



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

TEMA:

“MODELO DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICO INTEGRATIVO EN ADOLESCENTES VICTIMAS DE VIOLENCIA EN EL CENTRO DE APOYO INTEGRAL HOGAR RENACER”. SEPTIEMBRE 2012- MARZO 2013”

TESIS DE GRADO PREVIO A LA
OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
PSICÓLOGA CLÍNICA

AUTORA:

Viviana Valeria Castillo Granda

DIRECTORA:

Psc. Cl. Mayra Medina A.

LOJA – ECUADOR

2013

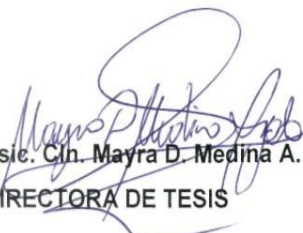
CERTIFICACIÓN

Psc. Cln. Mayra Medina A.

DOCENTE DE LA CARRERA DE PSICOLOGIA CLINICA DE LA
UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

Que el trabajo de investigación de tesis titulado, “**MODELO DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICO INTEGRATIVO EN ADOLESCENTES VICTIMAS DE VIOLENCIA EN EL CENTRO DE APOYO INTEGRAL HOGAR RENACER. SEPTIEMBRE 2012-MARZO 2013**”; elaborado por la egresada, Viviana Valeria Castillo Granda, ha sido elaborado bajo mi dirección, el mismo que se encuentra dentro de los procedimientos legales que exige la institución, por lo que autorizo su presentación ante el organismo competente, para que le dé el trámite correspondiente.

Loja, 28 de Febrero del 2013


Psc. Cln. Mayra D. Medina A.
DIRECTORA DE TESIS

1

AUTORÍA

Yo Viviana Valeria Castillo Granda declaro ser 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.

Adicionalmente acepto y autorizo a la universidad Nacional de Loja, la publicación de mi tesis ene el Repositorio Institucional - Biblioteca Virtual.

Autora: Viviana Valera Castillo Granda.

Firma: 

Cedula: 110479455-5

Fecha: 2013-06-03

DEDICATORIA

A Dios, por darme la oportunidad de vivir y por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de estudio.

A mis queridos padres Víctor y María del Carmen; por ser el pilar fundamental en todo lo que soy, en toda mi educación, tanto académica, como de la vida, por su incondicional apoyo perfectamente mantenido a través del tiempo.

A mis hermanos a quienes quiero y amo Mariana, José, Alfonso y María Belén por estar conmigo y siempre ser mi apoyo incondicional.

A mis queridos sobrinos Alejandra y José Javier, quienes con sus sonrisas alegran mi vida y para que vean en mí un ejemplo a seguir.

A mi novio Gabriel por su amor, comprensión y apoyo durante todos estos años; a mis amigas y amigos; por estar en los buenos y malos momentos; a todos mis compañeros quienes compartimos lindos instantes en el trascurso de nuestra formación.

A mi Directora de Tesis Psic. CIn. Mayra Medina A., por su paciencia, amistad, tiempo y apoyo ofrecido en la realización del trabajo.

Finalmente a mis maestros Dr. Efraín Muñoz, Dra. Zhenia Muñoz, Dra. Anabel Larriba, Psic. Sarita Ayora, Dr. Fernando Sarmiento, Dra. Lorena Celi, Dra. Patricia Montalvan, Dra. Inés Lozano, quienes aportaron con mi formación, las mismas enseñanzas que me servirán para mi vida profesional.

LA AUTORA
Viviana V. Castillo G.

AGRADECIMIENTO

Mi sincero agradecimiento a la Universidad Nacional de Loja, por la formación académica y científica brindada; a la Coordinación de la Carrera de Psicología Clínica; a los docentes quienes con sus aportes y formación me inculcaron herramientas para mi desarrollo profesional.

Un agradecimiento especial a la Dra. Anabel Larriba, por su apoyo, comprensión, confianza y aporte para mi formación profesional.

Mi reconocimiento y agradecimiento a la Dra. Cecilia Moscoso, Directora de CASMUL, Dra. María del Carmen Aguirre, Directora del Centro de Apoyo Integral Hogar RENACER, personal que labora en la institución y adolescentes beneficiarias; por la apertura durante todos estos años y permitirme utilizar este escenario para la ejecución de mi investigación.

De manera especial expreso mi reconocimiento a la Psic. Cln. Mayra Daniela Mediana A., quién en calidad de Directora de Tesis me brindó su apoyo, amistad, tiempo, conocimiento y colaboración en el desarrollo científico de mi investigación.

De igual manera mi agradecimiento a las todas las personas que contribuyeron en la realización de esta presente tesis.

LA AUTORA
Viviana V. Castillo

INDICE DE CONTENIDOS

	Páginas
PORTADA	
CERTIFICACIÓN.....	i
AUTORÍA.....	ii
AGRADECIMIENTO.....	iii
DEDICATORIA.....	iv
ÍNDICE.....	v
1. TEMA.....	8
2. RESUMEN.....	9
SUMMARY.....	10
3. INTRODUCCIÓN.....	11-14
4. REVISIÓN DE LITERATURA	
Capítulo I	
a. Modelos de intervención psicológica	
i. Modelo integrativo.....	15
ii. Modelo integrativo supra paradigmático.....	16
iii. Características y técnicas.....	17
iv. Fases.....	18
v. Principios.....	19
vi. Ecletismo e integración.....	20
vii. Áreas de aplicación.....	21
b. Modelo Gestáltico	
i. Características.....	22
ii. Técnicas.....	22
c. Modelo sistémico	
i. Características- fases.....	23
ii. Principios- valoración.....	24
d. Modelo cognitivo Conductual	
i. Características.....	25

ii. Fases – valoración.....	26
e. Factores diferenciales entre los diversos modelos de intervención.....	26-28
f. Componentes de una relación terapéutica efectiva.....	28-29-30

Capítulo 2

a. Adolescencia- definición – etapas.....	31-32
b. Desarrollos de la adolescencia.....	33-35
c. Teorías.....	36-37
d. Salud mental del adolescente.....	37-38
e. Clínica del adolescente.....	38-39
f. Influencias.....	39-40
g. Problemas de la adolescencia.....	40-42

Capítulo 3

a. Violencia-definición.....	43
b. Factores etiopatogénicos.....	44-45
c. Tipos de violencia.....	45
d. Causas.....	45
e. Consecuencias.....	46-50
f. Características del agresor y métodos de corrección.....	50-51
5. MATERIALES Y MÉTODOS.....	52-74
6. ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	75-87
7. DISCUSIÓN.....	88-89
8. CONCLUSIONES.....	90-91
9. RECOMENDACIONES.....	92
10. MODELO DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICO INTEGRATIVO.....	93
a. Plan de intervención individual.....	99-106

b. Plan de intervención grupal.....	107-135
c. Plan de intervención familiar.....	136-139
11.REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	140-143
12.ANEXOS.....	144

1. TEMA

“MODELO DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICO INTEGRATIVO EN ADOLESCENTES VICTIMAS DE VIOLENCIA EN EL CENTRO DE APOYO INTEGRAL HOGAR RENACER”. SEPTIEMBRE 2012-MARZO 2013”

2. RESUMEN

La adolescencia, es la etapa en que la persona experimenta un sin número de cambios normales tanto físicos, psicológicos, sexuales y sociales, sin embargo son cambios que pueden desarrollar en el individuo un estado de vulnerabilidad, el cual se agudiza con la presencia del factor violencia, produciendo alteraciones psicológicas que impiden el sano progreso de la Salud Mental de los adolescentes.

La finalidad del presente trabajo investigativo es la aplicación de un Modelo de Intervención Psicológico Integrativo en 20 adolescentes de género femenino, víctimas de violencia del Centro de Apoyo Integral Hogar RENACER; el cual a través de la utilización de métodos y técnicas de investigación *no experimental, transversal, analítico-sintético, cualitativo y cuantitativo* tuvo el objetivo de identificar los tipos de violencia, los factores etiopatogénicos, el efecto psicosocial, la comorbilidad, los rasgos de personalidad y el perfil psicológico de la adolescente víctima de violencia, los cuales permitieron conocer la situación actual de la Salud Mental de la adolescente, los factores determinantes, desencadenantes y precipitantes que se ocasionaron producto de la violencia y a la vez elaborar un Plan Psicoterapéutico a nivel individual, familiar y grupal enfocado en violencia, el cual fue aplicado en 4 fases con un número total 15 sesiones aproximadamente por fase, con el propósito de coadyuvar a la reestructuración de la identidad “perdida” en las adolescentes, reestructurar un sistema de valores en función a la experiencia traumática y brindar un sentido de vida con el objetivo de que se vaya reestructurando el compromiso social de las adolescentes víctimas a largo plazo con la lucha contra la violencia.

PALABRAS CLAVE: Modelo de Intervención Psicológico integrativo, Violencia y Adolescencia.

ABSTRACT

Adolescence is the stage in which the person experiences a number of normal changes both physical, psychological, sexual and social, but they are changes that may develop in a vulnerable individual, which was exacerbated by the presence of factor violence, causing psychological disorders that impede the healthy progress of mental health of adolescents.

The purpose of this research work is the application of an Integrative Psychological Intervention Model in 20 female adolescents, victims of violence Support Center Home Integral REBIRTH, which through the use of methods and techniques of non-experimental research, transversal, analytic-synthetic, qualitative and quantitative aimed to identify the types of violence, pathogenetic factors, the psychosocial, comorbidity, personality traits and psychological profile of the adolescent victim of violence, which allowed us to know the current situation of adolescent Mental Health, determinants, triggers and precipitating product was caused violence while Psychotherapeutic Plan to develop individual, family and group focused on violence, which was implemented in 4 phases Total number approximately 15 sessions per phase, for the purpose of assisting in the restructuring of identity "lost" in adolescents, restructure a system of values based on the traumatic experience and provide a sense of life in order to be going restructuring the social commitment of long-term adolescent victims in the fight against violence.

KEYWORDS: Integrative Psychological Intervention Model, Violence and Youth.

3. INTRODUCCIÓN

El adolescente experimenta continuos cambios psicofísicos, lo que a menudo desencadena sentimientos y comportamientos contradictorios. La sensación de inseguridad es un sentimiento habitual, propio de la crisis de identidad que está viviendo. Esta sensación es causa de ansiedad, sentimiento que quizá el adolescente experimenta por primera vez de manera intensa y desagradable. En la presencia de abuso o violencia el cuadro ansiogeno se exagera por la situación negativa que experimenta.

Hablar de la adolescencia para muchos supone hablar de una etapa en la cual los individuos dejan de ser niños o niñas, para convertirse en adultos, pero sin serlo todavía, en la que los adolescentes manifiestan incompreensión por los adultos, provocando el alejamiento de los mismos, lo cual en ocasiones provoca violencia, convirtiéndose en un ciclo de mayor vulnerabilidad.

Un aspecto que se observa con creciente preocupación es el aumento de la violencia en los adolescentes, tanto en el ámbito familiar como social, constituyéndose en un fenómeno o proceso social que comprende las más variadas formas de agresión y que se caracteriza por tener un efecto multiplicador y expansivo que no solo afecta a las víctimas, sino a la sociedad en pleno.

Si bien la adolescencia se caracteriza por ser una etapa de cambios, de desajustes transitorios de la conducta, de inestabilidad emocional, cuando llegan a perturbar al entorno familiar o producen daños a terceros, constituyen de por sí un desorden, no clasificado aún como una patología específica, sino que obedece a complejas situaciones, tiene características cada vez más definidas en cuanto a síntomas, el diagnóstico de base, su substratum biológico y estructura familiar en la cual asienta, así como su asociación frecuente con los consumos de sustancias tóxicas.

La disminución de edad en las mujeres violentadas, es alarmante, llegando a afectar el desarrollo físico, psíquico, y emocional de la adolescente. “En Latino América 6 millones de niños y adolescentes sufren abusos graves, incluyendo abandono, todos los años. Cerca de 220 niños y adolescentes menores de 18 años mueren todos los días víctimas de la violencia doméstica, el equivalente a 80.000 niños por año. En Ecuador las estadísticas son alarmantes en el año 2011, la Violencia Psicológica abarcaba el 40,7%; Violencia Física 31,0%; Violencia Sexual 11,5%. En la provincia de Loja el 32% de la población de menores son víctimas de maltrato y el 25% de abuso sexual donde los predominantes medio ambientales son el alcoholismo, drogadicción, pobreza extrema, falta de oportunidades de subsistencia, carencia afectiva, y embarazo”.¹

Teniendo en cuenta esta problemática nace la necesidad de intervenir Psicológicamente a las adolescentes víctimas de violencia desde un Enfoque Integrativo, el cual ha demostrado eficacia en la erradicación de secuelas psicológicas, producto de la violencia; por ello esta investigación enfatiza el trabajo en este grupo, durante su internamiento en el Centro de Apoyo Integral Hogar RENACER, de la ciudad de Loja, el cual atiende a un grupo de adolescentes de género femenino, que han sido víctimas de violencia, cuya misión es brindar a las adolescentes herramientas de superación para un mejor porvenir.

Los instrumentos que se utilizaron para el desarrollo de la investigación fueron: Historia Clínica Psicológica y Observación Psicológica, además para examinar las consecuencias de la violencia en las adolescentes se aplicaron Reactivos Psicológicos entre ellos: Entrevista para síndromes psiquiátricos en niños y adolescentes (Chips), Cuestionario de personalidad SEAPSI Modificado, Inventario de Depresión de BECK y Escala de HALMITON para Ansiedad, Escala de AUTOESTIMA. Carlos Dávila A, Test de Sacks para Adolescentes, Mini-Examen Cognoscitivo, Instrumento Psico-médico SRQ,

¹ MORRISON, Orlando, *Diagnostico del sistema de justicia penal especial para adolescentes*, 2000, pp., 2 - 9. Disponible en: www.org/lac/hoja1%281%29.pdf.

finalmente se utilizó esquemas de evolución del Proceso de Intervención Psicológico con la finalidad de evaluar los avances de cada una de las adolescentes.

Para el sustento de las bases científicas de la investigación se realizó la revisión bibliográfica , que consta de tres capítulos, los cuales se dividen en: *Capítulo Uno, Modelos de Intervención Psicológica*, el cual se subdivide en: Modelo Integrativo, Modelo Gestáltico, Modelo Sistémico, Modelos Cognitivos-Conductuales, factores diferenciales entre los diversos Modelos de Intervención, factores comunes de los modelos, eclecticismo e integración; en los cuales se especifican características, técnicas, fases, propiedades, principios, valoración, áreas de intervención, componentes de una relación terapéutica efectiva, características de los terapeutas eficientes. En el *Capítulo Dos* denominado, *Adolescencia*, encontramos: definición, etapas, desarrollo en la adolescencia, teorías sobre la adolescencia, la salud mental, clínica del adolescente, crisis de la adolescencia, factores de riesgo, influencias, problemas de la adolescencia y soluciones, y el Capítulo Tres; *Violencia*, en el cual se menciona: definición, factores etiopatogénicos, tipos de violencia, causas de la violencia, consecuencias de la violencia, características de la víctima y victimario, métodos sociales de corrección.

Además, se realizó la propuesta de Intervención Psicológica que consta de cuatro fases, la primera enfocada en la Investigación, la segunda en el análisis de los resultados para llegar a un Diagnóstico, la tercera la elaboración del Plan Psicoterapéutico y la cuarta la Intervención Psicológica basada en el Modelo Integrativo distribuida por sesiones. También la Intervención Psicológica fue aplicada en el área grupal y familiar con ligeras modificaciones de acuerdo a las necesidades de la adolescente.

Se aplicó diferentes técnicas Psicoterapéuticas, descritas en el Modelo de Intervención Psicológico Integrativo; de la misma manera se realizó la Historia Clínica Psicológica a cada adolescente, así como la aplicación de

Reactivos Psicológicos para validar resultados y realizar una adecuada Intervención.

Finalmente los resultados de la aplicación del Plan Terapéutico propuesto, demuestran que este Modelo de Intervención, cumple con los objetivos planteados, mejorando la situación actual de la adolescente y permitiendo el desarrollo de herramientas para un mejor porvenir. Cabe mencionar que la Intervención Psicológica en general consistió en disminuir sintomatología, con erradicación de acciones y pensamientos punitivos, manejar nuevos estilos de afrontamiento y planteamiento de metas.

4. REVISIÓN DE LITERATURA

CAPÍTULO I

MODELOS DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA

1. Modelo Integrativo

1.1. Introducción

La búsqueda de acercamientos y puntos comunes entre corrientes psicoterapéuticas no es una preocupación reciente, es una propuesta apreciable desde la tercera década de siglo anterior, época en la que muchos psicoterapeutas y autores buscan aproximaciones, convergencias y similitudes, en diferentes niveles, entre las teorías psicológicas y los sistemas psicoterapéuticos.

El Modelo Integral es el mapa más completo y preciso que tenemos hasta el momento, sobre el funcionamiento del mundo y de los seres humanos. Su utilización está revolucionando la psicología, el arte, el mundo de los negocios, la educación, etc. “La visión que tenemos de nosotros mismos como especie y nuestro papel en el mundo. La visión integral es el resultado de la síntesis y la originalidad teórica de Ken Wilber, una de las mentes más innovadoras y poderosas del pensamiento vanguardista contemporáneo ‘Integrar’, palabra clave.”² “Nos refiere a la construcción de una unidad a partir de distintos elementos con los que se cuenta de antemano, es encontrar respuestas articuladas a conjuntos que son diversos y complejos” (Fernández-Álvarez, 1992).³ “Se hace necesario entonces un modelo integrativo capaz de proporcionar una explicación no reduccionista a

² MYERS, David, *Psicología*, Argentina, 2009, pp., 32-39. Disponible en: www.psico_in@yahoo.com.ar.

³ FERNANDEZ. H, *El integracionismo y su construcción*, Buenos Aires, 2004, p., 35.

la dinámica psicológica, capaz de recoger todo aporte válido, de aportar el ordenamiento de los nuevos hallazgos (Opazo, 2003).”⁴

1.2. El Modelo Integrativo Supra-paradigmático propuesto por Opazo.

En Latinoamérica, el Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa (ICPS) ha venido desarrollando diversas actividades académicas de difusión e investigación, en torno a la posibilidad de desarrollar una psicoterapia integradora de los distintos aportes de las distintas psicoterapias; es Roberto Opazo quien en el año de 1983 postula el denominado Modelo Integrativo Supra-Paradigmático de psicología clínica el cual consiste permitir el desarrollo de una psicoterapia integrativa consistente más allá de un eclecticismo superficial. De acuerdo a Opazo, el psicoterapeuta integrativo deberá lograr los objetivos acordados entre la persona y el terapeuta, fundamentado en los principios del modelo integrativo, donde de acuerdo a la situación se puede recurrir al uso de técnicas específicas de un enfoque determinado en pro de la persona; la psicoterapia integrativa es pues, un proceso creativo permanente basado en principios científicos, se puede hablar en este sentido de un equilibrio entre ciencia y arte. Dicho modelo, entendido en tanto marco conceptual amplio y compartido tiene por objetivo aportar las bases metodológicas que permitan orientar un proyecto investigativo que explore todas las realidades de la psique humana: biológica, cognitiva, afectiva, inconsciente, ambiental, conductual, sistémica, en torno al sistema denominado SELF-YO. “Las premisas necesarias que soportan este modelo son: el partir de fundamentos compartidos entre los diversos enfoques terapéuticos, no desde sus desacuerdos; una apertura teórica no dogmática que sea flexible, una visión epistemológica de acuerdo a la realidad que no pretenda ser omnisapiente, desarrollar un marco teórico guiador de las investigaciones, una evaluación constante de los

⁴ OPAZO, Roberto, *Psicoterapia Integrativa-Delimitación clínica*, España, 2011, pp., 8-20.

descubrimientos y sus aplicaciones así como un almacenamiento sistemático y útil de los resultados, un lenguaje común para la disciplina, buscar la coherencia entre investigación, teoría y práctica, finalmente lograr un punto de vista axial que permita aceptar la dinámica psicológica desde una perspectiva de 360°.”⁵

1.3. Características:

1. “Es consistente con el modelo integrativo supra paradigmático.
2. Es un proceso interpersonal.
3. Permite la predicción clínica y selección de estrategias clínicas.
4. Permite la esclarecimiento de los objetivos terapéuticos con el paciente.
5. Cualquier cambio específico de una parte del sistema tiende a irradiarse hacia el sistema total.
6. Cualquier cambio del sistema total tiende a afectar a cada parte del sistema psicológico.
7. Es un proceso creativo sobre bases científicas”.⁶

1.4. Técnicas empleadas:

La técnica está representada por un conjunto de procedimientos específicos que el terapeuta utiliza sin importar la orientación a seguir. Un manejo exitoso de la técnica depende tanto de contar con una base teórica, como de un ejercicio práctico que lo convierta en un experto. Aquella se divide en *micro técnica* y *macro técnica*, la primera relacionada con las comunicaciones que se emplean durante las entrevistas y la segunda con las técnicas desarrolladas y aplicadas por las corrientes psicoterapéuticas.

En conclusión la técnica puede ser aplicada según las diferentes corrientes psicológicas siempre que estén comprobadas.

⁵ CORSI, Jorge, *Psicoterapia Integrativa Multidimensional*, Chile, 2012, pp., 65- 73. Disponible en: www.lcpsi.cl/Noticias2.Asp?Tra=51.

⁶ BALAREZO, L., *Psicoterapia integrativa focalizada en personalidad*, Quito-Ecuador, 2010, pp., 33 - 34.

1.5. Fases:

“Las divergencias entre las distintas teorías acerca de los pasos presentes durante el proceso psicoterapéutico se deben básicamente a que éste es, en sí mismo, irregular, discontinuo e irregular, sujeto a variaciones, por lo que no se puede representar el proceso terapéutico enmarcada en fase delimitadas rigurosamente en un tiempo específico, ya que cada una de ellas, generalmente se superpone y entremezcla con otras. Por otro lado, las etapas precisadas por cada corriente están en correspondencia a su óptica con respecto al trastorno mental y a las técnicas que se emplean para mitigarlo⁷”. Las fases son las siguientes:

1. **Primera fase:** Determinación de la demanda, expectativas, motivaciones e inicio del proceso: Se tiene que cumplir las expectativas y motivaciones del paciente, familiares y allegados.
2. **Segunda fase:** Investigación del problema o trastorno, la personalidad y el entorno: El estudio transversal y longitudinal del individuo y su problemática mediante la observación, la entrevista y los reactivos psicológicos, se orienta hacia el diagnóstico de la demanda, el problema, la patología, el entorno del paciente y las características de permorbilidad de la personalidad como precursora del trastorno.
3. **Tercera fase:** Planificación del proceso: Se tiene que dar una formulación dinámica del problema o trastorno, de la personalidad, objetivos y técnicas.
4. **Cuarta fase:** Ejecución y planificación técnica: Las estrategias anotadas en la planificación se aplican durante el proceso con adaptaciones específicas para cada uno de los casos y considerando las características idiosincráticas de nuestro habitante. Esta condición de flexibilidad técnica la practicamos tanto en los recursos sintomáticos como los relacionados con la personalidad.

⁷ MAHONEY, M., *Psicoterapia*, Buenos Aires, 1985, p., 62.

5. **Quita fase:** Evaluación del diagnóstico, el proceso y los resultados:

La eficacia del trabajo terapéutico debe ser juzgada mediante algunos recursos para conseguir la mayor objetividad posible, empleando las siguientes fuentes:

- Criterio del terapeuta.
- Criterio del paciente.
- Apreciación de los familiares y otras personas.
- Utilización de reactivos y registros psicológicos.
- Mediaciones fisiológicas”.⁸

1.6. Principios:

“Bugental (1964), enumera los siguientes principios:

1. El ser humano es más que la suma de sus componentes.
2. La existencia se consume en el seno de las relaciones humanas.
3. El hombre vive más o menos asequible a su forma consciente, esa es la base para la comprensión de la experiencia humana.
4. Desde lo consciente disponible, el ser humano está en situación de elegir y decidir; no es pasivo, espectador de su existencia sino que la recrea.
5. La persona vive orientada hacia una meta, objetivos y valores que son la base de su identidad y en general tiende a la tranquilidad y la excitación”.⁹

⁸ BALAREZO, Lucio, op. Cit., *Psicoterapia integrativa focalizada en personalidad*, Quito-Ecuador, 2010, pp., 141 - 158.

⁹ BLAGLADI, V., *Variables inespecíficas en psicoterapia y psicoterapia integrativa*, Santiago de Chile, 2003, p., 35.

2. Eclecticismo e Integración

2.1. Introducción

“En los últimos años ha habido un nuevo resurgir del interés por la integración de las terapias psicológicas (Feixas y Miró, 1993; Rosa, Olivares y Méndez, 2004)”.¹⁰

El verdadero valor de la integración radica en su supuesta mayor eficacia. Sin embargo, no ha sido demostrado hasta el momento que un enfoque ecléctico o integrador sea más eficaz; podría incluso ser inferior. Además, existen diferentes enfoques eclécticos e integradores, los cuales pueden convertirse en nuevas orientaciones monolíticas y reproducir así el estado de cosas que se quiere superar. **La elección personal del Eclecticismo puede ser facilitada por los siguientes factores:**

- Falta de presiones en el entrenamiento y ambientes profesionales dirigidas hacia una determinada orientación.
- Mayor experiencia clínica.
- Un impulso para combinar todas las intervenciones terapéuticas.
- Un carácter inconformista que lleva a moverse más allá de una determinada orientación.
- Una actitud escéptica hacia el status.

2.2. Tipos de Eclecticismo y niveles de integración

“Feixas y Miró (1993) han distinguido tres tipos de eclecticismo”:¹¹

1. **Eclecticismo intuitivo o a teórico.** Muy frecuente en la práctica clínica, combina técnicas de diferentes enfoques sin que haya un sistema que dé coherencia al conjunto.

¹⁰ FEIXAS, G., et. al., *Constructivismo y psicoterapia*, 2000, p., 34.

¹¹ Ibid., pp., 35- 37.

2. **Eclecticismo técnico.** Combina técnicas de diferentes enfoques de acuerdo con criterios sistemáticos de tipo pragmático.
3. **Eclecticismo sintético o integración teórica.** Trata de integrar conceptos de distintas teorías ya sea reformulando los conceptos de una en términos de la otra pero compatibles.

2.3. Áreas de aplicación

A continuación se enumeran las distintas áreas y problemas en que las intervenciones psicológicas han sido aplicadas hasta el momento.

ÁREA CLÍNICA

- Fobias y miedos específicos, fobias sociales, agorafobia.
- Trastorno de pánico y ataques de pánico.
- Ansiedad social, ansiedad hetero-social, falta de aserción, déficit de habilidades sociales.
- Trastorno de ansiedad generalizada.
- Trastorno obsesivo-compulsivo.
- Trastorno por estrés postraumático (por accidente, violación, tortura, combate).
- Trastorno de ansiedad por separación.
- Depresión, trastorno bipolar etc.
- Sistema cardiovascular.
- Sistema neuromuscular. Entre otras.
- Entrenamiento con niños en resolución de problemas.
- Preparación para la maternidad/paternidad.
- Educación para la salud
- Programas de planificación familiar.
- Programas de educación sexual etc.

ÁREA DE LA SALUD

ÁREA COMUNITARIA

3. Modelo Gestáltico

“Representada por autores como Fritz Perls, Laura Perls, Goodman, Simkin, Weisz y Hefferli-ne. La meta fundamental de la Terapia Gestal es restablecer el proceso de crecimiento del paciente.”¹² Para ello, se ayuda a este a tomar conciencia de los sentimientos, deseos e impulsos propios que han sido negados, y a reconocer los sentimientos, ideas y valores que considera propios, pero que ha adoptado de otras personas.

3.1. Características:

1. “Cada persona tiene una tendencia natural a completar su existencia, a satisfacer sus necesidades y deseos legítimos.
2. Cada persona es responsable de su conducta.
3. Se enfatiza el aquí y ahora. Se busca que el paciente no se refugie en el pasado.
4. Se persigue que el paciente tome conciencia de sus necesidades, emociones y demandas del medio.
5. La conciencia de la persona puede resultar distorsionada o incompleta al tratar de evitar el conflicto entre las propias necesidades y las exigencias del medio”.¹³

3.2. Técnicas empleadas:

1. Uso del presente en la comunicación verbal.
2. Señalamiento del comportamiento no verbal para que el paciente analice el significado del mismo.
3. Trabajo con sueños, técnica de la silla vacía.
4. Psicodrama de Moreno o el trabajo corporal de la bioenergética.
5. Programación neurolingüística de Bandler y Grinder

¹² ALLPORT, G., La Gestalt y su desarrollo, Barcelona, 1986, pp., 58-62.

¹³ Ibid., p., 64.

6. Psicoterapia expresiva focalizada que Daldrup, Beutler, Greenberg y Engle.

4. Modelos Sistémicos

“Representados por autores como Watzlawick, Minuchin, Haley y Selvini-Palazzoli. Mencionan que el miembro de la familia que presenta el problema (paciente identificado) es considerado como una expresión de la disfunción del sistema familiar (aunque el problema cumple una función dentro de la lógica interna del sistema).”¹⁴ La terapia enfatiza el presente y suele ser breve. Por lo general, no pasa de 20 sesiones repartidas a lo largo de un máximo de 2 años.

4.1. Características:

Conjunto de elementos dinámicamente estructurados, cuya totalidad genera unas propiedades que, en parte, son independientes de aquellas que poseen sus elementos por separado.

Considerar sus elementos, las propiedades y comportamientos de estos, la interacción entre los mismos y las propiedades de la totalidad.

4.2. Fases del Proceso Terapéutico

Podríamos delimitar el proceso terapéutico en 6 pasos o fases que serían como sigue:

1. “La averiguación de la estructura en las primeras interacciones.
2. El terapeuta observará las interacciones para ver cuáles son las reglas que gobiernan al sistema.
3. El terapeuta debe ver si estas reglas dan lugar a fronteras claras que permitan el desarrollo de las funciones.

¹⁴ BALAREZO, Lucio, *Apuntes de sistemas contemporáneos de psicología*, Quito, 2004, p. 87.

4. Dependiendo de las características de las fronteras deberá evaluar si es una familia apegada o desapegada.
5. Pensar si esa es la estructura que está manteniendo el síntoma.
6. Si el terapeuta ve que sí, en verdad es la estructura la que está manteniendo el síntoma debe proceder a cambiarla o modificarla”.¹⁵

4.3. Principios

El principio fundamental del Modelo Sistémico es la comunicación, para ello se pueden aplicar técnicas de descalificación o recursos para *comunicar sin comunicar* y síntomas como compromiso. Sin embargo, la relación puede venir también definida por las características de la situación y por ciertos contenidos verbales. La incongruencia entre los dos niveles de comunicación (de contenido y relacional) da lugar a mensajes paradójicos.

4.4. Valoración de los Modelos Sistémicos

- Énfasis en los factores interpersonales y sociales. Las variables fisiológicas, psicológicas internas y de aprendizaje tratan de tenerse en cuenta, pero desde la perspectiva del sistema interpersonal y social en el que se encuentra la persona.
- Nuevas perspectivas en el tratamiento de parejas y familias. Los enfoques sistémicos se ha aplicado a problemas en la adolescencia (delincuencia, esquizofrenia incipiente, drogadicción), trastornos infantiles en general y problemas psicosomáticos (diabetes, asma, anorexia).

¹⁵ BECK, Aaron., *Modelos psicoterapéuticos*, New York, 2002, pp., 65- 67.

5. Modelos Conductuales y Cognitivos

“Representados por autores como Skinner, Kazdin, Wolpe, Marks, Eysenck, Rachman, Beck, Ellis, Meichenbaum, Bandura, Clark y Salkovskis.”¹⁶ El terapeuta de conducta emplea el conocimiento científico pertinente combinado con sus experiencias personales y con información que no ha sido derivada de la psicología científica.

5.1. Características:

- “No todas las conductas inadecuadas resultan básicamente de un aprendizaje.
- Aunque se da un menor protagonismo a los factores genéticos y orgánicos, no se los ignora en absoluto.
- Se considera que la mayor parte de las conductas inadecuadas pueden ser modificadas a través de la aplicación de principios psicológicos, especialmente los del aprendizaje.
- En algunos pacientes con determinados trastornos puede ser conveniente la combinación de la Terapia Cognitiva Conductual con la terapia farmacológica.

Orientada hacia el presente, limitada en tiempo a un número determinado de sesiones, estructura, colaborativa (se le explica el modelo al paciente quien lo acepta), educativa. usa las técnicas de resolución de problema, usa una variedad de técnicas cognitivas, usa el descubrimiento guiado para encontrar significados, identifica las creencias centrales, reestructura los pensamientos y creencias disfuncionales, control y agenda de actividades, tareas asignadas en forma gradual, experimentos conductuales para poner a prueba las creencias y pensamientos, jerarquía de estímulos y exposición, relajación.

Existen alteraciones para las que no existe la utilidad de la Terapia Cognitiva Conductual y para los que la farmacoterapia parece ser el tratamiento a elegir, al menos como intervención principal.”¹⁷

¹⁶ QUINTO, Emilio, *El Modelo Cognitivo Conductual*, Madrid, 2008, pp., 27 - 30.

¹⁷ HERNANDEZ, Nicolás, *Manual de psicoterapia cognitivo conductual para trastornos*, Buenos Aires, 2003, pp., 7 - 15.

5.2. Fases de la terapia

- **“Evaluación.** En primer lugar, se realiza una evaluación completa del caso, mediante entrevistas y los cuestionarios que se consideren necesarios. Esta fase dura 2 o 3 sesiones.
- **Intervención.** Consiste en la utilización de técnicas terapéuticas dirigidas a conseguir los objetivos planteados.
- **La duración de esta fase de intervención** puede ir de los 2-3 meses a más de un año, en función de la complejidad, intensidad y duración de los síntomas y problemas del cliente.
- **Seguimiento.** Una vez alcanzados los objetivos, se harán sesiones de seguimiento para evaluar el mantenimiento de los cambios y hacer los ajustes que sean necesarios.”¹⁸

5.3. Valoración de los Modelos Conductuales y Cognitivos

- Énfasis en las experiencias de aprendizaje.
- Concepción optimista sobre las posibilidades de cambio de las personas.
- Bajo o moderado nivel de abstracción en sus formulaciones, lo que facilita su estudio científico.
- “Énfasis en la comprobación empírica de las formulaciones teóricas, de la fiabilidad y validez de los instrumentos de evaluación y de la eficacia de los tratamientos aplicados. Descripción y sistematización de gran número de técnicas de amplio uso.”¹⁹

6. Factores diferenciales entre los diversos Modelos de Intervención

6.1. Introducción

Una de las diferencias más notables entre los diversos modelos es el nivel de inferencia empleado a la hora de interpretar y dar significado a la información obtenida. “Este nivel de inferencia es alto en los modelos psicodinámicos y fenomenológicos, moderado o bajo en el sub-modelo

¹⁸ DESCLEE, Brower, *Terapia Cognitiva*, España, 2003, pp., 85- 90.

¹⁹ SEVILLÁ, et. al., *Tratamiento psicológico del trastorno obsesivo-compulsivo*, Valencia, 2004, pp., 52 - 54.

cognitivo-conductual y bajo en el sub-modelo del análisis conductual aplicado (conductista).”²⁰

6.2 Diferencias en cuanto a la patología

Modelo Psicodinámico	Conflictos inconscientes intrapsíquicos y/o interpersonales
Modelo Fenomenológico	Incongruencia entre el sí mismo real y el sí mismo tal como es moldeado por los otros.
Modelo Sistémico	Disfunciones en la estructura y comunicación del sistema familiar
Modelo Conductual y Cognitivo	Pensamientos automáticos, distorsiones cognitivas y creencias desadaptativas

6.3 Diferencias en cuanto a los objetivos terapéuticos

Modelo Psicodinámico	Resolución de la transferencia y de los conflictos intrapsíquicos, disminución de los impulsos y manejo de estos, uso de defensas flexibles, insight intelectual y emocional, desaparición del síntoma, reestructuración de la personalidad.
Modelo Fenomenológico	Congruencia entre el sí mismo real y la forma en que uno siente, percibe y actúa, autorrealización, conciencia e integración de los propios deseos y necesidades.
Modelo Sistémico	Desaparición del problema, modificación de pautas disfuncionales en la familia.
Modelo Conductual y Cognitivo	Desaparición o reducción de los problemas y adquisición de habilidades para afrontar la vida

²⁰ RISO, Walter, *Pesar bien, sentirse bien*, 2002, Barcelona, pp., 26 - 43.

6.4 Diferencias en cuanto a las técnicas de tratamiento

Modelo Psicodinámico	Catarsis o abreacción, apoyo emocional, sugestión, persuasión
Modelo Fenomenológico	Empatía, aceptación positiva incondicional, autenticidad
Modelo Sistémico	Técnicas de exploración y participación en el sistema (rastreo, acomodación, mimetismo, validación), reformulación, técnicas paradójicas.
Modelo Conductual y Cognitivo	Técnicas de respiración y relajación, técnicas de exposición, modelado, entrenamiento en habilidades sociales, técnicas operantes etc.

7. Componentes de una relación terapeuta efectiva

7.1. Introducción

En la actualidad se acepta ampliamente, por personas que tienen diferentes orientaciones teóricas para el consejo terapéutico, que la relación terapéutica es una parte muy importante dentro del proceso. “En opinión de Brammer y Abrego (1989), la relación es importante no solo porque constituye el principal medio para obtener y manejar los sentimientos e ideas significativas que se persigue sino para que cambie la conducta del paciente, también porque con frecuencia determina si el consejo terapéutico se va a producir o no”.²¹ No es probable que se produzca un cambio en el paciente si no existe una relación terapéutica efectiva. Una relación efectiva proporciona el ímpetu y la base para que las estrategias de intervención directas logren los efectos deseados (Goldstein, 1980).

²¹ RUIZ, A., *La psicoterapia en un mundo de complejidad*, Santiago de Chile, 2003, p., 41.

7.2. Características de un terapeuta efectivo

“Las actitudes y destrezas del terapeuta son determinantes importantes de la calidad de la relación terapéutica. El terapeuta más efectivo es aquel que es capaz de integrar sus apartados personal y científico. En otras palabras, aquel que logra el equilibrio entre sus competencias interpersonales y técnicas.”²²

- **Competencia intelectual:** El consejo terapéutico es un proceso exigente desde el punto de vista intelectual, para empezar una terapia es necesario que se disponga de un conocimiento global y adecuado de diversas áreas.
- **Energía:** Los terapeutas que reciben multitud de pacientes cada día probablemente finalizaran la jornada, si no antes, emocional y físicamente fatigados. Probablemente los terapeutas pasivos y poco enérgicos no inspiran confianza y seguridad a sus pacientes.
- **Flexibilidad:** Los terapeutas eficientes también son flexibles, esto es, no están sujetos a una ideología o metodología única que utilizan para todos los clientes, los terapeutas flexibles adoptan métodos y tecnologías a cada paciente en vez de forzar a los pacientes con sus problemas de ajustarse a una estrategia u orientación metodológica particular.
- **Apoyo:** El apoyo tiene una serie de funciones en la relación terapéutica tales como engendrar esperanza, reducir la ansiedad y proporcionar seguridad emocional.
- **Buenos deseos:** Los terapeutas que tienen buenos deseos trabajan a favor de sus pacientes y no a favor de ellos mismos. El buen deseo también implica que nuestros motivos e intenciones son positivas y constructivas en vez de negativas o destructivas.

²² CORMIER, William, et. al., *Estrategias de Entrevista para Terapeutas Habilidades Básicas e Intervenciones Psicológicas*, California, 2000, pp., 35 - 38.

- **Conocimiento de sí mismo:** Las personas que tengan un punto de vista negativo sobre sí mismo se subestimarán y buscarán o evitarán las interacciones con otros.

CAPITULO II

ADOLESCENCIA

1.1. Introducción

El adolescente es un joven que está experimentando continuos cambios psicofísicos, lo que a menudo desencadena sentimientos y comportamientos contradictorios. La sensación de inseguridad es un sentimiento habitual, propio de la crisis de identidad que está viviendo. Esta sensación es causa de ansiedad, sentimiento que quizá el adolescente experimenta por primera vez de manera intensa y desagradable. En la presencia de abuso o violencia se exagera el cuadro ansiogeno por la situación negativa que experimenta.

1.2. Definición

“Adolescencia deriva del latín *adolescens* (joven) y *adolecere* (crecer). La habitual asociación en lengua española con la palabra *adolecer* (tener estar sujeto a efectos, paciones, vicios o malas cualidades pueden causar dolencia o enfermedad) es la que más estragos ha causado en la caracterización peyorativa de la etapa.”²³ “La adolescencia de (10-18 años) es una etapa de crisis de identidad marcada por unos cambios físicos y psíquicos (González Pisano y Cols., 1996).”²⁴

1.3. Etapas de la adolescencia

1.3.1. La pre-adolescencia: desde las 8 hasta los 11 años

Presentan pensamientos lógicos y tendencia a despreciar pensamientos imaginativos de la infancia, tienen capacidad para acumular grandes conocimientos y aplicar nuevos conceptos, tienen mayor interés para aprender habilidades de vida (cocinar, reparar). En general egocéntrico, aunque ya tiene conciencia. Comprende los conceptos lo que es justo y la

²³ GALLAR, Manuel, *Promoción de la salud y apoyo psicológico al paciente*, España, 2001, pp., 45 - 52.

²⁴ DELAGARVE, Michael, *Adolescencia*, New York, 2003, pp., 654 - 661.

negociación. No siempre se ve reflejada su capacidad moral en su comportamiento.

1.3.2. Segunda etapa de la adolescencia: desde las 11 hasta los 15 años

Los cambios de la pubertad y cómo reaccionan los compañeros pueden condicionar las amistades, las tendencias a compartir confidencialidades y formar grupos de 2 a 6 amigos.

En esta etapa se despierta el deseo sexual y algunos empiezan ya a formar parejas, se desarrolla nuevas capacidades para ver las cosas en términos relativos, abstractos y para pensar. Buscan la aprobación social de sus compañeros, aunque entienden los conceptos relacionados con el orden social. A esta edad suelen cuestionar ciertos principios sociales, morales y/o éticos, a veces sobre todo los que tienen los padres.

1.3.3. Tercera etapa de la adolescencia: desde las 15 hasta los 18 años

Conforme se van avanzando por esta última etapa de la adolescencia, suele haber menos conflictos entre hijos y padres y mayor respeto porque los hijos ya pueden ver sus padres como individuos y comprender que sus opiniones se basan en ciertos valores y esto produce una mejoría en las relaciones familiares. “Es la etapa los adolescentes forman su propia identidad. Experimentan con distintos aspectos, papeles, valores, amigos, aficiones. Menos egocentrismo y mayor énfasis sobre valores abstractos y principios morales.”²⁵

²⁵ MORAGAS, Junior, *Psicología del niño y del adolescente*, Barcelona, 2000, pp., 58 - 70.

1.4. Desarrollos de la adolescencia

1.4.1. Desarrollo físico

“Los cambios físicos de la pubertad, sin exceptuar la maduración sexual y el crecimiento acelerado, son iniciados por una mayor producción de hormonas activadoras de la glándula pituitaria anterior, situada inmediatamente debajo de la base del encéfalo.”²⁶ La señal para este incremento de la producción hormonal, a su vez, proviene del hipotálamo, parte importante y compleja del encéfalo, pero sólo después de que el hipotálamo ha madurado lo suficiente, lo cual puede ocurrir a edades distintas en diferentes individuos.

1.4.2. Desarrollo intelectual

“El psicólogo francés Jean Piaget y B. Inhelder, investigaron en su obra titulada: la lógica del niño a la lógica adolescente”,²⁷ cómo en la adolescencia se pasa del estadio de las operaciones concretas a los estados formales, que puede definirse como el pensamiento que implica una lógica deductiva. Piaget asumió que esta etapa ocurría en todos los individuos sin tener en cuenta las experiencias educacionales o ambientales de cada uno. Sin embargo, los datos de las investigaciones posteriores no apoyan esta hipótesis y muestran que la capacidad de los adolescentes para resolver problemas complejos está en función del aprendizaje acumulado y de la educación recibida. **Entre las características funcionales del pensamiento formal suelen citarse las siguientes:**

- Apertura al mundo de lo posible
- Pensamiento lógico
- Posibilita el razonamiento hipotético-deductivo
- Pensamiento egocéntrico

²⁶ STRAUCH, B., *Como funciona el cerebro en el adolescente*, Barcelona, 2003, p., 10.

²⁷ *Ibíd.*, p., 10.

1.4.3. Desarrollo emocional

“Kohlberg ha elaborado el esquema de Piaget, transformándolo en otro compuesto por seis estadios diferentes. Su método consistió en presentar situaciones hipotéticas, que implicaban dilemas morales, a niños o adolescentes de diversas edades, clasificando las respuestas con arreglo a una teoría de los estadios de desarrollo moral”.²⁸ **Ha descrito los siguientes estadios del desarrollo moral:**

- **Pre-convencional (de 4 a 10 años):**

Estadio 1: "Orientación castigo-obediencia". Los comportamientos que son castigados son considerados malos.

Estadio 2: "Hedonismo instrumental". Aquí, el niño se porta bien a fin de obtener recompensas.

- **Convencional (de 10 a 13 años):**

Estadio 3: "Orientación hacia las relaciones interpersonales". La buena conducta es aquella que gusta a los demás o les ayuda y que es aprobada por ellos. ¿Soy un buen chico?

Estadio 4: "Mantenimiento del orden social". La buena conducta consiste en cumplir con el propio deber, mostrar respeto a la autoridad y mantener el orden social por el propio bien.

- **Post-convencional (a partir de 13 años):**

Estadio 5: "Contrato social y/o orientación de la conciencia". Al comienzo de este estadio, el comportamiento moral tiende a concebirse según derechos y niveles generales establecidos por la sociedad.

²⁸ KOHLBERG, J., *Estadios de la adolescencia*, España, 2002, pp. 162 - 164.

Estadio 6: "Orientación según principios éticos universales". En este estadio existe una tendencia a formular principios éticos abstractos y a guiarse por ellos (así como por ejemplo: la igualdad de derechos, la justicia o el respeto a todos los seres humanos).

1.4.4. Desarrollo social

La sociabilidad es la capacidad, la aptitud que permite al individuo vivir con los otros y en grupo, y es fruto de comprensión hacia el otro, de posibilidad de simpatía y empatía.

A partir de los 11-13 años la elección de compañeros se basa sobre todo en aspectos individuales del carácter. Con el desarrollo de la madurez las posibilidades asociativas se multiplican, y las relaciones sociales se descubren mejor. En la sensibilidad social se distingue entre: sensibilidad ante la persona, y la sensibilidad a las normas del grupo. Son estos dos aspectos los que se manifiestan en las relaciones con los otros, como más característicos en la adolescencia.

“Gadner, psicólogo, postula la existencia de varios tipos de inteligencias, entre las que se encuentra la inteligencia personal”. ²⁹Que es la capacidad de establecer contacto con los propios sentimientos, discernir entre ellos y aprovechar este conocimiento para orientar nuestra conducta.

Tener relaciones creativas con otras personas requiere comprender los conceptos de deseo, atracción y enamoramiento.

“El enamoramiento supone el deseo y la atracción. Algunas características del proceso de enamoramiento son:

- La persona sufre un proceso de encantamiento.
- Deseo de otra persona de forma exclusiva.

²⁹ CABALLO, V., et. al., *Manual de psicología infantil y adolescencia*, Madrid, 2001, pp., 122 - 123.

- Deseo de entrega. Cuando existe correspondencia entre los enamorados, la dinámica de la relación es de entusiasmo, y si ésta es amenazada se convierte en sufrimiento.
- El enamoramiento va unido a un deseo de intimidad afectiva, sexual y de mayor compromiso.
- La atracción interpersonal

Los psicólogos consideran la atracción interpersonal como el juicio que una persona hace de otra a lo largo de una dimensión actitudinal, cuyos extremos son la evaluación positiva (amor) y la evaluación negativa (odio)³⁰.

1.5. Teorías sobre la adolescencia

La adolescencia consiste más en un proceso, en una etapa de transición, que en un estadio con límites temporales fijos.

TEORÍA COGNITIVA

Para Erikson, la adolescencia «no constituye una dolencia, sino una crisis normativa, es decir: una fase normal de incrementado conflicto, caracterizada por una aparente fluctuación de la energía del ego y asimismo por un elevado potencial de crecimiento».

TEORÍA PSICOSOCIOLÓGICA

La adolescencia, en el sentido sociológico, se refiere a la experiencia de pasar a través de una

³⁰ CUYUN, Claudia, *Etapas de la adolescencia*, Instituto de Psicoterapia familiar en la adolescencia, Puerto Rico, 2010, pp., 78-85. Disponible en: <http://www.iniciativat.com/component/content/article/5-familia/128-etapas-de-la-adolescencia.html>.

TEORÍA PSICOANALÍTICA

fase que enlaza la niñez con la vida adulta.

La adolescencia es un estudio del desarrollo en el que, debido en gran parte a los cambios fisiológicos que acompañan a la pubertad, brotan los impulsos sexuales y se produce una primacía del erotismo genital.

1.6. La Salud Mental del adolescente

Los problemas de salud mental en los jóvenes representan un importante reto para la salud pública de todo el mundo. Las medidas preventivas pueden ayudar a evitar el agravamiento y la progresión de los trastornos mentales, y una pronta intervención limita la gravedad de los mismos. Los jóvenes a los que se les reconocen sus necesidades de salud mental actúan mejor en la sociedad, rinden de manera más eficaz en la escuela y tienen más posibilidades de convertirse en adultos productivos y bien adaptados socialmente que aquellos cuyas necesidades no están siendo satisfechas. Se calcula que el 20% de los adolescentes de todo el mundo tiene problemas mentales o de comportamiento. “La depresión es la enfermedad que más contribuye a la carga mundial de morbilidad entre los jóvenes de 15 a 19 años de edad, y el suicidio es una de las tres causas principales de mortalidad entre las personas de 15 a 35 años. En conjunto, unos 71.000 adolescentes cometen suicidio anualmente y una cifra 40 veces superior lo intenta. Alrededor de la mitad de los trastornos mentales de una vida comienzan antes de los 14 años de edad y el 70% antes de los 24. La frecuencia de trastornos mentales entre los adolescentes ha aumentado en los últimos 20 y 30 años; dicho aumento se atribuye a la ruptura de las estructuras familiares, al aumento del desempleo entre los jóvenes y a las

poco realistas aspiraciones educativas y profesionales que las familias tienen para sus hijos e hijas”.³¹

1.7. Clínica del adolescente

“La clínica va a ser más similar a lo que estamos acostumbrados a ver en el adulto, con algunos matices. Van a parecer marcados cambios en la conducta, con notables tendencias a la disforia e irritabilidad, y se acentuara la impulsividad característica propia de esta etapa evolutiva”.³²

- Aumento del riesgo del fracaso escolar.
- Desinterés por actividades
- Perdida de motivación.
- Baja autoestima.
- Problemas de adaptabilidad.
- Estrés.
- Alteración instintiva.

1.8. Perfil del joven violento

Los rasgos de personalidad que suelen estar presentes en un joven que ejerce la violencia son:

- Posee una elevada tendencia a la agresividad, fuerte impulsividad, hiperactividad, escasa capacidad para la reflexión y falta de control sobre la ira.
- Ha conseguido una escasa socialización desde la infancia, con pocos amigos y grandes dificultades para mantenerlos.
- Busca el placer y la satisfacción inmediata de sus necesidades y deseos.
- Muestra frialdad, poca empatía, con dificultades para identificar las propias emociones y las ajenas.
- Suele expresar una actitud defensiva, desafiante, percibiendo en los demás señales de amenaza y agresión, y malinterpretando las intenciones que éstos puedan tener.
- Se cree autosuficiente, pero a la vez utiliza y manipula con frecuencia a sus familiares para conseguir sus propósitos de inmediato. Tiene un bajo sentimiento de culpabilidad sobre los actos violentos realizados e intenta justificarlos. Desprecia los derechos de los demás.

³¹ POSADA, A., *Action Plan for National Recovery and Development of Haiti*, Puerto Príncipe, 2010, pp., 12 - 22.

³² MORENO, A., *La depresión y sus máscaras*, Buenos Aires, 2008, pp., 230 - 231.

- Posee una baja tolerancia a la frustración.
- Tiene una gran incapacidad para aceptar normas o límites de los entornos familiares, escolares y sociales en general.
- Carece de capacidades para negociar, pactar o ceder.
- Posee unas habilidades sociales poco desarrolladas, con altas dificultades para la adecuada resolución de los conflictos que se le presentan.

Muestra una clara tendencia a afrontar los problemas mediante la fuerza y la imposición.

1.9. Influencias del adolescente

1.9.1. La familia.

Es preciso el Interés de la familia por formar los hábitos en una edad temprana pero los adolescentes no solo obtiene influencias positivas sino también actitudes negativas, como: “La falta de comunicación, los jóvenes que no reciben la atención de sus padres, la mala crianza, el abandono de los padres, la violencia, el abuso y otros factores negativos. Todo esto hace que las heridas de una infancia puedan ser profundas para toda la vida y afectar al adolescente”.³³

1.9.2. Los amigos y la pareja.

“En la adolescencia, los amigos llegan a ser de vital importancia, en la medida en que el adolescente se dedica a la tarea de separarse de su familia, buscando su propia identidad; Por ello los amigos pueden ser buenas o malas influencias en el proceso de búsqueda personal. La actividad sexual con la pareja, desde besos casuales, mimos y caricias, hasta coito, satisface una cantidad de necesidades importantes; desde el placer físico hasta la habilidad de la interacción sexual para mejorar la comunicación, estar a tono con los compañeros de grupo, lograr acabar con presiones e investigar los misterios del amor. A sí mismo la pareja (si la hay)

³³ CABALLO, V., et. al., op. cit., *Manual de psicología infantil y adolescencia*, Madrid, 2001, pp., 128 - 131.

forma parte fundamental del adolescente cuando se descubre el amor en esa persona y este lo influencia positiva o negativamente.

1.9.3. El colegio.

El colegio es la segunda casa para casi todos los adolescentes. La mayoría de los jóvenes se encara a muchas pruebas en el colegio: Lenguaje obsceno, entretenimiento degradado y en muchos lugares se siente cada vez con más fuerza la depresión desarrollada en el grupo de adolescentes que compete a participar en actividades inapropiadas. Por eso el adolescente al querer adaptarse al grupo, puede ser influenciado por compañeros de clase y profesores en forma positiva o negativa.

1.9.4. La sociedad.

Un estudio revela que menos de uno en cada cuatro adolescentes; tenían un auto-imagen realista y revelaban pocas señales de crisis o agitación pero más de un tercio se adecuaba al grupo de crecimiento agitado, de jóvenes razonablemente bien ajustados que tenían alguna dificultad para enfrentar traumas inesperados o se disgustaban en tiempos difíciles.”³⁴

“Esto se debe a que la sociedad de hoy influencia más negativa que positivamente a la adolescencia, haciendo que esta no tenga una dirección fija y con frecuencia regrese a comportamientos inmaduros o antisociales”.³⁵

1.10. El crimen y la violencia entre los jóvenes

Como ocurre con cualquier otro grupo de edad de la sociedad, los adolescentes son muy diversos en sus características, situaciones vitales y actitudes. Por lo general, en los escritos sobre los jóvenes y la violencia hay una ausencia marcada de materiales que señalen las contribuciones positivas de los adolescentes a la sociedad, o alguna referencia sobre la gran mayoría que no participa en actos violentos de ningún tipo. “En las

³⁴ *Ibíd.*, pp., 135 - 139.

³⁵ LABAKE, Julio Cesar, *Adolescencia y personalidad*, Panamá, 2008, pp., 42-49. Disponible en: www.google.com.co (la web) adolescencia.

cárceles y las instituciones de todo el mundo, a los adolescentes se les niega a menudo el derecho a la atención médica, la educación y la posibilidad de desarrollo individual. La detención expone también a los niños y niñas a graves formas de violencia, como la tortura, la brutalidad, el abuso sexual y la violación, así como a unas condiciones de vida deficientes”.³⁶

1.11. Problemas de la adolescencia

Las influencias negativas generan problemas de tipo personal, grupal (familiar, amistoso, amoroso, en el colegio y barrio) o social. “Los personales afectan la identidad y pueden alterar la personalidad; los grupales nos hacen sentir rechazados socialmente o generan preocupación por el otro y los sociales nos generan estrés colectivo buscando soluciones no aceptadas por las reglas sociales”.³⁷

Las vías de escape negativas suceden principalmente por las influencias negativas que reciben a diario de la sociedad, la familia, los amigos y otros. Principalmente se recurren a medios como: Drogas, alcohol y cigarrillo, sexo, pandillas y vandalismo, homicidio, entre otros.

La búsqueda de un grupo de adolescentes por demostrar la hegemonía los lleva a la formación de pandillas. Son las pandillas que enfrentan a otros pandilleros, la mayoría de veces sin una razón válida y es la etapa de la vida que concentraría la mayor proporción de delincuencia y crímenes, como vandalismo, violación o asesinato. El vandalismo puede ser usado como “ solución ” porque genera un ingreso económico (que siendo ilegal) serviría como alternativa para la superación de un problema. La depresión es una consecuencia de las anteriores vías de escape negativas; está relacionada con las presiones presentes sobre todo en la adolescencia. La depresión se

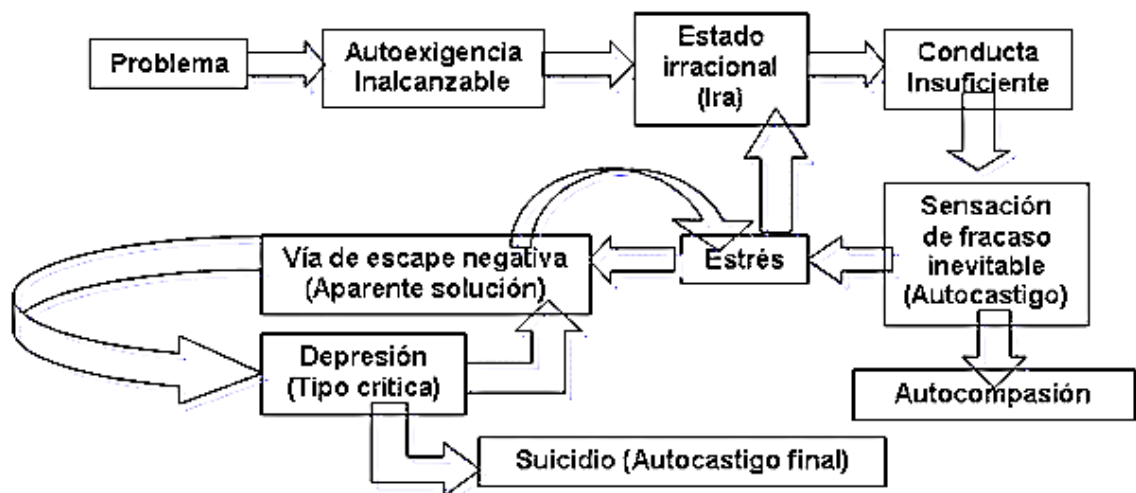
³⁶ SARMIENTO, F., *Organización Mundial de la Salud*, Escuela de psicología Chilena, Chile, 2011, pp., 7 - 14. Disponible en: www.who.int/child-adolescent-health.

³⁷ SIMON, R., *Un encuentro entre el medico el paciente y el grupo familiar*, Bogotá, 2000, pp., 3 - 10. Disponible en: www.Depresion.Psicomag.Com/Terapia_Conductual.Php.

refiere a una situación psíquica morbosa en la que se altera el ánimo, ante la disminución del mismo, y en el que la sintomatología se centra sobre la vivencia de la tristeza y la inhibición psíquica que puede llegar al suicidio.

1.12. Soluciones positivas.

“El diálogo con los padres o con personas que puedan proporcionar ayuda, alejarse de malas amistades e influencias, afrontar y tratar de solucionar los problemas por medios que no impliquen la violencia, el sexo o el daño físico y mental a sí mismos y a cualquier otra persona son las soluciones positivas que se deben usar. Si se necesita la ayuda profesional de un psicólogo, no se debe dudar en acudir a ellos”.³⁸



39

EXPLICACIÓN SOBRE LA TEMÁTICA DE LOS PROBLEMAS DE LA ADOLESCENCIA

³⁸ HEALTH, Kids, *Depresión*, Medellín, 2010, pp., 21 - 23. Disponible en: www.google.com. (la web) depresión y suicidio.

³⁹ MOSCOVICI, Serge, *Psicología Social*, Buenos Aires, 2007, pp., 6 - 11. Disponible en: www.google.com.co (la web) psicología social.

CAPITULO III

VIOLENCIA

1.1. Introducción

La violencia es el tipo de interacción humana que se manifiesta en aquellas conductas o situaciones que, de forma deliberada, provocan, o amenazan con hacerlo, un daño o sometimiento grave (físico, sexual o psicológico) a un individuo o una colectividad; o los afectan de tal manera que limitan sus potencialidades presentes o futuras. Se trata de un concepto complejo que admite diversas matizaciones dependiendo del punto de vista desde el que se considere; en este sentido, su aplicación a la realidad depende en ocasiones de apreciaciones subjetivas.

1.2. Definición

“Posada, menciona; el elemento esencial en la violencia es el daño, tanto físico como psicológico. Este puede manifestarse de múltiples maneras (por ejemplo, los estímulos nocivos de los que depende) y asociado, igualmente, a variadas formas de destrucción: lesiones físicas, humillaciones, amenazas, rechazo, etc. Es destacable también el daño (en forma de desconfianza o miedo) sobre el que se construyen las relaciones interpersonales, pues está en el origen de los problemas en las relaciones grupales, bajo formas como la polarización, el resentimiento, el odio, etc., que, a su vez, perjudica las redes sociales y de comunidad. Otro aspecto de la violencia que hay que tener en cuenta es que no necesariamente se trata de algo consumado y confirmado; la violencia puede manifestarse también como una amenaza sostenida y duradera, causante de daños psicológicos de quienes la padecen y con repercusiones negativas en la sociedad.”⁴⁰

⁴⁰ POSADA, A., *Violencia y manipulación*, Andalucía, 2007, p., 10.

1.3. Factores etiopatogénicos de la violencia

“Dos expertos en este campo de investigación criminológica, los psicólogos canadienses Andrews y Bonta (1995) describen los factores de riesgo de los comportamientos violentos”.⁴¹

Identifican los factores principales:

- **Actitudes antisociales/pro-violentas:** valores, creencias y estados emocionales alterados en sintonía con comportamientos violentos.
- **Agrupaciones pro-criminales y delictivas:** (bandas, gangs).
- **Factores de personalidad:** (temperamento) que facilitan la aparición de comportamientos violentos (psicopatía, TDAH, mala socialización, impulsividad).
- **Historia de comportamientos antisociales individuales:** variedad de delitos y faltas, número e intensidad de conductas violentas.
- **Factores familiares:** criminalidad familiar, falta de cuidados y atención, baja estructuración familiar, abandono y malos tratos.
- **Bajos (nulos) niveles educativos,** desempleo, falta de recursos económicos.
- **Clase social, etnia o grupo racial:** (emigrantes, barrios-dormitorio.).
- **"Malestar" o "estrés" personal:** producido por razones variadas: anomia, ansiedad, depresión, adicción a tóxicos, características cercanas a lo que entendemos por enfermedad mental.
- **Factores de naturaleza biológica-neuropsicológica:** alteraciones hormonales, lesiones cerebrales, intoxicaciones.

Además de estos factores de riesgo, de los cuales es fácil deducir los que afectan más específicamente a los jóvenes, hay que añadir los llamados factores de protección. “Los factores de protección, son aquéllos que potencialmente reducen la probabilidad de realizar conductas de riesgo. Estos factores pueden influenciar los efectos de las experiencias individuales que facilitan la adquisición de factores de riesgo o pueden moderar la relación entre el riesgo y el comportamiento violento”.⁴²

Una manera de entender la dinámica entre factores de riesgo y los factores de protección es enmarcarlos en un contexto de relaciones globales del individuo con su medio (socio- ecológico). Este modelo reconoce que cada persona funciona dentro de una red compleja de individuo, familia,

⁴¹ ANDREWS, B, et. al., *La conducta antisocial de los jóvenes*, Madrid, 2002, p., 22.

⁴² PUEYO Andrés, *Violencia juvenil: realidad actual y factores psicológicos implicados*, Madrid, 2001, pp., 65 - 66.

comunidad, y los contextos medioambientales más amplios y éstos, todos ellos, impactan sobre su capacidad de evitar/facilitar el riesgo.

1.4. Tipos de violencia

“Existen varios tipos de violencia, incluyendo el abuso físico, el abuso psíquico y el abuso sexual. Sus causas pueden variar, las cuales dependen de diferentes condiciones, como las situaciones graves e insoportables en la vida del individuo, la falta de responsabilidad por parte de los padres, la presión del grupo al que pertenece el individuo (lo cual es muy común en las escuelas) y el resultado de no poder distinguir entre la realidad y la fantasía”.⁴³

1.5. Causas de violencia

- “El alcoholismo: un sin número de casos registra que un gran porcentaje de las mujeres que son agredidas por sus compañeros conyugales, están bajo el efecto del alcohol.
- Falta de conciencia en los habitantes de una sociedad: creen que esta es la mejor forma de realizar las cosas: huelgas, tiroteos, golpes, etc.
- Fuerte ignorancia que hay de no conocer mejor vía para resolver las cosas: no saben que la mejor forma de resolver un fenómenos sociales conversando y analizando qué causa eso y luego tratar de solucionarlo.
- El no poder controlar los impulsos: muchas veces somos impulsivos, generando así violencia, no sabemos cómo resolver las cosas.
- La falta de comprensión existente entre las parejas, la incompatibilidad de caracteres: la violencia intrafamiliar es la causa mayor que existe de violencia, un niño que se críe dentro de un ambiente conflictivo y poco armonioso ha de ser, seguro, una persona problemática y con pocos principios personales.

⁴³ POSADA, A., op. cit., *Violencia y manipulación*, Andalucía, 2007, p., 12.

- Falta de comprensión hacia los niños: saber que los niños son criaturas que no saben lo que hacen, son inocentes. Muchas madres maltratan a sus hijos, y generan así violencia.
- La drogadicción: es otra causa de la violencia, muchas personas se drogan para poder ser lo que no son en la realidad, para escapar así de la realidad causando mucha violencia: si no tienen cómo comprar su "producto" matan y golpean hasta a su propia madre."⁴⁴

1.6. Consecuencias de la violencia

La violencia contra la mujer y la niña, y demás miembros de la sociedad, aumenta su riesgo de mala salud. Un número cada vez mayor de estudios que exploran la violencia y la salud informan sistemáticamente sobre los efectos negativos que señalan la verdadera medida de las consecuencias que son difíciles de evaluar, por lo tanto los registros médicos carecen generalmente de detalles vitales en cuanto a las causas de la violencia.

Las consecuencias de la violencia contra la mujer pueden no ser mortales y adoptar la forma de lesiones físicas, desde cortes menores y equimosis (golpes, moretones) a discapacidad crónica o problemas de salud mental. También pueden ser mortales; ya sea por homicidio intencional, por muerte como resultado de lesiones permanentes o SIDA, o debido a suicidio, usado como último recurso para escapar a la violencia. En esta carpeta de información, "Consecuencias para la salud de la violencia contra la mujer y la niña",⁴⁵ se explora el tema en más profundidad. Numerosos estudios informan que la mayoría de las mujeres que mueren de homicidio son asesinadas por su compañero actual o anterior.

En las culturas en que se practica la costumbre de la dote (bienes que aporta la mujer al matrimonio o que dan a los esposos sus padres o terceras personas, en vista de su matrimonio), esta puede ser mortal para la mujer

⁴⁴ RODRIGUEZ, N., *Guerra entre jóvenes*, Madrid, 2004, pp., 15 - 20.

⁴⁵ DIAZ, M., *Prevención de la violencia y lucha de contra la exclusión desde la adolescencia*, Madrid, 2004, p., 15.

cuyos padres no pueden satisfacer las demandas de regalos o dinero. La violencia que comienza con amenazas puede terminar en "suicidio" forzado, muerte por lesiones u homicidio.

“La violencia durante el embarazo es un factor de riesgo a la salud tanto de la madre como del feto no nacido. Las investigaciones sobre este rubro han indicado mayores niveles de diversas condiciones. Los niños en las familias violentas pueden también ser víctimas de maltrato. Con frecuencia, los niños se lastiman mientras tratan de defender a sus madres”.⁴⁶

La violencia contra la mujer puede producir un embarazo no deseado, ya sea por violación o al afectar la capacidad de la mujer de negociar el uso de métodos anticonceptivos. Por ejemplo, algunas mujeres pueden tener miedo de plantear el uso de métodos anticonceptivos con sus parejas por temor de ser golpeadas o abandonadas.

Los adolescentes que son maltratados o que han sido maltratados como niños, tienen menos probabilidad de desarrollar un sentido de autoestima y pertenencia que los que no han experimentado maltrato.

Tienen mayor probabilidad de descuidarse e incurrir en comportamientos arriesgados como tener relaciones sexuales en forma temprana o sin protección. Un número creciente de estudios indica que las niñas que son maltratadas sexualmente durante la niñez tienen un riesgo mucho mayor de embarazo no deseado durante la adolescencia.

Este riesgo mayor de embarazo no deseado acarrea muchos problemas adicionales. Por ejemplo, está bien documentado que la maternidad durante la adolescencia temprana o media, antes de que las niñas estén maduras biológica y psicológicamente, está asociada con resultados de salud adversos tanto para la madre como para el niño. Los lactantes pueden ser prematuros, de bajo peso al nacer o pequeños para su edad gestacional.

⁴⁶ Ibíd., p., 18.

Cuando se produce un embarazo no deseado, muchas mujeres tratan de resolver su dilema por medio del aborto. “En los países en que el aborto es ilegal, costoso o difícil de obtener, las mujeres pueden recurrir a abortos ilegales, a veces con consecuencias mortales”.⁴⁷

1.6.1. Consecuencias Psicológicas.

a) Suicidio

En el caso de las mujeres golpeadas o agredidas sexualmente, el agotamiento emocional y físico puede conducir al suicidio. Estas muertes son un testimonio dramático de la escasez de opciones de que dispone la mujer para escapar de las relaciones violentas

b) Problemas de Salud Mental

Las investigaciones indican que las mujeres maltratadas experimentan enorme sufrimiento psicológico debido a la violencia. Muchas están gravemente deprimidas o ansiosas, mientras otras muestran síntomas del trastorno de estrés postraumático. Es posible que estén fatigadas en forma crónica, pero no pueden conciliar el sueño; pueden tener pesadillas o trastornos de los hábitos alimentarios; recurrir al alcohol y las drogas para disfrazar su dolor; o aislarse y retraerse, sin darse cuenta, parece, que se están metiendo en otros problemas, aunque menos graves, pero dañino igualmente.

La violación y el maltrato sexual del niño, puede causar daños psicológicos similares. Un episodio de agresión sexual puede ser suficiente para crear efectos negativos duraderos, especialmente si la niña víctima no recibe posteriormente apoyo adecuado. Al igual que la violencia contra la mujer en el seno familiar, el maltrato del menor suele durar muchos años y sus

⁴⁷ AUYERO, Javier, *"Otra vez en la vía" Notas e interrogantes acerca de la juventud de sectores populares*, Ecuador, 1993, pp., 45 - 50.

efectos debilitantes pueden hacerse sentir en la vida adulta. Por ejemplo, la pérdida de autoestima de la mujer que ha sido maltratada en la niñez puede traducirse en un mínimo de esfuerzo para evitar situaciones en que su salud o seguridad estén en peligro.

“Ser víctima de violación o abuso sexual es una experiencia muy traumática y sus consecuencias pueden prolongarse por mucho tiempo. Víctimas (mujeres, niñas y niños) que han sufrido ataques sexuales”⁴⁸ describen los siguientes sentimientos: AUTOR

- Temor.
- Culpa.
- Desvalorización
- Odio
- Vergüenza
- Depresión
- Asco
- Desconfianza
- Aislamiento
- Marginalidad
- Ansiedad
- Ser diferente (se sienten diferentes a los demás)

Es un mito que la violencia sexual la ejercen solamente extraños, muchas violaciones y abusos son cometidos por hombres que la víctima conoce, incluyendo parejas y amigos íntimos. Por ello los ataques ocurren en cualquier momento del día.

Violación y abuso sexual puede ser realizado por extraños o conocidos, pero "nunca con culpa de la víctima", pues existe la errónea creencia que es la víctima quien lo provoca.

⁴⁸ HERNÁNDEZ, Krisbel et. al., *Fundación oficina nacional denuncia del niño maltratado*, 2003, pp.,25-26. Disponible en PDF <http://www.unicef.org/spanish/aclabosp/papersp.htm>

Violación y abuso sexual puede ser realizado por extraños o conocidos, pero "nunca con culpa de la víctima", pues existe la errónea creencia que es la víctima quien lo provoca.

Efectos en el niño derivados de haber presenciado actos de violencia
Las investigaciones han indicado que los niños que presencian actos de violencia en el hogar suelen padecer muchos de los síntomas que tienen los niños que han sido maltratados física o sexualmente. Las niñas que presencian a su padre o padrastro tratando violentamente a su madre tienen además más probabilidad de aceptar la violencia como parte normal del matrimonio que las niñas de hogares no violentos. Los varones que han presenciado la misma violencia, por otro lado, tienen mayor probabilidad de ser violentos con sus compañeras como adultos.

1.7. Características del agresor.

“El agresor, regularmente, posee las siguientes características”:⁴⁹

- “Es celoso, se imagina que la esposa le es infiel.
- Trata de mantener a su pareja aislada.
- La controla en todos sus movimientos.
- Tiene doble identidad, mientras se muestra agresivo en la casa, es “bueno” con otras personas.
- Puede tener o haber tenido problemas con la ley.
- Tiene un temperamento explosivo, se enfurece fácilmente.
- La culpa del abuso a su pareja.
- Proyecta sus propios errores a su compañera.
- No toma responsabilidad de sus acciones.
- Tuvo una mala niñez.
- Tiene problemas económicos.
- Ingiere alcohol, es fumador.

⁴⁹ Ibíd., pp., 25 - 26.

- Se pone agresivo con sus hijos cuando estos hacen alguna "travesura".
- Abusa verbalmente (insulta, grita, dice "palabrotas")
- Creció en una familia donde vio abuso. Puede ser más violento cuando su compañera está embarazada o ha dado a luz.
- Tiene tendencia a negar el abuso, lo minimiza y a veces ni se acuerda.
- Presiona a su pareja para que abandone la casa, si la compañera se va de la casa hace lo posible para que regrese. Le pide disculpas.
- Es egoísta, ignora los sentimientos de los demás.
- Cree que los hombres tiene derechos a ciertos privilegios (extremadamente machista)
- Vive amenazando a su esposa.

1.8. Métodos sociales de corrección.

Existen varios métodos para corregir la violencia, entre ellos:

- La policía.
- Destacamentos policiales.
- Cárceles.
- Más violencia (combaten la violencia con más violencia, generando así una cadena "alimenticia")

"Deberían de existir asilos en donde se refugien a las personas que sufren de no poder controlar sus impulsos, para que así fomentemos la paz en nuestro país".⁵⁰

⁵⁰ FERNÁNDEZ, Ana María, *Poder e Imaginario social en "La mujer de la ilusión"*, México, 2005, pp., 14 - 16.

5. MATERIALES Y MÉTODOS

MATERIAL 1

OBSERVACIÓN CLÍNICA PSICOLÓGICA

“Es la técnica más antigua de todas las que se utilizan en evaluación psicológica, pero mantiene su actualidad y aún se utiliza dándonos garantías suficientes a la hora de la recogida de datos. Ahora está muy sistematizada. Observar es advertir los hechos tal y como se presentan en la realidad y consignarlos por escrito (dar fe de que eso está ocurriendo, dejar constancia de lo que ocurre) auxiliándose de técnicas como por ejemplo registros estructurados y listas de chequeo.

A través de la historia la psicología, como cualquier otra área de conocimiento, empleaba técnicas especiales para cumplir con sus objetivos, sin embargo, éstas no consistían solamente en el uso de nuevos instrumentos de medición, sino en el desarrollo de la observación y experimentación. No obstante, el problema de la psicología radicaba en la definición conceptual de su objeto de estudio. Por esta razón, la investigación científica de los fenómenos psicológicos no podía restringirse al desarrollo de procedimientos para obtener “datos confiables”, era necesario ir mucho más allá e instituir principios generales que contribuyeron a establecer una nueva ciencia. Para que la psicología fuera reconocida como ciencia, fue necesario realizar una serie de transformaciones a su marco teórico y experimental.”⁵¹

⁵¹ BENJAMÍN, L., *A history of psychology*. Nueva York. 1988, pp., 86 - 90.

FUNDAMENTO CIENTÍFICO DE LA OBSERVACIÓN CLÍNICA PSICOLÓGICA

Se reside en la comprobación del fenómeno que se tiene frente a la vista. La observación se convierte en método o una técnica en la medida en que cumple una serie de objetivos o requisitos:

- Sirve a un objetivo, previamente establecido, de investigación.
- Es planificada sistemáticamente.
- Es controlada previamente.
- Está sujeta a comprobaciones de fiabilidad y validez.

Consiste en un trabajo descriptivo de las diferentes manifestaciones conductuales que hacen referencia tanto a las comunicaciones no verbales y verbales. Para la presente investigación se trabajó con la Observación de tipo Semi-estructurada.

Por cada uno de los evaluados se aplicó tres intervalos o tres áreas de observación la individual, grupal y familiar, la misma que permitió conocer como la adolescente se desarrolla en su ambiente actual, participación en terapia, interrelación con sus compañeras y familia, actitudes, deseo de colaboración y deseo de cambio.

Las **Ventajas** son:

- Permite obtener información de los hechos tal y como ocurren en la realidad.
- Permite percibir formas de conducta que en ocasiones no son demasiado relevante para los sujetos observados.
- Existen situaciones en las que la evaluación sólo puede realizarse mediante observación.
- No se necesita la colaboración activa del sujeto implicado
- Permita un control sistemático seleccionado de los fenómenos a observar

- Asegura muestras representativas y confiables registrando un número grande de observaciones
- Es económico en cuanto a tiempo de investigación y esfuerzos
- Se reduce juicios equivocados a un mínimo y proporciona la posibilidad de cuantificar cualquier aspecto observado.

MÉTODO 1

INDIVIDUAL-DESCRIPTIVO

Se la aplicó de manera individual a las adolescentes durante el proceso de internamiento, para tener una adecuada intervención psicológica, con tiempo de duración de una sesión en el cual se observaron los síntomas que presentaban las adolescentes en el área individual, familiar y grupal. (Anexos 4 – 5) pp. 4 - 5.

MATERIAL 2

ENTREVISTA PSICOLÓGICA CLÍNICA

“La historia clínica es una herramienta que reúne todos los datos disponibles que permiten explicar el curso de la vida del paciente. La información recogida y ordenada en la historia clínica es un registro de datos imprescindible para el desarrollo de actividades del profesional.

Es necesario reiterar que la Historia Clínica Psicológica tiene su origen en el modelo del Dr. Lucio Balarezo; la misma que fue modificada para la adolescente, cambiado su estructura pero no la esencia.”⁵²

MÉTODO 2

INDIVIDUAL-DESCRIPTIVO

La entrevista individual se la efectúa a las internas siguiendo la metodología propuesta según el modelo de Historia Clínica escogido. La entrevista con los familiares sirve para complementar la información de la historia psicológica cuyos datos no han sido referidos por el paciente.

La entrevista se aplicó de forma individual, dependiendo del caso, ésta duró entre una y dos sesiones por adolescente en la cual se trató de descubrir los principales datos de filiación, experiencias desde su infancia hasta la adultez, la etiopatogenia que conllevó a la violencia. (Anexo 8) pp. 8-11.

⁵² WOODS, S., *Evaluación Psicológica Teoría y Técnica de la Evaluación Psicológica*. Coruña, 2002. Disponible en: <http://www.alapsiweb.org/confbalarezo.pdf>.

MATERIAL 3

ENTREVISTA PARA SÍNDROMES PSIQUIÁTRICOS EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

“El origen de la entrevista para síndromes psiquiátricos en niños y adolescentes se dio gracias a la intervención de Dra. Mary A. Fristad, PhD, graduada en el programa de Psicología Clínica de la University of Kansas. Realizó su internado en Psicología infantil en la Brown University y está certificada por el Consejo de Psicología clínica. Es profesora adjunta de Psiquiatría y Psicología en la Ohio State University en donde ha sido profesora desde 1986. Es directora del Laboratorio Psicométrico Infantil en donde puede evaluar retraso mental, dificultades de aprendizaje y discapacidad para el aprendizaje en niños y adolescentes, así como talentos especiales y cuestiones relacionadas con el funcionamiento en ambientes domésticos y escolar. Su especialidad son los trastornos del estado de ánimo en niños y adolescentes”.⁵³

El origen de esta entrevista comenzó como una idea de la División de Psiquiatría Infantil de la Facultad de Medicina de la Universidad de Kansas, les interesaba desarrollar una entrevista de diagnóstico para niños en la que se utilicen los criterios estrictos de DSM III (1980), que fuera breve y fácil de aplicar. Luego fue modificada según la actualización del DSM IV y además se incluyó a los adolescentes en 1994.

La Entrevista está diseñada para utilizarse con niños de 6 a 18 años de edad, la misma que es apropiada para su uso clínico y de investigación, permitiendo realizar el despistaje de patologías asociadas a las adolescentes.

La entrevista evalúa la presencia de los 20 trastornos siguientes:

⁵³ FRISTAD, M., *ChIPS Entrevista para síndromes psiquiátricos en niños y adolescentes*, México. 2001, pp., 1 - 21.

1. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad.
2. Trastorno negativista desafiante.
3. Trastorno disocial.
4. Abuso de sustancias.
5. Fobias específicas.
6. Fobias sociales.
7. Trastorno de ansiedad por separación.
8. Trastorno de ansiedad generalizada
9. Trastorno obsesivo compulsivo.
10. Trastorno por estrés agudo.
11. Trastorno por estrés postraumático.
12. Anorexia.
13. Bulimia.
14. Episodio depresivo.
15. Trastorno distímico.
16. Episodio maniaco.
17. Episodio hipomaniaco.
18. Enuresis.
19. Encopresis.
20. Esquizofrenia/psicosis.

Además la entrevista cuestiona los estresores psicosociales, incluyendo el abuso o abandono.

VALIDEZ

“La confiabilidad y validez de la entrevista para síndromes psiquiátricos para niños y adolescentes han quedado establecidas y verificadas por la Universidad de Kansas luego de las experimentaciones con los grupos voluntarios de niños y adolescentes, teniendo como finalidad la obtención de información rápida y eficaz.”⁵⁴ Cada entrevistador fue entrenado de acuerdo con los métodos reseñados por este Manual, como: tiempo, forma de aplicación y de estructurar las preguntas. Al final del periodo de capacitación y antes de iniciar el estudio, se evaluó la confiabilidad intercalificaciones en la universidad de Kansas. Se requirió un coeficiente mínimo de confiabilidad intercalificadores de 90 antes de permitirles participar en la recolección real de datos. Al calificar la confiabilidad, ésta fue del 90%. Una serie de cinco estudios proporcionó datos de validez para la entrevista; en cuatro de estos

⁵⁴ *Ibíd.*, pp., 24 - 25.

estudios se examinó la versión de los niños y adolescentes y en uno la versión de los padres acerca del instrumento. En el estudio final 97.7% tuvieron concordancia con respecto a las versiones anteriores de la Entrevista.

APLICACIÓN- TIEMPO:

De forma individualizada, se lo aplica en cada sección la misma que consta de una serie de preguntas específicas de patología. Si la respuesta no es afirmativa el entrevistador puede pasar por alto las demás interrogantes de la sección y continuar con el siguiente trastorno; si las respuestas son afirmativas se procederá a realizar las preguntas de duración y daño.

El tiempo varía según la velocidad del entrevistado.

CALIFICACION:

“Las respuestas se anotan en la hoja de registro específica del instrumento, las mismas que serán encasilladas según las respuestas de las adolescentes desde el literal a hasta el literal e y luego se las contabilizará, concluyendo en la obtención de la posible patología”.⁵⁵

MÉTODO 3

INDIVIDUAL – DESCRIPTIVO

La aplicación se la realizó de forma individual a las adolescentes, en un tiempo de 20 a 30 minutos aproximadamente, y luego se anotará los resultados en las hojas de calificación. (Anexo 9) p. 12.

⁵⁵ *Ibíd.*, pp., 31 - 32.

MATERIAL 4

CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD DE LA SOCIEDAD ECUATORIANA DE ASESORAMIENTO Y PSICOTERAPIA INTEGRATIVA MODIFICADO

“El cuestionario de personalidad de SEAPsi es un test colectivo que suele aplicarse a un número variable de personas, compuesto por un número de preguntas o enunciados más o menos elevado, presentada por escrito; se trata sobre opiniones, comportamientos, actitudes, sentimientos. En lugar de ponernos a prueba como se hace con los test psicotécnicos, se nos pregunta cómo actuaríamos si nos encontrásemos en determinadas circunstancias. En los cuestionarios de personalidad no existen respuestas acertadas o equivocadas como ocurre con los test psicotécnicos. Un cuestionario de personalidad no es un examen, aunque suelen limitar el tiempo de ejecución, para suprimir nuestras defensas psicológicas

El instrumento permitió identificar, rasgos de personalidad con la finalidad de observar el ajuste o desajuste de la personalidad en las adolescentes”.⁵⁶

APLICACIÓN- TIEMPO:

Se le pide a la persona evaluada que lea cada una de las opciones descritas en el instrumento y luego se le solicita que escoja las opciones con las que se identifique.

El tiempo puede oscilar entre 15 a 20 minutos dependiendo de la velocidad del evaluado.

⁵⁶ BALAREZO, Lucio, Op. Cit., *Apuntes de Sistemas Contemporáneos de Psicología*. Quito. 2004, pp., 15 – 17.

CALIFICACION:

Las respuestas serán calificadas según el número de contestaciones afirmativas, finalmente los picos más altos conformaran los rangos para definir los rasgos de personalidad de las adolescentes.

MÉTODO 4

INDIVIDUAL – DESCRIPTIVO

Se lo aplico de forma individual a cada una de las adolescentes con la finalidad de obtener los rasgos de personalidad, y luego se confirmó el rasgo de personalidad según los baremos de calificación del instrumento en las adolescentes. (Anexo 9) p. 12.

MATERIAL 5

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

“El Doctor Aaron Temkin Beck es presidente del Instituto de Beck para la Terapia e Investigación Cognitiva y profesor de Psiquiatría en la Universidad de Pennsylvania. Se graduó en la Universidad de Brown en 1942 y en la Escuela de Medicina de Yale en 1946. Beck fue a la Universidad de Brown, graduándose cum laude en 1942. En esta Universidad fue elegido miembro de la Sociedad Phi Beta Kappa (la sociedad de graduados más prestigiosa para graduaciones de más de cuatro años), fue editor asociado del diario Brown Daily Herald, y recibió el Francis Wayland Scholarship, el Premio de Excelencia en Oratoria de William Gaston y el Premio de Ensayo de Philo Sherman Bennett. Beck ingreso en la Escuela de Medicina de Yale y se graduó como en 1946 en psicoanálisis. El inventario de depresión de Beck fue desarrollado, en primer momento como instrumento de 21 ítems, que evaluaba la intensidad de la depresión. Su hija, la Dra. Judith Beck, es psicóloga y se ha especializado en Terapia Cognitiva, siendo uno de sus principales sucesores dentro del campo de estudio abierto por él, desarrollado una versión paralela trasformando cada ítems en 4 o 6 frases que van en orden creciente de intensidad.”⁵⁷

VALIDEZ

Los resultados fueron altos, positivos y estadísticamente significativos [$r = 0,68$ ($n=104$) y $0,89$ ($n=39$), respectivamente, ambos significativos para una prueba bilateral con $p < 0,001$]. Estos resultados coinciden con los de otras investigaciones.

⁵⁷ RIBES, E., *Antecedentes y desarrollo histórico*, España. 2012, pp., 52 - 56.

APLICACIÓN-TIEMPO

Se le pide al paciente que en cada uno de los 21 ítems marque con una señal o encierre en un círculo el número que se encuentra a la izquierda de la frase que indique sus situaciones durante la última semana, incluyendo el día actual. El tiempo oscila entre los 20 a 30 minutos depende de la capacidad y rapidez de entrevistado.

CALIFICACION

La escala de puntos va de 0 a 63. La puntuación total se obtiene sumando los valores correspondientes a cada una de las frases marcadas por el sujeto, en los 21 ítems.

Los puntos de corte establecidos para graduar el síndrome depresivo son los siguientes:

- ☞ Normal: 0-9.
- ☞ Leve: 10-18.
- ☞ Moderada: 19-29.
- ☞ Grave: 30-40.
- ☞ Extrema: 41-63.

MÉTODO 5

INDIVIDUAL –CUALITATIVO – CUANTITATIVO

El instrumento fue aplicado de forma individual a cada una de las adolescentes y debido a los resultados los cuales fueron manejados de forma específica y contable; ya que permitieron obtener dos clases de respuesta; la primera enfocada a la subjetividad y la segunda a la parte objetiva de la aplicación del test. (Anexo 9) p. 12.

MATERIAL 6

ESCALA DE HALMITON PARA ANSIEDAD

La ansiedad (del latín *anxietas*, 'angustia, aflicción') es una respuesta emocional o conjunto de respuestas que engloba: aspectos subjetivos o cognitivos de carácter displacentero, aspectos corporales o fisiológicos caracterizados por un alto grado de activación del sistema periférico, aspectos observables o motores que suelen implicar comportamientos poco ajustados y escasamente adaptativos.

“La escala de ansiedad de Hamilton (Hamilton AnxietyScale, HAS), fue diseñada en 1.959. Inicialmente, constaba de 15 ítems, pero cuatro de ellos se refundieron en dos, quedando reducida a 13. Posteriormente, en 1.969 dividió el ítem “síntomas somáticos generales” en dos (“somáticos musculares” y “somáticos sensoriales”) quedando en 14. Esta versión (2) es la más ampliamente utilizada en la actualidad. **Su objetivo era valorar el grado de ansiedad en pacientes previamente diagnosticados y, según el autor, no debe emplearse para cuantificar la ansiedad cuando coexisten otros trastornos mentales** (específicamente desaconsejada en situaciones de agitación, depresión, obsesiones, demencia, histeria y esquizofrenia)”.⁵⁸

VALIDEZ

La puntuación total presenta una elevada validez concurrente con otras escalas que valoran ansiedad, como The Global Rating of Anxiety by Covi, ($r = 0,63 - 0,75$) y con el Inventario de Ansiedad de Beck20 ($r = 0,56$).

Distingue adecuadamente entre pacientes con ansiedad y controles sanos (puntuaciones medias respectivas de 18,9 y 2,4). Posee un alto grado de

⁵⁸ PERONE, M., *Diagnosis and rating of anxiety. In Studies of Anxiety*, E.E.U.U. 1991, pp., 3-79. Disponible en: <http://psicopsi.com/Escala-de-ansiedad-de-Hamilton-milton-Anxiety-Scale-HAS>.

correlación con la Escala de Depresión de Hamilton^{21, 22} ($r = 0,62 - 0,73$). Es sensible al cambio tras el tratamiento.

APLICACIÓN-TIEMPO

“Se trata de una escala heteroadministrada por un clínico tras una entrevista. El entrevistador puntúa de 0 a 4 puntos cada ítem, valorando tanto la intensidad como la frecuencia del mismo. Se pueden obtener, además, dos puntuaciones que corresponden a ansiedad psíquica (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14) y ansiedad somática (ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13). Es aconsejable distinguir entre ambos a la hora de valorar los resultados de la misma. No existen puntos de corte. Una mayor puntuación indica una mayor intensidad de la ansiedad. Es sensible a las variaciones a través del tiempo o tras recibir tratamiento. Puede ser usada para valorar la severidad de la ansiedad de una forma global en pacientes que reúnan criterios de ansiedad o depresión y para monitorizar la respuesta al tratamiento”.⁵⁹

Se le pide al sujeto que en cada uno de los 14 ítems marque con una señal o encierre en un círculo el número que se encuentra a la derecha de la frase que mejor refleje su situación durante la última semana, incluyendo el día actual.

El tiempo oscila entre los 20 a 30 minutos depende de la capacidad y rapidez de entrevistado.

CALIFICACION

Los puntos de corte establecidos para graduar el síndrome ansioso son los siguientes:

☞ Ausente	0	0-4
☞ Ligero	1	Hasta 14
☞ Moderado	2	Hasta 23

⁵⁹ Ibid.,

☞ Grave	3	Hasta 42
☞ Muy grave	4	Hasta 56

MÉTODO 6

INDIVIDUAL – CUALITATIVO – CUANTITATIVO

El instrumento fue aplicado de forma individual a cada una de las adolescentes obteniendo resultados del tipo de ansiedad y niveles de intensidad. (Anexo 9) p. 12.

MATERIAL 7

ESCALA DE AUTOESTIMA. Carlos Dávila.

La autoestima es un conjunto de percepciones, pensamientos, evaluaciones, sentimientos y tendencias de comportamiento dirigidas hacia nosotros mismos, hacia nuestra manera de ser y de comportarnos, y hacia los rasgos de nuestro cuerpo y nuestro carácter. En resumen, es la percepción evaluativa de nosotros mismos.

“El constructo psicológico de autoestima (o autoconcepto) se remonta a William James, a finales del siglo XIX, quien, en su obra *Los Principios de la Psicología*, estudiaba el desdoblamiento de nuestro Yo-global en un Yo-conocedor y un Yo-conocido. Según James, de este desdoblamiento, del cual todos somos conscientes en mayor o menor grado, nace la autoestima”.⁶⁰

Ya entrado el siglo XX, la influencia inicial de la psicología conductista minimizó el estudio introspectivo de los procesos mentales, las emociones y los sentimientos, reemplazándolo por el estudio objetivo mediante métodos experimentales de los comportamientos observados en relación con el medio. El conductismo situaba al ser humano como un animal sujeto a reforzadores, y sugería situar a la propia psicología como una ciencia experimental similar a la química o a la biología. Como consecuencia, se descuidó durante bastante tiempo el estudio sistemático de la autoestima, que era considerada una hipótesis poco susceptible de medición rigurosa.

A mediados del siglo XX, y con la psicología fenomenológica y la psicoterapia humanista, la autoestima volvió a cobrar protagonismo y tomó un lugar central en la autorrealización personal y en el tratamiento de los

⁶⁰ CATTELL, J., *Early psychological laboratories*. New York, 1928, pp., 67 - 548.

trastornos psíquicos. Se empezó a contemplar la satisfacción personal y el tratamiento psicoterapéutico, y se hizo posible la introducción de nuevos elementos que ayudaban a comprender los motivos por los que las personas tienden a sentirse poco valiosas, desmotivadas e incapaces de emprender por ellas mismas desafíos.

Carl Rogers, máximo exponente de la psicología humanista, expuso su teoría acerca de la aceptación y auto-aceptación incondicional como la mejor forma de mejorar la autoestima.

Robert B. Burns considera que la autoestima es el conjunto de las actitudes del individuo hacia sí mismo. El ser humano se percibe a nivel sensorial; piensa sobre sí mismo y sobre sus comportamientos; se evalúa y los evalúa. Consecuentemente, siente emociones relacionadas consigo mismo. Todo ello evoca en él tendencias conductuales dirigidas hacia sí mismo, hacia su forma de ser y de comportarse, y hacia los rasgos de su cuerpo y de su carácter, y ello configura las actitudes que, globalmente, llamamos autoestima. Por lo tanto, la autoestima, para Burns, es la percepción evaluativa de uno mismo. En sus propias palabras: la conducta del individuo es el resultado de la interpretación peculiar de su medio, cuyo foco es el sí mismo.

Investigadores como Coopersmith (1967), Brinkman et al. (1989), López y Schnitzler (1983), Rosemberg y Collarte, si bien exponen conceptualizaciones de la autoestima diferentes entre sí, coinciden en algunos puntos básicos, como que la autoestima es relevante para la vida del ser humano y que constituye un factor importante para el ajuste emocional, cognitivo y práctico de la persona.

APLICACIÓN-TIEMPO

El test puede ser aplicado en forma individual o grupal, y el evaluado debe marcar en el casillero que se identifica (S, CF, AV, RV, N); con un tiempo que oscila entre 20 y 30 minutos.

CALIFICACION

Consta del siguiente rango de calificación:

- ☞ 0-25: Muy insuficiente autoestima.
- ☞ 26-45: Insuficiente autoestima.
- ☞ 46-60: Regular autoestima.
- ☞ 61-80: Buena autoestima.
- ☞ 81-100: Muy buena autoestima.
- ☞ 100 o más: Superior autoestima.

MÉTODO 7

INDIVIDUAL – DESCRIPTIVO

El instrumento fue aplicado de forma individual a cada una de las adolescentes con el propósito de obtener el tipo de Autoestima, luego de su calificación. (Anexo 9) p. 12.

MATERIAL 8

TEST DE SACKS PARA ADOLESCENTES

“Es un instrumento sencillo de usar, clasificado entre las técnicas proyectivas. Consiste en una serie incompletas que aluden a diversos ámbitos de la vida personal, que pueden ser agrupadas en cuatro áreas principales, al interior de cada una de las cuales se exploran aspectos más específicos.

Fue preparado por el Prof. H. Brinkmann para su uso en la Asignatura de Técnicas de Evaluación Psicológica del Departamento de Psicología de la Universidad de Concepción

Este reactivo fue diseñado tanto para niños, adolescentes, varones y mujeres que sepan leer y escribir.

Consta de 40 frases para niños y 45 para adolescentes, las mismas que son el comienzo de una oración, que el examinado debe completar una por una y con sus propias palabras.”⁶¹

Tiene como finalidad explorar en forma indirecta dificultades y conflictos en las siguientes áreas:

- a. Área familia.
- b. Área de relaciones heterosexuales.
- c. Área de relaciones interpersonales.
- d. Área de concepto de sí mismo.

⁶¹ TIERNO, B., *Psicología y test*, Madrid. 2001, p. 9. Disponible en: <http://www.scribd.com/doc/20725705/Interpretacion-del-test-de-Sacks>

APLICACIÓN-TIEMPO

El test puede ser aplicado en forma individual o grupal, con un tiempo que oscila entre 30 y 40 minutos.

CALIFICACION

“Se puede calificar de forma cualitativa y cuantitativa.

- ☞ **Calificación cualitativa:** El examinador debe analizar cuidadosamente cada uno de los ítems correspondientes a las diferentes áreas con el objetivo de determinar el conflicto proyectado.
- ☞ **Calificación cuantitativa:** En la hoja de corrección del test se encuentran agrupados los ítems correspondientes a cada una de las áreas.
 - ☞ No hay dificultad equivalente a 0
 - ☞ Ligera dificultad equivalente a 1.
 - ☞ Dificultad generalizada equivalente a 2.
 - ☞ Conflicto definido equivalente a 3.”⁶²

MÉTODO 8

INDIVIDUAL – CUALITATIVO – CUANTITATIVO- ANALÍTICO

El instrumento fue aplicado de forma individual a cada una de las adolescentes, se realizó el análisis respectivo de las respuestas y posterior a esto se calificó, finalmente se obtuvo el conflicto en las diferentes áreas según el caso. (Anexo 9) p. 12.

⁶² *Ibíd.*, p. 10.

MATERIAL 9

MINI-EXAMEN COGNOSCITIVO

El Mini-Examen Cognoscitivo (MEC) es un instrumento de cribaje que el Prof. Lobo derivó del Mini-Mental Status Examination (MMS). El MMS fue desarrollado por Folstein et al. (1975) como un método práctico para facilitar al clínico el graduar el estado cognoscitivo del paciente y Permite evaluar concentración, memoria, orientación, calculo, lenguaje y construcción. El MMS evalúa la orientación espacial y temporal, el recuerdo inmediato (fijación), la memoria a medio término y habilidades de sustracción serial o el deletreo hacia atrás. También mide capacidades constructivas (la habilidad de copiar una figura de Bender), y el uso del lenguaje. La puntuación total se obtiene sumando los puntos alcanzados en cada tarea y puede ir de 0 a 30.

VALIDEZ

“El estudio de fiabilidad del MMS se llevó a cabo en muestras de pacientes psiquiátricos y neurológicos. La fiabilidad test-retest no baja de 0.89, y la fiabilidad inter-examinador de 0.82”.⁶³

APLICACIÓN-TIEMPO

La aplicación es rápida y personalizada y el tiempo oscila entre los 20 y 30 minutos, la paciente debe estar en un espacio tranquilo para lograr mejor concentración.

CALIFICACION

Consta de 13 ítems que evalúan la orientación, memoria de fijación, memoria reciente, capacidad de concentración y de atención, identificación de objetos, órdenes verbales y escritas, abstracción, escritura y construcción

⁶³ HIDALGO, Carmen, *Estudio de utilidad del mini-examen cognoscitivo como instrumento*, 2011, p., 9

(copia de dibujos). Su puntuación máxima es de 35 dando un punto por cada respuesta correcta.

MÉTODO 9

INDIVIDUAL – ANALITICO

El instrumento fue aplicado de forma individual y para llegar a los resultados se tuvo que emplear el análisis de cada una de las respuestas de la adolescente teniendo en cuenta su instrucción y capacidad. (Anexo 9) p. 12.

MATERIAL 10

TEST ESPECÍFICO PARA LA DETECCIÓN DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS

“Es un cuestionario de Auto-reportaje de síntomas con la cual podemos evaluar cuando sospechamos que una persona tiene síntomas de depresión, ansiedad u otro trastorno mental.

El Cuestionario consta de 28 items y tiene varias partes:

- Las primeras 18 preguntas se refieren a trastornos de leve a moderado intensidad como los depresivos, angustia o ansiosos.
- 9 ó más respuestas positivas a este grupo determinan que el entrevistado tiene una alta probabilidad de presentar una enfermedad mental y por lo tanto se le considera un “caso”.
- Las preguntas 19 a 22 son indicativas de un trastorno psicótico.
- Una sola respuesta positiva entre estas cuatro determina un “caso”.

El Objetivo de la detección es identificar individuos que tienen o están en riesgo de desarrollar problemas relacionados con el alcohol u otras drogas. En 1982 la Organización Mundial de la Salud pidió a un grupo internacional de investigadores que desarrollaran un instrumento de screening simple. Su objetivo era la detección temprana de personas con problemas de alcohol mediante procedimientos que fueran adecuados para los sistemas de salud, tanto en países en vías de desarrollo como en países desarrollados.”⁶⁴

⁶⁴ CARNERO, C., *Estudio normativo y de fiabilidad de test*. Madrid, 2011, pp., 26 - 25.

APLICACIÓN-TIEMPO

La aplicación es rápida y personalizada y el tiempo oscila entre los 10 y 15 minutos, la paciente debe estar en un espacio tranquilo para lograr mejor concentración.

CALIFICACION

Consta de 3 apartados y se califica las respuestas afirmativas en cada apartado existen parámetros limitados de calificación e indica el resultado cualitativo de la persona evaluada.

MÉTODO 10

INDIVIDUAL – CUANTITATIVO Y CUALITATIVO

El instrumento fue aplicado de forma individual y para llegar a los resultados se tuvo que emplear el análisis de cada una de las respuestas de la adolescente partiendo de lo objetivo a lo subjetivo del test mencionado. (Anexo 9) p. 12.

6. RESULTADOS

En este apartado se demuestra los resultados obtenidos durante el proceso de investigación en las adolescentes víctimas de violencia del Centro de Apoyo Integral Hogar RENACER de la ciudad de Loja, durante el periodo septiembre 2012 a marzo 2013, además se evidencia los resultados y evolución de la aplicación del Modelo de Intervención Psicológico Integrativo.

Teniendo en cuenta el planteamiento del objetivo general y objetivos específicos se realizaron cada una de las interpretaciones reflejadas en cuadros y gráficos específicos.

A continuación se detalla los resultados de la investigación con su respectiva interpretación analítica del trabajo realizado.

Lo que se tomó en cuenta para la realización de los resultados fue los siguientes apartados, enfocado en las adolescentes:

- Tipos de violencia.
- Factores etiopatogénicos de la violencia
- Factores Psicosociales de la violencia.
- Comorbilidad de la violencia
- Rasgos de Personalidad de la adolescente violentada.
- Perfil Psicológico de la adolescente violentada.
- Intervención Psicológica Integrativa.

**APLICACIÓN DE
TEST E
INTERVENCIÓN
PSICOLÓGICA**

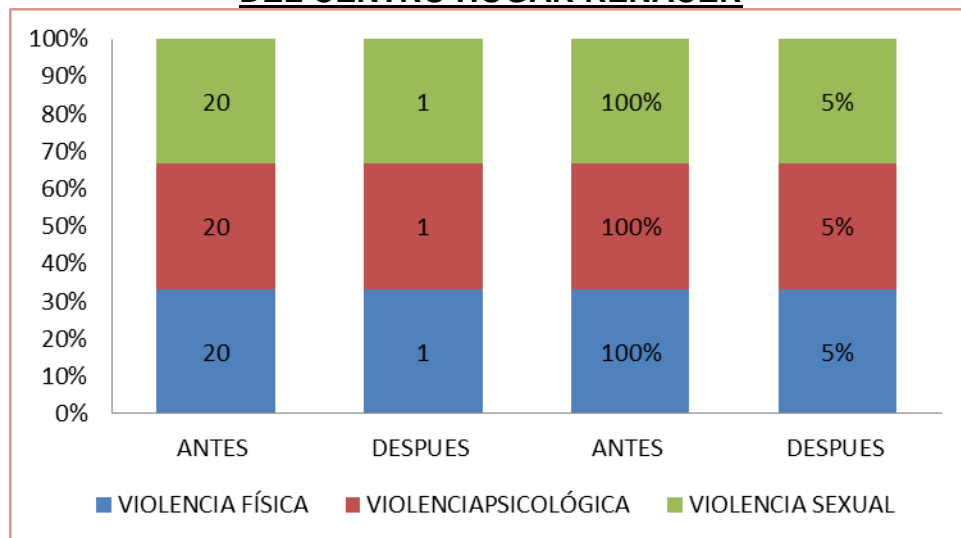
TABLA N° 1
DIAGNÓSTICO DE LOS TIPOS DE VIOLENCIA EN LAS ADOLESCENTES
DEL CENTRO HOGAR RENACER

VARIABLE	FRECUENCIA		PORCENTAJE	
	ANTES	DÉSPUES	ANTES	DÉSPUÉS
INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA				
VIOLENCIA FÍSICA	20	1	100%	5%
VIOLENCIA PSICOLÓGICA	20	1	100%	5%
VIOLENCIA SEXUAL	20	1	100%	5%

Fuente: Pacientes del Centro de Apoyo Integral Hogar RENACER

Elaborado por: Viviana Valeria Castillo Granda.

GRÁFICO N° 1
DIAGNÓSTICO DE LOS TIPOS DE VIOLENCIA EN LAS ADOLESCENTES
DEL CENTRO HOGAR RENACER



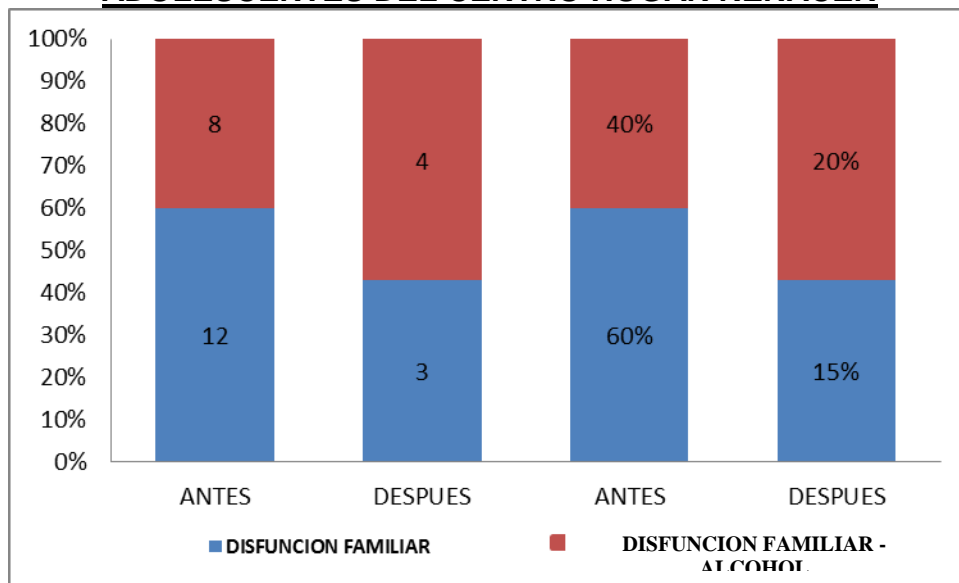
Análisis de resultados: Luego de la Intervención Psicoterapéutica en las adolescentes del Centro de Apoyo integral Hogar RENACER de un 100% disminuyó a un 5% existiendo una disminución de la sintomatología desarrollada por este factor.

TABLA N° 2
FACTORES ETIOPATOGENICOS DE LA VIOLENCIA EN LAS
ADOLESCENTES DEL CENTRO HOGAR RENACER

VARIABLE	FRECUENCIA		PORCENTAJE	
	ANTES	DESPUES	ANTES	DESPUES
DISFUNCION FAMILIAR	12	3	60%	15%
DISFUNCION FAMILIAR - ALCOHOL	8	4	40%	20%

Fuente: Pacientes del Centro de Apoyo Integral Hogar RENACER
 Elaborado por: Viviana Valeria Castillo Granda.

GRÁFICO N° 2
FACTORES ETIOPATOGENICOS DE LA VIOLENCIA EN LAS
ADOLESCENTES DEL CENTRO HOGAR RENACER



Análisis de resultados: Los factores etiopatogénicos de violencia que se presentan en el Centro de Apoyo Integral Hogar RENACER en las adolescentes son la disfunción familiar y alcoholismo; luego de la Intervención Psicológica existió una disminución de un 40% en alcohol y disfunción familiar a un 20% y en disfunción familiar de un 60% a un 15%.

TABLA N° 3
EFFECTO PSICOSOCIAL DE LA VIOLENCIA EN LAS ADOLESCENTES
DEL CENTRO HOGAR RENACER

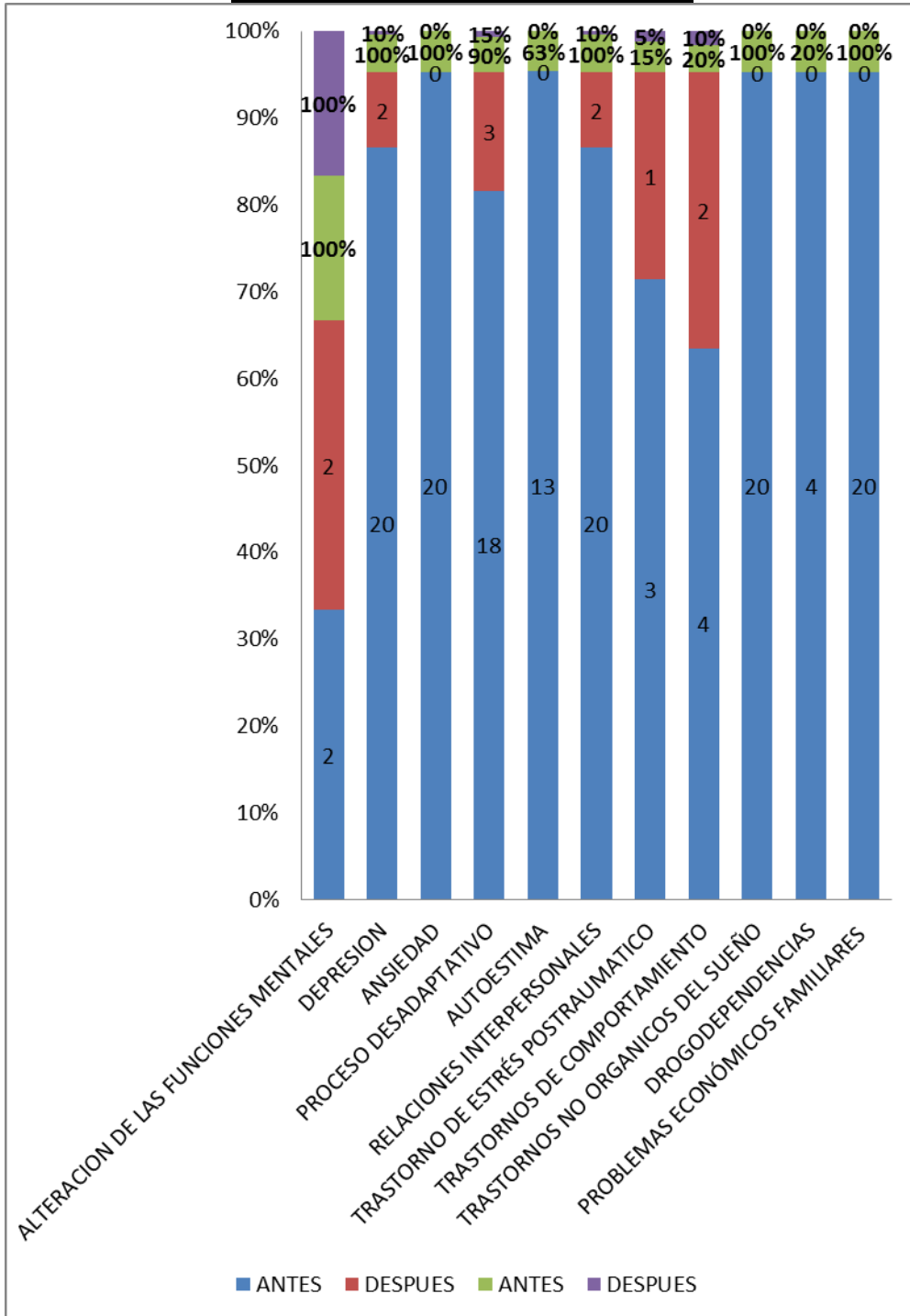
VARIABLE	FRECUENCIA		PORCENTAJE	
	ANTES	DESPUES	ANTES	DESPUES
INTERVENCION PSICOLOGICA				
ALTERACION DE LAS FUNCIONES MENTALES	2	2	10%	10%
DEPRESION	20	2	100%	10%
ANSIEDAD	20	0	100%	0%
PROCESO DESADAPTATIVO	18	3	90%	15%
AUTOESTIMA	13	0	63%	0%
RELACIONES INTERPERSONALES	20	2	100%	10%
TRASTORNO DE ESTRÉS	3	1	15%	5%
POSTRAUMATICO				
TRASTORNOS DE COMPORTAMIENTO	4	2	20%	10%
TRASTORNOS NO ORGANICOS DEL SUEÑO	20	0	100%	0%
DROGODEPENDENCIAS	4	0	20%	0%
PROBLEMAS ECONÓMICOS FAMILIARES	20	0	100%	0%

Fuente: Pacientes del Centro de Apoyo Integral Hogar RENACER

Elaborado por: Viviana Valeria Castillo Granda.

GRÁFICO Nº 3

EFFECTO PSICOSOCIAL DE LA VIOLENCIA EN LAS ADOLESCENTES DEL CENTRO HOGAR RENACER



Análisis de resultados: Existió una disminución de un 100% en Depresión, Trastorno del comportamiento y Relaciones Interpersonales a un 10%, en el proceso desadaptativo de un 90% a un 15%; en Autoestima de un 63% a un 0%; en el Trastorno de Estrés Postraumático de un 15% a un 5%; en drogodependencias de un 20% a un 0%; en Trastornos no orgánicos del sueño, problemas familiares y ansiedad de un 100% a un 0% y finalmente en lo que respecta a alteraciones mentales no se reflejó variación alguna.

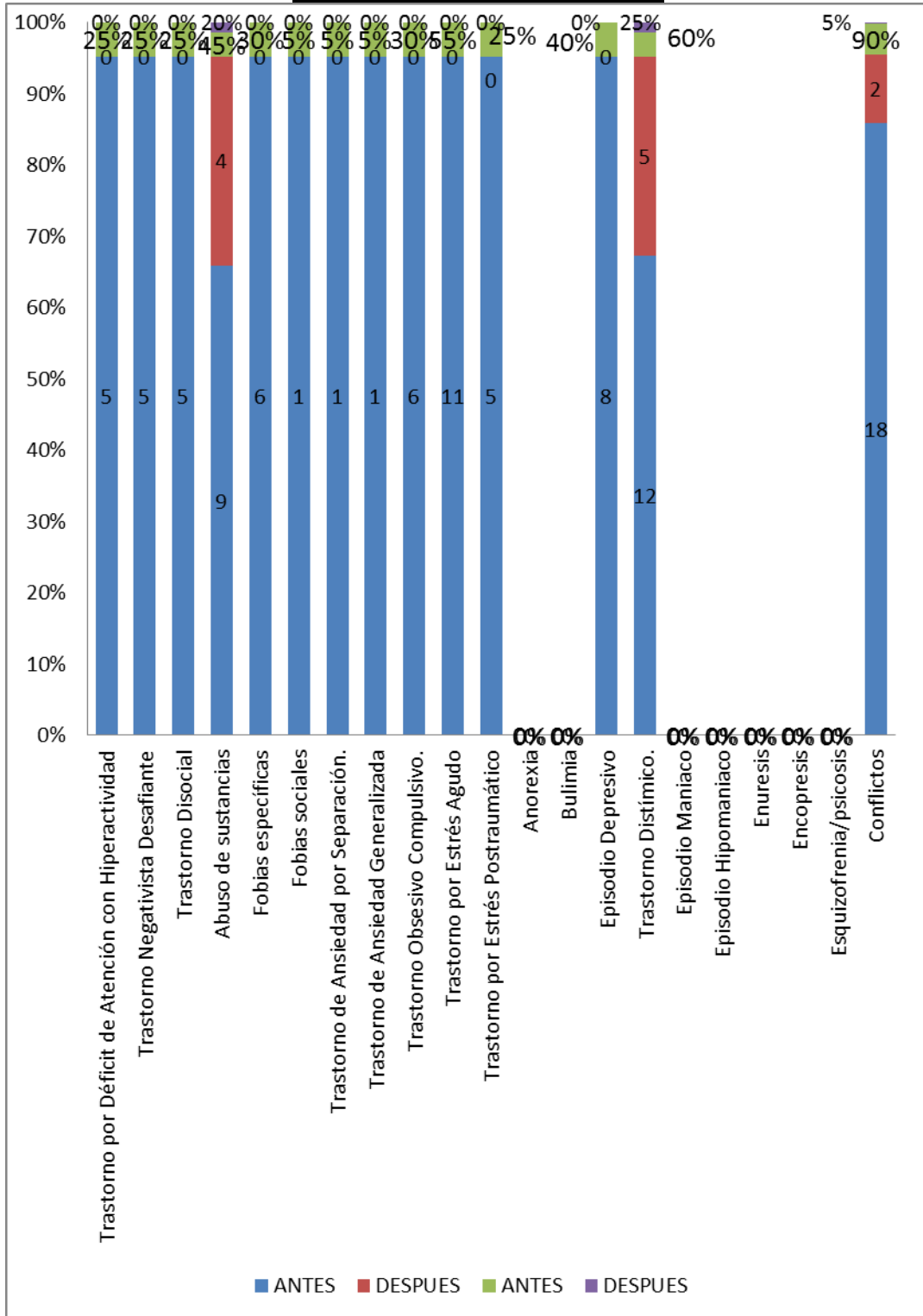
TABLA N° 4
COMORBILIDAD DE LA VIOLENCIA EN LAS ADOLESCENTES DEL
CENTRO HOGAR RENACER

VARIABLE	FRECUENCIA		PORCENTAJE	
	ANTES	DESPUÉS	ANTES	DESPUÉS
INTERVENCION PSICOLOGICA				
Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad	5	0	25%	0%
Trastorno Negativista Desafiante	5	0	25%	0%
Trastorno Disocial	5	0	25%	0%
Abuso de sustancias	9	4	45%	20%
Fobias específicas	6	0	30%	0%
Fobias sociales	1	0	5%	0%
Trastorno de Ansiedad por Separación.	1	0	5%	0%
Trastorno de Ansiedad Generalizada	1	0	5%	0%
Trastorno Obsesivo Compulsivo.	6	0	30%	0%
Trastorno por Estrés Agudo	11	0	55%	0%
Trastorno por Estrés Postraumático	5	0	25%	0%
Anorexia	0	0	0%	0%
Bulimia	0	0	0%	0%
Episodio Depresivo	8	0	40%	0%
Trastorno Distímico.	12	5	60%	25%
Episodio Maniaco	0	0	0%	0%
Episodio Hipomaniaco	0	0	0%	0%
Enuresis	0	0	0%	0%
Encopresis	0	0	0%	0%
Esquizofrenia/psicosis	0	0	0%	0%
Conflictos	18	2	90%	5%

Fuente: Pacientes del Centro de Apoyo Integral Hogar RENACER
Elaborado por: Viviana Valeria Castillo Granda.

GRÁFICO Nº 4

COMORBILIDAD DE LA VIOLENCIA EN LAS ADOLESCENTES DEL CENTRO HOGAR RENACER



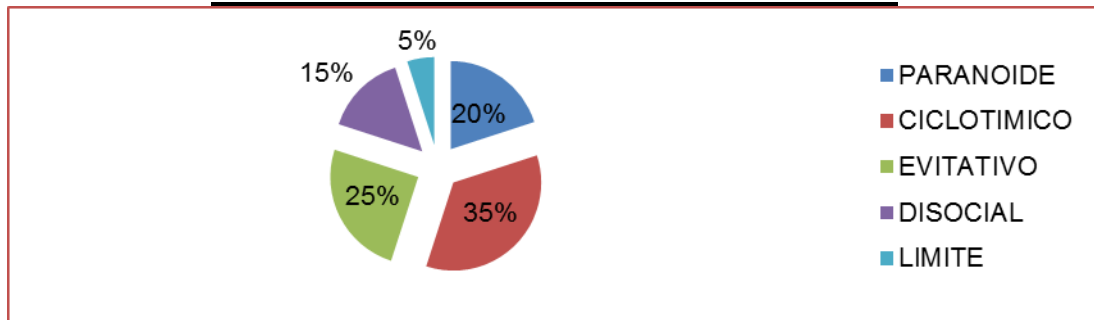
Análisis de resultados: Al interpretar CHIPS Entrevista para Síndromes Psiquiátricos en niños y adolescentes luego de la Intervención Psicológica se concluye que existió una disminución considerable de un 90% en conflictos en la familia, colegio y compañeros a un 25%; de un 60% en el Trastorno Distímico a un 25%; en el Trastorno por estrés de un 55% a un 0%: de un 45% en Abuso de sustancias a un 20%; de un 30% en Fobias específicas y Trastorno Obsesivo Compulsivo a un 0%; en el Trastorno hiperactivo, Trastorno disocial y Trastorno por Estrés Postraumático de un 25% a un 0%; Trastorno de Ansiedad por separación y generalizada, Fobias sociales de un 5% a un 0%. Ninguna de ellas presenta Anorexia, Bulimia, Manía, Encopresis, Enuresis y Psicosis.

TABLA N° 5
RASGOS DE PERSONALIDAD DE LA ADOLESCENTE VÍCTIMA DE
VIOLENCIA DEL CENTRO HOGAR RENACER

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PARANOIDE	4	20%
CICLOTIMICO	7	35%
EVITATIVO	5	25%
DISOCIAL	3	15%
LIMITE	1	5%
TOTAL	20	100%

Fuente: Pacientes del Centro de Apoyo Integral Hogar RENACER
Elaborado por: Viviana Valeria Castillo Granda.

GRÁFICO N° 5
RASGOS DE PERSONALIDAD DE LA ADOLESCENTE VÍCTIMA DE
VIOLENCIA DEL CENTRO HOGAR RENACER



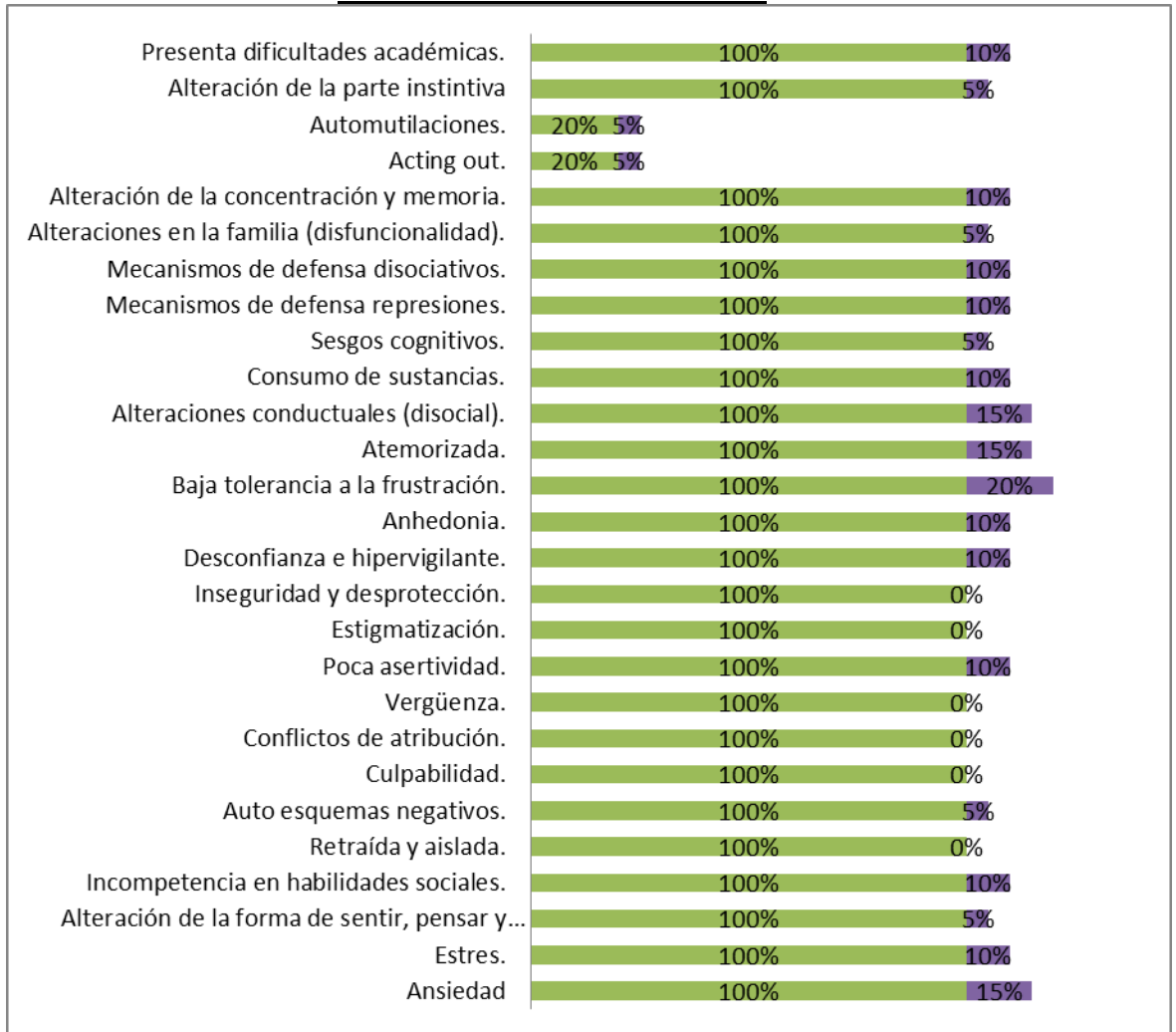
Análisis de resultados: Al aplicar y calificar el Cuestionario de Personalidad SEAPsi Modificado a las adolescentes, se concluye que del 100% de la población estudiada, presenta los siguientes rasgos de personalidad; el 35% ciclotimia, el 25% evitativo, el 20% paranoide, el 15% disocial y el 5% limite.

TABLA N° 6

PERFIL PSICOLÓGICO DE LA ADOLESCENTE VIOLENTADA DEL CENTRO HOGAR RENACER

VARIABLE	FRECUENCIA		PORCENTAJE	
	ANTES	DESPUÉS	ANTES	DESPUÉS
INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA				
Ansiedad.	20	3	100%	15%
Estrés.	20	2	100%	10%
Alteración de la forma de sentir, pensar y actuar.	20	1	100%	5%
Incompetencia en habilidades sociales.	20	2	100%	10%
Retraída y aislada.	20	0	100%	0%
Auto esquemas negativos.	20	1	100%	5%
Culpabilidad.	20	0	100%	0%
Conflictos de atribución.	20	0	100%	0%
Vergüenza.	20	0	100%	0%
Poca asertividad.	20	2	100%	10%
Estigmatización.	20	0	100%	0%
Inseguridad y desprotección.	20	0	100%	0%
Desconfianza e hipervigilante.	20	2	100%	10%
Anhedonia.	20	2	100%	10%
Baja tolerancia a la frustración.	20	4	100%	20%
Atemorizada.	20	3	100%	15%
Alteraciones conductuales (disocial).	20	3	100%	15%
Consumo de sustancias.	20	2	100%	10%
Sesgos cognitivos.	20	1	100%	5%
Mecanismos de defensa represiones.	20	2	100%	10%
Mecanismos de defensa disociativos.	20	2	100%	10%
Alteraciones en la familia (disfuncionalidad).	20	1	100%	5%
Alteración de la concentración y memoria.	20	2	100%	10%
Acting out.	4	1	20%	5%
Automutilaciones.	4	1	20%	5%
Alteración de la parte instintiva	20	1	100%	5%
Presenta dificultades académicas.	20	2	100%	10%

GRÁFICO Nº 6
PERFIL PSICOLÓGICO DE LA ADOLESCENTE VIOLENTADA DEL
CENTRO HOGAR RENACER



Análisis de resultados: Antes de la intervención el 100% de la población tenía Estrés, Incompetencia en habilidades sociales, poca asertividad, desconfianza, Anhedonea, consumo de sustancias, mecanismo de defensa, disminución de la concentración y dificultades académicas luego de la intervención existió un 10%. En alteración instintiva, disfunción familiar, sesgos cognitivos, alteración cognitiva de un 100% a un 5%. En alteraciones conductuales, temor y ansiedad de un 100% a un 15%. En automutilaciones y auting out de un 20% a un 5%. En baja tolerancia a la frustración de un 100% a un 20%. En alteración de la forma de sentir, pensar y actuar de un 100% a un 5%; finalmente en el desarrollo de retraimiento, culpabilidad, conflictos de atribución, vergüenza, estigmatización, inseguridad y aislamiento existió una mejoría en un 100%.

7. DISCUSIÓN

En la presente tesis se investigó los tipos de violencia más frecuentes en la población, para la ejecución de la investigación se utilizó: Historia Clínica Psicológica de la cual obtuve que del 100% de la población de las adolescentes el 100% presenta violencia física, psicológica y sexual. “Al contrastar estos resultados con un estudio realizado por el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia, revela que alrededor de 80,000 niños, niñas y adolescentes mueren cada año como resultado de la violencia en la familia”.⁶⁵

En lo que respecta a los factores etiopatogénicos el 60% presenta disfunción familiar y el 40% presenta consumo de alcohol y disfunción familiar.

Además el 100% de la población presenta depresión, ansiedad, alteraciones en relaciones interpersonales, trastornos del sueño y problemas económicos, familiares, mientras que el 90% presenta problemas desadaptativos, el 63% alteraciones en el autoestima, el 20% trastornos de comportamiento y drogodependencias, el 15% trastorno de estrés postraumático y finalmente el 10% alteración en funciones mentales. “En un estudio realizado por la Dra. María Vicenta Alcántara L. en: Las afectación psicológica en menores expuestos a violencia describe los siguientes resultados: síndrome de agresividad de 11.51%// síndrome de ansiedad /depresión de 7.26%// problemas somáticos de 4.31%// problemas sociales de 5.47%// problemas de atención de 7.43% y conducta disruptiva de 4.55%. Como se puede observar las puntuaciones más elevadas son obtenidas en el síndrome de agresividad, problemas de atención y ansiedad/depresión.”⁶⁶

En lo concerniente a la comorbilidad de la violencia al interpretar entrevista para síndromes psiquiátricos en niños y adolescentes se concluye que el 90% presenta conflictos en el hogar, académico e interpersonales, trastorno por estrés el 55%, el 45% abuso de sustancias, el 40% depresión, el 30% fobias específicas y trastorno obsesivo compulsivo, el 60% se evidencia distimia, el 25% presentan trastorno de hiperactividad, trastorno negativista desafiante y trastorno disocial, mientras que el 5%, el trastorno de ansiedad por separación y fobia social, y ninguna de ellas presenta anorexia, bulimia, manía, encopresis, enuresis y psicosis. “Contrastando con una investigación realizada en adolescencia y violencia: Crisis o patología desarrollado por la

⁶⁵ VALDEZ, Andrea, *Violencia*, 2012, pp., 15-16, Disponible en: Pdf. Hoja de datos violencia mundo. www.unicef.org.argentina.com

⁶⁶ ACEVEDO, Andrea, *Violencia*, Chile 2011, pp., 6-7. Disponible en: Pdf. Violencias 123.

Dra. Isabel Menéndez Benavente a una población de 250 adolescentes encontró: el trastorno de atención e hiperactividad de tipo combinado, que no ha sido tratado suele hallarse en los jóvenes violentos, así como otros trastornos como el trastorno negativista desafiante, o el trastorno disocial, que conllevan evidentemente actos de violencia pero que se engloban dentro de las patologías mentales y no son el objetivo final de esta información. La prevalencia de estos trastornos encontramos con un 5% en el caso del TDAH y entre un 1% a un 10% en el caso del trastorno disocial, o entre el 2 y el 16% para el negativista desafiante. La coexistencia del TDAH con ambos trastornos es muy alta, llegando al 40%.⁶⁷

En lo que respecta a los Rasgos de Personalidad en adolescentes víctimas de violencia encontramos: ciclotímico el 35%, evitativo el 25%, paranoide el 20%, disocial el 15% y 5% límite.

Finalmente en lo se refiere al modelo de intervención psicológico integrativo comprobé la eficacia del tratamiento ya que del 100% de la población el 100% presento notable mejoría. En la investigación desarrollada por la Psc. Mg. Maribel Serrano O. sobre las actualizaciones en Psicoterapia Integrativa en abuso sexual infantil expone: “El conflicto de la violencia es abordado de manera más emocional que cognitiva, más aún el abuso sexual infantil que genera la interacción de pasiones antagónicas y contradictorias entre todos los agentes involucrados”.

En definitiva, el estudio del modelo de intervención psicológica integrativo en las adolescentes víctimas de violencia gira en torno a continuar buscando la manera de pronosticar las alteraciones desarrolladas por la violencia que alteran la vida de los adolescentes. A mi criterio, para ser capaces de lograr controlar estos aspectos, quizá deberíamos empezar por indagar más en los tratamientos eficaces y en las formas de prevenir la violencia en este grupo de mayor vulnerabilidad como es la adolescencia, por ello creo que aún queda un largo camino por delante en el estudio de los tratamientos psicológicos integrativos en violencia.

⁶⁷ MENENDEZ, Isabel, *Adolescencia*. 2011, pp., 11-12, disponible en: Pdf. Para adolescencia 2.8. www.isabelmenendez.com

8. CONCLUSIONES

- 8.1. En las adolescentes víctimas de violencia, se presentan tres tipos de violencia: física, psicológica y sexual en un 100% de la población.
- 8.2. Los factores de riesgo etiopatogénicos que intervienen en la producción de violencia es la disfunción familiar con el 60% y consumo de sustancias, con mayor prevalencia el consumo de alcohol equivalente al 40%.
- 8.3. El efecto psicosocial que provoco la violencia en las adolescentes es: que el 100% de la población presenta depresión, ansiedad, alteraciones en relaciones interpersonales, trastornos del sueño y problemas económicos, familiares, mientras que el 90% presenta problemas desadaptativos, el 63% alteraciones en el autoestima, el 20% trastornos de comportamiento y drogodependencias, el 15% trastorno de estrés postraumático y finalmente el 10% alteración en funciones mentales.
- 8.4. La comorbilidad o trastornos asociados que se presentan en las adolescentes víctimas de violencia son: 90% conflictos en el hogar, académico e interpersonales, trastorno por estrés 55%, el 45% abuso de sustancias, el 40% depresión, el 30%, fobias específicas y trastorno obsesivo compulsivo, el 60% se evidencia distimia, el 25% presentan trastorno de hiperactividad, trastorno negativista Desafiante y trastorno disocial, mientras que el 5%, el trastorno de ansiedad por separación y fobia social, y ninguna de ellas presenta anorexia, bulimia, manía, encopresis, enuresis y psicosis.
- 8.5. Los rasgos de personalidad que prevalecen en las adolescentes víctimas de violencia son: ciclotimia el 35%, evitativo el 25%, paranoide el 20%, disocial el 15% y 5% limite
- 8.6. Se planteó la obtención del perfil psicológico de la adolescente violentada por medio de la recolección de datos de la historia clínica psicológica consiguiendo los siguientes: ansiedad, estrés,

alteración de la forma de sentir, pensar y actuar, incompetencia en habilidades sociales, retraimiento, auto esquemas negativos, culpabilidad, conflictos de atribución, vergüenza, poca asertividad, estigmatización, inseguridad, desprotección, desconfianza e hipervigilante, anhedonea, baja tolerancia a la frustración. temor, alteraciones conductuales (disocial), consumo de sustancias, sesgos cognitivos, mecanismos de defensa represiones, alteración de la concentración y memoria, acting out, automutilaciones, alteración de la parte instintiva, presencia de dificultades académicas y alteraciones en la familia (disfuncionalidad).

- 8.7. Finalmente al aplicar el modelo de intervención psicológico integrativo a las adolescentes del Centro de Apoyo Integral Hogar RENACER se determinó la eficacia del tratamiento psicológico debido a la recuperación de las adolescentes y flexibilidad del tratamiento con la aplicación de técnicas específicas que fomentaron el mejoramiento de los síndromes consecuencia de la violencia en las adolescentes.

9. RECOMENDACIONES

- 9.1. Trabajar con las familias de las adolescentes para obtener una buena reinserción socio familiar y tratar de estructurar la funcionalidad al núcleo familiar, evitando la re experimentación del cuadro de violencia.

- 9.2. Continuar con la vinculación de las demás entidades médicas, psicológicas y sociales para permanecer con el trabajo multidisciplinario ejecutado hasta la actualidad, con buenos beneficios para el bienestar psicofísico de las adolescentes.

- 9.3. Crear espacios adecuados con la finalidad de que las adolescentes experimenten recreación, con vinculación al deporte, espacios de lectura reflexiva y manualidades.

10. MODELO DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICO INTEGRATIVO

La Intervención Psicológica se la realizó en 4 fases con un número total de 15 sesiones por cada sección, distribuidas según el desarrollo de las mismas, con la aplicación de técnicas específicas; haciendo un total de 51 sesiones, al concluir se realizó una Evaluación final del Proceso Terapéutico. Además la Intervención fue aplicada de forma individual, grupal y familiar.

En la Intervención Grupal se realizaron esquemas diferentes partiendo de una Síntesis Valorativa del Grupo con un total de 15 sesiones aproximadamente. En la Intervención Familiar se realizaron en tres fases de 2 sesiones haciendo un total de 6 sesiones.

OBJETIVOS

1. Coadyuvar a la reestructuración de la identidad “perdida”.
2. Reestructurar un sistema de valores en función a la experiencia traumática.
3. Brindar un sentido de vida a la experiencia vivida que vaya estructurando el compromiso social de la adolescente víctima a largo plazo con la lucha contra la violencia.

Cabe mencionar que este tipo de terapia conlleva estrategias de intervención considerando los distintos paradigmas, incluyendo el sistema SELF.

Las áreas del Sistema Self son:

1. Ambiental

Crear un espacio de consenso comunicacional que permita unificar criterios y normar los canales por los cuáles se aborde el problema en base a criterios éticos y de protección psicológica a la adolescente.

2. Conductual

Cambiar estructura conductual, con disminución de impulsividad, autolesiones, acting out, mejoramiento de habilidades sociales.

3. Biológico

Comprometer a profesionales en medicina (pediatras, dermatólogos, neurólogos, psiquiatras, etc.), a conformar equipos de trabajo multidisciplinarios para brindar apoyo permanente y sostenido a las adolescentes víctimas en casos de conflictos asociados al trauma (psicosomatizaciones, insomnio, etc.).

4. Cognitivo

- ❖ Identificar y modificar las distorsiones cognitivas.
- ❖ Desmitificar la culpa como una percepción de castigo y fomentar la toma de responsabilidades a partir de la identificación de una tarea o misión.
- ❖ Enseñar paralelamente al proceso psicoterapéutico, estrategias que permitan mejorar la concentración.

5. Afectivo

- ❖ Contención y elaboración de las emociones asociadas a la experiencia traumática.
- ❖ Generar espacios psicoterapéuticos familiares para enseñar las maneras de brindar seguridad y protección emocional tanto a las adolescentes víctimas como a la familia en sí.
- ❖ Enseñar a las víctimas dentro del proceso psicoterapéutico estrategias de inteligencia emocional que les permita canalizar adecuadamente emociones conflictivas.

6. Inconsciente

Trabajar a nivel psicoterapéutico mecanismos de defensa especialmente los represivos.

7. Sistémico

Estandarizar modelos integrales de diagnóstico familiar en casos de violencia.

Para el Área Individual la elaboración del Plan de Intervención Psicoterapéutico Integrativo consiste en las siguientes fases:

- 1º. Encuadre
- 2º. Diagnóstico
- 3º. Planificación de sesiones
- 4º. Intervención

FASE 1: ENCUADRE

Es un proceso inicial, denominado también, como proceso de formulación, que consiste en trabajar el rapport y empatía, convirtiéndose en un elemento esencial para formar la denominada alianza terapéutica. En el encuadre básicamente la terapeuta hace un convenio o un contrato terapéutico con el paciente, que consiste en el tipo de terapia, duración, límites de terapeuta-paciente, logros o metas que se pretende alcanzar, confidencialidad y se establecen los objetivos de las terapias y compromisos por parte de la terapeuta como del paciente.

El trabajo de la terapeuta consiste en que la adolescente desarrolle un acuerdo armonioso combinando al aspecto emocional y conductual, permitiendo que la terapeuta sea visualizada como la persona que adapta los sentimientos y actitudes de la misma, y a la vez se muestre empática y comprensiva, no como la persona que juzga, sino como la persona que entiende la situación.

FASE 2: DIAGNÓSTICO

Una vez recopilada la información de la Historia Clínica Psicológica de las adolescentes y más la aplicación de Instrumentos Psicológicos, como test y observación psicológica, procedí a realizar un diagnóstico presuntivo, hasta culminar en el diagnóstico definitivo de la adolescente.

Esta fase debe ser realizada bajo un sistema analítico y sintético, es decir luego de una búsqueda selectiva de los principales síndromes y componentes socio familiar, laboral y sexual, culminar con la fase investigativa psicológica.

FASE 3: PLANIFICACIÓN

La Planificación Psicológica de la investigación está basada en el Modelo Integrativo cuya característica válida es la modificación; ya que es un modelo flexible.

El objetivo de esta fase es el enfoque en la parte cognitiva, conductual, afectiva e inconsciente de la adolescente, para ello se incorporó la utilización de técnicas apropiadas y específicas para cada área o enfoque.

El número de sesiones de 15 sesiones, realizadas paulatinamente, durante un proceso de 3 meses.

FASE 4: INTERVENCIÓN

En esta fase se aplicará la planificación realizado un proceso denominado también como la aplicación de la técnica, al finalizar todo el tratamiento aplicare re-test nuevamente para verificar el estado cognitivo, conductual, afectivo e inconsciente de la adolescente y comprobar la eficacia del modelo psicológico integrativo.

Se realizara 5 sesiones de apoyo durante todo el año, para reforzar lo aprendido durante la terapia y evitar recaídas.

Para el Área Grupal la elaboración del Plan de Intervención Psicoterapéutico Integrativo se enfoca en:

- ❖ Valores.
- ❖ Adolescencia.
- ❖ Violencia.
- ❖ Sexualidad.
- ❖ Maternidad.
- ❖ Psicodrama.

Cada una de las sesiones fue realizada paulatinamente con una duración de 2 horas aproximadamente, durante el periodo de tres meses; con esquema dinámico para la buena acogida e intervención de las adolescentes.

Para el Área Familiar la elaboración del Plan de Intervención Psicoterapéutico Integrativo consiste en:

- 1º. Encuadre
- 2º. Diagnóstico familiar
- 3º. Planificación de sesiones
- 4º. Intervención

FASE 1: ENCUADRE

El clínico realiza la empatía y rapport con la familia e identifica el problema y las habilidades de la familia de resolución de conflictos; lo mismo que facilitará el intervención psicológica familiar. Además se afianzará el contrato terapéutico familiar.

FASE 2: DIAGNÓSTICO

Una vez realizada la historia familiar se llega a la fase de diagnóstico, que consiste en indagar la funcionalidad o disfuncionalidad familiar y lo que implica esto.

FASE 3: PLANIFICACIÓN

Se la realizara según el enfoque sistémico familiar con la utilización de técnicas específicas para la familia de la adolescente.

La intervención, consta de 8 sesiones, realizadas paulatinamente, durante un proceso de 3 meses.

FASE 4: INTERVENCIÓN

Una vez realizada la planificación se aplicarán las técnicas para la familia de la adolescente con la finalidad ayudar a la estructura funcional de la familia y comprobar la eficacia del Modelo Psicológico Integrativo en la familia, ayudando a la adolescente a la reinserción socio-familiar.

Al finalizar el tratamiento, se realizará 5 sesiones de apoyo a la familia durante todo el año, para reforzar lo aprendido durante la terapia y evitar recaídas.

PLAN DE INTERVENCIÓN INDIVIDUAL

FASE I **SESIÓN I**

TEMA: ENCUADRE

OBJETIVO	Realizar el contrato terapéutico, con la finalidad de entablar una buena alianza terapeuta con la paciente. (Anexo 2) p. 2.
INSTRUMENTO	<ul style="list-style-type: none">❖ Observación.❖ Empatía y rapport❖ Aplicación de la comunicación verbal y no verbal.❖ Recopilación de los datos de la Historia Clínica Psicológica.❖ Reactivos psicológicos.
DURACIÓN	45 a 60 minutos en 1 sesión.
RESULTADO A CONSEGUIR	<ul style="list-style-type: none">❖ Alianza terapéutica.❖ Establecimiento del compromiso psicológico.
CONCLUSIÓN	A través de la aplicación de los instrumentos psicológicos se logró realizar la alianza terapéutica, junto con una buena motivación.

FASE II **SESIÓN I**

TEMA: INVESTIGACION PSICOLÓGICA

OBJETIVO	Recolectar datos y aplicar reactivos psicológicos con la finalidad obtener información y resultados.
INSTRUMENTO	<ul style="list-style-type: none">❖ Historia Clínica Psicológica.❖ Reactivos psicológicos.
DURACIÓN	45 a 60 minutos en 5 sesiones.
RESULTADO A CONSEGUIR	<ul style="list-style-type: none">❖ Aplicación de reactivos psicológicos.❖ Recabar información personal de la adolescente.
CONCLUSIÓN	A través de la aplicación de los instrumentos psicológicos se logró culminar con la fase investigativa.

FASE III
SECCIÓN I

TEMA: DISMINUIR SÍNTOMAS NEUROVEGETATIVOS

OBJETIVO	<ul style="list-style-type: none">❖ Disminuir sintomatología ansiosa, depresiva y estresante, con el fin de lograr una buena adhesión a la intervención psicológica.
TÈCNICA	<ul style="list-style-type: none">❖ Técnica de relajación y respiración.❖ Técnica de desensibilización sistemática.
DURACIÓN	45 a 60 minutos en 8 sesiones.
RESULTADO A CONSEGUIR	<ul style="list-style-type: none">❖ Entrenar a la adolescente a respirar de forma lenta.❖ Realizar visualizaciones.❖ Identificar las situaciones que provocan la emoción.❖ Elaboración de jerarquías, con respuesta de manejo.❖ Evaluación de la capacidad imaginativa.❖ Presentación de escenas.
CONCLUSIÓN	A través de la aplicación de las técnicas y luego de varias sesiones se logra la estabilidad de la adolescente entrenándola en relajación e implementando herramientas para la disminución de la ansiedad y estrés.

SECCIÓN II

TEMA: COGNICIÓN-CREENCIAS IRRACIONALES

OBJETIVO	<ul style="list-style-type: none">❖ Modificar pensamientos e ideas irracionales, con la finalidad de que las adolescentes cambien su estructura disfuncional por una estructura funcional.
TÈCNICA	<ul style="list-style-type: none">❖ Técnica de reestructuración Cognitiva Racional Sistémica.❖ Técnica de resolución de problemas.
DURACIÓN	45 a 60 minutos en 7 - 8 sesiones.
RESULTADO A CONSEGUIR	<ul style="list-style-type: none">❖ Identificar el problema.❖ Describir el pensamiento o situación depresiva.❖ Realizar un modelado de vínculos entre los sucesos y emociones.❖ Introducción y práctica del pensamiento de manejo.❖ Explicación del pensamiento de manejo.❖ Sustitución de pensamientos punitivos por pensamientos de manejo.❖ Introducción y práctica de pensamientos positivos.❖ Ejemplización con selección de escenas de la vida diaria aplicables a la práctica. <hr/> <ul style="list-style-type: none">❖ Orientar a las adolescentes hacia el problema.❖ Definir y orientar el problema.❖ Elaborar soluciones alternativas.❖ Realizar la toma de decisiones.❖ Aplicar y verificar las decisiones.❖ Identificar los problemas a través del auto registro.
CONCLUSIÓN	Una vez finalizada la aplicación de la técnica se logra reestructurar el pensamiento irracional por racional; evidenciados en la práctica además se logra un entrenamiento en la resolución de problemas.

SECCIÓN III

TEMA: CONDUCTA-DESADAPTACION

OBJETIVO	<ul style="list-style-type: none">❖ Trabajar en el autocontrol con el fin de eliminar reacciones impulsivas en las adolescentes.
TÈCNICA	<ul style="list-style-type: none">❖ Técnica A-B-C.❖ Técnica del condicionamiento.
DURACIÓN	45 a 60 minutos en 4 - 6 sesiones.
RESULTADO A CONSEGUIR	<ul style="list-style-type: none">❖ Identificar la conducta desadaptativa.❖ Identificar los antecedentes de la conducta desadaptativa.❖ Identificar las consecuencias de la conducta desadaptativa.❖ Para este procedimiento se utilizara el auto registró. <ul style="list-style-type: none">❖ Estructurar y cambiar acciones con estímulos de recompensa y castigo.
CONCLUSIÓN	Luego de las sesiones aplicadas las adolescentes desarrollo un mejor desenvolvimiento en la capacidad para el maneja su autocontrol disminuyendo niveles de impulsividad.

SECCIÓN IV

TEMA: AFECTIVIDAD.

OBJETIVO	<ul style="list-style-type: none">❖ Trabajar en la parte afectiva de las adolescentes con la finalidad de buscar la estabilidad emocional.❖ Mejorar la autoestima con el propósito de cambiar la perspectiva negativa del concepto de sí mismo en las adolescentes.❖ Entrenar a la adolescente en Asertividad y Habilidades sociales con el fin de mejorar la comunicación y relaciones interpersonales.❖ Trabajar en la resistencia de las adolescentes, con la finalidad de reestructurar pensamientos.❖ Incentivar a las adolescentes en la búsqueda de aspiraciones y metas.
TÈCNICA	<ul style="list-style-type: none">❖ Técnica de reflejos de sentimientos.❖ Técnica de la silla vacía.❖ Refraseo y paráfrasis.❖ Psicoeducación.❖ Técnica para autoestima.❖ Árbol de los logros.❖ Pirámide de sub-metas.❖ Técnica del modelado.❖ Juego de roles.❖ Estrategias para el manejo de la resistencia.❖ Técnica motivacional.
DURACIÓN	45 a 60 minutos en 10 – 12 sesiones.
	<ul style="list-style-type: none">❖ Iniciación de la frase con un tema apropiado y añadir algo en el contexto con la finalidad de atender, recordar y evaluar los mensajes.❖ Imaginar a la persona involucrada y realizar el reflejo de pensamientos y sentimientos.❖ Identificar la parte principal del contenido❖ Seleccionar un inicio apropiado.❖ Escuchar y observar la respuesta de la adolescente

**RESULTADO A
CONSEGUIR**

❖ Colocar una silla vacía frente a la adolescente y a través de la imaginación e involucración del personaje que va en la silla vacía se hará un reflejo de sentimientos provocando una descarga emocional en la adolescente.

❖ Localizar la palabra que haga referente al sentimiento.

❖ Devolver los sentimientos.

❖ Modificar el auto concepto y auto imagen negativa de la adolescente.

❖ Solicita que dibuje en una hoja de papel un árbol y pedirle a la adolescente que coloque en las raíces sus fortalezas, en el tronco sus virtudes en las ramas sus logros y en copa y frutos sus anhelos.

❖ Se realizara una pirámide en la cual se iniciara desde la base colocando el planteamiento de metas reales que se pueden cumplir en las adolescentes. Luego de un determinado tiempo se analizara el cumplimiento de la misma.

❖ Se le indicara a la adolescente paso a paso la forma de realizar determinada actividad y luego se le pedirá que la realice sin obviar ningún paso.

❖ Se intercambiaran papeles de situaciones específicas y se le pedirá que la adolescente asuma su rol respectivo sin salirse del personaje, al final se analizara la situación individual de la adolescente.

❖ Disminución de la resistencia dependiendo de su dirección.

❖ Negociar, contemplar, preparar y buscar el accionar y mantenimiento de la motivación en la adolescente.

CONCLUSIÓN

Luego de las sesiones aplicadas se logró que las adolescentes abandonen las situaciones negativas que afectaban directamente su afectividad y emocionalidad, mejorando autoestima, asertividad, habilidades sociales, resistencias y búsqueda de metas.

SECCIÓN V

TEMA: DISMINUIR SINTOMATOLOGÍA ESTRESANTE

OBJETIVO	<ul style="list-style-type: none">❖ Trabajar en las situaciones de estrés provocadas por la violencia con la finalidad de que las adolescentes mejore y evoque a las mismas situaciones.
TÈCNICA	<ul style="list-style-type: none">❖ Técnica de Inoculación de estrés.❖ Tarjeta de defensa.❖ Desensibilización sistemática.
DURACIÓN	45 a 60 minutos en 10 – 12 sesiones.
RESULTADO A CONSEGUIR	<ul style="list-style-type: none">❖ Someter a la adolescente a la situación estresante.❖ Identificar las rutas de escape.❖ Relajación mental.❖ Adquirir y seleccionar destrezas de manejo.❖ Practicar.
	<ul style="list-style-type: none">❖ En pequeñas tarjetas escribir frases o palabras que ayuden a mejorar el estado de ánimo.❖ Identificar las situaciones que provocan la emoción.❖ Elaboración de jerarquía.❖ Respuesta de manejo.❖ Evaluación de la capacidad imaginativa.❖ Presentación de escenas.
CONCLUSIÓN	Luego de las sesiones se logró disminuir las consecuencias provocadas por el estrés del acto violento en las adolescentes y se trabajó en las situaciones reprimidas.

FASE IV

TEMA: CIERRE

OBJETIVO	<ul style="list-style-type: none">❖ Finalizar con la intervención psicológica, con la finalidad de realizar el cierre terapéutico.
TÈCNICA	<ul style="list-style-type: none">❖ Feed back.❖ Autorecompensa.
DURACIÓN	45 a 60 minutos en 1 sesiones.
RESULTADO A CONSEGUIR	<ul style="list-style-type: none">❖ Retroalimentación de lo adquirido y logrado en la adolescente.❖ Selección de recompensas apropiadas.❖ Entrega de recompensas.❖ Planificación para el mantenimiento de cambio.
CONCLUSIÓN	Culminación del tratamiento individual en la adolescente.

INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA GRUPAL

CONTENIDO

CULTIVANDO MIS VALORES	VALORES	Respeto Honestidad Paz Amistad Tolerancia Amor Solidaridad
REFLEXIONANDO HACERCA DE MI ADOLESCENCIA	ADOLESCENCIA	Definición Cambios Uso de drogas Conflictividad juvenil y sus organizaciones pandilleras Políticas y programas de atención y protección al adolescente
AVANZANDO CONTRA LA VIOLENCIA	VIOLENCIA	Definición Tipos Causas y consecuencias Aspecto legal Medidas de amparo
CUIDANDO NUESTRA SALUD SEXUAL	SEXUALIDAD.	Sexo-sexualidad-género Roles y estereotipos Salud sexual y reproductiva Derechos sexuales y reproductivos ITS/VIH y SIDA
ATENDIENDO LA MATERNIDAD	MATERNIDAD	Etapas Aborto Desarrollo afectivo del niño Ley de maternidad gratuita y atención a la infancia
PSICODRAMA		

TEMA: CULTIVANDO MIS VALORES

SUBTEMA: VALORES

OBJETIVO GENERAL: Exponer a las adolescentes los valores e incentivarlas a la práctica de los mismos con la finalidad de que asuman un papel protagónico de lo enseñado.

SESIÓN Nº1 RESPECTO

OBJETIVO	ACTIVIDAD
Concientizar en las adolescentes que la práctica del valor respeto, es la llave para la convivencia y evitación de conflictos.	<ul style="list-style-type: none">❖ Dinámica: “Las montañas de cómo nos sentimos”⁶⁸<ul style="list-style-type: none">○ Descripción: En un papelógrafo se dibuja una montaña y se coloca una persona triste al inicio, a la mitad una persona con mejor estado de ánimo y en la cima una persona feliz. Luego se pedirá a las adolescentes que se coloque en el lugar que creen conveniente según la práctica del valor, con la finalidad de que racionalicen su situación e inicien su cambio.❖ Lectura: “Los amigos son como las joyas raras”❖ Reflexión sobre el tema❖ Definición del valor respeto por cada una de las adolescentes.❖ En una cartulina escribir el compromiso que asumen respecto a la práctica del valor.
DURACIÓN	❖ 60 minutos
RESULTADO A CONSEGUIR	
Se cultive el valor del respeto en las adolescentes junto con la práctica del valor.	
CONCLUSION	
A través de la aplicación de la actividad se logra que las adolescentes asuman el compromiso de cambiar el antivalor y apropiarse del verdadero significado y práctica del valor expuesto.	

⁶⁸ QUINZÁ, Xavier, *Sabiduría espiritual para mejorar la vida*, Centro Arupe, Valencia, 1999, p., 10.

SESIÓN Nº2 HONESTIDAD

OBJETIVO	ACTIVIDAD
<p>Concientizar en las adolescentes que la práctica del valor honestidad, es el verdadero significado para ser una persona exitosa.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Dinámica: “Aclaración de valores”⁶⁹ <ul style="list-style-type: none"> ○ Descripción: Se distribuye una hoja con frases motivadoras y el grupo escoge la más importantes; hecha la elección se discutirá por qué la eligieron y la importancia que tienen para las adolescentes. Luego se reflexionara el cómo podemos aplicarla en la vida diaria. ❖ Lectura: “La flor de la honestidad” ❖ Reflexión sobre el tema ❖ Definición del valor honestidad por cada una de las adolescentes. ❖ En una cartulina escribir el compromiso que asumen respecto a la práctica del valor.
DURACIÓN	❖ 60 minutos
RESULTADO A CONSEGUIR	
Se cultive el valor de la honestidad en las adolescentes junto con la práctica del valor.	
CONCLUSION	
A través de la aplicación de la actividad se logra que las adolescentes asuman el compromiso de cambiar el antivalor y apropiarse del verdadero significado y práctica del valor expuesto.	

⁶⁹ Ibíd., p., 12.

SESIÓN Nº3
LA PAZ

OBJETIVO	ACTIVIDAD
<p>Concientizar en las adolescentes que la práctica del valor la paz, es el camino perfecto para interiorizarla en una sociedad conflictiva.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Dinámica: “Mono tu”⁷⁰ <ul style="list-style-type: none"> ○ Descripción: Formando un círculo, se colocará en la espalda de cada una de las adolescentes una palabra sin que ellas la miren. Luego se pide que formen parejas y una de ellas inicia viendo la palabra y va a tratar que adivinen a través de mímica, sin hacer sonido, ni señalar cosas y cuando adivine se dirá la palabra “mono tu” y la otra persona comenzara adivinar. ❖ Lectura: “Hablar demasiado” ❖ Reflexión sobre el tema ❖ Definición del valor la paz por cada una de las adolescentes. ❖ En una cartulina escribir el compromiso que asumen respecto a la práctica del valor.
DURACIÓN	❖ 60 minutos
RESULTADO A CONSEGUIR	
Se cultive el valor de la paz en las adolescentes junto con la práctica del valor.	
CONCLUSION	
A través de la aplicación de la actividad se logra que las adolescentes asuman el compromiso de cambiar el antivalor y apropiarse del verdadero significado y práctica del valor expuesto.	

⁷⁰ Ibíd., p., 13.

**SESIÓN Nº4
LA AMISTAD**

OBJETIVO	ACTIVIDAD
<p>Concientizar en las adolescentes que la práctica del valor la amistad, no es igual a la complicidad.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Dinámica: “Cola de vaca”.⁷¹ <ul style="list-style-type: none"> ○ Descripción: Sentadas en círculo, la que dirige se queda en el centro y empieza haciendo una pregunta a cualquiera de las participantes. La respuesta debe ser siempre “la cola de la vaca” todas las adolescentes pueden reírse, menos la que está respondiendo. ❖ Lectura: “Los elementos que forjan amistades para toda la vida” ❖ Reflexión sobre el tema ❖ Definición del valor la amistad por cada una de las adolescentes. ❖ En una cartulina escribir el compromiso que asumen respecto a la práctica del valor.
DURACIÓN	❖ 60 minutos
RESULTADO A CONSEGUIR	
Se cultive el valor de la amistad en las adolescentes junto con la práctica del valor.	
CONCLUSION	
A través de la aplicación de la actividad se logra que las adolescentes asuman el compromiso de cambiar el antivalor y apropiarse del verdadero significado y práctica del valor expuesto.	

⁷¹ Ibíd., p., 8.

**SESIÓN Nº 5
TOLERANCIA**

OBJETIVO	ACTIVIDAD
<p>Concientizar en las adolescentes que la práctica del valor tolerancia, las hará aceptar a las persona tal y como son erradicando prejuicios.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Dinámica: “El Bum”⁷² <ul style="list-style-type: none"> ○ Descripción: A las adolescentes sentadas en círculo se les pedirá que se enumeren en voz alta y a la que le toque el múltiplo de tres dirá la palabra bum, tiene que ser rápido y ayudara al fomento de la concentración. ❖ Lectura: “Pepito y las mil sonrisas” ❖ Reflexión sobre el tema ❖ Definición del valor tolerancia por cada una de las adolescentes. ❖ En una cartulina escribir el compromiso que asumen respecto a la práctica del valor.
DURACIÓN	❖ 60 minutos
RESULTADO A CONSEGUIR	
Se cultive el valor del respeto en las adolescentes junto con la práctica del valor.	
CONCLUSION	
A través de la aplicación de la actividad se logra que las adolescentes asuman el compromiso de cambiar el antivalor y apropiarse del verdadero significado y práctica del valor expuesto.	

⁷² Ibíd., p., 5.

SESIÓN Nº 6
AMOR

OBJETIVO	ACTIVIDAD
<p>Concientizar en las adolescentes que la práctica del valor amor, las hará desarrollar motivación para vivir de una manera agradable con los (as) demás.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Dinámica: “El ciego y lazarillo”⁷³ <ul style="list-style-type: none"> ○ Descripción: Las adolescentes se colocan en pareja, una haciendo el rol de ciega y otra de lazarilla; la lazarilla, la guiara primero con la mano y luego con la voz y tendrá que caminar, correr y saltar; y luego al personaje de la ciega se la llevara a un lugar tranquilo para que se relaje y escuche todos los sonido. ❖ Lectura: “La fuente del amor” ❖ Reflexión sobre el tema ❖ Definición del valor amor por cada una de las adolescentes. ❖ En una cartulina escribir el compromiso que asumen respecto a la práctica del valor.
DURACIÓN	❖ 60 minutos
RESULTADO A CONSEGUIR	
Se cultive el valor del amor en las adolescentes junto con la práctica del valor.	
CONCLUSION	
A través de la aplicación de la actividad se logra que las adolescentes asuman el compromiso de cambiar el antivalor y apropiarse del verdadero significado y práctica del valor expuesto.	

⁷³ Ibíd., p., 3.

**SESIÓN Nº 7
SOLIDARIDAD**

OBJETIVO	ACTIVIDAD
<p>Concientizar en las adolescentes que la práctica del valor solidaridad, no solo debe ser aplicado en casos de emergencia, sino en la el trascurso del vivir.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Dinámica: “Esto me recuerda”⁷⁴ <ul style="list-style-type: none"> ○ Descripción: Cada adolescente recuerda una cosa en voz alta y el resto de las participantes manifiesta lo que cada una de ellas le recuerda espontáneamente. Se debe hacer con rapidez y fomentara la concentración. ❖ Lectura: “La empresa” ❖ Reflexión sobre el tema ❖ Definición del valor solidaridad por cada una de las adolescentes. ❖ En una cartulina escribir el compromiso que asumen respecto a la práctica del valor.
DURACIÓN	❖ 60 minutos
RESULTADO A CONSEGUIR	
Se cultive el valor de la solidaridad en las adolescentes junto con la práctica del valor.	
CONCLUSION	
A través de la aplicación de la actividad se logra que las adolescentes asuman el compromiso de cambiar el antivalor y apropiarse del verdadero significado y práctica del valor expuesto.	

⁷⁴ Ibíd., p., 09.

TEMA: REFLEXIONANDO HACERCA DE MI ADOLESCENCIA

SUBTEMA: ADOLESCENCIA

OBJETIVO GENERAL: Instruir a las adolescentes acerca de los cambios, leyes, políticas, que las influyen para su bienestar y concientizar las consecuencias que tienen la mala toma de decisiones en esta etapa.

SESIÓN Nº 1

OBJETIVO	ACTIVIDAD
Introducir a las adolescentes en el conocimiento de su propia etapa con la finalidad de que adquieran conocimiento en esta etapa.	<ul style="list-style-type: none">❖ Entregar a cada adolescente una tarjeta donde está escrita la palabra adolescencia.❖ Pedir a la adolescente que escriba su propia definición de la adolescencia.❖ Exponerla en plenaria.❖ “Proyección de video”.⁷⁵❖ Pedir la opinión de la adolescente y su experiencia con este tema.
DURACIÓN	❖ 90 minutos
RESULTADO A CONSEGUIR	
La adolescente se involucre en el tema adolescencia, con la finalidad que conozca su participación en esta etapa.	
CONCLUSION	
A través de la aplicación de la actividad se logra la primera introducción hacia el tema adolescencia. Se logró la identificación de las adolescentes con la experiencia del tema adolescencia.	

⁷⁵ PARDO, P., *Dale la vuelta a la adolescencia*, Madrid, 2012, Disponible en: [youtube.com/watch?v=7Jb8m2yivnc](https://www.youtube.com/watch?v=7Jb8m2yivnc).

SESIÓN Nº 2
CAMBIOS DE LA ADOLESCENCIA

OBJETIVO	ACTIVIDAD
Permitir que las adolescentes conozcan sus cambios físicos, psicológicos; con el objetivo que descubran más acerca de la etapa que atraviesan.	<ul style="list-style-type: none"> ❖ “Video educativo”.⁷⁶ ❖ Pedir a la adolescente que escriba lo aprendido. ❖ Exponerla en plenaria.
DURACIÓN	❖ 90 minutos
RESULTADO A CONSEGUIR	
La adolescente se involucre en sus propios cambios y los asuma como normales, creando aceptación de los mismos.	
CONCLUSION	
A través de la aplicación de la actividad se logra que las adolescentes identifique dichos cambios y los normalicen además aprenden que no son las únicas adolescentes que atraviesan por dichos cambios.	

SESIÓN Nº 3
USO DE DROGAS EN LA ADOLESCENCIA

OBJETIVO	ACTIVIDAD
Concientizar a las adolescentes las consecuencias del uso de las drogas y de las ventajas que obtienen estando alejadas de la misma, con la finalidad de prevenir.	<ul style="list-style-type: none"> ❖ “Video educativo”.⁷⁷ ❖ Pedir a la adolescente que escriba lo aprendido. ❖ Exponerla en plenaria. ❖ Exposición de casos reales de adolescentes consumidores de drogas y adolescentes libres de drogas. ❖ Opinión del grupo de adolescentes.
DURACIÓN	❖ 90 minutos
RESULTADO A CONSEGUIR	
Las adolescentes concienticen que las drogas jamás les van a traer consecuencias positivas a su vida sino todo lo contrario.	
CONCLUSION	
A través de la aplicación de la actividad se logra que las adolescentes adquieran conocimientos acerca de las consecuencias de las drogas.	

⁷⁶ Ibíd.

⁷⁷ VICARIO, HIDALGO, *Consumo de drogas*, España, 2005, Disponible en: www.sepeap.org.

SESIÓN Nº 4
CONFLICTIVIDAD JUVENIL Y SUS ORGANIZACIONES PANDILLERAS

OBJETIVO	ACTIVIDAD
Concientizar a las adolescentes las consecuencias de la inclusión en pandillas y de los conflictos que producen las mismas.	<ul style="list-style-type: none"> ❖ “Video educativo”.⁷⁸ ❖ Pedir a la adolescente que escriba lo aprendido. ❖ Exponerla en plenaria. ❖ Exposición de casos reales de adolescentes involucrados en grupos delictivos. ❖ Opinión del grupo de adolescentes.
DURACIÓN	❖ 90 minutos
RESULTADO A CONSEGUIR	
Las adolescentes concienticen que la inclusión a grupos delictivos les traerá problemas en su bienestar psico-físico-socio-familiar.	
CONCLUSION	
A través de la aplicación de la actividad se logra que las adolescentes adquieran conocimientos acerca de las consecuencias de las pandillas.	

SESIÓN Nº 5
POLITICAS Y PROGRAMAS DE ATENCION A LA ADOLESCENTE

OBJETIVO	ACTIVIDAD
Enseñar a la adolescente acerca de las políticas y programas de protección y a atención a la que ellas pueden ser beneficiarias.	<ul style="list-style-type: none"> ❖ En un cartel se colocaran las políticas y en el otro los programas. ❖ Se explicara cada uno de los mismos. ❖ Opinión del grupo de adolescentes.
DURACIÓN	❖ 90 minutos
RESULTADO A CONSEGUIR	
Las adolescentes conozcan las políticas y programas que existen en beneficio a su desarrollo.	
CONCLUSION	
A través de la aplicación de la actividad se logra que las adolescentes adquieran conocimientos acerca de las políticas y programas de protección y a atención.	

⁷⁸ ALVAREZ, Adriana, *Dialogo juvenil: del conflicto ala entendimiento*, España, 2010, Disponible: Youtube.com.

TEMA: AVANZANDO CONTRA LA VIOLENCIA

SUBTEMA: VIOLENCIA

OBJETIVO GENERAL: Infundir en las adolescentes el derecho a la protección de su integridad física, psíquica y libertad sexual de ellas y su familia, mediante la implementación del conocimiento de las medidas de prevención y sanción de la violencia.

SESIÓN Nº 1

VIOLENCIA A LA MUJER

OBJETIVO	ACTIVIDAD
Involucrar a las adolescentes en los aspectos que desencadenan la conducta violenta con la finalidad de que concientice su situación actual.	<ul style="list-style-type: none">❖ Entregar a cada adolescente una tarjeta donde está escrita la palabra violencia.❖ Pedir a las adolescentes que escriba su propia definición de la violencia.❖ Exponerla en plenaria.❖ Realizar un papelógrafo con el círculo de la violencia, analizarlo y explicarlo.❖ Pedir la opinión de las adolescentes y su experiencia con este tema.
DURACIÓN	❖ 90 minutos
RESULTADO A CONSEGUIR	
Las adolescentes se involucren en el tema violencia, con la finalidad de erradicar a las mismas e ir modificando pensamientos.	
CONCLUSION	
A través de la aplicación de la actividad se logra la primera introducción hacia el tema violencia. Se logró la identificación de las adolescentes con la experiencia del tema violencia.	

SESIÓN Nº 2
TIPOS DE VIOLENCIA

OBJETIVO	ACTIVIDAD
Enseñar a las adolescentes la clasificación y estructura de la tipología de la violencia con la finalidad de que identifiquen y conozcan las formas de violencia.	<ul style="list-style-type: none"> ❖ “Video educativo de los tipos de violencia”.⁷⁹ ❖ Pedir a la adolescente que escriba su propia identificación de los tipos de violencia según el video. ❖ Exponerla en plenaria. ❖ Definir cada uno de los tipos de la violencia y exponerlo. ❖ Pedir la opinión de la adolescente y su experiencia con este tema.
DURACIÓN	❖ 90 minutos
RESULTADO A CONSEGUIR	
La adolescente se involucre en el tema violencia, con la finalidad de erradicar a la misma e ir modificando pensamientos.	
CONCLUSION	
A través de la aplicación de la actividad se logra la identificación y conocimiento de los tipos de violencia como medida de precaución y prevención.	

⁷⁹ ALVAREZ, Adriana, op. cit., *tipos de violencia*, España, 2009, Disponible: Youtube.com.

SESIÓN N° 3

CAUSAS Y CONSECUENCIAS DE VIOLENCIA

OBJETIVO	ACTIVIDAD
Educar a las adolescentes sobre las causas y consecuencias de la violencia y la forma que se relacionan con las mismas.	<ul style="list-style-type: none">❖ “Experiencia en audio de la violencia”.⁸⁰❖ Pedir a las adolescentes que escriba desde su propia experiencia las causas y consecuencias de la violencia.❖ Exponerla en plenaria.
DURACIÓN	❖ 90 minutos
RESULTADO A CONSEGUIR	
Las adolescentes se involucren en el tema violencia, con la finalidad de erradicar a la misma e ir modificando pensamientos.	
CONCLUSION	
A través de la aplicación de la actividad se logra la identificación y conocimiento de las causas y consecuencias de la violencia en las adolescentes.	

⁸⁰ PEREZ, José, *Experiencias de mujeres que han salido de la violencia de género*, Mundo y sociedad Colombia, 2012, disponible: [www. Radiocadiz.com](http://www.Radiocadiz.com).

SESIÓN Nº 4

ASPECTO LEGAL Y MEDIDAS DE AMPARO DE LA VIOLENCIA

OBJETIVO	ACTIVIDAD
Instruir a las adolescentes sobre las leyes existentes que amparan a la mujer y de los derechos que tienen con la finalidad de que denuncien y se sientan protegidas.	<ul style="list-style-type: none">❖ “Explicar e informar la ley de la violencia contra la mujer a partir del Art.103”.⁸¹❖ Pedir a las adolescentes que escriba desde su propia experiencia los atropellos contra sus derechos según lo explicado.❖ Exponerla en plenaria.
DURACIÓN	❖ 90 minutos
RESULTADO A CONSEGUIR	
Las adolescentes se involucren en el tema violencia, con la finalidad de erradicar a la misma e ir modificando pensamientos.	
CONCLUSION	
A través de la aplicación de la actividad se logra en las adolescentes el conocimiento de la ley y derechos existentes con la finalidad de que sean aplicados.	

⁸¹ ROSER, Roció, *La ley contra la violencia a la mujer*, Pasaje Donoso, Quito- Ecuador, 1995, pp., 17 - 20.

TEMA: CUIDANDO NUESTRA SALUD SEXUAL

SUBTEMA: SEXUALIDAD-SEXO-SEXUALIDAD-GÉNERO

OBJETIVO GENERAL:

- Incrementar los conocimientos en las adolescentes sobre sexualidad analizando roles, estereotipos, y falsas creencias de género, así como el impacto que estas tienen en la vivencia de su sexualidad, fortaleciendo el autocuidado de su cuerpo.
- Informar a las adolescentes sobre las diferencias en los roles y estereotipos de género, con el fin de que identifique su propio rol.
- Incrementar los conocimientos sobre salud sexual y reproductiva en las adolescentes, en los aspectos biológicos, psicológicos y sociales y a la vez comprometerlas con su cambio de actitud frente a este tema.
- Conocer y analizar cada uno de los derechos sexuales y reproductivos y además que las adolescentes valoren los derechos en su propia vivencia.
- Incrementar en las adolescentes conocimientos sobre las ITS/VIH y el SIDA, reflexionando sobre los factores que incrementan la vulnerabilidad a estas infecciones y asuman una actitud preventiva.

SESIÓN Nº 1

SEXO

OBJETIVO	ACTIVIDAD
Descubrir que cada adolescente puede pensar, opinar, de manera distinta con respecto al tema de acuerdo a su experiencia y conocimientos previos, sin dejar de tener razón.	<ul style="list-style-type: none">❖ Entregar a cada adolescente una tarjeta donde está escrito un personaje (abogada, profesora, arquitecta, madre de familia).❖ Cuestionar acerca de las relaciones sexuales en las mujeres jóvenes según el personaje.❖ La respuesta será asumida según su personaje
DURACIÓN	❖ 105 minutos
RESULTADO A CONSEGUIR	
La adolescente se involucre en el tema de sexo, con la finalidad de que descubra el conocimiento referente a este tema.	
CONCLUSION	
A través de la aplicación de la actividad se logra la primera introducción hacia el tema sexualidad	

SESIÓN Nº 2

SEXUALIDAD

OBJETIVO	ACTIVIDAD
Concientizar a las adolescentes que sexualidad no se limita a genitales sino a todo nuestro cuerpo, e identificar los términos adecuados de las definiciones asociadas a sexualidad, con el fin de eliminar mitos, creencias y vergüenzas.	<ul style="list-style-type: none">❖ Colocar un papelógrafo con la palabra sexualidad.❖ Entregar cartulinas con la finalidad de que las adolescentes escriba su propia definición.❖ Se realizara la intervención individual, colocando su cartulina alrededor de la palabra sexualidad.❖ Colocar frases en las que se utiliza correctamente descripciones de sexualidad y luego pedir a las adolescentes que coloquen los términos usados comúnmente
DURACIÓN	❖ 105 minutos
RESULTADO A CONSEGUIR	
Las adolescentes se involucren en el tema de sexualidad, con la finalidad de que concientice el verdadero significado de esta palabra.	
CONCLUSION	
A través de la aplicación de la actividad se logra un mejor conocimiento sobre la palabra sexualidad.	

SESIÓN Nº 3

GÉNERO

OBJETIVO	ACTIVIDAD
Aclarar en las adolescentes las diferencias entre el hombre y la mujer en aspectos biológicos, psicológicos y sociales.	<ul style="list-style-type: none">❖ Se darán dos papelógrafos el primero se titulara “como nacemos”; y el segundo “que aprendemos”.❖ Se comentara y analizara.
DURACIÓN	❖ 105 minutos
RESULTADO A CONSEGUIR	
Aclaración del tema genero con el propósito que las adolescentes no confunda terminología y aprenda de su cuerpo.	
CONCLUSION	
A través de la aplicación de la actividad se logra un mejor entendimiento sobre el tema y un mejor autoconocimiento.	

SESION Nº 4

ROLES Y ESTEREOTIPOS

OBJETIVO	ACTIVIDAD
Indicar la existencia de roles y estereotipos en las mujeres y varones.	<ul style="list-style-type: none">❖ Entregar una hoja y escribir experiencias relacionadas con el descubrimiento de su sexo y la diferencia con el otro sexo.
DURACIÓN	❖ 105 minutos
RESULTADO A CONSEGUIR	
Aclaración en las adolescentes sobre los roles y estereotipos que cumplen y erradicar roles y estereotipos irracionales.	
CONCLUSION	
A través de la aplicación de la actividad se logra modificar roles y estereotipos irracionales.	

SESION Nº 5

ROLES Y ESTEREOTIPOS DE GENERO

OBJETIVO	ACTIVIDAD
Realizar un análisis de las desventajas de los estereotipos que diferencian el género.	❖ Entregar fotocopias ilustradas del trato hacia el hombre y mujer y luego realizar una reflexión sobre los ejemplos y realizar la diferenciación en papelógrafos con las siguientes temáticas “las mujeres son...los hombres son...” y realizar la plenaria.
DURACIÓN	❖ 105 minutos
RESULTADO A CONSEGUIR	
Analizar las creencias erróneas sobre la diferenciación de sexos y modificarla en las adolescentes.	
CONCLUSION	
A través de la aplicación de la actividad se logra modificar las creencias erróneas y a la vez el cambio por creencias racionales.	

SESION Nº 6

MITOS Y CREENCIAS

OBJETIVO	ACTIVIDAD
Identificar las ideas negativas en las adolescentes sobre sexualidad y roles de género con el fin de cambiar su estructura.	❖ Entregar hojas con la finalidad que escriban las adolescentes su análisis de mitos, proverbios, historia, refranes, propagandas, novelas etc., relacionado con el papel de la sexualidad en el hombre y mujer.
DURACIÓN	❖ 105 minutos
RESULTADO A CONSEGUIR	
Profundizar el significado de los roles y estereotipos con la finalidad de cambiar la estructura en la adolescente.	
CONCLUSION	
A través de la aplicación de la actividad se logra modificar la estructura en lo que respecta a roles y estereotipos.	

SESION Nº 7

CREANDO UNA CANCIÓN

OBJETIVO	ACTIVIDAD
Concientizar la salud sexual de la adolescente.	❖ En grupo se pedirá la creación de una canción en la cual se deberá proponer ideas saludables y positivas sobre sexualidad en la mujer.
DURACIÓN	❖ 105 minutos
RESULTADO A CONSEGUIR	
Desarrollo de la creatividad de la adolescente y aprendizaje sobre la salud sexual.	
CONCLUSION	
A través de la aplicación de la actividad se logra verificar el desarrollo de su creatividad y se aprende a manejar un buen cuidado en la salud sexual.	

SESION Nº 8

SALUD SEXUAL REPRODUCTIVA

OBJETIVO	ACTIVIDAD
Concientizar a las adolescentes, sobre los cuidados para una buena salud sexual y reproductiva con el propósito de aprender sobre la misma.	<ul style="list-style-type: none">❖ Se les indicara láminas ilustrativas sobre sexualidad.❖ Procederán a realizar una historia de las láminas.❖ Se socializara cada una de las historias.❖ En hojas escribir la definición de salud sexual reproductiva.
DURACIÓN	❖ 105 minutos
RESULTADO A CONSEGUIR	
Indicar a las adolescentes los cuidados que deben tener en su sexualidad, como medida preventiva y conocer el significado de salud sexual reproductiva.	
CONCLUSION	
A través de la aplicación de la actividad se logra realizar una buena inclusión del tema en las adolescentes.	

SESION Nº 9

APARATO REPRODUCTOR

OBJETIVO	ACTIVIDAD
Conocer los órganos sexuales masculinos y femeninos con la finalidad de que las adolescentes conozcan el funcionamiento de los aparatos reproductores.	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Se les indicara láminas ilustrativas sobre aparato reproductor. ❖ Procederán a realizar un análisis del mismo. ❖ Se socializara cada uno de los análisis. ❖ “Proyección de video”.⁸²
DURACIÓN	❖ 105 minutos
RESULTADO A CONSEGUIR	
A través de la explicación sobre la temática desarrollar en las adolescentes conocimiento sobre el aparato reproductor femenino y masculino y con el video afianzar conocimientos.	
CONCLUSION	
A través de la aplicación de la actividad se logró realizar una buena inclusión del tema en las adolescentes.	

SESION Nº10

CAUSAS Y CONSECUENCIAS SALUD SEXUAL REPRODUCTIVA

OBJETIVO	ACTIVIDAD
Analizar sobre las causas y consecuencias de la SSR y a la vez concientizar a las adolescentes.	<ul style="list-style-type: none"> ❖ A través de la descripción de una historia, las adolescentes identificarán las causas y consecuencias de los personajes
DURACIÓN	❖ 105 minutos
RESULTADO A CONSEGUIR	
A través de la narración de la historia se lograra concientizar las causas y consecuencias con respecto a la SSR como medida de protección y prevención.	
CONCLUSION	
A través de la aplicación de la actividad se logró realizar una buena inclusión del tema en las adolescentes.	

⁸² PARRA, Andrés, *Reproducción humana anatomía y biología*, España, 2012, Disponible en: [youtube.com/watch=B2fepicSPvA](https://www.youtube.com/watch=B2fepicSPvA).

SESION Nº 11

DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

OBJETIVO	ACTIVIDAD
<p>Concientizar a las adolescentes, sobre los DSR.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Se formaran grupos para que den ejemplos de los derechos sexuales y reproductivos que conozcan las adolescentes. ❖ En plenaria cada grupo expondrá su trabajo. ❖ Luego se entregaran tarjetas con derechos sexuales reproductivos y se les pedirá a las adolescentes que las agrupen según corresponde. ❖ Posteriormente se pedirá a las adolescentes el análisis con ejemplos de cada uno de los derechos sexuales reproductivos.
DURACIÓN	❖ 105 minutos
RESULTADO A CONSEGUIR	
<p>Indicar a las adolescentes los derechos sexuales reproductivos con el fin de que sea una medida de protección.</p>	
CONCLUSION	
<p>A través de la aplicación de la actividad se logra realizar una buena inclusión del tema en las adolescentes.</p>	

SESION Nº 12

IDENTIFICANDO LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

OBJETIVO	ACTIVIDAD
<p>Concientizar a las adolescentes, sobre los DSR.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Se les entregara cartulinas a las adolescentes y escribirán situaciones que consideren un atropello para la derechos sexuales reproductivos ❖ Luego expondrán y el resto de adolescentes identificaran el derecho vulnerado. ❖ Se les entregara papelógrafos a las adolescentes y elaboraran un afiche sobre la defensa de los derechos sexuales reproductivos.
DURACIÓN	❖ 105 minutos
RESULTADO A CONSEGUIR	
Indicar a las adolescentes los DSR con el fin de que sea una medida de protección y prevención.	
CONCLUSION	
A través de la aplicación de la actividad se logra realizar una buena inclusión del tema en las adolescentes.	

SESION Nº 13

IDENTIFICACION DE LOS SINDROMES INFECCIONES DE TRASMISION SEXUAL

OBJETIVO	ACTIVIDAD
<p>Analizar los síndromes de las ITS y verificar si existen diferencias entre género.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Se colocan en la pared cuatro papelógrafos cada uno con el título de cuatro síndromes de las infecciones de trasmisión sexual. ❖ Se les entregara a las adolescentes 4 tarjetas en blanco para que anoten un signo o síntoma diferente tanto de hombres y mujeres.
DURACIÓN	❖ 105 minutos
RESULTADO A CONSEGUIR	
Indicar a las adolescentes los síndromes de la ITS y transmitir conocimientos como medida de prevención.	
CONCLUSION	
A través de la aplicación de la actividad se logra realizar una buena inclusión del tema en las adolescentes.	

SESION Nº 14

INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL

OBJETIVO	ACTIVIDAD
Analizar las enfermedades de transmisión sexual como medida de prevención de las adolescentes.	<ul style="list-style-type: none"> ❖ “Video educativo”.⁸³ ❖ Participación de las adolescentes con sus puntos de vista.
DURACIÓN	❖ 105 minutos
RESULTADO A CONSEGUIR	
Indicar a las adolescentes la cantidad de enfermedades de transmisión sexual con la finalidad de que los conocimientos adquiridos actúen como medida preventiva.	
CONCLUSION	
A través de la aplicación de la actividad se logra realizar una buena inclusión del tema en las adolescentes y concientizar.	

SESION Nº 15

RECONOCIENDO LAS INFECCIONES DE TRASMISION SEXUAL

OBJETIVO	ACTIVIDAD
Identificar los síndromes que puede dar aviso temprano de infecciones de trasmisión sexual en las adolescentes.	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Psicoeducación. ❖ Participación de las adolescentes con sus puntos de vista.
DURACIÓN	❖ 105 minutos
RESULTADO A CONSEGUIR	
Indicar a las adolescentes la forma correcta de identificar las infecciones de trasmisión sexual como medida preventiva.	
CONCLUSION	
A través de la aplicación de la actividad se logra realizar una buena inclusión del tema en las adolescentes y concientizar como medida preventiva.	

⁸³ GARCIA, Daniel, *Infecciones de trasmisión sexual*, Venezuela, 2010, Disponible en: [youtube.com/watch=TU6K3JadA](https://www.youtube.com/watch=TU6K3JadA).

SESION Nº 16

VIH Y EL SIDA

OBJETIVO	ACTIVIDAD
Identificar los síndromes VIH y SIDA, causas, consecuencias, y medidas preventivas en las adolescentes.	<ul style="list-style-type: none">❖ Psicoeducación.❖ “Video educativo”.⁸⁴❖ Riesgos.❖ Participación de las adolescentes con sus puntos de vista.
DURACIÓN	❖ 105 minutos
RESULTADO A CONSEGUIR	
Indicar a las adolescentes la forma correcta de identificar las infecciones de transmisión sexual como medida preventiva.	
CONCLUSION	
A través de la aplicación de la actividad se logra realizar una buena inclusión del tema en las adolescentes y concientizar como medida preventiva.	

⁸⁴ GUTIERRES, Mauricio, *VIH/SIDA*, Caracas Venezuela, 2006, Disponible en: www.Acsol.org.com

TEMA: ATENDIENDO LA MATERNIDAD

OBJETIVO GENERAL: Desarrollar en las adolescentes los conocimientos acerca de la maternidad, con la finalidad de que lo aplique con sus hijos y en su vida cotidiana.

SESION Nº 1 ETAPAS DEL EMBARAZO

OBJETIVO	ACTIVIDAD
Identificar las etapas del embarazo con la finalidad de desarrollar sensibilización y conocimientos en las adolescentes	<ul style="list-style-type: none">❖ Psicoeducación.❖ “Video educativo”.⁸⁵❖ Elaborar una descripción desde la propia vivencia de las adolescentes acerca de sus etapas de gestación.❖ Participación de las adolescentes con sus puntos de vista.
DURACIÓN	❖ 105 minutos
RESULTADO A CONSEGUIR	
Indicar a las adolescentes las etapas del embarazo y un mayor conocimiento acerca del tema.	
CONCLUSION	
A través de la aplicación de la actividad se logra en las adolescentes el desarrollo del conocimiento de las etapas del embarazo de forma más específica.	

⁸⁵ CALVO, Pablo, *Etapas del embarazo*, España, 2012, Disponible en: youtube. Com.

SESION Nº 2

ABORTO

OBJETIVO	ACTIVIDAD
Concientizar en las adolescentes sobre las consecuencias del aborto con la finalidad de que tomen decisiones correctas.	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Psicoeducación. ❖ “Video educativo”.⁸⁶ ❖ Anotar las impresiones del video proyectado. ❖ Lectura “del niño que no nació.” ❖ Participación de las adolescentes con sus puntos de vista.
DURACIÓN	❖ 105 minutos
RESULTADO A CONSEGUIR	
Indicar a las adolescentes las consecuencias del aborto y la toma de decisiones correctas	
CONCLUSION	
A través de la aplicación de la actividad se logra en las adolescentes la concientización y sensibilización sobre la temática.	

SESION Nº 3

DESARROLLO AFECTIVO DEL NIÑO

OBJETIVO	ACTIVIDAD
Educar a las adolescentes acerca de la crianza de su hijo (a) en el desarrollo psicoafectivo con la finalidad de que el conocimiento adquirido sea aplicado con los mismos (as).	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Psicoeducación. ❖ “Video educativo”.⁸⁷ ❖ Anotar las impresiones del video proyectado. ❖ Participación de las adolescentes con sus puntos de vista. ❖ Lectura: Para una madre.
DURACIÓN	❖ 105 minutos
RESULTADO A CONSEGUIR	
Indicar a las adolescentes las acciones que deben ejecutar para el bienestar del desarrollo psíquico de su hijo (a).	
CONCLUSION	
A través de la aplicación de la actividad se logra en las adolescentes el aprendizaje, acerca de cómo aplicar los conocimientos adquiridos en sus hijos (as), para un correcto desarrollo de su bienestar psicoafectivo.	

⁸⁶ ROGERRUFO, J., *Mami me escuchas*, Argentina, 2012, Disponible en: [youtube.com/watch=us9Xqec2l](https://www.youtube.com/watch=us9Xqec2l)

⁸⁷ GÓMEZ, Andrés, *Desarrollo Infantil*, Creciendo sanos, España, 2012, Disponible en: [youtube.com/watch=+AO5UvpmmXO](https://www.youtube.com/watch=+AO5UvpmmXO).

SESION Nº 4

LEY DE LA MATERNIDAD GRATUITA

OBJETIVO	ACTIVIDAD
Instruir a las adolescentes acerca de la ley de la maternidad gratuita con la finalidad de que conozcan sus derechos.	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Psicoeducación. ❖ Entrega de fotocopias con la ley de la maternidad gratuita ❖ Participación de las adolescentes con sus puntos de vista.
DURACIÓN	❖ 105 minutos
RESULTADO A CONSEGUIR	
Indicar a las adolescentes la ley de la maternidad gratuita y las acciones que deben ejecutar para el cumplimiento de las mismas	
CONCLUSION	
A través de la aplicación de la actividad se logra en las adolescentes el aprendizaje, acerca de la ley de la maternidad gratuita y las acciones que deben ejecutar para el cumplimiento de las mismas.	

SESION Nº 5

PSICODRAMA

OBJETIVO	ACTIVIDAD
A través del psicodrama permitir que las adolescentes aplique sus conocimientos adquiridos por medio de dramatizaciones.	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Psicodrama. ❖ Cada una de las adolescentes asumirán un rol y a través de este rol expresaran sus emociones.
DURACIÓN	❖ 105 minutos
RESULTADO A CONSEGUIR	
Concluir con la intervención grupal.	
CONCLUSION	
A través de la aplicación de la actividad se logra en las adolescentes realizar un Feed Back de todo lo aprendido.	

RECURSOS MATERIALES

RECURSOS HUMANOS

❖ **Tarjetas con un personaje.**

❖ **Papelógrafos.**

❖ **Cartulinas.**

❖ **Masking tape**

❖ **Lapiceros**

❖ **Marcadores**

❖ **Laminas.**

❖ **Proyector.**

❖ **Videos.**

❖ **Tesista.**

❖ **Adolescentes del Centro de Apoyo Integral Hogar RENACER.**

INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA FAMILIAR

FASE I

TEMA: ENCUADRE

SESIÓN I

OBJETIVO

TÉCNICA O INSTRUMENTO

DURACIÓN

RESULTADO A CONSEGUIR

Realizar el rapport y empatía con la finalidad de entablar una buena alianza terapéutica con la familia y a la vez iniciar un proceso de formulación.

- ❖ Observación.
- ❖ Unión empática.
- ❖ Aplicación de la comunicación verbal y no verbal.
- ❖ Imparcialidad.
- ❖ 45-60 minutos
- ❖ Alianza terapéutica.
- ❖ Establecimiento del compromiso psicológico (número de sesiones, tareas, etc.).
- ❖ Entender la causa de la problemática familiar.
- ❖ Identificación de los elementos que llevan al inicio del clima conflictivo.
- ❖ Formular el problema y comportamientos negativos.
- ❖ Neutralizar el impacto de la respuesta negativa.

CONCLUSIÓN

A través de la aplicación de los instrumentos o técnicas se logró realizar la alianza terapéutica, junto con una buena motivación, recopilación de información y elaboración del problema. Además se demostró el dolor que desarrolla cada miembro de la familia y los esfuerzos que realizan para evitarlo.

FASE II

TEMA: INTERVENCIÓN

SECCIÓN I

OBJETIVO	Educar a la familia en los roles y funciones, con la finalidad de que cada integrante cumpla su trabajo dentro del núcleo familiar.
TÉCNICA O INSTRUMENTO	<ul style="list-style-type: none">❖ Psicoeducación.❖ Entrenamiento en roles y funciones.❖ Auto-registro.
DURACIÓN	<ul style="list-style-type: none">❖ 45-60 minutos en 2 sesiones
RESULTADO A CONSEGUIR	<ul style="list-style-type: none">❖ Cambiar la estructura del grupo familiar por una estructura más adaptativa, que contribuya a la funcionalidad.
CONCLUSIÓN	A través de la aplicación de los instrumentos o técnicas se logró enseñar a la familia en qué consisten los roles y funciones y asumir los compromisos de cambio.

SECCIÓN II

OBJETIVO	Enseñar a la familia las formas correctas de comunicarse, con el objetivo de mejorar la calidad participativa del grupo familiar.
TÉCNICA O INSTRUMENTO	<ul style="list-style-type: none">❖ Psicoeducación.❖ Técnica asertiva.❖ Entrenamiento en comunicación.
DURACIÓN	<ul style="list-style-type: none">❖ 45-60 minutos en 1 sesión
RESULTADO A CONSEGUIR	<ul style="list-style-type: none">❖ Desarrollar la escucha empática.❖ Identificar las expresiones de cada miembro de la familia en forma directa, acompañado de un trabajo de aceptación.
CONCLUSIÓN	A través de la aplicación de los instrumentos o técnicas se logró facilitar herramientas para la mejora de la comunicación familiar.

SECCIÓN III

OBJETIVO	Instruir a la familia las formas correctas de solucionar conflictos con la finalidad de incorporar herramientas para evitar problemas futuros.
TÉCNICA O INSTRUMENTO	<ul style="list-style-type: none">❖ Psicoeducación.❖ Técnica asertiva.❖ Entrenamiento en solución de conflictos.
DURACIÓN	<ul style="list-style-type: none">❖ 45-60 minutos en 1 sesión❖ Desarrollar la escucha empática de exposición de conflictos.
RESULTADO A CONSEGUIR	<ul style="list-style-type: none">❖ Identificar las expresiones de cada miembro de la familia en forma directa, acompañado de un trabajo de aceptación.
CONCLUSIÓN	A través de la aplicación de los instrumentos o técnicas se logró facilitar herramientas para la mejora de la solución de conflictos en la familiar.

SECCIÓN IV

OBJETIVO	Trabajar en la parte coercitiva de la familia con el propósito de disminuir la estimulación de respuesta negativa.
TÉCNICA O INSTRUMENTO	<ul style="list-style-type: none">❖ Psicoeducación.❖ Técnica del modelado.❖ Auto registro❖ 45-60 minutos en 2 sesiones
DURACIÓN	
RESULTADO A CONSEGUIR	Erradicar la evitación mutua, la interacción negativa y la retirada de atención. A través de la aplicación de los instrumentos o técnicas se logró eliminar la evitación y desarrollo de conflictos, desarrollando en la familia patrones de funcionalidad.
CONCLUSIÓN	

FASE III

TEMA: CIERRE

SESIÓN

OBJETIVO	Finalizar con la intervención psicológica familiar integrativa con la finalidad de realizar el cierre terapéutico.
TÉCNICA O INSTRUMENTO	❖ Feed back.
DURACIÓN	❖ 45-60 minutos en 1 sesión
RESULTADO A CONSEGUIR	Retroalimentación de lo adquirido y logrado en la familia. Planificación para el mantenimiento de cambio.
CONCLUSIÓN	Culminación del tratamiento familiar para la adolescente.

11. BIBLIOGRAFÍA

LIBROS:

1. AUYERO, Javier, *"Otra vez en la vía" Notas e interrogantes acerca de la juventud de sectores populares*, Gecuso Bs.As. Ecuador, 1993.
2. ALLPORT, G., *La Gestalt y su desarrollo*, Herder, Barcelona, 1986.
3. ANDREWS, B, et. al., *La conducta antisocial de los jóvenes*, Cambridge, Madrid, 2002.
4. BALAREZO, L., *Apuntes de Sistemas Contemporáneos de Psicología*. Centro de Publicaciones PUCE. Quito. 2004.
5. BALAREZO, L., *Psicoterapia integrativa focalizada en personalidad*, Unigraf, Quito-Ecuador, 2010.
6. BECK, Aaron., *Modelos psicoterapéuticos*, Descleè de Brouwer S.A., New York, 2002, pp.
7. BENJAMÍN, L., *A history of psychology*. University, Nueva York. 1988.
8. BLAGLADI, V., *Variables inespecíficas en psicoterapia y psicoterapia integrativa*, tesis para optar título de doctor en psicología, Santiago de Chile, 2003.
9. CABALLO, V., et. al., *Manual de psicología infantil y adolescencia*, Pirámide, Madrid, 2001.
10. CARNERO, C., *Estudio normativo y de fiabilidad de test*. Panamericana S.A., Madrid, 2011.
11. CATTELL, J., *Early psychological laboratories*. Science, New York, 1928.
12. CORMIER, William, et. al., *Estrategias de Entrevista para Terapeutas Habilidades Básicas e Intervenciones Psicológicas*, Descleé de Brouwer, S.A., California, 2000.
13. DELAGARVE, Michael, *Adolescencia*, Descleé de Brouwer, S.A., New York, 2003.
14. DESCLEE, Brower, *Terapia Cognitiva*, Panamericana, España, 2003.
15. DIAZ, M., *Prevención de la violencia y lucha de contra la exclusión desde la adolescencia*, Pirámide, Madrid, 2004.
16. FEIXAS, G., *Constructivismo y psicoterapia*, Paidós, 2000.
17. FERNÁNDEZ, Ana María, *Poder e Imaginario social en "La mujer de la ilusión"*, Paidós, Mexico, 2005.
18. FERNANDEZ. H, *El integracionismo y su construcción*, Paidós, Buenos Aires.
19. FRISTAD, Mar, *ChIPS Entrevista para síndromes psiquiátricos en niños y adolescentes*, El Manual Moreno, México. 2001.
20. GALLAR, Manuel, *Promoción de la salud y apoyo psicológico al paciente*, Thomson Paraninfo, España, 2001.
21. HERNANDEZ, Nicolás, *Manual de psicoterapia cognitivo conductual para trastornos*, Articles, Buenos Aires, 2003.
22. HIDALGO, Carmen, *Estudio de utilidad del mini-examen cognoscitivo como instrumento*, Promid, 2011.
23. KOHLBERG, J., *Estadios de la adolescencia*, Injuve, España, 2002.

24. MAHONEY, M., *Psicoterapia*, Paidós, Buenos Aires, 1985.
25. MORAGAS, Junior, *Psicología del niño y del adolescente*, Paidós, Barcelona, 2000.
26. MORENO, A., *La depresión y sus máscaras*, médica-panamericana, Buenos Aires, 2008.
27. OPAZO, Roberto, *Psicoterapia Integrativa-Delimitación clínica*, Copyright, España, 2011.
28. PERONE, M., *Diagnosis and rating of anxiety. In Studies of Anxiety*, Lander, E.E.U.U. 1991. Disponible en: <http://psicopsi.com/Escala-de-ansiedad-de-Hamilton-milton-Anxiety-Scale-HAS>.
29. POSADA, A., *Action Plan for National Recovery and Development of Haiti*, Gobierno de la República de Haití, Puerto Príncipe, 2010, pp., 12-13-15.19 y 22.
30. POSADA, A., *Violencia y manipulación*, Búho, Andalucía, 2007.
31. PUEYO Andrés, *Violencia juvenil: realidad actual y factores psicológicos implicados*, Proyecto MCYT, Madrid, 2001.
32. QUINTO, Emilio, *El Modelo Cognitivo Conductual*, Panamericana, Madrid, 2008.
33. QUINZÁ, Xavier, *Sabiduría espiritual para mejorar la vida*, Centro Arupe, Valencia, 1999.
34. RISO, Walter, *Pesar bien, sentirse bien*, Masson, Barcelona 2002.
35. RUIZ, A., *La psicoterapia en un mundo de complejidad*, KA2, Santiago de Chile, 2003.
36. RIBES, E., *Antecedentes y desarrollo histórico*, Paidós, España. 2012.
37. RODRIGUEZ, N., *Guerra entre jóvenes*, Cambridge, Madrid, 2004.
38. ROSER, Roció, *La ley contra la violencia a la mujer*, Pasaje Donoso, Quito- Ecuador, 1995.
39. SEVILLÁ, et. al., *Tratamiento psicológico del trastorno obsesivo-compulsivo*, Publicaciones del Centro de Terapia de Conducta, Valencia, 2004.
40. STRAUCH, B., *Como funciona el cerebro en el adolescente*, Mondadori, Barcelona, 2003.

INTERNET:

41. ALVAREZ, Adriana, *Dialogo juvenil: del conflicto ala entendimiento*, España, 2010, Disponible: Youtube.com.
42. CALVO, Pablo, *Etapas del embarazo*, Baby Center, España, 2012, Disponible en: youtube. Com.
43. CORSI, Jorge, *Psicoterapia Integrativa Multidimensional*, Instituto Chileno De Psicoterapia Integrativa, Chile, 2012, pp., 65-68-70 y 73. Disponible en: www.lcpsi.cl/Noticias2.Asp?Tra=51.
44. CUYUN, Claudia, *Etapas de la adolescencia*, Instituto de Psicoterapia familiar en la adolescencia, Puerto Rico, 2010, pp., 78-79-80 y 85. Disponible en: <http://www.iniciativat.com/component/content/article/5-familia/128-etapas-de-la-adolescencia.html>.

45. GARCIA, Daniel, *Infecciones de transmisión sexual*, Venezuela, 2010, Disponible en: [youtube.com/watch=TU6K3JadA](https://www.youtube.com/watch=TU6K3JadA).
46. GÓMEZ, Andrés, *Desarrollo Infantil*, Creciendo sanos, España, 2012, Disponible en: [youtube.com/watch=+AO5UvpmmXO](https://www.youtube.com/watch=+AO5UvpmmXO).
47. GUTIERRES, Mauricio, *VIH/SIDA*, Acción Solidaria, Caracas Venezuela, 2006, Disponible en: www.Acsol.org.com.
48. HEALTH, Kids, *Depresión*, Instituto de psicoterapia en adolescentes, Medellín, 2010. Disponible en: www.google.com. (la web) depresión y suicidio.
49. HERNÁNDEZ, Krisbel et. al., *Fundación oficina nacional denuncia del niño maltratado*, Fondenima, 2003. Disponible en: PDF <http://www.unicef.org/spanish/aclabosp/papersp.htm>
50. LABAKE, Julio Cesar, *Adolescencia y personalidad*, Organización latinoamericana de los derechos del adolescente, Panamá, 2008.. Disponible en: www.google.com.co (la web) adolescencia.
51. MYERS, David, *Psicología*, Instituto de psicoterapia argentino, Argentina, 2009. Disponible en: www.psico_in@yahoo.com.ar.
52. MORRISON, Orlando, *Diagnostico del sistema de justicia penal especial para adolescentes*, Unicef, Argentina, 2000. Disponible en: www.org/lac/hoja1%281%29.pdf.
53. MOSCOVICI, Serge, *Psicología Social*, Organización juvenil de Argentina, Buenos Aires. Disponible en: www.google.com.co (la web) psicología social.
54. PARDO, P., *Dale la vuelta a la adolescencia, adolescencia*, Madrid, 2012, Disponible en: [youtube.com/watch?v=7Jb8m2yivnc](https://www.youtube.com/watch?v=7Jb8m2yivnc).
55. PARRA, Andrés, *Reproducción humana anatomía y biología*, Respeto al cuerpo humano, España, 2012, Disponible en: [youtube.com/watch=B2fepicSPvA](https://www.youtube.com/watch=B2fepicSPvA).
56. PEREZ, José, *Experiencias de mujeres que han salido de la violencia de género*, Mundo y sociedad Colombia, 2012, disponible: www.Radiocadiz.com.
57. PERONE, M., *Diagnosis and rating of anxiety. In Studies of Anxiety*, Lander, E.E.U.U. 1991. Disponible en: <http://psicopsi.com/Escala-de-ansiedad-de-Hamilton-milton-Anxiety-Scale-HAS>.
58. ROGERRUFO, J., *Mami me escuchas*, Argentina, 2012, Disponible en: [youtube.com/watch=us9Xqec2l](https://www.youtube.com/watch=us9Xqec2l)
59. SARMIENTO, F., *Organización Mundial de la Salud*, Escuela de psicología Chilena, Chile, 2011, pp., 7-9-13 y 14. Disponible en: www.who.int/child-adolescent-health.
60. SIMON, R., *Un encuentro entre el medico el paciente y el grupo familiar*, Instituto de psicoterapia, Bogotá, 2000, pp., 3-4-6 y 10. Disponible en: www.Depresion.Psicomag.Com/Terapia_Conductual.Php.
61. TIERNO, B., *Psicología y test*, Temas de Hoy SA., Madrid. 2001, p. 9. Disponible en: <http://www.scribd.com/doc/20725705/Interpretacion-del-test-de-Sacks>

62. VICARIO, HIDALGO, *Consumo de drogas*, Sepeap, España, 2005,
Disponible en: www.sepeap.org.
63. WOODS, S., *Evaluación Psicológica Teoría y Técnica de la Evaluación Psicológica*. Asociación española concepción Arenal A.,
Coruña, 2002. Disponible en:
<http://www.alapsiweb.org/confbalarezo.pdf>.

12. ANEXOS

Anexo N° 1
PROYECTO

INDICE GENERAL

- 1. TEMA**
- 2. PROBLEMÁTICA**
- 3. JUSTIFICACION**
- 4. OBJETIVOS**
 - 4.1. GENERAL**
 - 4.2. ESPECIFICOS**
- 5. ESQUEMA DEL MARCO REFERENCIAL**
- 6. METODOLOGIA**
- 7. PRESUPUESTO**
- 8. CRONOGRAMA**
- 9. BIBLIOGRAFIA**

1.TEMA

“MODELO DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICO INTEGRATIVO EN ADOLESCENTES VICTIMAS DE VIOLENCIA EN EL CENTRO DE APOYO INTEGRAL HOGAR RENACER. SEPTIEMBRE 2012-MARZO 2013”

2. PROBLEMATIZACIÓN

Es importante entender la violencia como un proceso y no como un hecho aislado que simplemente “ocurre”. Esto significa que la violencia entonces, es un proceso relacional que se da entre dos identidades o partes (o tal vez más) y que se materializa en cualquier ámbito social, familiar o personal.

Desde un punto de vista histórico, la dificultad para la comprensión y el reconocimiento de la violencia en las relaciones ha sido estructurada a partir de dos procesos básicos: el de invisibilización y el de naturalización.

Del proceso de invisibilización se puede considerar que la visibilidad de un fenómeno depende de una serie de factores que determinan la percepción social. Para que un objeto resulte visible o invisible se han tenido que investigar dos condiciones fundamentales: que el objeto tenga inscripciones materiales que lo hagan perceptible y que el observador disponga de las herramientas o instrumentos necesarios para percibirlo (S. Coddou, 2000).

Con respecto a las acciones violentas y sus consecuencias, durante la mayor parte de la historia solamente se consideraron los daños materiales producidos por la violencia. En el caso de la violencia interpersonal, se consideró daño sólo aquel que tuviera una inscripción corporal, y durante mucho tiempo permanecieron invisibles todas aquellas formas del daño que no eran perceptibles, donde al principio las referencias sistémicas se referían sólo al maltrato físico como por ejemplo: Henry Kempe “síndrome del niño apaleado” y Lenore Walker “síndrome de la mujer golpeada” en la década de los 70 (S. Coddou, 2000).

Por otro lado, el proceso de naturalización de la violencia, se apoya básicamente en algunas construcciones culturales de significados, que atraviesan y estructuran nuestro modo de percibir la realidad como lo son: las concepciones acerca de la infancia y del poder adulto, los estereotipos de género, la homofobia cultural, la concepción maniquea acerca de bueno y lo malo. Por lo que, la violencia se naturaliza siguiendo la lógica de la construcción social y cultural del poder.

La naturalización de la violencia suele traducirse en expresiones populares que recogen la pauta cultural legitimadora. Todo esto, forma un conjunto de acciones y omisiones que tiene como resultado la percepción de la violencia como un modo normalizado de resolver conflictos interpersonales (S.Coddou, 2000).

Straus (1979, en Sarquis, 1995), fue el primero en decir que el fenómeno de la violencia debiese ser considerado como un problema social y familiar. A partir de entonces, los esfuerzos de muchos investigadores estuvieron dirigidos a obtener datos confiables y a desarrollar modelos causales y explicativos del tema (S. Coddou, 2000).⁸⁸

En la etapa de la adolescencia, quienes dejan de ser niños (as), pero todavía no son adultos, etapa en la que los adolescentes manifiestan incompreensión por los adultos, provocando el alejamiento de los mismos, lo cual en ocasiones provoca violencia, siendo esta etapa vulnerable para el individuo.

Las secuelas de la violencia en los adolescentes pueden ser físicas: Actos que atentan o agreden el cuerpo de la persona tales como empujones, bofetadas, golpes de puño, golpes de pies, etc. Psicológicas: Actitudes que tienen por objeto causar temor, intimidar, y controlar las conductas, sentimientos y pensamientos de la persona a quién se está agrediendo como las descalificaciones. Sexuales: Imposición de actos de carácter sexual contra la voluntad de la otra persona. Como por ejemplo exposición a actividades sexuales no deseadas, o la manipulación a través de la sexualidad. Económico: No cubrir las necesidades básicas de la persona y ejercer control a través de recursos económicos.⁸⁹

⁸⁸ www.cs-acevedo_a.pdf.com.

⁸⁹ www.monografias.com/trabajos-pdf4/propuesta-proyecto-violencia.

Los adolescentes que son víctimas de violencia desarrollan dificultad para adaptarse pueden experimentar humor depresivo, ansiedad, preocupación (o una mezcla de todas ellas); sentimiento de incapacidad para afrontar los problemas, de planificar el futuro o de poder continuar en la situación presente y un cierto grado de deterioro del cómo se lleva a cabo la rutina diaria; los trastornos disociales (por ejemplo, un comportamiento agresivo o antisocial), el consumo de sustancias psicotrópicas, suelen ser comunes. Debido a la vulnerabilidad en la etapa de la adolescencia, es necesaria una orientación adecuada tanto de la familia, como instituciones educativas y demás medios de vinculación.

La importancia de la aplicación del modelo psicológico integrativo como intervención en violencia, tiene un papel fundamental ya que implica la asociación de las diferentes corrientes psicológicas, con técnicas específicas, las mismas que fomentaran la recuperación de las adolescentes víctimas de violencia.

A pesar de los esfuerzos que realizan los gobiernos a nivel mundial, nacional y local, los adolescentes se ven cada vez más involucrados en situaciones negativas que por lo general alteran su normal desarrollo biopsicosocial agudizando la crisis normal de la etapa de la adolescencia.

Se conoce que nuestro planeta es el hogar de 1.200 millones de personas que tienen entre 10 y 19 años. Todas ellas han vivido siempre, o la mayor parte de sus vidas, al amparo de la Declaración del Milenio, el pacto mundial sin precedentes que, desde el año 2000, se ha propuesto construir un mundo mejor para todos. En 2009, 1.200 millones de adolescentes, con edades comprendidas entre los 10 y 19 años, constituían el 18% de la población mundial. Desde 1950, el número de adolescentes ha aumentado más del doble.⁹⁰

⁹⁰ www.childinfo.org. Bases de datos mundiales de UNICEF, septiembre de 2010.

En Latino América 6 millones de niños y adolescentes sufren abusos graves, incluyendo abandono, todos los años. Cerca de 220 niños y adolescentes menores de 18 años mueren todos los días víctimas de la violencia doméstica, el equivalente a 80.000 niños por año. Es la región del mundo con la tasa más alta de violencia armada, donde ocurre el 42% de los homicidios del mundo.⁹¹

En Ecuador las estadísticas son alarmantes en el año 2004 la violencia Psicológica abarcaba el 40,7%; Violencia Física 31,0%; Violencia Sexual 11,5%⁹².

La provincia de Loja tiene 404.835 habitantes, la cual representa el 3.33% de la población total del Ecuador. La población infantil menor de 12 años es de 118.374 y los habitantes adolescentes alcanzan los 56.519.⁹³

El 32% de la población de menores son víctimas de maltrato y el 25% de abuso sexual donde los predominantes medio ambientes son el alcoholismo, drogadicción, pobreza extrema, falta de oportunidades de subsistencia, carencia afectiva, y embarazo.⁹⁴

Una vez analizada la problemática de la investigación desde una perspectiva mundial, nacional y regional, pude constatar que en la actualidad la violencia en los (as) adolescentes se encuentra enfocada en los tipos de violencia más frecuentes; como la de tipo físico, psicológico y sexual; por lo tanto mi diseño investigativo ante esta problemática consiste en desarrollar un modelo de intervención psicológico integrativo en adolescentes víctimas de violencia en el Centro de Apoyo Integral Hogar RENACER.

⁹¹ www.unicef.org/lac/hoja1%281%29.pdf

⁹² www.plan.senplades.gob.ec/diagnostico1.

⁹³ www.cronica.com.ec/index.php/reportajes/1089-maltrato-y-abuso-sexual-infantil-un-problema-latente-en-loja.html

⁹⁴ www.odna.org.ec/Provinciales/loja.pdf.

3. JUSTIFICACIÓN

La Universidad Nacional de Loja con el objetivo de relacionar a sus estudiantes con la colectividad ha permitido realizar procesos investigativos basado en el Sistema de Aprendizaje Modular por Objetos de Transformación (SAMOT) permitiendo encontrar las diferentes soluciones a las problemáticas de nuestra localidad.

Como estudiante de la Carrera de Psicología Clínica cuyo objetivo es fomentar la estabilidad mental, y con la necesidad de conocer la realidad de la provincia y a la vez contribuir al desarrollo de la misma, a partir de alternativas enfocadas al desarrollo y bienestar de la colectividad, he creído conveniente realizar un modelo de intervención psicológico integrativo, favorable para adolescentes víctimas de violencia.

El presente estudio será de mucha utilidad para el manejo de intervención en adolescentes que experimentan situaciones de violencia, complicando la etapa de la adolescencia.

La investigación será realizada en el Centro de Apoyo Integral Hogar RENACER, con el propósito de que las adolescentes, sean intervenidas oportunamente, luego de experimentar situaciones de violencia.

Finalmente el tema a desarrollarse servirá de sustento a personas vinculadas con temáticas de Psicología Clínica, convirtiéndose este estudio investigativo, base para futuros estudios.

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL:

Desarrollar un modelo de intervención psicológico integrativo en adolescentes víctimas de violencia en el centro de Apoyo Integral Hogar Renacer durante el periodo septiembre 2012 - marzo 2013.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- 4.2.1. Identificar el tipo de violencia en las adolescentes a través de la historia clínica psicológica.
- 4.2.2. Establecer los factores de riesgo etiopatogénicos de la violencia en las adolescentes mediante la entrevista psicológica enfocada en violencia.
- 4.2.3. Determinar el efecto psicosocial que provoco la violencia en las adolescentes para la intervención psicológica a través de la aplicación de baterías psicológicas (Inventario de depresión de BECK, Mini mental test, Escala de HALMITON para ansiedad, Escala de AUTOESTIMA. Carlos Dávila, Test de Sacks para adolescentes, Instrumento Psicomédica SRQ) e historia clínica psicológica.
- 4.2.4. Analizar la comorbilidad de la violencia en las adolescentes a través de la Entrevista para síndromes psiquiátricos en niños y adolescentes (Chips).
- 4.2.5. Distinguir los diferentes rasgos de personalidad de la adolescente víctima de violencia mediante aplicación del Cuestionario de personalidad de la sociedad ecuatoriana de psicología integrativo modificado SEAPSIP.
- 4.2.6. Definir el perfil psicológico de la adolescente violentada mediante la recolección de datos de la investigación que serán obtenidos a través de la historia clínica psicológica.

5. ESQUEMA DEL MARCO REFERENCIAL

CAPÍTULO I

1. MODELO DE INTERVENCION INTEGRATIVO

1.1. DEFINICION

1.2. OBJETIVOS

1.3. GENERALIDADES DEL INTEGRACIONISMO

1.4. BASES METODOLOGICAS DEL MODELO INTEGRATIVO

1.5. ECLETISMO E INTEGRACION

1.5.1. TIPOS DE ECLECTICISMO Y NIVELES DE INTEGRACIÓN

1.5.2. OBSTÁCULOS PARA LA INTEGRACIÓN

1.5.3. AREAS DE APLICACIÓN

1.5.3.1. CLINICA

1.5.3.2. SALUD

1.5.3.3. LABORAL

1.5.3.4. EDUCATIVA

1.5.3.5. DEPORTIVA

1.5.3.6. COMUNITARIA

1.6. MODELOS QUE SE INCLUYEN EN EL MODELO INTEGRATIVO

1.6.1. MODELO GESTÁLTICO

1.6.1.1. CARACTERÍSTICAS

1.6.1.2. TÉCNICAS

1.6.2. MODELO SISTÉMICO

1.6.2.1. CATACTERÍSTICAS

1.6.2.2. FASES

1.6.2.3. PROPIEDADES

1.6.2.4. PRINCIPIOS

1.6.2.5. PATRONES NEGATIVOS

1.6.2.6. VALORACION DEL MODELO

1.6.2.7. MODELO DE MICHIVIN

1.6.3. MODELOS CONDUCTUALES Y COGNITIVO- CONDUCTUALES

1.6.3.1. CARACTERISTICAS

1.6.3.2. FASES

1.6.3.3. ENFOQUES

1.6.3.4. VALORACION DEL MODELO

1.6.3.5. PRINCIPIOS DE LA TERAPIA COGNITIVA

1.6.3.6. LA TESTARUDEZ DE LA MENTE Y LA RESISTENCIA AL CAMBIO

1.6.3.6.1. ECONOMIA COGNOSCITIVA

1.7. FACTORES DIFERENCIALES ENTRE LOS DIVERSOS MODELOS DE INTERVENCIÓN

1.7.1. PATOLOGÍA

1.7.2. EVALUACION

1.7.3. OBJETIVOS TERAPEUTICOS

1.7.4. TECNICAS DE TRATAMIENTO

- 1.8. FACTORES COMUNES DE LOS MODELOS**
- 1.9. COMPONENTES DE UNA RELACION TERAPEUTA EFECTIVA**
- 1.10. CARACTERISTICAS DE LOS TERAPEUTAS EFICIENTES.**
- 1.11. CAPÍTULO II**

2. ADOLESCENCIA

- 2.1. DEFINICION**
- 2.2. LA ADOLESCENCIA TEMPRANA Y TARDÍA**
- 2.3. ETAPAS DE LA ADOLESCENCIA**
- 2.4. DESARROLLOS EN LA ADOLESCENCIA**
- 2.5. TEORÍAS SOBRE LA ADOLESCENCIA**
- 2.6. LA SALUD MENTAL DEL ADOLESCENTE**
- 2.7. LOS FACTORES DE RIESGO**
- 2.8. CLINICA DEL ADOLESCENTE**
- 2.9. ADOLESCENCIA: LA CRISIS, EL CRECIMIENTO**
- 2.10. PROBLEMAS DE LA ADOLESCENCIA**
- 2.11. EL CEREBRO ADOLESCENTE Y LAS EMOCIONES**
- 2.12. CRISIS DE OPOSICIÓN: ES NECESARIA**
- 2.13. CRISIS DE ADOLESCENCIA PATOLÓGICA: LA VIOLENCIA EN EL ADOLESCENTE**
- 2.14. TRASTORNOS ASOCIADOS AL COMPORTAMIENTO VIOLENTO**
- 2.15. INFLUENCIAS DEL ADOLESCENTE**
- 2.16. VIOLENCIA JUVENIL**
- 2.17. CONFLICTOS Y SITUACIONES DE EMERGENCIA**
- 2.18. EL CRIMEN Y LA VIOLENCIA ENTRE LOS JÓVENES**
- 2.19. JOVENES Y VULNERABILIDAD**

CAPÍTULO III

3. VIOLENCIA

- 3.1. DEFINICION**
- 3.2. TIPOS DE VIOLENCIA**
- 3.3. CAUSAS O EFECTOS DE LA VIOLENCIA**
- 3.4. CONSECUENCIAS DE LA VIOLENCIA**
- 3.5. FACTORES QUE MOTIVAN LA VIOLENCIA**
- 3.6. CARACTERISTICAS DE LA VICTIMA Y VICTIMARIO**
- 3.7. ESTRATEGIAS PARA LA PREVENCIÓN DE VIOLENCIA**

6. METODOLOGÍA

La particularidad de la presente investigación es la *Confiabilidad* ya que no importa el escenario, los instrumentos que se apliquen o el personal que vuelva a investigar a la población muestra, los resultados serán siempre los mismos, tiene la finalidad de ser aplicada y comprobada. Se determinará si el modelo de intervención psicológica integrativo favorece a las adolescentes en situaciones violentas, a más de ello se intervendrá a las adolescentes para mejorar las condiciones de salud mental y promover la recuperación de las mismas.

TIPO DE ESTUDIO

El diseño de la Investigación es *no-experimental* debido a que la población de estudio será enfocada en la comprobación del método psicológico integrativo en violencia, y por las adolescentes que en ocasiones anteriores han recibido ya intervenciones psicológicas.

La Investigación es *transversal* debido a que la misma se ejecutara en un periodo determinado. El Método aplicado en la presente Investigación es el *Analítico- Sintético* debido a la descomposición y aplicación de técnicas específicas, relacionadas con el método psicológico integrativo y concluir con los resultados que espero obtener luego de la elaboración del plan terapéutico psicológico.

Los datos serán manejados de forma *Cualitativa y cuantitativa*; que permitirán obtener dos clases de respuesta; la primera enfocada a la subjetividad y la segunda a la parte objetiva de la investigación. Para la presentación de los mismos se utilizará el tipo correlacional y así demostrar la relación entre las Variables ADOLESCENCIA-VIOLENCIA estudio que se realizara en el Centro de Apoyo Integral Hogar RENACER, representada por las adolescentes entre las edades de 11 a 17 años, con la particularidad de

que cada una de las mismas han presentado violencia, diferenciándose de la física, psicológica y sexual y en algunas adolescentes con la experimentación de los tres tipos de violencia.

MUESTRA

La muestra en estudio representa el *Universo* es decir el total de las adolescentes del centro (20) o adolescentes que en el transcurso de los tres meses ingresen al Centro de Apoyo Integral Hogar RENACER.

PROCESO DE INVESTIGACION

La presente investigación estará enfocada en cinco etapas:

- 1. Investigación:** En esta etapa se elaborara la historia clínica psicológica a y través de la recolección de información de forma directa, con la finalidad de llegar a un diagnóstico.
- 2. Aplicación de reactivos psicológicos:** La aplicación de reactivos psicológicos, permitirán completar la etapa de investigación y confirmar diagnósticos.
- 3. Elaboración del plan terapéutico:** El cual se lo diseñara una vez que se halla establecido el diagnostico, se elaborará los pasos que se deberá seguir para la intervención psicológica y aplicación de técnicas específicas. Los objetivos darán el límite que se deberá considerar en cada una de las elaboraciones del plan psicológico para eficacia del mismo.
- 4. Aplicación de técnicas del plan terapéutico:** Esta etapa permitirá desarrollar el número de sesiones para el desarrollo del modelo de intervención psicológico integrativo con el cumplimiento de objetivos.
- 5. Evaluación del diagnóstico, el proceso y los resultados:** En esta etapa se aplicaran los re test, para verificar resultados.

INSTRUMENTOS:

Los instrumentos utilizados son: la *Observación* para tener una perspectiva de la conducta y la relación de la adolescente frente a un Grupo, también se realizará la Entrevista e Historia Clínica psicológica con la cual se conocerán datos referentes a la Vida del Paciente, los factores y el tipo de violencia. Además se usara los ejes del DSM IV, a excepción del eje II, por la edad de las adolescentes en el cual se definirán LOS RASGOS DE PERSONALIDAD.

- **Historia clínica para adolescentes:** Tiene su origen en la historia clínica psicológica del Dr. Lucio Balarezo, de forma sintética y específica en las adolescentes y violencia. La finalidad es la recolección de datos para llegar a un diagnóstico.
- **Guía de observación:** Es una herramienta clave para el clínico ya que con su aplicación hace que el análisis de la persona se apreciado desde la parte objetiva y así corroborar información y conclusiones diagnósticas.

Finalmente se aplicará baterías psicológicas entre ellas:

- **Entrevista para síndromes psiquiátricos en niños y adolescentes (Chips):** La entrevista permitirá realizar el despistaje de patologías asociadas a las adolescentes, la cual consta de parámetros y calificaciones específicas.
- **Cuestionario de personalidad SEAPSI:** Permite identificar rasgos de personalidad con la finalidad de observar el ajuste o desajuste de la personalidad.
- **Inventario de depresión de BECK:** Es un inventario de 21 ítems que evalúa la intensidad de la depresión, la escala va de 0-60. Especifica la depresión de normal a extrema.

- **Escala de HALMITON para ansiedad:** La finalidad de la escala de Hamilton para ansiedad consiste en identificar el estado ansioso, tensional, temores, instintos, funciones intelectuales, humor, y demás síntomas que puede desarrollar un individuo bajo niveles de ansiedad. Consta de 14 ítems, con parámetros de calificación de 0-4.
- **Escala de AUTOESTIMA. Carlos Dávila A.:** La escala de Autoestima aplicada en las adolescentes servirá para la identificar la valoración que tienen sobre sí mismas ya sea positiva o negativa. La escala consiste en 25 ítems de 0-5.
- **Test de Sacks para adolescentes:** Este reactivo psicológico sirve para la detección de alteraciones en áreas específicas como; familiar, relaciones heterosexuales, interpersonales y de concepto de sí mismo. Consta de 45 ítems y la calificación pueden ser cualitativa y cuantitativa.
- **Mini-Examen Cognoscitivo:** Permite evaluar concentración, memoria, orientación, cálculo, lenguaje y construcción.
- **Test específicos para la detección del consumo de sustancias:** el reactivo que identifica de forma general es el SRQ, el cual permitirá observar si la adolescente tiene algún problema adictivo.

Los cuales permitirán determinar el estado de salud mental de las adolescentes.

7. PRESUPUESTO

ACTIVIDADES	MATERIALES E INSUMOS	COSTO EN DÓLARES AMERICANOS
Presentación del Proyecto de Investigación	Materiales de Escritorio	250
	Bibliografía	200
		450
Aplicación de Instrumentos	Reproducción de Instrumentos Psicológicos	200
	Transporte	300
	Alimentación	300
		800
Gastos del Informe Final de Investigación	Impresión y Copias	300
	Extras	300
		600
TOTAL: 1850 USD		

FINANCIAMIENTO:

El financiamiento del Proyecto Investigativo en su totalidad, es decir el 100% será asumido por la tesista.

8. CRONOGRAMA

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES																													
ACTIVIDADES	CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES																					RESPONSABLE							
	SEPTIEMBRE				OCTUBRE				NOVIEMBRE				DICIEMBRE				ENERO			FEBRERO				MARZO					
Presentación y Aprobación del tema del proyecto de Investigación	X	X	X	X	X	X	X	X																					
Conclusiones diagnosticas									X	X	X	X																Tesista: Viviana Castillo	Docente
Realización de plan terapéutico e historia clínicas psicologicas									X	X	X	X																Tesista: Viviana Castillo	Docente
Aplicación del modelo psicológico													X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X			Tesista: Viviana Castillo	
Análisis e Interpretación de datos																					X	X	X	X				Tesista: Viviana Castillo	
Elaboración y presentación de la Información																									X			Tesista: Viviana Castillo	
Elaboración del Informe final																									X			Tesista: Viviana Castillo	
Sustentación de la Investigación																										X		Tesista: Viviana Castillo	

9. BIBLIOGRAFIA:

LIBROS:

1. AUYERO, Javier, *"Otra vez en la vía" Notas e interrogantes acerca de la juventud de sectores populares*, Gecuso Bs.As. Ecuador, 1993.
2. ALLPORT, G., *La Gestalt y su desarrollo*, Herder, Barcelona, 1986.
3. ANDREWS, B, et. al., *La conducta antisocial de los jóvenes*, Cambridge, Madrid, 2002.
4. BALAREZO, L., *Apuntes de Sistemas Contemporáneos de Psicología*. Centro de Publicaciones PUCE. Quito. 2004.
5. BALAREZO, L., *Psicoterapia integrativa focalizada en personalidad*, Unigraf, Quito-Ecuador, 2010.
6. BECK, Aaron., *Modelos psicoterapéuticos*, Descleè de Brouwer S.A., New York, 2002, pp.
7. BENJAMÍN, L., *A history of psychology*. University, Nueva York. 1988.
8. BLAGLADI, V., *Variables inespecíficas en psicoterapia y psicoterapia integrativa*, tesis para optar título de doctor en psicología, Santiago de Chile, 2003.
9. CABALLO, V., et. al., *Manual de psicología infantil y adolescencia*, Pirámide, Madrid, 2001.
10. CARNERO, C., *Estudio normativo y de fiabilidad de test*. Panamericana S.A., Madrid, 2011.
11. CATTELL, J., *Early psychological laboratories*. Science, New York, 1928.
12. CORMIER, William, et. al., *Estrategias de Entrevista para Terapeutas Habilidades Básicas e Intervenciones Psicológicas*, Descleé de Brouwer, S.A., California, 2000.
13. DELAGARVE, Michael, *Adolescencia*, Descleé de Brouwer, S.A., New York, 2003.
14. DESCLEE, Brower, *Terapia Cognitiva*, Panamericana, España, 2003.
15. DIAZ, M., *Prevención de la violencia y lucha de contra la exclusión desde la adolescencia*, Pirámide, Madrid, 2004.
16. FEIXAS, G., *Constructivismo y psicoterapia*, Paidós, 2000.
17. FERNÁNDEZ, Ana María, *Poder e Imaginario social en "La mujer de la ilusión"*, Paidós, Mexico, 2005.
18. FERNANDEZ. H, *El integracionismo y su construcción*, Paidós, Buenos Aires.
19. FRISTAD, Mar, *ChIPS Entrevista para síndromes psiquiátricos en niños y adolescentes*, El Manual Moreno, México. 2001.
20. GALLAR, Manuel, *Promoción de la salud y apoyo psicológico al paciente*, Thomson Paraninfo, España, 2001.
21. HERNANDEZ, Nicolás, *Manual de psicoterapia cognitivo conductual para trastornos*, Artículos, Buenos Aires, 2003.
22. HIDALGO, Carmen, *Estudio de utilidad del mini-examen cognoscitivo como instrumento*, Promid, 2011.
23. KOHLBERG, J., *Estadios de la adolescencia*, Injuve, España, 2002.
24. MAHONEY, M., *Psicoterapia*, Paidós, Buenos Aires, 1985.

25. MORAGAS, Junior, *Psicología del niño y del adolescente*, Paidós, Barcelona, 2000.
26. MORENO, A., *La depresión y sus máscaras*, médica-panamericana, Buenos Aires, 2008.
27. OPAZO, Roberto, *Psicoterapia Integrativa-Delimitación clínica*, Copyright, España, 2011.
28. PERONE, M., *Diagnosis and rating of anxiety. In Studies of Anxiety*, Lander, E.E.U.U. 1991. Disponible en: <http://psicopsi.com/Escala-de-ansiedad-de-Hamilton-milton-Anxiety-Scale-HAS>.
29. POSADA, A., *Action Plan for National Recovery and Development of Haiti*, Gobierno de la República de Haití, Puerto Príncipe, 2010, pp., 12-13-15.19 y 22.
30. POSADA, A., *Violencia y manipulación*, Búho, Andalucía, 2007.
31. PUEYO Andrés, *Violencia juvenil: realidad actual y factores psicológicos implicados*, Proyecto MCYT, Madrid, 2001.
32. QUINTO, Emilio, *El Modelo Cognitivo Conductual*, Panamericana, Madrid, 2008.
33. QUINZÁ, Xavier, *Sabiduría espiritual para mejorar la vida*, Centro Arupe, Valencia, 1999.
34. RISO, Walter, *Pesar bien, sentirse bien*, Masson, Barcelona 2002.
35. RUIZ, A., *La psicoterapia en un mundo de complejidad*, KA2, Santiago de Chile, 2003.
36. RIBES, E., *Antecedentes y desarrollo histórico*, Paidós, España. 2012.
37. RODRIGUEZ, N., *Guerra entre jóvenes*, Cambridge, Madrid, 2004.
38. ROSER, Roció, *La ley contra la violencia a la mujer*, Pasaje Donoso, Quito- Ecuador, 1995.
39. SEVILLÁ, et. al., *Tratamiento psicológico del trastorno obsesivo-compulsivo*, Publicaciones del Centro de Terapia de Conducta, Valencia, 2004.
40. STRAUCH, B., *Como funciona el cerebro en el adolescente*, Mondadori, Barcelona, 2003.

INTERNET:

41. ALVAREZ, Adriana, *Dialogo juvenil: del conflicto ala entendimiento*, España, 2010, Disponible: Youtube.com.
42. CALVO, Pablo, *Etapas del embarazo*, Baby Center, España, 2012, Disponible en: youtube. Com.
43. CORSI, Jorge, *Psicoterapia Integrativa Multidimensional*, Instituto Chileno De Psicoterapia Integrativa, Chile, 2012, pp., 65-68-70 y 73. Disponible en: www.lcpsi.cl/Noticias2.Asp?Tra=51.
44. CUYUN, Claudia, *Etapas de la adolescencia*, Instituto de Psicoterapia familiar en la adolescencia, Puerto Rico, 2010, pp., 78-79-80 y 85. Disponible en: <http://www.iniciativat.com/component/content/article/5-familia/128-etapas-de-la-adolescencia.html>.

45. GARCIA, Daniel, *Infecciones de transmisión sexual*, Venezuela, 2010, Disponible en: youtube.com/watch=TU6K3JadA.
46. GÓMEZ, Andrés, *Desarrollo Infantil*, Creciendo sanos, España, 2012, Disponible en: youtube.com/watch=+AO5UvpmmXO.
47. GUTIERRES, Mauricio, *VIH/SIDA*, Acción Solidaria, Caracas Venezuela, 2006, Disponible en: www.Acsol.org.com.
48. HEALTH, Kids, *Depresión*, Instituto de psicoterapia en adolescentes, Medellín, 2010. Disponible en: www.google.com. (la web) depresión y suicidio.
49. HERNÁNDEZ, Krisbel et. al., *Fundación oficina nacional denuncia del niño maltratado*, Fondenima, 2003. Disponible en: PDF <http://www.unicef.org/spanish/aclabosp/papersp.htm>
50. LABAKE, Julio Cesar, *Adolescencia y personalidad*, Organización latinoamericana de los derechos del adolescente, Panamá, 2008.. Disponible en: www.google.com.co (la web) adolescencia.
51. MYERS, David, *Psicología*, Instituto de psicoterapia argentino, Argentina, 2009. Disponible en: www.psico_in@yahoo.com.ar.
52. MORRISON, Orlando, *Diagnostico del sistema de justicia penal especial para adolescentes*, Unicef, Argentina, 2000. Disponible en: www.org/lac/hoja1%281%29.pdf.
53. MOSCOVICI, Serge, *Psicología Social*, Organización juvenil de Argentina, Buenos Aires. Disponible en: www.google.com.co (la web) psicología social.
54. PARDO, P., *Dale la vuelta a la adolescencia, adolescencia*, Madrid, 2012, Disponible en: youtube.com/watch?v=7Jb8m2yivnc.
55. PARRA, Andrés, *Reproducción humana anatomía y biología*, Respeto al cuerpo humano, España, 2012, Disponible en: youtube.com/watch=B2fepicSPvA.
56. PEREZ, José, *Experiencias de mujeres que han salido de la violencia de género*, Mundo y sociedad Colombia, 2012, disponible: www.Radiocadiz.com.
57. PERONE, M., *Diagnosis and rating of anxiety. In Studies of Anxiety*, Lander, E.E.U.U. 1991. Disponible en: <http://psicopsi.com/Escala-de-ansiedad-de-Hamilton-milton-Anxiety-Scale-HAS>.
58. ROGERRUFO, J., *Mami me escuchas*, Argentina, 2012, Disponible en: youtube.com/watch=us9Xqec2l
59. SARMIENTO, F., *Organización Mundial de la Salud*, Escuela de psicología Chilena, Chile, 2011, pp., 7-9-13 y 14. Disponible en: www.who.int/child-adolescent-health.
60. SIMON, R., *Un encuentro entre el medico el paciente y el grupo familiar*, Instituto de psicoterapia, Bogotá, 2000, pp., 3-4-6 y 10. Disponible en: www.Depresion.Psicomag.Com/Terapia_Conductual.Php.
61. TIERNO, B., *Psicología y test*, Temas de Hoy SA., Madrid. 2001, p. 9. Disponible en: <http://www.scribd.com/doc/20725705/Interpretacion-del-test-de-Sacks>

62. VICARIO, HIDALGO, *Consumo de drogas*, Sepeap, España, 2005,
Disponible en: www.sepeap.org.
63. WOODS, S., *Evaluación Psicológica Teoría y Técnica de la
Evaluación Psicológica*. Asociación española concepción Arenal A.,
Coruña, 2002. Disponible en:
<http://www.alapsiweb.org/confbalarezo.pdf>.

ANEXO Nº 2

CONTRATO TERAPÉUTICO

Señorita adolescente beneficiaria del C.H.R.

Se compromete a cumplir y permitir la intervención psicológica y lo que implica como: utilización de instrumentos, técnicas y realización de tareas; además mantenerse dentro del vínculo terapeuta paciente con la finalidad de evitar transferencia y contratransferencia en el desarrollo de la aplicación de la intervención terapéutica con la duración de 3 meses aproximadamente.

.....
Egresada de Psicología Clínica
Viviana V. Castillo G.

.....
Señorita adolescente beneficiaria del C.H.R.
Cl.....

ANEXO N° 3

CONSTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

Doc. María del Carmen Aguirre.

DIRECTORA DEL CENTRO DE APOYO INTEGRAL H.R.

Informo:

Que la egresada VIVIANA VALERIA CASTILLO GRANDA, de la Carrera de Psicología Clínica, estuvo realizando su investigación en el Centro de Apoyo Integral Hogar Renacer.

Es todo lo que puedo decir en honor a la verdad.

Atentamente:

Doc. María del Carmen Aguirre.

DIRECTORA DEL CENTRO DE APOYO INTEGRAL H.R.

ANEXO N° 4

HOJA DE REGISTRO DIARIO

DIA	HORA	LUGAR	ACTIVIDAD	PERSONAS	CONDUCTA OBSERVADA

ESQUEMA DE EVOLUCION

FECHA	EVOLUCION	ACTIVIDAD

ANEXO Nº 5

FICHA DE OBSERVACION

DIMENSIÓN NO VERBAL CONDUCTA			
CONDUCTA	ANSIEDAD	BLOQUEO	ATENCION
EXPRESION FACIAL			
EXPRESION CORPORAL			

OBSERVACIONES:

La calificación consiste en colocar una x en el casillero que mejor refleje la situación del paciente se tendrá en cuenta el lenguaje corporal y verbal. Se anotara las observaciones que sean

DIMENSIÓN PARALINGUISTICA			
TONO DE VOZ	NORMAL	ELEVADO	CAMBIANTE
DISTANCIAMIENTO	ACERCAMIENTO	ALEJAMIENTO	

OBSERVACIONES:

ANEXO N° 6

SINTESIS VALORATIVA DE LA DESCRIPCION DE LA PERSONALIDAD

DESCRIPCIÓN DE LA PERSONALIDAD	
CARACTERÍSTICAS DE LA PERSONALIDAD	
ESTILOS COGNITIVOS DE LA PERSONALIDAD	
RASGOS POTENCIADORES Y LIMITANTES	

Fuente: Personalidad, Dr. Lucio Balarezo.

Se describe las características, estilos y rasgos potenciadores del paciente.

SINTESIS VALORATIVA DE LA APRECIACIÓN DEL GRUPO

CARACTERÍSTICAS DEL GRUPO	ABIERTOS	CERRADOS	HOMOGENIOS	HETEROGENIOS
GRUPO	NIÑOS	ADOLESCENTES	ADULTOS	ADULTOS MAYORES
GRADO DE INSTRUCCION	PRIMARIA	SUPERIOR	OBSERVACIONES	
	SECUNDARIA	CUARTO NIVEL		
DINÁMICA GRUPAL			LIDERAZDO	
			NORMAS	
			COMUNICACIONES	

Fuente: Personalidad, Dr. Lucio Balarezo.

Se coloca una x según las características del grupo en estudio; se anotan las observaciones según el lenguaje corporal y no corporal.

ANEXO N° 7

EVALUACIÓN FINAL DEL PROCESO PSICOTERAPÉUTICO

PROCESO			
ASESORAMIENTO		PSICOTERAPIA	
OBJETIVOS ESTABLECIDOS			
ASESORAMIENTO		SINTOMATICOS	DE PERSONALIDAD
CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS			
NIVEL SE SATISFACCION (1 AL 10)			
PACIENTE		OBSERVACIONES	
FAMILIARES		OBSERVACIONES	
TERAPEUTA		OBSERVACIONES	

Fuente: Personalidad, Dr. Lucio Balarezo.

<p>Se coloca una x en la casilla según el avance del tratamiento psicológico; se anota las observaciones y los objetivos cumplidos.</p>

ANEXO N° 8



SISTEMA DE SALUD MENTAL PSICOLOGÍA CLÍNICA HISTORIA CLÍNICA PARA ADOLESCENTES



1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombre:
Lugar y fecha de nacimiento:
Edad:
Sexo:
Raza:
Estado civil:
Número de hijos:
Instrucción:
Profesión:
Ocupación:
Sueldo mensual:
Religión:
Tendencia política:
Dirección domiciliaria:
Familiar responsable:
Número de historia clínica:
Número de ingresos:
Procedencia:
Lugar de residencia:
Fecha de ingreso:
Forma de vida:

2. MOTIVO DE INGRESO

Según el adolescente:
Según el acompañante:

3. MOTIVO DE CONSULTA

4. ENFERMEDAD ACTUAL

5. PSICOANAMNESIS PERSONAL, NORMAL Y PATOLOGICA

PRENATAL

NATAL
INFANTIL

PUBERTAD Y ADOLESCENCIA

6. ANTECEDENTES FAMILIARES

ESPECIFICACION	SI	NO	DESCONOCE
VIOLENCIA INTRAFAMILIAR			
FISICA			
PSICOLOGICA			
SEXUAL			
OTROS			

OBSERVACIONES:

7. HISTORIA SOCIAL

ADAPTACION

ACEPTADA	
IGNORADA	
RECHAZADA	
DESCONOCE	

RELACIONES INTERPERSONALES

NOVIAZGO	
SI	
NO	
AMISTADES	
SI	
NO	
ACTIVIDAD GRUPAL	
SI	
NO	

ACTIVIDADES

DEPORTES	
OCIO	
OTRAS	

OBSERVACIONES:

8. HISTORIA LABORAL

TRABAJO U OCUPACION	
SI	
NO	

OBSERVACIONES:

9. HISTORIA PSICOSEXUAL

INFORMACION:.

EXPERIENCIAS SEXUALES:

PAREJA:

EDAD DE INICIO DE RELACIONES SEXUALES:

PROBLEMAS EN LAS RELACIONES SEXUALES:

ABUSO SEXUAL:

OBSERVACIONES:

10. EXAMEN DE FUNCIONES

	NORMAL	ALTERADA
CONCIENCIA		
ATENCION		
SENSOPERCEPCIONES		
MEMORIA		
AFFECTIVIDAD		
INTELIGENCIA		
PENSAMIENTOS		
VOLUNTAD		
INSTINTOS		
HABITOS		
JUICIO Y RAZONAMIENTO		

OBSERVACIONES:

11.EXAMENES PSICOLOGICOS:

12.PSICOAMNANESI ESPECIAL:

- Factores pre-disponentes
- Factores desencadenantes
- Factores precipitantes
- Rasgos de la Personalidad.

13.DIAGNOSTICO MULTIAXIAL:

14.DIAGNOSTICO PRESUNTIVO:

15.DIAGNOSTICO DEFINITIVO:

16.RECOMENDACIONES:

ANEXO Nº 9

REACTIVOS PSICOLÓGICOS

BECK DEPRESION

Instrucciones para el entrevistador para la aplicación del Cuestionario de Depresión de Beck

Se han preparado las siguientes instrucciones con el fin de estandarizar la aplicación del Cuestionario de Depresión. Es importante que se sigan en orden estas instrucciones, para proporcionar uniformidad y reducir al mínimo la influencia del entrevistador.

Rutina de aplicación

Diga al paciente: “Esto es un cuestionario; en él hay grupos de afirmaciones; leeré uno de estos grupos. Después quiero que elija la afirmación en ese grupo que describa mejor como se ha sentido en la ULTIMA SEMANA incluyendo HOY”.

En ese momento alcance una copia del cuestionario al paciente y dígame: “Aquí tiene una copia para que pueda seguirme mientras leo”. Lea el grupo entero de afirmaciones en la primera categoría (no lea los números que aparecen a la izquierda de las afirmaciones); luego diga: “Ahora elija una de las afirmaciones que describa mejor como se ha sentido en la ULTIMA SEMAN, incluyendo HOY”

Si el paciente indica su elección respondiendo mediante un número, vuelva a leer la afirmación que corresponda con el número dado por el paciente, con el fin de evitar confusión sobre cuál de las afirmaciones elegida. Cuando el paciente dice “la primera afirmación”, puede querer decir 0 ó 1. Después que se haga evidente que el paciente entiende el sistema de numeración, será suficiente la respuesta numérica para indicar su elección.

Instrucciones adicionales

A. Verifique que cada elección sea efectivamente la elección del paciente y no palabras que usted haya repetido. Haga que el paciente exprese, por su cuenta, cual afirmación ha elegido.

B. Si el paciente indica que hay dos o más afirmaciones que se ajustan a la forma en que se siente, entonces anote el mayor de los valores.

C. Si el paciente indica que la forma en que se siente está entre 2 y 3, siendo más que 2, pero no justamente 3, entonces anote el valor al cual se acerque más, ó 2.

D. Generalmente el entrevistador debe leer en voz alta las afirmaciones que se encuentran en cada categoría. A veces el paciente toma la iniciativa y empezará a leer en silencio las afirmaciones en una categoría, adelantándose al entrevistador, y empieza a dar las afirmaciones elegidas. Si el paciente está atento y parece inteligente, deje que lea en silencio las afirmaciones y que haga su elección. Dígale al paciente que, si está seguro de leer todas las afirmaciones en cada grupo antes de elegir, entonces podrá leer en silencio. Sea diplomático y tenga tacto para alentar al paciente para que reflexione suficientemente antes de elegir.

E. El puntaje de depresión obtenido debe asentarse en la hoja de registro. Simplemente corresponde a la suma de las mayores cargas de respuestas seleccionadas en cada grupo de afirmaciones del al 21. La carga es el valor numérico que figura al lado de cada afirmación.

F. El grupo 19 (pérdida de peso) fue concebido para explorar un síntoma anoréxico. Si el paciente responde afirmativamente a la siguiente pregunta: “¿Está tratando de perder peso comiendo menos?” el puntaje de este grupo no debe agregarse al puntaje total.

1)

- No me siento triste.
- Me siento triste.
- Me siento triste todo el tiempo y no puedo librarme de ello.
- Me siento tan triste o desdichado que no puedo soportarlo.

2)

- No estoy particularmente desanimado con respecto al futuro.
- Me siento desanimado con respecto al futuro.
- Siento que no puedo esperar nada del futuro.
- Siento que el futuro es irremediable y que las cosas no pueden mejorar.

3)

- No me siento fracasado.
- Siento que he fracasado más que la persona normal.
- Cuando miro hacia el pasado lo único que puedo ver en mi vida es un montón de fracasos.
- Siento que como persona soy un fracaso completo.

4)

- Sigo obteniendo tanto placer de las cosas como antes .
- No disfruto de las cosas como solía hacerlo.
- Ya nada me satisface realmente.
- Todo me aburre o me desagrada.

5)

- No siento ninguna culpa particular.
- Me siento culpable buena parte del tiempo.
- Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- Me siento culpable todo el tiempo.

6)

- No siento que esté siendo castigado.
- Siento que puedo estar siendo castigado.
- Espero ser castigado.
- Siento que estoy siendo castigado.

7)

- No me siento decepcionado en mí mismo.
- Estoy decepcionado conmigo.
- Estoy harto de mi mismo.
- Me odio a mi mismo.

8)

- No me siento peor que otros.
- Me critico por mis debilidades o errores.
- Me culpo todo el tiempo por mis faltas.
- Me culpo por todas las cosas malas que suceden.

9)

- No tengo ninguna idea de matarme.

- Tengo ideas de matarme, pero no las llevo a cabo.
- Me gustaría matarme.
- Me mataría si tuviera la oportunidad.

10)

- No lloro más de lo habitual.
- Lloro más que antes.
- Ahora lloro todo el tiempo.
- Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo llorar nunca aunque quisiera.

11)

- No me irrito más ahora que antes.
- Me enojo o irrito más fácilmente ahora que antes.
- Me siento irritado todo el tiempo.
- No me irrito para nada con las cosas que solían irritarme.

12)

- No he perdido interés en otras personas.
- Estoy menos interesado en otras personas de lo que solía estar.
- He perdido la mayor parte de mi interés en los demás.
- He perdido todo interés en los demás.

13)

- Tomo decisiones como siempre.
- Dejo de tomar decisiones más frecuentemente que antes.
- Tengo mayor dificultad que antes en tomar decisiones.
- Ya no puedo tomar ninguna decisión.

14)

- No creo que me vea peor que antes.
- Me preocupa que esté pareciendo avejentado (a) o inatractivo (a).

- Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que me hacen parecer inatractivo (a)..
- Creo que me veo horrible.

15)

- Puedo trabajar tan bien como antes.
- Me cuesta un mayor esfuerzo empezar a hacer algo.
- Tengo que hacer un gran esfuerzo para hacer cualquier cosa.
- No puedo hacer ningún tipo de trabajo.

16)

- Puedo dormir tan bien como antes.
- No duermo tan bien como antes.
- Me despierto 1 ó 2 horas más temprano de lo habitual y me cuesta volver a dormir.
- Me despierto varias horas más temprano de lo habitual y no puedo volver a dormirme

17)

- No me canso más de lo habitual.
- Me canso más fácilmente de lo que solía cansarme.
- Me canso al hacer cualquier cosa.
- Estoy demasiado cansado para hacer cualquier cosa.

18)

- Mi apetito no ha variado.
- Mi apetito no es tan bueno como antes.
- Mi apetito es mucho peor que antes.
- Ya no tengo nada de apetito.

19)

- Últimamente no he perdido mucho peso, si es que perdí algo.
- He perdido más de 2 kilos.

- He perdido más de 4 kilos.
- He perdido más de 6 kilos.

20)

- No estoy más preocupado por mi salud de lo habitual.
- Estoy preocupado por problemas físicos tales como malestares y dolores de estómago o constipación.
- Estoy muy preocupado por problemas físicos y es difícil pensar en otra cosa.
- Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en nada más.

21)

- No he notado cambio reciente de mi interés por el sexo.
- Estoy interesado por el sexo de lo solía estar.
- Estoy mucho menos interesado por el sexo ahora.
- He perdido por completo mi interés por el sexo.

Escala de Ansiedad de Hamilton

Indique la intensidad con que se cumplieron o no, durante el último mes, los síntomas que se describen en cada uno de los 14 ítems:

0.	Ausente
1.	Intensidad ligera
2.	Intensidad media
3.	Intensidad elevada
4.	Intensidad máxima (invalidante)

		0	1	2	3	4
1	Estado ansioso: Inquietud. Expectativas de catástrofe. Aprensión (anticipación con terror). Irritabilidad.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	Tensión: Sensaciones de tensión. Fatiga. Imposibilidad de estar quieto. Reacciones de sobresalto. Llanto fácil. Temblores. Sensaciones de incapacidad para esperar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3	Miedos: A la oscuridad. A los desconocidos. A quedarse solo. A los animales. A la circulación. A la muchedumbre.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	Insomnio: Dificultades de conciliación. Sueño interrumpido. Sueño no satisfactorio, con cansancio al despertar. Sueños penosos. Pesadillas. Terrores nocturnos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	Funciones Intelectuales (Cognitivas): Dificultad de concentración. Falta de memoria.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	Estado de ánimo depresivo: Pérdida de interés. No disfruta del tiempo libre. Depresión. Insomnio de madrugada. Variaciones anímicas a lo largo del día.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7	Síntomas somáticos musculares: Dolores musculares. Rigidez muscular. Sacudidas musculares. Sacudidas clónicas. Rechinar de dientes. Voz quebrada.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8	Síntomas somáticos generales: Zumbido de oídos. Visión borrosa. Oleadas de calor o frío. Sensación de debilidad. Sensaciones parestésicas (pinchazos u hormigueos).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9	Síntomas cardiovasculares: Taquicardia. Palpitaciones. Dolor torácico. Sensación pulsátil en vasos. Sensaciones de "baja presión" o desmayos. Extrasístoles (arritmias cardíacas benignas).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10	Síntomas respiratorios: Opresión pretorácica. Constricción precordial. Sensación de ahogo o falta de aire. Suspiros. Disnea (dificultad para respirar).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11	Síntomas gastrointestinales: Dificultades evacuatorias. Gases. Dispepsia: dolores antes o después de comer, ardor, hinchazón abdominal, náuseas, vómitos, constricción epigástrica. Cólicos (espasmos) abdominales. Diarrea. Pérdida de peso. Estreñimiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12	Síntomas genitourinarios: Micciones frecuentes. Micción imperiosa. Amenorrea (falta del período menstrual). Metrorragia (hemorragia genital). Frigidez. Eyaculación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	precoz. Impotencia. Ausencia de erección.					
1 3	Síntomas del sistema nervioso autónomo: Boca seca. Accesos de enrojecimiento. Palidez. Tendencia a la sudoración. Vértigos. Cefalea (dolor de cabeza) de tensión.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1 4	Conducta en el transcurso del test: Tendencia al abatimiento. Agitación: manos inquietas, juega con los dedos, cierra los puños, tics, aprieta el pañuelo en las manos. Inquietud: va y viene. Temblor en las manos. Rostro preocupado. Aumento del tono muscular o contracturas musculares. Respiración entrecortada. Palidez facial. Traga saliva. Eructos. Taquicardia o palpitaciones. Ritmo respiratorio acelerado. Sudoración. Pestañeo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

MINIMENTAL

MMSE de Folstein

Se trata de un test de cribaje de demencias, útil también en el seguimiento evolutivo de las mismas. Puntúa como máximo un total de 30 puntos y los ítems están agrupados en 5 apartados que comprueban orientación, memoria inmediata, atención y cálculo, recuerdo diferido, y lenguaje y construcción. Existen múltiples versiones validadas en diversos idiomas, y otras que no son más que una mera traducción de la original en inglés. Por ejemplo, en el área de orientación y dentro de la subsección de "ORIENTACIÓN EN EL TIEMPO", se hacen al paciente preguntas como: "¿Cuál es la fecha?" para comprobar su grado de orientación.

El punto de corte para demencia se establece habitualmente en 24 puntos. Si hay que anular algún punto (a causa de analfabetismo, ceguera, hemiplejía...) se recalcula proporcionalmente. Por ejemplo, 21 puntos sobre 26 posibles equivaldrían a un resultado de 24 puntos (se redondea al entero más próximo).

La siguiente tabla proporciona datos de referencia en función de la edad y del nivel educativo, y puede servir para comparar con los resultados de un paciente. La tabla es una traducción de la contenida en: R.M. Crum, J.C. Anthony, S.S. Bassett and M.F. Folstein. Population-based norms for the Mini-Mental State Examination by age and educational level. Journal of the

American Medical Association 1993;269(18):2386-239

Edad en años	18-24	25/9	30/4	35/9	40/4	45/9	50/4	55/9	60/4	65/9	70/4	75/9	80/4	>84
Est. elementales	22	25	25	23	23	23	23	22	23	22	22	21	20	19
Est. primarios	27	27	26	26	27	26	27	26	26	26	25	25	25	23
Est. medios	29	29	29	28	28	28	28	28	28	28	27	27	25	26
Est. superiores	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29	28	28	27	7

Test -administración:

(Cada respuesta correcta tiene un puntaje máximo expresado en cada una por separado)

Orientación del tiempo:

- ¿Qué fecha es hoy? _____ 1
- ¿Qué día de la semana es hoy? _____ 1
- ¿En qué mes estamos? _____ 1
- ¿En qué estación del año estamos? _____ 1
- ¿En qué año estamos? _____ 1

Orientación del espacio:

- ¿Dónde estamos? (por ejemplo, en un hospital) _____ 1
- ¿En qué piso estamos? _____ 1
- ¿En qué ciudad estamos? _____ 1
- ¿En qué provincia estamos? _____ 1
- ¿En qué país estamos? _____ 1

Registro:

(Enuncie las tres palabras clara y lentamente a un ritmo de una por segundo. Luego de haberlas dicho, solicite a su paciente que las repita. La primera repetición determina el puntaje, pero haga que el paciente siga repitiendo hasta que aprende las tres hasta seis intentos)

- Pelota _____ 1
- Bandera _____ 1
- Árbol _____ 1

Atención y cálculo:

(Hágale deletrear la palabra MUNDO de atrás hacia adelante (ODNUM).
Cada letra en el orden correcto vale 1 punto; o bien pídale al paciente que realice restas consecutivas de a 7 unidades, comenzando desde 100.
Deténgase luego de 5 restas. Cada resta correcta vale 1 punto)
Deletrear MUNDO al revés, o bien ¿Cuánto es $100 - 7$? _____ 5

Evocación

(Pregunte al paciente si puede recordar las tres palabras que antes repitió).
Nombre las tres palabras que antes repitió _____ 3

Lenguaje

Nominación:

(Sólo un intento que vale un punto, para cada ítem)

¿Qué es esto? (mostrar un lápiz) _____ 1

¿Qué es esto? (mostrar un reloj) _____ 1

Repetición:

(Sólo un intento que vale 1 punto)

Dígale a su paciente la siguiente frase: "El flan tiene frutillas y frambuesas"
y pídale que la repita. _____ 1

Orden de 3 comandos:

(Cada parte correctamente ejecutada vale 1 punto)

Déle a su paciente un papel y dígame:

"Tome este papel con la mano izquierda,
dóblelo por la mitad y colóquelo en el piso". _____ 3

Lectura:

(Otorgue un punto sólo si el paciente cierra sus ojos)

Muéstrele la hoga que dice: "Cierre los ojos" y dígame:

"Haga lo que aquí se indica sin leerlo en voz alta". _____ 1

Cierre los ojos

Escritura:

(No dicte la oración; ésta debe ser espontánea. Debe contener un sujeto y un verbo. No es necesario que la gramática y la puntuación sean correctas)

Dele a su paciente una hoja en blanco

y pídale que escriba una frase. _____1

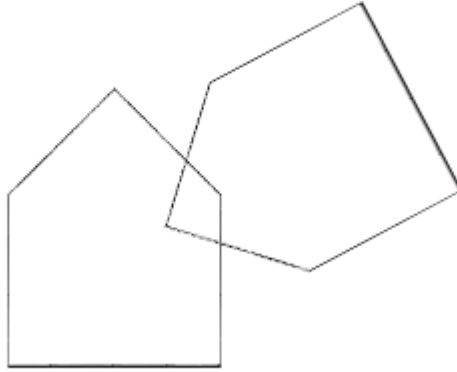
Copia:

(Para ser correcto, deben estar presentes todos los ángulos, los lados y las intersecciones. No se toman en cuenta temblor, líneas desparejas o no rectas. La distribución de las figuras copiadas debe ser igual al original)

Dele a su paciente la hoja que dice: "Copie esta figura",

y pídale que copie el dibujo. _____1

Copie esta figura



TEST DE SACKS PARA ADOLESCENTES

Nombre: _____

Edad: _____

Instrucción: _____

Fecha de examen: _____

INSTRUCCIONES:

Complete las siguientes oraciones en forma ordenada y con una letra bien clara.

1. El ideal más grande de mi vida

.....

...

2. Me gusta compararme con los demás

.....
...

3. El recuerdo más vivo de mi vida es

.....
...

4. Nunca tengo tanta angustia como cuando

.....
...

5. Considero a mis superiores

.....
...

6. Los compañeros con los cuales trato

.....
...

7. Yo creo que la vida de matrimonio

.....
...

8. En comparación con los demás familias la mía

.....
...

9. Me gustaría que mi padre

.....
...

10. Siempre he ambicionado

.....
...

11. Aquello que más necesito

.....
...

12. Cuando era pequeña me volvi muy inquieta

.....
...

13. El miedo a veces me hace

.....
...

14. Cuando veo al profesor

.....
...

15. Cuando no estoy presente mis amigos

.....
...

16. Para mí el amor Humano

.....
...

17. Creo que mi padre rara vez

.....
...

18. Mi madre y yo

.....
...

19. Sería feliz si

.....
...

20. Mi mayor debilidad

.....
...

21. Me pone nervioso

.....
...

22. Quisiera perder el miedo

.....
...

23. En clase mis profesores

.....
...

24. La gente piensa que yo

.....
...

25. Cuando veo a un hombre y a una mujer juntos

.....
...

26. Quisiera que mis padres

.....
...

27. El modo de ser de mi madre

.....
...

28. Un día espero

.....
...

29. Cuando las cosas no andan bien

.....
...

30. El error más grande de mi vida

.....
...

31. La mayor parte de mis compañeros no saben que yo

.....
...

32. Si yo fuera superior

.....
...

33. El tipo de persona que prefiero

.....
...

34. La mayor parte de jóvenes modernos

.....
...

35. Cuando yo era niño mi familia

.....
...

36. Creo que mi padre

.....
...

37. Cuando miro el porvenir

.....
...

38. Me considero capaz

.....
...

39. Daria algo por olvidar

.....
...

40. Sé que es una tontería pero tengo miedo de

.....
...

41. La mayor parte de mis superiores

.....
...

42. Un amigo sincero

.....
...

43. Para mí la mujer (hombre) ideal

.....
...

44. Mi familia me trata

.....
...

45. La mayoría de las madres

.....
...

ANEXO Nº 10



Foto 1. Centro Hogar RENACER.



Foto 2. Entrevista inicial.



Foto 3. Aplicación de reactivos psicológicos.



Foto 4. Intervención psicológica individual.



Foto 5. Intervención psicológica familiar.



Foto 6, 7 y 8. Intervención psicológica grupal.