



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
Sistema de Universidad Abierta y Educación a Distancia

Manuscrito Recepcional
Programa de Profundización en Psicología Clínica.

Propuesta para implementar la Terapia Psicológica como asignatura de tutorías, que favorezca al desarrollo de habilidades socioemocionales dentro del Modelo Educativo 2017

Reporte de Investigación Teórica.

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

María Eugenia González Curiel

Director: Maestro Marco Antonio González Villa

Dictaminador: Lic. Gustavo Montalvo Martínez



Los Reyes Iztacala Tlalnepantla, Estado de México, 27 noviembre de 2017.



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.

PROPUESTA PARA IMPLEMENTAR LA TERAPIA PSICOLÓGICA COMO ASIGNATURA DE TUTORÍAS, QUE FAVOREZCA AL DESARROLLO DE HABILIDADES SOCIOEMOCIONALES DENTRO DEL MODELO EDUCATIVO 2017

Reporte de Investigación Teórica para obtener el título de: Licenciada en Psicología Clínica

RESUMEN

El estudio se basa en comprobar la importancia de la presencia de los psicólogos clínicos en los centros educativos demostrando que sería conveniente tuvieran una figura activa, sin ser docente, pero sí bajo el rubro de tutor y que es fundamental para que de acuerdo con el nuevo Modelo Educativo 2017 (SEP), con respecto a su área del desarrollo de habilidades socioemocionales por parte del alumnado, forme parte del cuerpo docente y del mapa curricular; para que con ello, nuestros jóvenes y todo estudiante, cuente con el asesoramiento y acompañamiento en todo momento durante su vida estudiantil, que lo ayude, apoye a lograr su proyecto de vida, y que al llegar a alcanzarlo lo estructurará mejor y lo hará un ser humano competente al igual que socialmente.

Palabras clave: tutor, habilidades, socioemocionales, psicólogo clínico, modelo educativo.

ABSTRACT

The study is based on verifying the importance of the presence of clinical psychologists in educational centers demonstrating that it would be advisable to have an active figure, without being a teacher, but under the heading of tutor and that is fundamental so that according to the new Educational Model 2017 (SEP), with respect to its area of development of socio-emotional skills by students, be part of the faculty and curricular map; so that with it, our young people and all students, have the advice and support at all times during their student life, to help them, support their life project, and that reaching it will structure it better and make it a Human being competent as well as socially.

Key words: Tutor, skills, socio-emotional, clinical psychologist, educational model.



INDICE

.....	¡Error!
Marcador no definido.	
INTRODUCCIÓN	5
CAPÍTULO I.....	7
PSICOLOGÍA EDUCATIVA Y MODELOS EDUCATIVOS	7
Psicología Educativa, aprendizaje y enseñanza.	7
1.2. Modelo Educativo de los Estados Unidos Mexicanos.	7
BENEFICIOS DEL MODELO Y APORTACIONES EDUCATIVAS.....	7
FALLAS EN LA APLICIÓN DEL MODELO EDUCATIVO 2017	9
1.3. Modelos Educativos de otros países.....	9
1.3.1. Modelo Educativo de Corea del Sur.....	11
BENEFICIOS DEL MODELO Y APORTACIONES EDUCATIVAS	11
1.3.2. Modelo Educativo de Finlandia.	11
BENEFICIOS DEL MODELO Y APORTACIONES EDUCATIVAS	11
1.3.3. Modelo Educativo de Japón.	12
BENEFICIOS DEL MODELO Y APORTACIONES EDUCATIVAS	12
1.3.4. Modelo Educativo de Quebec, Canadá.	13
BENEFICIOS DEL MODELO Y APORTACIONES EDUCATIVAS	13
CAPITULO II	14
ADOLESCENTES	14
2.1. Historia, definición y características.	14
2.2. Aproximaciones psicológicas en torno a a la adolescencia, y así incluimos a Freud, y Erikson.	17
2.3. El suicidio en adolescentes.....	19
2.4. Violencia y sus manifestaciones. Bullying.	20
2.5. Conductas de Riesgo en Adolescentes Desertores.	20
CAPÍTULO III.	22
RESPONSABILIDAD SOCIAL Y EDUCATIVA: SUGERENCIA DE INTERVENCIÓN DE LA TERAPIA CLÍNICA EN EL ÁMBITO EDUCATIVO, COMO ALTERNATIVA PARA PROPORCIONAR HERRAMIENTAS A ADOLESCENTES Y JÓVENES, PARA AFRONTAR CON EFICACIA SITUACIONES DE SU VIDA	22
3.1. Responsabilidad social.	22
3.2. Responsabilidad educativa.	22
3.3. Datos estadísticos de cohesión social sobre la violencia y la delincuencia en el 2014.	25
3.4. Investigaciones sobre factores que influyen en los adolescentes y los jóvenes para propiciar en ellos el abandono escolar y delinquir.	26

3.5. Propuesta de acción del psicólogo clínico en centros educativos.	27
Sugerencia de intervención del psicólogo clínico en centros educativos a nivel curricular bajo el rubro de tutor.	29
CAPÍTULO IV.	30
PROPUESTA DE INTERVENCIÓN A TRAVÉS DEL MODELO PSICOANALÍTICO Y DEL MODELO COGNITIVO CONDUCTUAL, VINCULADO CON LAS POLÍTICAS DEL MODELO EDUCATIVO VIGENTE EN MÉXICO.	30
4.1. Tutoría en UNEA Campus Saltillo, datos sobre las causas de deserción en los años 2016 y 2017 del nivel medio superior y superior.	30
4.2. Sugerencia de intervención de la terapia clínica en el ámbito educativo vinculado con las políticas del Modelo Educativo 2017 (SEP, 2017).	33
4.3. Sugerencia del proceso de intervención de la terapia clínica en el ámbito educativo.	35
4.3.1. Técnicas terapéuticas que se podrían utilizar según sea la habilidad socioemocional y proyecto de vida a tratar durante la aplicación de intervención de la terapia clínica en el ámbito educativo.	36
TERAPIA RACIONAL EMOTIVA.	36
DESENSIBILIZACIÓN SISTEMÁTICA E INUNDACIÓN.	39
TERAPIA IMPLOSIVA.	41
TERAPIA AVERSIVA.	42
CONDICIONAMIENTO ENCUBIERTO.	43
Sensibilización Encubierta (SE).	44
BIOFEEDBACK.	44
ENTRENAMIENTO EN RELAJACIÓN.	45
JUEGO DE ROLES.	48
ENTRENAMIENTO EN AUTOINSTRUCCIÓN DE EMILI COUÉ.	50
TERAPIA COGNITIVA: DE BECK.	50
AUTOVIGILANCIA.	51
AUTOCONTROL.	51
ENTRENAMIENTO EN ALTERNATIVAS.	53
MODELADO E INHIBICIÓN.	53
4.3.2. Justificación de la necesidad de que sea un Psicólogo clínico el que realice la intervención de terapias en el ámbito educativo, realizando la evaluación y diagnóstico oportuno para poder determinar el tratamiento y con ello, la Técnica terapéutica adecuada según el caso a gestionar. 56	
FORMACIÓN PROFESIONAL DE UN PSICÓLOGO CLÍNICO QUE APLIQUE TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL.	56
Conclusiones:	57
Limitaciones:	59

INTRODUCCIÓN

El interés de abordar el tema de cómo poder sustentar la presencia en los centros educativos de psicólogos clínicos y demostrar que tiene que tener una figura activa, sin ser docente, pero si bajo el rubro de tutor y que es fundamental para que de acuerdo con el nuevo Modelo Educativo 2017 (SEP), con respecto a su área del desarrollo de habilidades socioemocionales por parte del alumnado, forme parte del cuerpo docente y del mapa curricular. El estudio se basa en comprobar su importancia, su alcance, y justificar el porqué tiene que ser en especial este profesional y no un psicólogo educativo, normalista o pedagogo, ya que lo que se quiere es que nuestros jóvenes y todo estudiante, cuente con el asesoramiento y acompañamiento en todo momento durante su vida estudiantil, que lo ayude, apoye a lograr su proyecto de vida, y que el llegar a alcanzarlo lo estructurará mejor y lo hará un ser humano competente al igual que socialmente.

En primer se abordó la aportación que ha realizado en psicología educativa Woolfolk (2010), que señala el impacto que tiene en el estudiante el educador, en donde se define que las relaciones maestro-alumno, encontrando que una buena relación maestro-alumno, predice al éxito y lo contrario al fracaso en su desarrollo académico, aun en aquellos alumnos con problemas en el aprendizaje. También se abordó el modelo educativo de los Estados Unidos Mexicanos y su importancia en el desarrollo de las habilidades socioemocionales, que es en lo que compete nuestro estudio; se exponen los Modelos educativos que en estos momentos están considerados los mejores a nivel mundial, para poder sustentar la importancia de que el psicólogo clínico sea un tutor en las diversas etapas educativas en México; dentro de ellas se mencionaron el proyecto de: Corea del Sur, Finlandia, Canadá y Japón.

En el segundo capítulo se tocó el tema de lo que se consideran las etapas del alumno en su proceso de desarrollo; se comenzó definiendo que se considera como adolescente, cuáles son sus características y porqué procesos pasan; se abordó desde la perspectiva de Freud, Erickson y Piaget; se prosiguió a hablar de los problemas que enfrentan los adolescentes cuando no hay una estructura adecuada por falta de recibirla desde la familia de origen y las consecuencias de ello, como son: el suicidio, la violencia, consumo de tóxicos, conductas sexuales de riesgo, pandillerismo, vandalismo, entre otros.

En el tercer capítulo se abordó sobre la responsabilidad social que tenemos con nuestra juventud mexicana, con nuestros estudiantes, no importando la edad que tengan, es parte del ser humano el autorealizarse, tal y como Masslow lo explica en su pirámide de las necesidades básicas de todo ser humano; así mismo, se abordó la responsabilidad educativa que se señaló en el capítulo 1 con las aportaciones de Woolfolk (2010) y que ahora abarca nuestro nuevo Modelo Educativo 2017, en cuanto a las habilidades socioemocionales, que debe de procurar desarrollen nuestros educandos, y que está asociado con la propuesta, en donde un psicólogo clínico, podría dar el andamiaje, acompañamiento y asesoría para lograrlo, ayudando a enfrentar las crisis junto con nuestros alumnos; proporcionándoles herramientas de afrontamiento desde una perspectiva profesional, que los lleve a tomar decisiones asertivas en su vida y con ello, a lograr seres sanos y productivos, que puedan desarrollar sus máximas capacidades, y por ende, que los conduzcan a la autorrealización, y si formamos individuos autorealizados, asertivos, congruentes, sanos mentalmente,

estructurados y felices, tendremos sin dudar un país con el mismo perfil. Se muestran también los datos estadísticos actuales sobre la cohesión social sobre la violencia y la delincuencia y que es producto de la carencia de estas herramientas y de estructura en el sujeto; abarca los factores que influyen en los adolescentes y en los jóvenes para propiciar en ellos, el abandono escolar y delinquir. Y para terminar el capítulo se aborda la propuesta de acción del psicólogo clínico en centros educativos.

Y, por último, en el capítulo 4 se aborda la experiencia en tutorías de la autora, en donde se ha analizado una base de datos de causas de deserción durante los años 2016 y 2017, de este último nueve meses del mismo, a nivel medio superior y superior, en donde se expresa que la primera causa es la económica y la segunda es por cuestiones psicoemocionales; que siguen dando sustento a la propuesta de esta tesis. Se da la sugerencia de intervención de la terapia clínica en el ámbito educativo vinculado con las políticas del Modelo Educativo 2017 (SEP). También, se da la sugerencia del proceso de intervención de la etapa clínica en el ámbito educativo, en donde se plantean todas las técnicas que puede implementar un psicólogo clínico según la crisis que enfrente el alumno; se expone la formación profesional que debe tener el psicólogo clínico y que reafirma su importancia y el perfil necesario para ser el impulsor de las habilidades socioemocionales que plantea el nuevo Modelo Educativo 2017.

Termina esta tesis con conclusiones y señala las limitaciones a las que se podría enfrentar el psicólogo clínico para llevar a cabo su acción como tutor curricular en los centros educativos desde nivel secundaria, media superior y superior.

CAPÍTULO I

PSICOLOGÍA EDUCATIVA Y MODELOS EDUCATIVOS

Psicología Educativa, aprendizaje y enseñanza.

Woolfolk, (2010), en su libro de psicología educativa, la define como “*el estudio del desarrollo, el aprendizaje y la motivación dentro fuera de las escuelas*”. Expone que se creía que la pobreza y los problemas sociales eran los causales, de que los niños o jóvenes no aprendieran, por encima de la labor del profesor; y esta creencia queda anulada, en base a tres estudios que demuestran el poder que tiene los educadores en la vida de sus educandos; dos de ellos se refieren a las relaciones maestro-estudiante; y el otro, habla del costo que deja una enseñanza de baja calidad o detrimento. Se hizo una investigación, dirigida por Pianta y sus colaboradores(2008; visto en Woolfolk, 2010), sobre los niños de los cuatro años y medio de edad hasta el quinto grado, así como un estudio anterior en un jardín de niños; encontrando que la calidad de la relación maestro-alumno, estaba en relación prediciendo el éxito o el fracaso escolar en los educandos, tomando en cuenta los conflictos, la dependencia del menor al tutor, y el afecto que este demostraba por el estudiante; sobre todo con respecto a que tanto el profesor había sido capaz de reconocer y responder positivamente a las necesidades del alumno; y el niño al sentirse valorado o tomado en cuenta, manifestaba un avance en su lectura y en las matemáticas, y en caso contrario no.

Conforme al costo de una enseñanza deficiente. Sanders y Rivers (1996) se realizó un estudio para conocer qué tanto afectaba al alumnado de quinto grado, el tener varios maestros eficaces o no eficaces de forma consecutiva; encontrando que los mejores profesores motivaron a sus alumnos logros sobresalientes, aun aquellos que presentaban con anterioridad un rendimiento menor.

Los estudios comprueban que está demostrado que una enseñanza de calidad en cuanto a la eficacia del profesor al enseñar, en tanto la relación positiva con su alumno, beneficia aún aquellos que tuvieran problemas académicos. Estos estudios demuestran la importancia que puede tener un psicólogo clínico, como tutor, en la escuela a nivel secundaria, ya que sería benéfico para el desempeño escolar en el alumno, pues se encontraría con mejor motivación al estudiar, si sus emociones, pensamientos y actitudes son guiadas y corregidas por un profesional; y queda claro que aunque su contexto familiar no fuera el óptimo, él podría afrontar mejor las adversidades o dificultades, por ello, sus expectativas de calidad de vida futura mejorarían.

1.2. Modelo Educativo de los Estados Unidos Mexicanos.

BENEFICOS DEL MODELO Y APORTACIONES EDUCATIVAS

En el Modelo Educativo 2017, encontramos referencia de que, en el año 2013, el presidente de la República mexicana y las principales fuerzas políticas del país acordaron reformar los Artículos 3° Y 73° constitucionales, se modificó la Ley General de Educación,

y se creó la Ley General de Servicio Profesional Docente, así como también, la Ley del Instituto Nacional para la Evaluación de la Educación (INEE); acordando que la educación se impartiera con calidad: *“los materiales y métodos educativos, la organización escolar, la infraestructura educativa, y la idoneidad de los docentes y los directivos garanticen el máximo logro de aprendizaje de los educandos”*.

El Modelo 2017, a partir de la reforma hace posible la equidad de los educandos; cumple con el derecho constitucional de recibir educación de calidad; de que reciban las niñas, niños y jóvenes una formación integral y les prepare para realizar su potencial individual a favor personal y de su comunidad.

Las características de la educación de carácter obligatorio y con metas para maestros, padres de familia, estudiantes, autoridades educativas y comunidad y la sociedad se compone según el modelo por ámbitos de: lenguaje y comunicación; pensamiento matemático; exploración y comprensión del mundo natural y social; pensamiento crítico y solución de problemas; habilidades socioemocionales y proyecto de vida; colaboración y trabajo en equipo; convivencia y ciudadanía; apreciación y expresión artísticas; atención al cuerpo y la salud; cuidado del medio ambiente; y habilidades digitales.

En este proyecto se ahondará solo en el ámbito que es de mayor interés para el mismo: que tiene que ver con el ámbito de habilidades socioemocionales y proyecto de vida, que corresponden a una de las innovaciones del modelo educativo 2017 de los Estados Unidos Mexicanos, incorporándolo como parte del currículo, tanto en la educación básica bajo el componente de Desarrollo personal y social; y en la educación media superior, al incluirlas en el Marco Curricular Común; que integra la capacidad de las personas para relacionarse y desarrollarse como seres sanos, creativos y productivos; comprende el proceso del joven de conocerse y comprenderse a sí mismos, favorece a la atención, a tener sentido de autoeficacia y confianza en sus capacidades personales (autoestima); entender y regular sus emociones; establecer y alcanzar metas positivas, sentir y mostrar empatía hacia los demás; establecer y mantener relaciones positivas, establecer relaciones interpersonales armónicas, tomar decisiones responsables y desarrollar el sentido de comunidad (de pertenencia).

En la educación básica, se integra un componente denominado autonomía curricular, que se rige por principios de la educación inclusiva; permitiendo agrupar a las niñas, niños y jóvenes por habilidad o interés, pudiendo convivir entre edades y grados diferentes en un mismo espacio curricular y se organiza en cinco ámbitos: profundización en la formación académica, ampliación del desarrollo personal y social, nuevos contenidos relevantes, contenidos regionales y locales; e impulso a proyectos de impacto social; y es autónomo, porque podrán elegir número de horas y contenidos cada entidad educativa; constituyen aprendizajes transversales.

El Modelo Educativo 2017, propone una participación más inclusiva de la familia y con mayor acción en las decisiones del centro educativo que fortalezcan el cumplimiento de las metas educativas.

FALLAS EN LA APLICACIÓN DEL MODELO EDUCATIVO 2017

El inconveniente más importante para que se lleve a cabo es la falta de cultura en las empresas conforme a los derechos y obligaciones de sus trabajadores que son cabezas de familia, ya se mujer u hombre o ambos; ya que no hay permiso en los trabajos para salir de la zona laborar por tener junta en la escuela de los hijos; pero no pueden abandonar el trabajo por los hijos, sino como obtienen recursos para satisfacer sus necesidades que tienen un coste económico. Entonces pareciera la necesidad de modificar en la ley laboral, el derecho que tienen los tutores de los menores de abandonar el lugar de trabajo para acudir a las instancias a las que sean requeridos en las instituciones educativas de sus hijos.

Otra cuestión que tendrá que enfrentar su aplicación, es que el joven estudia, pero no se siente reconocido por ello, debido a que, aunque se esfuerce y saque el título, sabe y conoce mucha gente que no por tener una carrera obtiene un trabajo dignamente remunerado y que esto no le asegura un prestigio social, como lo es con otros países que están a la vanguardia en educación.

Y un factor más que agregaremos, es que la mayoría de los padres no están facultados para ejercer su labor como tal, porque viven con muchas carencias emocionales, con dependencias, algunos quizá con violencia y con una educación donde no hay respeto por los menores, desatención; y entonces el centro educativo argumenta que no se educa en la escuela sino en la casa, y que no compete a ellos el enseñar valores, dar guía, contención emocional, etc. Algunos padres comentan que no tienen tiempo de atender a sus hijos debido a que tienen que trabajar, y los mantienen o los atienden; entonces el menor no recibe ni socialmente el ejemplo de valores, ni en su núcleo familiar, ni en su entorno escolar; acaban siendo los más afectados, y la sociedad, porque son las futuras cabezas de familia; entonces, en vez de ver a quien le corresponde este rubro, y dadas las altas cifras de embarazos en la adolescencia, incrementos en el consumo nocivo de alcohol, y de otras sustancias o drogas, vandalismo, delincuencia; creaturas rechazadas y no atendidas en sus hogares, ni en sus centros educativos ni por su sociedad; sin un estímulo por realizar un esfuerzo en este rubro, debido a que conocen el desempleo y subempleo existente en el país.

Es en este renglón, donde cabe la propuesta, ya que es verdad que puede existir un pedagogo o un psicólogo educativo que se encargará de enseñar técnicas para mejorar su rendimiento académico, pero el desarrollo emocional, del pensamiento asertivo de su estima; a nadie le corresponde. Y partiendo del hecho de que es un menor, en desarrollo de todas sus habilidades, y es necesario para que pueda desarrollar su potencial como ser humano que exista esta guía, que se le enseñen técnicas de afrontamiento en las crisis a las que se vaya a enfrentar tanto personal como en sus roles sociales. Por ello, es una solución el hecho de abarcar esta área en los centros educativos.

1.3. Modelos Educativos de otros países.

Carreras (2012), en Europa las actividades de los psicólogos en el entorno cotidiano de la escuela son: ayudar a los niños a adaptarse al ambiente escolar en las diferentes etapas de su desarrollo; ayudar a la creación de una actitud positiva hacia la escuela y la educación;

a que el educando desarrolle su vida de forma equilibrada desde una etapa inicial; identifica los problemas de comportamiento, así como, las dificultades de aprendizaje; a prevenir trastornos conductuales y de salud mental; identificar los déficit en habilidades sociales e intervenir para ayudar a los estudiantes desde una edad temprana. Su actuar no se limita a los colegiales, sino también a la institución, a los padres de familia, a la comunidad; para realizar sus funciones de prevención, evaluación e intervención. El autor expone que la presencia de un psicólogo que atienda a las necesidades educativas tanto al alumno, padres de familia, institución educativa y la comunidad, en primaria, secundaria y bachillerato es una excelente inversión en cuanto al coste-beneficio tomando en cuenta que si a la edad temprana se les auxilia y apoya a su entorno podrá el educando llevar mejor sus procesos de desarrollo y tener una vida sana, pudiendo desarrollarse potencialmente.

Se expondrán los Modelos educativos que en esto momentos están considerados los mejores a nivel mundial, para poder sustentar la importancia de que el psicólogo sea un tutor en las diversas etapas educativas en México; dentro de ellas se mencionaremos en el proyecto, a Corea del Sur, Finlandia, Canadá y Japón.

OCDE (2011), afirma que sus países miembros buscan mejorar sus sistemas educativos con el fin de alcanzar la prosperidad de los países y los que contribuyeron en los modelos de valor agregado son: Bélgica, Dinamarca, Eslovenia, España, Francia, Noruega, Países Bajos, Portugal, Reino Unido, República Checa y Suecia. En el ámbito escolar, el valor agregado, sirve para identificar las materias, grados y grupos a los que la escuela agrega más valor y que se necesita mejorar; permitiendo crear proyecciones de desempeño escolar que ayuden en la planificación asignación de recursos y toma de decisiones. Expone que, para aquellos países y sistemas educativos en proceso de cambio, este modelo puede beneficiar en: identificar los aspectos de mayor y menor desempeño; lo que es funcional; la rendición de cuentas con transparencia de los centros escolares; el poder evaluar y analizar el desempeño en las escuelas que lo apliquen, eficacia y equidad en recursos humanos, materiales y económicos. Ante lo mencionado, se define al modelo como *“la contribución de una escuela al crecimiento de los alumnos hacia objetivos educativos establecidos o prescritos”*.

Gabinete Técnico (2013), europeo comenta que el copiar modelos de otros países aplican de manera eficaz, podría ayudar a otros países a que modelen su educación tomando en cuenta sus beneficios, pero tomando en cuenta su realidad social, económica y cultura; conjuntamente con los problemas presentes en cada país, pero que en definitiva servirán como una buena guía. Como parte fundamental es el personal docente que se requiere de que estén bien capacitados al ejercer su función, así como procurar su reconocimiento social, procurar darles buenas condiciones laborales, salario, valoración social, ya que la calidad de un sistema educativo necesita que su recurso humano se encuentre motivado por realizar con eficiencia su labor.

1.3.1. Modelo Educativo de Corea del Sur.

BENEFICIOS DEL MODELO Y APORTACIONES EDUCATIVAS

González (2014), en su artículo comenta que el propósito educativo de Corea del Sur está enfocado en las áreas del fenómeno e-learning, en su política de crecimiento le han dado gran importancia a este rubro, como medio de realización personal y de avance y reconocimiento social; en su base tradicional confucionista, se encuentra el cultivar la moral y la ética de las personas. En su ley se observa que está enfocada en el equilibrio entre la tradición y el desarrollo, entre las necesidades de la persona y de la sociedad. Su sistema educativo se caracteriza por ser competitivo, ya que para el coreano es símbolo de prestigio social el poder acceder a una universidad prestigiada del país.

García y Arechavaleta (2011), comentan en su artículo que el éxito en el sistema educativo de Corea del Sur, radica en sus valores del legado de la ética confuciana, que en las virtudes intrínsecas, ya que representa un grado social privilegiado y honroso y es equitativo; donde existe una alianza entre padres y profesores; el respeto y apoyo de los padres por los maestros y que los hijos lo realizan también; debido a que existe una fuerte estructura familiar, trabajo duro; entre los atributos de su pedagogía se encuentran: la piedad filial; autoridad patriarcal y lealtad, generando interdependencia, obligación mutua y reciprocidad; estricta jerarquía social en cuanto a la edad, género y estatus; escolarización típica de exámenes, enseñanza teórica y literaria en lugar de la práctica o técnica; valores de trabajo duro, conformidad con las normas del grupo, pedagogía basada en: logocentrismo, magistocentrismo, orden jerárquico, memorización. El éxito educativo y el estatus socioeconómico están correlacionados equitativamente, esto es, después de estudiar los coreanos obtienen trabajos remunerados, reconocidos conforme al nivel de estudios y no existe equidad para mujeres como para hombres; ya que las mujeres aunque pueden estudiar en niveles inferiores; ya en su sociedad confuciana están basadas en la lealtad y la obediencia, y en la división del trabajo por género; en donde la mujer acta la subordinación que tiene ante el hombre, ya sea su padre, su hijo su marido o cualquier otro ciudadano. La mujer experimenta todavía discriminación laboral, en cuanto a estatus y retribución económica.

1.3.2. Modelo Educativo de Finlandia.

BENEFICIOS DEL MODELO Y APORTACIONES EDUCATIVAS

Al igual que en México, la Dirección Nacional de Educación en Finlandia (2007), la educación es gratuita y se da sin distinción de edad, lugar de residencia, situación económico-social, sexo o lengua materna, tanto en preescolar, educación básica y la educación secundaria superior como la formación profesional; pero además, son libres de costes la atención social y sanitaria al alumno y las comidas se ofrecen gratuitamente en todos los niveles educativos mencionados; así como los libros de texto y otros materiales necesarios para el aprendizaje pero estos dos últimos, sólo para preescolar y nivel básico, y en este último, también el transporte de ida y vuelta a la escuela.

Cuentan con servicios de tutoría en los primeros seis años de enseñanza básica, brindándoles apoyo, ayuda y orientación para que alcancen el mejor resultado en sus estudios como para que tomen las decisiones correctas y apropiadas en cuanto a educación presente y a futuro.

Otra de las aportaciones que se encuentran señaladas en por el Ministry of Education and Culture (2016), es que está enfocada en maximizar el potencial de cada individuo y que la mayoría de los alumnos continúan estudiando su educación profesional, y señalan que por ejemplo un 90% de cada año los alumnos que completan la primaria comienzan inmediatamente el bachillerato, así como los estudios de formación profesional; también tienen las titulaciones basadas en competencias ofreciendo a los adultos una manera de incrementar su capacidad profesional; tienen en su estadística que la mayoría de los estudiantes universitarios apuntan a continuar estudiando licenciaturas y diplomaturas. Cuentan con personal docente altamente calificado, ya que en Finlandia es una de las profesiones con buen prestigio y el estado les provee de capacitación y pueden también solicitar financiamiento para mejorar su instrucción profesional.

1.3.3. Modelo Educativo de Japón.

BENEFICIOS DEL MODELO Y APORTACIONES EDUCATIVAS

Sueyoshi y Rangel (2016), comentan que tanto en Japón como en México cada año quienes se integran al mundo laboral en su mayoría son los recién graduados de universidades e institutos de educación superior, siendo la obtención de un título un aspecto competitivo, aunque en Japón sus atributos académicos no pertenecen al perfil de puesto laboral requerido, y a este fenómeno se le ha llamado “el milagro japonés”; dándose dificultad para completar las vacantes de empleo con los recursos humanos idóneos; presentando escasez de talentos; dicho fenómeno también se da en México en el 2012 y 2013 se obtuvo un promedio del 44%, y que lleva a mirar la educación y reformarla y reforzarla para hacer que estos chicos egresados puedan colocarse en vacantes apropiadas y las vacantes laborales sean cubiertas por personas competentes para ellas; ya que la educación superior no está ofreciendo profesionistas de calidad, factor presente en ambos países. Los autores realizaron un cuestionario, que había sido previamente ya aplicado, adaptándolo para este estudio en particular, con el fin de conocer la percepción que tenía de la existencia de las políticas de educación superior y sus vínculos con las políticas laborales, económicas y de ciencia y tecnología; y qué tanto estas políticas están acordes con la promoción del desarrollo laboral de acuerdo a sus profesiones, como también su nivel de capacitación para la oferta laboral. Encontrando que perciben casi inexistente la relación entre las políticas de educación superior y el empleo en ambos países; resultando necesario que se dé mayor importancia a la educación en las áreas de ingeniería y tecnologías, en el área de la capacidad analítica. Concluyendo en Japón existe un 53% y en México un 80% los graduados no tienen las competencias necesarias para cubrir las vacantes laborales; dando con ello, la poca generación de oportunidades para los recién graduados, y con ello un grave problema en educación y más aún, en un incremento en desempleo, ya que son los recién graduados el sector que más demanda una colocación de empleo, y no están siendo seleccionados por su

falta de conocimientos profesionales y que los jóvenes se tienen que enfrentar a condiciones restringidas del mercado laboral; surgiéndola necesidad de que se mejore la formación de los futuros profesionales, de acuerdo a las exigencias y competencias requeridas por el sector laboral.

Buenrostro (2003), comenta que siendo Japón nuestro segundo socio comercial, es importante mirar su operación educativa; basados en que una preparación académica puede beneficiar al individuo en conseguir un trabajo bien remunerado y satisfactorio; bajo este principio Japón desde principios del siglo XX se dio a la tarea de que todos los niños asistieran a la escuela; y para el 2003 se encontró que las escuelas rurales, urbanas y suburbanas contaban con la misma calidad educativa, fundada en una instrucción estricta y con extrema presión social, ya que posterior al respeto por los demás, le seguiría el valor de tener buen desempeño académico; su horario escolar es de lunes a sábado, y este último día lo dedican a actividades artísticas, educación física o idiomas. Los jóvenes se preparan con gran dedicación para presentar su examen a la universidad, ya que de eso depende su futuro, porque si entran a una buena universidad, seguro los contratará una excelente empresa y probablemente ese trabajo les dure toda la vida, por agradecimiento y fidelidad a la empresa.

Fuji Chikako (S/F), expone que el sistema educativo de Japón se creó poco después de que terminara la segunda guerra mundial, por los años 1947 y 1950, inspirado en el sistema educativo norteamericano, que tiene como principal objetivo el formar ciudadanos seguros de sí mismos, que sepan respetarse a sí mismos, como también los derechos de los demás, mediante la vía de la paz y de la verdad. Una de sus características es su severidad con la obligación diaria de impartir la educación, así como de asistir a tomarla; el gobierno está comprometido con la sociedad, de que todos los niños tengan las mismas oportunidades, ya sean los ciudadanos o los que vivan en el campo y con escuelas igualmente equipadas.

1.3.4. Modelo Educativo de Quebec, Canadá.

BENEFICIOS DEL MODELO Y APORTACIONES EDUCATIVAS

Anadón (2007), en su más reciente reforma educativa incluye la igualdad de oportunidades, permitiendo a todos los jóvenes una plena inserción social, la igualdad de oportunidades; está basada en una perspectiva cognitivista, constructivista y socio constructivista, ayuda a que desarrollen la competencia de saber actuar; otra característica es la organización en ciclos de aprendizaje, que ha ayudado a evitar la repetición y el abandono escolar; la diferenciación pedagógica, que proporciona un conjunto de estrategias y de medios que un tutor observa y evalúa la trayectoria del educando y ve su progresión; respetando sus tiempos de aprendizaje. Se da importancia a la educación social y emocional, con el fin de generar niños socialmente comprometidos.

CAPITULO II

ADOLESCENTES

2.1. Historia, definición y características.

En Serra y Aliani (2015), encontramos que en la medicina la adolescencia es el período de cambios fisiológicos acontecidos en el cuerpo de un niño y a finales del siglo XIX la psicología evolutiva, define a la pubertad con la denominación hebiatría, derivado del griego héebee e uatrea (curación), y en 1904 el psicólogo norteamericano Stanley Hall, hace su tratado sobre la adolescencia, quien describió características físicas y psicológicas que comprendía entre las edades de 14 a 24 años; concebida como el punto crítico y fundamental del desarrollo; definida por Hall como una etapa de drama y tormento, donde existían innumerables tensiones, inestabilidad, entusiasmo y pasión, encontrándose el joven entre pensamientos y creencias opuestas, generando en él confusión y creando desórdenes emocionales, desviaciones y neurosis; expresadas a través de actitudes egoístas, crueles o criminales; está ligado a la constitución de patologías. Ya en la segunda mitad del siglo XX se consolida el concepto de adolescencia. Erik Erikson, por los años 50, actualiza el concepto de adolescencia, desde una perspectiva sociológica y definiéndola como una etapa de crisis de identidad y de moratoria de rol, que tiene presentes tanto factores biológicos y psicológicos; catalogándolo en una serie de estadios, integrados por el advenimiento y resolución de crisis. Wallon lo conceptúa en base al desarrollo de la personalidad, que tiene varios aspectos: somático, afectivo, intelectual y social; distinguiendo estadios en base a leyes del desarrollo genético; definiéndola como una etapa de integración final de la personalidad adulta y como resultado de varias remodelaciones y crisis. Piaget, la define como el período ente los 11 y 15 años de edad, donde se da la constitución de las operaciones formales, se da la lógica natural; integrándose en el individuo lo psicológico, lo afectivo, lo social, lo intelectual, para formar la unidad bio-psico-social.

Lozano (2014), el concepto de la adolescencia se define desde varias disciplinas, como desde la psicobiológica, o bien de las ciencias sociales como: la sociología, la historia, la educación y los estudios culturales; derivando con ello, una construcción social histórica, antropológica, cultural y relacional del concepto en las diferentes épocas y procesos históricos; que posee dos rasgos constitutivos, que corpóreas, que incluye las morfológicas y fisiológicas; y las culturales, que abarcan la lingüísticas, cognitivas, rituales y educativas. Donde los cambios corporales de la pubertad, están dados por la menarquia, la maduración de los órganos sexuales, la aceleración del crecimiento, entre otros. En sus cambios de comportamiento el autor cita: el ruborizarse, los cambios de voz, entre otros. Que surgen dentro de un contexto cultural, que influye en sus gustos, costumbres y comportamiento, aun en su demostración por afecto al otro, que según ese contexto sigue un ritual acostumbrado por esa comunidad. Dando una definición normativa se entendería por adolescencia, al período del desarrollo ontogenético individual. En tanto, visto desde el relativismo

sociohistórico, se concibe como un constructo cultural o histórico, no natural y con significados variables.

Vargas y Wagner (2013), destacan la importancia de la autonomía en la etapa de la adolescencia; la OMS (2014), se calcula que en el 2012 murieron 1.3 millones de adolescente; la principal causa de mortalidad fue el VIH, el suicidio, las infecciones de las vías respiratorias inferiores y la violencia interpersonal; 49 nacimientos de cada 1000 eran de chicas entre los 15 a 19 años en el mundo; la mitad de los trastornos de salud mental en la etapa adulta comienzan a los 14 años, que no fueron ni detectados ni tratados.

Según la OMS (2016), muchos problemas de salud mental se dan en el período de la adolescencia, que tienen efectos en la salud general y el desarrollo del adolescente pueden asociarse a problemas sanitarios y sociales como: consumo nocivo de alcohol, de tabaco y de sustancias ilícitas, o bien, presentarse el embarazo en el adolescente, el tener conductas delictivas y que lo lleven a la deserción escolar.

El DSM-IV TR, expone los siguientes Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia:

Retraso mental:

- F70 Retraso mental leve.
- F71 Retraso mental moderado.
- F72 Retraso mental grave.
- F73 Retraso mental profundo.
- F79 Retraso mental de gravedad no especificada.

Trastornos del aprendizaje:

- F81.0 Trastorno de la lectura
- F81.2 Trastorno del cálculo
- F81.8 Trastorno de la expresión escrita

Trastorno de las habilidades motoras:

- F82 Trastorno del desarrollo de la coordinación.

Trastornos de la comunicación:

- F80.1 Trastorno del lenguaje expresivo
- F80.2 Trastorno mixto del lenguaje receptivo-expresivo
- F80.0 Trastorno fonológico
- F98.5 Tartamudeo

Trastornos generalizados del desarrollo:

- F84.0 Trastorno autista

- F84.2 Trastorno de Rett
- F84.3 Trastorno desintegrativo infantil
- F84.5 Trastorno de Asperger

Trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador:

➤ **Trastorno por déficit de atención con hiperactividad:**

- F90.0 Tipo combinado
- F90.8 Tipo con predominio del déficit de atención
- F90.0 Tipo con predominio hiperactivo-impulsivo
- F91.8 Trastorno disocial
- F91.3 Trastorno negativista desafiante

➤ **Trastornos de la ingestión y de la conducta alimentaria de la infancia o de la niñez:**

- F98.3 Pica
- F98.2 Trastorno de rumiación • F98.2 Trastornos de la ingestión alimentaria de la infancia o de la niñez

➤ **Trastornos de tics:**

- F95.2 Trastorno de la Tourette
- F95.1 Trastorno de tics motores o vocales crónicos
- F95.0 Trastorno de tics transitorios

➤ **Trastornos de la eliminación:**

- Encopresis:
- F98.1 Con estreñimiento e incontinencia por rebosamiento
- F98.1 Sin estreñimiento ni incontinencia por rebosamiento
- F98.0 Enuresis (no debida a una enfermedad médica)

Otros trastornos de la infancia, la niñez o la adolescencia:

- F93.0 Trastorno de ansiedad por separación
- F94.0 Mutismo selectivo
- F94.2 Trastorno reactivo de la vinculación de la infancia o la niñez.
- F98.4 Trastorno de movimientos estereotipados.

Queda expuesto que la adolescencia marca la transición hacia el mundo adulto, siendo un período de transformación y de crisis. Esta etapa está regida por la búsqueda de una identidad social, caracterizada por el establecimiento de los propios valores e ideas frente a las influencias de la familia, creando en ocasiones, distanciamiento y conflicto con los padres.

Las emociones imperantes en esta etapa son la rabia, el miedo, a no ser aceptado, a la soledad e incluso a la muerte, y la frustración, que aparecen normalmente cuando la propia

identidad se está viendo; impera el peso de las emociones debido a los cambios cerebrales y hormonales vividos en esta etapa, hacen de esta etapa un momento de centramiento en uno mismo, imposibilitando en ocasiones la posibilidad de una conciencia social. No obstante, al mismo tiempo se despierta un enorme interés por lo que piensan y sienten los demás, sobre todo por lo que piensan y sienten hacia ellos; por este motivo; a veces, resulta difícil expresar la propia opinión en el grupo y, mucho más, hablar sobre las propias emociones y vivencias por miedo a ser juzgado o rechazado. En esta búsqueda de la propia identidad social, cobra especial importancia el sentimiento de pertenencia al grupo, personas con creencias y necesidades parecidas que cubren una necesidad relacional de seguridad en estos momentos de tanto caos. Así como también se despierta el interés sexual por el otro, que activa la búsqueda del propio lugar en las relaciones con el mismo sexo y con el sexo opuesto; es posible entender conceptos más abstractos, cobrando especial importancia el hecho de que el contexto de aprendizaje sea significativo ayudándoles a comprender mejor la realidad.

2.2. Aproximaciones psicológicas en torno a la adolescencia, y así incluimos a Freud, y Erikson.

Freud (1976), indica que esta etapa es donde el puberto adquiere un papel concretizado de elementos como el aparato psíquico y la sexuación; ya que determina que en la niñez se consuma una elección de objeto que intercala un estadio narcisista entre el autoerotismo y la genitalidad; en donde El Edipo explica la diversidad de las conductas sexuales, que ya siendo hombres o mujeres, intentan reproducir o forman su predilección, considerando: perjuicio del tercero, actitud de rescate o salvación de la persona amada, separación de la ternura amorosa de la corriente sensual, repetición de los vínculos. Y que Ana Freud (1976), basándose en que la vida sexual no inicia en esta etapa, sino en la infancia, en donde constituye una sexualidad infantil difusa y que posteriormente se centrará en la genitalidad. (Fernández, 2014).

Capps (2011), expone que la propia teoría de Freud implicaba instintos, creía que la mente estaba codificada con un plan y que, durante los primeros cinco años de vida, el niño pasó de la fase oral a la fase anal, seguida de la fase fálico-edípica. En cada fase, la parte correspondiente del cuerpo era donde la gente buscaba gratificación y satisfacción instintiva / sexual. En ese momento, él prestó poca atención al papel de la sociedad y la socialización como una influencia.

Posteriormente, en la segunda mitad del siglo XX, Kestenberg (1980), enuncia que aunque la organización psíquica se realiza en la niñez, su consolidación es en esta etapa; y considera que es una etapa de pérdidas, como en el contexto del Edipo, el desaliento de los padres, prohibición del incesto, sintiendo una gran decepción aunado a otras, tales como: la imagen ideal que tiene de sí mismo, conduciéndose según lo que espera de su imagen de sí mismo, siendo entonces lo que determina su selección: la opinión del sí mismo en un contorno social, el de poder vivir sus proyectos o expectativas, pasando de la decepción a actuar en favor de conquistar lo que espera de sí mismo; y que se convierte en una etapa donde pueden haber muchos suicidios, debido a que es hiperlatente, y como siente la gloria, puede sentir angustia, rechazo a su cuerpo, negación del cambio, aparece un activismo sexual que ayuda

a sentir placer minimizando la sensación de insatisfacción por los conflicto, se siente extraño de si mismo y al objeto; en donde existen transformaciones o reorganizaciones, siendo la prioridad la problemática de la identificación; en donde los eventos ocurridos en la niñez, con los nuevos aparejados con los anteriores, tienen un efecto y significación nueva.

En tanto, Capps (2011), basado en lo que Erikson, aspirante a artista que se convirtió en psicoanalista, centra el psicoanálisis en la autoimagen a través del retrato, como representación de la identidad personal; que como primer rubro el niño identifica del rostro de su madre y que posteriormente lo asemejará a otro parecido; define al carácter del individuo en base a una cultura conforme a las cualificaciones sociales externas y a los aspectos sobresalientes del comportamiento personal; enfocando la identidad del sujeto en base a la realidad social o bien al retrato que tiene de sí mismo desempeñándose en un contexto social; generando una relación entre el rol social y la identidad de personalidad, de acuerdo al autorretrato intrínseco en el ser. En donde el adolescente se encuentra en un período de “identidad” y “crisis de identidad” dentro de un contexto social e histórico, sustentando que las costumbres y los valores parecen extraños si se encuentran de forma aislada pero característicos de una cultura dan un estilo particular, que influye en los sujetos en su proceso de identidad, que utiliza un proceso de reflexión y observación simultáneas, pero este proceso sino se acepta el cómo espero ser y lo que me reflejan los demás que soy, se vuelca doloroso y evitativo, o no aceptado y se prolonga, generando entonces necesidad de evasión de la realidad o de alguna situación aunque peligrosa pero que lo haga sentir investido de su poder como sería encaminarse a actos delictivos, a consumir algún tipo de droga, entre otros. Erickson (1956), desarrolló un diagrama en donde conceptualizó un complejo conjunto de tareas de desarrollo que involucraban un conjunto de etapas progresivas en la vida, en las que las etapas posteriores dependían de lo que ocurrió en etapas anteriores mediante un despliegue gradual a través de crisis psicosociales específicas de la fase, entrelazadas las ocho fases o etapas sistemáticamente; en donde En la primera etapa (infancia: confianza versus desconfianza, Autonomía vs. Vergüenza, Duda;

	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.
I. Infancy	Trust vs. Mistrust				Unipolarity vs. Prematurity Self-Differentiation			
II. Early Childhood		Autonomy vs. Shame, Doubt			Bipolarity vs. Autism			
III. Play Age			Initiative vs. Guilt		Play Identification vs. Fantasy Identities			
IV. School Age				Industry vs. Inferiority	Work Identification vs. Identity Foreclosure			
V. Adolescence	Time Perspective vs. Time Diffusion	Self-Certainty vs. Identity Confusion	Role Experimentation vs. Negative Identity	Anticipation of Achievement vs. Work Paralysis	Identity vs. Identity Diffusion	Sexual Identity vs. Bisexual Diffusion	Leadership Polarization vs. Authority Diffusion	Ideological Polarization vs. Diffusion of Ideas
VI. Young Adult					Solidarity vs. Social Isolation	Intimacy vs. Isolation		
VII. Adulthood							Generativity vs. Self-Absorption	
VIII. Mature Age								Integrity vs. Disgust, Despair

Prior to the structural theory, Freud had put forward the *topographic theory*: another partially coded theory in which the unconscious “where” desires were repressed.

Fig. 2 (above) | Erikson’s Diagram of Psychosocial Development as published in Erikson, “The Problem of Ego Identity” 76.

Figura 1. Capps Donald (2011). Erikson’s Diagram of Psychosocial Development as published in Erikson, “The Problem of Ego Identity,”

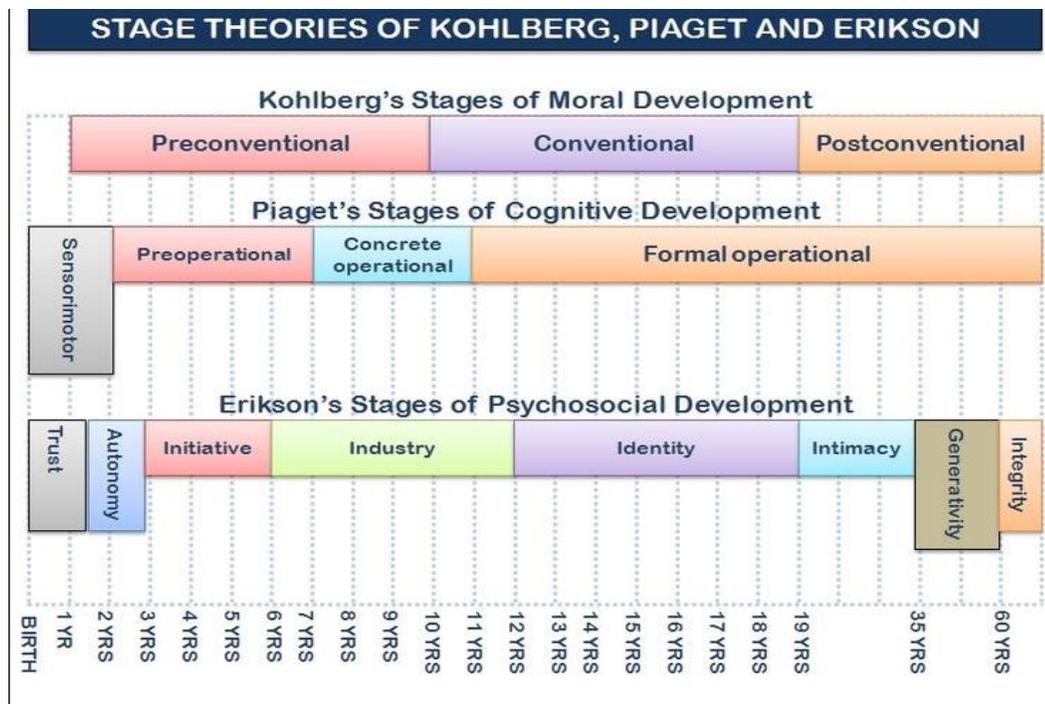


Figura 2. Feist y Feist (2009), Stage Theories of Kohlberg, Piaget and Erikson.

2.3. El suicidio en adolescentes.

Otro factor que es característico en esta etapa es un sentimiento de soledad, como señala Carvajal y Caro (2009), que está aunado e influenciado por la inseguridad, el bajo nivel educativo, vivienda inadecuada, mala nutrición, abuso de alcohol y de otras sustancias, maltrato, y conflictos familiares, que alteran en el adolescente su aspecto físico, social, emocional y mental; existiendo en las personas tal sentimiento, además de poder presentar desesperanza, soledad, riesgos de violencia y problemas en la salud física; que lo pueden conducir a crisis constantes, conflictos y contradicciones; que confirman que los problemas intrapersonales que experimentan son influenciados también por su contexto social; encontrándose vulnerable e intentando adaptarse a todos los cambios y que pueden ser mayores si se suman acontecimientos externos como pudieran ser: rechazo por parte de la pareja, falta de comunicación con los padres, dificultades para alcanzar las aspiraciones propias o las expectativas de los padres y conflictos familiares. Es una etapa en que le dedica más tiempo a sus pares que a sus padres; se están adecuando en este período sus pensamientos, las creencias y sus valores, buscando la separación de lo que sus padres le han mostrado o enseñando, y generando los propios. Ante todo, pudieran experimentar sentimientos negativos de tristeza y desesperanza (“imposibilidad de alcanzar o de llegar a ser conforme a sus expectativas) o de pesimismo hacia sí mismos; pudiéndolos llevar a conductas suicidas o de abandono o falta de atención hacia ellos mismos. Es importante destacar que la soledad es considerada un problema de salud, una epidemia de la sociedad moderna, que ha ido incrementándose; siendo sinónimo de aislamiento social objetivo, que tiene un elemento afectivo, ya que es una experiencia emocionalmente desagradable; y que su elemento cognitivo, en que la percepción conlleva a una disminución en las relaciones sociales o que éstas son inadecuadas.

Hernández y Flores (2011), exponen que el suicidio “*implica que el individuo que lo lleva a cabo, ejerce una forma extrema de violencia contra sí mismo*”; El Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2008:103) define el suicidio como “la acción de matarse a sí mismo”; la Organización Mundial de la Salud (OMS,200), señala que no es una enfermedad pero si contiene trastornos mentales asociados a él y que muy pocos buscan ayuda profesional antes de realizarlo; así mismo, lo considera un trastorno multidimensional en donde interactúan los factores biológicos, genéticos, psicológicos, sociológicos y ambientales; siendo además una de las primeras diez causas de muerte en todos los países y la población más vulnerable a ello se encuentran en las edades de 15 a 35 años de edad. Las razones que ha dado el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), por las que se lleva a cabo son por: la ansiedad, depresión, estrés, soledad, desesperanza, exigencias sociales, sentimientos de culpa y rechazo. De acuerdo a los datos estadísticos, los hombres son más propensos a efectuarlo y la edad más proclive oscila entre los 15 a 24 años de edad.

2.4. Violencia y sus manifestaciones. Bullying.

Ferrel, Cuan, Londoño y Ferrel (2014) realizaron una investigación en cinco instituciones educativas de Santa Marta, Colombia, basada en que en el III Foro Europeo de Educación (2005), donde se expuso que el bullying o acoso entre iguales es afectada el 13% de población estudiantil casi a diario y puede afectar su vida adulta; y que provoca el absentismo y el fracaso escolar, provocando en los jóvenes niveles altos de ansiedad, estrés y aislamiento en las víctimas y que hay una alta probabilidad que respondan agresivamente, y en ocasiones es contra ellos mismo, provocándose el suicidio. Hallaron que la mayoría de los implicados son varones, y el acoso en general es verbal y el lugar escolar donde más se efectúa, es en el patio; y el rango de edad oscila entre los 6 hasta los 18 años de aquellos que intimidan y/o son víctimas. En los varones es más frecuente las agresiones físicas y amenazas como forma de intimidación; y en las mujeres los rumores y el aislamiento de la víctima; considerando acoso directo, el ataque abierto a la víctima; y el acoso indirecto, mediante el aislamiento social y de exclusión deliberada de un grupo. Destacando también que entre un 50.6% y un 67.4% de los padres no saben que sus hijos sufren de bullying, en donde el principal objetivo es la humillación y desprecio de la víctima; y localizaron que existe una variable presente entre las víctimas y es que son estudiantes con pobre apoyo social percibido que estos reciben de amigos y familia, en especial de tipo socio afectivo.

2.5. Conductas de Riesgo en Adolescentes Desertores.

Según un estudio realizado por la Subsecretaría de Prevención y Participación Ciudadana (SSP, 2011), define una conducta de riesgo a todo comportamiento que no procure la integridad física, emocional o espiritual de las personas, incluyendo aquellas que atenten contra su vida. En los adolescentes, aquellas que impidan o pudieran comprometer su desarrollo psicosocial o de supervivencia o caer en conductas infractoras; como consumir tóxicos, que los pueden llevar a sufrir un accidente, deprimirse, asociarse con pares que realicen conductas disruptivas, parasociales o violentas, usar inadecuadamente las redes sociales de la internet, llevar práctica sexual sin protección, entre otras.

a) Consumo de tóxicos.

Ya que el consumo de drogas, legales o no, se relaciona con la deserción escolar, ya que está relacionada el bajo rendimiento académico con la deserción escolar y estas con el consumo de tabaco, alcohol y drogas ilegales. Se realizó una encuesta que mostró que los adolescentes entre 12 y 17 años tienen mayor probabilidad de usar drogas si se les ofrece y más aún, si se las dan de forma gratuita; su consumo les puede provocar un daño físico, psicológico e incluso la muerte. El consumo de alcohol, ya que se vuelven dependientes al mismo y pierden el control en su consumo; se halló que el 71% lo consume para poder convivir con pares. Informaron que el 3.3% de los jóvenes que lo consumen han tenido problemas con la policía; el 6.4% involucrados en una pelea; el 9.5% problemas con su familia y seis de cada diez han estado comprometidos en un accidente automovilístico, en el cual ha habido un fallecido (SSP, 2011).

b) Conductas sexuales de riesgo.

Es un factor importante, ya que en esta etapa se presenta su primera relación sexual, la primera unión y el nacimiento del primer hijo, así como el inicio del cuidado anticonceptivo. Encontraron que el 27.7% de los adolescentes habían iniciado su vida sexual, y sólo 4 de cada 10 utilizaron un anticonceptivo en su primer encuentro sexual, lo que el resto queda expuesto a contraer una enfermedad de transmisión sexual o de quedar embarazados; y que este último rubro, los puede llevar a complicaciones en el embarazo, parto y postparto; a abortos clandestinos, que son la tercera causa de muerte en adolescentes (SSP, 2011).

c) Riesgos asociados a los Pares: conducta disruptiva, violencia, pertenencia a pandillas y otros grupos para-sociales.

El grupo de amigos es la tercera esfera que domina en la vida de los jóvenes entre los 12 a los 18 años, debido a su necesidad de pertenecer a un grupo, ser reconocidos dentro de él y construir su identidad, y encuentra su poder de persuasión. *“Se considera una conducta disruptiva, infractora y violenta, a todo comportamiento inapropiado o molesto, repetitivo que tiene como finalidad inquietar, alarmar, atemorizar, distraer o confundir a las personas o bien desequilibrar una condición dada con el fin de impedir su funcionamiento”* (SSP, 2011).

CAPÍTULO III.

RESPONSABILIDAD SOCIAL Y EDUCATIVA: SUGERENCIA DE INTERVENCIÓN DE LA TERAPIA CLÍNICA EN EL ÁMBITO EDUCATIVO, COMO ALTERNATIVA PARA PROPORCIONAR HERRAMIENTAS A ADOLESCENTES Y JÓVENES, PARA AFRONTAR CON EFICACIA SITUACIONES DE SU VIDA

3.1. Responsabilidad social.

En una publicación de la SEP (2017), encontramos expuestos los fines de la educación en el siglo XX, cuyo objetivo es remarcar que debemos construir un México libre, justo y próspero, y que se intenta llevar a cabo a través de la Reforma Educativa, y es aquí donde entra nuestra responsabilidad social, y en un marco del país, que está plasmada en el artículo 3ero. de la Constitución Mexicana, en donde ya está estipulado desde 1917 que esta debe desarrollar *“armónicamente, todas las facultades del ser humano y fomentar en él, el amor a la Patria, el respeto a los derechos humanos y la conciencia de la solidaridad internacional, en la independencia y en la justicia; y que el fin del gobierno actual es que a través de la educación sea formar ciudadanos capaces de desarrollarse personal, laboral y familiarmente, con el interés intrínseco de procurar la mejora de su entorno social y natural. Dentro de las metas por alcanzar en el desarrollo físico y emocional, encontramos que procura el que todo individuo tenga autoestima y el desarrollo de hábitos saludables, que es lo que compete en este estudio, a través de” la autorregulación de emociones y cuidar su salud; desarrollando fortalezas y capacidades para afrontar la adversidad, cultivando relaciones interpersonales sanas, cuida de su salud física y mental, que maneje sus emociones y tendrá capacidad de construir un proyecto de vida con metas personales”*.

3.2. Responsabilidad educativa.

Al inicio del capítulo II, pudimos apreciar el trabajo de Woolfolk, (2010), en donde se demuestra el poder que tiene los educadores en la vida de sus educandos encontrando que la calidad de la relación maestro-alumno, estaba en relación prediciendo el éxito o el fracaso escolar en los estudiantes, tomando en cuenta los conflictos, la dependencia del menor al tutor, y el afecto que este demostraba por el estudiante; sobre todo con respecto a que tanto el profesor había sido capaz de reconocer y responder positivamente a las necesidades del alumno; y el niño al sentirse valorado o tomado en cuenta, manifestaba un avance en su lectura y en las matemáticas, y en caso contrario no.

En el Modelo Educativo 2017, del país, contiene el ámbito que es de nuestro interés: el ámbito de habilidades socioemocionales y proyecto de vida, que corresponden a las innovaciones en el rubro de educación de los Estados Unidos Mexicanos, incorporándolo como parte del currículo, bajo el componente de Desarrollo personal y social, que integra la capacidad de las personas para relacionarse y desarrollarse como seres sanos, creativos y productivos; comprende el proceso del joven de conocerse y comprenderse a sí mismos, favorece a la atención, a tener sentido de autoeficacia y confianza en sus capacidades personales (autoestima); entender y regular sus emociones; establecer y alcanzar metas positivas, sentir y mostrar empatía hacia los demás; establecer y mantener relaciones

positivas, establecer relaciones interpersonales armónicas, tomar decisiones responsables y desarrollar el sentido de comunidad (de pertenencia) y propone una participación más inclusiva de la familia. Esto surge por las altas cifras estadísticas encontradas en la SSP (2011) a través de encuestas realizadas por el INEGI, exponen que el adolescente no sólo presenta cambios individuales como son: físicos (sexuales) y psicológicos (emocionales, intelectuales); sino que también en sus conductas influyen la participación e interacción con su contexto social y cultural que en conjunto pueden hacer que se incremente la proclividad de cometer conductas de riesgo, como son: consumo de tóxicos, SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual, embarazo precoz o indeseable, depresión, accidentes e incluso la muerte; aumentando la problemática al desertar escolar, a la incorporación temprana al mundo laboral, teniendo que ejercer trabajos marginales; todo esto en conjunto, hace que se incremente en él la vulnerabilidad psicosocial. Generando esta sociedad creaturas rechazadas y no atendidas en sus hogares, ni en sus centros educativos ni por su sociedad; sin un estímulo por mejorar, ya que se enfrentarán al terrible el desempleo y subempleo existente en el país.

De lo antes expuesto surge la importancia de concientizarnos en el modelo educativo y en incluir la intervención terapéutica en ellos, desde el nivel secundaria, mediante un psicólogo clínico, profesional en los cambios conductuales, mediante el currículo de tutor; encontramos ya en la literatura este rubro en donde Rodrigues, Conte de Almeida, Do Amparo y Rodrigues(2015), investigaron sobre los adolescentes en situación de vulnerabilidad social y psíquica en donde afirman que una institución educativa social, ocupa un lugar importante en sus vidas y por ello, es un lugar de acogimiento y de rescate para ellos, como prevención y de afrontamiento ante hechos violentos de su entorno familiar, escolar y social; basados en que en la adolescencia el joven revive el enfrentamiento del Complejo de Edipo, y en su ser se efectúa la reorganización narcisista en esta etapa de desarrollo, así como muchos cambios en su cuerpo; haciéndolo proclive a que busque la satisfacción inmediata, para liberarse de la angustia, por los conflictos personales que enfrentan, propios de la formación de la identidad, enfrentando el admitir sus cualidades sexuales y subjetivas que se distancia de los objetos incestuosos, proceso de canalización de la pulsación del adolescente, por medio de la expresión cultural como sería el baile del hip-hop o la expresión artística, que benefician que alcance su autoconocimiento.

Los autores afirman que una institución educativa puede ser un lugar de entendimiento, de apropiación cultural y subjetiva para el sujeto, de acuerdo a sus variables sociales y colectivas; conjugando así dos acciones que se complementan: escuela y el tratamiento terapéutico que se requiera; en donde una técnica psicoanalítica podría ayudar a tratar al joven, pero en ningún momento sustituirá o mermará la importancia educativa; sólo sería una estrategia en el educar y una terapia que realice la transferencia en el adolescente, y sustituya la carencia encontrada en el seno familiar; enfocado en la importancia de que el joven en esta etapa se consolidan y se reestructuran los lazos sociales, pero al mismo tiempo, el adolescente enfrenta una variable indefinida de sentimientos angustiantes y conflictos internos; y una terapia bien definida utilizando la música, expresiones culturales, el deporte, la danza, el teatro, etc., le posibilitarían transitar por el proceso con menor riesgo de su desarrollo y su salud psíquica. Resaltan la importancia de la familia, y la escuela para darle apoyo narcisista para los adolescentes, ya que su fragilidad psíquica puede manifestarse en impulsos destructivos, tal y como Freud (1920) propuso la existencia de la voz pulsional, una agresividad para ser reconocida como una fuerza constitutiva, como una pulsión desligada,

una pulsión de muerte, cuando el objetivo es una destrucción; por ello, el adolescente puede aplicar la violencia para anular o para obtener el espacio del otro; el deseo puede ser voluntario, deliberado, racional y consciente o puede ser inconsciente, involuntario e irracional; y mediante la intervención terapéutica como tutor, el psicólogo podría indagar como es que el adolescente se ve influenciado por los objetos de la cultura y la civilización contribuyendo a que ejerce actos violentos sobre sí mismo y sobre otros; influenciado por sentimiento de fragilidad por parte del desabrigo humano y que está conscientes, como elementos de la destrucción y de la sexualidad. En su investigación encontraron que la violencia en la adolescencia *“puede ser un camino de búsqueda del placer fundamentalmente Narcisa para el esqueleto psíquico de las exigencias de trabajo de la conexión”* para evitar la desintegración o destrucción del sujeto; por no saber lidiar con sus angustias, miedos y cambios no aceptados que lo conducen a sentir sufrimiento.

Muchos países nos llevan años de ventaja en este rubro, y por ello su desarrollo económico y social es mucho más exitoso y productivo que el nuestro, tal y como Carreras (2012), menciona que en Europa las actividades de los psicólogos en el entorno cotidiano de la escuela son: ayudar a los niños a adaptarse al ambiente escolar en las diferentes etapas de su desarrollo; a que el estudiante desarrolle su vida de forma equilibrada desde una etapa inicial o temprana, identificando los problemas de comportamiento, las dificultades de aprendizaje; los déficit en habilidades sociales e interviene para modificar y mejorar sus condiciones, buscando su adaptabilidad y el desarrollo de su potencial.

En Corea del Sur, que se considera uno de los países que se encuentran a la vanguardia en ese rubro; comenta González (2014), que, en su política educativa, el crecimiento obtenido es porque le han dado gran importancia a que la educación es el medio por el cual puede el individuo lograr su realización personal y de avance, así como el medio para poder obtener el reconocimiento social. Sustentado mediante el valor de la ética confuciana como exponen García y Arechavaleta (2011).

En Finlandia, que también se considera uno de los países que se encuentran a la vanguardia en la educación de nuestros tiempos, la Dirección Nacional de Educación en Finlandia (2007), cuenta con servicios de tutoría en los primeros seis años de enseñanza básica, brindándoles apoyo, ayuda y orientación para que alcancen el mejor resultado en sus estudios, así como, les enseñan estrategias y herramientas para que tomen las decisiones correctas y apropiadas en cuanto a educación presente y a futuro. El Ministry of Education and Culture (2016), sustentan que su educación está enfocada en maximizar el potencial de cada estudiante.

Buenrostro (2003), comenta que la política educativa de Japón surgió después de la segunda guerra mundial, llevándonos con ello más de medio siglo en la delantera, cuya operación hace que los jóvenes se preparen con gran dedicación para presentar su examen a la universidad, ya que de eso depende su futuro, porque si entran a una buena universidad, seguro los contratará en una empresa de prestigio, en la cual durarán toda su vida. Una de sus características es su severidad con la obligación diaria de impartir la educación, así como de asistir a tomarla y que está en su base del respeto mutuo entre educandos y educadores.

En América, hemos puesto el ejemplo de Quebec, Canadá. Anadón (2007), expone que su política educativa promueve la igualdad de oportunidades, permitiendo una plena inserción social, en base a una perspectiva cognitivista, constructivista y socio constructivista; que ayuda a que desarrollen la competencia de saber actuar.

Como podemos apreciar, nos llevan una gran ventaja en años de aplicación y de apostar por la educación y del desarrollo personal de la juventud; lo importante es que hemos empezado a emprender el camino, y que con mejores estrategias podríamos ponernos al mismo nivel, apostando por ofrecerles a nuestros escolares, la asistencia de alguien que cubra la carencia familiar y social; enseñándole estrategias y herramientas para que sepan afrontar mejor las crisis en su vida; así como la guía que cualquier ser humano necesita para estructurarse.

3.3. Datos estadísticos de cohesión social sobre la violencia y la delincuencia en el 2014.

La Secretaría de Gobernación (SEGOB) y el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) 2014, trabajaron en conjunto para obtener información sobre la prevención de la violencia y la delincuencia (ECOPRED); los participantes fueron de un rango de edad entre los 12 a 29 años de 47 ciudades, incluyendo 7 zonas metropolitanas de las 32 entidades federativas; dentro de sus contextos individual, familiar, escolar, laboral y comunitario y midieron: *“el acoso escolar, el maltrato físico, el robo con o sin violencia, amenazas, extorsión, acoso por las características personales del joven y la violencia sexual”*. Encontrando que, en la mitad de los hogares entrevistados, los jóvenes entre 12 a 29 años viven en situaciones de conflicto o peleas entre miembros del hogar, en donde un 13.1% había sufrido violencia física y/o psicológica por parte de sus padres para aplicarles disciplina; siendo la principal causa del conflicto el No cumplir con las tareas del hogar con un 35.3% y 32% los por problemas entre hermanos. En cuanto al acoso escolar, se encontró que un 32.2% entre los 12 a 18 años de edad, ha sido víctima de acoso escolar y un estimado del 71.6% de jóvenes entre los 12 a 29 años cuentan con amigos involucrados en por lo menos un factor de riesgo; también, se halló que un 59.5% de entre los 15 a 29 años, ha consumido alcohol alguna vez y un 9.7% indicó haber probado drogas ilegales por lo menos alguna vez.

Según la información proporcionada por la INEGI y SEGOB (2014), dentro de las acciones vecinales ante conductas delictivas o antisociales, se encontró que en un 50.6% se encuentran las peleas entre pandillas, seguidas por un 39.9% de robos; conforme a esto la *“ECOPRED estima que durante el 2014 se generaron 19.8 millones de delitos y actos de maltrato asociados a 4.5 millones de víctimas de 12 a 29 años en las 47 ciudades de interés, y una tasa de prevalencia de 46,426 víctimas por cada cien mil jóvenes de 12 a 29 años”*. También se halló que un 39.8% de los jóvenes de entre los 12 a 29 años estudia y trabaja y se identificó que tienen además problemas en sus casas, y un 32.8% de mujeres entre estas edades, aparte de realizar ambas actividades ya son madres solteras. En cuanto a sus expectativa y proyección personal se mostró que un 58.4% espera tener su propia casa o departamento; y un 47.3% espera tener su propio negocio o trabajar por cuenta propia.

3.4. Investigaciones sobre factores que influyen en los adolescentes y los jóvenes para propiciar en ellos el abandono escolar y delinquir.

Rojas, Alemany y Ortiz (2011), realizaron una investigación sobre abandono escolar temprano, los jóvenes encuestados oscilaron entre las edades de 16 a 24 años que habían abandonado sus estudios, encontrando que el nivel socioeconómico dominante era el bajo; el nivel educativo de los padres era nivel de educación primaria o secundaria obligatoria; concluyendo que según los resultados encontrados el ambiente familiar parece influir en el rendimiento escolar; para el estudio se utilizó un muestreo no probabilístico de tipo causal o incidental, ya que se eligió directa e intencionalmente a los sujetos que participarían en él, la muestra estuvo conformada por 190 sujetos, en donde hubieron 93 hombres y 97 mujeres; diseñaron un Cuestionario de Abandono Escolar Temprano (AET), el cual, pasó por distintas etapas hasta que lograron el cuestionario definitivo (Me,2010), el cual consideró cinco bloques: datos personales y familiares, aspectos escolares, aspectos familiares y sociales; el abandono escolar y la iniciación laboral; contuvo 114 ítems. Hallaron que los problemas familiares que propician el abandono temprano son: la separación de los padres, violencia doméstica y consumo de sustancias adictivas en el ámbito familiar y que el poco tiempo que los padres pasaban con los hijos era otro factor, con un 33.8%.

En una investigación sobre sobre síntomas psicopatológicos en adolescentes españoles, Rosa, Parada y Rosa (2014), buscaron encontrar la relación con los estilos parentales percibidos y la autoestima; para ello llevaron a cabo correlaciones bivariadas (coeficiente de correlación de Pearson), observando que la correlación entre estilo materno y los distintos síntomas psicopatológicos encontrando que el control conductual de la madre sólo presenta correlaciones significativas con los índices globales y con ansiedad y hostilidad; en relación al estilo del padre es semejante al de la madre; y en correlación entre autoestima y síntomas psicopatológicos, indicó que a mayor autoestima menor sintomatología. La muestra del estudio estuvo conformada por 935 adolescentes de entre 12 a 18 años, que fueron evaluados en las variables Autoestima, Estilos parentales percibidos y síntomas psicopatológicos; mostrando que los adolescentes que vivían solo con la madre tenían deseos de compartir sus vivencias y la percibían más afectuosa, impulsora de la autonomía, que cuando vivían solo con el padre; y si convivían con ambos, percibían mayor control conductual. Hallaron también que, a mayor afecto, promoción, control conductual, revelación y humor, existían menos síntomas psicopatológicos, en tanto, que, a mayor control psicológico, mayor número de síntomas.

Arce, Fariña y Novo (2014), investigaron la relación de reincidencia delictiva y conducta antisocial con la competencia cognitiva; se hizo con una muestra de 104 penados, de los cuales, 54 fueron primarios y 50 reincidentes, que no habían sido previamente objeto de un tratamiento penitenciario; se evaluó la responsabilidad, el autoconcepto, el afrontamiento e inteligencia emocional; encontrando que los reincidentes tenían menos avanzado el autoconcepto y la inteligencia emocional; y que enfrentaban las situaciones estresantes o de peligro mediante habilidades no adaptativas; concluyendo que eran menos competentes cognitivamente que los primarios.

En base a lo anterior, también se observó la investigación de Sierra y Rojas (2015), que analizó un trabajo clínico que se llevó a cabo dentro de una institución de internamiento para menores infractores, mediante el psicoanálisis, a través de la historia del sujeto y no sólo al acto transgresivo ni a la reclusión; ya que podría ser que para algunos jóvenes surgiría *“la posibilidad de vivenciar los efectos de una contención, de una barrera ante lo mortífero de la pulsión, mostrando que el encierro no necesariamente tiene la función del control y el sometimiento sino que sus efectos en el sujeto pueden bascular entre la destrucción y la creación”*. Basados en que una institución de reclusión para menores infractores funciona como quien juzga, priva y castiga al menor, en donde el tratamiento mental se centra en la ley dirigida en corregir al joven para que se reintegre a la sociedad y sea productivo; y el abordaje psicoanalítico implica dejar a un lado el objetivo institucional y mirar el malestar que tiene el infractor. Aquellos adolescentes o jóvenes que caen en condiciones delictivas generalmente vienen de un contexto familiar y social que es característico de un medio violento y de carencias; en donde la violencia más frecuente es el castigo corporal con el fin de reformarlos y de maltrato (físico o psicológico), aunado a la falta de cubrir sus necesidades básicas, catalogada como omisión de cuidado, sumando tratos humillantes que se conoce como violencia emocional; y en su contexto social y comunitario, se le añade la falta de oportunidad de educación y empleo, propiciando en el que caiga en la delincuencia. Esta investigación vista desde las aportaciones de Freud (1932/1981), en tanto a las representaciones psicológicas de la cultura: donde el fortalecimiento del intelecto intenta gobernar a la vida pulsional y la interiorización de la predisposición a agredir, y poder encontrar en ellos el placer por trasgredir, violentar y ser agresivos, para poderlas modificar por displacer; y así, modificar en origen esa tendencia delictiva en los jóvenes.

3.5. Propuesta de acción del psicólogo clínico en centros educativos.

Conforme a la importancia que tiene en el adolescente y/o joven su contexto familiar y educativo en proporcionarle estrategias y habilidades de afrontamiento a lo que le va a acontecer en su vida, y sobre todo, en los instantes de crisis existenciales, pueda mantenerse estructurado y poder tomar decisiones asertivas, así como estrategias de contención; y de acuerdo a que muchos viven sin una estructura familiar favorable que les dote de estos atributos, así como las instancias educativas sólo se encargarán de su área académica, es que se vuelve de importancia y de solución el que una figura pueda ocupar ese papel que tiene vacío, y le proporcione las destrezas que tiene que desarrollar, así como una escucha activa, una contención, un apoyo, un orientador, y hasta una terapia que ayude a fortalecer su autoestima, a sanar su salud mental en condiciones de violencia psicológica y emocional, de desatención y le ayude a fomentar capacidades para poderse las proporcionar el mismo aunque no sea en la etapa de vida que le corresponda, pero que por sus condiciones de vida debe de responsabilizarse.

La teoría y las investigaciones comprueban que aquellos jóvenes que se encuentran en situaciones de violencia vienen de un contexto familiar y social que es característico de un medio violento y de carencias; en donde la violencia más frecuente es el castigo corporal, el maltrato físico o psicológico, aunado a la falta de cubrir sus necesidades básicas, catalogada como omisión de cuidado, sumando tratos humillantes que se conoce como violencia emocional; y en su contexto social y comunitario, se le añade la falta de oportunidad

de educación y empleo, propiciando en el que caiga en la delincuencia; ante esto, es necesario darles un apoyo real, efectivo y profesional, que les proporcione o propicie a que desarrollen habilidades, capacidades, estrategias para afrontar lo mejor posible sus crisis existenciales, aunque no pertenezcan a su etapa de desarrollo, esto es, por ejemplo una niña de sexto año de primaria donde la madre la ha abandonado y la ha dejado con su padre alcohólico y va al colegio golpeada, desaseada, y se le hace fácil robar un celular y como consecuencia la expulsan; y entonces la sociedad la orilla a vivir con mayor marginad y sin posibilidades de mejorar su futuro. El hecho de que ama a su padre es totalmente cierto, el que no quiera separarse de él también, aunque la golpee, ella lo ama y es su padre, su lazo filial es completamente importante para ella; el que acabe sus estudios de primaria, puede significar que pudiera seguir con la secundaria, pero sino, acabará orillada a delinquir, prostituirse, irse a las drogas o al alcoholismo para olvidar su situación y minimizar su dolor de vida; entonces al no ser llevada aun DIF pues su calidad de vida es casi nula, y al ser dejada con su padre su vida será cada vez más violenta y más tendiente a ser marginal. Los maestros no pueden hacer nada porque su labor es académica, el padre no cuenta con habilidades de ser un buen padre y dotarla de amor, protección, guía; y la sociedad es ciega ante este maltrato; y entonces pudiera ser una alternativa, el contar en el plantel educativo con una psicóloga o psicólogo clínico que al pudo haberla tratado mientras estuvo asistiendo a la escuela, que pudo quizás hacer la transferencia de una madre o padre, que le hubiera beneficiado en estructurarse, o bien también le hubiera enseñado a conocerse, valorarse, estimarse, mejorar su autoestima, ya que el espejo que son sus padres, no lo recibió; y también, pudo encontrar consuelo y esperanza, estrategias de solución de conflictos y alternativas de autovalerse por si misma; todo esto, pudo haber recibido de haber un psicólogo clínico dentro del plantel.

Basados también que la realidad circunstancial que viven los adolescentes y jóvenes no se puede modificar, el hecho de que a un niño lo hayan golpeado, o humillado una noche anterior o unas horas antes de llegar al colegio, le provocará falta de concentración, de atención, ya que es como si llegara una persona con un balazo y estuviera sangrando y le pidiéramos se concentrara y rindiera académicamente; es necesario reconocer que esto es un problema de salud, que aunque no se vea que se están desangrando, estos chicos han sido heridos profundamente y esa herida es necesario se atienda y se cure y se dé hasta rehabilitación.

Un niño o joven con baja autoestima es como si estuviera con una discapacidad o una necesidad educativa especial, debido a que no confía en sí mismo, no cree en él, no se valora y hasta puede ser tolerable a que lo agredan y lo vea como amoroso, por ello, es necesario que la población estudiantil cuente con una atención inmediata y activa, a sus posibilidades, porque a esa edad no cuenta con el recurso económico para pagarse unas sesiones terapéuticas.

También existen aquellos niños o jóvenes con problemas de aprendizaje o con necesidades educativas especiales, que requieren de una atención psicológica profesional para desarrollar sus áreas de oportunidad y lograr sus metas.

En la encuesta realizada por la INEGI y SEGOB (2014), dentro de las acciones vecinales ante conductas delictivas o antisociales, se encontró que las expectativas de los jóvenes y su proyección personal se mostró que un 58.4% espera tener su propia casa o

departamento; y un 47.3% espera tener su propio negocio o trabajar por cuenta propia; que serán adultos frustrados al no alcanzarlos debido a que no continuaron sus estudios o no tienen una buena autoestima o bien no aprendieron a ser asertivas o a tener buenas relaciones interpersonales.

Toda esta gama de atributos un psicólogo clínico es el que puede ayudarles a desarrollarlas, independientemente de la vida que les ha tocado vivir, o bien de las carencias personales con las que nacieron.

El abordaje terapéutico debe ser tanto psicoanalista para poder mirar su historia de vida y encontrar las pulsiones que los hacen tener ciertos actos y modificarlas, como también un abordaje cognitivo-conductual.

Sugerencia de intervención del psicólogo clínico en centros educativos a nivel curricular bajo el rubro de tutor.

Los maestros o docentes reportarán aquellos casos donde vean que el menor tiene ausencias consecutivas, o bien reprobaciones, o conductas de desatención, desinterés, desmotivación, problemas psicopedagógicos o cualquier anomalía, y será encausado con el tutor (psicólogo clínico) que procederá a realizar una evaluación, diagnóstico, diseñar un tratamiento de intervención e intervenir. Se realizará una evaluación al principio, a la mitad del tratamiento y al final para poder evaluar los resultados; se entregarán reportes a los padres para que tengan conocimiento del trabajo realizado con sus hijos en caso de menores de edad; también se llevará un seguimiento con aquellos alumnos que reciban atención externa o bien se canalizará a los que se considere necesario que reciban una atención especializada.

Para los alumnos que no presenten o no caigan en algún problema y sean atendidos personalmente se les darán talleres de autoestima, de proyecto de vida, pláticas sobre violencia y la forma de actuar ante ellas, esto es, saber qué hacer ante ella; para generarles herramientas de afrontamiento a tales circunstancias; como también de técnicas de estudio y de asimilación de la información, entre otros.

Cada alumno tendrá una sesión por lo menos cada 3 meses, con duración cada una de 50 minutos, para valorar su estado de salud psicoemocional; esto permitirá identificar aquellos casos que se detecten y que el profesorado no detectó; se procederá a darles sesiones particulares, con el fin de resolver el problema.

CAPÍTULO IV.

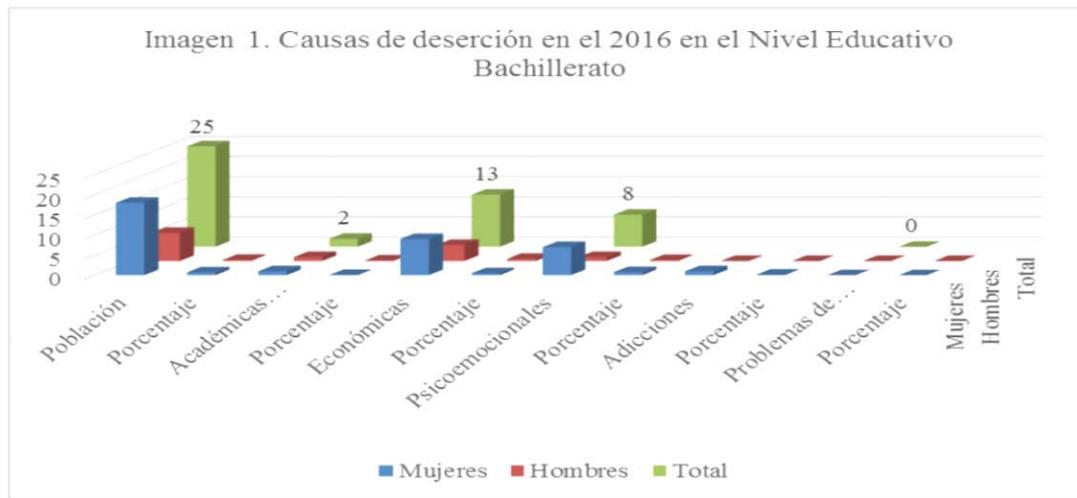
PROPUESTA DE INTERVENCIÓN A TRAVÉS DEL MODELO PSICOANALÍTICO Y DEL MODELO COGNITIVO CONDUCTUAL, VINCULADO CON LAS POLÍTICAS DEL MODELO EDUCATIVO VIGENTE EN MÉXICO.

4.1. Tutoría en UNEA Campus Saltillo, datos sobre las causas de deserción en los años 2016 y 2017 del nivel medio superior y superior.

Durante mi estancia en el norte del país me invitaron en UNEA Campus Saltillo, en el capital del estado de Coahuila, a analizar la base de datos de las bajas presentadas en el año 2016 y lo que va del 2017, que cubre los niveles de licenciatura y bachillerato, de modalidad escolarizada y sabatino, con el fin de conocer las causas dominantes de deserción escolar en su campus.

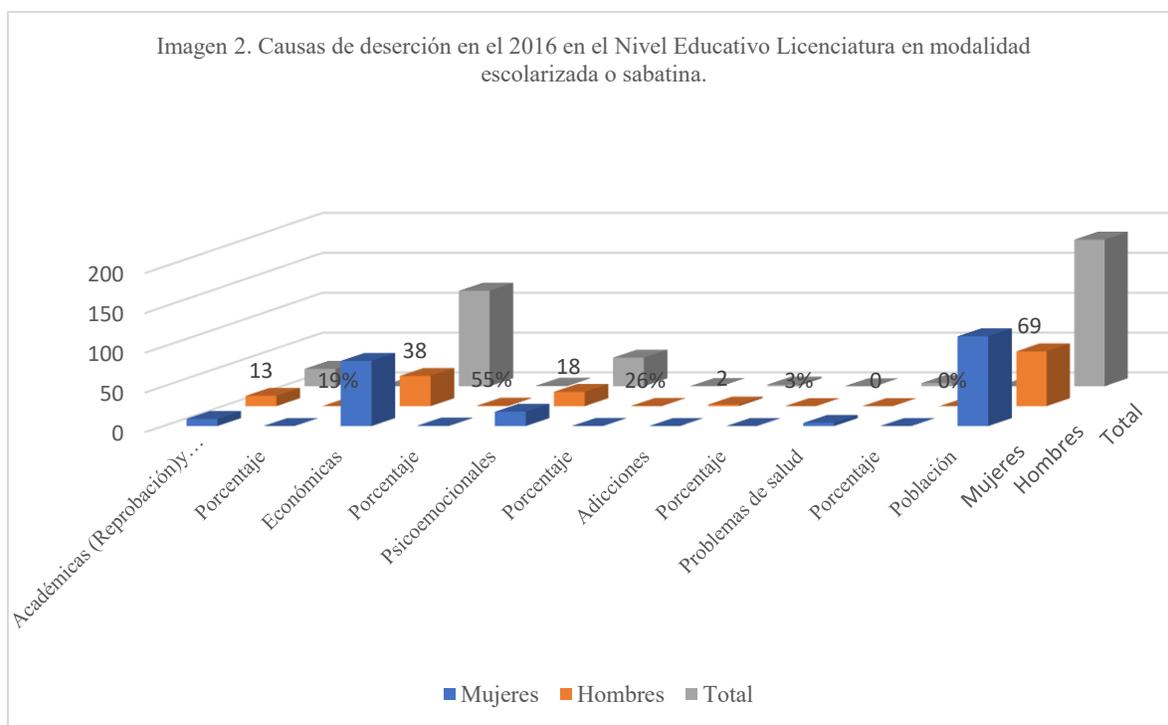
Del 2016 se observó una base de datos de un universo de 209 alumnos en bachillerato y licenciatura, entre las edades entre 14 a 60 años; en donde solo se analizaron los alumnos que entraron en este rubro, y fue el universo poblacional que se consideró para el análisis, constituida por 25 alumnos son del primer nivel mencionado y 184 del segundo.

Encontrando en bachillerato las siguientes causas de deserción escolar, en una población que está en un rango de edad de entre los 14 a los 18 años, conformada por un universo de 25 alumnos, de los cuales 18 son mujeres y 7 hombres.



En la figura 3 podemos observar que se encuentra como causa de deserción en las mujeres en primer lugar por aspectos psicoemocionales con un 78% y con un 57% las económicas en la población de género masculino.

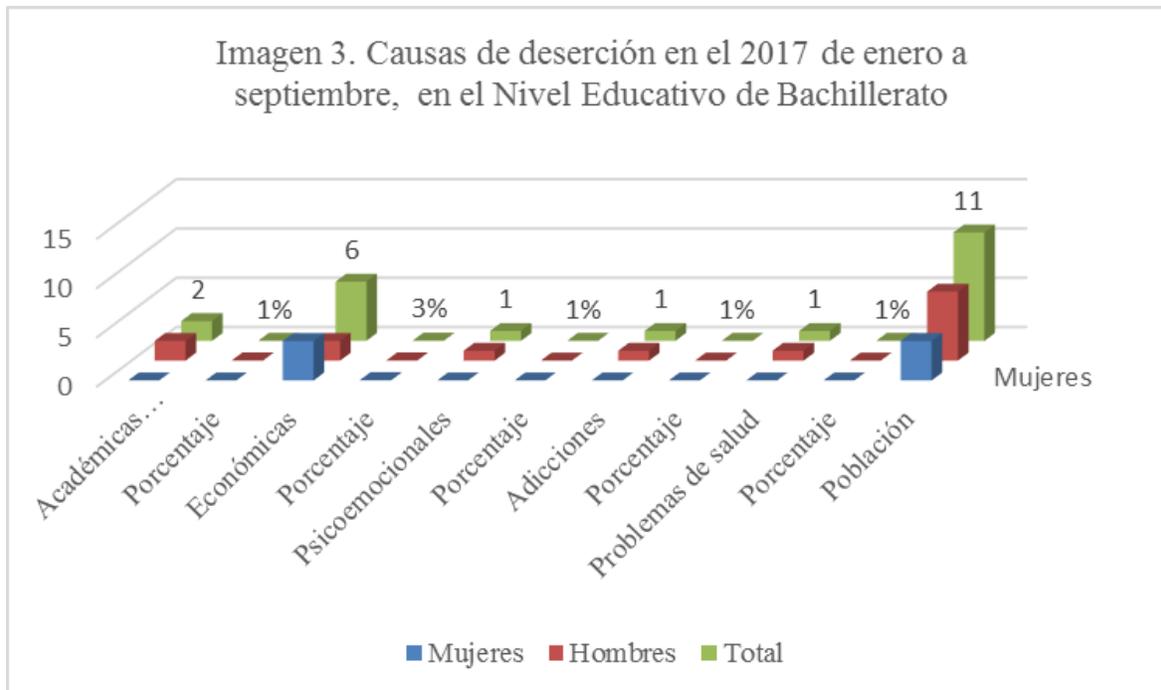
En la licenciatura en modalidad escolarizado o sabatino encontramos con una población de 184 alumnos, compuesta por 113 mujeres y 69 hombres, con las siguientes causas de deserción escolar:



En la figura 4 podemos observar que, en el nivel educativo de licenciatura, en donde la población oscila entre los 17 años (en este lugar el bachillerato es de 2 años) a los 60 años, es una población en un 90% económicamente activa, y son los responsables de cubrir el pago de su colegiatura; en donde encontramos que la causa de deserción económica en las mujeres con un 73% de la población de este sector; y con un 26% en los hombres por causa psicoemocionales.

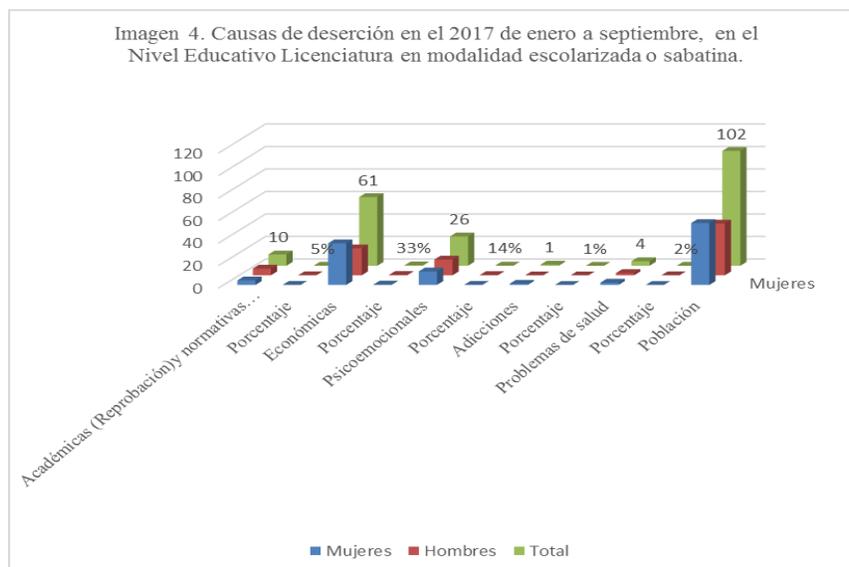
En el período de enero a septiembre 2017 se observó una base de datos de alumnos, en donde solo se analizaron los que entraron en este rubro, y fue el universo poblacional que se consideró para el análisis, constituida por 11 alumnos de bachillerato y de licenciatura; en edades que oscilan entre los 14 a los 60 años.

Para bachillerato se hallaron las siguientes causas de deserción escolar, en una población que está en un rango de edad de entre los 14 a los 18 años, conformada por un universo de 11 alumnos, de los cuales 4 son mujeres y 7 hombres.



En la figura 5 podemos observar que se encuentra como causa de deserción ambos géneros el aspecto económico con un 4% en hombres y un 3% en mujeres.

En la licenciatura en modalidad escolarizado o sabatino encontramos con una población de 102 alumnos, compuesta por 55 mujeres y 46 hombres, con las siguientes causas de deserción escolar:



En la figura 6 podemos observar que, en el nivel educativo de licenciatura, en donde la población oscila entre los 17 años (en este lugar el bachillerato es de 2 años) a los 60 años, es una población en un 90% económicamente activa, y son los responsables de cubrir el pago

de su colegiatura; en donde encontramos que la causa de deserción económica en los hombres con un 35% y un 33% mujeres; seguidas de la psicoemocionales con un 20% en hombres y un 11% en el género femenino.

El análisis realizado en esa institución educativa, dan sustento que la segunda causa de deserción escolar es por crisis psicoemocionales, siendo el primer lugar las de razones económicas, con ello, sustenta la importancia de atender en la población estudiantil este rubro, y que aparte cumple con la propuesta nueva educativa en nuestro país que promueve el desarrollo en los centros escolares de las habilidades socioemocionales en la población estudiantil.

4.2. Sugerencia de intervención de la terapia clínica en el ámbito educativo vinculado con las políticas del Modelo Educativo 2017 (SEP, 2017).

Como se expuso en el capítulo 1 que la El Modelo 2017, en su reforma hace posible la equidad de los educandos; cumple con el derecho constitucional de recibir educación de calidad; de que reciban las niñas, niños y jóvenes una formación integral y les prepare para realizar su potencial individual a favor personal y de su comunidad; en donde las características de la educación de carácter obligatorio y con metas para maestros, padres de familia, estudiantes, autoridades educativas y comunidad y la sociedad se compone según el modelo por ámbitos de: lenguaje y comunicación; pensamiento matemático; exploración y comprensión del mundo natural y social; pensamiento crítico y solución de problemas; habilidades socioemocionales y proyecto de vida; colaboración y trabajo en equipo; convivencia y ciudadanía; apreciación y expresión artísticas; atención al cuerpo y la salud; cuidado del medio ambiente; y habilidades digitales.

En cuanto al rubro de las habilidades socioemocionales, se expresa en su apartado en donde expone los fines de la educación, en su ámbito del desarrollo de estas destrezas, expone en sus metas el siguiente cuadro por nivel educativo, en donde el educando al concluir cada etapa educativa debe de lograr los siguientes objetivos y pericias:

Ámbitos	AL TÉRMINO DEL PREESCOLAR	AL TÉRMINO DE LA PRIMARIA	AL TÉRMINO DE LA SECUNDARIA	AL TÉRMINO DE LA EDUCACIÓN MEDIA SUPERIOR
HABILIDADES SOCIOEMOCIONALES Y PROYECTO DE VIDA	Identifica sus cualidades y reconoce las de otros. Muestra autonomía al proponer ideas para jugar y aprender de manera individual y en grupo. Experimenta satisfacción al cumplir sus objetivos.	Tiene capacidad de atención. Identifica y pone en práctica sus fortalezas personales para autorregular sus emociones y poder jugar, aprender, desarrollar empatía y convivir con otros. Diseña y emprende proyectos (por ejemplo, mejorar sus calificaciones o practicar algún pasatiempo) de corto y mediano plazo.	Asume responsabilidad sobre su bienestar y el de los otros y lo expresa al cuidarse a sí mismo y a los demás. Aplica estrategias para procurar su bienestar en el corto, mediano y largo plazo (por ejemplo, hacer ejercicio). Analiza los recursos que le permiten transformar retos en oportunidades. Comprende el concepto de proyecto de vida para el diseño de planes personales.	Es autoconsciente y determinado, cultiva relaciones interpersonales sanas, maneja sus emociones, tiene capacidad de afrontar la adversidad y actuar con efectividad, y reconoce la necesidad de solicitar apoyo. Fija metas y busca aprovechar al máximo sus opciones y recursos. Toma decisiones que le generan bienestar presente, oportunidades, y sabe lidiar con riesgos futuros.

Figura 7. El Modelo Educativo 2017, los fines de la educación (SEP, 2017; pág. 52).

Fundamento en el que se encuentra basada la propuesta de incorporar el acompañamiento profesional a través de una intervención terapéutica cognitivo conductual y psicoanalítica según sea la necesidad diagnóstica del educando, con el fin de lograr una estructura en su persona óptima para enfrentar y afrontar sus experiencias personales, familiares, sociales y profesionales.

En el siguiente cuadro tomado del Modelo Educativo 2017 (SEP,2017), expone las innovaciones que tiene inmersas este, y que contribuirán al desarrollo óptimo de los escolares.

CUADRO 2. PRINCIPALES INNOVACIONES DEL MODELO EDUCATIVO	
OBJETIVO	Articula los componentes del sistema educativo. Se orienta hacia lo pedagógico a fin de brindar una educación de calidad y que los estudiantes alcancen su máximo potencial. Las niñas, niños y jóvenes son el centro de todos los esfuerzos educativos.
FINES DE LA EDUCACIÓN	Se formulan de manera explícita para la educación obligatoria en su conjunto. A lo largo del trayecto escolar sirven de guía para estudiantes, docentes, padres, y sociedad en general.
PERFIL DE EGRESO DE LA EDUCACIÓN OBLIGATORIA	Define una progresión mínima común de lo aprendido para todos los estudiantes de la educación obligatoria, la cual comprende la educación preescolar, primaria, secundaria y media superior.
SELECCIÓN DE CONTENIDOS CON ARTICULACIÓN DE APRENDIZAJES ESPERADOS	Selección de los aprendizajes clave y su articulación con los contenidos. Incluye una mejor gradación de los logros de aprendizaje esperados, desde el nivel preescolar hasta el medio superior, para una mayor relevancia y pertinencia de la educación obligatoria.
INCORPORACIÓN DEL DESARROLLO DE HABILIDADES SOCIOEMOCIONALES AL CURRÍCULO	Reconocimiento del papel central de las habilidades socioemocionales en el aprendizaje de niñas, niños y jóvenes, así como de la capacidad de las personas para relacionarse y desarrollarse como seres sanos, creativos y productivos.
AUTONOMÍA CURRICULAR EN LA ESCUELA	Cada comunidad escolar tendrá la facultad de diseñar parte del currículo, de acuerdo con las necesidades y los intereses de sus estudiantes y su contexto.
ESCUELA AL CENTRO DE LA GESTIÓN DEL SISTEMA EDUCATIVO	La escuela se pone al centro del sistema educativo, por ser el espacio más inmediato a la realidad y necesidades de los estudiantes. Al mismo tiempo, los recursos se alinean para apoyar la organización y el funcionamiento de las escuelas y dotarlas de mejores condiciones. A su vez, la escuela centra su actividad en el logro de aprendizaje de todos y cada uno de los estudiantes.
AUTONOMÍA DE GESTIÓN	Mayor autonomía para que la escuela tome decisiones responsables e informadas, orientadas a mejorar, de manera colectiva y en colaboración, la calidad del servicio educativo que ofrece, centrando su actividad en el logro de los aprendizajes de los estudiantes que atiende.
ASISTENCIA, ACOMPAÑAMIENTO Y SUPERVISIÓN PEDAGÓGICA	Fortalecimiento de las funciones directivas, de supervisión, y de asistencia técnico-pedagógica, para que su orientación sea primordialmente pedagógica. El objetivo es, mediante el Servicio de Asistencia Técnica a la Escuela (SATE), acompañar a los docentes, en lo colectivo e individual, en la concreción curricular, la transformación de su práctica docente, la mejora continua del funcionamiento de la escuela, la evaluación interna de los aprendizajes, y la interpretación de evaluaciones externas.
NUEVOS ESQUEMAS DE FORMACIÓN CONTINUA DOCENTE	Se emplea la información generada por las evaluaciones docentes para diseñar una formación continua más diversa, pertinente, de calidad, y orientada a la mejora de la práctica. Se aprovecha la vinculación con instituciones de educación superior y las TIC. Por otra parte se fortalece la formación continua centrada en la escuela (<i>in situ</i>).
SERVICIO PROFESIONAL DOCENTE BASADO EN EL MÉRITO	Consolidación del Servicio Profesional Docente (SPD) como un sistema en el cual el ingreso, la promoción y los estímulos se asignan exclusivamente con base en el mérito profesional.
TRANSVERSALIDAD DE LA INCLUSIÓN Y EQUIDAD	Los componentes del sistema educativo se orientan a que todas las personas, sin importar su origen, género, condición socioeconómica o discapacidad, reciban una educación de calidad para el máximo logro de aprendizajes, focalizando recursos y esfuerzos en quienes se encuentran en rezago o están en riesgo.
EVALUAR PARA MEJORAR	Con la creación del Sistema Nacional de Evaluación Educativa (SNEE), encabezado por el INEE, se incorpora la evaluación de todos los componentes del sistema educativo como una herramienta clave para la toma de decisiones y la mejora continua.
GOBERNANZA	Se reconoce que la educación, sus mecanismos y procesos son tarea de todos y se explicitan los ámbitos de participación de cada grupo de actores: autoridades educativas locales, el INEE, el magisterio, el Poder Legislativo, las madres y padres de familia y otros actores de la sociedad civil.

Figura 8. El Modelo Educativo 2017, principales innovaciones (SEP, 2017; pág. 56-57).

En la figura 8 podemos apreciar que se expresa como innovación del Modelo Educativo 2017 (SEP, 2017), la incorporación del desarrollo de habilidades socioemocionales al currículo, y es lo que sustenta que es necesario un profesional como parte del currículo docente, para apoyarles, asesorarles, e instruirles en el desarrollo de las mismas, y para ello el perfil adecuado es un psicólogo clínico, y por qué no el psicólogo educativo o pedagogo, porque no se refiere a las destrezas, técnicas y habilidades necesarias para la asimilación y retención de la información, sino para estructurarse como ser humano en sus distintos procesos de vida y su intrarelación e interrelación con su comunidad, y en esa actuar interviene el ser en cuanto a lo que piensa, a sus creencias, a su historia, a su flujograma familiar según el lugar que ocupa, en cuanto a sus experiencias con sus relaciones desde el momento que nace hasta la etapa en la que se encuentre, en donde va a enfrentar diferentes crisis personales, tal y como es en la adolescencia el desarrollo de su identidad, y por ello, se requiere de un profesional que sepa cómo acompañarle e instruirle como realizar el desarrollo de las herramientas necesarias para el afrontamiento de lo que está viviendo, y le apoye en autogestionarlo con asertividad.

4.3. Sugerencia del proceso de intervención de la terapia clínica en el ámbito educativo.

En el período de análisis de datos del centro educativo expresado en incisos anteriores y en la experiencia profesional como tutora de dicho centro y de la UNAM dentro del Programa Institucional de Tutorías 2017-2 y 2018-1; comprobé que muchos de los alumnos dejan la carrera por una cuestión que se podía resolver gestionándola adecuadamente y que con un tu puedes o bien con que te ayuden a mirar otra solución, sigues adelante y terminas tu proyecto de vida, es más en relaciones de pareja es lo mismo, en una relación laboral también, y así sucesivamente, por lo tanto el desarrollo de las habilidades; ante esto surge el interés de proponer el introducir en centros educativos, el rol de un psicólogo clínico, para que pueda evaluar, diagnosticar, diseñar el tratamiento, intervenir y evaluar los resultados logrados; a través de la terapia cognitivo-conductual, que es un modelo integrador, que ofrece tratamientos psicológicos breves, su interés se centra en la modificación de la conducta por medio de la intervención en el cambio de pensamiento. Sus pilares teóricos lo constituyen en gran parte el condicionamiento clásico de Pavlov, el condicionamiento operante de Skinner, y por supuesto sin olvidar la aportación de Albert Bandura, quien integra además de las teorías del aprendizaje, el factor social, Bandura considera que la interacción social es el medio por el cual el ser humano imita y aprende nuevas conductas al ser observadas.

El conductismo surgió como una respuesta a la corriente psicodinámica, queriendo aportar objetividad y ciencia dentro de la psicología, sin embargo, dejó huecos algunos aspectos al pretender entender al ser humano como un simple ente de reacción ante los estímulos externos. Este vacío lo vino a llenar la teoría cognitivo conductual la cual toma en cuenta los procesos internos del hombre en el momento de reaccionar ante un estímulo, sin embargo, lo hace sin perder objetivismo y siguiendo la línea de que la conducta observable es el objeto de estudio.

Dentro de la línea de intervención es importante mencionar que el primer paso para aplicar la terapia cognitivo-conductual es:

1.- Realizar un primer contacto con el paciente, donde se llevará a cabo una evaluación, que nos permita formular hipótesis explicativas de sus problemas psicológicos a fin de tener las bases y objetivos de tratamiento.

2.- La segunda fase es la aplicación de técnicas de intervención.

3.- Seguimiento, donde se evaluará el programa de intervención, de no ser objetivo se buscará otra técnica conductual que nos permita la resolución del problema.

Es modelo ha sido probado y demostrado eficacia del 90%, en el tratamiento de trastornos severos como: esquizofrenia, trastorno social antisocial de la personalidad.

En la propuesta de la terapia conductual se seguiría el siguiente proceso en todo educando:

*Identificación de la estrategia metodológica, de acuerdo a como lo plantea Costa, M. y Serra, C. (1998):

- ✓ Conocer la problemática para poder diseñar un tratamiento de acuerdo a sus necesidades y características.
- ✓ Detectar los patrones de influencia conductual, los cambios conductuales que cada se desea o requiere para ser funcional dentro del contexto social; los procedimientos que han usado para intentar cambiarlos y que no han funcionado; los factores que mantienen las conductas no deseadas; los recursos y reforzadores potenciales que cada uno tiene; los problemas personales que tiene y que propicien el problema. Para poder diseñar las hipótesis de tratamiento y objetivos específicos.
- ✓ Diseñar el programa de intervención
- ✓ Intervenir, que estará orientada a entrenarles con habilidades de comunicación, en la resolución de problemas y la negociación.
- ✓ Después de intervenir debe de verificarse que las estrategias y recursos propuestos estén cumpliendo los objetivos, y en caso contrario rediseñar la intervención. Los métodos de evaluación serán las entrevistas, auto registros, cuestionarios, observaciones de la conducta, ensayo conductual o interacciones espontáneas.

4.3.1. Técnicas terapéuticas que se podrían utilizar según sea la habilidad socioemocional y proyecto de vida a tratar durante la aplicación de intervención de la terapia clínica en el ámbito educativo.

TERAPIA RACIONAL EMOTIVA

OBJETIVO

Solucionar los problemas de los trastornos emocionales y de la conducta, filtrando las cogniciones mediante el conocimiento de creencias irracionales (Ellis y Grieger, 1981; en Medrano O. de Z. Virginia, 2016, p. 53).

Buscar que el individuo sea más realista y pueda llevar una vida satisfactoria desarrollando sus capacidades individuales; aprenderá técnicas cognitivas, emotivas y conductuales que puede practicar en su vida diaria (Ellis y Grieger, 1981; en Medrano, 2016, p.53).

Detectar, cuestionar y cambiar las creencias y actitudes que añaden sufrimiento a la persona, potenciando la filosofía del sentido común y la inteligencia (Medrano, 2016, p.53).

A partir de 1994, denominada "Rational Emotive Behavior Therapy" (REBT) que aquí traducimos como Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC).

DESCRIPCIÓN

Es una terapia eficaz, breve, profunda y duradera, que genera cambios filosóficos profundos. Se enfoca en la relación entre pensamientos, emociones y conductas irracionales; que contribuyen a la perturbación humana y al autoderrotismo emocional y conductual, ya que la creencia racional está distorsionada (Ellis y Grieger, 1981; en Medrano, 2016, p.53).

Ellis (...visto en Medrano, 2016, p. 54) desarrolla la teoría del ABC de las reacciones emocionales y conductuales, en donde establece que las personas directamente no reaccionan emocional y/o conductualmente, ante los acontecimientos que encuentran en su vida, sus reacciones son causadas según la forma en que interpretan o valoran los acontecimientos que experimentan (Medrano, 2016, p.54).

ABC=Detectar las creencias irracionales.

Medrano (2016), buscando diferenciar entre los problemas emocionales de los problemas cotidianos identificando lo siguiente:

A= Acontecimiento Activador

B= Bagaje de creencias irracionales (pensamientos)

C= Consecuencias, emociones y/o conductuales

Debatir, discutir y discutir las consecuencias irracionales y efecto final, conseguir y maneja una nueva filosofía.

En donde "A" es el sucesor activador, puede ser un acontecimiento externo o interno a la persona (pensamiento, emoción, conducta, imagen, fantasía, percepción, sensación, etc.).

En donde "B es el sistema cognitivo de la persona (pensamientos, creencias, actitudes, normas, recuerdos, conceptos, supuestos, atribuciones, valores, filosofía de vida, imágenes, religión, etc.).

En donde “C” es la reacción o respuesta derivada del acontecimiento “A”, y puede ser de tipo emotivo y conductual.

A= Acontecimiento activador (ansiedad, evitación, entre otros o según sea el caso p.e. hablar en público o ser evaluado).

“B” = Bagaje de pensamientos (negativos como por ejemplo: lo haré mal, se van a burlar de mí, pensarán que soy tonta, no podré hablar en público, soy una inútil, no puedo hacer nada bien, entre otras).

C=Consecuencias emociones y conductas (ansiedad, evitación, miedo, vergüenza, huida, inseguridad, enojo, entre otras).

PROCEDIMIENTO 1. Plantear el suceso activador (A), procesos cognitivos y emocionales relevantes, ejemplo: Hablar en público ante mis compañeros.

2. Identifica las consecuencias ©, las emociones y conductas, que generaron el acontecimiento (A), ejemplo: Creo que puedo hablar en público. Se investiga a través de las emociones básicas (miedo, tristeza, ira, hostilidad, alegría, enojo, sorpresa, asco) y emociones sociales fundamentales (culpa, envidia, sufrimiento, vergüenza, incomodidad, inseguridad, timidez, orgullo, desprecio, etc.).

3. Buscar las representaciones específicas que conectan (A) con (C), por ejemplo: Mis compañeros me criticarán y se burlarán de mí.

4. Las creencias o pensamientos (B), es lo que se dice la persona a sí misma y son evaluaciones de (A), mismas que están sesgadas en base a la irracionalidad de la persona, lo cual, forma su estructura del sistema de creencias y son significados personales.

5. Al realizar la percepción e identificación de (B) sobre (A), se ubica el por qué, de las consecuencias emocionales y/o conductuales (C).

6. Cada (C) de una secuencia ABC es el (A) de la próxima secuencia.

La identificación del foco de atención del caso se ubica en el pensamiento dominante:

1. Incapacidad e inadecuación para hablar en público.
2. Expectativas de juicios negativos y humillantes de los compañeros.

Generan representaciones disfuncionales:

1. De sí mismo como torpe, incapaz e inútil.

2. Interpersonal con representaciones de sí mismo, de los otros y sus relaciones.

Caro (2011; en Medrano, 2016, p.57), apunta a la filosofía de la TREC para la resolución de problemas de autoestima, en donde:

1. El sí mismo es todo aquello que puede valorarse sobre una persona
2. Los humanos son por naturaleza falibles y no pueden perfeccionarse.
2. La autoaceptación incondicional promueve las emociones saludables y la conducta constructiva.

INUNDACIÓN

OBJETIVO

Enfrentar a las situaciones temidas sin dar las conductas de evitación (García H. José A., 2013).

DESCRIPCIÓN

Es aplicable en cualquier tipo de conducta de ansiedad (García, 2013). Cuando se hace la exposición al estímulo temido sin dar respuestas de evitación o de huida, se produce un proceso de habituación, y con el tiempo y la perseverancia, la ansiedad se hace tolerable y disminuye hasta llegar a desaparecer. No se trata de un método para controlar la ansiedad, sino una forma de potenciar un fenómeno que ocurre como resultado de la ley fisiológica: la de la habituación, y que funciona sin intervención voluntaria nuestra.

Cuando la exposición se realiza sobre el estímulo más temido y se potencia la aparición inicial de sentimientos de ansiedad muy fuertes se está empleando una modalidad de exposición que se conoce como inundación. Emplear estas técnicas de forma eficiente y rápida implica una preparación técnica y personal muy exigente para el terapeuta y hay que tener mucha confianza en ellas porque el paciente se enfrenta a un sufrimiento importante.

EXPOSICIÓN O DESENSIBILIZACIÓN SISTEMÁTICA

Van Riper (...s.f.; visto en (García, 2013). propuso su terapia, la técnica de afrontamiento de la ansiedad que había demostrado de forma más fehaciente su eficacia se llamaba desensibilización sistemática y de ella tomó su nombre la fase que aquí describimos. Sin embargo, en el proceso de avance de la terapia cognitivo conductual se han ido matizando los elementos que hacían que esa técnica funcionase y se ha demostrado que lo fundamental es la exposición a los estímulos temidos. Por eso se actualmente se utiliza menos la palabra desensibilización y más la de exposición.

En el proceso de desensibilización se trata de que la ansiedad disminuya, y se compruebe y se sienta esa disminución. Por eso es importante reconocer la emocionalidad negativa que tiene en cada momento, para poder realizar la exposición de forma gradual y mantener la situación el tiempo necesario hasta que la ansiedad baje y se vaya dando la habituación (García, 2013).

PROCEDIMIENTO

El proceso de exposición o desensibilización consiste en que la persona se exponga al estímulo temido sin que dé las conductas de evitación, huida o lucha. Cuando se hace así de forma sistemática, se da la habituación, junto con la extinción de las conductas de evitación, entonces la ansiedad disminuye y se afrontan las situaciones con tranquilidad creciente.

García (2013), propone las siguientes formas de realizar la desensibilización, en la terapia cognitivo conductual se distinguen diversas formas de hacer la exposición.

1. Exposición en la imaginación, es decir, imaginando las situaciones que producen ansiedad y manteniéndolas en la mente de manera constante hasta que se produce un cambio en la sensación. Este tipo de exposición se hace muy a menudo de forma paulatina, empezando por aquellas situaciones que producen poca ansiedad, y se unen las imágenes a la relajación. Cuando se hace de tal manera que es posible llegar a imaginar la situación mientras se está relajado y se asocian las imágenes y pensamientos a sentimientos de relajación, en lugar de a la ansiedad; se conoce como desensibilización sistemática.

Pero, como señala Van Riper(...s.f., visto en García,2013), no es muy eficaz para desensibilizar a los tartamudos a su habla porque es muy difícil imaginar con detalle las conductas motoras asociadas a su tartamudeo ya que las han intentado ignorar durante toda su vida. Sin embargo, está indicado en muchas otras situaciones.

La desensibilización sistemática tiene como ventaja que no es dolorosa. Otra ventaja de las exposiciones en la imaginación es que se puede controlar el tiempo que dura de forma que se puede hacer lo suficientemente largo para que se produzca la extinción.

2. Exposición en vivo, significa que la exposición y la habituación se hacen en la propia situación real. Un problema presentado por la exposición en vivo es que, en general, no se puede controlar la duración de la situación y tampoco la constancia del estímulo, necesarios para que se dé la habituación con una cierta rapidez. Por eso es importante, en esta fase los ejercicios en las sesiones individuales y la terapia de grupo en las que se puede prolongar la situación y conseguir que el oyente persista en la conducta a la que se tiene que habituar el tartamudo hasta que se consiga la habituación (García, 2013). Generalmente se intenta hacer la exposición de forma gradual, es decir, se van enfrentando las situaciones por orden de dificultad, empezando por las más fáciles. En este caso se conoce el proceso como

desensibilización. Se va luego aumentando la dificultad hasta alcanzar las situaciones que producen los niveles mayores de ansiedad. Por la misma razón que se ha argumentado sobre la exposición en vivo, la graduación es posible en la consulta o en las sesiones de terapia de grupo, pero en la realidad las situaciones se presentan de forma aleatoria y pueden aparecer de pronto situaciones muy difíciles para las que todavía no se está preparado; pero que se tienen que afrontar obligatoriamente. En ese caso es preciso tener claro que, aunque se evite o se salga de la situación como se pueda, no se puede interpretar como un fracaso o un retroceso, sino que es preciso considerar que esas situaciones se podrán enfrentar en un futuro. Muchas veces es preciso atacar directamente las situaciones de más alta ansiedad de forma directa, sin empezar con otras más fáciles (García, 2013).

TERAPIA IMPLOSIVA

OBJETIVO

Es una terapia de comportamiento que incorpora principios del condicionamiento pavloviano y psicodinámica conceptos. Se utiliza en el tratamiento de miedos, fobias y trastornos de ansiedad y fue desarrollado por el psicólogo Thomas G. Stampfl a finales de 1950; es rápida y ventajosa para los clientes que quieren un alivio inmediato (Colwill, Ruth M., 2009, p.1).

DESCRIPCIÓN

Colwill (2009), lo clasifica como una exposición prolongada / intensa de terapia. Se utiliza en el tratamiento de miedos, fobias, trastornos de ansiedad, y las reacciones emocionales negativas como la ira. El terapeuta pide al cliente que imagine escenas exageradas, horripilantes que sean construido a partir de la memoria del cliente de los estímulos que evocan el miedo o la ansiedad, complementado por el terapeuta una lista de señales hipotéticas; también ayuda al cliente a mantener un alto nivel de miedo o ansiedad con respecto estas escenas hasta que la respuesta de ansiedad ceda de forma espontánea, provocando la implosión; señaló que hay dos tipos de señales hipotéticas:

Un tipo consta de estímulos no reportados por el cliente, pero inferido por el terapeuta para estar relacionado con el cliente. El otro tipo consiste en señales que son identificadas por el terapeuta basado en la teoría psicoanalítica. El terapeuta valida estas hipótesis de señales mediante la observación del cliente para las respuestas emocionales, tales como sudoración, inquietud, enrojecimiento de la cara, o los comentarios negativos, durante su presentación. La hipótesis de que las señales no provocan signos o informes del malestar se descartan por el terapeuta. Señales que provocan fuertes respuestas emocionales se expanden y se repiten. Las señales hipotéticas que se consideran que son más potentes para el paciente debido a que se presume una mayor proximidad con el episodio traumático originales.

PROCEDIMIENTO

Durante la terapia, Colwill (2009), propone que el cliente recibe la instrucción de "perder" temor por sí misma en las escenas descritas por el terapeuta, los cuales están adornados con imágenes gráficas y, a veces surrealista. El terapeuta también sondea sobre pruebas de los conflictos internos sin resolver como sugiere la teoría psicoanalítica, se incorporan en nuevas escenas para el cliente para visualizar y actuar. presentación escena también es dinámica, con el material de en evolución sobre la base de información de los clientes. La terapia de implosión subyacente suposición es que la exposición continua e inevitable a un estímulo que provoca el miedo o la ansiedad en ausencia de refuerzo o negativas consecuencias con el tiempo se debilitar la excitación potencia del estímulo; este principio se deriva de los estudios clásicos de condicionamiento del miedo pavloviano en la que un estímulo neutro (estímulo condicionado) que predice un aversivo estímulo (estímulo no condicionado) adquiere la capacidad de provocar una respuesta de miedo condicionado; aprendiendo la respuesta de miedo puede ser extinguida presentando posteriormente el estímulo condicionado sin el estímulo incondicionado.

TERAPIA AVERSIVA

OBJETIVO

Presentar un estímulo aversivo en cualquier conducta que ha sido previamente condicionada por la retirada de este estímulo, se produce de una manera inmediata y en el mismo momento se presenta la posibilidad de condicionar otra conducta (Garza, 1974, p. 26).

Exponer al paciente a un estímulo al mismo tiempo que se le hace experimentar alguna forma de sensación desagradable.

DESCRIPCIÓN

Garza (1974) describe que un estímulo aversivo que ha sido suprimido para reforzar una operante ofrece un sistema inmediato de control, cuando se condiciona a la conducta de forma que los estímulos aversivos futuros puedan tener su efecto. La asociación de dos estímulos que tengan lugar una sola vez, pueden ser suficientes para transferir poder aversivo y un refuerzo condicionado puede continuar siendo efectivo mucho tiempo después de que los esfuerzos básicos incondicionados hayan desaparecido del medio (Bandura, 1972; en Garza, 1974, p. 26).

PROCEDIMIENTO

Se selecciona la conducta operante que facilite la extinción de la respuesta del síntoma, para que aun cuando se suspendieran los reforzamientos de una respuesta, ésta se

volviera cada vez menos frecuente; mientras se refuerzan las respuestas positivas o de cambio (Garza, 1974, p. 27).

CONDICIONAMIENTO ENCUBIERTO

OBJETIVO

Es modificar la frecuencia en las respuestas de una persona a través de manipular las consecuencias de estas (Caballo, 1993; en Rangel V. José N., 2011, p. 16).

DESCRIPCIÓN

En esta técnica Rangel (2011), describe que es un conjunto de técnicas que tienen su base en la utilización de la imaginación, sus pensamientos y sentimientos; las técnicas que engloba se clasifican en tres grandes grupos en función a la teoría en que se basan:

1. El condicionamiento operante

Puede ser Reforzamiento Positivo Encubierto (RPE), Reforzamiento Negativo Encubierto (RNE), Sensibilización Encubierta (SE), Extinción Encubierta (EE) y Costo de Respuesta Encubierto (CRE).

2. La teoría del aprendizaje social

Que comprende el Modelado Encubierto (ME).

3. El autocontrol

Detención del Pensamiento (DP) y Tirada de Autocontrol (TA) (Rangel, 2011, p.16).

PROCEDIMIENTO

El proceso es descrito por Cautela (...1983; en Rangel, 2011, p.17).

1. En primer lugar, se entrena al individuo para conseguir una visión clara de las imágenes que serán la conducta objetivo, el reforzador, modelo o castigo.

2. Es indispensable crear cierta forma de comunicación entre el paciente y el terapeuta, además, dejar establecido que acción ejecutará el sujeto cuando el terapeuta emita las palabras: “cambio”, “basta”, etc.

3. Las imágenes de las conductas que se desean cambiar y las imágenes de los estímulos reforzadores o aversivos deben de alternarse.

4. También es necesario entrenar al paciente para que sea capaz de realizar la secuencia él solo, durante la sesión, alrededor de diez veces.

5. Al igual que una gran variedad de técnicas cognitivo-conductuales, el condicionamiento encubierto necesita práctica en casa.

Cautela (...1983; en Rangel, 2011, p.17) clasificó los procesos conductuales en tres grupos:

1. Procesos observables
2. Respuestas psicológicas encubiertas, estas incluyen pensamientos, imágenes y sensaciones.
3. Respuestas fisiológicas encubiertas, es una actividad de la que no se es consciente o no son observables a los demás.

Caballo (...1993; en Rangel,2011, p.18) expone que se basan en tres supuestos básicos:

1. Homogeneidad
Asegura que existe continuidad y homogeneidad entre las conductas manifiestas y las encubiertas.

2. Interacción
Entre los procesos encubiertos y los observables, influyendo en el otro y viceversa, ya que interactúan entre si según las mismas leyes que rige a ambos.

3. Aprendizaje
Las Leyes del aprendizaje rigen de forma similar los procesos encubiertos y manifiestos viceversa, ya que interactúan entre si según las mismas leyes que rige a ambos.

Sensibilización Encubierta (SE)

Las conductas desadaptativas, según Upper y Cautela (...1983; en Rangel, 2011, p.19), al ser analizadas desde una perspectiva conductual son divididas en respuestas desadaptativas de evitación y respuestas desadaptativas de aproximación. Se tratan la obsesión, la compulsión, el alcoholismo, robo, etc. Se utilizan el castigo para eliminar la frecuencia de la conducta conflicto. Es utilizado el término “encubierta”, porque ni el estímulo desadaptado ni el estímulo aversivo son presentados realmente, sino imaginariamente.

BIOFEEDBACK

OBJETIVO

Permitir al paciente un conocimiento del funcionamiento del propio cuerpo, la autorregulación, puesto que el principio psicofisiológico establece que cada cambio fisiológico conlleva un cambio en el estado mental y en el estado emocional, y al revés, es

decir, cada cambio emocional o mental supone un cambio fisiológico, sea a nivel consciente o inconsciente [Revista de la Sociedad Española del Dolor, 2009, 17(4)].

DESCRIPCIÓN

En pacientes cuyo trastorno cursa con un alto grado de ansiedad. Algunos de los problemas tratados con biofeedback o neurobiofeedback son el dolor crónico, el cáncer, el abuso de sustancias, la ansiedad crónica, las arritmias, los ataques de pánico, las migrañas, el estrés y el distrés, las fobias, el insomnio y el déficit de atención en niños con hiperactividad. Este tratamiento es aplicable a cualquier edad sin particulares contraindicaciones, evitando en muchos casos el uso de fármacos; con diez sesiones el paciente nota el cambio emocional y vivencial del dolor; a través de unos electrodos colocados en los dedos de las manos, se registran los cambios de conductancia de la piel. Estos cambios son, a su vez, ampliados y convertidos en estímulo visual y auditivo. Las señales tendrán una intensidad y una variación proporcional a la intensidad con que se producen, permitiendo al sujeto una percepción inmediata de la propia condición biológica, a la que normalmente no tiene acceso [Revista de la Sociedad Española del Dolor, 2009, 17(4)].

PROCEDIMIENTO

Permite a la persona aprender un autocontrol y poder influir en las respuestas fisiológicas, que son automáticas, como la respuesta psicogalvánica o conductancia de la piel; el paciente se relaja en una camilla y escucha las señales acústicas a través de unos auriculares mientras observa una pantalla situada enfrente que presenta los registros a nivel

gráfico. Este control voluntario de los parámetros fisiológicos incidirá a nivel mental y emocional. Cuando el biofeedback se integra en psicoterapia, el psicólogo guía al paciente en la modificación de dichas respuestas neurovegetativas, logrando costumbres más reguladas y adecuadas; que unidas a un trabajo cognitivo fruto de la psicoterapia, proporcionan un cambio más rápido y estable en el tiempo [Revista de la Sociedad Española del Dolor, 2009, 17(4)].

ENTRENAMIENTO EN RELAJACIÓN

OBJETIVOS

Poner al sujeto en una situación de excitación por medio del ejercicio lo que permite que se dé una transferencia de las emociones. Permitir la conciencia corporal para que las sensaciones corporales no disparen de forma automática las cogniciones y luego las respuestas emocionales. Aprender a manejar las sensaciones corporales, al ser consciente de ellas y se puede manejarlas de forma que no eliciten automáticamente las cogniciones y las respuestas. Permitir mediante la conciencia corporal se observe lo que condiciona, otro tipo

de respuestas a las sensaciones corporales (Cotton, 1981; en Blanco, Estupiña, Labrador, Fernández, Bernaldo y Gómez, 2014).

DESCRIPCIÓN

Las sensaciones corporales pueden jugar un papel similar al de las cogniciones, determinadas sensaciones pueden provocar emociones, para William James (...visto en Blanco & et al., 2014), las emociones son las sensaciones corporales; decía que los cambios corporales siguen directamente la percepción del hecho excitante y nuestras sensaciones o sentimiento de los mismos cambios en el momento que ocurre la emoción. Las manifestaciones corporales deben estar interpuestas primeramente entre el suceso elicitante y la expresión emocional, citado por Zajonc (...1989; en Blanco & et al., 2014).

En la adquisición de las emociones se puede plantear que primeramente se dan sensaciones corporales asociadas a la preparación a la acción. Sobre ellas, se dan respuestas cognitivas de etiquetación. Las respuestas cognitivas serían reforzadas o condicionadas socialmente por el mismo mecanismo por el que se aprende el lenguaje, de esta forma, las sensaciones corporales en la actitud se etiquetan, se produce la respuesta y surge la emoción. Es similar a la teoría de Schachter (...visto en Blanco & et al., 2014), con la diferencia de que en ella solo menciona el arousal, no se habla de sensaciones corporales asociadas a la preparación para la acción o a la acción misma. Por tanto, se da también el condicionamiento entre las palabras y la sensación corporal. Para explicar este hecho se puede acudir a un condicionamiento circular (Blanco & et al., 2014).

Blanco & et al (2014), proponen que se dan dos procesos:

- En uno las sensaciones corporales preceden y elicitan las palabras que etiquetan la emoción.
- En el otro proceso, las palabras elicitan las sensaciones corporales que componen la emoción. Cuando el individuo piensa o pronuncia esas palabras se reproducen las sensaciones y surge la emoción como respuesta condicionada, puesto que han aparecido las sensaciones corporales, la etiqueta cognitiva y la respuesta emocional.

Se puede realizar una extinción del condicionamiento cognición - emoción de varias formas:

- A través de exposiciones repetidas al pensamiento que elicitaba la emoción; inhibiendo la respuesta emocional, es decir, el sujeto no agrede o no huye en presencia de la emoción. Es un proceso clásico de extinción.
- En casos en que la respuesta que se da a determinadas sensaciones corporales es desproporcionada, se pueden presentar las sensaciones corporales inhibiendo la acción emocional y también la respuesta cognitiva, de forma que se extinga la respuesta emocional ante las sensaciones corporales y la relación entre ellas y la cognición.

Desde este punto de vista de Blanco & et al (2014), hay que tratar a la cognición y a las sensaciones corporales como estímulos que se condicionan entre ellos y que están a su vez condicionados por estímulos externos. En clínica se pueden emplear al menos tres formas de producir una emoción, por exposición al estímulo externo o situación que la genera, por medio de las cogniciones propias del paciente que están asociadas a sus emociones y otras basadas en la expresión corporal en las que primero se expresa sin emoción y luego la emoción acompaña. En los ejercicios de bioenergética se da un proceso similar potenciado porque se pone al sujeto en una situación de excitación por medio del ejercicio lo que permite que se dé una transferencia de las emociones (Cotton, 1981; en Blanco & et al., 2014).

Existe otro caso en el que las sensaciones son las que preceden a las emociones, las sensaciones perduran en el cuerpo más allá de la situación y de la emoción en la que se iniciaron. Cuando cambia la situación estas se reevalúan de acuerdo con los estímulos que existen en ella y se intercambian las emociones. Esta es la única evidencia que apoya la teoría de Schachter sobre las emociones (Cotton 1981; en Blanco & et al., 2014). Esto puede ocurrir en otras ocasiones en las que las sensaciones no son muy claras, en otras en las que son ambiguas y en algunos individuos que tienen dificultades en etiquetar sus sensaciones. El método que se ha expuesto en este trabajo actúa sobre las emociones. El mecanismo que explicaría el funcionamiento del método en las personas estaría basado en dos factores:

- Por una parte al variar los mecanismos perceptivos de las sensaciones corporales se interfiere con las cogniciones normales que van asociadas a ellas y por lo tanto la emoción toma otro derrotero. Esto es debido a que la toma de conciencia del cuerpo incluye fenómenos cognitivos de atención que pueden ser una respuesta alternativa a las cogniciones que tienen condicionadas las sensaciones corporales. Se está entonces en disposición de cortar la cadena que lleva a la respuesta emocional, huir, pegar, etc (Blanco & et al., 2014).
- Por otro lado si la emoción surge de la interpretación de las sensaciones corporales asociadas a la actitud preparatoria a la acción, las técnicas corporales que se aplican permiten que se produzca la relajación de las tensiones más importantes y un cambio de la actitud a través del microestiramiento, dándose por tanto un cambio en las sensaciones corporales y en la emoción (Blanco & et al., 2014).

Según Blanco & et al. (2014), la conciencia corporal permite que el cuerpo se adapte a las circunstancias presentes. Por eso cuando aparece la emoción es más fluida, en el sentido de que no permanece más allá de lo que lo hacen las circunstancias externas que la dispararon. Muy recomendable para el manejo de estrés, ansiedad, fobias, entre otros.

PROCEDIMIENTO DE LA TÉCNICA EL PROCEDIMIENTO DEL APRENDIZAJE DE RELAJACIÓN PROGRESIVA (ARP).

La primera sesión en el sistema de Bernstein y Borkovec (visto en Payné, 2002), el entrenamiento está gobernado por un procedimiento fijo:

1. Se presenta la lógica de la técnica al practicante, y luego se describen y se muestran las instrucciones que implican a 16 grupos musculares.
2. Para el procedimiento en sí, el practicante se sienta en un sillón. Si no hay ningún sillón disponible, el practicante puede sentarse en una silla con un respaldo alto y con apoyos para los brazos.
3. El procedimiento se inicia pidiéndole al practicante que concentre su atención en un grupo muscular determinado.
4. Una señal, tal como la palabra «Ahora», indica que hay que tensar el grupo.
5. La contracción se lleva a cabo de una sola vez, no gradualmente.
6. Se mantiene la tensión 5-7 segundos, durante los cuales el instructor le pide al practicante que se concentre en las sensaciones de la contracción muscular.
7. A una señal predeterminada, como puede ser la palabra “aflojar”, “relajar” o “abandonar”, se relaja el grupo muscular (también de una vez).
8. Cuando el grupo muscular se relaja, al practicante se le pide que perciba las sensaciones que acompañan a la relajación mientras el preparador mantiene una charla que induce indirectamente la relajación.
9. Esto continúa mientras dura, el período de relajación que es de 30-40 segundos.
10. En la primera sesión de adiestramiento se trabajan la totalidad de los 16 grupos musculares.

El método que van a aprender se denomina “adiestramiento de la relajación progresiva” y consiste en tensar y relajar grupos musculares del cuerpo. La finalidad es producir relajación y ésta llega después de haber liberado la tensión. Una contracción firme puede llevar a una relajación profunda, algo similar a como un péndulo oscila hasta llegar a su punto más alto en ambos lados. Se les pedirá que se concentren en las sensaciones que acompañan a la tensión y a la relajación; sensaciones que hasta ahora, quizás daban ustedes por supuestas. Hay 16 grupos musculares que van a ser tensados y aflojados, y se precisarán de 20 a 30 minutos para completar todo el programa. Primero, les recitaré las instrucciones, mostrándoselas y dándoles la oportunidad de ensayarlas (Payné, 2002).

JUEGO DE ROLES

OBJETIVO

Ofrecer una posibilidad de enseñar de una manera significativa y que proporcione al paciente como a quienes están inmersos en la conducta que se desea modificar, una forma de aprender o asimilar diferente a la acostumbrada, ya que se adapta a cualquier tema que se

quiera conocer con profundidad. Proporcionar la habilidad de resolver problemas desde diferentes puntos de vista (Bueno, 2015).

DESCRIPCIÓN

Es una estrategia considerada como activa, según Bueno (2015), puesto que su naturaleza permite la participación de todos los involucrados, debido a que el paciente tiene que realizar la asimilación de la forma de actuar del personaje, o bien siendo observadores y dan su opinión de lo realizado; con esta actividad se pretende que el paciente construya su conocimiento mediante la simulación de los diferentes personajes con memoria significativa y emotiva. Tiene tres raíces en las dimensiones personal y social de la educación debido a su naturaleza, favoreciendo la empatía por los demás. Tuvo sus orígenes en Estados Unidos hacia finales de la década de los sesenta, y su auge en los setentas; novedoso por no utilizar fichas, ni tablero, ni reglas estrictas, únicamente se basaba en la interpretación, el diálogo, la imaginación y en el sentido de aventura.

PROCEDIMIENTO

Los elementos constitutivos de esta estrategia, Bueno (2015), dice que parten primero de la comprensión de que rol es la función social que cada uno tiene dentro de una comunidad y que es la manera en como los sujetos se socializan en la sociedad a la que pertenecen; en donde, el paciente desarrollará las diversas caracterizaciones de los diversos personajes inmersos en la conducta que se quiere modificar o el aprendizaje que se quiere adquirir; buscando el fortalecer el aspecto cognitivo al momento de aprender la nueva información e incorporarla en su aprendizaje a largo plazo; permitiendo una mejor socialización y responsabilidad de los actos; definido como “una estrategia centrada en el paciente, y se basa en el enfoque cognitivo de aprendizaje y se fundamenta en el auto aprendizaje, aunque la esencia de esta estrategia metodológica se basa en el desarrollo de pensamiento y pensamiento crítico”. Para poder realizarlo se tomarán en cuenta dos aspectos fundamentales que complementan el Juego de Roles y que se dividen:

1. Indicaciones u operatividad del juego

Se mencionan la manera en qué se desarrollará el juego, sus indicaciones o sugerencias pertinentes. Se les mencionará como debe ser su participación argumentativa en el momento de realizar la simulación de los personajes elegidos en un marco de respeto y no violencia.

2. Desarrollo o Narración

Se refiere al desarrollo de la actividad, la manera en cómo se llevará a cabo el diálogo y si requieren pueden apoyarse en elementos estéticos (vestuario u objetos) que los auxilie a expresar su imaginación.

ENTRENAMIENTO EN AUTOINSTRUCCIÓN DE EMILI COUÉ

Es intercalada a la terapia racional emotiva, basada en la autosugestión, por medio de la hipnosis; se centra en la capacidad de dirigir la propia conducta mediante las autoverbalizaciones, en pasos como:

- a.-Reconocer el problema.
- b.-Definirlo o especificarlo
- c.-Planear las soluciones posibles
- d.-Seleccionar la más óptima
- e.- Poner en práctica la solución encontrada.

Inicialmente los psicólogos soviéticos ponen de relieve la influencia de las autoverbalizaciones sobre la conducta y afirma que en un principio el habla de los otros es la que controla y dirige la conducta del niño. Más tarde adquieren esta función las propias verbalizaciones externas (y posteriormente encubiertas del niño. En entrenamiento en autoinstrucción se utilizó para modificar diversas conductas en el laboratorio y en el ámbito clínico. Con el objetivo de controlar los problemas psíquicos y físicos, psicofisiológicos y psicológicos, como dolores, parálisis, hernias, miopía, incontinencia, insomnio, depresión y alcoholismo, Coue (...1923; en Kasdin, 1983, p. s/n), propone que el tratamiento inicialmente está basado en la idea de que el creer algo es condición necesaria y suficiente para provocar casi cualquier tipo de cambio en el funcionamiento físico, y psicológico de una persona. Una frase que sirve como apoyo habitual en estos casos es “cada día en cualquier parte, me voy a sentir mejor y mejor, (Brook, 1922, p. 27, en Kasdin, (1983), p. s/n), la herramienta usada fue la sugestión. El objetivo es que la persona aprenda a hacerse cargo de ella misma; este entrenamiento nace a raíz de estudios con pacientes esquizofrénicos para enseñarlos a sustituir el habla irracional por otra más racional, (Meichnbaum, 1969, en Kasdin, 1983, p. s/n), y se da cuenta de que los pacientes se repetían a sí mismos las mismas instrucciones que se les había dado previamente y de forma similar a la suya. Así nace así la idea de estudiar y manipular las verbalizaciones que se hacen las personas a sí mismas, como una posible forma de tratamiento. Se aplican dentro de las terapias cognitivas en un lugar dentro de la modificación de la conducta actual. Sus resultados apoyan el enfoque y las técnicas de Beck, demostrando su eficacia en el tratamiento de la depresión (Cd Beck, 1976; Rush, Beck, Kobacs y Hollon, 1977, en Kazdin, (1983), p. s/n)

TERAPIA COGNITIVA: DE BECK

La hipótesis de que los trastornos psicológicos como la depresión, son el resultado de como la persona piensa de sí misma; aplicado a la depresión, pone de manifiesto el papel de las ideas deprimentes, reconociendo síntomas adicionales de depresión; entre los que se encuentran: tristeza, insomnio, pérdida del apetito, sensación de impotencia, falta de satisfacción, dificultad para tomar decisiones y una autoimagen negativa. Analiza y corrige las inferencias arbitrarias, las generalizaciones, la exageración de la importancia o el significado de las cosas y el olvido, en contrapartida de otros aspectos importantes. Beck

(...1976, en Kasdin, (1983), p. s/n), busca modificar los procesos de pensamientos subyacentes a los problemas específicos y formula el concepto de terapia cognitiva. El primer paso del tratamiento cognitivo de la depresión es evaluar los pensamientos negativos que influyen en el cliente; describe tres categorías llamadas triadas negativas; ideas negativas de sí mismo y del futuro. Después se le pide al cliente que reflexione sobre los pensamientos que pasan por su mente mientras sucedieron los acontecimientos penosos. Desarrollo una secuencia terapéutica para el paciente: reconocer sus cogniciones o pensamientos automáticos, que reflejen sus interpretaciones erróneas o distorsionadas de la realidad y a seguirlas después atentamente.

El cliente es entrenado por el terapeuta para analizar objetivamente sus cogniciones y el sujeto aprende a darse cuenta de la falta de relación entre sus pensamientos y la realidad de que hay otras interpretaciones posibles y lógicas. Se anima al cliente a corregir sus distorsiones y deficiencias cognoscitivas, se analizan y corrigen las interferencias arbitrarias, las generalizaciones, la exageración de la importancia o el significado de las cosas y el olvido, en contrapartida de otros aspectos importantes. Son utilizadas en muchas poblaciones, y con pocos experimentos controlados. Sus resultados hay apoyado en el enfoque de las técnicas de Beck. Su eficacia se ha demostrado en la terapia cognitiva en el tratamiento de la depresión (c f Beck, 1976; Rush, Beck, Kovacs y Hollon 1977, en Kasdin, 1983, p. s/n). Los resultados pueden mejorar siguiendo estos pasos anotando los pensamientos que surgen en el proceso en una hoja, en donde anote lo negativo y enfrente lo positivo. Se le pide al cliente que anote los pensamientos negativos automáticos en la primera columna y los corregidos o positivos en la segunda columna. Los resultados son que el paciente puede identificar y obtener datos sobre la racionalidad de sus pensamientos, así como de sus creencias.

AUTOVIGILANCIA

El cliente debe aprender a autovigilarse, de acuerdo con Kasdin (1974), la terapia cognitiva se enfoca en la resolución de problemas y se orienta hacia metas. Sus tratamientos se extienden a ciertas patologías o necesidades particulares, tomando en cuenta la particularidad de la persona. Para lograr los cambios se plantean objetivos, la participación de los pacientes logra que se desarrollen herramientas que aplicaran en las situaciones que si lo requieran logrando una independencia terapéutica.

AUTOCONTROL

Son una parte importante de la modificación de la conducta de ellas las más importantes son:

Control de estímulos; Autoobservacion, autorrefuerzo y autocastigo, entrenamiento de respuestas alternativas.

Control de estímulos: la gran parte lo los excesos y déficits conductuales se pueden considerar problemas de control de estímulos. Las conductas específicas pueden no realizarse

en presencia del estímulo controlador de la conducta de la mayoría de las personas (Kasdin, 1974).

De un control de estímulos desadaptativos pueden surgir tres tipos de problemas conductuales interrelacionados que el cliente desea cambiar o modificar:

- Deseo de cambios de conductas que están bajo un control de estímulos. Como dejar de fumar.
- Algunas conductas están controladas por un pequeño conjunto de estímulos cuando ese control podría ser deseable, como comer en exceso.
- Algunas conductas se encuentran bajo el control de estímulos inapropiados desde un punto de vista social (como el fetichismo).
- El cliente aprende a identificar los estímulos con los que la conducta está o debería estar asociado, se le enseña a realizar la conducta deseada o aproximaciones, en presencia de un estímulo concreto. Eventualmente, la conducta se controla por el estímulo con el que se ha asociado sistemáticamente. Y viceversa, cuando el objetivo terapéutico es eliminar un control de estímulos específicos, la conducta del cliente deja de estar bajo el control de los que anteriormente aumentaba la respuesta. El control de estímulos se ha utilizado solo o en combinación con otros procedimientos para modificar conducta como el insomnio, excitación sexual ante fantasías sádicas, fumar y comer en exceso (Kasdin, 1974).

AUTO OBSERVACIÓN

Se ha encontrado que aumenta la conciencia e indica el grado en que la conducta se desvía de ciertos criterios personales o culturales. Así mismo los estudios han demostrado, tal y como lo comenta Kasdin (1974), que la autoobservación modifica la conducta tanto en situaciones clínicas como de laboratorio. En la autoobservación se realiza la recogida de datos, por parte del cliente, sobre alguna conducta que desea cambiar. Se ha demostrado que el registro diario de la frecuencia de una conducta la aumenta o disminuye según la dirección en la que se desea que se produzca el cambio, y participar en diversas actividades; en cuanto, a las aplicaciones se ha encontrado mejoras en conductas como tics, alucinaciones, comer en exceso y el consumo de tabaco y aumenta, por el contrario, otras conductas como prestar atención en calce, atender a los hijos, realizar tareas domésticas trabajar en un encargo.

AUTORREFUERZO Y AUTOCASTIGO

Se enseña al cliente a administrarse las consecuencias por su conducta, en lugar de recibirlas de algún agente externo; como se observa en Kasdin (1974), el autorrefuerzo ha recibido más atención que el autocastigo. El requisito fundamental es que la persona determine libremente las respuestas las que seguirá el refuerzo, y que pueda reforzarse a sí misma en cualquier momento. Para que se pueda hablar de reforzamiento, la frecuencia de la conducta debe experimentar aumento. Es importante considerar que antes de su aplicación se le debe explicar al cliente los principios básicos del condicionamiento operante. Alguien puede aplicar al principio las contingencias hasta que pueda ser el propio cliente el que lo

haya manteniendo o acelerando los cambios ya conseguidos por el agente externo. Para que el cliente pueda proporcionarse las consecuencias cuando lo necesite, normalmente debe también realizar autoobservación.

Sus aplicaciones han sido con frecuencia para mejorar la conducta de estudios de niños de escuela elemental. Se puede comenzar con el profesor explique sobre la conducta deseada y los reforzadores disponibles. Posteriormente se aplica los refuerzos, ante hábitos de estudio y el comportamiento deseado. Los niños pueden observar la conducta con el profesor.

ENTRENAMIENTO EN ALTERNATIVAS

Basada en el autocontrol y consiste en realizar respuestas que interfieran con o sustituyan otra respuesta que se desea reducir o eliminar, Kasdin (1983); comenta que se aplican en el control de la ansiedad, con la relajación como conducta competidora. En la utilización habitual de esta técnica. El cliente se relaja profundamente mediante la progresiva contracción y relajación de una serie de grupos musculares o mediante autosugerencias de

calma y reposo una vez aprendido puede aplicar ante cualquier situación que le produzca tensión. En el tratamiento la relajación auto inducida se ha utilizado en el control de la ansiedad ante miembros del sexo opuesto, parto, entrevista, hablar en público, etc.

PSICOANALÍTICA

MODELADO E INHIBICIÓN

OBJETIVO

Dar la instrucción y modelado de los comportamientos deseables y no deseables con respecto del problema del paciente (Olivares, Piqueras y Rosa, 2006).

DESCRIPCIÓN

La inhibición la define Rodríguez (2013), como una renuncia o limitación de una función encargada al yo, con el fin de evitar un conflicto intrapsíquico que de llevarse a cabo produciría angustia. El yo se limita en su gasto energético para que ésta energía sea destinada a la tarea de contracatexia; así otras funciones acceden a poca o nula energía para llevarse a cabo.

Algunas inhibiciones son para evitar el conflicto, exponen Chemama y Vandermersch (2004; en Rodríguez, 2013, p.10); otras “están al servicio del autocastigo, como en el caso en que el yo renuncia a un éxito profesional, éxito que un superyó feroz puede prohibirle, Freud (...1925; en Rodríguez, 2013, p.10) señala que en la inhibición se:

1. Quita la libido a la función.
2. Resta importancia a la ejecución de la función.
3. Antepone condiciones particulares que modifican la función hacia otras metas.
4. Previene la acción como una medida de seguridad.
5. Iniciada la acción se interrumpe debido a la angustia que se vive al no haberse evitado.
6. Si se acontece la ejecución de la función existe un reclamo y un esfuerzo por deshacerla.

Las posibles inhibiciones que Freud (1925, en Rodríguez, 2013,p. 10) propone para su estudio son:

1. La función sexual.
2. La alimentación.
3. La locomoción.
4. El trabajo profesional.

La inhibición intelectual se puede ver en la torpeza que el sujeto tiene para realizar las actividades que le corresponden, además de no encontrarlas placenteras y pueden manifestar cansancio para no realizarlas (Rodríguez, 2013, p. 10).

La sexualidad se asocia con variados aspectos del sujeto, por lo que se puede atribuir una inferioridad intelectual a la inhibición del pensamiento ocasionada por la represión sexual. Las pulsiones de meta inhibida, son aquellas que su fuente y meta son claras, pero interrumpen la satisfacción (Freud, 1933; en Rodríguez, 2013, p. 11).

Otra posible inhibición puede surgir ante la imposibilidad de acto por una madre fálica, poderosa o autoritaria que impide la ejecución plena de las conductas y un adolescente puede colocarse en el dicho “si tú lo haces muy bien, ¿qué caso tiene que yo lo intente? El sujeto inhibido no puede ser espontáneo porque vive amenazado por tener que enfrentar aquello que le resulta angustiante por la cercanía que aprecia de ello, esto resulta también en una limitación de su creatividad evitando la posibilidad de juego y sus opciones de descargas son limitadas. Habiendo que regresar el empoderamiento al sujeto, un acrecentamiento de la personalidad que favorezca su libertad y vencer el temor de no saber qué hacer con ella. Siendo el motivo de la represión el evitar el displacer, es el fracaso de la represión es lo que angustia al sujeto (Rodríguez, 2013, p. 11).

PROCEDIMIENTO

La exposición promueve una nueva forma de aprendizaje inhibitorio más que un borrado o desaprendizaje del miedo condicionado. Se constata que en la reducción del miedo se incluye el aprendizaje inhibitorio, es decir aparece un condicionamiento a estímulos que avisan de que no va a aparecer el miedo; lógicamente los estímulos están en el contexto en el que se da la extinción. En consecuencia, se mantiene la relación entre el estímulo aversivo y la respuesta de miedo y, a la vez, se abren otros circuitos en los que los aparecen estímulos que se condicionan a la no presencia del miedo, es decir, lo inhiben. Cuando aparece el estímulo, podemos pensar que no va a ocurrir lo que esperábamos. La inhibición en el tratamiento de la ansiedad ya aparece en la propuesta que hace Wolpe de la inhibición recíproca como base de la desensibilización sistemática en la que se presenta el estímulo aversivo en un estado de relajación que es eficaz para el tratamiento de la ansiedad. Se abandonó como teoría explicativa porque los resultados se obtenían, aunque no se diera respuesta inhibitoria, la relajación.

Ahora Craske y colaboradores (...s.f.; en García, 2013), demuestran que sí se da el condicionamiento inhibitorio. Por ejemplo, han comprobado en sus estudios que solamente con etiquetar la emoción que produce el estímulo temido se conseguía una reducción de la ansiedad y el miedo 8 días después, mayor que si se hacía la exposición sin etiquetar la emoción. Afirman que el córtex medio prefrontal inhibe el sistema neurológico que procesa la amenaza. De acuerdo con su modelo que da gran importancia a la inhibición en el proceso de la exposición, proponen una serie de medidas para potenciarla, como:

1. Realizar prácticas de exposición que contradigan las expectativas explícitas que hace el paciente.
2. Incluir diversos estímulos excitatorios en la exposición.
3. Realizar la práctica de la exposición de forma variada.
4. Ayudar al paciente en la retirada de las señales que le dan seguridad.
5. Que se realice la exposición en varios contextos.
6. Variar los estímulos aversivos durante la exposición, aunque se den aumentos de la ansiedad durante la sesión, incluso incluir en ella estímulos compuestos.
7. Incrementar la inhibición por medio del proceso de poner etiqueta a la emoción que se siente. Porque se ha demostrado que el mero hecho de etiquetar la emoción activa el córtex medio prefrontal que inhibe el miedo, es decir, se activa un sistema regulador de la emoción que inhibe el sistema de amenaza.

4.3.2. Justificación de la necesidad de que sea un Psicólogo clínico el que realice la intervención de terapias en el ámbito educativo, realizando la evaluación y diagnóstico oportuno para poder determinar el tratamiento y con ello, la Técnica terapéutica adecuada según el caso a gestionar.

El conjunto de técnicas mencionadas en el inciso anterior, muestran la necesidad de que la intervención terapéutica que apoyaría al Modelo Educativo 2017 (SEP, 2017), a incorporar el desarrollo de habilidades socioemocionales al currículo debe ser mediante el profesional adecuado, que en este caso tendría que ser por su perfil un Psicólogo clínico, tomando en cuenta su definición de acción:

FORMACIÓN PROFESIONAL DE UN PSICÓLOGO CLÍNICO QUE APLIQUE TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL

Estudiar la Licenciatura en Psicología clínica, que tiene que ver con la formación en Ciencias del Comportamiento, que tiene relevancia en la evaluación específica de casos clínicos; necesarios para poder diseñar y aplicar un tratamiento psicológico preciso. Debe tener conocimiento sobre psicología experimental, que se refiere al estudio científico de procesos mentales y comportamentales; esto es la aplicación rigurosa del método científico en las investigaciones. Las Ciencias del Comportamiento incluyen a aquellas disciplinas que aplican el método científico para la explicación, predicción y modificación del comportamiento. La Terapia Cognitivo-Conductual (TCC): es una modalidad de abordaje clínico basada en los paradigmas de investigación que respeten el método científico (Rivadeneira & et al, 2007).

Los paradigmas principales de las Ciencias del Comportamiento utilizados en Terapia Cognitivo Conductual son:

1. Teorías del aprendizaje: Condicionamiento Clásico, Condicionamiento Operante y Aprendizaje Vicario.
2. Modelos de condicionamiento encubierto.
3. Terapias Cognitivas.
4. Paradigma del Procesamiento de la información.
5. Psicología social experimental.
6. Psicología de las diferencias individuales.
7. Evaluación psicométrica y conductual.
8. Neurociencias, psicobiología y psicofisiología.

Cuando el psicólogo va a aplicar la Terapia Cognitivo Conductual le implica el conocimiento de los procesos psicológicos y psicopatológicos del paciente desde un punto de vista científico, de ello se derivará secundariamente una conceptualización y evaluación del caso y sólo finalmente, se seleccionarán las técnicas terapéuticas, dentro de un programa terapéutico racionalmente formulado y no de forma mecánica; debe tener conocimiento de investigación básica, de los principios teóricos y datos experimentales que sustentan los procedimientos, para efectuar intervenciones globales, carentes de precisión, mecánicas y tecnicistas (Rivadeneira & et al, 2007).

Por lo tanto, es importante que tenga una extensa formación y plural en las Ciencias del Comportamiento, señalaremos los paradigmas principales que las conforman:

1. *Condicionamiento Clásico o Respondiente*

Fundamental para entender la relación entre estímulos y respuestas emocionales. Aspectos experimentales como latencia, intensidad del estímulo, magnitud de la respuesta, fuerza asociativa, bloqueo, ensombrecimiento, contigüidad, contingencia, contraste, extinción, feedback, incubación, etc. La aplicación de técnicas como la Desensibilización Sistemática, Exposición o Relajación Muscular implica conocer en profundidad este paradigma (Rivadeneira & et al, 2007).

2. *Condicionamiento Operante o Instrumental.*

Se refiere a la relación entre las conductas motoras y las consecuencias contingentes a las mismas. Nociones y procesos estudiados experimentalmente desde esta perspectiva son técnicas de observación sistemática, frecuencia de la conducta, operacionalización, programas de reforzamiento, control de estímulo precedente, grado de privación del organismo, gradiente de refuerzo, etc.

Lo anterior es necesario para poder aplicar las técnicas terapéuticas como modelamiento, encadenamiento, extinción operante, principio de Premack, economía de fichas, el reforzamiento diferencial de conductas incompatibles (RDI), y otras (Rivadeneira & et al, 2007).

3. *Aprendizaje Vicario.*

Su marco de referencia es la Teoría de Aprendizaje Social de Albert Bandura, que incluye conceptos como: la clasificación de modelos, características de los mismos, procesos cognitivos implicados que facilitan la imitación, expectativas del observador, anticipación de consecuencias, etc. En el ámbito clínico las técnicas de modelado y los programas de habilidades sociales se basan en estos principios (Rivadeneira & et al, 2007).

4. Paradigma de condicionamiento encubierto. Se refiere a los procesos internos, el condicionamiento respondiente, el operante y el vicario; destacando el papel del lenguaje, imágenes y pensamientos para la explicación y modificación del comportamiento humano (Rivadeneira & et al, 2007).

El psicólogo debe comprender los conceptos de inatención selectiva, sesgos atencionales, errores perceptuales, fallos inferenciales, focalización y autoactivación inadaptable, estándares y expectativas de ejecución, que son experimentalmente estudiados por la psicología cognitiva (Rivadeneira & et al, 2007).

El conocimiento de lo anterior provoca una mayor capacidad del psicólogo de analizar y evaluar las cogniciones que el paciente expresa en las sesiones. La formación en Ciencias Cognitivas redundará en una mayor precisión y eficacia de los procedimientos. El psicólogo debe tener formación en Ciencias del Comportamiento, en Psicobiología y Psicofisiología para poder tener la evaluación y tratamiento adecuado en los trastornos psicológicos (Rivadeneira & et al, 2007).

Conclusiones:

Todo lo antes expuesto señala, reafirma y recalca la importancia de acción de un psicólogo clínico en un centro educativo. De esta manera se profesionaliza la atención y se garantizan mejores resultados. En este sentido, el nuevo modelo educativo contempla, de forma acertada, trabajar con las habilidades socioemocionales de los alumnos buscando así

su estabilidad, sin embargo, se promueve que cualquier docente, independientemente de su perfil y formación, lleve cabo dicha actividad, lo cual no necesariamente es una opción viable, sobre todo si se considera que no todos los docentes disponen de los recursos teórico metodológicos para atender este tipo de situaciones o habilidades.

Cuando el ser humano se desarrolla en un contexto no adecuado, con carencias afectivas, económicas, entre otras, es poco probable que se estructure psicológicamente de manera adecuada, y eso le podrá hacer caer en conductas de riesgo, y en minimizar su

autovalía, a partir de una autopercepción empobrecida, por ello, es necesario que un psicólogo clínico lo pueda detectar, evaluar, y atender para poderle ayudar a estructurarse independientemente del contexto personal, familiar, escolar, social, en el que se encuentre.

Es necesario comprender que a veces los estudiantes parecen no necesitar necesidades educativas especiales, por no tener algún daño orgánico, sin embargo, muchos viven daños emocionales, de tal grado que los daña e imposibilita para lograr desarrollar todas sus capacidades. Es por ello, la importancia de apoyarles a que lo logren y encuentren herramientas de afrontamiento adecuadas, y que mejor que un profesional para otorgárselas.

En mi experiencia profesional, de vida, he visto a muchos jóvenes y adultos, que aun teniendo todas las condiciones para ser exitosos, carecían de algo, que para muchos no es importante, pero que es totalmente necesario: hablamos de la autoestima; y que por su falta los alumnos no son seguros y no confían en sí mismos, y eso les causa tanto daño como lo hace una enfermedad autodegenerativa, porque pueden generar que se dañen así mismos.

Por ello, el profesional ante los casos que atienda podrá valerse de las técnicas de la terapia cognitivo-conductual, que basada en los enfoques conductuales, (Goldfried y Davison, 1994, Meichenbaum 1977), (en Kazdin, 1983, p. s/n) y en sus investigaciones y evaluaciones, técnicas para tratar al paciente, consideran una variable que en nuestros tiempos modernos es muy presente y que se basa en la vida estresante del sujeto moderno. De entre los métodos y procedimientos para evaluar el funcionamiento cognoscitivo, se encuentra la terapia racional emotiva, de Ellis, que ubica al cliente en el aquí y en el ahora. El objetivo es estudiar las verbalizaciones, en un ordenamiento de ABCDEF, para que la persona modifique sus creencias o suposiciones carentes de lógica.

En el entrenamiento en autoinstrucción se busca que la persona se haga cargo de ella misma, escuchando su propio diálogo, invitándolo a hablar en voz alta, ya que la sugestión es una herramienta que bien administrada logra cambios muy importantes en la persona que se adiestra en esta técnica. La terapia cognitiva apoya a la persona a reconocer sus propios pensamientos distorsionados o erróneos, fuera de la realidad, y en su entrenamiento podrá darse cuenta de que lo que se piensa y lo que es tiene una gran diferencia.

En la técnica de solución de problemas la persona aprende a modificar su conducta por medio de cinco pasos aplicables en su vida y su entorno, además de implementar la autoobservación.

Con todas estas herramientas, que el cognitivismo comparte con la terapia del comportamiento, por la afinidad en los objetivos, las personas que padecen trastornos como el alcoholismo, depresión, ansiedades, inseguridades, miedos, etc., podrán ser valoradas sin ningún problema, gracias a sus éxitos, y su campo de acción terapéutica.

Además de la población en riesgo en que se aplican esta serie de estrategias, también se puede considerar su aplicación con los individuos en aparentes condiciones de “normalidad”, considerando que la mayoría de los adolescentes viven en constante estrés, y por diferentes variables del entorno ha desarrollado diferentes sintomatologías que pueden llegar a ser patológicas y que pudieran atentar contra su salud física y mental.

Limitaciones:

El no contar con la autorización de los padres de los menores para la intervención. Esta situación evidenciaría falta de conocimiento y difusión sobre las posibilidades prácticas de la función de los psicólogos clínicos en espacios institucionales. Podría igualmente considerarse el temor de una posible etiquetación al alumno la base de la negación o el prejuicio a la atención de un psicólogo.

La burocracia en trámites gorrosos, que impedirían la acción inmediata, en el momento de crisis, tales como, contar con la autorización firmada por los padres o tutores.

La falta de compromiso de los padres para apoyar el proceso, tanto en la autorización, como en el seguimiento y apoyo con actividades en el hogar, así como de las autoridades educativas, que por falta de recursos económicos o igualmente por ignorancia de la labor del psicólogo podrían no gestionar las plazas laborales.

El tener una sobrepoblación, que generaría una acción deficitaria en la calidad del servicio ofrecido. Esta situación es lamentablemente común en las escuelas de gobierno, producto de la masificación educativa.

Referencias Bibliográficas.

Anadón Marta. (2007). *La Educación Secundaria en Quebec. Innovación y desafíos.* Consejo Mexicano de Investigación Educativa, A.C. Revista Mexicana de Investigación Educativa (RIMIE), 12 (32). Pp. 127- 138.
ISSN:1405-6666
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=14003207>

Arce Ramón, Fariña Francisca y Novo Mercedes. (2014). *Competencia cognitiva en penados primarios y reincidentes: Implicaciones para la reeducación.* Anales de psicología, 30 (1). ISSN: 0212-9728.

Blanco Carmen, Estupiña Francisco J., Labrador Francisco J., Fernández A. Ignacio, Bernaldo D.Q. Mónica y Gómez Laura. (2014). *El uso de las técnicas de relajación*

en la práctica de una clínica de psicología. Universidad de Murcia: España. Anales de psicología, 30 (2). Pp. 403-411. ISSN 0212-9728.

<http://dx.doi.org/10.6018/analesps.30.2.158451>

Bueno R. María L. (2015). *La enseñanza del Porfiriato mediante el juego de roles para lograr el aprendizaje significativo en el bachillerato.* Tesis. Facultad de estudios superiores Acatlán. UNAM: México. Pp. 95-108.

Buenrostro Susana. (2003). *Educación en Japón. Distancias.* Revista Electrónica Sinéctica 23. Pp. 87-91. E-ISSN: 1665-109X

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?=99815908016>

Capps Donald (2011). *The Verbal Portrait: Erik H. Erikson's Contribution to Psychoanalytic Discourse.* Springer Science + Business Media. Pp. 880-898. DOI 10.1007/s10943-9515-3

Carreras T. Leopold.2012). *Situación Actual de la Psicología Educativa en Europa.* Ámbito privado, España. Psicología Educativa, Vol. 18, (1). Pp.3-13. ISSN1135-755X

<http://dx.doi.org/10.5093/ed2012a8>

Carvajal C. Gloria y Caro C. Clara Virginia. (2009). Soledad en la adolescencia: análisis del concepto. Universidad de La Sabana. Colombi, 9 (3). Pp. 281-296 ISSN: 1657-5997

Colaboradores del DSM-IV. Manual Diagnóstico DSM-IV-TR. Ensayo de campo de fiabilidad general de MacArthur. [manual-diagnc3b3stico-y-estadc3adstico-de-los-trastornos-mentales-dsm-iv.pdf](#)

Colwill, Ruth M. (2009). Implosion (behavior therapy). Salem Press Encyclopedia of Health. Psychology and Mental Health. Pp. 1-4. ITEM: 93872036

Costa, M. y Serra, C. (1998). Terapia de parejas. Madrid: Alianza Editorial. Pp. 46-71, 172-195.

David C. Rimm y Masters (1986). Terapia de la conducta: Naturaleza de la terapia de la conducta. México, Trillas. (p 17-21).

Dirección Nacional Finlandesa de Educación. (2007). *Sistema Educativo de Finlandia.* STUDIO VIVA OY: LONBERG. ISBN 978-952-13-3362-0

Feist, J. y Feist, G. (2009). *Theories of Personality.* New York: Mc Graw-Hill.

- Fernández A. Mauricio. (2014).** *Notas sobre las transformaciones psíquicas de la adolescencia en la historia del psicoanálisis.* Universidad de Antioquía:Colombia. Revista Affectio Societatis 11 (21) Pp.89-102.ISSN:0123-8884
- Ferrel O. F. Robert, Cuan A. Andrea, Londoño C. Zully y Ferrel B. Lucía. (2014).** *Factores de riesgo y protectores del Bullying escolar en estudiantes con bajo rendimiento de cinco instituciones educativas de Santa Marta, Colombia.* Psicogente, 18 (33), Pp. 188-205. ISSN 2027-212X, DOI:10.17081
- Fuji Chikako. (S/F).** *Sistema educativo actual de Japón.* Revista de Relaciones Internacionales número 4.
- Gabinete Técnico. (2013).** *Sistemas educativos europeos resúmenes y estructuras.* FETE Enseñanza (UGT). Pp. 3-116.
- García H. José A. (2013).** *La desensibilización y la exposición en la terapia cognitivo conductual.* Centro de Psicología Clínica y Psicoterapia. Curso Terapéutico de Aceptación I & II.
<http://www.psicoterapeutas.com/pacientes/desensibilizacion.htm>
- García R. María J. y Arechavaleta P. Carmen. (2011)** *¿Cuáles son las razones subyacentes al éxito educativo de Corea del Sur?* Revista Española de Educación Comparada, Vol.18. Pp. 203-224. ISSN:1137-8654
- Garza J. María E. (1974).** *Efectos de la Terapia Conductual Aversiva en dos casos: Eczema y Vitiligo.* Tesis. Facultad de Psicología. UNAM. P.p. 26-31.
- González P. Alicia (2014).** *Políticas educativas en Corea del Sur: buenas prácticas TIC en la sociedad del conocimiento.* Universidad de Sevilla: España. Análisis, Vol. 40. Pp.75-90
- Hernández B. Héctor H. y Flores A. René. (2011).** *El suicidio en México.* (Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Papeles de Población, 68. Pp. 69-101.
- Kazdin, A. (1983).** *Historia de la Modificación de Conducta.* Bilbao. Desclée de Brouwer. Pp.51-78.
- Lozano Agustin V. (2014).** *Teoría de Teorías sobre la adolescencia.* Proyecto Juventudes. Última Década número 40. Pp.11-36.
- Medrano O. de Z. Virginia (2016).** *“Terapia Racional Emotiva Conductual: Propuesta de atención para un adolescente con problemas emocionales y violencia intrafamiliar”.* Tesis UNAM. Facultad de Psicología. División del Sistema de Universidad Abierta: México. P.p. 53- 105.
- Minici, A., Rivadeneira C. y Dahaab, J. (2001).** *¿Qué es la terapia Cognitivo-Conductual?* Revista de Terapia Cognitivo Conductual, 1. Pp.1-6
<http://cetecic.com.ar/revista/pdf/que-es-la-terapia-cognitivo-conductual.pdf>
- Ministry of Education and Culture. (2016).** *La Educación Finlandesa en síntesis.* Finnish National Board of Education. CIMO. Pp. 1-27.

OCDE. (2011). *La medición del aprendizaje de los alumnos: Mejores prácticas para evaluar el valor agregado de las escuelas.* OECD Publishing. ISB 978-92-64-09016-3
<http://dx.doi.org/10.1787/9789264090163-es>

Olivares R. José, Piqueras R. José A. y Rosa A. Ana I. (2006). *Tratamiento Multicomponente de un caso de mutismo selectivo.* Sociedad Chilena de Psicología Clínica: Santiago, Chile. *Terapia Psicológica*, 24 (2). Pp. 211-219. ISSN:0716-6184.
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=78524211>

OMS (2014). *Adolescentes: riesgos para la salud y soluciones.* Centro de prensa. Nota descriptiva núm. 345.
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/es/>

OMS (2016). *Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente.* Adolescentes y salud mental.
http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/mental_health/es/

Payné Rosemay A. (2002). *Técnicas de Relajación.* Guía Práctica. Editorial Paidotribo: Barcelkiba. P.p. 71-80. ISBN:84-8019-298-4

Rangel V. José N. (2011). *Condicionamiento encubierto como intervención para reducir la sensibilidad a la ansiedad y la conducta de fumar.* Tesis Facultad de Psicología. UNAM: México. Pp. 16-22.

Revista de la Sociedad Española del Dolor. (2009). *Biofeedback de resistencia galvánica y psicoterapia. Una combinación de éxito en la lucha contra el dolor.* Elsevier Doyma, 17 (4). Pp. 216-221. DOI: 10. 1016/j.sed.2009.10.001
www.elsevier.es/resed

Rivadeneira, C., Dahab, J. y Minici, A. (2007). *Formación del Terapeuta cognitivo conductual.* CETECIC. *Revista de Terapia Cognitivo Conductual*, 13. Pp.1-8.
<https://revista.cognitivoconductual.org/>

Rodrigues B. Katia C.T., Conte de Almeida Sandra F., Do Amparo Deise M. y Rodrigues P. Adriana M. (2015). *Adolescência, Violência e Objetos Culturais: Uma Intervenção entre o Educativo e o Terapêutico o espaço escolar.* *Estilos clin*: Sao Paulo, Vol. 20 (2). Pp. 205-225.

Rodríguez G. Gema E. (2013). *Un caso de Inhibición: La pulsión de muerte y la transmisión psíquica entre generaciones.* Tesis. Facultad de Psicología. UNAM: México. Pp. 9-15.

Rojas R. Gloria, Alemany A. Inmaculada y Ortiz G. Ma. Mar. (2011). *Influencia de los factores familiares en el abandono escolar temprano. Estudio de un contexto multicultural.* *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 9 (3). Pp. 1377-1402. ISSN: 1696- 2095.

- Rosa A. Ana I., Parada N. José L. y Rosa A. Ángel. (2014).** *Síntomas psicopatológicos en adolescentes españoles: relación con los estilos parentales percibidos y la autoestima.* Anales de Psicología, 30 (1). Pp. 133-142. ISSN:0212-9728.
- Secretaría de Seguridad Pública. (2011).** *Deserción Escolar y Conductas de Riesgo en Adolescentes.* Dirección General de Prevención del Delito y Participación Ciudadana. SSP. Pp. 1-33.
- Secretaría de Educación Pública. (2017).** *El Modelo Educativo. Para la Educación Obligatoria, educar para la libertad y la creatividad.* SEP.
- Secretaría de Educación Pública. (2017).** *Los fines de la Educación en el siglo XXI.* SEP.
- Secretaría de Gobernación (SEGOB) y el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2014).** *SEGOB E INEGI PRESENTAN LA ENCUESTA DE COHESIÓN SOCIAL PARA LA PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA Y LA DELINCUENCIA 2014.* Boletín de prensa 330 (15).
- Serra Laura y Aliani Néstor. (2015).** *Construcción histórica de la adolescencia en el discurso médico: la pubertad.* Uaricha, 12 (27). Pp. 65-77.
- Sierra M. Daniela y Rojas H. María del Carmen. (2012).** *Reflexión sobre los desafíos en la práctica clínica con jóvenes en institución de internamiento para jóvenes infractores.* Uaricha, 12 (28). Pp. 59-70.
- Subsecretaría de Prevención y Participación Ciudadana. (2011).** *Deserción Escolar y Conductas de Riesgo en Adolescentes.* Dirección General de Prevención del Delito y Participación Ciudadana. Pp.1-30.
- Sueyoshi Ana y Rangel D. José Ernesto. (2016).** *La convergencia de las políticas de educación superior y las políticas de empleo en los mercados laborales de Japón y México.* Portes, Revista Mexicana de estudio sobre la Cuenca del Pacífico. Tercera época, Vol. 10 (20). Pp. 81-103. ISSN 1870-6800.
- Timoty J. Trull E. Jerry Phares.(s.f.).** *Psicología Clínica- Conceptos 200 Métodos y aspectos prácticos de la profesión.* Pp. 174
- Vargas B. Paola y Wagner Adriana. (2013).** *A autonomía na adolescência: Revisando conceitos, modelos e variáveis.* Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Estudos de Psicologia, Vol.18(4) Pp. 639-648.
- Won Ruth H.K., Ayman Iraj y Naik Chitra. (1975).** *La Innovación de la Educación en Asia: I.* UNESCO: París. Experiencias e Innovaciones en Educación Ns. 9, 10 y 11. ISBN 92-3-301 321-9.
- Woolfolk, Anita. (2010).** *Psicología educativa. Aprendizaje, enseñanza y psicología educativa.* Pearson Educación: The Ohio State University. Capítulo 1.Pág. 10- 23. ISBN: 978-607-442-503-1.