UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA SALUD HUMANA

PSICOLOGÍA CLÍNICA

Tema:

"INFLUENCIA DE LA FAMILIA EN ADOLESCENTES CON TRASTORNO DISOCIAL ENTRE 12 Y 18 AÑOS QUE PERMANECEN BAJO CUSTODIA LEGAL EN EL CENTRO DE ATENCIÓN INTEGRAL (CAI) ZONA 7 DURANTE EL PERIODO OCTUBRE 2013 - FEBRERO 2014"

TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE PSICÓLOGA CLÍNICA

AUTORA:

María Belén Correa Cordero

DIRECTOR DE TESIS:

Psc. Clínico. Fernando Sarmiento Lemus

LOJA-ECUADOR

2014

CERTIFICACIÓN

Psc. Clínico.
Fernando Sarmiento Paladines
DOCENTE DEL ÁREA DE LA SALUD HUMANA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

CERTIFICA:

Que el presente informe de investigación de Tesis titulado: "INFLUENCIA DE LA FAMILIA EN ADOLESCENTES CON TRASTORNO DISOCIAL ENTRE 12 Y 18 AÑOS QUE PERMANECEN BAJO CUSTODIA LEGAL EN EL CENTRO DE ATENCIÓN INTEGRAL (CAI) ZONA 7 DURANTE EL PERÍODO OCTUBRE 2013 - FEBRERO 2014", ha sido prolijamente revisado y corregido a base de criterios técnicos-metodológicos exigidos para este tipo de trabajos, de autoría de: MARÍA BELÉN CORREA CORDERO, por lo que autorizó su presentación.

Particular que señalo para los fines legales pertinentes.

Loja, Julio 2014

Psc. Clínico. Fernando Sarmiento Lemus
TUTOR DE TESIS DE GRADO

AUTORÍA

Yo, **María Belén Correa Cordero**, declaro ser la autora del presente trabajo de tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales, por el contenido de la misma.

Acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi tesis en el Repositorio Institucional – Biblioteca Virtual.

Autor: María Belén Correa Cordero

Firma:

Cédula: 1105030231

Fecha: Loja, julio 2014

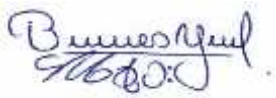
CARTA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS

Yo MARÍA BELÉN CORREA CORDERO, declaro ser autora de la tesis, titulada "INFLUENCIA DE LA FAMILIA EN ADOLESCENTES CON TRASTORNO DISOCIAL ENTRE 12 Y 18 AÑOS QUE PERMANECEN BAJO CUSTODIA LEGAL EN EL CENTRO DE ATENCIÓN INTEGRAL (CAI) ZONA 7 DURANTE EL PERIODO OCTUBRE 2013 - FEBRERO 2014", como requisito para optar al grado de PSICÓLOGA CLÍNICA, autorizo al sistema bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos, muestre al mundo la reproducción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el repositorio digital institucional.

Los usuarios podrán consultar el contenido de este trabajo en el RDI, en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la universidad.

La universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia de la tesis que realicen terceros.

Por la constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja a los 21 días del mes de Julio del 2014, firma el autor

Firma del Autor: 

Autor: María Belén Correa Cordero

Cédula: 1105030231

Dirección: Ciudadela Zamora **Correo Electrónico:** belensummer@hotmail.com

Teléfono: 2576111 **Celular:** 0967636858

Datos Complementarios

Director de tesis: Psic. Clínico Fernando Sarmiento

Tribunal de tesis: Dra. Ana Puertas Azanza

Dra. Lorena Celi Astudillo

Dra. Anabel Larriva Borrero

DEDICATORIA

Dedico este trabajo en primer lugar a Dios por haberme dado la oportunidad de vivir y disfrutar de cada amanecer**,**

A mi madre, padre y hermanos por guiarme y darme su apoyo incondicional en aquellos momentos de indecisión y frustración, por su amor y cariño ilimitado, y por brindarme fortaleza y esperanza, mis confidentes y eternos amigos,

A mi tíos, familiares, amigos por compartir aquellos momentos de risas y lágrimas que atesoraré en mí corazón.

Belén Correa

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por protegerme y darme fortaleza para continuar siempre hacia adelante y no darme por vencida.

A mi madre, padre y hermanos, por ser ejemplo de bondad y dedicación, por confiar y apoyarme en cada decisión tomada, por corregirme y brindarme su apoyo en cada momento.

A mis amigos, por su confianza y apoyo incondicional.

A la Universidad Nacional de Loja, en especial al Área de la Salud Humana por brindarme mi formación profesional.

Al Psi. Clínico Fernando Sarmiento por toda la colaboración brindada en la realización de esta investigación.

Belén Correa

TEMA

“INFLUENCIA DE LA FAMILIA EN ADOLESCENTES CON TRASTORNO DISOCIAL ENTRE 12 Y 18 AÑOS QUE PERMANECEN BAJO CUSTODIA LEGAL EN EL CENTRO DE ATENCIÓN INTEGRAL (CAI) ZONA 7 DURANTE EL PERÍODO OCTUBRE 2013 - FEBRERO 2014”

RESUMEN

La familia es el pilar fundamental de la sociedad, es el lugar donde se aprende habilidades de socialización, valores y normas. Cuando la familia no logra fomentar e inculcar modelos que favorezcan un ambiente funcional, prevalece el caos, la hostilidad, la agresión, el desinterés por los miembros de la familia, todos estos factores pueden favorecer la aparición o mantenimiento del trastorno disocial durante la adolescencia.

La presente investigación tiene como objetivo principal determinar la influencia de la familia en adolescentes con trastorno disocial entre 12 y 18 años que permanecen bajo custodia legal en los centros de atención integral (CAI) Zona 7 durante el período octubre 2013 - febrero 2014.

Los resultados de la investigación muestran que el 52% de la población investigada tiene trastorno disocial y la mayoría de las familias de estos adolescentes presentan desvinculación emocional, incapacidad para cambiar de poder, de roles y reglas en respuesta a situaciones de estrés situacional o evolutivo, falta de comunicación y confianza, los límites establecidos son imprecisos, las funciones de cada miembro no son claras, entre otros.

En conclusión, la familia en la cual se desarrolla el adolescente favorece la exteriorización y el mantenimiento de conductas disociales, por ello es necesario prevenir esta problemática mejorando la interacción familiar para proporcionar un ambiente sano para el desarrollo del adolescente.

PALABRAS CLAVE: Trastorno Disocial, Influencia de la Familia.

ABSTRACT

The family is the fundamental support of society, is where socialization skills, values and norms are learned. When the family fails to promote and instill models that favor a functional atmosphere, prevailing chaos, hostility, aggression, disinterest by family members, all of these factors may contribute to the inception or maintenance of conduct disorder during adolescence.

This research has as main objective to determine the influence of the family in adolescents with conduct disorder between 12 and 18 who remain in the legal custody of Centro de Attention Integral (CAI) Area 7 during the period October 2013 - February 2014.

The research results show that 52% of the research population has conduct disorder and most of the families of these adolescents have emotional detachment, inability to change of power, roles and rules in response to stress situational or developmental, lack of communication and trust, the limits are imprecise, the roles of each member are unclear, among others.

In conclusion, the family in which the teen develops and promotes the maintenance of externalizing antisocial behavior, so it is necessary to prevent these problems by improving family interaction to provide a healthy environment for the development of the teenager.

KEYWORDS: Conduct Disorder, Family Influence.

INTRODUCCIÓN

La funcionalidad de la familia es un factor importante y determinante en el mantenimiento o conservación de la salud física y mental. La familia funcional se caracteriza porque todos sus miembros han aprendido a cumplir sus responsabilidades, a dar y recibir amor y enfrentan los conflictos con una madurez adecuada, en cambio, si no cumple adecuadamente sus funciones hablamos de una familia disfuncional.

No se puede evitar hablar sobre el papel que representa la familia en los trastornos de conducta y la influencia de ésta en la estabilidad emocional del adolescente. Ciertas circunstancias ligadas con la disfuncionalidad familiar pueden alterar el equilibrio afectivo y desencadenar una serie de problemas vinculados con el comportamiento como vandalismo, alcoholismo, drogadicción, trastornos alimenticios, promiscuidad sexual, embarazos precoces, pandillas juveniles, aumento de las tasas de suicidio, entre otros.

La familia representa un papel fundamental en el desarrollo de los adolescentes, pero el problema radica en que los padres no son conscientes de la fuerte influencia que ejercen sobre sus hijos, cada acción, movimiento y comportamiento por más inverosímil e insignificante dejará un rastro en los jóvenes, y con la continuación de conductas parentales inadecuadas desembocará en la exteriorización de comportamientos disruptivos.

Los adolescentes con trastorno disocial se caracterizan por infringir las leyes, destruir la propiedad privada, no acatar normas ni reglas, manipular e intimidar a los demás, todos estos comportamientos impiden el normal

desenvolvimiento y deterioran la estabilidad del adolescente en el ámbito individual, social, académico y laboral. En la actualidad son muchos los jóvenes que padecen el trastorno disocial en especial en sociedades que pertenecen a países en vías de desarrollo, de acuerdo a varias investigaciones la prevalencia ha aumentado en los últimos años, así "las tasas oscilan entre el 6 y el 16% en varones menores a 18 años, en las mujeres las tasas varían entre el 2 y el 9%, y en la población en general entre el 1.5 y 3.4%"[1]. Además es importante recalcar que "la delincuencia juvenil se alimenta en gran medida de los estilos altamente punitivos característicos de los hogares donde se maltrata a los niños". [2] Entonces es posible manifestar que existe un vínculo entre la violencia familiar y las posteriores conductas delictivas y disruptivas.

Partiendo de estas aseveraciones y por la escaza exploración de esta problemática en Ecuador surge mi interés por realizar esta investigación, para determinar la influencia de la familia en la presencia del trastorno disocial en los adolescentes que permanecen en los Centros de Atención Integral (CAI) Zona 7, para luego de ello elaborar un plan terapéutico apropiado que apoye y sane a los adolescentes que padecen este problema.

Para poder dar cumplimiento a la propuesta anteriormente mencionada he planteado los siguientes objetivos específicos:

1. Establecer la prevalencia del Trastorno Disocial en adolescentes que permanecen en un medio protegido: Centro de Atención Integral (CAI) Zona 7.
2. Determinar la dinámica familiar de los adolescentes con Trastorno Disocial que se encuentran en los Centros de Atención Integral (CAI) Zona 7.

3. Elaborar un Plan de Intervención Psicoterapéutica dirigido a los padres de adolescentes con Trastorno Disocial de los Centros de Atención Integral (CAI) Zona 7.

La ejecución del objetivo específico 1, se realizó mediante la Entrevista Psiquiátrica para Niños y Adolescentes CHIPS, para determinar a los adolescentes que tienen trastorno disocial.

Con respecto al segundo objetivo específico, se consideró dos aspectos que definen a la dinámica familiar para determinarla:

1. La estructura: se utilizó el familiograma que proporciona información sobre cómo está constituida la familia.
2. La funcionabilidad: se utilizó la escala de cohesión y adaptabilidad familiar FACES III que mide la vinculación emocional entre los miembros de la familia y la capacidad para cambiar de poder, roles y de reglas, en respuesta al estrés situacional o evolutivo. El familiograma para determinar el tipo de relación existente entre los miembros de la familia y el test del dibujo de la familia que proporciona información subjetiva sobre el funcionamiento familiar.

Para dar cumplimiento al tercer objetivo específico, se realizó un plan de intervención terapéutico, pero no solo enfocado a los padres cómo se indica en el objetivo, debido a la complejidad del trastorno.

La metodología empleada en la investigación tiene un enfoque cuantitativo, de corte trasversal porque la ejecución fue en un momento dado y no existe continuidad en el tiempo. Descriptiva porque detalla las características de

las familias a las que pertenecen los adolescentes y analítica porque intenta demostrar la influencia de la familia en la aparición o mantenimiento del trastorno disocial

Los materiales y herramientas utilizados son: Observación Clínica, Historia Psicológica Clínica, Familiograma, Reactivos Psicológicos como Entrevista para Síndromes Psiquiátricos en Niños y Adolescentes ChIPS; Escala de Cohesión y Adaptabilidad Familiar FACES III; y Test de la Familia.

Finalmente se expone los análisis y resultados, la discusión, las conclusiones, recomendaciones y el plan terapéutico encaminado a proporcionar herramientas para fomentar un ambiente saludable para el desarrollo del adolescente.

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

1. La Familia

1.1. Definición

"La familia es un grupo social en el que las relaciones que se establecen entre sus miembros están en gran parte mediatizadas por la misión educativa que tienen los adultos de proveer a los pequeños de los instrumentos y habilidades necesarias para que alcancen su plena madurez como personas". [3]

Asimismo, "la familia es un conjunto organizado e interdependiente de unidades ligadas entre sí por sus reglas de comportamiento y por funciones dinámicas, en constante interacción entre sí y en intercambio permanente con el exterior". [4]

A partir de estas concepciones definiría a la familia como un microsistema, encargado de inculcar las normas sociales básicas para la adaptación adecuada de sus miembros a la sociedad, pero por el contario cuando este microsistema no cumple con esta función puede ser generadora de individuos con comportamientos agresivos o inseguros.

1.2. Tipos de familia

1.2.1. De acuerdo con el número de elementos que la forman

1.2.1.1. Familias Nucleares

"El modelo estereotipado de la familia tradicional, que implica la presencia de un hombre y de una mujer unidos en matrimonio, más los hijos tenidos en común, todos viviendo bajo el mismo techo, ha sido reflejo de lo

entendido como familia nuclear”. [5] Sin embargo, en la actualidad el requisito del matrimonio se ha obviado porque lo primordial es la existencia de un proyecto de vida en común de la pareja, con un compromiso personal fuerte e intensas relaciones de intimidad, reciprocidad y dependencia. Inicialmente dos adultos concretan esas intensas relaciones en los planos afectivo, sexual y relacional.

El núcleo familiar se hace más complejo cuando aparecen los hijos; en ese momento, la familia se responsabiliza en cuanto a la crianza y socialización. En general, se espera que en ese núcleo existan dos progenitores-adultos encargados de estas funciones. Dentro de la familia nuclear encontramos claramente los tres subsistemas de relaciones familiares: ADULTO-ADULTO (entre la pareja), ADULTO-NIÑO (entre padres e hijos), y NIÑO-NIÑO (entre hermanos).

1.2.1.2. Familias Extensas

“Las familias extensas están constituidas por la troncal o múltiple (la de los padres y la de los hijos en convivencia), más la colateral (familiares que comparten el mismo hogar). Este sistema de familia se presenta debido a factores de herencia sucesión y niveles de pobreza de las familias que albergan a hijos casados”. [6]

La familia extensa desempeña un importante papel como red social de apoyo familiar. La convivencia diaria con la familia de origen (abuelos) o parientes establece redes de alianza y apoyo principalmente para los padres que trabajan lejos por largo tiempo o para los hijos que inician una familia a corta edad.

1.2.2. De acuerdo con la forma de constitución

1.2.2.1. Familias Desestructuradas

Se entiende como familia desestructurada a la disolución del núcleo familiar antes constituido por la madre, el padre y el hijo. Generalmente la situación precedente es el divorcio o la separación de los padres.

Hasta hace poco, la pareja evitaba en lo posible la práctica del divorcio debido al temor de ser juzgada no sólo por la propia familia sino también por toda la sociedad. Afortunadamente, hoy en día el panorama es diferente y el problema se ha convertido en una posible solución para un matrimonio donde predominaban los problemas y conflictos permitiendo la búsqueda de salud mental fuera de éste.

Las causas del divorcio en diversas culturas son múltiples. Algunas están vinculadas con la madurez emocional de la pareja y otras dependen de la relación entre los cónyuges y el funcionamiento o la adecuación (o ambos factores) del uno o del otro.

"Cuando el divorcio está consumado, la situación ejerce una fuerte influencia sobre los hijos y sus consecuencias están determinadas por la edad y el sexo de éstos. Aunque varios estudios indican que los hijos de divorciados tienen mayor riesgo de daño psicológico que los de familias integradas, no debemos olvidar que esto depende de que tales familias funcionen de manera integral y no sólo residan en un mismo lugar, pero discutiendo continuamente". [7]

1.2.2.2. Familias Reconstituidas

"Con cierta frecuencia tras la separación o el divorcio, los progenitores vuelven a formar pareja con otros para iniciar una nueva convivencia, con vínculo matrimonial o sin él. Estas familias, en las que al menos un miembro de la pareja proviene de una unión anterior, reciben el nombre de reconstituidas". [8]

En el pasado la formación de familias reconstituidas eran más evidentes en personas viudas, pues el divorcio era mal visto y rechazado socialmente. Sin embargo, este estigma ha ido desapareciendo con el paso de los años dando lugar a un incremento en el número de este tipo de familias. Generalmente la madre es quien conserva la custodia de los hijos, la forma más común de familia reconstituida es madre, hijo y padrastro. La mayoría de los padrastros no participa de manera activa en la crianza de los niños y parecen reacios a involucrarse. Los ajustes son más difíciles cuando las madres de adolescentes se vuelven a casar. Los adolescentes no se adaptan a las nuevas circunstancias familiares, con tanta facilidad como los niños; por lo general tienden a revelarse ante la autoridad del padrastro.

1.2.2.3. Familia monoparental

Una familia monoparental está definida por la presencia de un solo progenitor, sin una pareja estable, que convive con sus hijos, donde por lo menos uno de ellos no ha alcanzado la mayoría de edad.

La primera forma de familia monoparental resulta cuando la pareja decide no seguir viviendo junta y separarse o divorciarse. El padre custodio de los hijos se relaciona del todo con ellos y en algunos casos pierde todo tipo de

contacto con el exterior, su vida únicamente gira alrededor de sus hijos. Relacionándose con sus hijos como si no necesitarán ningún otro vínculo afectivo.

"Es importante propiciar que los hijos mantengan contacto con el progenitor que no tiene la custodia. No olvidemos que los padres son figuras significativas en su vida y la relación frecuente con ambos reduce la sensación de pérdida y la ansiedad de la separación, al tiempo que les permite seguir ejerciendo el papel de figuras de apego, de las que pueden aprender y compartir experiencias y afectos. La clave no está simplemente en que vean al progenitor separado, sino en que convivan en realidad con él o ella, manteniendo el interés y la responsabilidad en su relación". [9]

Una segunda forma de familia monoparental es aquella en la cual ha habido duelo por la muerte de la pareja. Los padres que conservan la custodia de los hijos tras la muerte de uno de los progenitores afrontan una sobrecarga de tensiones, responsabilidades y tareas. Si a esto añadimos el desajuste emocional ligado a la propia separación de la pareja por la muerte, podremos encontrar dificultades mayores en el control del comportamiento de los hijos y una escaso acatamiento de reglas y límites.

1.3. Estilos de Crianza

Según una investigación realizada por Baumrind a 100 niños preescolares de california, observó que los padres diferían en cuatro dimensiones importantes:

a) “Expresiones de afecto: Los padres variaban desde muy afectuosos hasta muy fríos y críticos.
b) Estrategias para la disciplina: Nuevamente, hubo mucha variación en el uso de la explicación, la crítica, la persuasión, la aceptación y el castigo físico.
c) Comunicación: Algunos padres escuchaban pacientemente a sus hijos, otros exigían silencio.
d) Expectativas de madurez: Los padres variaron en sus estándares de responsabilidad y autocontrol”. [10]

Sobre las bases de estas cuatro dimensiones, Baumrind identificó tres estilos de crianza:

1.3.1. Crianza autoritaria

La palabra de los padres es ley y no hay lugar a discusión. La mala conducta se castiga con rigor, por lo general de forma rígida (pero no con tanta dureza como para considerarla maltrato). Los padres autoritarios establecen reglas claras y patrones de referencia elevados. No esperan que sus hijos emitan sus opiniones; las conversaciones son especialmente escasas. Estos padres creen que su edad y su experiencia los han preparado para saber qué es mejor para sus hijos, pero pueden parecer distantes y pocas veces muestran afecto.

1.3.2. Crianza permisiva:

Los padres permisivos tienen pocas exigencias, y ocultan cualquier impaciencia que sientan. Hay poca disciplina porque exigen escaza madurez de los niños. Los padres permisivos son cariñosos y aceptan a sus hijos. Escuchan

todo lo que sus hijos dicen y comparten sus propias emociones sin restricciones. Tratan de ayudarlos en todo, pero no se sienten responsables de su conducta.

1.3.3. Crianza disciplinada:

Los padres disciplinados establecen límites y aplican normas. Sin embargo, también escuchan las demandas de su hijos y sus preguntas, y conversan sobre los sentimientos y problemas. Los padres exigen madurez en los niños (y no castigan) cuando el niño no logra la madurez deseada. Son flexibles cuando un niño explica una razón particularmente buena para una excepción. Ellos actúan como guías y mentores, no como autoridades (como lo hacen los padres autoritarios) ni como amigos (como lo hacen los padres permisivos).

1.4. Factores familiares que influyen en la conducta disocial del menor

1.4.1. Falta de supervisión o control de los padres

Las rupturas familiares y el exceso de trabajo, ha desencadenado que los padres cada vez pasen menos tiempo en casa, por ende menos tiempo para compartir y educar de manera correcta a sus hijos, abandonándolos y dejando a terceros que se encarguen de su educación, que en muchas ocasiones suele ser la “televisión”, medio en el cual priman las escenas violentas.

Según algunas investigaciones, la falta de supervisión de los padres es la variable más fuertemente relacionada con la delincuencia. Esta falta de supervisión se caracteriza por: ignorar donde se encuentran sus hijos y que actividad están realizando. La ausencia de supervisión o control puede conducir al niño a situaciones de riesgo o peligro como por ejemplo: cuando se mezcla con

amistades negativas, presenta comportamientos disruptivos, consumo de drogas, etc.

Por ello es importante que los padres desde que los hijos van creciendo ejerzan cierto nivel de control sobre las actividades que estos realizan, para poder guiarlos de cuerdo al nivel de experiencia y madurez de los mismos, ayudándoles a asumir responsabilidades y, a actuar de manera autónoma e independiente, y así lograr un comportamiento adecuado aun cuando están sin la supervisión de los adultos.

1.4.2. Actitudes crueles y negligentes de los padres con los hijos

Algunos padres se comportan de manera violenta, hostil o cruel; atormentando y humillando al menor, usando descalificativos (tonto, inútil) y, culpabilizándolo de manera automática de todos los problemas o dificultades de la familia. Este tipo de actitudes irracionales y negligentes están inmersas en un fenómeno denominado maltrato psicológico, que tiene como finalidad agredir la estabilidad emocional de la víctima.

Otra forma de maltrato, es cuando los padres no solventan las necesidades básicas de supervivencia de los hijos como: privación de alimentos, incumplimiento de tratamiento médico, impedimento de la educación, carencia de afecto, etc.

Asimismo, en aquellos casos donde los padres tienen un comportamiento violento, con frecuentes castigos físicos, los niños asimilarán que la única forma de resolver los problemas o conflictos es la violencia.

Un estudio realizado en Estados Unidos, sostiene que una historia de maltrato infantil incrementa la probabilidad de posteriores participaciones de estos jóvenes en delitos violentos, graves y de mediana gravedad (pero no en delitos leves). THORNBERRY señala que mientras “los jóvenes pertenecientes a familias no violentas representan una participación del 38% en delincuencia violenta, esta tasa o índice alcanza el 60% para jóvenes que han experimentado una forma de violencia, el 73% para aquellos expuestos a dos formas de violencia, y el 78% para los adolescentes expuestos a tres tipos de violencia familiar”. [11]

1.4.3. Conflictos familiares

Los conflictos familiares provocan desequilibrio, inestabilidad y confusión en el margen del funcionamiento de la familia. Estos conflictos pueden ser transitorios o estáticos dependiendo del nivel de adaptabilidad y afrontamiento del que dispone la familia para resolverlos.

Uno de los principales problemas a los que se enfrenta la familia son las relaciones inestables y conflictivas entre la pareja parental, la cual influye directamente sobre los hijos, quienes tienden a culparse y creer que son la razón por la cual sus progenitores pelean, desencadenando un fuerte sentimiento de inseguridad en ellos. Además en la sociedad actual, existe un gran incremento de separaciones y divorcios, generando una transformación completa de la vida de los hijos, y este cambio se produce con un fuerte dolor, pues pierde la intimidad cotidiana con uno de sus padres, se altera el orden familiar y pueden llegar a sentirse abandonados. Algunos autores suele asociar ciertos problemas como el

fracaso escolar y delincuencia juvenil al síndrome del padre ausente y a la incidencia de la desorganización familiar.

1.4.4. Malos ejemplos conductuales

Los hijos son el reflejo de sus padres. Si un niño tiene conductas agresivas es porque en su hogar se práctica la violencia. Los niños observan todo lo que ocurre en su entorno, sea positivo o negativo, para luego imitarlo. Los padres son los principales responsables de garantizar que sus hijos tengan unas experiencias de aprendizaje apropiada y adecuadas. Si un niño crece en una familia donde el padre infringe la ley y comete delitos, este tiene más posibilidades de desarrollar conductas delictivas.

1.4.5. Falta de comunicación entre padres e hijos

Un gran problema que aqueja a la sociedad actual es la falta de comunicación. Muchos padres dan prioridad a sus trabajos, amigos, y pasatiempos, distanciándose de la familia, instalando y fortaleciendo una conviviendo superficial, donde existe una total incomunicación entre padres e hijos. Esto implica que el tiempo que comparten no es de calidad, y los hijos no pueden enriquecerse ni aprehender de sus padres habilidades que les servirán para vivir en sociedad. Como consecuencia de la desatención de los padres, los hijos buscan integrarse a grupos, que satisfagan el vacío que dejan sus padres y, en muchos de los casos se integran con personas conflictivas.

Un posible factor de riesgo lo constituye también una comunicación familiar deteriorada, en la que los mensajes entre padres e hijos son confusos y contradictorios, se produce una marcada tendencia a hablar sin ser escuchado,

disputas infructuosas que no lleva a ninguna parte, o el rechazo o negativa como respuesta a los problemas y conflictos familiares.

1.4.6. Carencias afectivas

Para el desarrollo integral de los hijos no es necesario solamente brindarles una buena alimentación y una buena educación, lo primordial es ofrecerles amor y cariño, decirles palabras afectuosas, hacerlos sentir amados. La ausencia de cariño, se caracteriza por una incapacidad para resaltar las cualidades o logros del niño, por una dificultad para manifestar afecto, cariño y amor hacia sus hijos. Las carencias afectivas como la indiferencia, frialdad, actitud egoísta o la incapacidad de amar, conducen a un deterioro integral de la personalidad del niño; aquellos que crecen sin amor son dañados y están siempre dispuestos a intentar, por vías directas o indirectas, sustitutos de este amor que se les ha sustraído.

1.4.7. Falta de enseñanzas de valores prosociales

Vivimos en una sociedad donde priman los anti-valores, donde se le da más crédito al individualismo personal sobre la colectividad. Por ello es importante que desde el núcleo familiar se inculquen valores prosociales como: solidaridad, generosidad, humanidad, tolerancia, compasión, sentido de autocrítica, empatía, etc. Pero muchos padres no se preocupan ya de enseñar a sus hijos reglas y principios sólidos, debido al poco tiempo que comparten con sus hijos.

1.5. Funcionamiento familiar según el Modelo Circumplejo de Olson

El Modelo Circunflejo de los Sistemas Marital y Familiar fue desarrollado por David H. Olson, Candyce Russel y Douglas Sprenkle en 1979.

Se trata de un modelo dinámico que integra tres dimensiones relevantes en distintas teorías y abordaje clínico en familia: cohesión, adaptabilidad y comunicación.

1.5.1. Cohesión

La dimensión cohesión se refiere a los lazos emocionales que los miembros de la familia tienen entre sí. “Sus indicadores específicos incluyen: cercanía emocional, límites, fronteras, coaliciones, tiempo, espacio, amistades, toma de decisiones, intereses y recreación. Existen 4 niveles de cohesión en los grupos familiares, pudiéndose identificar familias relacionadas, semi-relacionadas, aglutinadas y no relacionadas. Las hipótesis señalan que las posiciones en los niveles centrales de cohesión (familias o parejas relacionadas y aglutinadas) conllevarán un funcionamiento familiar más saludable. Por otra parte, los niveles extremos (familias o parejas no relacionadas y semi-relacionadas) implicarían un funcionamiento más problemático”. [12]

a) Familias no relacionadas y semi-relacionada: Se caracterizan por favorecer un alto grado de autonomía y cada persona actúa libremente con escaso apego o compromiso con su familia.
b) Familias relacionadas y aglutinadas: Se caracterizan por una identificación con la familia a la que pertenecen, en el sentido de una fusión psicológica y

emocional, y con exigencia de lealtad y consenso que frenan la independencia, individualización o diferenciación de sus miembros.

1.5.2. Adaptabilidad

La dimensión adaptabilidad es definida como la calidad y expresión del liderazgo, organización, roles, reglas y negociaciones existentes en la familia. “Sus indicadores específicos incluyen: liderazgo, asertividad, control, disciplina, estilos de negociación, relaciones de rol y reglas relacionales. Existen 4 niveles de adaptabilidad identificándose: familias rígidas, estructuradas, flexibles y caóticas. Las hipótesis señalan que las posiciones en los niveles centrales de flexibilidad (familias o parejas estructuradas o flexibles) conllevarán un funcionamiento familiar más saludable. Por otra parte, los niveles extremos (familias o parejas rígidas o caóticas) implicarían un funcionamiento más problemático.” [13]

a) Familia rígida: Se caracteriza por implantar una excesiva responsabilidad y normas inflexibles.
b) Familia estructurada: Se caracteriza por ser organizada, centrada, tiene las normas bien establecidas, y el liderazgo, corresponde a los padres.
c) Familia flexible: Se caracteriza por ser democrática, permite el pensamiento autónomo de sus miembros.
d) Familia caótica: Se caracteriza por una falta de responsabilidad y límites familiares, no existen normas y las reglas cambian constantemente.

1.5.3. Comunicación

Por último, “la comunicación es considerada como una dimensión facilitadora dado que, en sus niveles saludables, permitiría la movilidad del

sistema en las dos dimensiones anteriores. Se define por las destrezas de comunicación del sistema, que involucra la capacidad de escucharse, de hablar, de tener respeto por las opiniones de los demás y de compartir los sentimientos".[14]

La combinación de los cuatro niveles de cada una de las dos primeras dimensiones, permitieron a Olson, Rusell y Sperenkle desarrollar una tipología con 16 tipos de familias. De los dieciséis tipos de familia, cuatro puntuarán en los niveles centrales (sistemas equilibrados o moderados), cuatro tienen puntuaciones extremas en las dos dimensiones (sistemas familiares extremos) y ocho puntúan de forma extrema en una sola dimensión (sistemas familiares de medio-rango). Los cuatro tipos centrales reflejan niveles moderados de ambas dimensiones y se consideran los más funcionales para el desarrollo individual y familiar. Los cuatro tipos extremos reflejan niveles muy altos o muy bajos de adaptabilidad y cohesión y son los más disfuncionales.

2. ADOLESCENCIA

2.1. Concepto

La adolescencia es una etapa de cambios biológicos, psicológicos y sociales. Inicia cronológicamente con la pubertad marcando el final de la niñez y finaliza en la edad adulta. No es solamente un período de adaptación a cambios corporales, sino una fase de grandes determinaciones hacia una mayor independencia psicológica y social.

Es complicado establecer límites cronológicos para esta etapa, de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), la adolescencia es la etapa que transcurre entre los 10 y los 19 años, estableciéndose dos fases: la adolescencia temprana (10 a 14 años) y la adolescencia tardía (15 a los 19 años).

Además los psicólogos clínicos consideran a la adolescencia como el "período de crecimiento y desarrollo humano. Su manifestación está señalada por la pubertad, pero la aparición de este fenómeno biológico es solamente el comienzo de un proceso continuo y más general, tanto en el plano somático como en el psíquico, y que prosigue por varios años hasta la formación completa del adulto. Aparte del aspecto biológico de este fenómeno, las transformaciones psíquicas están profundamente influenciadas por el ambiente social y cultural". [15]

2.2. Cambios durante la adolescencia

2.2.1. Desarrollo físico

La adolescencia generalmente inicia con la pubertad, es decir con la aparición de los principales cambios físicos que conducen a la maduración sexual

y reproductiva. Los principales cambios fisiológicos que desarrollan tanto hombres como mujeres son:

a) El crecimiento corporal: Es uno de los primeros signos. Generalmente inicia hacia los 10 años en las mujeres y hacia los 12 años en los varones, comienza a acelerarse el ritmo de crecimiento corporal y de peso que va acompañado de un cambio en la distribución de las proporciones del cuerpo. En las mujeres la fase de crecimiento es más corta, termina a los 14-15 años, dura por lo tanto 4 ó 5 años, mientras que en los varones termina hacia los 18 años, por lo tanto dura 6 años aproximadamente. Cuando este desarrollo corporal cesa, el sujeto ha alcanzado su estatura adulta.

b) Crecimiento y maduración de las características sexuales primarias: Estas son las que están directamente relacionadas con la reproducción, específicamente en la mujer: vagina, útero, ovarios y trompas de Falopio; en el hombre: pene, testículos y los conductores deferentes. Todos estos órganos experimentan un gradual aumento que lleva a la madurez sexual.

c) Aparición de las características sexuales secundarias: Se trata de las características fisiológicas que son signos de maduración, pero no intervienen directamente en la reproducción. En ambos sexos: crecimiento del vello púbico y axilar, de la cara y del cuerpo en general, cambios en la voz, que se hace más grave porque crece la laringe y por causas hormonales, sobre todo en los varones. Todos estos cambios no se producen de forma brusca, es un proceso que dura algunos años.

d) Aparición de la menarquía en las mujeres y emisiones nocturnas en los varones, son los signos de la maduración sexual.

En los adolescentes el desarrollo físico, no es igual para todos, en algunos puede iniciar temprana o tardíamente. “Los adolescentes que maduran prematuramente muestran mayor seguridad, son menos dependientes y manifiestan mejores relaciones interpersonales; por el contrario, quienes maduran tardíamente, tienden a poseer un auto-concepto negativo de sí mismos, sentimientos de rechazo, dependencia y rebeldía. De ahí la importancia de sus cambios y aceptación de tales transformaciones, para un adecuado ajuste emocional y psicológico”. [16]

2.2.2. Desarrollo cognitivo

El crecimiento del cuerpo, la maduración sexual y reproductiva no son los únicos cambios que se producen durante la adolescencia. Todo el esquema mental sufre una reestructuración significativa.

La teoría del desarrollo cognitivo de Jean Piaget continúa siendo uno de los más influyentes para el análisis del desarrollo cognitivo durante la adolescencia. Piaget estructuró cuatro etapas del desarrollo: Estadio sensorio-motriz, pre-operacional, de operaciones concretas y finalmente el estadio de las operaciones formales. Asimismo, estableció en los estadios, tres tipos de inteligencia: práctica, concreta y formal, con las que el individuo interactúa y se adapta a su entorno, reconociendo así un papel activo del sujeto en la construcción del conocimiento.

Piaget concibe a la adolescencia como la última etapa en la construcción de las operaciones formales. Esto implica que el adolescente es capaz de razonar mediante el pensamiento hipotético-deductivo, es decir, a partir de hipótesis enunciadas verbalmente, independientemente del contenido de los enunciados y sin necesidad de manipular objetos concretos. En el ámbito del razonamiento inductivo, el niño que se encuentra en la etapa operatoria concreta únicamente es capaz de manipular lo real para producir los efectos deseados. Sin embargo, el adolescente situado en la etapa operatoria formal es capaz de reflexionar y hacer el inventario de las hipótesis posibles más allá de los hechos inmediatamente representables, y ya no está limitado, como en el período anterior, por el manejo de lo real y directamente accesible.

Para finalizar, es necesario señalar que las características del pensamiento formal permiten la posibilidad de desarrollar otros dos tipos de pensamiento en los adolescentes. Por un lado, la metacognición o capacidad para pensar sobre los propios pensamientos, que implica, por ejemplo, no sólo inferir reglas a partir de observaciones, sino también reflexionar sobre estas reglas para elaborar otras nuevas. Además, la conciencia sobre el propio pensamiento tiene repercusiones en la memoria (desarrollo de estrategias mnemotécnicas), la comunicación (desarrollo de la metacomunicación) o la introspección (reflexión sobre los propios sentimientos, percepciones, etc.). Por otro lado, la cognición social o capacidad para pensar en los pensamientos de los demás, permite al adolescente comprender el punto de vista de los otros, sus sentimientos y actitudes. Es decir, los niños poseen la sensibilidad de sentir las emociones de los

otros pero no son capaces de prever sus sentimientos y pensamientos en diferentes contextos; sin embargo, los adolescentes son capaces de reflexionar sobre los pensamientos de los demás, así como sobre sus relaciones interpersonales.

2.2.3. Desarrollo socio-emocional

2.2.3.1. Búsqueda de Identidad

El proceso de establecer la identidad, para el adolescente, conlleva integrar experiencias del pasado, adaptarse al presente, y tener una visión sobre el futuro, proceso que resulta complicado para el individuo ya que lo anterior se presenta conjuntamente con los cambios físicos, que traen consigo una alteración en la imagen del cuerpo y, de ese modo, en el sentido del Yo.

En la adolescencia la búsqueda de la identidad es trascendental, se encuentran en la disyuntiva de no ser niños ni tampoco adultos completamente. Generalmente los adolescentes experimentan una crisis de identidad, es decir el adolescente busca ser diferente y autónomo respecto a los individuos que forman parte de su grupo, pero al mismo tiempo necesita o quiere ser aceptado y ser integrado en un grupo.

El análisis realizado por Erik Erikson respecto de la formación de la identidad sostiene que “los adolescentes enfrentan una crisis entre su identidad y la confusión de roles. Esta crisis tiene que ver con la labor de equilibrar el deseo de probar muchos yo posibles, y la necesidad de elegir un yo único. Los adolescentes que encuentran un sentido de identidad están bien preparados para afrontar el siguiente reto de desarrollo: establecer relaciones íntimas y solidarias

con los demás. No obstante, Erikson creía que los adolescentes confundidos en relación con su identidad, nunca son capaces de identificarse en una relación humana. Por el contrario, a lo largo de su vida permanecen aislados y responden a los otros de manera estereotipada”. [17]

Por lo cual es necesario para el adolescente “lograr alcanzar una serie de objetivos (sentido de compromiso, valores, metas, autonomía, plan de vida, etc.) imprescindibles en el logro de su identidad, para quedar inserto en la sociedad adulta con una sensación de bienestar, eficacia personal y madurez en todos los procesos de su vida. Sin embargo, no existe un acuerdo general en cuanto al orden de adquisición de dichos objetivos, lo anterior debido a las diferencia entre individuos; el lograr estos objetivos prepara el terreno para que el individuo adquiera las habilidades de afrontamiento necesarias para funcionar en el entorno social que le rodea”. [18]

2.2.3.2. Autoestima

La autoestima es la valoración que hace la persona acerca de sus cualidades y capacidades, está es positiva cuando la persona afronta y resuelve eficazmente sus conflictos, y negativa cuando es incapaz de afrontar problemas de la vida diaria. Durante la adolescencia el concepto que tienen de sí mismos, se basa en como los perciben los demás. “En diversos momentos los adolescentes hacen una evaluación cuidadosa de ellos mismos, comparando no sólo las partes de su cuerpo, sino también sus habilidades motoras, sus capacidades intelectuales, talentos y habilidades sociales con las de sus compañeros. Si la

evaluación es negativa, puede dar por resultado una conducta confusa y autoconsciente. La incapacidad para igualar su yo ideal los hace desdichados”. [19]

Por ello es crucial fomentar desde la niñez un auto-concepto positivo, reforzando las cualidades positivas y, así evitar la etiquetación negativa que durante la adolescencia puede ser reforzada por la autocrítica. Una autoestima bien estructurada, es uno de los recursos más valiosos que puede disponer un adolescente porque aprende más eficazmente, desarrolla relaciones mucho más gratas, está más capacitado para aprovechar las oportunidades que se le presenten y trabajar productivamente. Y si el adolescente termina esta etapa con una autoestima fuerte y bien desarrollada podrá entrar en la vida adulta con buena parte de los cimientos necesarios para llevar una existencia productiva y satisfactoria.

2.2.3.3. Relaciones Interpersonales

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

a) Necesidad de formar relaciones afectivas significativas, satisfactorias.
b) Necesidad de ampliar las amistades de la niñez conociendo a personas de diferente condición social, experiencias e ideas.
c) Necesidad de encontrar aceptación, reconocimiento y estatus social en los grupos.

d) Necesidad de pasar del interés homosocial y de los compañeros de juegos de la niñez mediana a los intereses y las amistades heterosociales.
e) Necesidad de aprender, adoptar y practicar patrones y habilidades en las citas, de forma que contribuyan al desarrollo personal y social, a la selección inteligente de pareja y un matrimonio con éxito.
f) Necesidad de encontrar un rol sexual masculino o femenino y aprender la conducta apropiada al sexo”. [20]

Así, entendemos que durante la adolescencia es fundamental pertenecer a un grupo social, debido a que de esta manera los adolescentes buscan ampliar sus relaciones y compartir intereses comunes. Esta búsqueda de pertenencia refuerza la imagen propia, por lo cual al ser rechazado por los demás se convierte en un grave problema.

2.3. Factores de riesgo durante la adolescencia

Se denominan factores de riesgo “a todos aquellos factores interpersonales, sociales, de influencia ambiental o individual presentes en que los niños o adolescentes desarrollen en sus vidas y aumenten la probabilidad de que un individuo active estilos de vida negativos (uso de sustancias, adicciones, actos antisociales, ciclos de violencia, etc.)”. [21]

2.3.1. Relacionados con el desarrollo personal y la competencia en grupo

2.3.1.1. Baja autoestima

Un adolescente con baja autoestima se caracteriza por tener una escaza confianza en sí mismo, lo que genera fuertes sentimientos de inseguridad

e impotencia; fácilmente se deja influenciar por los demás, cambiando de ideas y conductas. Además suele enojarse con rapidez debido a su baja tolerancia ante la frustración al ser susceptible ante la crítica.

2.3.1.2. Baja asertividad

La baja asertividad es la carencia de la habilidad social para expresar y mantener la propia opinión frente a los demás. Esta suele estar íntimamente ligada a la baja autoestima, quien no se siente seguro de sí mismo, es incapaz de hacer valer sus derechos. Los adolescentes que no son asertivos presentan problemas para relacionarse, tienen dificultades para mostrar una conducta adecuada, no respetan las opiniones ni sentimientos de los demás, anticipan el rechazo evitando situaciones que podrían provocarles vergüenza y generalmente se perciben de manera negativa.

2.3.1.3. Problemas con la aceptación de normas

La mala conducta de los adolescentes puede ocurrir por querer demostrar su independencia y autonomía frente a sus padres, falta de límites o ausencia de un ejemplo parental constructivo. Estos jóvenes no aceptan ninguna norma de conducta, no tienen límites, son agresivos y hostiles ante cualquier dictamen de una figura de autoridad.

2.3.1.4. Depresión

La depresión se caracteriza por sentimientos persistentes de tristeza, desánimo, pérdida de la autoestima y ausencia de interés en las actividades comunes.

La depresión puede ser una respuesta transitoria a muchas situaciones y factores de estrés. Este estado es común en los adolescentes, como consecuencia del proceso normal de maduración, del estrés asociado con éste, de la influencia de las hormonas sexuales y de los conflictos de independencia con los padres.

También puede ser una reacción hacia un suceso perturbador, como la muerte de un amigo o pariente, la ruptura con la novia o novio o el fracaso en la escuela. Los adolescentes que presentan baja autoestima, que son muy autocríticos o que perciben poco sentido de control sobre los eventos negativos presentan un riesgo particular de deprimirse cuando experimentan eventos generadores de estrés.

2.3.2. Relacionados con el entorno y el tiempo libre

2.3.2.1. Deficiente rendimiento académico

El escaso rendimiento suscita en el joven un golpe en la autoestima y una humillación frente a los profesores y compañeros, además del enfrentamiento y las quejas que debe soportar en el hogar. La desvalorización que siente al sacar malas notas, desanima al adolescente y lo lleva a perder el interés por la educación, provocando como consecuencia fracaso escolar, apatía, rebeldía, consumo de drogas, sentimientos de inutilidad e incapacidad para afrontar dificultades que se presenten en la cotidianidad.

2.3.2.2. Baja cohesión familiar

Situaciones familiares que van desde un clima afectivo inadecuado hasta el consumo de drogas y/o alcohol dentro del hogar. Además es una familia

en la que los conflictos, la mala conducta, y muchas veces el abuso por parte de los miembros individuales se producen continúa y regularmente, lo que lleva a otros miembros, en este caso los adolescentes, a ver tales acciones como normales.

2.3.2.3. Pobreza

Según Blackburn (1991) "la pobreza ha sido descrita como una condición especialmente generadora de dolor y estrés, derivando en última estancia en conductas de aislamiento, incertidumbre y sensación de vulnerabilidad".[22] Desde la perspectiva de desarrollo humano la pobreza se acerca más a la degeneración de opciones y oportunidades de vivir una vida tolerable, significa además la degeneración de las oportunidades y opciones básicas para el desarrollo humano, como vivir una vida larga, sana y creativa, pudiendo la persona, disfrutar de un nivel decente de vida, dignidad, libertad, respeto por sí misma y por los otros.

Las principales causas que están presentes en la situación de pobreza en los jóvenes latinoamericanos según informe de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) (2004) son:

a) "La educación: a pesar de las políticas implementadas en esta área, se mantienen bajos niveles de cobertura y calidad en los sistemas educativos formal y no formal, presentando una desvinculación del mercado de trabajo y de la realidad de los alumnos. Esto redunda en problemas de acceso y posterior deserción escolar, principalmente entre los jóvenes de los sectores

urbano marginales, restringiendo su capacidad para atraerlos y generar movilidad social.

b) El sistema familiar presenta transformaciones e irregularidades de estructura y estabilidad, presentes en los hogares de la mayoría de los jóvenes pobres, con consecuencias asociadas a violencia, carencias afectivas y materiales.

c) La violencia y la droga son problemas cada vez mayores y actúan simultáneamente como causa y consecuencia de la precariedad social y económica en que viven los jóvenes”. [23]

Además la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) agrega que la forma e intensidad de estos factores provocan un deterioro cada vez mayor en el mundo de la pobreza juvenil, limitando las oportunidades que la juventud escoge para el desarrollo de proyectos de vida.

3. TRASTORNO DISOCIAL

3.1. Definición

En la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en su décima edición (CIE-10) define al Trastorno Disocial como “una forma persistente y reiterada de comportamiento disocial, agresivo o retador. Se trata, por tanto, de desviaciones más graves que la simple “maldad” infantil o rebeldía adolescente, que implican un patrón de comportamiento duradero (seis o más meses)”. [24]

“Los tipos de comportamiento en los que se basa el diagnostico pueden ser los siguientes: peleas o intimidaciones excesivas, crueldad hacia otras personas o animales, destrucción grave de pertenencias ajenas, incendio, robo, mentiras reiteradas, faltas a la escuela y fugas del hogar, rabietas frecuentes, y desobediencia. Cualquiera de estos comportamientos, si es marcado, es suficiente para el diagnóstico, pero los actos disociales aislados no lo son”. [25]

Asimismo, “el trastorno disocial es la antesala al crimen. Lo más preocupante de este trastorno y que resulta muy característico en el disocial es la aparente falta de conciencia ante sus acciones y los daños que ellos provocan. No parecen reconocer ni logran identificar que las personas merecen respeto en sus bienes y en su persona. Tampoco logran dimensionar la gravedad de los daños que ellos provocan”. [26]

El trastorno disocial “se caracteriza porque perturba y preocupa mucho más a las personas que rodean al niño y al adolescente que a él mismo, tiene una

dimensión claramente agresiva y responde mal, en términos generales, tanto a los premios como a los castigos. El trastorno de conducta tiene además una gran ubicuidad desde el punto de vista clínico e implica seguramente diferentes mecanismos etiopatogénicos, y diferentes tipos de vulnerabilidad neurobiológica".[27]

3.2. Criterios para el diagnóstico

Para su diagnóstico, la Clasificación de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA) en su Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, cuarta edición texto revisado (DSM-IV-TR) considera que se debe manifestar la presencia de tres (o más) de los siguientes criterios durante los últimos 12 meses y por lo menos de un criterio durante los últimos seis meses:

a) **Agresión a personas o animales:** Los adolescentes con este trastorno suelen hablar más de la cuenta acerca de sus logros personales, podría decirse que son egocéntricos y carecen de empatía, lo cual se hace evidente con actividades de violencia y crueldad contra animales y personas. Asimismo, tienen una conducta manipuladora, intimidante y amenazante. Frecuentemente se lo observa iniciando peleas, involucrándose en actividades delictivas leves como robos y, delitos graves como el abuso sexual.

b) **Destrucción de la propiedad:** Conscientemente manifiesta una conducta destructiva que se caracteriza por vandalismo, destrucción de la propiedad privada como por ejemplo romper vidrios, pinchar las llantas de vehículos, e inclusive puede llegar a provocar incendios.

c) **Fraudulencia o robo:** Tiene una tendencia a la estafa y a la manipulación, miente en constantes ocasiones para sacar provecho y evitar sus responsabilidades ya sean escolares, en el hogar o con sus amistades. Además el joven suele irrumpir en las casas o automóviles de otras personas para robar.

d) **Violaciones graves de normas**: Presenta una actitud rebelde y desafiante, rompiendo las reglas establecidas por sus padres y autoridades. Es común llegar tarde a casa o escaparse por varios días.

"La psicología anormal del Disocial se hará evidente de manera diferente en los hombres y en las mujeres. Esto por la diferencia de intereses de cada género y por los alcances que son capaces de darle cada uno de ellos en su respectivo contexto social". [28] Así, los hombres se involucran en actividades sexuales de manera precoz, acompañados por el consumo persistente de sustancias ilegales, alcohol y nicotina. Con frecuencia realizan actos temerarios y peligrosos, y se asocian en actos delictivos, mientras que en las mujeres son frecuentes las mentiras, manipulaciones, ausencias escolares, fugas nocturnas del hogar, consumo de tóxicos y la prostitución.

La presencia de un trastorno disocial implica un daño en la actividad normal del sujeto, prevalece un deterioro clínicamente significativo en las actividades (escolares, sociales, laborales) del adolescente.

3.3. Subtipos de Trastorno Disocial

3.3.1. Inicio Infantil

Este subtipo inicia en la infancia media, antes de los 10 años de edad. Los afectados suelen ser varones, que frecuentemente despliegan violencia física sobre los otros, tienen unas relaciones conflictivas con sus compañeros. Pueden haber manifestado un trastorno negativista desafiante durante su primera infancia. Estos individuos son propensos a desarrollar un trastorno disocial persistente, y a desarrollar un trastorno antisocial más a menudo que los sujetos con inicio en la adolescencia.

Cuando el trastorno inicia en la infancia, los niveles de agresividad son más elevados, porque el niño no es consciente de las consecuencias de su comportamiento y lo ha instalado como forma de actuación habitual. Ante el rechazo el niño no es capaz de distinguir que lo negativo es su conducta disruptiva y no él en su totalidad, generando baja autoestima, deterioro de las relaciones con pares y adultos. Contrariamente, el rechazo al no suspender la conducta hostil y agresiva del niño tiende a aumentarla, el niño combate el aislamiento y rechazo social con una mayor agresividad.

"La fórmula que nos permite entender el curso desfavorable de este subtipo de trastorno disocial es:

AGRESIÓN + RECHAZO = ESTABILIDAD CONDUCTA PERTURBADORA". [29]

3.3.2. Inicio en la adolescencia

Este subtipo se caracteriza por la ausencia de cualquier característica del trastorno antes de los 10 años de edad y por lo general se le asocia a los cambios provocados por la pubertad. Comparadas con los individuos de tipo infantil, tienden a desplegar menos comportamientos agresivos y relacionarse adecuadamente con sus pares, aunque, la mayoría de las veces no sean fructíferas. Una gran cantidad de las conductas que aparecen en esta etapa no difieren en demasía de las que muchos adolescentes mantienen en el camino hacia la búsqueda de su identidad, para la cual la oposición a las normas sociales constituye una prueba de los límites del individuo en la construcción y reafirmación de la personalidad. En resumen el subtipo de inicio en la adolescencia es menos persistente, o sea tiende en gran medida a su remisión en la adultez.

3.4. Clasificación

3.4.1. Trastorno disocial limitado al contexto familiar

Este tipo de trastorno está vinculado con comportamientos agresivos y violentos únicamente dentro del entorno familiar. Las manifestaciones de estos comportamientos se ven reflejados en robos de dinero a algunos miembros de la familia; destrucción de objetos, ropa o pertenencias propias de la familia, e incluso pueden llevar a provocar el incendio de su casa.

3.4.2. Trastorno disocial en niños no socializados

Este trastorno se caracteriza por un comportamiento disocial, agresivo acompañado por una importante dificultad para relacionarse con otros chicos.

Estos sujetos suelen ser rechazados por los demás chicos de su edad, con los que mantienen una relación distante y conflictiva; tampoco llegan a establecer una buena relación con los adultos. Todo esto les lleva a presentar alteraciones emocionales debido a la falta de afectividad.

3.4.3. Trastorno disocial en niños socializados

A diferencia del caso anterior aparece en chicos que se encuentran integrados en grupos, se relacionan con los demás, tienen amistades adecuadas y duraderas, con frecuencia, pero no siempre. El grupo de compañeros lo constituyen otros jóvenes implicados en actividades delictivas. Su relación con los adultos y con su familia suele ser conflictiva. Sin embargo, generalmente suele actuar fuera del ambiente familiar, siendo su lugar de acción la escuela, donde se rodea de una pandilla con la que lleva a cabo los delitos (robos, intimidaciones, etc.); aunque en la mayoría de las ocasiones prevalezca el ausentismo escolar.

3.4.4. Trastorno disocial desafiante y oposicionista

Se presenta en individuos menores de 10 años y se caracteriza porque estos muestran una clara tendencia desafiante, desobediente y provocadora, que va más allá de las típicas travesuras pero no llegan a comportamientos agresivos ni violentos. Las actitudes negativistas están más relacionadas con la oposición persistente hacia todo aquello que les ordenan los adultos, especialmente los padres o profesores. Son chicos fácilmente irascibles, pierden el control con facilidad y se enfrentan con todos los que los contradigan.

3.5. Tratamiento

3.5.1. Tratamiento farmacológico

El tratamiento farmacológico por sí solo es insuficiente para tratar el Trastorno Disocial, es más factible si va acompañado de un procedimiento psicológico. Algunos estudios indican por ejemplo:

a) Litio: Eficaz y seguro para un tratamiento a corto plazo de niños y adolescentes con Trastorno Disocial ingresados en una entidad médica.

b) Haloperidol: Eficaz en comparación con el litio para niños agresivos ingresados.

c) Risperidona: Eficaz y seguro para el tratamiento a corto plazo para niños y adolescentes no hospitalizados.

Es importante tener en cuenta la tendencia de estos adolescentes al abuso de sustancias al momento de indicar o efectuar un tratamiento con estimulantes.

3.5.2. Tratamiento psicosocial

Actualmente sólo tres tratamientos psicosociales han sido adecuadamente evaluados: 1. El entrenamiento para padres, el cual está dirigido a cambiar el patrón de relaciones padre–hijo en el hogar; 2. Entrenamiento al niño y al adolescente en habilidades para resolver problemas, el cual se centra en los procesos cognitivos asociados con el comportamiento social y el reconocimiento sobre las consecuencias de sus conductas; 3. la Terapia Multisistémica, la cual se

centra en los sistemas individuo–familia–ambiente como vía para reducir los síntomas y promover el comportamiento socialmente adaptado.

El entrenamiento a padres o cuidadores en el manejo conductual del niño o del adolescente temprano (12 a 15 años). Estas intervenciones se basan en que la mala conducta es la consecuencia de prácticas parentales inadecuadas e inconsistentes, además de no contingentes. Por este motivo, el niño ha aprendido que la conducta oposicionista o disocial es eficaz para manipular a los adultos con el fin de que cedan ante sus deseos.

Los programas de intervención desde una perspectiva conductual abarcan todos los contextos, el familiar, el escolar y el del propio niño o adolescente. La mayoría de los modelos de intervención conductual parten del análisis de la conducta mediante el enfoque denominado ABC (Antecedents, Behavior, Consequences, por sus siglas en inglés).El entrenamiento en habilidades para resolver problemas y reconocer las consecuencias de sus conductas ofrece la oportunidad de modificar las manifestaciones agresivas.

Los principios de la Terapia Multisistémica se basan en la teoría general de sistemas y en la teoría social–ecológica de Bronfenbrenner. Esta terapia considera al individuo y al ambiente que le rodea como sistemas en conexión permanente con influencias que son recíprocas y dinámicas. Tiene como objetivo identificar los problemas actuales del adolescente y su familia dentro del ambiente comunitario. Éstas deben ser realizadas en el ambiente natural en el que se desenvuelve el niño o el adolescente. “Los principios sobre los que se basa la Terapia Sistémica son: 1. Comprender la forma en que interactúan los problemas

que se identifican. 2. El terapeuta favorece lo positivo de la intervención con el fin de motivar a los padres y al niño o al adolescente a que participen. 3. Están diseñadas para promover entre los miembros de la familia las conductas responsables. 4. Son enfocadas al presente y orientadas a la acción sobre problemas específicos y bien definidos. 5. Orientadas secuencialmente hacia los diferentes sistemas que mantienen el problema. 6. Se diseñan tomando en cuenta el nivel de desarrollo del niño o del adolescente. 7. Requieren la participación activa y permanente de la familia. 8. Se hacen evaluaciones permanentes de la efectividad de las intervenciones. 9. Planeadas para promover la generalización del tratamiento y para mantener los cambios a largo plazo". [30] La Terapia Multisistémica tiene una duración de entre tres y cinco meses con la posibilidad de aumentar dicho período dependiendo de los resultados conseguidos.

Además, esta terapia ha demostrado su efectividad en agresores sexuales juveniles, reduciendo los problemas causados por su conducta sexual, la delincuencia, el uso de sustancias, los síntomas externalizados y los problemas fuera de la casa. También ha mostrado su efectividad costo beneficio en comparación contra la terapia individual en agresores juveniles violentos.

3.6. Factores etiopatogenicos de la Conducta Antisocial

a) La herencia, en algunos casos se ha evidenciado que hijos de padres antisociales pueden desarrollar el trastorno.
b) Bajos niveles de serotonina y altos de dopamina se relacionan con conductas agresivas, violentas e impulsividad.

c) Otros estudios afirman que las personas agresivas presentan menor activación cortical y mayor desinhibición motora, lo que les lleva a actuar antes de analizar las consecuencias.

d) Se encuentran deficiencias en el lóbulo frontal.

e) De estudios psicofisiológicos se deduce que las personas violentas tienen problemas de activación fisiológica, presentan un déficit de activación lo cual les lleva a tener un vago reconocimiento del significado emocional ante estimulación aversiva. Varios estudios han llegado a la conclusión de que los "psicópatas" tienen serias dificultades para experimentar emociones.

3.7. Factores de riesgo asociados a la conducta agresiva

3.7.1. Factores Individuales

3.7.1.1. Rasgos de personalidad

Algunas teorías han relacionado la conducta antisocial con los rasgos de personalidad. Así, por ejemplo, según la influyente perspectiva de Eysenck sobre la delincuencia, un alto nivel en los rasgos psicoticismo, extraversión y neuroticismo, complica el proceso normal de socialización.

Estas dimensiones están conformadas por diferentes rasgos:

a) **Extraversión** cuyos rasgos serían sociabilidad, vitalidad, actividad, dogmatismo, búsqueda de sensaciones, despreocupación, dominancia, urgencia y aventura.

b) **Neurotismo:** ansiedad, sentimientos de culpa, baja autoestima, tensión, irracionalidad, timidez, tristeza, emotividad.

c) **Psicoticismo:** agresividad, frialdad, egocentrismo, impulsividad, baja sociabilidad, baja empatía, creatividad, inconmovilidad.

De estas tres dimensiones, para Eysenck, la que más se relacionaba con la delincuencia era el psicotisismo, siendo psicopatía primaria (ausencia de sentimientos de culpabilidad, empatía o sensibilidad al cometer actos delictivos), mientras que la extraversión y el neurotismo, estarían relacionadas con la psicopatía secundaria (el individuo comete actos delictivos pero experimenta culpabilidad por ello).

Por su parte su discípulo Gray, trata de analizar la relación entre delito y personalidad. Plantea dos dimensiones básicas de personalidad: impulsividad y ansiedad, y considera que la delincuencia se relaciona con una sensibilidad alta a las señales de recompensa (dimensión de impulsividad) y también con una sensibilidad relativamente débil a las señales de castigo (dimensión de ansiedad). La relación que establece entre las dos dimensiones de personalidad y la conducta antisocial sería: alta impulsividad y baja ansiedad.

Otra teoría sobre la relación entre personalidad y delincuencia la propuso David Lykken, quién manifestó que las personas que expresan, desde su infancia, niveles elevados de la serie de rasgos vinculados a lo que él denomina "dificultades de temperamento", son vulnerables a la conducta antisocial. Tres son los rasgos esenciales: impulsividad, ausencia de miedo y búsqueda de sensaciones.

3.7.1.2. Diferencias por género y edad

Los datos provenientes de varias investigaciones sostienen que, aunque la adolescencia es una etapa de alta vulnerabilidad para el desarrollo de

conductas antisociales, el porcentaje de las adolescentes implicadas en este tipo de comportamientos es menor que la de los varones. Generalmente los chicos suelen manifestar conductas externalizantes, mientras que en las chicas sobresalen conductas de tipo internalizante.

La edad es un factor importante dentro de la delincuencia de primer orden. Muchos delincuentes inician sus carreras delictivas a edades muy tempranas, aunque muchos otros las abandonan con el paso del tiempo. Además, los sujetos más jóvenes delinquen más que los sujetos de mayor edad. En diversos estudios se ha constatado que los varones inician generalmente su conducta antisocial a la edad de 8 a 10 años; en las mujeres, en cambio, la edad de inicio está entre los 14 y los 16 años.

3.7.1.3. Autoestima

Varios estudios que han analizado las características de sujetos agresivos, considerados problemáticos, protagonistas de peleas, confirman que tienen bajo autoconcepto. “La teoría es que en ocasiones quienes tienen una autoestima baja adoptan patrones desviados de conducta para reducir los sentimientos de rechazo. Al hacer que su conducta iguale su bajo auto-concepto, confirman el propio rechazo personal. En estos casos, los adolescentes se unen a grupos desviados que les dan el reconocimiento que la sociedad no les concede. Quienes se ven a sí mismos como “no delincuentes” o “gente de bien” no tienen que probar su propio valor interno convirtiéndose en delincuentes”. [31]

3.7.1.4. Empatía

La falta de empatía o respeto por los sentimientos de los demás es un componente principal de la conducta antisocial en los niños. Los niños con falta de empatía no muestran ninguna emoción por el sufrimiento de los demás. Algunos ejemplos de comportamientos que pueden indicar una falta de empatía incluyen la crueldad hacia los animales u otros niños, o la falta de remordimiento o pesar por las malas acciones.

Según Hoffman un niño desarrolla empatía cuando es capaz de sentir el sufrimiento de una persona cuando esta tiene problemas y, a su vez, es capaz de sentir la alegría que el otro experimenta. Es decir, es capaz de sentir tanto las emociones positivas como negativas que experimenta el prójimo. Esta teoría pone de manifiesto que cuando los menores son capaces de responder empáticamente, tienen menos riesgo de realizar conductas antisociales. Es decir, cuando se siente el sufrimiento ajeno es más probable que no se haga daño por lo tanto se inhibe la conducta agresiva.

3.7.2. Factores familiares

3.7.2.1. Interacción entre padres e hijos

El modo en que los padres interactúan con sus hijos contribuye a este tipo de comportamientos antisociales.

"El estilo parental de socialización que utilizan los padres parece ejercer una importante influencia en el ajuste conductual de los hijos y, de hecho, es uno de los factores más relevantes para predecir el primer delito en la adolescencia". [32]

Además “es importante para el desarrollo de la conducta antisocial la estructura familiar, especialmente las unidades uniparentales y las extensas, causadas por divorcio, madre soltera, muerte de uno de los padres y, en el caso de familias extensas, por uniones sucesivas o simultáneas. Parece que tales factores están relacionados con las prácticas parentales inadecuadas y la carencia de redes de apoyo que crean un efecto acumulativo de factores de riesgo”. [33]

“El factor del estilo parental abarca las prácticas disciplinarias, la inconsistencia intraparental en las prácticas de manejo y el control coercitivo. La investigación existente indica que las prácticas disciplinarias mediante el castigo físico y las órdenes injustificadas están relacionadas con conducta hostil, interacciones agresivas con pares y comportamiento disruptivo de los niños. El control coercitivo, es un fuerte predictor de la conducta antisocial y agresiva de niños. Es como un patrón de interacciones que mediante muchos ensayos de conducta entrena al niño para utilizarlo como estrategia básica de interacción y como medio para lograr control de situaciones aversivas. La inconsistencia intraparental en las pautas de manejo del niño en relación con normas y aplicación de incentivos y castigo está vinculada con la efectividad en las funciones parentales y la calidad de las relaciones de la pareja y entre padres e hijos”. [34]

Por tanto, una buena relación entre ambos ayuda a un proceso adecuado de socialización y evita que el hijo se involucre en actividades delictivas. Así también, la actitud de rechazo por parte de los padres, refuerza la agresividad en los niños. Estos niños rechazados se caracterizan por ser inestables emocionalmente, hostiles y son incapaces de establecer relaciones

interpersonales válidas. Además otro dato importante para explicar las conductas antisociales es el maltrato en los menores, ya que estos serán más agresivos con sus amigos que los niños ausentes de maltrato

MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño de Investigación

La presente investigación tiene un enfoque cuantitativo, de corte trasversal porque la ejecución fue en un momento dado y no existe continuidad en el tiempo. Descriptiva porque detalla las características de las familias a las que pertenecen los adolescentes y analítica porque intenta demostrar la influencia de la familia en la aparición o mantenimiento del trastorno disocial

Área de Estudio

Centros de Atención Integral (CAI) Zona 7, concretamente los centros que se encuentran en la ciudad de Loja y Machala. La provincia de Zamora aunque forma parte de la Zona 7, no cuenta con un Centro de atención para adolescentes infractores, motivo por el cual no sé la ha tomada en consideración en esta investigación.

Universo y Muestra

El universo corresponde a todos los adolescentes que permanecieron en los Centros de Atención Integral (CAI) Zona 7 durante el periodo de la investigación que fue un total de 42 adolescentes, mientras que la muestra corresponde a los 22 adolescentes que fueron diagnosticados con Trastorno Disocial.

Criterios de Inclusión:

a) Adolescentes que se encuentran en los Centros de Atención Integral (CAI) Zona 7;

b) Todos los pacientes debidamente diagnosticados con Trastorno Disocial; y
c) Todos los pacientes cuyas edades estén comprendidas entre 12 y 18 años cumplidos.

Criterios de Exclusión

a) Pacientes que expresen su negativa a participar.

Proceso de Investigación

a) **Fase I:** Se realizó un tamizaje para determinar los adolescentes con Trastorno Disocial que residen en los Centros de Atención Integral (CAI) Zona 7.
b) **Fase II:** Una vez establecidos los adolescentes con Trastorno Disocial se procedió a indagar sobre la dinámica de sus familias, y finalmente
c) **Fase III:** Se elaboró un Plan de Intervención Terapéutica destinado a proporcionar bienestar a los adolescentes con esta problemática.

Instrumentos

Los materiales y métodos empleados durante el desarrollo de la presente investigación fueron:

Material 1

Historia Clínica Psicológica

La Historia Clínica Psicológica es un instrumento que permite estructurar la información dada por el paciente de manera sistémica. Se realiza

una descripción cronológica y semiológica de cada uno de los síntomas (aparición, frecuencia, desarrollo, etc.) y, la historia del desarrollo biológico, psicológico y social, para poder diferenciar el tipo de problemática que se presenta y así establecer un buen diagnóstico.

Este documento consta de los siguientes elementos:

1. Datos de identificación
2. Motivo de ingreso
3. Motivo de consulta
4. Enfermedad actual
5. Historia pasada de la enfermedad
6. Psicoanamnesis personal, normal y patológica
7. Psicoanamnesis familiar
8. Historia social, laboral, psicosexual
9. Examen de funciones
10. Reactivos psicológicos
11. Diagnóstico

Método 1

La Historia clínica se elaboró mediante una entrevista individual con una duración aproximadamente de una hora, en la cual se recolectó información biográfica del paciente, para conocer el origen, la evolución y el estado actual de la problemática, un ejemplar de la historia clínica se muestra en el Anexo 2.

Material 2

Familiograma

Es un instrumento de registro que consiste en realizar una representación gráfica de la información básica de una familia mediante una serie de símbolos estandarizados. Incluye información sobre su estructura, los datos demográficos de los miembros y las relaciones que mantienen entre ellos. De esta forma, proporciona una visión gráfica de una gran cantidad de información, lo que permite no sólo conocer a la familia, sino realizar hipótesis acerca de la relación entre el problema y el contexto familiar.

Método 2

La información del familiograma se obtuvo mediante una entrevista realizada a cada uno de los adolescentes acerca de sus datos, los de su familia e información concerniente a la convivencia familiar, lo que me permitió construir de forma gráfica y detallada la estructura familiar y las relaciones que cada uno de los pacientes mantiene con sus familiares, este instrumento se muestra en el Anexo 3.

Material 3

Entrevista para Síndromes Psiquiátricos en Niños y Adolescentes ChIPS

La entrevista para Síndromes Psiquiatricos en Niños y adolescentes ChIPS de Rooney, Fristad, Weller y Weller es una entrevista psiquiátrica altamente estructurada, cuya base se encuentra estrictamente en los criterios del DSM-IV. Esta entrevista detecta la presencia de 20 trastornos psiquiátricos en

niños y adolescentes, entre ellos: el Trastorno Disocial, eje central de esta investigación.

El apartado de la entrevista para identificar el trastorno disocial consta de 15 preguntas, para confirmarlo es necesario que cumpla positivamente con tres o más criterios y por lo menos uno de ellos debe haber ocurrido en los últimos 6 meses. Además es importante señalar que las conductas deben haber ocurrido más de una vez para cumplir con los criterios. El modelo utilizado se muestra en el Anexo 4.

Método 3

El reactivo ChIPS se aplicó de manera individual a cada uno de los internos con una duración de treinta minutos aproximadamente. Se les realizó el cuestionario al cual respondían de forma positiva o negativa de acuerdo a sus experiencias.

Material 4

Escala de Cohesión y Adaptabilidad Familiar FACES III

La Escala de Evaluación de Adaptabilidad y Cohesión Familiar III (FACES III) es la tercera versión de The Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales, instrumento desarrollado por David H. Olson y col. en 1985 y basado conceptualmente en el Modelo circunflejo de sistemas maritales y familiares, concebido por los mismos autores. El Faces III evalúa dos de las dimensiones del Modelo Circumplejo: Cohesión y adaptabilidad.

1. **Cohesión:** grado de vinculación emocional, proximidad, pertenencia, relaciones de amistad intrafamiliar, tiempo e intereses compartidos. Las familias pueden organizarse en cuatro niveles de cohesión: No relacionada (nivel bajo de cohesión), Semirelacionada (de baja a moderada), Relacionada (de moderada a alta) y Aglutinada (nivel alto de cohesión). Los indicadores intermedios en cohesión son mejores indicadores de competencia familiar: Semirelacionada y relacionada.

2. **Adaptabilidad:** habilidad de un sistema familiar para cambiar su estructura de poder, sus roles y sus reglas de relaciones en respuesta al estrés situacional o de desarrollo. Los estudios difieren cuatro niveles de adaptabilidad: Rígida (nivel bajo de adaptabilidad), estructurada (de baja a moderada), flexible (de moderada a alta) y caótica (nivel muy alto de adaptabilidad). La adaptabilidad que muestra mayor competencia familiar es la que corresponde a los niveles intermedios, al igual que con la cohesión, es decir la flexible y estructurada.

Este instrumento de autoaplicación contiene 20 preguntas: las 10 nones evalúan la cohesión familiar y las 10 pares, la adaptabilidad familiar. Las preguntas cuenta con una escala que incluye cinco opciones (1 nunca, 2 casi nunca, 3 algunas veces, 4 casi siempre y 5 siempre). La puntuación final se obtiene sumando las puntuaciones obtenidas en cada dimensión.

La escala FACES III utilizada se muestra en el Anexo 5.

Método 4

El test Faces III se aplicó de manera individual y se le pidió al paciente que responda las preguntas de acuerdo con la escala de calificación que aparece en la parte superior del cuestionario (de 1 a 5), considerando cada aseveración con relación a su familia. Se le indicó que debe contestar el cuestionario de acuerdo a cómo considera que su familia reacciona en forma habitual, y no de la manera que piensa que debería actuar.

Material 5

Test de la Familia de Louis Corman

El test de la familia es una de las pruebas más usadas para detectar perturbaciones que surgen en el contexto familiar del niño y del adolescente, tales como: reacciones agresivas y hostiles, rivalidades entre hermanos, sentimientos depresivos y otras motivaciones emocionales de raíces psicológicas inconscientes o débilmente conscientes.

Método 5

El test de la familia al igual que los test anteriores fue aplicado individualmente y se le asignó al paciente únicamente una hoja y un lápiz, dándole la siguiente instrucción: “dibujar la familia” o “imagina una familia que tú conoces y dibújala”. Durante la realización del dibujo se tomó nota de cada uno de los detalles como por ejemplo: a quien dibujo primero o que parte del cuerpo ejecutó primero. Finalmente, al término de la ilustración se le preguntó:

a) ¿Dónde están? ¿Qué están haciendo ahí?

b) Nómbrame todas las personas que están.

c) ¿Cuál es el más bueno de todos en esta familia?

d) ¿Cuál es el menos bueno de todos en esta familia?

e) ¿Cuál es el más feliz?

f) ¿Cuál es el menos feliz?

g) En esta familia ¿a quién prefieres tú?

RESULTADOS E INTERPRETACIÓN

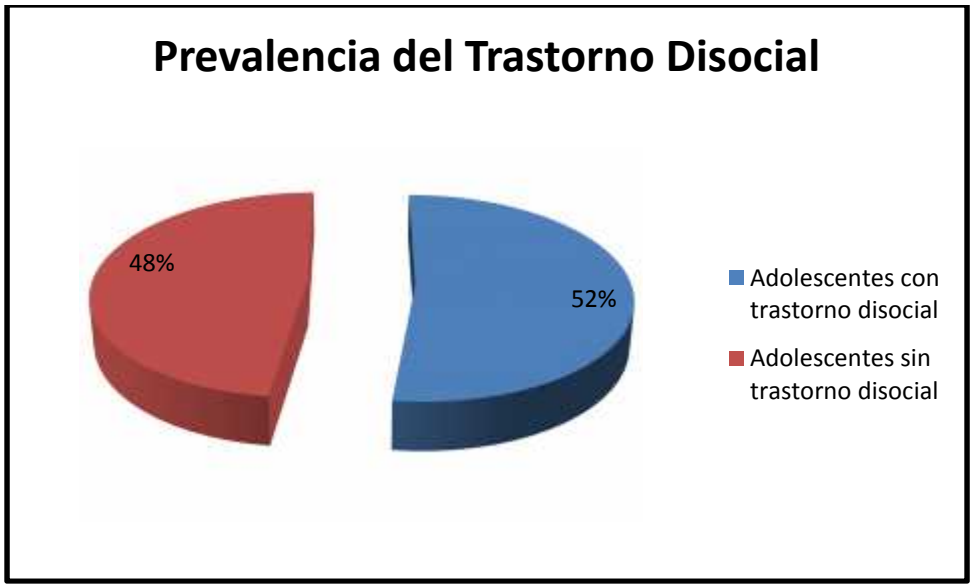
El número total de adolescentes a los que se les realizó la Historia Clínica y se les aplicó los diferentes reactivos psicológicos, fueron un total de 42, de los cuales 22 corresponden a la ciudad de Loja y 20 a la ciudad de Machala. Pacientes que se encuentran al momento recluidos en los centros de rehabilitación de las ciudades mencionadas. A continuación se expondrán los resultados que se obtuvieron.

CUADRO N° 1
TÍTULO: Adolescentes diagnosticados con Trastorno Disocial en los Centros de Atención Integral (CAI) Zona 7

PREVALENCIA DE TRASTORNO DISOCIAL	frecuencia	%
Adolescentes con trastorno disocial	22	52
Adolescentes sin trastorno disocial	20	48
TOTAL	42	100

FUENTE: Entrevista para Síndromes Psiquiátricos en niños y adolescentes ChIPS
ELABORADO POR: María Belén Correa Cordero

FIGURA N° 1
TÍTULO: Pacientes que permanecen en los Centros de Atención Integral (CAI) Zona 7, diagnosticados según entrevista CHIPS enfocada a Trastorno Disocial



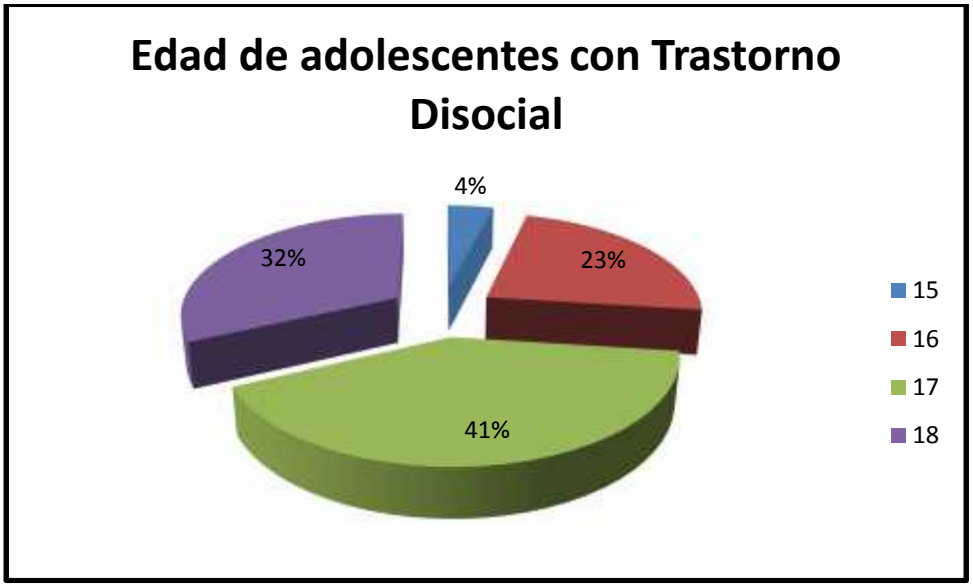
Al analizar el cuadro y la figura 1 se observa que de los 42 adolescentes que permanecen en los Centros de Atención Integral de la Zona 7, 22 presentan trastorno disocial lo que equivale al 52% valor correspondiente a la mayoría, y el 48% restante representa a los adolescentes que no presentan trastorno disocial. Esta información se recopiló de observación, la historia clínica y de la entrevista CHIPS aplicada a los adolescentes.

CUADRO N° 2
TÍTULO: Edad de los Adolescentes diagnosticados con Trastorno Disocial en los Centros de Atención Integral (CAI) Zona 7

EDAD EN AÑOS DE ADOLESCENTES CON TRANSTORNO DISOCIAL	FRECUENCIA	%
15	1	4
16	5	23
17	9	41
18	7	32
TOTAL	22	100

FUENTE: Entrevista para Síndromes Psiquiátricos en niños y adolescentes ChIPS.
ELABORADO POR: María Belén Correa Cordero,

FIGURA N° 2
TÍTULO: Edad de los Adolescentes diagnosticados con Trastorno Disocial en los Centros de Atención Integral (CAI) Zona 7



La Edad más frecuente de los pacientes con Trastorno Disocial que permanecen en los Centros de Atención Integral (CAI) es 17 años que corresponde al 41%, seguido por el 32% que corresponde a los 18 años. El 23% representa a la edad de 16 años y finalmente el 4% a 15 años. La adolescencia, es una de las etapas de mayor complejidad y esto, sumado a las difíciles

situaciones que se desencadenan día a día en los ambientes familiares y sociales, puede haber establecido un factor para el desarrollo del trastorno disocial de estos adolescentes. Sin embargo, el trastorno también puede ser hereditario, pero por ahora no se ha inclinado la investigación a ese factor.

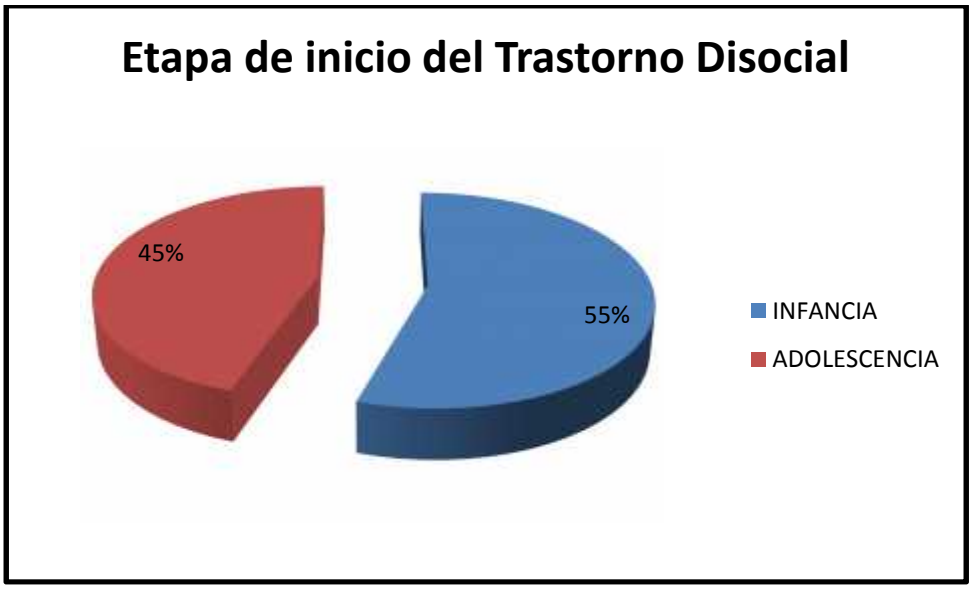
CUADRO N° 3
TÍTULO: Etapa de inicio del trastorno Disocial en Adolescentes que permanecen en los Centros de Atención Integral (CAI) Zona 7

ETAPA DE INICIO DE TRANSTORNO DISOCIAL	FRECUENCIA	%
INFANCIA	12	55
ADOLESCENCIA	10	45
TOTAL	22	100

FUENTE: Entrevista para Síndromes Psiquiátricos en niños y adolescentes ChIPS

ELABORADO POR: María Belén Correa Cordero

FIGURA N° 3
TÍTULO: Etapa de inicio del trastorno Disocial en Adolescentes que permanecen en los Centros de Atención Integral (CAI) Zona 7



De acuerdo a la figura anterior, El inicio del trastorno se da mayoritariamente en la adolescencia con un 55%, y en la infancia con un45%. Ambos subtipos de inicio del desarrollo del Trastorno Disocial tanto el de inicio en la infancia como en la adolescencia pueden desarrollar un trastorno antisocial en la edad adulta sino son tratados a tiempo. Posiblemente estos resultados

obedecen al abandono de muchos niños por parte de sus padres o cuidadores, lo cual ha provocado conductas disruptivas.

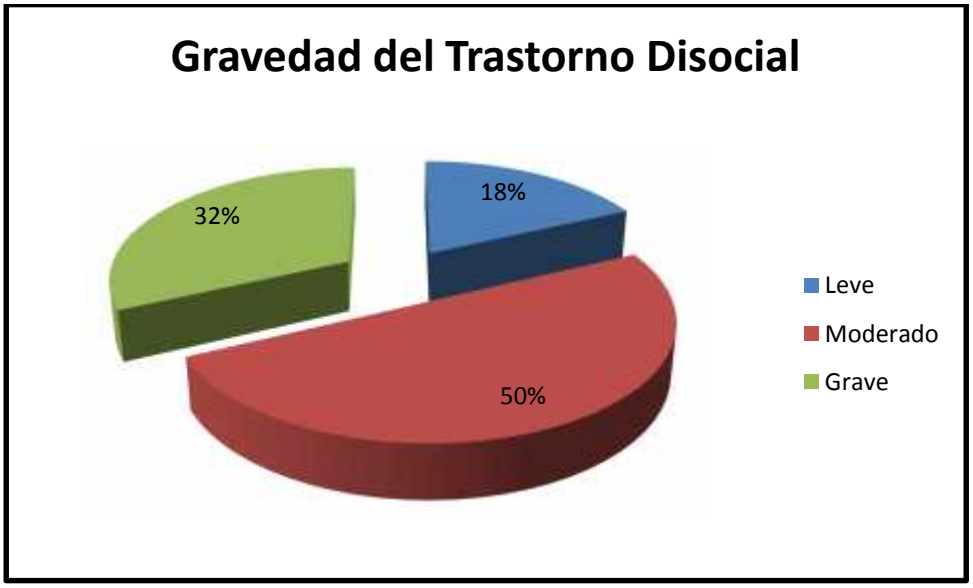
CUADRO N° 4
TÍTULO: Gravedad del trastorno Disocial en Adolescentes que permanecen en los Centros de Atención Integral (CAI) Zona 7

TIPO TRANSTORNO DISOCIAL	FRECUENCIA	%
Leve	4	18
Moderado	11	50
Grave	7	32
TOTAL	22	100

FUENTE: Entrevista para Síndromes Psiquiátricos en niños y adolescentes ChIPS

ELABORADO POR: María Belén Correa Cordero

FIGURA N° 4
TÍTULO: Gravedad del trastorno Disocial en Adolescentes que permanecen en los Centros de Atención Integral (CAI) Zona 7



En el cuadro 4 se observa que el 50% de los pacientes presentan un nivel moderado de trastorno, el 32% presenta a grave y el 18 % tiene un trastorno leve. El número de adolescentes con trastorno moderado y grave es 18, que es un número elevado tomando en cuenta la totalidad de las personas

diagnosticadas. Es posible que la gravedad del trastorno que se ha alcanzado se haya desarrollado con la edad, o tal vez por un ambiente familiar inadecuado.

Con este análisis se aspira alcanzar el objetivo específico 1, resultado que se lo plasmará en las conclusiones.

A partir de los cuadros y figuras que en seguida se dan, se analizará la influencia de la familia en el trastorno de los adolescentes.

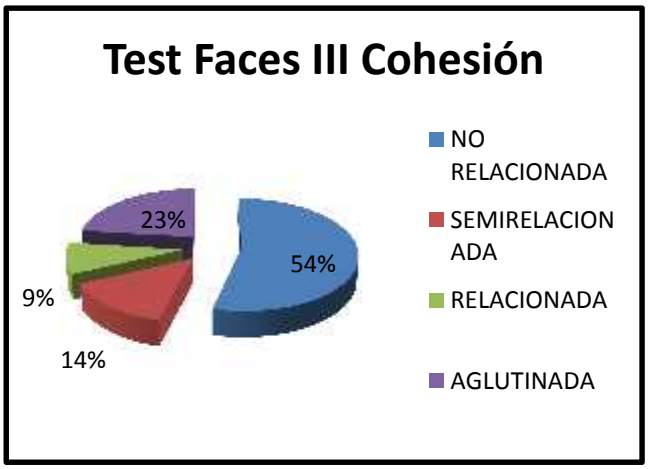
CUADRO N° 5
TÍTULO: Test FACES III – Cohesión y Adaptación aplicado a Adolescentes que permanecen en el Centro de Atención Integral (CAI) Zona 7

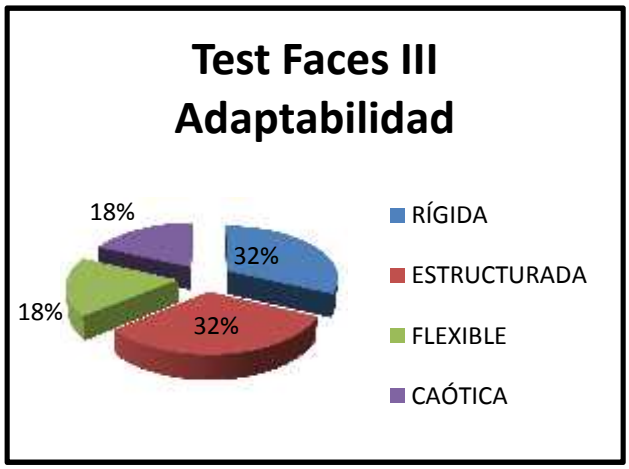
TEST FACES III COHESIÓN	F	%	TEST FACES III ADAPTACIÓN	F	%
NO RELACIONADA	12	54	RÍGIDA	7	32
SEMIRELACIONADA	3	14	ESTRUCTURADA	7	32
RELACIONADA	2	9	FLEXIBLE	4	18
AGLUTINADA	5	23	CAÓTICA	4	18
TOTAL	22	100	**TOTAL**	22	100

FUENTE: Escala de Cohesión y Adaptabilidad Familiar FACES III.

ELABORADO POR: María Belén Correa Cordero

FIGURA N° 5
TÍTULO: Test FACES III – Cohesión y Adaptación aplicado a Adolescentes que permanecen en el Centro de Atención Integral (CAI) Zona 7





Al observar la figura anterior podemos deducir en lo que respecta a Cohesión, la mayoría de las familias de los adolescentes con trastorno disocial es "no relacionada" con un 54%, es decir no existe vinculación emocional, ni proximidad entre los miembros de la familia posiblemente por la disgregación que

se ha producido consecuencia de la migración o por el poco tiempo que brindan los padres a sus hijos debido a las largas jornadas laborables o por simple despreocupación. Estos resultados posiblemente expresan el sentimiento de cada uno de los adolescentes en su entorno familiar, el no encontrar su lugar dentro de la familia de la que forman parte, sintiéndose apartado de sus miembros. Un 23 % expresa que su familia es aglutinada, pues posiblemente ellos sienten que dentro de ella no tienen autonomía ni pueden desarrollar su independencia. Otro porcentaje corresponde a la familia semirelacionada con un 14 % y, el 9% restante representa a la familia relacionada.

En lo que se refiere a la adaptación, se tiene que tanto la familia rígida y estructurada obtienen el 32% y, la familia flexible y caótica obtienen 18% cada una. El porcentaje más elevado de acuerdo a la estadística está igualado entre una familia rígida que corresponde a disfuncionalidad y una familia estructurada que corresponde a funcionabilidad. Este resultado puede sugerir que por un lado la familia representa un factor para el desarrollo o mantenimiento del trastorno pero no es únicamente responsabilidad de la familia sino de otros factores como por ejemplo la sociedad en la que se desenvuelven.

En los siguientes cuadros se dará a conocer la información pertinente a la dinámica familiar de los adolescentes con Trastorno Disocial, para lo cual he establecido dos factores: la estructura familiar y las relaciones afectivas entre sus miembros.

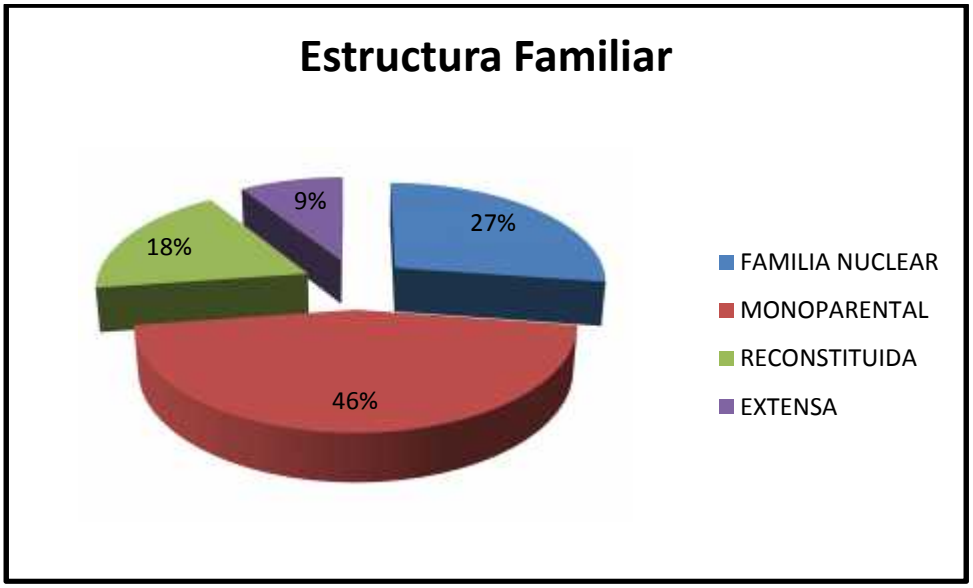
CUADRO N° 6
TÍTULO: Estructura Familiar de Adolescentes que permanecen en los Centros de Atención Integral (CAI) Zona 7

ESTRUCTURA FAMILIAR	F	%
FAMILIA NUCLEAR	6	27
MONOPARENTAL	10	46
RECONSTITUIDA	4	18
EXTENSA	2	9
TOTAL	22	100

FUENTE: Familiograma.

ELABORADO POR: María Belén Correa Cordero

FIGURA N° 6
TÍTULO: Estructura Familiar de Adolescentes que permanecen en los Centros de Atención Integral (CAI) Zona 7



Al analizar la estructura familiar, observamos que se tiene una familia monoparental con mayor frecuencia con un 46%, esto sugiere ya un patrón para establecer una posible causa del trastorno porque este tipo de familia puede estar atravesando por una separación de los padres o la muerte de uno de ellos, estas situaciones provocan una gran carga emocional que puede desestabilizar al

adolescente. Un gran porcentaje (27%) de la familia de los adolescentes es nuclear, esto sugiere que la familia de los adolescentes con trastorno disocial en cuanto a su constitución es estable, pero con respecto a su funcionalidad quizás prima la violencia o el ausentismo. Otro valor que se registra es la familia reconstituida, que alcanza un 18% de los adolescentes, esto implicaría posiblemente, una nueva reorganización familiar, en la cual si el adolescente no es capaz de adaptarse podría sugerir un factor para el desarrollo o mantenimiento del trastorno disocial, pues es muy complicado, aceptar una figura materna o paterna, diferente al padre o madre con la que vivió durante mucho tiempo. El 9 % restante corresponde a la familia extensa.

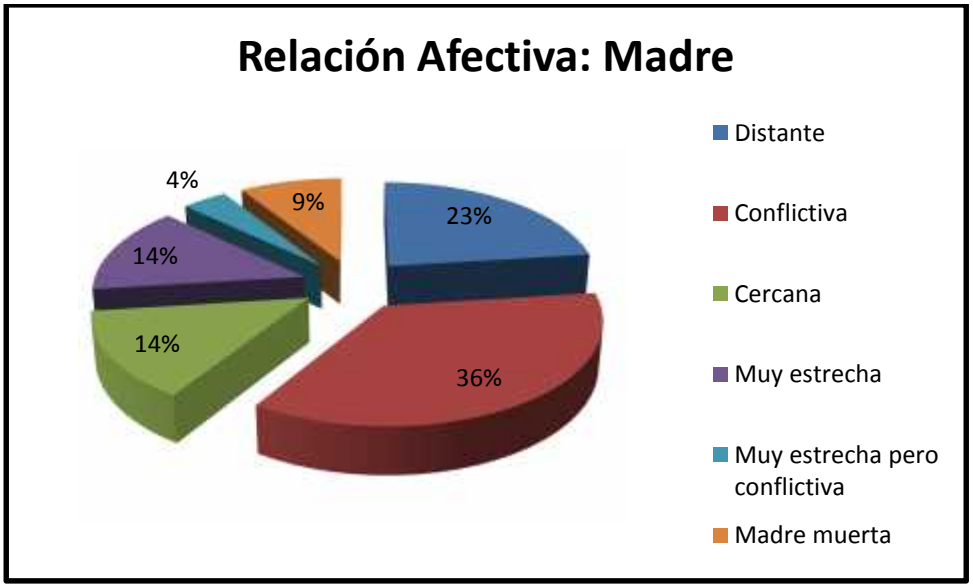
Se pasará ahora al análisis de las relaciones afectivas, en esta parte se presenta información sobre relación Madre – hijo, Padre – hijo y la relación de pareja entre los padres.

CUADRO N° 7
TÍTULO: Relaciones afectivas predominantes en el ambiente familiar de Adolescentes en el Centro de Atención Integral (CAI) Zona 7

RELACION AFECTIVA CON LA MADRE	F	%
Distante	5	23
Conflictiva	8	36
Cercana	3	14
Muy estrecha	3	14
Muy estrecha pero conflictiva	1	4
Madre muerta	2	9
TOTAL	22	100

FUENTE: Familiograma.
ELABORADO POR: María Belén Correa Cordero

FIGURA N° 7
TÍTULO: Relaciones afectivas predominantes en el ambiente familiar de Adolescentes en el Centro de Atención Integral (CAI) Zona 7



La figura anterior muestra que la mayoría de adolescentes ven a la relación con su madre conflictiva con un porcentaje de 36%, otro valor indica que la sienten distante con un 23%, estos valores sugieren que ellos no cuentan con

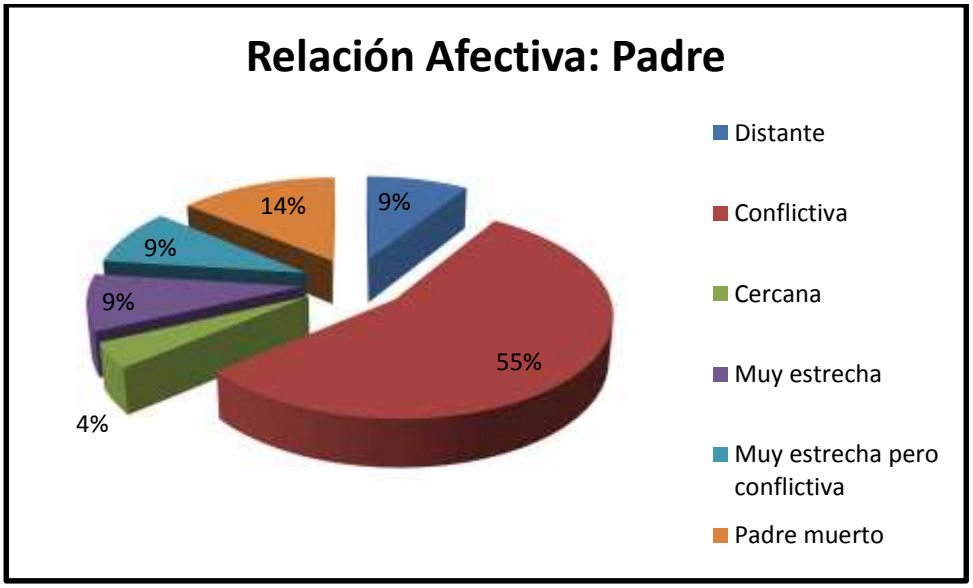
el apoyo de su madre, es una relación en la que se ha instalado la desconfianza y la violencia, uno de los motivos que podría llevar a desarrollar el trastorno. Otro grupo obtiene el 14% que asegura que la relación con su madre es estrecha, posiblemente ocurra que ellos si sienten en la figura materna una guía y un apoyo. Otro grupo que también obtiene el 14% considera que tiene una relación cercana con su madre. El 9% representa a madres fallecidas y, el 4% restante corresponde a una relación estrecha pero conflictiva.

CUADRO N° 8
TÍTULO: Relaciones afectivas predominantes en el ambiente familiar de Adolescentes en el Centro de Atención Integral (CAI) Zona 7

RELACION AFECTIVA CON EL PADRE	F	%
Distante	2	9
Conflictiva	12	55
Cercana	1	4
Muy estrecha	2	9
Muy estrecha pero conflictiva	2	9
Padre muerto	3	14
TOTAL	22	100

FUENTE: Familiograma.
ELABORADO POR: María Belén Correa Cordero

FIGURA N° 8
TÍTULO: Relaciones afectivas predominantes en el ambiente familiar de Adolescentes en el Centro de Atención Integral (CAI) Zona 7



En el caso de la relación con el padre, un altísimo porcentaje el 55% define su relación con él como conflictiva, al igual que en el caso de la madre, este

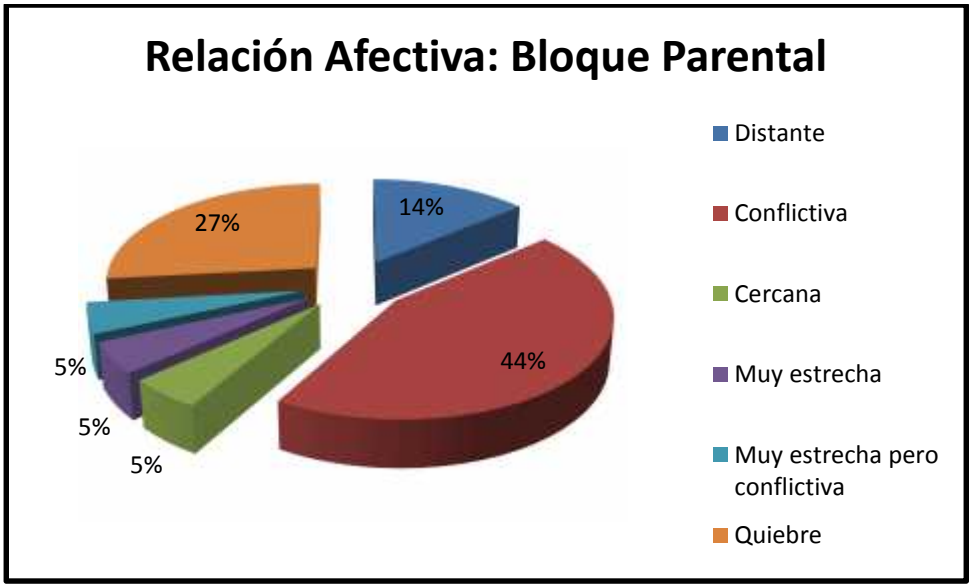
tipo de relación en el que prima la violencia, el desinterés y la carencia afectiva puede provocar conductas desadaptativas. Otro porcentaje (14%) asegura que su Padre ha muerto, de tal forma que esto produjo un vacío emocional que puede desencadenar series problemas emocionales y conductuales a largo plazo si no se adaptó a la pérdida. La relación muy estrecha, distante y muy estrecha y conflictiva obtuvieron 9% cada una, y el 4% restante a cercana.

CUADRO N° 9
TÍTULO: Relaciones afectivas predominantes en el ambiente familiar de Adolescentes en el Centro de Atención Integral (CAI) Zona 7

RELACIONES AFECTIVAS BLOQUE PARENTAL	F	%
Distante	3	14
Conflictiva	10	45
Cercana	1	5
Muy estrecha	1	5
Muy estrecha pero conflictiva	1	5
Quiebre	6	27
TOTAL	22	100

FUENTE: Familiograma.
ELABORADO POR: María Belén Correa Cordero

FIGURA N° 9
TÍTULO: Relaciones afectivas predominantes en el ambiente familiar de Adolescentes en el Centro de Atención Integral (CAI) Zona 7



Al estudiar el gráfico del bloque parental, se observa, como era de esperarse, un alto porcentaje que definen a la relación de los padres como conflictiva (45%), otro alto porcentaje (27%), indica que la relación de los padres está en quiebre, es decir no existe ningún tipo de relación. El 14% manifiesta que

la relación entre las figuras paternales es distante. Por último, la relación muy estrecha, cercana y muy estrecha pero conflictiva obtienen 5% cada uno. Los padres son el pilar fundamental de la familia y por supuesto de los hijos, perder esa base implica en los adolescentes salirse totalmente de conductas apropiadas y llegar a comportamientos no anhelados.

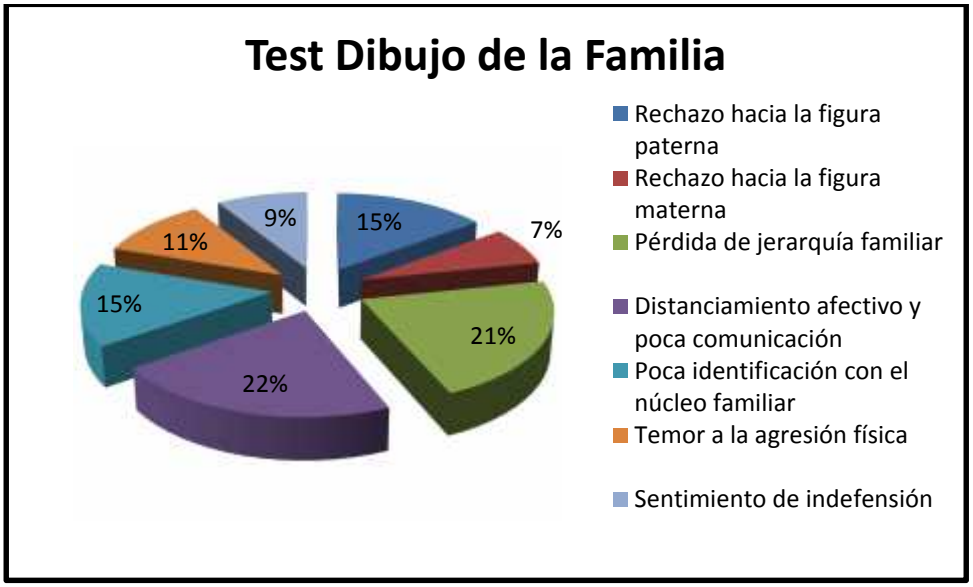
Finalmente se considerará el Test del dibujo de la familia para poder elaborar las conclusiones respectivas.

CUADRO N° 10
TÍTULO: Representación del test de la Familia aplicado a los Adolescentes en los Centros de Atención Integral (CAI) Zona 7

TEST DE DIBUJO DE FAMILIA	F	%
Rechazo hacia la figura paterna	8	15
Rechazo hacia la figura materna	4	7
Pérdida de jerarquía familiar	12	22
Distanciamiento afectivo y poca comunicación	12	22
Poca identificación con el núcleo familiar	8	15
Temor a la agresión física	6	11
Sentimiento de indefensión	5	9
TOTAL	55	100

FUENTE: Test de la familia.
ELABORADO POR: María Belén Correa Cordero

FIGURA N° 10
TITULO: Representación del test de la Familia aplicado a los Adolescentes en los Centros de Atención Integral (CAI) Zona 7



Se observa en la figura 10 que la mayoría (22%) de adolescentes a través de este test proyectivo expresan distanciamiento afectivo y poca

comunicación, un 21% indica pérdida de la jerarquía familiar. Otro alto porcentaje 15% expresa poca identificación con el núcleo familiar. Un mismo valor 15% obtiene rechazo hacia la figura paterna. Temor a la agresión alcanza el 11%, otro grupo obtiene el 9% que representa sentimiento de indefensión y, el 7% restante corresponde a rechazo hacia la figura materna. Con estos resultados se está corroborando lo que se analizó en los cuadros anteriores, la familia de los adolescentes presenta falta de afecto entre sus miembros, falta de comunicación y confianza, los límites establecidos son imprecisos, las funciones de cada miembro no son claras, fuertes conflictos conyugales, distanciamiento de los padres con los hijos, los cuales son fuertes indicadores de que la familia no funciona adecuadamente.

DISCUSIÓN

El Trastorno Disocial es un conjunto persistente de conductas perturbadoras que se desarrollan con el tiempo, se caracteriza principalmente por comportamientos que trasgreden los derechos de otras personas, las normas y reglas. Estas manifestaciones van unidas a una serie de situaciones familiares, sociales y escolares que las pueden iniciar o mantener. Así, en una investigación elaborada por Nieves Quiroz del Valle[35] en la ciudad de México en el año 2002-2003 a 3603 estudiantes con conductas antisociales, en cuanto al ambiente familiar se determinó que la presencia de mayor hostilidad y rechazo incrementa un 17% la ocurrencia de conductas antisociales, la comunicación escaza entre padres e hijos aumenta un 36% este tipo de conductas y, la presencia de una disciplina negativa incrementa un 33% la probabilidad de exteriorizar estos actos en la adolescencia.

Considerando la importancia de estos resultados, la presente investigación determinó lo siguiente:

Para comprobar el primer objetivo específico: Establecer la prevalencia del Trastorno Disocial en adolescentes que permanecen en un medio protegido: Centro de Atención Integral (CAI) Zona 7. Se utilizó la Entrevista Psiquiátrica para Niños y Adolescentes CHIPS de Rooney, Fristad, Weller y Weller. De un total de 42 adolescentes internos a los que se les aplico el reactivo, 22 adolescentes fueron diagnosticados con trastorno disocial que representan un 52% de la población total investigada y la edad más frecuente de los pacientes fue 17 años con un porcentaje de 41%, con lo que se da cumplimiento al objetivo específico 1

que determina la prevalencia del trastorno disocial en los adolescentes que permanecen en los centros.

Con respecto al segundo objetivo específico: Determinar la dinámica familiar de los adolescentes con Trastorno Disocial que se encuentran en los Centros de Atención Integral (CAI) Zona 7. En primer lugar para establecer la dinámica familiar, he considerado importante determinar la estructura y funcionabilidad familiar.

La estructura familiar, es decir cómo está constituida la familia, la obtuve a través del Familiograma, cuyos resultados indican que la familia de los adolescentes con trastorno disocial que permanecen en los centros de atención integral zona 7 en su mayaría con un porcentaje de 46% son monoparentales.

En cuanto a la funcionabilidad familiar, la obtuve mediante la aplicación de la Escala de Cohesión y Adaptabilidad Familiar FACES III, el Familiograma y el Test del Dibujo de la Familia.

De acuerdo al análisis realizado de la Escala de Cohesión y Adaptabilidad Familiar FACES III de Olson, Portner, y Lavee, se obtuvo que la mayoría de las familias de adolescentes en la dimensión de Cohesión, que supone la vinculación emocional existente entre los miembros de la familia es “No relacionada” con un 54%, siendo este tipo de familia la que tiene el nivel más bajo de cohesión; y en cuanto a la dimensión de Adaptabilidad, que se define como la capacidad para cambiar de poder, roles y de reglas, en respuesta al estrés situacional o evolutivo, se obtuvo una familia “Rígida” con un 32%, la cual

representa el nivel más bajo de adaptabilidad, y una familia “Estructurada” con el mismo porcentaje de 32%, la cual representa una familia equilibrada.

En cuanto a los resultados obtenidos en el Familiograma, que se utilizó para determinar el tipo de relaciones existente entre los miembros de la familia, factor importante para establecer la funcionabilidad familiar. Según la percepción de los adolescentes se obtuvo lo siguiente: Relación conflictiva con la madre y con el padre con 36 % y 55% respectivamente y, la relación existente entre los progenitores se obtuvo en su mayoría una relación conflictiva con un 44%.

De acuerdo a los datos obtenidos del Test del Dibujo de la Familia se obtuvo: carencia afectiva y la escaza comunicación (22%), pérdida de jerarquía familiar (21%), rechazo hacia la figura paterna (15%), poca identificación con el núcleo familiar (15), temor a la agresión física (11%), sentimiento de indefensión (9%) y rechazo hacia la figura materna (7%).

Con estos resultados se evidencia que la mayoría de las familias de los adolescentes presentan falta de afecto entre sus miembros, falta de comunicación y confianza, los límites establecidos son imprecisos, las funciones de cada miembro no son claras, fuertes conflictos conyugales, distanciamiento de los padres con los hijos, los cuales son fuertes indicadores de que la familia no funciona adecuadamente. Esto cumple el objetivo específico 2, que analiza la dinámica familiar de los adolescentes con trastorno disocial.

Partiendo de la conclusión que se realizó del objetivo específico 2, en el cual se determinó que la mayoría de las familias de los adolescentes con

trastorno disocial son disfuncionales se demuestra que la familia está asociada al diagnóstico de los adolescentes, con lo cual se cumple el objetivo general que era: Determinar la influencia de la familia en la aparición o mantenimiento del Trastorno Disocial en adolescentes entre 12 y 18 años que permanecen bajo custodia legal en los Centros de Atención Integral (CAI) de la Zona 7 durante el período octubre 2013 - febrero 2014.

En conclusión el ambiente disfuncional en el cual se desarrolla el adolescente ha sido el desencadenante para exteriorizar y mantener conductas disociales.

Finalmente, se elaboró un plan terapéutico, lo cual da cumplimiento al objetivo específico 3.

CONCLUSIONES

a) De los 42 adolescentes a los que se evaluó, 22 fueron diagnosticados con Trastorno Disocial, que representa el 52%, lo que indica que la prevalencia del trastorno es alta.

b) De acuerdo con el reactivo Faces III aplicado en el apartado de cohesión la mayoría de las familias es “no relacionada” es decir no existe una buena vinculación emocional entre sus miembros. En la adaptabilidad con respecto a disfuncionalidad se obtuvo una familia “rígida” es decir aquella que no es capaz de cambiar sus roles y reglas en respuesta al estrés situacional o evolutivo.

c) Con respecto al familiograma se obtuvo que la estructura familiar de la mayoría de las familias es monoparental y las relaciones afectivas indican que la mayoría tienen una relación conflictiva con sus padres y la relación existente entre sus progenitores es conflictiva.

d) En el test de la familia se obtiene: Pérdida de la jerarquía familiar, distanciamiento afectivo y poca comunicación, rechazo hacia la figura paterna y materna, sentimientos de indefensión y, temor a la agresión física.

e) Finalmente, se podría concluir que uno de las factores para que se desarrolle el trastorno disocial es el funcionamiento de la familia, pues la mayoría de los adolescentes atendidos proviene de una familia donde prima el desinterés de los padres por sus hijos, no existe una buena comunicación y carencias afectivas.

RECOMENDACIONES

a) Promover información sobre el trastorno disocial, los principales factores etiopatogénicos y herramientas para fomentar una buena crianza, con la finalidad de prevenir el desarrollo del trastorno.
b) Informar y concienciar a las familias mediante talleres destinados a apoyar a los padres con adolescentes con Trastorno Disocial.
c) Mejorar las estrategias de reinserción social de los adolescentes que se encuentran en los Centros de Atención Integral para fomentar una buena estabilidad emocional y psicológica.
d) Brindar asesorías psicológicas y seguimientos a los adolescentes y a las familias de manera permanente para evitar recaídas.
e) Formar grupos de ayuda tanto para padres como hijos para compartir experiencias.

PLANIFICACIÓN TERAPEÚTICA

La Psicoterapia tiene como finalidad alcanzar la estabilidad emocional de los pacientes, para lo cual hace uso de técnicas y herramientas derivadas de los distintos modelos de terapias existentes, como la psicodinámica, humanista, cognitiva-conductual, etc.

Para la realización del presente Plan de Intervención he decidido proyectarlo bajo un enfoque Cognitivo-Conductual. Existe una gran cantidad de evidencia científica que demuestra que este tipo de tratamiento es efectivo para distintos desordenes psicológicos como depresión, ansiedad, fobias, trastorno obsesivo compulsivo, agresión, timidez, entre otros. Además es importante mencionar que los pacientes que desarrollan nuevas formas de pensamiento son más eficientes a la hora de enfrentar su problema psicológico. Son capaces de identificar sus sesgos cognitivos y cambiarlos, provocando una reacción diferente a la acostumbrada bajo el trastorno.

La terapia Cognitiva- Conductual puede ayudar a promover la estabilidad del adolescente con Trastorno Disocial. Un ingrediente básico es mejorar las habilidades de resolución de problemas, lo cual les permitirá hacer frente a los problemas externos que les pueden provocar conductas disruptivas, así como también es importante mejorar habilidades sociales, controlar la impulsividad y generar o promover valores prosociales. Otro aspecto primordial es intervenir en la familia porque el ambiente donde se desarrolla el adolescente influye directamente en la aparición de patologías de la salud mental, conductas disruptivas e inapropiadas. Generalmente las actitudes de los padres hacia sus

hijos como desinterés, hostilidad, agresión, abandono o sobreprotección y, estilos de crianza inadecuados son el puente hacia la inestabilidad emocional de los hijos.

El presente plan de intervención está estructurado de la siguiente manera:

a) Etapa 1

Se comenzará informando a los padres y a los adolescentes qué se va a realizar un plan de intervención destinado a provocar cambios positivos en la manera de cómo nos relacionamos con nosotros mismos y con los demás mediante la adquisición de una serie de habilidades. Se enfatizará en ventajas y desventajas tanto de participar como de no participar en el proceso como una estrategia de motivación.

Además se entrevistará a los adolescentes y a sus padres mediante la aplicación de la Historia Clínica (Anexo 2) y se les aplicará reactivos como: Test de Cohesión y Adaptabilidad Familiar Faces III (Anexo 4), test de Familia, y Entrevista de síndromes Psiquiátricos para niños y adolescentes (Anexo 3), para poder establecer un diagnóstico e intervenir psicológicamente en la siguiente fase.

b) Etapa 2

Se procederá a realizar el tratamiento individual con padres y adolescentes por separado. Se realizará motivación, psicoeducación sobre el trastorno disocial para qué conozcan en qué consiste el trastorno y la conducta violenta. Reestructuración cognitiva para que evidencien que la frustración no viene dado por una situación si no por como la interpreto. Entrenamiento en autocontrol, resolución de problemas para poder afrontar los conflictos sin

necesidad de recurrir a la agresión. Comunicación asertiva, técnicas en modificación de conductas y en los adolescentes es primordial promover valores prosociales como la empatía. Finalmente prevención de recaídas, es importante que los pacientes conozcan cuáles son sus factores de riesgo y como pueden afrontarlos.

c) Etapa 3

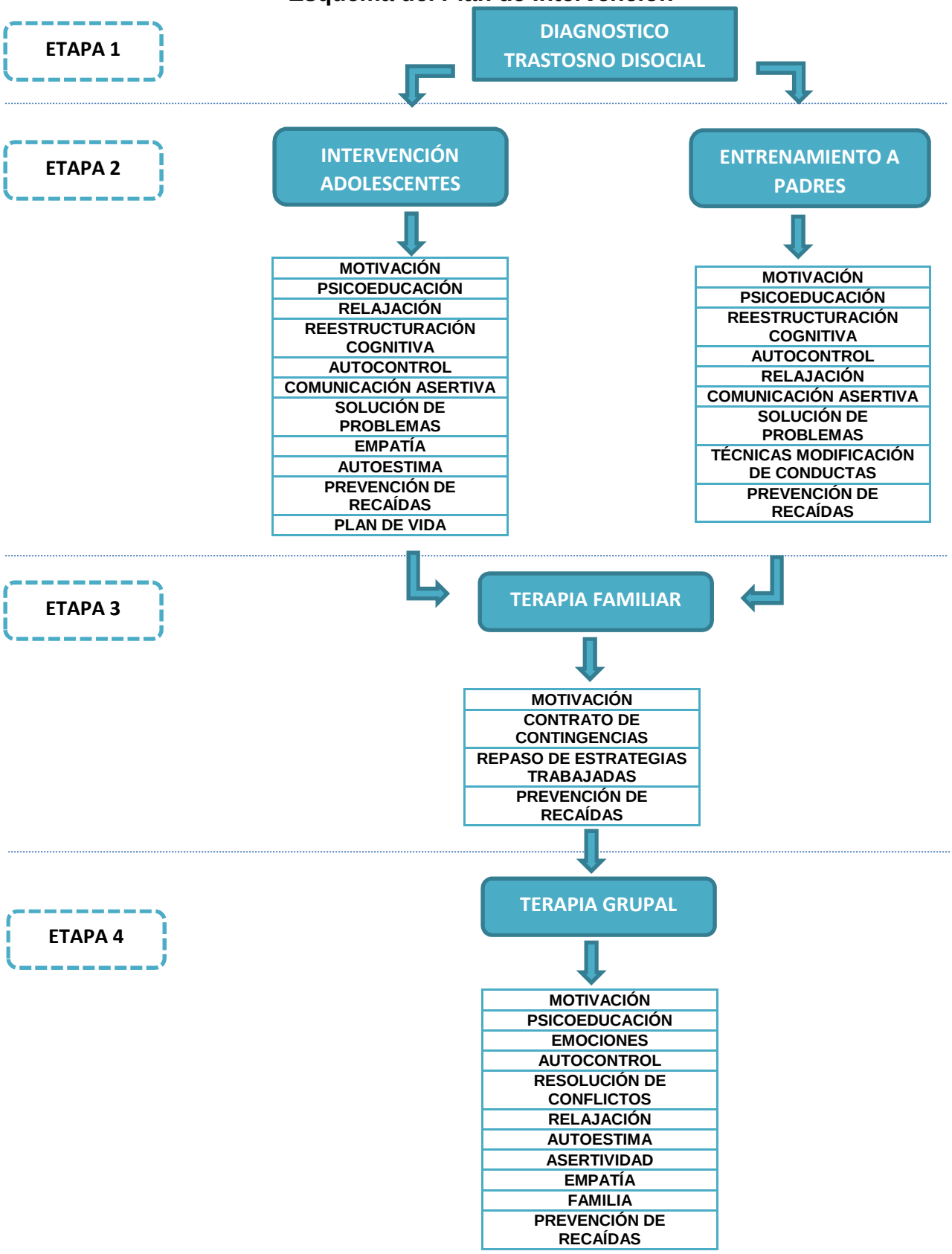
Una vez que se ha intervenido de manera individual con los padres y el adolescente, se procederá a efectuar la terapia familiar. Primero, se analizará cuáles han sido los cambios que han realizado desde el primer encuentro hasta la actualidad. Un contrato de contingencias para favorecer la convivencia. Posteriormente, se pondrá en práctica las estrategias trabajadas en la intervención individual mediante role-playing de situaciones conflictivas. Por último, prevención de recaídas para evitar futuras situaciones de riesgo.

d) Etapa 4

Por último, se realizará una terapia grupal con los adolescentes, con la finalidad de qué compartan experiencias y preocupaciones, reflexionen sobre sí mismos, su familia, con lo social a través de los ojos de sus compañeros y practiquen habilidades de comunicación, de resolución de problemas aprendidas previamente. Se realizará psicoeducación, reconocimiento de las emociones, relajación, resolución de conflictos, asertividad, empatía, familia, autoestima y prevención de recaídas.

A continuación se presenta un esquema del proceso de intervención y, posteriormente los programas estructurados.

Esquema del Plan de Intervención



Terapia Individual Adolescentes

SESIÓN I

MOTIVACIÓN Y ADHESIÓN AL TRATAMIENTO				
Objetivo	**Técnica**	**Metodología**	**Recursos**	**Tiempo**
Establecer una buena relación terapéutica. Explicar al adolescente que trabajo se pretende llevar con él, así como también las características principales del programa.	Empatía Psicoeducación	Informar y explicarle al adolescente sobre el programa, cuáles son los objetivos y cómo se los va a desarrollar. Además indicarles que nuestra motivación como profesionales es ayudar a producir cambios positivos en las personas, mediante el desarrollo de una serie de habilidades personales que resultan útiles a cualquier persona y están destinadas a solucionar problemas. Además es importante hablar acerca de la confidencialidad y de sus límites, es decir situaciones que suponen peligro para sí mismo o para los demás.	Humanos	30 min.
Valorar las consecuencias negativas y positivas de implicarse en él programa o no	Ventajas y desventajas	Una vez que el psicólogo ha informado al adolescente sobre su papel en el programa lo que quiere lograr, es necesario informar lo que se espera que él realice durante las sesiones para lograr cambios. Se le entregará una hoja en la cual anotará cuáles son las ventajas y desventajas a largo y corto plazo de involucrar en el programa o no.	Hojas	20 min.

SESIÓN II

PSICOEDUCACIÓN				
Objetivo	**Técnica**	**Metodología**	**Recursos**	**Tiempo**
Hacer consiente al paciente acerca de sus conductas agresivas. ¿Por qué yo tengo Trastorno Disocial y los demás no?	Psicoeducación	Explicar al paciente que el trastorno disocial se caracteriza principalmente por conductas disruptivas frecuentes y que factores como la impulsividad, inestabilidad, búsqueda de novedades, agresividad, variaciones en la capacidad de reacción ante las adversidades. Además es importante explicarles sobre: a) Tipos de violencia: física, psicológica, sexual, económica. b) Ciclo de la violencia: Acumulación de tensión, agresión y el arrepentimiento. c) Escalada de la violencia: Actos de violencia incrementan gradualmente, cada vez son más intensos y peligrosos. También es primordial explicarle que una situación dada le provoca ciertos tipos de pensamientos, estos a su vez dan lugar a ciertas emociones negativas (rabia, frustración., indignación…) y éstas provocan ciertas sensaciones corporales como la tensión muscular, la hiperventilación, elevación de la tasa cardíaca.	Humanos	40 min.
Identificar situaciones que le provoquen ira o frustración	Escala de situaciones	Finalmente le diremos al paciente que haga una escala de situaciones que normalmente le provoquen ira y que evalúe cada situación de 1 a 100. (Está lista se ejecutará en sesiones posteriores)		20 min.

SESIÓN III

ENTRENAMIENTO EN RELAJACIÓN				
Objetivo	**Técnica**	**Metodología**	**Recursos**	**Tiempo**
Disminuir las reacciones fisiológicas y emocionales de la ira	Psicoeducación: Respiración y sus beneficios	Le explicamos al adolescente que la respiración/relajación ayuda a controlar las reacciones fisiológicas y emocionales de la ira.	Humanos	10 min.
	Respiración Diafragmática	**1.** Pedir al adolescente que se siente cómodamente, con la espalda arrimada al espaldar y las piernas rectas y separadas. **2.** Seguidamente, indicar que coloque una mano en su pecho y la otra debajo de su caja torácica. Esto le permitirá sentir el movimiento del diafragma cuando realiza la respiración. **3.** Inspirar por la nariz en 3 tiempos, haciendo que la mano colocada en su abdomen suba, mientras su otra mano permanece quieta. **4.** Indicar que expire por la boca en tres tiempos. **5.** Realizar tres series de cinco repeticiones, haciendo una pausa antes de la siguiente serie.	Humanos Música de relajación	15 min.
	Relajación de Jacobson	Pedir al adolescente generar tensión durante 30 seg. en una área determinada del cuerpo, siguiendo el siguiente orden: manos, brazos, frente, entrecejo, ojos, mandíbula, lengua, labios, cabeza, hombros, estómago, espalda, glúteos y, finalmente relajar esos músculos y sentir la agradable sensación de relajación.	Música de relajación	30 min.
TAREA: Realizar la respiración/relajación por lo menos una vez a la semana.				

SESIÓN IV

REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA				
Objetivo	**Técnica**	**Metodología**	**Recursos**	**Tiempo**
Analizar beneficios de la relajación	Revisión de la tarea	Preguntarle al adolescente que dificultades surgieron cuando realizó la respiración/relajación durante la semana. Y enfatizar la importancia de realizarla periódicamente pues ayuda a disminuir las reacciones fisiológicas de la ira.	Humanos	10 min.
Reconocer las distorsiones cognitivas	Modelo ABC	Explicar la base del modelo cognitivo conductual ABC: 1. Situación (A): *Los papás no lo dan permiso salir a una fiesta con sus amigos.* 2. Pensamiento (B): *"Los odio", "mis padres no me comprende", "a mí nadie me prohíbe nada".* 3. Consecuencia (C): *La consecuencia de ese pensamiento sería sentir coraje, ira, gritarle, rompe objetos y escaparse.* Comprender la relación existente entre pensamientos negativos y conductas será el primer paso para ayudar al adolescente a reestructurar sus cogniciones.		30 min.
	Detección de pensamientos automáticos (Autorregistros)	Elaborar un autorregistro basado en el modelo ABC para que el adolescente pueda identificar el estilo de pensamiento que posee. Para ello registrará lo siguiente: 1. La situación o suceso. 2. Los pensamientos que ha desencadenado la situación (valorado de 0 a 10). 3. Las emociones, es decir ¿cómo se sintió en ese momento 4. Lo qué hace en esa situación, cuánto dura su conducta y qué consecuencias tiene.		15 min.

		Este autorregistro se enviará como tarea para casa de acuerdo a situaciones que el paciente considere de riesgo para el mantenimiento de Trastorno Disocial (ANEXO 6).		

SESIÓN V

REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA				
Objetivo	**Técnica**	**Metodología**	**Recursos**	**Tiempo**
Identificar los principales sesgos cognitivos	Revisión de la tarea	Analizar cada una de las situaciones que ha tenido a lo largo de la semana y hacerle comprender que la ira, la frustración no viene dada por las situaciones en sí mismas sino por cómo él las interpreta.	Humanos	20 min.
	Psicoeducación	Explicarle al adolescente sobre los sesgos cognitivos, que son errores que cometemos los seres humanos, distorsiones en nuestra forma de percibir la realidad y sus características principales son: a) Provocan emociones dolorosas muy intensas b) No tienen utilidad alguna: no sirven para conseguir objetivos c) Son involuntarios. d) No son objetivos: no se relacionan con la realidad. e) Se expresan en lenguaje extremista y totalitario. (usando palabras como “nunca”, “jamás”, “siempre”, “todo”, “nada”…) Seguidamente se le entregará una lista con los principales sesgos cognitivos, se le explicará cada uno citando ejemplos y se le pedirá que identifique los sesgos en los pensamientos negativos que registró en la tarea.	Humanos Lista de los principales sesgos cognitivos (ANEXO 7)	30 min.
TAREA: Continuar con el registro de las situaciones que le provocan ira, pero durante esta semana identificará los sesgos cognitivos en sus pensamientos negativos como lo realizó durante la terapia.				

SESIÓN VI

REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA				
Objetivo	**Técnica**	**Metodología**	**Recursos**	**Tiempo**
Modificar los pensamientos negativos	Revisión de la tarea	Preguntarle al adolescente cuales son los principales sesgos cognitivos que él realiza con mayor frecuencia de acuerdo a los autorregistros de la semana.	Humanos	10 min.
	Método ABCD	Una vez que el adolescente ha identificado sus sesgos cognitivos es más consciente de que sus pensamientos son irracionales y contribuyen a la ejecución de conductas disruptivas, por ello es importante debatir estos pensamientos y generar pensamientos alternativos positivos. Para ello vamos a utilizar el modelo ABCD. Por ejemplo: A → *Mi mejor amigo no me devuelve la llamada.* *B → "No quiere hablar conmigo"* *C → Me enojo y no vuelvo hablar con él.* D → Un pensamiento más realista sería: *"Puede que esté ocupado, voy a esperar a hablar con él para saber que le sucedió".* A continuación, retomaremos el autorregistro de la semana y le indicaremos al adolescente que cambie su pensamiento por uno más realista preguntándose: ¿Qué pensaría alguien que estuviera en la misma situación pero que no tuviera Trastorno Disocial?	Humanos	45 min.
TAREA: Continuar con el registro de las situaciones que le provocan ira, pero durante esta semana modificará sus pensamientos negativos como lo realizó durante la terapia.				

SESIÓN VII

ENTRENAMIENTO EN AUTOCONTROL				
Objetivo	**Técnica**	**Metodología**	**Recursos**	**Tiempo**
Revisión de la Tarea de la Semana.			Registro	10 min.
Enseñar al adolescente técnicas de autocontrol que le podrían ayudar en situaciones de riesgo	Psicoeducación : Autoverbalizaciones	Explicarle al adolescente que cuando se está perdiendo el control por nuestra cabeza pasan pensamientos negativos. En el momento que nos damos cuenta de que nos estamos dando indicaciones que nos crean mayor alteración, es necesario frenar estos pensamientos a través de autoverbalizaciones, es decir frases breves o palabras que le calmen, que le hagan sentirse mejor, que le ayuden a afrontar la situación de una forma más adaptativa como por ejemplo: *"Calma*", *"No vale la pena", "No es para tanto", "Puedo controlar esta situación?* Después le indicaremos al adolescente que tiene que escoger una frase que va a utilizar como mantra para tranquilizarse.	Humanos	15 min.
	Role-play	Conjuntamente con el adolescente a partir de la lista que se realizó en la primera sesión de situaciones que le provocan cólera, en esta sesión escogeremos la situación con el menor puntaje. Seguidamente le pediremos que relate la situación muy detalladamente para poder entrar en personaje y hacerlo lo más real posible. Después se procederá a realizar dramatizaciones de la situación:	Humanos Lista de situaciones que le provocan ira realizada en la segunda	30 min.

		1. En la primera escena el terapeuta hará un intercambio de roles con el adolescente, para que éste observe como debe utilizar la técnica. 2. El paciente dice la autoverbalización en voz alta. 3. Mientras el individuo realiza la tarea, se da las autoverbalizaciones en voz baja. 4. Finalmente, el sujeto realiza la escena con autoverbalizaciones encubiertas. Posteriormente se le preguntará: ¿Cómo se sintió?, ¿Cuáles fueron las ventajas y desventajas de realizar la autoverbalización?	sesión	
TAREA: Emplear la técnica de las autoverbalizaciones durante la semana.				

SESIÓN VIII

ENTRENAMIENTO EN AUTOCONTROL				
Objetivo	**Técnica**	**Metodología**	**Recursos**	**Tiempo**
Reforzar los beneficios de la técnica del tiempo fuera	Revisión de la tarea	Preguntarle al adolescente ¿cuáles fueron las dificultades que surgieron al realizar la tarea? ¿Ha habido un cambio en su forma de actuar? Reforzar la importancia del autocontrol, pues mientras más practiqué, el autocontrol formará parte de su día a día.	Humanos	15 min.
Enseñar al adolescente técnicas de autocontrol que le podrían ayudar en situaciones de riesgo	Psi-coeducación: Tiempo fuera	Explicarle al adolescente que en el momento que existe una situación tensa, y su cuerpo, su pensamiento o sus actos le demuestren que está perdiendo el autocontrol, es preferible, abandonar la situación que lo enfurece. Durante ese periodo realizará la respiración/relajación para provocar el descenso de la ira. Una vez que estés más calmado regresa y enfrenta la situación, haciéndose la pregunta: ¿Cómo actuaría alguien que estuviera en la misma situación pero que no tuviera Trastorno Disocial?		20 min.
	Role-play	En esta sesión escogeremos una situación de puntaje intermedio de la lista, y seguidamente se realizará dos dramatizaciones de la situación, en la primera el paciente experimenta cólera y en la segunda se utilizará la técnica del tiempo fuera. Posteriormente se le preguntará: ¿Cuáles fueron las principales diferencias entre una situación y la otra? y ¿cuáles fueron los beneficios de realizar la técnica?		30 min.
TAREA: Emplear las técnicas de autocontrol en situaciones riesgo.				

SESIÓN IX

ENTRENAMIENTO EN AUTOCONTROL				
Objetivo	**Técnica**	**Metodología**	**Recursos**	**Tiempo**
Revisión de la Tarea de la Semana.			Humanos	15 min.
Enseñar al adolescente técnicas de autocontrol que le podrían ayudar en situaciones de riesgo	Psi-coeducación: Técnica del Semáforo	Explicarle al adolescente que cuando no pueda controlar sus emociones, tiene que imaginar un semáforo, y seguir las siguientes instrucciones: Rojo: DETENERSE o ALEJARSE Amarillo: PENSAR Verde: ACTUAR Por ejemplo si alguien se burla de él y empieza a enfadarse, en ese momento es necesario visualizar un semáforo, el rojo me indica que tengo que detener la ira, relajarme y no explotar. El amarillo, pensar en lo qué está sucediendo, ¿es necesario gritar o enfadarse?, ¿qué otras posibilidades tengo?, ¿es preferible ignorarlas? Pensar en soluciones. Y, el verde me indica que tengo que actuar, es decir poner en práctica la mejor solución. En esta situación es más recomendable no darles importancia e ignorarlas.		20 min.
	Role-play	Finalmente escogeremos la situación con el puntaje más elevado de la lista y seguidamente se realizará la dramatización de la situación y el adolescente utilizará la técnica del semáforo. Posteriormente se le preguntará: ¿Cómo se sintió?, ¿qué dificultades tuvo al realizar la técnica?		30 min.
TAREA: Emplear las técnicas de autocontrol en situaciones riesgo.				

SESIÓN X

ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES: COMUNICACIÓN ASERTIVA				
Objetivo	**Técnica**	**Metodología**	**Recursos**	**Tiempo**
Revisión de la tarea de la semana.			Humanos	10 min.
Reconocer el tipo de comportamiento con el cual se relaciona con los demás	Psi-coeducación	Explicar al paciente que las personas se comportan de tres maneras diferentes: 1. Pasiva: da prioridad a las necesidades y derechos de los demás por encima de los propios. 2. Agresiva: expresa lo que piensa y siente, sin tomar en cuenta que puede herir a los demás, sus derechos valen más que los del resto. 3. Asertiva: expresa sus pensamientos, sentimientos, defiende sus derechos y al mismo tiempo respeta los de los demás. Hacer que el paciente distinga y reconozca las consecuencias de cada uno de los estilos de comunicación, se identifique con uno de ellos de acuerdo a su manera de actuar y reconozca la mejor forma de actuación.		20 min.
Expresar críticas y desacuerdos de una manera adecuada mediante el modelo DEPA.	Respuesta de Asertividad Positiva (Role-play)	Explicarle al adolescente que hacer una crítica implica expresar sentimientos de molestia o disgusto hacia un comportamiento que no nos agrada pero es necesario hacerlo de una manera no agresiva, para ello vamos a seguir las siguientes instrucciones: →Descripción, sin condenar, del comportamiento del otro. →Descripción objetiva del efecto del comportamiento del otro. →Descripción de los propios sentimientos. →Descripción de lo que se quiere del otro. Por ejemplo:		30 min.

		1. Cuando tú…me tocas el cabello constantemente. 2. El resultado es que… me duele la cabeza 3. Entonces, yo me siento…agobiado, estresado 4. Preferiría…. Que la próxima vez no lo hicieras. Posteriormente se práctica esta técnica mediante el role-play con una situación reciente, en la cual el adolescente no expreso adecuadamente una crítica.		
TAREA: Realizar la técnica aprendida en sesión durante la semana.				

SESIÓN XI

ENTRENAMIENTO HABILIDADES SOCIALES: COMUNICACIÓN ASERTIVA				
Objetivo	**Técnica**	**Metodología**	**Recursos**	**Tiempo**
Reforzar los beneficios de expresar de manera asertiva críticas y desacuerdos	Revisión de la tarea	Analizar la tarea preguntándole: ¿Cuáles fueron las dificultades o inconvenientes que tuvo a la hora de realizar las técnicas? Afianzar la importancia de expresar desacuerdos de manera adecuada, pues contribuye a desarrollar una sana autoestima y mejorar la relación con los demás.	Humanos	10 min.
Explicar otro tipo de estrategias relacionadas con la asertividad. Ensayar las estrategias asertivas.	Psicoeducación: Decir NO mediante el Disco rayado (Role-playing)	Explicarle la importancia de saber decir NO cuando se quiere decir no, porque nos ayuda a construir una autoestima sana. Para ello se va a utilizar la técnica del disco rayado que consiste en acompañar el no con un argumento que se va a repetir una y otra vez hasta que la otra persona se percate que no se va a ceder. Por ejemplo: un compañero te pide prestado un deber y tú no quieres prestárselo: →Amigo: hey, préstame el deber. →Tú: no lo siento, me ha costado mucho hacerlo. →Amigo: no seas así, esta será la última vez. →Tú: No, de verdad que me he amanecido haciéndolo. →Amigo: vamos, si no me lo prestas, no me volveré a llevar contigo. →Tú: Lo entiendo, pero no te lo prestaré. A continuación a través de role-playing, se practicará una situación como: *Un amigo quiere obligarte a tomar alguna bebida alcohólica*		20 min.

	Psicoeducación: Expresión de sentimientos (Role-play)	Indicarle al adolescente que igual de importante que es saber defenderse, demandar y reclamar, así también es de vital importancia el expresar honestamente tus sentimientos, sin tratar de herir a los demás. Para ello debemos seguir lo siguiente: a) Formar frases que comiencen por: "quiero…" o "me gusta…" "no me gusta…", "me siento…" *b)* Utilizar frases reforzantes para el otro. Si algo te ha gustado, házselo saber; si le aprecias, intenta comunicárselo, como por ejemplo: *Me gusta mucho como tratas a los demás y,* c) Como alternativa para expresar tu enfado o enojo puedes decírselo así: "Estoy enfadado porque…… Me gustaría que…" Por último, mediante el role-play se practicara está habilidad social con la siguiente situación: →*Decirle a un compañero que te gustó como defendió su criterio durante la clase.*		20 min.
TAREA: Emplear las técnicas de asertividad a lo largo de la semana.				

SESIÓN XII

ENTRENAMIENTO EN SOLUCIÓN DE PROBLEMAS				
Objetivo	**Técnica**	**Metodología**	**Recursos**	**Tiempo**
Revisión de la tarea de la semana.			Humanos	10 min.
Motivar al adolescente a emplear la técnica de solución de problemas	Psicoeducación	Explicarle al adolescente que hablamos de problema cuando una situación es complicada, pero que todos los problemas tienen una o varias soluciones. Es importante hacerles comprender que un problema es algo normal, algo que sucede en el diario vivir, pero lo realmente fundamental es encontrar la solución. El proceso para solucionar un problema es el siguiente: 1. Definir el problema. 2. Buscar alternativas. 3. Toma de decisiones 4. Elaborar un plan de acción.		15 min.
Aprender a solucionar problemas de una manera eficaz	Resolución de problemas: Definir el problema	Explicarle al adolescente que para definir un problema es necesario describirlo de manera clara y objetiva, para ello debe preguntarse: ¿Quién tiene el problema? ¿En qué consiste el problema? ¿Por qué es un problema para mí y para otros? Seguidamente le pedimos al adolescente que proponga un problema siguiendo las instrucciones que le hemos dado y lo escriba en la hoja de registro.	Hoja de Registro de solución de problemas (ANEXO 8)	10 min.
	Resolución de problemas: Buscar alternativas	Indicarle al paciente que una vez qué ha definido el problema tiene que escribir el mayor número de alternativas posibles de solución, así tendrá mejores oportunidades de encontrar la mejor.		20 min.
TAREA: Sí durante la terapia propuso 3 alternativas incentivarlo a proponer otras alternativas para la próxima sesión				

SESIÓN XV

ENTRENAMIENTO EN SOLUCIÓN DE PROBLEMAS				
Objetivo	**Técnica**	**Metodología**	**Recursos**	**Tiempo**
Revisión de la tarea de la semana.			Registro de la tarea	10 min.
Aprender a solucionar problemas de una manera eficaz	Resolución de problemas: Toma de decisiones	Una vez que el adolescente tiene algunas alternativas de solución, le indicaremos qué para cada opción tiene que escribir consecuencias tanto positivas como negativas. Después valorará a cada consecuencia con una puntuación de 0 a 10. Sumará independientemente las puntuaciones de las consecuencias positivas y de las negativas para restar y obtener un resultado. Dependiendo del puntaje final el adolescente escogerá la solución con el mayor resultado.	Hoja de registro de solución de problemas	20 min.
	Resolución de problemas: Plan de acción	Una vez que el adolescente ha seleccionado la alternativa que va a poner a prueba, es necesario planificar cómo, cuándo y dónde se ejecutará. Para ello tiene que responder las siguientes preguntas: ¿Qué día llevare a cabo la Solución? ¿Cómo lo haré? ¿Necesito algo o la ayuda de alguien? Por último hay que ejecutar la solución escogida para averiguar si esa alternativa es adecuada para repetirla en otra ocasión o es necesario buscar una nueva solución.		15 min.
TAREA: Incentivar al adolescente a llevar a cabo la solución y llenar el resultado en la hoja de registro.				

SESIÓN XV

ENTRENAMIENTO EN VALORES PROSOCIALES: EMPATÍA				
Objetivo	**Técnica**	**Metodología**	**Recursos**	**Tiempo**
Revisión de la tarea de la semana.			Hoja de registro	10 min.
Comprender la empatía y la importancia de ponerse en el lugar de los demás	Psicoeducación:	Explicar al adolescente sobre la empatía, capacidad de entender los sentimientos y pensamientos de los demás. Permite sentir el dolor y el sufrimiento y, por tanto, uno puede llegar a compadecerse de alguien que sufre y desear prestarle ayuda. Es importante mencionarle que la empatía le puede ayudar a controlar la ira preguntándose ¿cómo se siente la otra persona cuando yo lo agredo física o psicológicamente?	Humanos	25 min.
	Análisis de Fotografías	Mostrarle una serie de fotografías de personas con distintas emociones, y posteriormente preguntarle: ¿Qué crees que está sintiendo esta persona? ¿Por qué crees que se siente así? Valorar la emoción en cada una de las fotografías con una puntaje de 0 a 10. Está técnica permitirá que el adolescente se conecte con lo que experimentan los demás.	Fotografías de personas con diferentes expresiones de emociones	25 min.
	Texto Narrativo: Carta de enmiendas	Por último le diremos al adolescente que piense en aquellas personas a quienes hizo daño, como sus padres, hermanos, amigos y familiares. Luego elabora una lista con aquellas personas a quien ha lastimado y para cada una escribirá una propuesta para enmendar su conducta con dicha persona.	Humanos	25 min.

SESIÓN XVI

AUTOESTIMA				
Objetivo	**Técnica**	**Metodología**	**Recursos**	**Tiempo**
Promover la autoestima mediante la búsqueda de aspectos positivos	Psicoeducación:	Explicar al paciente que la autoestima es el sentimiento valorativo de nuestra persona, de nuestra manera de ser, de nuestra manera de pensar, del conjunto de rasgos físicos y mentales. Una persona con una sana autoestima es la que, consciente tanto de sus cualidades como de sus defectos, se acepta tal y como es. Por el contrario, la baja autoestima se ve reflejada en las personas que no saben aceptarse a sí mismas como son.	Humanos	15 min.
	Buscando lo positivo que hay en mí	Le pedimos al adolescente que elaboré una lista de sus cualidades positivas. Si notamos que le resulta difícil pensar en sus cualidades, le diremos que se planteé: → Retos (pequeños o grandes) que se ha planteado y ha conseguido. → Cosas positivas que los demás ven en él. → Actividades que realiza bien. → Éxitos (pequeños o grandes) que ha conseguido. → Características que le gustan de los demás y que él también tiene. → Qué defectos NO tiene. Por último para cada cualidad de la lista, debe anotar ejemplos en los que haya demostrado dicha cualidad	Hojas	25 min.
TAREA: Agregar más cualidades y ejemplos a la lista que realizó en la sesión.				

SESIÓN XVII

ENTRENAMIENTO EN PREVENCIÓN DE RECAÍDAS				
Objetivo	**Técnica**	**Metodología**	**Recursos**	**Tiempo**
Revisión de la tarea de la semana.			Hoja de cualidades	10 min.
Identificar situaciones de riesgo para el adolescente para evitar una recaída	Psicoeducación:	Explicar al adolescente que la recaída se da cuando una persona pierde el autocontrol ante determinadas situaciones que se consideran de riesgo. La recaída representa una crisis y un retroceso en el intento por mantener un cambio en la conducta. Además es importante mencionarle la diferencia entre una caída y una recaída. La primera se considera un error en el afrontamiento de una situación, mientras que la recaída representa un regreso prolongado a los patrones de conducta previos al tratamiento. Por último, hacer consciente al paciente que en algún momento durante el periodo de mantenimiento del proceso de cambio es probable que se enfrente a una situación de alto riesgo, que le puede provocar una recaída, como por ejemplo pelear con sus padres, baja autoestima, aburrimiento o consumo de sustancias.	Humanos	20 min.
	Detección de factores de riesgo personales y sociales (autorregistro)	Entregarle la hoja de registro de prevención de recaídas y motivarlo para que investigue cuáles serían los factores tanto personales como sociales que podrían provocar una recaída.	Hoja de prevención de recaídas (ANEXO 9)	30 min.

SESIÓN XVIII

ENTRENAMIENTO EN PREVENCIÓN DE RECAÍDAS				
Objetivo	**Técnica**	**Metodología**	**Recursos**	**Tiempo**
Identificar estrategias y técnicas para evadir una recaída	Registro de estrategias y técnicas para evitar una recaída	Una vez que el adolescente ha identificado sus factores de riesgo, le indicamos que es el momento de que proponga estrategias o haga uso de las técnicas aprendidas en la terapia para afrontarlas. Por ejemplo: ➔ Situación de riesgo Unos chicos me molestan, me dicen que no valgo nada, me enfado y quiero golpearlos ➔ Estrategia para afrontarla Respiración Ignorarlos Autoverbalizaciones Tiempo fuera Para la realización de esta tarea le indicamos que en la hoja de registro de prevención de recaídas, en la que identificó situaciones de riesgo la semana anterior escribirá que haría para afrontar dicha situación.	Hoja de registro de prevención de recaídas (ANEXO 9)	45 min.
TAREA: Ampliar la hoja de registro de prevención de recaídas.				

SESIÓN XIX

PLAN DE VIDA				
Objetivo	**Técnica**	**Metodología**	**Recursos**	**Tiempo**
Revisión de la tarea de la semana.			Hoja de registro de prevención de recaídas	10 min.
Identificar metas. Elaborar estrategias para alcanzar las metas propuestas.	Plan de Vida	Explicarle al adolescente que un proyecto de vida es importante porque nos permite construir una vida segura. Elaborar un plan facilita conseguir nuestras metas porque nos ayuda a visualizar exactamente lo que queremos, lo necesario para conseguirlo, las acciones que debemos realizar y el orden para realizarlas; lo que necesitamos y las personas con las que contamos para conseguir nuestros objetivos. En conclusión un plan de vida es lo que quieres lograr, lo que no se debe hacer o evitar porque desvía tu camino y dificulta el logro de tus objetivos. Por último le entregamos la hoja del plan de vida para que plasme sus metas y cómo piensa llevarlas a cabo.	Plan de vida (ANEXO 10)	50 min.

SESIÓN XX

CIERRE				
Objetivo	**Técnica**	**Metodología**	**Recursos**	**Tiempo**
Informar al paciente sobre su desarrollo durante la terapia.	Cierre Terapéutico	Durante esta sesión de cierre es importante discutir con el adolescente los siguientes puntos: 1. Ofrecer información sobre su participación y su evolución durante el proceso terapéutico. 2. Pedir retroalimentación sobre su experiencia en terapia. Preguntarle sobre lo que le gustó y lo qué no le agrado, qué fue lo más y lo menos que le ayudó en terapia.	Humanos	45 min.

Entrenamiento para padres

SESIÓN I

MOTIVACIÓN Y ADHESIÓN AL TRATAMIENTO				
Objetivo	**Técnica**	**Metodología**	**Recursos**	**Tiempo**
Informar a los padres las características principales del programa.	Empatía Psicoeducación	Durante esta sesión se les informará y explicará a los padres los siguientes puntos: 1. Contenido del plan de intervención es decir en qué consistirá el programa, qué se pretende obtener y cómo se lo va a lograr, y la semejanza con el programa dirigido a los adolescentes. 2. Confidencialidad.	Humanos	20 min.
Tomar conciencia de responsabilidad sobre la problemática	Modelado	Se les enfatizará que muchas de las conductas que presentan los adolescentes las han aprendido previamente de su entorno familiar por ejemplo si los padres reaccionan con violencia o por el contrario de manera sumisa ante diferentes situaciones los hijos aprenderán que es adecuado actuar de esa manera y su modo de comportarse será agresivo. Por ello es muy importante ser un buen modelo para los hijos, porque ellos aprenden lo que ven. Además se debe ser congruente: no puedo decirle que deje que gritar cuando yo le estoy gritando, puesto que invalidaré lo que estoy diciendo. Por último, preguntarles: ¿Creen que es importante cambiar algunos aspectos para cambiar la conducta de sus hijos? ¿Es importante involucrarse en el programa para contribuir Con esto pretendemos motivar a los padres a comprometerse a realizar el programa.	Humanos	30 min.

SESIÓN II

PSICOEDUCACIÓN				
Objetivo	**Técnica**	**Metodología**	**Recursos**	**Tiempo**
Concientizar a los padres sobre los efectos y las consecuencias del trastorno disocial	Psicoeducación: Trastorno Disocial	Explicar a los padres los siguientes puntos: 1. Características de una persona con trastorno disocial (conducta disruptiva, violencia, hostilidad, destrucción de la propiedad, incumplimientos de las normas y reglas) 2. Factores que mantienen esas conductas (estilos de crianza, el punitivo o la sobreprotección, así como un bajo nivel de afecto y apoyo emocional, violencia) 3. Consecuencias (deterioro en las relaciones interpersonales, ámbito académico, personal.)	Humanos	20 min.
Concientizar a los padres sobre la violencia para que puedan comprender mejor la condición de sus hijos y su acción como padres	Psicoeducación: Violencia	Explicar a los padres sobre la conducta violenta de sus hijos, puesto que es uno de los principales síntomas que debe ser corregido. Les indicaremos que este tipo de comportamiento puede aprenderse porque en el ambiente en el que se desarrolla es violento y agresivo, o porque no se han instalado límites y normas claras en el hogar. Además es importante explicarles sobre: a) Tipos de violencia: física, psicológica, sexual, económica. b) Ciclo de la violencia: Acumulación de tensión, agresión y el arrepentimiento. c) Escalada de la violencia: Actos de violencia incrementan gradualmente, cada vez son más intensos y peligrosos. Por último, decirles que su participación en el proceso es de vital importancia.	Humanos	15 min.

SESION III

REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA				
Objetivo	**Técnica**	**Metodología**	**Recursos**	**Tiempo**
Reconocer las distorsiones cognitivas	Modelo ABC	Explicar a los padres la base del modelo cognitivo conductual ABC: 1. Situación (A): *Mi hijo llegó tarde y borracho a casa.* 2. Pensamiento (B): *"Es el peor de todos", "nunca me obedece", "siempre hace lo que le da la gana", "no me respeta".* 3. Consecuencia (C): *La consecuencia de ese pensamiento sería sentir coraje, ira, gritarle y castigarlo físicamente.* Hacerles comprender que lo que una persona sé dice a sí misma durante una situación es el factor determinante para que manifieste una determinada reacción.	Humanos	30 min.
	Detección de pensamientos automáticos (Autorregistros)	Pedirles a los padres que analizan situaciones recientes en las que hayan perdido el control por conductas problemáticas de sus hijos y las anoten en la hoja de autorregistro (ANEXO 6), primero les indicaremos que escriban la situación, después los pensamientos negativos, las emociones y finalmente la reacción ante ese pensamiento. Al final se les recalcará que con la realización de este ejercicio se pueden dar cuenta como los pensamientos influyen directamente en las emociones y en la conducta, es decir una persona reacciona dependiendo de cómo interpretó la situación.	Humanos Hoja de registro de pensamientos	15 min.
TAREA: Continuar con el autorregistro que se trabajó durante la sesión, pero además de anotar situaciones en relación a su hijo, colocarán situaciones en el trabajo o con la pareja.				

SESIÓN IV

REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA				
Objetivo	**Técnica**	**Metodología**	**Recursos**	**Tiempo**
Identificar los principales sesgos cognitivos	Revisión de la tarea	Analizar las situaciones que han experimentado a lo largo de la semana y concientizar que la ira, la frustración, tristeza y ansiedad no viene dada por las situaciones en sí mismas sino por cómo las interpretan.	Humanos	20 min.
	Psicoeducación	Explicarles los sesgos cognitivos, que son errores que cometemos los seres humanos, distorsiones en nuestra forma de percibir la realidad y sus características principales son: a) Provocan emociones dolorosas muy intensas b) No tienen utilidad alguna: no sirven para conseguir objetivos c) Son involuntarios. d) No son objetivos: no se relacionan con la realidad. e) Se expresan en lenguaje extremista y totalitario. (usando palabras como “nunca”, “jamás”, “siempre”, “todo”, “nada”…) Seguidamente se les entregará una lista con los principales sesgos cognitivos, se les explicará cada uno citando ejemplos y se le pedirá que identifique los sesgos en los pensamientos negativos que registraron en la tarea.	Humanos Lista de los principales sesgos cognitivos (ANEXO 7)	30 min.
TAREA: Continuar con el registro de las situaciones que les provocan malestar, pero durante esta semana identificarán los sesgos cognitivos en sus pensamientos negativos como lo realizó durante la terapia.				

SESIÓN V

REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA				
Objetivo	**Técnica**	**Metodología**	**Recursos**	**Tiempo**
Modificar creencias irracionales	Revisión de la tarea	Preguntarles cuales son los principales sesgos cognitivos que ellos realizan con mayor frecuencia de acuerdo a los autorregistros de la semana.	Humanos	10 min.
	Método ABCD	Una vez que han identificado sus creencias irracionales, es necesario debatirlos con pensamientos más racionales o más ajustados a la realidad. Por ejemplo, sí su esposa no está de acuerdo con alguna de sus opiniones, y tal vez usted tiene está creencia: *"Nadie está de acuerdo conmigo, de seguro mis opiniones son tontas".* Si tiene ese pensamiento, seguramente sentirá tristeza, frustración cuando los demás opinan de manera distinta. Primero debemos identificar que esa creencia es irracional y no se ajusta a la realidad, eso quiere decir que es un sesgo cognitivo. En ese caso, una vez identificada la creencia irracional es necesario debatirla con un pensamiento objetivo: "*Las personas no tienen que estar siempre a mi favor*" *"Que uno o más personas no estén de acuerdo con mi opinión no significa que mis opiniones sean tontas, eso me demuestran que opinan de manera distinta"* A continuación, retomaremos el autorregistro de la semana y se les indicará que cambien sus pensamientos por otros más realistas.		45 min.
TAREA: Continuar con el registro de las situaciones que les producen malestar, pero durante esta semana modificarán sus pensamientos negativos como lo realizó durante la terapia.				

SESIÓN VI

ENTRENAMIENTO EN AUTOCONTROL				
Objetivo	**Técnica**	**Metodología**	**Recursos**	**Tiempo**
Revisión de la tarea			Hoja de registro	10 min.
Enseñar técnicas que les permitan controlar la ira o la ansiedad en momentos de tensión	Técnicas de distracción (Role-playing)	Explicarles a los padres que cuando empiecen a sentir tensión, cólera o ansiedad es el momento parar los pensamientos que pasan por nuestra cabeza y sustituirlos por actividades mentales que ocupen el lugar de los pensamientos que nos provocaban malestar, como por ejemplo: a) Contar hasta 100. b) Contar las baldosas. c) Contar las líneas o grietas del suelo. d) Cantar una canción. Después se les propondrá una situación para practicar la técnica mediante el role-playing como por ejemplo: *Haz preparado la merienda y cuando ibas a servir la comida en los platos, te has percatado que la persona encargada de lavar la vajilla no lo ha hecho, empiezas a sentir cólera, piensas que esa persona es vaga, irresponsable y estás dispuesto a gritarle e insultarle.*	Humanos	20 min.
	Autoverbalizaciones Positivas	Les explicamos que las autoverbalizaciones son frases positivas que nos decimos antes, durante y después de enfrentarnos a una situación que nos provoca malestar. Las instrucciones son palabras, mensajes u órdenes que nos damos a nosotros mismos y que guían nuestra actuación	Humanos Cartulina	20 min.

		indicándonos lo que debemos hacer o sentir en cada momento como: *"Puedo controlarme", "No voy a permitir que el miedo me gane"* En una situación podríamos emplearlo de la siguiente manera por ejemplo: *He estado trabajando toda el día, estoy cansada, y me gustaría decirle a mis hijos y a mi esposo que me ayudarán, pero por no molestarlos, no les digo nada y estoy dispuesta a preparar la cena aunque este cansada"* En ese momento tengo que repetir la autoverbalización una y otra vez*: "Necesito de su ayuda" "Necesito de su ayuda"* Por último, se les pide que escriban una autoverbalización en un trozo de cartulina de un tamaño que puedan llevarla en la billetera o en la cartera para verla varias veces al día.		
	Tiempo fuera (Role-playing)	Primero les indicamos que esta técnica consiste en abandonar la situación cuando nos han ganado nuestras emociones de ira, durante ese tiempo es importante realizar otra actividad para relajarse como por ejemplo escuchar música, dar un paseo mientras al mismo tiempo se repite las autoverbalizaciones positivas. Una vez que ha disminuido la ira es importante hablar y aclarar las cosas con la persona implicada porque no podemos dejar los problemas sin resolver. Después les pediremos que escojan alguna situación en la cual hayan perdido el control de sus emociones, para aplicar la técnica y practicarla mediante el role-playing.	Humanos	20 min.
TAREA: Utilizar las técnicas aprendidas durante la sesión.				

SESIÓN VII

ENTRENAMIENTO EN RELAJACIÓN				
Objetivo	**Técnica**	**Metodología**	**Recursos**	**Tiempo**
Revisión de la tarea.			Humanos	10 min.
Disminuir las reacciones fisiológicas y emocionales de la ira o la ansiedad	Psicoeducación: Respiración y sus beneficios	Explicar a los padres que la relajación es otra técnica de autocontrol que disminuye las reacciones fisiológicas de la ira, ansiedad como: elevación del ritmo cardíaco, sudoración, ligero aumento de la presión arterial, etc.	Humanos	10 min.
	Respiración Diafragmática	1. Decir a los padres que se siente cómodamente, con la espalda arrimada al espaldar y las piernas rectas y separadas. 2. Seguidamente, indicar que coloque una mano en su pecho y la otra debajo de su caja torácica. Esto le permitirá sentir el movimiento del diafragma cuando realiza la respiración. 3. Inspirar por la nariz en 3 tiempos, haciendo que la mano colocada en su abdomen suba, mientras su otra mano permanece quieta. 4. Indicar que expire por la boca en tres tiempos. 5. Realizar tres series de cinco repeticiones, haciendo una pausa antes de la siguiente serie.	Humanos Música de relajación	15 min.
	Relajación Autógena según Huber	Pedir a los padres que se pongan en una posición cómoda con los ojos cerrados mientras el terapeuta repite las siguientes frases: "El brazo derecho es muy pesado" (6 veces) "Estoy muy tranquilo" (1 vez) "El brazo derecho es muy pesado" (6 veces) "Estoy muy tranquilo" (1 vez) "El brazo derecho es muy pesado" (6 veces) "Estoy muy tranquilo" (1 vez)	Humanos Música de relajación	30 min.

		Terminar con las frases: "Brazos firmes" "Respirar hondo" "Abrir los ojos".		
TAREA: Realizar las técnicas de respiración/relajación durante la semana.				

SESIÓN VIII

ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES BÁSICAS PARENTALES				
Objetivo	**Técnica**	**Metodología**	**Recursos**	**Tiempo**
Revisión de la tarea.			Humanos	10 min.
Fomentar la Disciplina Democrática como un nuevo hábito	Psicoeducación: Disciplina Democrática	Primero, se les explicará los distintos estilos parentales es decir estilos de crianza como: autoritaria (padres imponen reglas rígidas pero no dan afecto), permisiva (padres ofrecen cariño pero no establecen normas ni reglas) y disciplinada (padres determinan normas pero son sensibles a las necesidades de su hijo). La Disciplina Democrática intenta conseguir una educación proporcionada entre la permisividad y la restricción excesiva. Para ello propone: 1. Establecer límites firmes y equitativos. 2. Comunicar normas claras y razonables. 3. Estimular y elogiar los logros. 4. Aplicar medidas a la mala conducta. Por último preguntarles qué estrategias han utilizada hasta ahora para afrontar los conflictos con sus hijos.		20 min.
Enseñar técnicas de modificación de conducta	Refuerzo positivo (Role-play)	Consiste en darle al adolescente algo que supone para él un premio como recompensa después de haber realizado una conducta adecuada. Un refuerzo positivo puede ser: a) Un reforzador social: un beso, un abrazo, un “muy bien” “estoy orgulloso” b) Un reforzador material: una comida fuera, una prenda de ropa, un juego. c) Una actividad: ir al parque, ir a una fiesta. Es importante recalcar que el reforzador debe hacérselo		20 min.

		inmediatamente después de la conducta deseada y debe ser proporcional a la actividad que realizó. Por ejemplo: Lucho está tendiendo su cama. En ese momento debo decirle: *"Muy bien hijo, me gusta mucho que estés tendiendo tu cama"*		
	Castigo negativo o Costo de respuesta (role-play)	Indicarles que el castigo negativo consiste en la retirada de un estímulo agradable cuando se realiza una conducta inadecuada. Por ejemplo: Si su hijo no arregla su cuarto no podrá salir con sus amigos el fin de semana.	Humanos	20 min.
TAREA: Realizar las técnicas aprendidas durante la sesión.				

SESIÓN IX

ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES BÁSICAS PARENTALES				
Objetivo	**Técnica**	**Metodología**	**Recursos**	**Tiempo**
Revisión de la tarea.			Humanos	10 min.
Enseñar técnicas de modificación de conducta	Extinción (Role-playing)	Indicarles que el procedimiento de extinción parte del principio teórico de que cualquier conducta que aparezca con cierta periodicidad, lo hace porque está siendo reforzada o premiada de algún modo. Por ejemplo: *Tu hijo no recoge jamás su habitación. Tú ya se lo has dicho bien, mal, le has reñido, le has castigado…. Y no has obtenido cambio alguno*. Hay que tener en cuenta que la atención que recibimos de los demás es un enorme reforzador, aunque esta atención sea negativa (Ej. reñir a tu hija, echarle un sermón…). Por lo tanto, tienes que eliminar esa atención, porque no está haciendo otra cosa que mantener la conducta indeseada. Entonces cuando tu hijo hago algún berrinche o exija cosas es mejor ignorarlo.		20 min.
	Sobrecorrección (Role-playing)	Explicar a los padres que cuando su hijo realice una conducta incorrecta debe realizar una conducta adecuada para reparar el daño causado. Por ejemplo: si el joven en un momento de irritación arroja al suelo algún objeto, no sólo ha de limpiar y recoger lo que rompió, sino que además, deberá limpiar toda la habitación. Además es importante aplicarla tan pronto como sea posible, es decir después de la conducta inadecuada.		20 min.
TAREA: Realizar las técnicas aprendidas durante la sesión.				

SESIÓN X

ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES DE COMUNICACIÓN				
Objetivo	**Técnica**	**Metodología**	**Recursos**	**Tiempo**
Revisión de la tarea.			Humanos	10 min.
Enseñar técnicas para mejorar la comunicación entre los padres y el adolescente	Psicoeducación	Explicar a los padres sobre la importancia de la comunicación en familia, los diferentes estilos de comunicación (pasivo, agresivo y asertivo) y sus ventajas y desventajas.		20 min.
	Escucha activa	Enseñar a los padres que la comunicación no sólo significa hablar, más importante es saber escuchar, para ello es fundamental: a) Interesarse sinceramente en lo que expresan los adolescentes. b) El contacto ocular. c) Verificar lo que escucha (Parafrasear). d) Aclarar lo que no entiende. e) Reconocer y validar los sentimientos.		20 min.
	Mensajes “YO”	El “Mensaje yo” es una forma de comunicarse en la cual el sujeto se responsabiliza de lo que expresa sin fijar directamente la responsabilidad en la otra persona. Es un mensaje por tanto facilitador y persuasivo, al contrario que el “mensaje tú” (“Tú me haces sentir…), (Tú no dejas que yo…) que puede ser obstaculizador y generar ofensa en nuestro interlocutor. El proceso sería: *a)* Describo lo que hace el otro: *Cuando no llegas a casa temprano.* b) Expreso lo que siento: *Me preocupo porque siento que algo malo te pudo haber pasado.*	Hojas	20 min.

		c) Propongo lo que me gustaría: *Me agradaría que fueras más responsable y llamarás.* Por último, les entregamos una hoja y se les pedirá que coloquen situaciones que hayan sucedido recientemente y después a cada situación le aplicarán el mensaje “YO”.		
TAREA: Ampliar la lista con otras situaciones que sucedan a lo largo de la semana.				

SESIÓN XI

ENTRENAMIENTO EN SOLUCIÓN DE PROBLEMAS				
Objetivo	**Técnica**	**Metodología**	**Recursos**	**Tiempo**
Buscar otras alternativas para resolver los conflictos de manera adecuada	Resolución de problemas	Explicarles que un problema es aquel que tiene una o varias soluciones pero que en determinadas situaciones, de vital importancia, se toma decisiones sin reflexionarlas, por ello es importante analizar el problema detenidamente, para ello se realizará el siguiente proceso: 1. Definir el problema. 2. Buscar alternativas: Es importante buscar el mayor número de alternativas de solución a los problemas, así se tendrá mejores oportunidades de encontrar la mejor. 3. Valorar las consecuencias de cada alternativa: Una vez que tengamos una lista de las alternativas, procederemos a colocar las ventajas y desventajas y se valorara a cada una con puntuación de 0 a 10. Seguidamente se sumarán las puntuaciones para las ventajas y desventajas, 4. Elegir la mejor alternativa posible: Finalmente, una vez que se ha analizado las alternativas se procede a escoger la más adecuada. Por último, se les entregará la hoja de registro y se les indicará que identifiquen un problema y sigan el proceso para resolverlo.	Humanos Hoja de registro (ANEXO 8)	60 min.
TAREA: Llevar a cabo la solución propuesta para ver si funcionó y realizarla en otra ocasión o intentar con otra solución.				

SESIÓN XII

ENTRENAMIENTO EN PREVENCIÓN DE RECAÍDAS Y CIERRE				
Objetivo	**Técnica**	**Metodología**	**Recursos**	**Tiempo**
Revisión de la tarea.			Hoja de registro	10 min.
Identificar factores de riesgo y estrategias para evitar recaídas	Registro de factores de riesgo y estrategias para evitar una recaída	Explicarles a los padres que la recaída se da cuando una persona pierde el autocontrol ante determinadas situaciones que se consideran de riesgo. Además es importante mencionarle la diferencia entre una caída y una recaída. La primera se considera un error en el afrontamiento de una situación, mientras que la recaída representa un regreso prolongado a los patrones de conducta previos al tratamiento. La recaída representa una crisis y un retroceso en el intento por mantener un cambio en la conducta. Por ello es importante identificar que situaciones pueden provocar una recaída y anotarlas en el registro. Por último, una vez que han identificado sus situaciones de riego, es el momento de proponer estrategias o hacer uso de las técnicas aprendidas en terapia para preparar como afrontaría dichas situaciones.	Humanos Hoja de prevención de recaídas (ANEXO 9)	45 min.
Informar a los padres sobre su desarrollo durante la terapia.	Cierre terapéutico	Durante esta sesión de cierre es importante discutir los siguientes puntos: 1. Ofrecer información sobre su participación y su evolución durante el proceso terapéutico. 2. Pedir retroalimentación sobre su experiencia en terapia. Preguntarle sobre lo que le gustó y lo qué no le agrado, qué fue lo más y lo menos que le ayudó en terapia.	Humanos	20 min.

Terapia Familiar

SESIÓN I

MOTIVACIÓN Y ADHESIÓN AL TRATAMIENTO				
Objetivo	**Técnica**	**Metodología**	**Recursos**	**Tiempo**
Informar a los padres y al adolescente las características principales del programa.	Psicoeducación	Durante esta sesión se les informará y explicará a los miembros de la familia los siguientes puntos: 1. Contenido de la intervención es decir en qué consistirá el programa, qué se pretende obtener con la terapia familiar, y cual es la diferencia de la intervención individual. 2. Confidencialidad. 3. Reglas de interacción: a) No interrumpir mientras otra persona está hablando, b) Expresarse de manera asertiva, c) Evitar términos despectivos. y d) Aplicar la escucha activa.	Humanos	20 min.
Promover el intercambio positivo en familia	Texto Narrativo: Carta de Evolución durante el tratamiento	Les pediremos a los miembros de la familia que elaboren una carta en la cual van a escribir acerca del tratamiento individual, la evolución que han tenido, los esfuerzos realizados, los aspectos positivos y negativos, y su percepción positiva del resto de la familia. Por último, cada uno leerá su carta en voz alta y se les preguntará: ¿cuál es el cambio que más les ha gustado de sí mismo y de los demás? ¿Qué aspectos tiene que reforzar o cambiar de sí mismo y de los demás? Y ¿por qué?	Hojas	50 min.

SESIÓN II

FAMILIA Y CONTRATO DE CONTINGENCIAS				
Objetivo	**Técnica**	**Metodología**	**Recursos**	**Tiempo**
Conocer la importancia de mi papel dentro de la familia	Psicoeducación: Familia	Se explicará sobre la importancia de la familia en el desarrollo de las personas, los tipos de familia funcional - disfuncional y sus principales características (Funcional: comunicación asertiva, afecto, organización jerárquica, ect. Disfuncional: falta de comunicación, carencia afectiva, desorganización en la jerarquía familiar, etc.), los roles que desempeña cada miembro de la familia funcional con sus obligaciones y derechos. Por último, se les pedirá a cada uno de los miembros de la familia que respondan a las siguientes preguntas: a) ¿Qué es para ti la familia? b) ¿Qué crees que tú familia necesita para ser mejor? c) ¿Qué aporte harías tú para mejorar el funcionamiento familiar? d) ¿Cuál es tu rol dentro de la familia y por qué?	Humanos	30 min.

Favorecer la convivencia entre los miembros de la familia	Contrato de contingencias	Durante esta sesión para reforzar y favorecer la convivencia se elaborará un contrato de contingencias, documento escrito que explica las acciones que el adolescente está de acuerdo en realizar, estableciendo además tanto las consecuencias del cumplimiento y del no cumplimiento de tal acuerdo. Para la realización de esta negociación: a) Primero se les pedirá a los padres que elaboren una lista de las acciones que les gustaría que el joven haga y cuántas veces la tiene que realizar, así como también aquellas conductas inaceptables. b) Después, se les explicará qué escriban detalladamente las recompensas o premios que obtendrá cuando realice el comportamiento acordado y en las condiciones pactadas. c) También se les dirá que escriban las consecuencias negativas al no llevar a cabo los cambios que le corresponden al adolescente. d) Finalmente ambas partes lo analizan y se comprometen a cumplir lo acordado; por tanto, debe ser firmado por los padres y el adolescente.	Contrato de Contingencias (ANEXO 11)	45 min.
TAREA: Realizar las actividades pactadas en el contrato de contingencias.				

SESIÓN III

ENSAYO DE LAS TÉCNICAS				
Objetivo	**Técnica**	**Metodología**	**Recursos**	**Tiempo**
Revisión de la tarea.			Humanos	15 min.
Practicar en familia las técnicas aprendidas a lo largo de la intervención	Role-playing Modelado	Se les explicará a los miembros de la familia que durante esta sesión se realizará role-playing de una situación en la que perdieron el control, para ello les pediremos que en grupo analicen y escojan una situación. Una vez que hayan escogido la situación, se realizará la dramatización pero haciendo uso de las técnicas aprendidas a lo largo de la intervención. Cuando terminen el role-playing, el terapeuta les preguntará: 1) ¿Cuáles creen que son sus puntos fuertes y débiles durante el uso de las técnicas? 2) ¿En qué creen que fallaron? 3) ¿Qué deberían hacer en otra ocasión para mejorar? Después el terapeuta realizará retroalimentación, diciéndoles lo bueno y lo malo de su demostración. Por último, se ejecutará nuevamente la escenificación, pero en está ocasión el terapeuta pausará la escena cuando no sé esté actuando adecuadamente y servirá de modelo para que el miembro de la familia lo observe y vuelva a realizarlo desde otra perspectiva.		45 min.
TAREA: Realizar las actividades pactadas en el contrato de contingencias.				

SESIÓN IV

ENSAYO DE LAS TÉCNICAS				
Objetivo	**Técnica**	**Metodología**	**Recursos**	**Tiempo**
Revisión de la tarea.			Humanos	15 min.
Practicar en familia las técnicas aprendidas a lo largo de la intervención e	Ensayo de una situación conflictiva	En esta sesión, se planteará una situación conflictiva en la cual los miembros de la familia deberán resolverla en conjunto sin hacer uso de la violencia. Para ello, les informaremos que durante la sesión se realizará un juego de cartas (como por ejemplo poker), pero antes en conjunto deben escoger el objeto o la situación que ganará el triunfador del juego. Además se le indicará a cualquier miembro de la familia que durante el juego intente sabotear y hacer trampa para ganar. Ante esta situación veremos cómo reaccionan los demás miembros y cómo intentan resolver la situación. Una vez finalizado el juego, se les explicará sobre el sabotaje y se les preguntará: 1) ¿Cómo se sintieron durante el juego? 2) ¿Se pudieron controlar ante esa situación? 3) ¿Cuáles fueron sus puntos fuertes y débiles? Por último el terapeuta realizará retroalimentación.	Juego de naipes	45 min.
TAREA: Realizar las actividades pactadas en el contrato de contingencias.				

SESIÓN V

PREVENCIÓN DE RECAÍDAS Y CIERRE				
Objetivo	**Técnica**	**Metodología**	**Recursos**	**Tiempo**
Revisión de la tarea.			Humanos	15 min.
Comprometer a los miembros de la familia y ver de qué manera pueden ayudarles a mantener los cambios	Prevención de recaídas	En esta sesión se utilizará las hojas de registro de prevención de recaídas que realizaron en la terapia individual. Posteriormente, cada miembro de la familia leerá su hoja de registro y se les preguntará a los demás: 1) ¿Qué necesita agregar? 2) ¿Qué situaciones requieren de la colaboración de los demás para evitar recaídas? 3) ¿A qué me comprometo para ayudarle a evitar una recaída?	Hoja de registro de prevención de recaídas	45 min.
Informar sobre el desarrollo de los miembros de la familia durante la terapia	Cierre terapéutico	Durante esta sesión de cierre es importante discutir los siguientes puntos: 1. Ofrecer información sobre su participación y su evolución durante el proceso terapéutico. 2. Pedir retroalimentación sobre su experiencia en terapia. Preguntarles sobre lo que les gustó y lo qué no les agrado, qué fue lo más y lo menos que les ayudó en terapia.	Humanos	20 min.

Terapia Grupal Adolescentes

SESIÓN I

PRESENTACIÓN Y PSICOEDUCACIÓN				
Objetivo	**Técnica**	**Metodología**	**Recursos**	**Tiempo**
Informar sobre el programa y las reglas durante la terapia	Psicoeducación	Durante esta sesión se les informará y explicará a los adolescentes los siguientes puntos: 1. Contenido de la intervención es decir en qué consistirá el programa, qué se pretende obtener con la terapia grupal 2. Reglas de interacción: a) No interrumpir mientras otra persona está hablando, b) Expresarse de manera asertiva, c) Evitar términos despectivos. y d) Aplicar la escucha activa.	Humanos	15 min.
Informar sobre el Trastorno Disocial	Psicoeducación	El terapeuta expondrá a los pacientes sobre el trastorno disocial y sus consecuencias a nivel personal, social y familiar.		20 min.
Promover la importancia de una buena salud mental	Trabajo en grupo Exposición	Se forman grupos y a cada uno se les entregan un papelógrafo, marcadores, periódicos y revistas. Se les pedirá que elaboren un mapa conceptual que pueda dar respuesta a lo que significa salud y mental y qué acciones podemos realizar para favorecer nuestra salud mental. Una vez terminado el trabajo, cada grupo, a través de un representante, compartirá el trabajo realizado explicando cómo llegaron a esas conclusiones. Finalmente se preguntará a los pacientes: “Con todo lo que hemos escuchado de cada grupo, ¿cómo podríamos mantener una salud mental?	Papelógrafos Revistas Periódicos Tijeras Goma Marcadores	30 min.

SESIÓN II

RECONOCIENDO EMOCIONES				
Objetivo	**Técnica**	**Metodología**	**Recursos**	**Tiempo**
Identificar nuestras emociones	Trabajo en grupo Lluvia de ideas	a) Explicar que se realizará un ejercicio para identificar cómo reconocer las diferentes emociones que experimentamos en nuestra vida. b) Escribir en un pizarrón que esté en un lugar visible de la sala las cinco emociones básicas (miedo, ansiedad, ira, tristeza y placer) y dibujar la cara que las represente a cada una. c) Entregar una hoja a cada uno de los participantes, y pedir que de manera individual dibujen la cara que representa la emoción que expresan con más facilidad y que a ese dibujo le asignen el número 1. Luego, la que expresan con cierta facilidad, pero no tanto como la primera y que le asignen el número 2. A continuación, la que les es indiferente y le asignen el número 3. Luego, la emoción que tienen algo de dificultad para expresar y le asignen el número 4; y por último, la emoción que les es muy difícil de expresar y le asignen el número 5. d) Se forman grupos de entre 3 a 4 participantes y compartan con sus compañeros lo que reflexionaron. e) Finalmente cada grupo, elige un representante, el cual se dirige al resto exponiendo las reflexiones del grupo.	Pizarrón Hojas Esferos	30 min.
	Psicoeducación	El terapeuta explica sobre los sentimientos, las emociones, la importancia de expresarlos y las consecuencias de no expresarlos correctamente.	Humanos	20 min.

SESIÓN III

ENTRENAMIENTO EN CONTROL DE LA IRA				
Objetivo	**Técnica**	**Metodología**	**Recursos**	**Tiempo**
Reflexionar e identificar las situaciones que generan ira y como reacciono	Psicoeducación	El terapeuta expondrá sobre la ira, que es otra emoción al igual que la tristeza, la felicidad. Es perfectamente natural enojarse algunas veces; de hecho, es importante enojarse a veces. Pero la ira debe liberarse de forma apropiada, muchas personas confunden la ira con la violencia, creyendo que es lo mismo. Preguntarles: a) ¿Qué tipo de cosas los enfurecen? b) ¿Qué sucede cuando se enojan? c) ¿Qué hacen cuando se enfurecen? d) ¿Cómo se sienten los demás cuando se enojan?	Humanos	20 min.
Identificar formas positivas de reaccionar frente a la ira.	Role-playing	a) Dividir a los participantes en grupos de entre 3 a 4 personas, y pide que cada integrante del grupo comente alguna experiencia personal. Por ejemplo, una situación que vivieron u observaron en la cual sintieron rabia. b) Indicar a los participantes que luego de haber oído las experiencias de cada miembro del grupo, seleccionen una de las historias compartidas para ser representada a través de una dramatización. c) Una vez que los grupos hayan hecho sus representaciones, preguntarles: ¿Era necesario reaccionar agresivamente?, ¿la ira es una emoción controlable o incontrolable? ¿Cuál sería una forma positiva y constructiva de reaccionar cuando estamos con ira?		30 min.

SESIÓN IV

ENTRENAMIENTO EN RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS				
Objetivo	**Técnica**	**Metodología**	**Recursos**	**Tiempo**
Concientizar sobre la importancia de saber resolver los problemas de una manera adecuada	Psicoeducación	El terapeuta preguntará a los pacientes: ¿a qué llamamos conflictos? ¿Cómo resolvemos los conflictos? Una vez recolectadas las ideas, el terapeuta elaborara un concepto basándose en estas, además afianzará la información exponiendo actitudes ante el conflictivo (negación, evitación, atribución del conflicto a factores externos), estructura del conflicto (causas, protagonistas) y técnicas de solución de conflictos (negociación, mediación).	Humanos	20 min.
Identificar diferentes opciones para resolver un conflicto	Role-playing	1. El terapeuta formara grupos de forma aleatoria. 2. Una vez que estén conformados los grupos se les dirá una situación, por ejemplo: “Por haber sacado malas calificaciones, mis papás me prohíben salir durante un mes”. Tendrán dos minutos para platicar entre ellos: lo que sienten, lo que piensan y lo que a base de sus emociones y pensamientos querrían hacer, después representarán mediante una dramatización las posibles soluciones. 3. Luego, expondrán al grupo de forma razonada su decisión. 4. Finalmente en grupo se evalúan las situaciones representadas discutiendo por qué se ha elegido esa opción y no otra, y dialogando sobre las más convenientes.		30 min.

SESIÓN V

ENTRENAMIENTO EN RELAJACIÓN				
Objetivo	**Técnica**	**Metodología**	**Recursos**	**Tiempo**
Disminuir efectos psifiológicos de la ira, ansiedad y estrés	Visualización guiada: Polvos mágicos[36]	a) Cierra tus ojos y respira profundamente; mucho más profundo de lo que respiras normalmente. Con cada respiración, siente como te vuelves más liviano, más tranquilo, más pacífico y más relajado. Imagina una alfombra mágica frente a ti – es suave con franjas de colores. Es bellísima. b) Siéntate sobre la alfombra y deja que te eleve suavemente. Te sientes cómodo y seguro sobre ella mientras te lleva por el cielo. ¡Disfruta del vuelo! ¡Disfruta del viento y de la emoción! c) Decides parar y ver hacia abajo. Ves dónde estás creciendo, tu casa, tu colegio, tus amigos, vecinos y la vista a tu alrededor… d) De pronto, un viejo y sabio mago se sienta a tu lado. El mago tiene una barba larga blanca y un bello traje largo y azul. Tiene, en sus manos, una varita mágica y una bolsa de tela. Te mira con sus ojos llenos de amor y te da la bolsa de tela. Dentro de esta bolsa, te explica, hay polvo mágico. Si lo usas, podrás crear todo lo que has soñado, y tendrás todas las cosas que has querido. Al utilizar el polvo mágico, puedes cambiar el mundo que ves debajo. e) Le das las gracias al mago por el polvo mágico, abres la bolsa…y el mago desaparece. Bajas un poco la alfombra mágica y vuelas sobre los lugares conocidos de tu barrio. Toma un poco de	Música Instrumental	45 min.

		ese polvo mágico y espolvoréalo donde te gustaría ver o sentir las cosas diferente. Puedes cambiar o agregar lo que quieras para crear un mundo que te haría feliz. Puedes traer a tu mundo personas o animales que te gustaría tener ahí. Al espolvorear tu polvo mágico, un nuevo y bello mundo es revelado debajo de ti. La vista cambia, los colores son más brillantes, la manera que sientes cambia…hasta puedes agregar buenas cualidades que tú quieras con tu polvo mágico. Toma tu tiempo ahora para crear un mundo mágico y seguro. f) Observa la nueva realidad que has creado; agradece a tu imaginación y tu libertad para elegir y crear. Mantén este lugar que has creado en tu memoria y corazón, sabiendo que siempre puedes regresar a él utilizando tu imaginación. Aún mejor, lentamente crearás esta realidad en tu vida real. g) Mueve los dedos de tus manos y pies suavemente, estírate con una respiración profunda y abre tus ojos.		

SESIÓN VI

AUTOESTIMA				
Objetivo	**Técnica**	**Metodología**	**Recursos**	**Tiempo**
Reconocer e identificar como es una persona con baja y buena autoestima	Lluvia de ideas	El terapeuta pide a los pacientes que expresen ¿qué es la autoestima?, ¿cómo es una persona con baja y alta autoestima? A raíz de esos criterios se favorecerá la retroalimentación y afianzará la información.	Humanos	20 min.
Identificar la forma de cómo se percibe la persona	Dinámica: ¿Quién soy?	1. El terapeuta indica a los pacientes que elaboren un collage donde expresen ¿Quién soy? 2. Una vez finalizado el collage el terapeuta divide al grupo en subgrupos. 3. Cada uno de los integrantes del subgrupo interpreta el "COLLAGE" de cada participante. Sólo cuando 4 o 5 compañeros han expresado su punto de vista, el autor explica o aclara su obra. 4. Una vez que los subgrupos han terminado se hace una mesa redonda general con el objeto de evaluar la experiencia. Al finalizar la reflexión personal, se hará retroalimentación haciendo las siguientes preguntas: a) ¿Cómo se sintieron a medida que se detuvieron a pensar y sentir sobre ustedes mismos? b) ¿Descubrieron o recordaron aspectos nuevos y escondidos de ustedes? c) ¿Hubo algún detalle que se les hizo difícil reconocer? d) ¿Cómo creen que influye su autoestima en los demás?	Revistas Tijeras Goma Cartulinas	40 min.

SESIÓN VII

ASERTIVIDAD				
Objetivo	**Técnica**	**Metodología**	**Recursos**	**Tiempo**
Conocer y reconocer el estilo de comunicación	Psicoeducación	El terapeuta expondrá sobre los tipos de comunicación: Pasivo, agresivo y asertivo. Ventajas y desventajas de cada uno.	Humanos	20 min.
Construir respuestas asertivas	Trabajo en grupo Análisis de situaciones	a) Dividir a los pacientes en equipos y a cada equipo darle 2 situaciones hipotéticas por ejemplo: Un amigo pide mis apuntes para un examen que tenemos el día posterior. Indicarles que para cada situación deben dar un ejemplo de respuesta pasiva, una agresiva y una asertiva. b) Al terminar, pedirles que expliquen al resto del grupo sus elecciones, y si alguna respuesta asertiva no está bien estructurada, construir una respuesta adecuada con el grupo. c) Finalmente preguntarles a manera de reflexión personal: “Mientas trabajaban en equipo ¿Qué estilo de relación adoptaron? ¿Si eligieron un estilo pasivo o agresivo y por qué creen que lo hicieron?		30 min.

SESIÓN VIII

FAMILIA				
Objetivo	**Técnica**	**Metodología**	**Recursos**	**Tiempo**
Analizar la importancia de la familia en nuestras vidas	Lluvia de ideas	El terapeuta pide a los pacientes que expresen lo que significa para ellos la familia, ¿por qué es importante?	Humanos	10 min.
	Reflexión	Mostrarles a los adolescentes el video "La familia es para siempre" en el cual se muestra a un joven que sale con sus amigos y no le presta atención a su familia, pero después de un accidente en el que queda parapléjico la familia es quien lo apoya. Una vez que se ha terminado el video les preguntamos: ¿Cómo relacionan su vida con el video?	Video "La familia es para siempre"[37]	20 min.
	Role-playing	Se forman grupos y cada uno prepara una dramatización sobre la manera cómo se comparte en familia en diversas situaciones (un paseo familiar, navidad, cumpleaños, la hora del desayuno, etc), tratando de mostrar lo que sucede en la realidad. Terminadas las dramatizaciones, se realiza la reflexión a través de las siguientes preguntas: a) ¿Cuál de los momentos anteriormente dramatizados fomenta la unidad familiar? b) ¿Cómo se podría planificar el tiempo para obtener mayores satisfacciones? c) ¿De qué forma les gustaría emplear el tiempo libre? d) ¿Están conformes con la forma en que comparten con sus familias? e) ¿Qué harían para mejorar la relación familiar?	Humanos	30 min.

SESIÓN IX

EMPATÍA				
Objetivo	**Técnica**	**Metodología**	**Recursos**	**Tiempo**
Fomentar la empatía	Lluvia de ideas	El terapeuta pide a los pacientes que expresen lo que significa para ellos la empatía, ¿por qué creen que es importante? Por último, una vez que los adolescentes han dado sus ideas, el terapeuta afianzará la información.	Humanos	10 min.
	Las tres urnas	Primero colocamos tres urnas, cada uno con la siguiente etiqueta: "Me gustaría superar..."; "Me arrepiento de...."; "Un problema mío es...." Después se les entrega tres papeles a cada uno y se les indica que tienen que terminar la frase de manera anónima y colocarla en la urna respectiva. Una vez que han depositado todos sus papeletas procedemos al escrutinio. Se les entregan las papeletas y cada uno empieza a leerlas y comentarlas en grupo respondiendo a las siguientes preguntas: a) ¿Por qué creen que puso esa terminación? b) ¿Cómo creen que se siente esa persona? c) ¿Qué solución le darían?	Tres cajas de zapatos Hojas	45 min.

SESIÓN X

PREVENCIÓN DE RECAÍDAS Y CIERRE				
Objetivo	**Técnica**	**Metodología**	**Recursos**	**Tiempo**
Identificar situaciones de riesgo y estrategias para evitar recaídas Practicar las estrategias para prevenir recaídas	Lluvia de ideas	El terapeuta pide a los pacientes que expresen cuáles son sus factores de riesgo y que tienen que hacer en caso de una recaída.	Humanos	10 min.
	Tarjeta de Emergencia	A cada adolescente se le entregará una cartulina, la cual van a doblar por la mitad y colocarán lo siguiente: a) Portada: se les indicará que coloquen una frase o una imagen que los motive o les recuerde que mantener el cambio es importante. b) En la hoja posterior, anotarán los principales factores de riesgo, y c) Por último, escribirán las estrategias o técnicas que van a utilizar en esos factores de riesgo.	Revistas Cartulina 10 x 15	30 min.
	Role-playing	El terapeuta formará grupos, y les indicará que preparen una dramatización sobre una situación que supone un riesgo y cómo deberían actuar en ese momento para evitar una recaída. Al finalizar casa dramatización se les realizará las siguientes preguntas: 1) ¿Están de acuerdo con la estrategia que escogió el grupo para afrontar la situación de riesgo? 2) ¿Qué otras estrategias hubieran utilizada? 3) ¿Cuáles fueron sus puntos fuertes y débiles?	Humanos	30 min.

Informar sobre el desarrollo de los adolescentes durante la terapia	Cierre terapéutico	Durante esta sesión de cierre es importante discutir los siguientes puntos: 3. Ofrecer información sobre su participación y su evolución durante el proceso terapéutico. 4. Pedir retroalimentación sobre su experiencia en terapia. Preguntarles sobre lo que les gustó y lo qué no les agrado, qué fue lo más y lo menos que les ayudó en terapia.	Humanos	20 min.

BIBLIOGRAFÍA

1. Vásquez y otros. (2010).*Guía clínica para el Trastorno Disocial*. México. Edición Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, p. 11
2. Medina, R. (1990). La educación personalizada en la familia. Madrid. Ediciones Rialp S.A. p. 282.
3. Rodrigo, M.J. y Palacios, J. (2008). Familia y desarrollo humano. Madrid. Editorial alianza, S.A., p. 19.
4. De Lourdes, L. (2003). Familia: Un enfoque psicológico sistémico. México. Editorial Pax, p. 19.
5. De Lourdes, L. (2003). Familia: Un enfoque psicológico sistémico. México. Editorial Pax, pp. 20-21
6. De Lourdes, L. (2003). Familia: Un enfoque psicológico sistémico. México. Editorial Pax, pp. 21-22.
7. De Lourdes, L. (2003). Familia: Un enfoque psicológico sistémico. México. Editorial Pax, pp. 23-24.
8. De Lourdes, L. (2003). Familia: Un enfoque psicológico sistémico. México. Editorial Pax, p. 25.
9. De Lourdes, L. (2003). Familia: Un enfoque psicológico sistémico. México. Editorial Pax, pp. 26-27.
10. Berger, k. (2007). Psicología del Desarrollo: Infancia y Adolescencia. Séptima Edición. Madrid. Editorial Médica Panamericana, pp. 301-302
11. HOWELL. (1997). Juvenile Justice & Youth Violence, Editorial Sage. p. 141.

12. Costa Ball, D. Escala de evaluación del funcionamiento familiar -FACES IV-: Proceso de adaptación a Montevideo, Uruguay. Cienc. Psicol., Montevideo, v. 3, n. 1, mayo 2009. Recuperado en 01 de enero de 2014, de http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S168840942009000100005&lng=es&nrm=iso.
13. Costa Ball, D. Escala de evaluación del funcionamiento familiar -FACES IV-: Proceso de adaptación a Montevideo, Uruguay. Cienc. Psicol., Montevideo, v. 3, n. 1, mayo 2009. Recuperado en 01 de enero de 2014, de http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S168840942009000100005&lng=es&nrm=iso
14. Costa Ball, D. Escala de evaluación del funcionamiento familiar -FACES IV-: Proceso de adaptación a Montevideo, Uruguay. Cienc. Psicol., Montevideo, v. 3, n. 1, mayo 2009. Recuperado en 01 de enero de 2014, de http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S168840942009000100005&lng=es&nrm=iso.
15. Merani, A. (1982). Diccionario de Psicología. España. Editorial Grijalbo, p. 27.
16. Coleman, J. y Hendry, L. (2003).Psicología de la Adolescencia. Cuarta Edición. Madrid. Ediciones Marata S.L., p. 39.
17. Kail, R. y Cavanaugh, J. (2006). Desarrollo humano una perspectiva del ciclo vital. Quinta Edición, México, Thomson, p. 326.
18. Weiten, W. (2007). Psicología: temas y variaciones. Madrid. Ediciones Paraninfo, S.A., p. 454.
19. Rice, F. (1997). Desarrollo Humano Estudio del ciclo vital. Segunda Edición.Madrid. Prentice Hall, pp. 404-405.

20. Rice, F. (2000). Adolescencia: desarrollo, relaciones y cultura. Primera Edición.Madrid. Prentice Hall, p. 213.
21. Yaría, J. (2005). Drogas: escuela, familia y prevención. Primera Edición. Buenos Aires. Editorial Bonum, p. 101.
22. Barrón, M. y otros. (2005). Inequidad socio-cultural: riesgo y resiliencia. Primera Edición. Argentina. Editorial Brujas, p. 16.
23. Comisión Económica para américa Latina y el Caribe (CEPAL) (2004). Panorama Social de América Latina. Santiago de Chile. Octubre 2014. Recuperado en 28 de enero de 2014, de: http://www.eclac.org/publicaciones/xml/6/20386/Presentacion_ps04_JLM.pdf
24. Organización Mundial de la Salud. (1992).Décima revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE 10), p. 207.
25. Organización Mundial de la Salud. (1992).Décima revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE 10), p. 207.
26. Contreras, R. (2013). Mi Rebelde Con-sentido. Padres deficientes-Hijos desafiantes. WessBowPress, p. 29.
27. Mardomingo, M. (1994). Psiquiatría del niño y del adolescente. Madrid. Edisiones Díaz de Santos. S.A., pp. 451-452.
28. Contreras, R. (2013). Mi Rebelde Con-sentido. Padres deficientes-Hijos desafiantes. WessBowPress, p. 31.
29. Ribes, M. y otros. (2006). Educadores de menores. Diputación Foral de Bizcaia. Sevilla. Editorial MA, S.L., pp. 349-350.
30. Peña-Olvera, Francisco de la, & Palacios-Cruz, Lino. (2011). Trastornos de la conducta disruptiva en la infancia y la adolescencia: diagnóstico y tratamiento.

Salud mental, 34(5), 421-427. Recuperado en 01 de enero de 2014, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252011000500005&lng=es&tlng=es.

31. Rice, F. (1997). Desarrollo Humano Estudio del ciclo vital. Segunda Edición.Madrid. Prentice Hall, pp. 406-407.
32. Blanco, A. (2007). Convivir con la violencia: Un análisis desde la psicología y la educación de la violencia en nuestra sociedad. España. Ediciones de la Universidad de Castilla-La Mancha, p. 144.
33. Silva, A. (2003). Conducta Antisocial: Un enfoque psicológico. México. Editorial Pax, p. 36.
34. Silva, A. (2003). Conducta Antisocial: Un enfoque psicológico. México. Editorial Pax, p. 37.
35. Del Valle Nieves Quiroz (2007). La familia y el maltrato como factores de riesgo de conducta antisocial. Recuperado de: http://www.inprfcd.org.mx/pdf/sm3004/sm300447.pdf
36. Visualización guiada “Polvos mágicos”: http://rainbowkidsyoga.es/articles/relaxation_visualization.html
37. Video “La familia es para siempre”: https://www.youtube.com/watch?v=DHg8fX7oDQk&hd=1

ANEXOS

Anexo 1

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

Carrera de Psicología Clínica

Proyecto de Tesis:

"INFLUENCIA DE LA FAMILIA EN ADOLESCENTES CON TRASTORNO DISOCIAL ENTRE 12 Y 18 AÑOS QUE PERMANECEN BAJO CUSTODIA LEGAL EN EL CENTRO DE ATENCIÓN INTEGRAL (CAI) ZONA 7 DURANTE EL PERIODO OCTUBRE 2013 - FEBRERO 2014"

AUTOR:

María Belén Correa Cordero

ASESOR:

Psc. Clínico. Fernando Sarmiento Lemus

“INFLUENCIA DE LA FAMILIA EN ADOLESCENTES CON TRASTORNO DISOCIAL ENTRE 12 Y 18 AÑOS QUE PERMANECEN BAJO CUSTODIA LEGAL EN EL CENTRO DE ATENCIÓN INTEGRAL (CAI) ZONA 7 DURANTE EL PERÍODO OCTUBRE 2013 - FEBRERO 2014”

PROBLEMATIZACIÓN

La funcionalidad de la familia es un factor importante y determinante en el mantenimiento o conservación de la salud física y mental. La familia funcional se caracteriza porque todos sus miembros han aprendido a cumplir sus responsabilidades, a dar y recibir amor y enfrentan los conflictos con una madurez adecuada, en cambio, si no cumple adecuadamente sus funciones, hablamos de una familia disfuncional.

Hoy en día es común encontrar adolescentes que se relacionan de manera conflictiva o por el contrario de manera pasiva, no dicen nada, solamente se quedan callados sin defenderse, con padres que trabajan todo el día y no les dedican tiempo, o padres muy vehementes y rígidos. Por lo general se piensa que los jóvenes con graves problemas de conducta provienen de hogares muy disfuncionales, rotos, mal constituidos o desestructurados por la migración; que son hijos de padres con algún problema de adicción o totalmente irresponsables, que no les brindaron ninguna clase de amor y protección.

No se puede evitar hablar sobre el papel que representa la familia en los trastornos de conducta y la influencia de está en la estabilidad emocional del adolescente, por ciertas circunstancias ligadas con la disfuncionalidad familiar pueden alterar el equilibrio afectivo y desencadenar una serie de problemas vinculados con el comportamiento como vandalismo, alcoholismo, drogadicción, trastornos alimenticios, promiscuidad sexual, embarazos precoces, pandillas juveniles, aumento de las tasas de suicidio, entre otros.

Hoy en día uno de los problemas de conducta que preocupa tanto a la sociedad, en especial a los padres con hijos adolescentes es el Trastorno Disocial, que se caracteriza por una actitud agresiva: "*peleas o intimidaciones excesivas, crueldad hacia las personas o animales, destrucción grave de pertenencias ajenas, incendio, robo, mentiras reiteradas, faltas a la escuela y fugas del hogar, rabietas frecuentes y graves, y desobediencia*" [1],además de estos comportamientos, estos jóvenes suelen presentar una autoestima muy baja, poca tolerancia a la frustración, irritabilidad e imprudencia.

Su prevalencia en población general de adolescentes estadounidenses es del 6 al 16% en varones y del 2 y el 9% en mujeres. En población de menores infractores es de al menos 50% en varones. El trastorno Disocial constituye el antecedente necesario para el diagnóstico de Trastorno Antisocial de la personalidad que está presente en el 25 al 30% de los reclusos adultos y en el 3% de la población general.

Además, investigaciones recientes se han centrado en conocer *"cómo diferentes dimensiones del comportamiento paterno y materno se relacionan con la manifestación de síntomas conductuales tanto de naturaleza internalizante como externalizante en adolescentes. Así, la percepción de rechazo junto a la ausencia de afecto son factores de riesgo que predicen la aparición de conductas agresivas y delictivas, ansiedad, depresión y quejas somáticas".* [2]

Del mismo modo, *"tanto la falta de supervisión como el excesivo control mantienen relación con la frecuencia de aparición de comportamientos antisociales y disruptivos en población adolescente".* [3]

En nuestro país el Ministerio de Salud Pública relata que la violencia se ha convertido en una de las causas principales de enfermedad y de muerte entre los adolescentes. Muchos factores, como los inherentes al propio desarrollo, los enredos con pandillas, el acceso a las armas de fuego, el uso de drogas y la pobreza, contribuyen a incrementar el riesgo de violencia entre los adolescentes.

Además, es importante mencionar que la adolescencia es una etapa difícil, es un "*momento de transición entre ser niño y ser adulto, están en la búsqueda de su autonomía e identidad, por ello viven un conflicto interno entre la fuerte dependencia que aún tienen de sus padres y el deseo y la necesidad de independencia. Esta lucha interna muchas de las veces suelen expresarla mediante peleas y conflictos*". [4] Teniendo en cuenta que por sí sola la adolescencia es complicada, añadiéndole el factor de la problemática el Trastorno Disocial, el joven se enfrenta a una realidad desconocida para él, provocándole fuertes sentimientos de inseguridad y malestar. Si estos adolescentes no cuentan con una buena red de apoyo familiar, es muy probable que al llegar a la edad adulta desarrollen un trastorno antisocial de la personalidad.

En este época es común escuchar él término de familias disfuncionales y sus consecuencias sobre la dinámica familiar y su estabilidad emocional, económica; además el Trastorno Disocial se ha convertido en uno de los problemas más graves que afectan a los adolescentes, por ello surge el interés en investigar: ¿cuál es la relación existente entre el Trastorno Disocial y la dinámica familiar?

JUSTIFICACIÓN

La familia es el pilar fundamental de la sociedad, es el primer grupo de personas con las cuales nos relacionamos, en ella se forjan nuestro carácter y personalidad. Reynaldo Perrone la define como "*una unidad social que posibilita crecer a sus miembros, a desarrollar sus capacidades, su potencial y habilidades necesarias para lograr su autonomía, como también un lugar de sufrimiento, arbitrariedad, injusticia, opresión, pena, amenaza, violencia y abusos*". [5]El ambiente que proporciona la familia puede ser hostil o seguro, modelando el comportamiento agresivo, pasivo o asertivo del adolescente, por ello es fundamental que la familia maneje de manera adecuada sus conflictos, para lograr obtener funcionalidad en el hogar.

La inquietud de realizar esta investigación surgió a partir de la observación en la práctica clínica, familias disfuncionales en las cuales existía un gran número de adolescentes que eran diagnosticados con trastorno disocial. Este trastorno se caracteriza por el incumplimiento de las normas sociales básicas de convivencia y por la oposición a los requerimientos de las figuras de autoridad dentro y/o fuera del hogar, comportamientos agresivos, destrucción de la propiedad privada, etc.

Actualmente la prevalencia de este trastorno, en nuestro país ha ido incrementando convirtiéndose en uno de los problemas más frecuentes en los adolescentes, provocándoles un deterioro en su desenvolvimiento social, académico y familiar. En la región sur también existen adolescentes con conductas disociales, lo cual se ve reflejado en comportamientos disruptivos de los

jóvenes. Concretamente, en los Centros de Atención Integral (CAI) a Adolescente Infractores Zona 7.

Con el presente trabajo de investigación pretendo explorar y describir la dinámica de las familias de los adolescentes infractores, es decir si la estructura familiar y el grado de funcionabilidad pueden influir en el desarrollo o en el mantenimiento del Trastorno Disocial en estos adolescentes. Además con los resultados de la evaluación y observación se obtendrán conocimientos empíricos, de los cuales partiré para elaborar un Plan de Intervención Psicológico dirigido a los padres de los adolescentes infractores de los Centros de Atención Integral Zona 7, pues la mayoría de estos padres carecen de roles funcionales de lo que representa ser un padre o una madre responsable.

OBJETIVOS

General

Determinar la influencia de la familia en la aparición o mantenimiento del Trastorno Disocial en adolescentes entre 12 y 18 años que permanecen bajo custodia legal en los Centros de Atención Integral (CAI) de la Zona 7 durante el período octubre 2013 - febrero 2014.

Específicos

1. Establecer la prevalencia del Trastorno Disocial en adolescentes que permanecen en un medio protegido: Centro de Atención Integral (CAI) Zona 7.

2. Determinar la dinámica familiar de los adolescentes con Trastorno Disocial que se encuentran en los Centros de Atención Integral (CAI) Zona 7.

3. Elaborar un Plan de Intervención Psicoterapéutica dirigido a los padres de adolescentes con Trastorno Disocial de los Centros de Atención Integral (CAI) Zona 7.

MARCO TEÓRICO

1.CAPÍTULO I: FAMILIA

1.1. Definición de la familia

1.2. La familia como contexto del desarrollo humano

1.3. Funciones de la familia

1.4. Importancia de la familia y de las redes familiares

1.5. Relaciones familiares y valores

1.6. Educación familiar y desarrollo de valores

1.7. Roles y funciones de los miembros de la familia

1.8. Tipos de familia

1.8.1. Familia funcional

1.8.2. Familia disfuncional

1.9. Estilos educativos en la familia

2.CAPÍTULO I: ADOLESCENCIA

2.1. Definición

2.2. Maduración física y sexual

2.3. Principales cambios psicológicos

2.4. Salud

2.5. Desarrollo cognitivo

2.6. Razonamiento moral

2.7. Identidad y autoestima

2.8. Relaciones interpersonales

2.9. Problemas socioemocionales

3.CAPÍTULO III: TRASTORNO DISOCIAL

3.1. Definición del Trastorno Disocial

3.2. Clasificación del Trastorno Disocial

3.3. Factores asociados con el inicio y el mantenimiento del Trastorno Disocial

3.3.1. Influencias biológicas

3.3.2. Factores biográficos

3.3.3. Déficit en el desarrollo

3.3.4. Influencias familiares

3.3.5. Influencias sociales y culturales

3.4. Tratamiento

3.4.1. Tratamiento farmacológico

3.4.2. Programas de modificación del comportamiento

3.4.3. Tratamiento cognitivo-conductual

3.4.4. Terapia familiar

METODOLOGÍA

Tipo de Estudio:

Para la realización del presente estudio se utilizará una investigación de tipo descriptiva, analítica y transversal, en la cual se seleccionará a adolescentes con trastorno Disocial entre 12 hasta 18 permanecen bajo custodia legal en el Centro de Atención Integral (CAI) de la ciudad de Loja y Machala, durante los meses de Octubre 2013- Febrero2014.

Universo:

Adolescentes que permanecen recluidos en un medio protegido: Centros de Atención Integral (CAI) Zona 7.

Muestra:

Adolescentes con Trastorno Disocial entre 12 y 18 años que permanecen bajo custodia legal en los Centros de Atención Integral (CAI) Zona 7.

Criterios de Inclusión:

d) Adolescentes que residen en los Centros de Atención Integral (CAI) Zona 7;
e) Todos los pacientes debidamente diagnosticados con Trastorno Disocial; y
f) Todos los pacientes cuyas edades estén comprendidas entre 12 y 18 años cumplidos.

Criterios de Exclusión:

a) Pacientes que expresen su negativa a participar;
b) Adolescentes que no cumplen los criterios para un Trastorno Disocial; y
c) Pacientes menores de 12 años y mayores de 18 años;

Técnicas y procedimiento

Para realizar la presente investigación se fundamentará en la utilización de Entrevista Psicológica, Reactivos Psicológicos (Entrevista para Síndromes Psiquiátricos en Niños y Adolescentes ChIPS; Escala de Cohesión y Adaptabilidad Familiar FACES II; y Test de la Familia), Familiograma y métodos científicos encaminados a cumplir con las metas de este estudio a través de la Historia Clínica y la observación.

Proceso de Investigación

Fase I: Se realizará un tamizaje para determinar los adolescentes con Trastorno Disocial que residen en los Centros de Atención Integral (CAI) Zona 7.

Fase II: Una vez establecidos los adolescentes con Trastorno Disocial procederé a indagar sobre la dinámica de sus familias, y finalmente

Fase III: Se elaborará un Plan de Intervención Terapéutica dirigido a los padres de Adolescentes con Trastorno Disocial.

Plan de tabulación de análisis

Para el procesamiento de la información se utilizará una base de datos, donde se analizará la información debidamente. Para la presentación de los datos, éstos serán vertidos en tablas y gráficos donde se utilizará fundamentalmente la frecuencia, y para el análisis de la información se usará los porcentajes.

RECURSOS Y PRESUPUESTO

a) Humanos

1. Docente guía: Ps. Cl. Fernando Sarmiento Lemus.
2. Investigador: María Belén Correa Cordero
3. Adolescentes que permanecen en los centros de atención integral (CAI).

b) Materiales

1. Recursos de movilización (taxis, transporte privado y público)
2. Materiales de escritorio
3. Computador
4. Libros
5. Internet
6. Centros de Atención Integral (CAI) Zona 7.

c) Recursos materiales y presupuesto

Items	Cant.	Valor Unitario	Valor Total
Copias	500	0,02	10
Tinta	10	6,00	60
Resmas de papel	5	4,50	22,50
Libros	6	50,00	300
Reactivos psicológicos	4	45,00	180
Material didáctico	250		600
Trasporte	100	1,50	150
Empastado	5	5,00	25
Imprevistos			200
TOTAL			**1547,50**

CRONOGRAMA

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES																				
ETAPAS	Octubre				Noviembre				Diciembre				Enero				Febrero			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Elaboración, presentación, aprobación del perfil																				
Revisión bibliográfica																				
Elaboración y revisión de instrumentos de recolección de datos																				
Recolección de datos																				
Análisis e interpretación de datos																				
Intervención psicológica																				
Conclusiones y recomendaciones																				
Elaboración de informe final																				
Sustentación																				

BIBIOGRAFÍA DEL PROYECTO

1. CIE-10, Clasificación de los Trastornos mentales y del comportamiento, 2004, Editorial Médica Panamericana S.A., pp. 207-208.
2. Prácticas educativas paternas y problemas internalizantes y externalizantes en adolescentes españoles. Psicothema. Universidad de Jaén. España, 2011. Vol. 23, nº 4. ISSN 0214 – 9915, pp. 654-659
3. Programa Municipal de Mediación Familiar del Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz. Y, llegó la adolescencia, guía para padres y madres con hijos e hijas adolescentes, 2002, Edición Ayuntamiento Victoria-Gasteiz, p. 5.
4. Eguiluz, L. (2003). *Dinámica de la familia, Un enfoque psicológico sistémico.* Editorial Pax México.
5. Perrone,R. (1999) Violencia y Abusos Sexuales en la Familia. Editorial Paidós Ibérica, S.A p.7

Anexo 2

HISTORIA CLÍNICA PSICOLÓGICA

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

HISTORIA CLÍNICA No:
NOMBRE:
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO: EDAD:
SEXO:
RAZA:
ESTADO CIVIL:
NÚMERO DE HIJOS:
INSTRUCCIÓN:
PROFESIÓN:
OCUPACIÓN:
RELIGIÓN:
LUGAR DE RESIDENCIA:
FECHA DE INGRESO:

2. MOTIVO DE CONSULTA

Razón por la cual el paciente solicita asistencia psicológica, si es que es transferido por otro servicio, condiciones físicas y psíquicas del paciente al momento de la entrevista.

3. EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD

Enumerar los síntomas principales, señalando el tiempo de duración de cada uno de ellos, su frecuencia, intensidad y características.

4. PSICOANAMNESIS PERSONAL NORMAL Y PATOLÓGICA:

PRENATAL: Condiciones biológicas y psicológicas de los padres durante la concepción, y circunstancias que rodearon al embarazo.

NATAL: Condiciones del parto, el parto fue normal o no, a término o prematuro.

INFANCIA: Ambiente del hogar, frustración y adaptabilidad.

PUBERTAD Y ADOLESCENCIA: Principales cambios físicos, adaptabilidad, relaciones interpersonales.

5. PSICOANAMNESIS FAMILIAR NORMAL Y PATOLÓGICA

Organización familiar, aspecto económico, vivienda, relaciones familiares, rasgos temperamentales, influencias emocionales, antecedentes patológicos familiares y tipo de familia.

6. HISTORIA SOCIAL

Desenvolvimiento social en el medio familiar, escolar, colegial, laboral, etc.. Amistades, manifestaciones en relaciones con las demás personas.

7. HISTORIA LABORAL

Ocupaciones o posiciones que ha alcanzado, razones que ha tenido para cambiar de ocupación, tiempo libre, pasatiempos.

8. HISTORIA PSICOSEXUAL

Orientación sexual, actitud hacia el sexo, conflictos, engaños, experiencias sexuales, enamoramientos, desenvolvimiento de sentimientos.

9. EXAMEN DE LAS FUNCIONES PSICOLÓGICAS

Conciencia, atención, sensopercepción, memoria, afectividad, pensamiento, voluntad, instintos (nutrición, sueño, instintos sexuales), hábitos, juicio y razonamiento.

10. DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO

11. EXÁMENES PSICOLÓGICOS

Exámenes, y resultados de reactivos aplicados.

12. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

13. DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

14. PRONÓSTICO

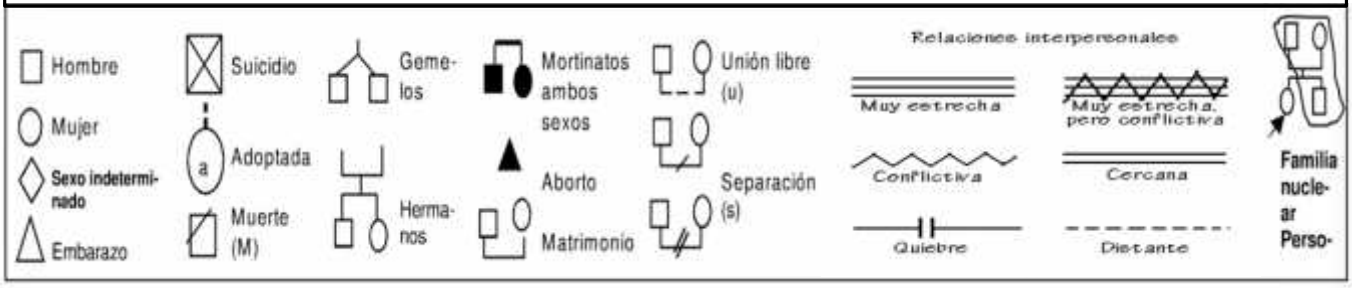
15. RECOMENDACIONES

EXAMINADOR:

_____

Anexo 3

Familiograma



Nombre: _____

Fecha: _____

Anexo 4

Entrevista para síndromes psiquiátricos en niños y adolescentes ChIPS

TRASTORNO DISOCIAL

Nombre: _____ Edad: _____

1.	¿Alguna vez has robado algo mientras nadie te veía (por ejemplo, tomar dinero, juguetes o cosas de tus padres, de la escuela o de una tienda, hacer un cheque que no fuera tuyo o usado la tarjeta de alguien más)? En caso afirmativo ¿con qué frecuencia? (marque si es mayor a uno).	
2.	**a)** ¿Mientes con frecuencia para evitar hacer cosas que no quieres hacer? En caso afirmativo, vaya a la 3.	
	b) ¿A menudo tratas de engañar a la gente para obtener lo que quieres [para lograr cosas a tu manera]?	
3.	¿Alguna vez has entrado a un edificio (como una casa, departamento, tienda o gasolinera), carro o camión para robar o dañar algo?	
4.	¿Te has fugado de clases en la escuela (ido de pinta) varias veces? En caso afirmativo, vaya a la 5.	
5.	¿Con frecuencia te quedas afuera más tiempo del que tus padres te permiten? En caso afirmativo, ¿es más de una vez al mes? (marque si ambos son positivos).	
6.	¿Has escapado de casa alguna vez y te has quedado fuera toda la noche sin regresar? En caso afirmativo, ¿con qué frecuencia? (marque si es mayor a uno o si es sin regresar durante mucho tiempo)	
7.	**a)** ¿Eres bravucón? (¿Otros jóvenes dicen que tu empiezas los pleitos?) En caso afirmativo, vaya a la 8.	
	b) ¿Amenazas a otros con frecuencia?	
8.	**a)** ¿Los demás se alejan de ti porque eres peleonero? En caso afirmativo, vaya a la 9.	
	b) ¿Tienes problemas por pelear en casa, en la escuela o en la calle?	
	SI LAS PREGUNTAS 8A Y 8B SON NEGATIVAS VAYA A LA 11.	
9.	¿Alguna vez has usado un arma en una pelea? En caso afirmativo, ¿con qué frecuencia? (marque solo si es mayor a 1. Las armas que cuentan incluyen ladrillos, palos, botellas rotas, cuchillos, pistolas.)	

10. a) ¿Has lastimado a alguien seriamente en una pelea (por ejemplo, tan serio que le hayas dejado un ojo morado, sangre en la nariz o que haya tenido que ir al hospital o ver al doctor)? En caso afirmativo, vaya a la 11	
b) ¿Alguna vez has lastimado a alguien sin razón (por ejemplo, pellizcar a alguien hasta que se le hagan moretones o picar a alguien con un afilador)?	
11. ¿Alguna vez has tomado cosas de la genta a la fuerza (por ejemplo, robar una bolsa o juguete o robar una tienda)?	
12. ¿Alguna vez has dañado alguna propiedad (como romper ventanas, rayar carros, ponchar llantas o cortar asientos de los autobuses)? (No cuenta causar incendios).	
13. ¿Alguna vez has encendido fuego cuando no debías (por ejemplo, botes de basura, cosas de la casa, o ropa o algún animal)? En caso afirmativo ¿con qué frecuencia? (Si es mayor a 1, o si es uno con daños y lesiones fuertes)	
SI NO SE CONFIRMA NINGUNO DE LOS ANTERIORES (1-13), PASAR AL SIGUIENTE TRASTORNO.	
14. ¿Alguna vez has lastimado o matado algún animal solo por diversión (por ejemplo, un perro o un gato)?	
15. a) ¿Alguna vez has jugado con las partes privadas de otra persona sin que ella lo desea?	
b) ¿Alguna vez has obligado a alguien a jugar con tus partes privadas?	

Criterios:

Si aparecen 3 o más de tres se cumplen los criterios para trastorno disocial.

Duración:

1. ¿Cuándo comenzó [_]? Refiriéndose a los síntomas indicados en las preguntas (1-15). Registra la edad en años.
2. ¿Has hecho [_] en los últimos seis meses? En caso negativo, registre la edad cuando desaparecen los síntomas. Si es afirmativo, registre la edad actual.
3. ¿Ha ocurrido durante un año o más? Registre el número real de meses.

Tipo:

a) Aparición en la infancia, mayor o igual a un criterio si se cumple antes de los 10 años.
b) Aparición en la adolescencia, no se cumplen criterios antes de los 10 años.
c) Leve: 3 a 4 síntomas o conductas, causan daño leve.
d) Moderado: entre leve y grave.
e) Grave: mayor o igual a 10 síntomas, conductas, o ambos, causa daño considerable.

Anexo 5

Escala de Cohesión y Adaptabilidad Familiar FACES III

Nombre: _____ Edad: _____

Escriba en el espacio correspondiente a cada pregunta la respuesta que Usted elija según el número indicado.				
NUNCA 1	CASI NUNCA 2	ALGUNAS VECES 3	CASI SIEMPRE 4	SIEMPRE 5

	1. Los miembros de nuestra familia se dan apoyo entre sí.
	2. En nuestra familia se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los conflictos.
	3. Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia.
	4. Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina.
	5. Nos gusta convivir solamente con los familiares más cercanos.
	6. Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad.
	7. Nos sentimos más unidos entre nosotros que con personas que no son de nuestra familia.
	8. Nuestra familia cambia el modo de hacer sus cosas.
	9. Nos gusta pasar el tiempo libre en familia.
	10. Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación con los castigos.
	11. Nos sentimos muy unidos.
	12. En nuestra familia los hijos toman las decisiones.
	13. Cuando se toma una decisión importante, toda la familia está presente.
	14. En nuestra familia las reglas cambian.
	15. Con facilidad podemos planear actividades en familia.
	16. Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros.
	17. Consultamos unos con otros para tomar decisiones.
	18. En nuestra familia es difícil identificar quien tiene la autoridad.
	19. La unión familiar es muy importante.
	20. Es difícil decir quien hace las labores del hogar.

CALIFICACIÓN:

DIMENSIÓN	**FAMILIA**	**PUNTUACIÓN**
COHESIÓN	No relacionada	10 - 34
	Semirelacionada	35 - 40
	Relacionada	41 - 45
	Aglutinada	46 - 50
ADAPTABILIDAD	Rígida	10 - 19
	Estructurada	20 - 24
	Flexible	25 - 28
	Caótica	29 - 50

Anexo 6

Registro de Pensamientos

DÍA	SITUACIÓN	QUÉ PIENSÓ	QUÉ SIENTO	CÓMO ACTUÓ	PENSAMIENTO POSITIVO

Anexo 7

Sesgos Cognitivos

1. Atribuciones erróneas: Es decir, yo te leo la mente y sé con certeza lo que has dicho/ hecho/pensado. Y… no hay otra explicación posible.
Por ejemplo: "Sé que está tardando adrede para fastidiarme ¡Imbécil! ¡Qué es un imbécil! ¡¡Lo hace porque disfruta haciéndome la vida imposible!!"

2. Sobregeneralización: Este es otro sesgo cognitivo que parece ser bastante común en el problema de la ira. Esto está relacionado con temas como "Siempre la misma historia ¡menuda porquería!", "Todo es una mierda", "Todo el mundo está en mi contra" o las etiquetas negativas "Éste es un idiota".

3. Exigencias: En plan *"debería","tendría que", "necesito que"*. **La persona no ve el mundo según sus preferencias, deseos, lo que sería más deseable para él, sino que lo ve según lo que cree que debería ser, lo que necesita, lo que impera según sus criterios.**

4. Catastrofización: "No es malo, es peor", "No es un desastre, es un caos ¡no podría ser peor!". Es decir, la situación no es mala sino que es espantosa, insoportable, terrible. La persona ve la situación como algo mucho peor de lo que es y actúa en consecuencia.

5. Pensamiento absurdo y provocador: Utilizar lenguaje obsceno y palabrotas para etiquetar las situaciones y/o las personas implicadas en ellas.

6. Pensamiento polarizado: O blanco o negro, a todo o nada, 0 ó 10.Eso es el pensamiento polarizado: no hay término medio.

Anexo 8

Solución de Problemas

Problema:									
Alternativa 1:		Alternativa 2:		Alternativa 3:		Alternativa 4:		Alternativa 5:	
Consecuencias Negativas	Consecuencias Positivas	Consecuencias Negativas	Consecuencias Positivas	Consecuencias Negativas	Consecuencias Positivas	Consecuencias Negativas	Consecuencias Positivas	Consecuencias Negativas	Consecuencias Positivas
Solución:									

¿Qué día llevare a cabo la Solución?
¿Cómo lo haré? ¿Necesito algo o la ayuda de alguien?
¿Está solución responde adecuadamente al problema?

Anexo 9

Registro de Prevención de Recaídas

Factor de Riesgo	¿Qué puedo Hacer? ¿Qué estrategia puedo utilizar?

Anexo 10

Plan de vida

Meta	¿Cuándo la espero lograr?	¿Qué debo hacer para alcanzarla?	¿Qué debo dejar de hacer?	¿Qué apoyos necesito?
Personales:				
Familiares:				

En mis relaciones amorosas y de amistad:				
Académicas:				
Laborales:				

Anexo 11

CONTRATO

Contrato firmado entre …… (padre/madre) y…….. (adolescente), que empezará a partir del día…….por un periodo de……. y que podrá ser revisado, renovado o renegociado con acuerdo de ambas partes.

- …… (adolescente) se compromete a:

- ……
- ……
- ……
- ……
- ……

- ……. (padres/madre) se compromete a:

- ……
- ……
- ……
- ……

- En caso de que …….(adolescente) no cumpliese con el acuerdo, se procederá a:

- ……
- ……
- ……
- ……

Para constancia firman este contrato las partes interesadas:

……	…….
(madre/padre)	(adolescente)

INDICE

CERTIFICACIÓN
AUTORÍA I
CARTA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS II
DEDICATORIA IV
AGRADECIMIENTO V
TEMA 6
RESUMEN 7
ABSTRACT 8
INTRODUCCIÓN 9
REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA 13
1. La Familia 13
1.1. Definición 13
1.2. Tipos de familia 13
1.2.1. De acuerdo con el número de elementos que la forman 13
1.2.1.1. Familias Nucleares 13
1.2.1.2. Familias Extensas 14
1.2.2. De acuerdo con la forma de constitución 15
1.2.2.1. Familias Desestructuradas 15
1.2.2.2. Familias Reconstituidas 16
1.2.2.3. Familia monoparental 16
1.3. Estilos de Crianza 17
1.3.1. Crianza autoritaria 18
1.3.2. Crianza permisiva: 18
1.3.3. Crianza disciplinada: 19
1.4. Factores familiares que influyen en la conducta disocial del menor 19
1.4.1. Falta de supervisión o control de los padres 19
1.4.2. Actitudes crueles y negligentes de los padres con los hijos 20
1.4.3. Conflictos familiares 21
1.4.4. Malos ejemplos conductuales 22
1.4.5. Falta de comunicación entre padres e hijos 22
1.4.6. Carencias afectivas 23

1.4.7. Falta de enseñanzas de valores prosociales 23
1.5. Funcionamiento familiar según el Modelo Circumplejo de Olson 24
1.5.1. Cohesión 24
1.5.2. Adaptabilidad 25
1.5.3. Comunicación 25
2. ADOLESCENCIA 27
2.1. Concepto 27
2.2. Cambios durante la adolescencia 27
2.2.1. Desarrollo físico 27
2.2.2. Desarrollo cognitivo 29
2.2.3. Desarrollo socio-emocional 31
2.2.3.1. Búsqueda de Identidad 31
2.2.3.2. Autoestima 32
2.2.3.3. Relaciones Interpersonales 33
2.3. Factores de riesgo durante la adolescencia 34
2.3.1. Relacionados con el desarrollo personal y la competencia en grupo 34
2.3.1.1. Baja autoestima 34
2.3.1.2. Baja asertividad 35
2.3.1.3. Problemas con la aceptación de normas 35
2.3.1.4. Depresión 35
2.3.2. Relacionados con el entorno y el tiempo libre 36
2.3.2.1. Deficiente rendimiento académico 36
2.3.2.2. Baja cohesión familiar 36
2.3.2.3. Pobreza 37
3. TRASTORNO DISOCIAL 39
3.1. Definición 39
3.2. Criterios para el diagnóstico 40
3.3. Subtipos de Trastorno Disocial 42
3.3.1. Inicio Infantil 42
3.3.2. Inicio en la adolescencia 43
3.4. Clasificación 43
3.4.1. Trastorno disocial limitado al contexto familiar 43
3.4.2. Trastorno disocial en niños no socializados 43

3.4.3. Trastorno disocial en niños socializados 44
3.4.4. Trastorno disocial desafiante y oposicionista 44
3.5. Tratamiento 45
3.5.1. Tratamiento farmacológico 45
3.5.2. Tratamiento psicosocial 45
3.6. Factores etiopatogenicos de la Conducta Antisocial 47
3.7. Factores de riesgo asociados a la conducta agresiva 48
3.7.1. Factores Individuales 48
3.7.1.1. Rasgos de personalidad 48
3.7.1.2. Diferencias por género y edad 49
3.7.1.3. Autoestima 50
3.7.1.4. Empatía 51
3.7.2. Factores familiares 51
3.7.2.1. Interacción entre padres e hijos 51
MATERIALES Y MÉTODOS 54
Material 1: Historia Psicologíca Clínica 55
Método 1 56
Material 2: Familiograma 57
Método 2 57
Material 3: Entrevista para Síndromes Psiquiátricos en Niños y Adolescentes ChIPS 57
Método 3 58
Material 4: Escala de Cohesión y Adaptabilidad Familiar FACES III 58
Método 4 60
Material 5: Test de la Familia 60
Método 5 60
RESULTADOS E INTERPRETACIÓN 62
DISCUSIÓN 82
CONCLUSIONES 86
RECOMENDACIONES 87
PLANIFICACIÓN TERAPEÚTICA 88
Terapia Individual Adolescentes 92
Entrenamiento para padres 116
Terapia Familiar 133
Terapia Grupal Adolescentes 140

BIBLIOGRAFÍA 153
ANEXOS 157
INDICE 188