los participantes su opinión acerca de los temas expuestos en el transcurso del curso-taller (10 min.)
- 2- El instructor les pide a los participantes mantenerse en su respectivo lugar para realizar la aplicación de un cuestionario que evaluara sus conocimientos adquiridos en el curso-taller (5 min.)
- 3- Se realiza la lectura de las instrucciones del cuestionario y se procede a contestarlo (20 min.)
- 4- Finalmente se realiza comentarios y sugerencias acerca del curso-taller en general (15 min).



**UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA  
IBEROAMERICANA S. C.**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**ANEXO 4**

**Contesta las siguientes preguntas, subrayando el inciso con la respuesta de tu elección.**

1 ¿Cuál es la definición de conducta?

- A) Son las acciones voluntarias e involuntarias que realizamos los seres humanos
- B) Las creencias que se tienen
- C) Los sentimientos que sentimos a los demás

2 ¿Define conducta autodestructiva?

- A) Toda acción deliberada, conscientemente o no, que genera daño físico y/o psicológico de diversa magnitud hacia la persona que la está produciendo
- B) Son las acciones voluntarias e involuntarias que realizamos los seres humanos
- C) Destruir nuestro entorno

3 ¿Son conductas donde el individuo ejerce violencia contra sí mismo, el daño es físico y concreto?

A) Conducta autodestructiva

B) Conducta

C) Conducta sociales

4 ¿Tipos de conductas autodestructivas?

A) Falsas y verdaderas

B) Directas e indirectas

C) Conscientes y directas

5 ¿Es cualquier daño realizado por una persona sobre su propio cuerpo sin la intención de suicidarse?

A) Sexting

B) Cutting

C) Suicidio

6 ¿Principales 3 tipos de trastornos en la alimentación?

A) Anorexia, bulimia

B) Comer con exceso

C) Anorexia nerviosa, Bulimia nerviosa, Comer compulsivamente

7 ¿Tienen una imagen distorsionada del cuerpo, que hace que se vean gordas incluso cuando están peligrosamente delgadas?

A) Bulimia nerviosa

B) Anorexia nerviosa

C) Comer compulsivamente

8 ¿Comen excesiva cantidad de alimentos, luego purgan sus cuerpos de los alimentos y las calorías que tanto temen usando laxantes, enemas o diuréticos, vomitando y/o haciendo ejercicio?

- A) Bulimia nerviosa
- B) Anorexia nerviosa
- C) Comer compulsivamente

9 ¿No purgan sus cuerpos del exceso de calorías, puede comenzar con comilonas ocasionales?

- A) Bulimia nerviosa
- B) Anorexia nerviosa
- C) Comer compulsivamente

10 ¿Definición de violencia en el noviazgo?

- A) Toda acción u omisión que daña tanto física, emocional como sexualmente, con el fin de dominar y mantener el control sobre la otra persona.
- B) Golpear a otra persona
- C) Insultar y revisar las cosas personales de mi pareja

11 ¿Quiénes son las principales figuras para inculcarnos reglas?

- A) Maestros
- B) Amigos
- C) Padres

12 ¿Responde a una estrategia para escapar a problemas personales (fracaso escolar, aburrimiento, desengaño afectivo, conflicto con sus padres) o para procurarse cierto alivio de lo que le hace sufrir (tristeza, ansiedad, sentimientos de culpa, aislamiento social, timidez)?

- A) Sexting
- B) Conducta cibernauta
- C) Uso constante del celular

13 ¿Algunos efectos del uso constante del celular?

- A) Dormir mucho, tener amigos de todo el mundo
- B) Síndrome de túnel del carpo, afecta el sueño, problemas en la visión y provoca estrés.
- C) Provoca el sexting

14 ¿Es la definición de sexting?

- A) Sexo
- B) Voz inglesa, acrónimo de *sex* (sexo) y *texting* (escrito, mensaje).
- C) Claves morbosas

15 ¿Aparición de pensamientos cuyo contenido está relacionado con terminar con la propia existencia?

- A) Suicidio
- B) Intento suicida
- C) Ideación suicida

16 ¿Del latín *tolerare* (“soportar”) y hace referencia al nivel de admisión o aprobación frente a aquello que es contrario a nuestra moral?

- A) Tolerancia
- B) Frustración
- C) Tolerancia a la frustración

17 ¿Se trata de un sentimiento desagradable que se produce cuando las expectativas de una persona no se ven satisfechas al no poder conseguir lo pretendido?

- A) Tolerancia
- B) Frustración
- C) Tolerancia a la frustración

18 ¿Capacidad para soportar las situaciones de inferioridad o de “digerir” los fracasos?

- A) Tolerancia
- B) Frustración
- C) Tolerancia a la frustración

19 ¿Definición de autoestima?

- A) Es un concepto, una actitud, un sentimiento, una imagen y está representada por la conducta.
- B) Querermé a mí mismo
- C) Sentirme bien con lo que yo hago

20 ¿Periodo comprendido de los 11 a 20 años, en el cual él sujeto alcanza la madurez biológica y sexual?

- A) Madurez
- B) Adolescencia
- C) Pubertad



21 ¿Algunos actividades para ser un adolescente sano?

A) Fumar, tomar y realizar ejercicio

B) Comer todo lo que se nos antoje y dormir más de 10 horas.

C) Dormir 8 horas, caminar 5 km. Diario, comer vegetales y realizar del sexo una elección.

22 En formato de pregunta abierta, contesta los siguientes puntos acerca del Curso-Taller de Tolerancia a la Frustración y Autoestima para prevenir Conductas Autodestructivas en Adolescentes de la EPO.26.

¿Qué aprendiste del curso-taller?

---

---

¿Qué te gusto más del curso-taller?

---

---

¿Qué es lo que no te gusto del curso-taller?

---

---

¿Qué le agregarías o eliminarías al curso-taller impartido?

---

---

¿Lograste reducir o eliminar tu conducta autodestructiva?

## GLOSARIO

**Adensar:** Concentrar, comprimir.

**Adular:** Halagar a alguien servilmente para ganar su voluntad.

**Alicaído:** Triste, desanimado, sin fuerzas.

**Alucinación:** En psicología, psiquiatría y patología, es el fenómeno patológico en el que el individuo cree percibir estímulos externos que no existen, al contrario no percibe los estímulos que si existen.

**Amenguar:** Disminuir, menoscabar.

**Angustia:** En psicología es la reacción afectiva que se caracteriza por miedo e incertidumbre. Inquietud indeterminada frente a un peligro desconocido.

**Anormalidad:** En psicología se aplica este término a individuos o conductas que se apartan de lo normal. (social, física y biopsicosocial).

**Ansiedad:** Agitación, inquietud, tensión que acompaña algunas enfermedades.

**Arcaicos:** Hipótesis de que algunas conductas individuales y sociales tienen similitudes con las conductas de los primitivos. Se deben a las tendencias latentes que pueden remontar a la historia de la raza.

**Auto-concepto:** Es la opinión o impresión que la gente tiene de sí misma, es su "identidad hipotetizada", la cual se desarrolla a lo largo de muchos años. El auto concepto, es el conjunto de percepciones cognoscitivas y actitudes que la gente tiene acerca de sí misma.

**Autodestructivo:** Destrucción de sí mismo.

**Autoestima:** El valor que cada quien da a sus características, aptitudes y conductas.

**Autolesión:** Lesión que uno mismo se produce.

**Autopercepción:** Es la imagen que se hace el individuo de él mismo cuando se trata de evaluar las propias fuerzas y autoestima.

**Castigo:** Es el medio para rectificar un error o un mal. Puede definirse además como una experiencia molesta que busca principalmente la corrección.

**Cognitivo:** Lo que concierne al conocimiento.

**Cólera:** Enojo muy violento.

**Comilona:** Comidas abundante.

**Comorbilidad:** Es un término médico, acuñado por AR Feinstein en 1970, y que se refiere a dos conceptos: La presencia de uno o más trastornos (o enfermedades) además de la enfermedad o trastorno primario. El efecto de estos trastornos o enfermedades adicionales.

**Comportamiento:** Conducta acción o reacción que un ser vivo manifiesta con respecto al ambiente. En psicología general y experimental, la actividad global de un organismo, considera en sus manifestaciones objetivas, que pueden ser sometidas a un examen sistemático y a mediciones con procedimientos directos.

**Conflicto:** Consciente: Oposición entre impulsos o deseos contradictorios, que por regla general producen tensión emotiva, en ocasiones muy desagradable.

**Consensuar:** Alcanzar un acuerdo entre dos o más personas o asociaciones.

**Constructor:** (Persona) que construye.

**Crisis puberal:** Conflictos que surgen en distintas fases del desarrollo de la vida de una persona. Son frecuentes en la pubertad y condicionan en ocasiones el desarrollo psicológico del individuo.

**Curso:** Es un programa escolar de una determinada disciplina donde se agota el aprendizaje de temas establecidos previamente y que pueden seguir o no para la promoción o aprobación de la misma.

**Cutting:** Es cualquier daño realizado por una persona sobre su propio cuerpo sin la intención de suicidarse.

**Dependencia:** Relación de un individuo con otro o con la sociedad, delos que recibe ayuda por ser presumiblemente incapaz de mantenerse por sí mismo.

**Depresión:** Ánimo triste y melancólico. Estado del que está deprimido. Su origen es psicofisiológico. Suele acompañarle angustia y ansiedad. Su tratamiento es psiquiátrico.

**Detonador:** (Cosa, hecho) Que puede provocar o desencadenar una acción o un proceso.

**Disonancia:** Falta de conformidad o proporción entre algunas cosas.

**Disruptivas:** Es un término que alude a un comportamiento de tipo antisocial de una o varias personas «que se caracteriza por una ruptura muy marcada respecto a las pautas de conducta y valores generales o sociales aceptados, que pueden amenazar la armonía e incluso la supervivencia del grupo» a través de acciones hostiles y provocadoras que incitan a la desorganización de las actividades interpersonales y grupales.

**Disuasivo:** Convencer alguien con razones a cambiar de opinión o desistir de su propósito.

**Eclosión:** Brote, nacimiento, aparición súbita.

**Ególatra:** Culto excesivo de la propia persona.

**Emancipación:** Liberar a alguien de la subordinación o sujeción.

**Emblemático:** Figura simbólica acompañada de una leyenda explicativa.

**Emplazamiento:** Colocación de una cosa en un lugar determinado.

**Enema:** Inyección de una masa líquida en la cavidad recta, a través del orificio del ano, con fines laxantes, terapéuticos o diagnósticos.

**Eros:** Conjunto de las pulsiones de vida en la teoría freudiana.

**Esofagitis:** Inflamación del esófago.

**Estilo socrático:** Es uno de los enfoques educativos más antiguos. Persigue la enseñanza junto al desarrollo del pensamiento crítico. Su principal característica es la eliminación de pretensiones de certeza con el objetivo de animar a una comprensión más profunda de un tema en particular.

**Estrés:** Fenómeno psico-orgánico que conlleva un choque (fisiológico o emocional) seguido de una reacción múltiple. Si no cede mediante un calmante, es necesario que el paciente sea tratado por un especialista.

**Fantasía:** Característica muy importante del pensamiento infantil, rica en imágenes algunas veces alejadas de la realidad y que en numerosas ocasiones, como es común en la educación actual se la reprime o desvía en función del “conocimiento científico”.

**Heterogeneidad:** Diversidad; conjunto compuesto por elementos de distinto carácter cualidad o procedencia. Su significado es opuesto al de homogeneidad.

**Heterosociales:** Describe la preferencia por relaciones sociales con personas del sexo opuesto. El término opuesto es Homosocialidad, la preferencia por relaciones con aquellas personas del mismo sexo.

**Hipotetizar:** Realizar una hipótesis a partir de unos datos que sirven de base para iniciar una investigación o argumentación.

**Histeria:** Neurosis que se manifiesta por reacciones absurdas de la vida sentimental. Se descubre por dos clases de signos: unos permanentes (estigmas) y otros transitorios, generalmente sorprendivos (ataques, desmayos).

**Histórica:** Personalidad que se caracteriza por cierta falta de aceptación hacia su propio sexo. Ejemplo de ella es la mujer viril y dominante que castra a todos los varones que se cruzan en su camino e incluso a sus propios hijos; así como la mujer extremadamente femenina que utilizando el arte de la seducción y la alegría esconde el deseo de obtener el falo, codiciado y castrar a los que poseen uno. Presenta Inmadurez afectiva y se niega aceptar la realidad.

**Heterosocialidad:** Describe la preferencia por relaciones sociales con personas del sexo opuesto. El término opuesto es Homosocialidad, la preferencia por relaciones con aquellas personas del mismo sexo.

**Impulsividad:** Dentro de la psicología, este término se aplica a la tendencia reaccionar, tomar decisiones, etc., de manera intempestiva e irreflexiva, sin medir las consecuencias (reacción primaria).

**Impulso:** La psicología lo define como constructor hipotético que explica la conducta del individuo como resultado de una necesidad y con la finalidad de reducirla; se incluye en el componente energético de la conducta, puesto que mueve a la actuación. Es transitorio, al desaparecer cuando se culmina la acción.

**Indefensión:** Condición de aquellos animales que como consecuencia de haber recibido descargas eléctricas ante las que no tenían escape, en un nuevo experimento no logran dar la respuesta que les permitiría escapar de dichas descargas.

**Inestabilidad yoica:** Discontinuidad de las conductas y de la vida psíquica. Falta general de control y de las posibilidades inhibición que presenta un doble componente, el intelectual y el motriz.

**Inhibición:** Capacidad de detener respuestas activas o afectivas hasta la aparición de estímulos adecuados.

**Intrínsecas:** Es un término utilizado frecuentemente en Filosofía para designar lo que corresponde a un objeto por razón de su naturaleza y no por su relación con otro. Se llama denominación intrínseca la manera de ser que conviene a una sustancia como tal y no en sus relaciones.

**Introspección:** Es la observación interior del sujeto por él mismo. En este método, propio e imprescindible de la psicología, el sujeto que observa y el objeto observado, se dan en la misma persona.

**Ira:** Reacciones habitualmente provocadas por ataques, auténticos o imaginarios sobre la persona.

**Libido:** Término utilizado por Freud para designar la energía psíquica derivada de la actividad sexual humana.

**Locus:** En psicología se refiere al constructo dentro de las teorías del aprendizaje social de Rotter, el cual define este como un suceso que queda bajo el control de otros o como impredecible debido a la gran complejidad de las fuerzas que lo rodean.

**Logística:** Disciplina que establece un sistema de símbolos o de signos calcados sobre las formas del pensamiento y los combina según reglas que constituyen su axiomática, con abstracción completa de sus sentidos.

**Lozanía:** Aspecto joven, saludable y vigoroso de una persona o un animal.

**Lúdica:** Conducta de juego, activada permanentemente, que adquiere la forma de una oposición y el valor de un rechazo.

**Megalomanía:** Locura de grandeza. Es una perturbación peligrosa; aunque aparentemente cede, conserva efectos antisociales de hondo egoísmo.

**Narcisismo:** Término psicoanalítico que procede del mito griego de Narciso, él era un hermoso joven que todos los días iba a contemplar su propia belleza en un lago. Estaba tan fascinado consigo mismo que un día se cayó dentro del lago y se murió ahogado. En el lugar donde cayó nació una flor, a la que llamaron narciso.

**Omnipotencia:** Poder que lo abarca todo.

**Paradigma:** Es un tipo de experiencia cuyo procedimiento se diferencia sólo por unos detalles.

**Pedagogía:** Conocimiento destinado a instituir los modos de acción que forman un sistema de educación.

**Perniciosos:** Aquello que puede provocar perjuicios y daños de importancia. Lo pernicioso, por lo tanto, es perjudicial para alguien o algo.

**Perpetuarse:** Durar para siempre o mucho tiempo.

**Proclive:** Que tiene inclinación o propensión natural a una cosa.

**Psicoanálisis:** Teoría psicológica y psicopatológica formulada por Sigmund Freud.

**Psicodinamia:** Es una formulación teórica aplicada a una conceptualización determinada de la psique y a determinados métodos de estudio y aproximaciones del conocimiento humano.

**Psicodrama:** Es utilizado en terapia de grupo, en la selección de personal y en el diagnóstico.

**Psicológica:** Relativo a la psicología o a los hechos psíquicos .Que actúa sobre la psique.

**Psicopatología:** Estudio sistemático y científico de las enfermedades o patologías psíquicas que incluye una clasificación de todas ellas junto con una exhaustiva descripción de sus síntomas y sus métodos de tratamiento.



**Psíque:** Vocablo griego que hace referencia al alma, está en oposición al cuerpo material.

**Pulsión:** Según el psicoanálisis, es la fuerza que procede del ello y empuja al organismo a satisfacer sus necesidades primarias de autoconservación y sexuales.

**Sexting:** Voz inglesa, acrónimo de sex (sexo) y texting (escrito, mensaje), se usa para dar nombre a la costumbre cada vez más extendida entre los adultos jóvenes actuales de enviar mensajes o fotografías sexualmente explícitas mediante los teléfonos móviles.

**Socialización:** Formas en que los individuos de una sociedad favorecen el desarrollo positivo de los integrantes inmaduros del grupo.

**Sociocultural:** Relativo al estado cultural de la sociedad o de un grupo social.

**Status quo:** Es el estado de cosas de un determinado momento. El latinismo es usado para aludir al conjunto de condiciones que prevalecen en un momento histórico determinado, y es la reducción de la fórmula diplomática *in statu quo ante*.

**Subjetividad:** Conjunto de rasgos personales tanto intelectuales como afectivos, que influyen en el modo de pensar y sentir de un individuo, originan la unilateralidad del punto de vista y del comportamiento del individuo.

**Subsecuente:** Que va después del siguiente.

**Subyacentes:** Que está por debajo de otra cosa u oculto tras ella

**Taller:** Realidad integradora, compleja, reflexiva, en que se unen la teoría y la práctica como fuerza motriz del proceso pedagógico.

**Tanatos:** En psicoanálisis, Tanatos es la pulsión de muerte, que se opone a Eros, la pulsión de vida. La pulsión de muerte, identificada por Sigmund Freud, señala un deseo de abandonar la lucha de la vida y volver a la quiescencia (detención del crecimiento) y la tumba

**Temor:** Estado emocional de inquietud que es el resultado de pensar en un mal o peligro que puede ocurrir.

**Tensión:** Expresión de una sobrecarga de tono nervioso unida a una fuerza de síntesis mental.

**Trastorno:** Alteración en el funcionamiento de un organismo o de una parte de él o en el equilibrio psíquico o mental de una persona.

**Versado:** (Persona) Que es muy instruido en una materia o tiene muchos conocimientos sobre ella.

**Vicios:** Se le llama así al modo de comportarse habitualmente en desacuerdo con las normas sociales.

**Violencia:** Toda acción u omisión que daña tanto física, emocional como sexualmente, con el fin de dominar y mantener el control sobre la otra persona.