



UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
ESCUELA DE PSICOLOGÍA

**“VALORACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DE LA TERAPIA
COGNITIVA APLICADA A GRUPO DE DIEZ JÓVENES
CON RASGOS DE PERSONALIDAD DISOCIAL
RECLUIDOS EN EL CENTRO DE CUMPLIMIENTO DE
HERRERA”**

POR:

MÉLIDA GRISEL RUÍZ CASTILLO

Tesis para optar por el Grado de Maestría en Psicología Clínica

2011

57

UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO
FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

30 ENE 2013

Programa de Maestría en. **Psicología Clínica**
Facultad de **Psicología**
Número de código **327-14-255-11-02**
Nombre del estudiante **Mélida Ruíz**
Título a que aspira. **Maestría en Psicología Clínica**
Tema de Tesis

"Valoración de la efectividad de Terapia Cognitiva aplicada a grupo de diez jóvenes con rasgos de personalidad disocial recluidos en el Centro de Cumplimiento de Herrera"

OBSEQUIO


Propuesta de intervención
Aplicación de Terapia Cognitiva a jóvenes con rasgos de personalidad disocial.

Nombre del o la asesor (a) **Laura Domínguez Cedeño**

Firma del o la asesor (a)



Firma del estudiante



Aprobado por

Coordinador del Programa

Director de Postgrado de la Vicerrectoría de investigación y postgrado

Fecha: _____

176039

INDICE GENERAL

	Página
Índice de cuadros	
Índice de figuras	
Dedicatona	
Agradecimiento	
Extracto	.1
Summary	3
Introducción	5
CAPITULO I FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	9
1. Aspectos generales de los trastornos de conducta..	10
2. Clasificación diagnóstica de los trastornos de conducta	11
a) Comportamientos agresivos	13
b) Comportamientos no agresivos con daño a la propiedad privada	13
c) Fraudes o robos	13
d) Violaciones a las normas.	14
3 Características comunes del trastorno disocial	14

a) Criterios para el diagnóstico del trastorno disocial según el DSM IV TR y el CIE 10 (2000, 1994)	18
4 Prevalencia del trastorno disocial.	20
5 Estudios según diversos investigadores	23
a) Según Farnngton	24
b) Según Tremblay	24
6 Síntomas asociados al trastorno disocial	25
a) Falta de empatía	25
b) Falta de culpa	26
c) Conflicto con la autoestima	27
d) Poca tolerancia a la frustración	27
e) Ideación suicida	. 27
7 Consecuencias de los síntomas negativos en el desarrollo social de la personalidad	28
8 Factores de riesgo o predisposición para el trastorno disocial (Manual DSM IV-TR, 2000).	29
a) Familias desestructuradas	29
b) Incompetencias parentales	30
c) Carencia de vigilancia	30
9 Diagnóstico diferencial (manual DSM IV –TR, 2000)	31

a) Trastorno negativista desafiante	31
b) Trastorno por déficit atencional con hiperactividad (TDAH)	31
c) Trastorno del estado de ánimo	32
d) Trastorno antisocial de la personalidad	32
10 Centros de rehabilitación de trastornos disociales en Panamá	32
a) Identidad	33
b) Centro de cumplimiento de Herrera	34
CAPÍTULO II TRATAMIENTO COGNITIVO	35
1 La Terapia Cognitiva de Aaron T. Beck	36
2 Conceptos básicos del modelo cognitivo	37
a) Principios básicos	38
b) El sistema cognitivo	39
c) Las distorsiones cognitivas	42
3 Fases generales del proceso terapéutico	44
4 Estrategias cognitivas grupales	46
CAPÍTULO III ASPECTOS METODOLÓGICOS	48
1 Planteamiento del problema	49
2 Justificación	50
3 Planteamiento de objetivos	50
4 Población y muestra	51

5	Diseño de investigación.	52
6	Formulación de hipótesis.	53
	a) Hipótesis de trabajo	.53
	b) Hipótesis nula	53
7	Instrumentos de medición.	54
8.	Variables	59
	a) Descripción del tratamiento como variable independiente	60
9	Análisis estadístico de los resultados	74
10	Limitaciones	74
CAPÍTULO IV PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS		76
1	Presentación y análisis comparativo de los resultados	77
2.	Análisis interpretativo de resultados	94
CONCLUSIONES		96
RECOMENDACIONES.		100
BIBLIOGRAFÍA		103
ANEXOS.		107

ÍNDICE DE CUADROS

		Página
Cuadro I	Resultados de datos generales sexo vs edad presentados por los participantes asignados con trastorno disocial	77
Cuadro II	Resultados de datos generales nivel de escolaridad vs motivo de reclusión presentado en los participantes asignados con trastorno disocial	78
Cuadro III	Resultado de los puntajes obtenidos según pre y pos-test de la Escala de Desesperanza de Beck (EDB), aplicado al grupo de participantes asignados para terapia cognitiva	80
Cuadro IV	Resultado de los puntajes obtenidos según pre y pos-test de la Escala de Evitación y Malestar Social (SADS) aplicado al grupo de participantes asignados para terapia cognitiva	85
Cuadro V	Resultado de los puntajes obtenidos según pre y pos-test del Inventario de Autoestima de Rosenberg (RSES) aplicado al grupo de participantes asignados para terapia cognitiva	90

ÍNDICE DE FIGURAS

	Página
Gráfica 1 Edades de los participantes de la terapia cognitiva	78
Gráfica 2 Nivel de escolaridad de grupo de participantes de la terapia cognitiva	79
Gráfica 3 Resultado de los puntajes obtenidos según pre y pos-test de la Escala de Desesperanza de Beck	84
Gráfica 4 Resultado de los puntajes obtenidos según pre y pos-test de la Escala de Evitación y Malestar Social (SADS)	89
Gráfica 5 Resultado de los puntajes obtenidos según pre y pos-test del Inventario de Autoestima (RSES)	94

DEDICATORIA

Mis más grandes logros, los dedico a aquellas personas, quienes siempre me han brindado su apoyo incondicional en situaciones adversas, motivándome en momentos de dificultades o ayudándome a sobrellevar las incertezas. Este triunfo es para cada uno de ustedes.

AGRADECIMIENTO

**Agradezco a Dios, mi guía maravilloso, a mi familia por su comprensión De
manera muy especial a aquella amistad incondicional por influir en mi
positivamente con su fuerza emocional A todos ellos mil gracias**

EXTRACTO

Las conductas volátiles, la toma de riesgos desmedidos y sin control, el uso de la fuerza y la violencia, la falta de integración y pertenencia social son aspectos muy comunes en nuestra sociedad, pareciendo actualmente más pre-histórica que moderna y educada. Resulta mucho más lamentable cuando es persistente en jóvenes, una etapa del ciclo vital que debe ser de logros y no de pérdidas. Es por ello que se elaboró este proyecto de intervención psicológica con un estudio pre-experimental por control ejercido en la variable independiente y su incidencia causal en la variable dependiente, en donde se trabajó con un solo grupo experimental, conformado por una muestra de 10 sujetos adolescentes, reclusos en el Centro de Cumplimiento de Herrera, y que exhiben ciertos rasgos de conducta disocial, por los cuales actualmente están privados de libertad. Para ello se elaboró e implementó terapia cognitiva específica a las propias limitaciones del trastorno seleccionado, en donde se desarrolló en diez sesiones, aspectos básicos del proceso de reestructuración del pensamiento mediante el auto-análisis de situaciones y delimitación de consecuencias de actos, comprobando posteriormente mediante evaluación de pre-test el logro de los objetivos planteados con la reducción de la ansiedad social, cambio de actitud con resultados positivos basados en la creación de metas y objetivos reales así como mejora del autoconcepto.

SUMMARY

The volatile behavior, the risk is excessive and uncontrolled use of force and violence, lack of integration and social belonging are aspects in our society, it is now more premodern historical and educated. It is much more persistent sad when young, a life cycle stage should be no loss achievements. That is why this project was developed psychological intervention with one pre-experimental control exercised by the independent variable and its causal effect on the dependent variable, where he worked with one experimental group, consisting of a sample of 10 subjects adolescents, held at the fulfillment center Herrera, and exhibit features of dissocial behavior, which are currently in detention. This was developed and implemented specific cognitive therapy to the limitations of the condition selected, where the developed in 10 sessions of the restructuring process of thinking through self-analysis of situations and delimitation of consequences of acts, later by checking the test evaluation of the achieving the goals set with the social anxiety reduction, change of attitude with positive results, based on goal setting and realistic goals, and self improvement.

INTRODUCCIÓN

A lo largo de nuestra vida, debemos hacer frente a diversas etapas del ciclo vital, las cuales gradualmente comprometen nuestro desarrollo físico, social, emocional y psicológico.

Durante los primeros años, este desarrollo intra-psíquico depende exclusivamente de los aportes o experiencias que nos ofrezcan los individuos que están a nuestro cargo o cuidado, así como el ambiente positivo o negativo que refuerzan estas primeras experiencias.

En nuestras etapas de adultez o vejez, la forma de expresión y manejo propio, se establecen basados en los resultados de nuestras propias experiencias vividas y de las discriminaciones que podamos hacer de ellas como aprendizaje. Sin embargo, existe una etapa intermedia, en la cual no dependemos exclusivamente ni de los demás, ni de nosotros mismos, estamos en una edad en donde cuesta discriminar entre nuestras propias decisiones y la influencia del medio circundante, reconocido como la etapa de la adolescencia, término que denota ausencia, falta de o búsqueda de algo.

Las expresiones durante esta etapa, suelen ser variadas, desarrollando personalidades sumisas, extravertidas, dependientes, etc., pero, existe una en especial (la agresividad), que gradualmente ha ido en incremento limitando las capacidades de los jóvenes, creando una aversión hacia ellos, estigmatizándolos como difíciles, malos, intolerables e indeseables, criterios éstos, que lejos de contribuir a su mejoría, refuerzan la actitud aversiva y motivan el poco interés en el logro de metas definidas y socialmente aceptadas.

Muchas veces, esta actitud agresiva incorporada por los jóvenes, pasa de las palabras, a actos deplorables y crueles, siendo el núcleo central el desprecio y violación de los derechos de los demás, expresado en deshonestidad para obtener beneficio personal,

irresponsabilidad persistente y falta de remordimiento, impulsividad y agresividad que no son más que la expresión no adecuada del enojo o reproche hacia sí o hacia los demás

Conductas desadaptadas como la falta de interés, ausencia de metas factibles y reales, la ausencia del propio autocontrol, suelen ir en aumento a nivel mundial, y nuestro país no escapa de esta realidad, en donde las cifras de jóvenes privados de libertad por el desarrollo de actividades antisociales son mayores

Los centros de cumplimiento suelen cubrir por completo su capacidad, y aún más triste es el hecho de que lejos de ser una alternativa de mejora, la recurrencia de dichos jóvenes por diversos delitos es común en la mayoría de ellos, arrastrando consigo familias completas con ausencia de alternativas que promuevan la expresión social adecuada.

Las cifras de jóvenes sentenciados, la falta de personal profesional adecuado y las burocracias políticas, limitan en gran parte la implementación de proyectos, que lejos de tan solo castigar, procuren ofrecer las herramientas adecuadas para que en esta etapa de transiciones, se posea la capacidad de discernir y tomar las propias decisiones basadas en un pensamiento crítico y racional de causa-consecuencias

La presente investigación, expone los resultados obtenidos en la implementación de terapia cognitiva a un grupo de jóvenes reclusos en el Centro de Cumplimiento de Herrera, con ciertas características comunes (fracaso de adaptación social, deshonestidad e impulsividad), con el objetivo de promover capacidades de autocontrol y confianza, mejorar perspectivas de vida y crear proyectos útiles en cada uno de los participantes para sí y para la sociedad, garantizando individuos re-socializados,

**mediante la reestructuración de pensamientos y el auto-control de los impulsos
promoviendo el cumplimiento de reglas y normas**

CAPÍTULO I.
FUNDAMENTACIÓN
TEÓRICA

1. Aspectos generales de los trastornos de conducta

Los trastornos de conducta en general constituyen un constructo categorial, que aglomera una serie de síntomas referidos a patrones conductuales o estilos de comportamientos considerados "anormales" o "disfuncionales" por parte de un individuo

El tipo de conducta que expresan generalmente estos trastornos son aquellas denominadas conductas disruptivas, y reciben tal nombre debido a que su presencia implica la interrupción o desajuste en el desarrollo evolutivo de la niñez imposibilitándoles para crear y mantener relaciones sociales saludables, tanto con adultos, como con los miembros de su cohorte. El mundo social del niño/a, o bien se ve muy reducido debido al quiebre de los contactos sociales y por lo tanto deja de ser un ambiente nutricional para la personalidad del mismo, o bien recibe de él señales negativas acerca de su persona que minan su autoestima distorsionando la imagen de sí mismo y afirmando contenidos de identidad exógenos derivados del impacto de la estigmatización.

Otro tipo de conductas habitualmente presentes en los niños, niñas y jóvenes que sufren este tipo de trastornos son las denominadas conductas de carácter negativo o negativitas y que se relacionan a un tipo especial de comportamiento, que desafía los mandatos de los padres, madres o bien de otras personas mayores a quienes tendría que deberle respeto (Ejemplos: profesores, tíos, abuelos, etc.) El niño se comporta de manera insumisa y obstinada, efectuando acciones que buscan molestar a las figuras de autoridad. Este tipo de conductas generan muchas preocupaciones por parte de los padres/madres, debido a que

por un lado el comportamiento del niño o niña produce un desgaste significativo en la dinámica familiar, principalmente en la relación de pareja, y por otro que los actos rebeldes movilizan una serie de señales sociales negativas por parte de las demás personas con respecto a la creencia en que su conducta se debe al fracaso en la crianza por parte de los padres. Este efecto psicosocial de la conducta de niños y niñas se convierte en un estresor psicosocial para la familia a quien, además del problema del niño o niña, se le suma el aislamiento social.

Por último, otro tipo de comportamientos que aparecen con frecuencia en los trastornos conductuales son aquellos que encarnan una trasgresión a las normas sociales y que ponen al infante en un abierto conflicto con los estatutos normativos institucionales por un lado, y con los códigos residuales (implícitos) que fundan los vínculos sociales más íntimos, principalmente familiares. Este tipo de comportamientos son los que generalmente desencadenan las peores consecuencias, debido a que un niño/joven en conflicto con las normas sociales puede llegar a ser víctima de la acción institucional de los mecanismos de control social desencadenándose un proceso de institucionalización que terminaría afianzando las conductas perturbadoras del menor como formas cristalizadas en la personalidad.

2. Clasificación diagnóstica de los trastornos de conducta

Los trastornos de conducta forman parte de los trastornos que tienen su aparición durante la infancia y la adolescencia, y por lo tanto, el tipo de comportamientos que los niños/as presenten debe ser cotejado con los procesos concomitantes a

su desarrollo evolutivo. No hay que olvidar, que muchas conductas que se consideran inapropiadas en una determinada fase del desarrollo no lo son en otra fase. Por lo tanto el eje o parámetro para definir la adecuación o inadecuación de un determinado comportamiento debe ser la mirada desde el desarrollo evolutivo normal de los individuos "Los trastornos de comportamiento y trastornos emocionales, no son cualitativamente diferentes de los que muestra cualquier individuo en determinados momentos de su desarrollo" (Arias B 2000)

El trastorno disocial forma parte de lo que el DSM- IV-TR especifica como uno de los trastornos de aparición en la infancia y la adolescencia, encontrándose en el subgrupo de los trastornos de la conducta perturbadora junto con el TDAH (trastorno por déficit atencional con hiperactividad) y el trastorno negativista desafiante

Su principal rasgo constituye el ser un "un patrón de comportamiento persistente y repetitivo en el que se violan los derechos básicos de los otros o importantes normas sociales adecuadas a la edad del sujeto" (Manual DSM- IV-TR, 2000) Se trata por supuesto de desviaciones cualitativa y cuantitativamente más pronunciadas, que la simple "maldad infantil" o la "rebeldía adolescente" Por lo general, implica la participación consciente por parte del niño, niña o adolescente en actos que involucran un conflicto con la normativa social o con los códigos de convivencia implícitos en las relaciones en sociedad

Los tipos de comportamientos que se presentan en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR, 2000) pueden ser operacionalizados en cuatro categorías o agrupaciones

a) Comportamientos agresivos

Los niños/as o adolescentes con este trastorno suelen iniciar comportamientos agresivos y reaccionar agresivamente ante otros.

Pueden

- Desplegar un comportamiento fanfarrón, amenazador o intimidatorio
- Iniciar peleas físicas frecuentes
- Utilizar un arma que puede provocar daño físico grave
- Ser cruel físicamente con personas o animales
- Robar enfrentándose a una víctima
- Forzar a otro a una actividad sexual

b) Comportamientos no agresivos con daño a la propiedad privada

La destrucción deliberada de la propiedad de otras personas puede incluir

- Prender fuego deliberadamente con la intención de provocar daños graves o destruir deliberadamente la propiedad de otras personas de distintos modos

c) Fraudes o robos

Son frecuentes y pueden incluir:

- Violentar la casa o el automóvil de otra persona.

- A menudo mienten o rompen promesas, con el fin de obtener bienes o favores o evitar deudas u obligaciones
- Roban objetos de cierto valor sin enfrentamiento con la víctima.

d) Violaciones a las normas

Las violaciones graves a las normas son comunes ya sea escolar o familiar e incluyen:

- Permanecen en la calle en horas nocturnas antes de los 13 años a pesar de las prohibiciones de sus padres
- Fuga de casa durante la noche.
- Realización de novillos en la escuela con frecuencia, iniciándolos antes de los 13 años.

3. Características comunes del trastorno disocial

La presencia de un trastorno disocial implica un daño a la actividad normal del sujeto, esto se relaciona a lo que el DSM especifica como un deterioro clínicamente significativo en las actividades (escolares, sociales, laborales) del sujeto, situación que se convierte en el principal factor de reproducción de las conductas perturbadas de los sujetos. El mundo se va volviendo progresivamente más hostil y el infante o adolescente que padece un trastorno disocial va captando esas señales y las va incorporando. El ser "malo" o "mala" se construye socialmente y por lo general responde a una forma en que la persona busca defenderse de ese afuera que no lo considera o lo condena. Principalmente en los

niños/as las implicancias sociales de su conducta constituyen el vuelco de considerar el espacio social como una fuente nutritiva para su desarrollo, a representar todos los valores que lo niegan como ser humano, la no aceptación de su etiqueta de infrahumanidad lo induce a identificarse progresivamente con antivalores "contraculturales" en abierta oposición con los escolares-institucionales y familiares

El Trastorno Disocial tiene doble inicio; por un lado se encuentra aquella forma de trastorno que tiene su inicio en la infancia, subtipo inicio infantil, específicamente en la infancia media (5 - 6 años), para su diagnóstico se requiere que por lo menos una característica del trastorno esté presente antes de los 10 años. Por lo general es antecedido por el trastorno negativista desafiante. Aquí hablamos más bien de un continuo, que encuentra sus primeros contenidos de conducta en la oposición y desafío a las figuras paternas/maternas de autoridad y que una vez que se ingresa al sistema educativo se generaliza a otras figuras de autoridad y comienza a adquirir nuevos contenidos. El enfrentamiento con reglas exógenas a las familiares puede ser un duro golpe para un niño o niña, y muchas veces pueden aparecer conductas de tipo perturbadoras como protesta frente a los cambios drásticos del contexto, por lo general estas conductas declinan y deviene el proceso adaptativo. Sin embargo, en no pocos casos el niño o niña continúa sus protestas y actos de insumisión iniciando la escalada de conductas disruptivas y etiquetamientos sociales.

Por lo general el trastorno con inicio en la infancia implica niveles más elevados de agresividad, debido, seguramente, a que al ser el nivel de conciencia menor en el

caso de los niños y niñas respecto de las consecuencias y efectos sociales de su comportamiento, las conductas son incorporadas de manera menos elaborada como formas de comportamiento habitual. Frente al rechazo, el niño/a no sospecha que su conducta sea el objeto en cuestión, sino que todo él/ella en su integralidad, el o ella no cuestionan su conducta como conflictiva o negativa, ni buscan cambiarla, porque muchas veces no tienen conciencia de que es ésta la increpada y no su persona en su totalidad. El rechazo en el infante se vive de manera más totalizada, dañando su autoestima, su capacidad de entablar relaciones saludables con pares y adultos, de ser feliz con el contacto. Contrariamente, el rechazo al no suspender la conducta hostil y agresiva tiende a aumentarla, el niño o la niña combate el aislamiento y rechazo social con una mayor agresividad, la agresividad constituye una coraza que los van desmoronando por dentro. Estos niños o niñas son presa de un círculo vicioso que le cierran poco a poco los lazos con el mundo, y surge entonces otro mundo, el de la contracultura, donde encuentra comprensión, apoyo y valoración.

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

AGRESION + RECHAZO SOCIAL = CONDUCTA PERTURBADORA

Por lo general el Trastorno Disocial de apañción en la infancia se da más en varones. Cursa con mal pronóstico y en una gran parte de sus casos degenera en un trastorno antisocial de la personalidad.

Una segunda forma tiene su inicio en la denominada "primera adolescencia" subtipo de inicio en la adolescencia (11, 12 ó 13 años), su diagnóstico implica la

falta de presencia de cualquier característica del trastorno antes de los 10 años de edad y por lo general se le asocia a los cambios provocados por la pubertad. Una gran cantidad de las conductas que aparecen en esta etapa no difieren en demasía de las que muchos adolescentes mantienen en el camino hacia la búsqueda de su identidad, para la cual la oposición a las normas sociales constituye una prueba de los límites del individuo en la construcción y reafirmación de la personalidad. Muchas veces una conducta es enjuiciada de normal o anormal a esta edad en función de la tolerancia que presentan los padres o cuidadores para enfrentar estas conductas.

El subtipo de Trastorno Disocial de inicio en la adolescencia se caracteriza por tener un mejor pronóstico, lo cual puede deberse a que en muchos casos la oposición o disrupción no implica una cristalización interna de la conducta agresiva, sino más bien una extenORIZACIÓN de la agresividad presente en el o la joven. Por lo general se observa un mejor nivel de relaciones entre adolescentes. Esto es fundamental debido a que se configura como un elemento de mucha importancia en un pronóstico de remisión, en este sentido la posibilidad y facultad de mantener relaciones sociales implica un factor positivo dado que el/la joven no ha perdido esta facultad, sino más bien la ha movlizado hacia relaciones menos convenientes socialmente. Esto permitiría trabajar con la juventud en el área de las relaciones interpersonales. Bien podría no ser necesaria una intervención, en cuyo caso, el curso natural de los eventos posibilitaría a adolescentes reencontrarse con el desarrollo de normas de conductas fundadas en relaciones nutritivas.

En resumen, el subtipo de inicio en la adolescencia no tiene una diferenciación tan determinada entre hombres y mujeres, como en el subtipo de inicio en la infancia. Existen a su vez menos conductas de tipo agresiva y a su vez las conductas y el trastorno en sí es menos persistente, o sea tiende en gran medida a su remisión en la adultez.

**a) CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DEL TRASTORNO
DISOCIAL SEGÚN EL DSM IV TR Y EL CIE 10 (2000, 1994)**

Aunque de formato diferente, los criterios diagnósticos del DSM-IV y de la CIE 10 para el trastorno disocial resultan casi idénticos.

- **Criterios para el diagnóstico de F91.8 Trastorno Disocial
[312.xx]**

A Un patrón repetitivo y persistente de comportamiento en el que se violan los derechos básicos de otras personas o normas sociales importantes propias de la edad, manifestándose por la presencia de tres (o más) de los siguientes criterios durante los últimos 12 meses y por lo menos de un criterio durante los últimos 6 meses

Agresión a personas y animales

(1) a menudo fanfarronea, amenaza o intimida a otros

(2) a menudo inicia peleas físicas

(3) ha utilizado un arma que puede causar daño físico grave a otras personas (p. ej., bate, ladrillo, botella rota, navaja, pistola)

(4) ha manifestado crueldad física con personas

(5) ha manifestado crueldad física con animales.

(6) ha robado enfrentándose a la víctima (p. ej., ataque con violencia, arrebatar bolsos, extorsión, robo a mano armada)

(7) ha forzado a alguien a una actividad sexual

Destrucción de la propiedad

(8) ha provocado deliberadamente incendios con la intención de causar daños graves

(9) ha destruido deliberadamente propiedades de otras personas (distinto a provocar incendios)

Fraudes o robo

(10) ha violentado el hogar, la casa o el automóvil de otra persona.

(11) a menudo miente para obtener bienes o favores o para evitar obligaciones (esto es, << tima >> a otros)

(12) ha robado objetos de cierto valor sin enfrentamiento con la víctima (p. ej., robos en tiendas, pero sin allanamientos o destrozos, falsificaciones)

Violaciones graves de normas

(13) a menudo permanece fuera de casa de noche a pesar de las prohibiciones paternas, iniciando este comportamiento antes de los 13 años de edad

(14) se ha escapado de casa durante la noche por lo menos dos veces, viviendo en la casa de sus padres o en un hogar sustituto (o sólo una vez sin regresar durante un largo período de tiempo).

(15) suele hacer novillos en la escuela, iniciando esta práctica antes de los 13 años de edad

B El trastorno disocial provoca deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral

c. Si el individuo tiene 18 años o más, no cumple con criterios de trastorno antisocial de la personalidad

4. Prevalencia del trastorno disocial

Se apoya en los datos que hacen relevante la producción de un incremento durante las últimas décadas principalmente en los núcleos urbanos, lo cual puede estar relacionado al deterioro progresivo de la calidad de vida en las ciudades. Desde el surgimiento y auge de las ciudades durante fines del XVIII y comienzos

del XIX se ha producido un proceso de poblamiento incesante, debido a la migración de personas del campo a la ciudad, debido a las posibilidades laborales que brindaba el surgimiento de una naciente clase burguesa (de la ciudad) que demandaba mayor mano de obra y de servicios, etc. Durante el siglo XX el enclave estratégico de la ciudad fue adquiriendo características de sobresaturación, esto significó que se produjesen diferenciaciones socio-territoriales al interior de la ciudad de manera concéntrica en función de los sectores más poderosos y los terrenos más saludables, así los mejores territorios fueron ocupados por las personas ricas y el resto de los territorios fueron ocupados por las demás personas ubicándose a los alrededores en terrenos de menor calidad. Esta diferenciación se tradujo posteriormente en diferenciación en accesos a servicios, alimentación, educación, etc y es un proceso cuyas extensiones todavía se acomodan en nuestra sociedad. Existe una gran cantidad de gente excluida del acceso a los beneficios de la ciudad, hacinamiento, ruidos, etc. Todo esto se traduce en mayores niveles de estrés, difusión de límites familiares, culto al hedonismo debido a la hipervalorización de lo privado en desmedro de lo público, la sobreinformación, etc. hoy el torbellino que genera la vida moderna es abrumador y demanda muchas exigencias a las familias actuales, exigencias que muchas veces son imposibles de cumplir. (Manual DSM IV-TR, 2000)

Según el DSM - IV – TR, la prevalencia de los trastornos disociales alcanza desde un 1% hasta un 10%. Es bastante más frecuente en hombres que en mujeres, la proporción sería de más o menos 4:1, con datos relevantes que reflejan la

prevalencia estimada en varones de entre un 9 y un 16 %, y entre las mujeres sería de entre un 2 y un 9%. También es importante considerar la existencia de características diferenciadas en el tipo de conductas que muestran mujeres y hombres para establecer diferenciaciones de género en el fenotipo de estos comportamientos.

En los varones suelen presentarse comportamientos con un mayor grado de agresividad que en las mujeres, incurriendo frecuentemente en robos, peleas vandalismo y problemas de disciplina escolar. Pareciera ser que los contenidos de las conductas disociales son modulados socialmente, en tanto que la socialización de los roles de género cuenta con diferencias en la orientación de las actividades según los sexos (Manual DSM IV-TR, 2000). Se ha identificado en este sentido que los niños son orientados a tareas más activas que las mujeres, las que por el contrario son orientadas a actividades de carácter más pasivas. Esta tendencia ha tendido a disminuir en la medida en que se han debilitado las diferencias entre los roles de género en nuestra sociedad, y hoy día es cada vez más evidente la incursión de niñas en acciones más activas y en el caso de las niñas con Trastorno Disocial conductas con un mayor correlato de agresividad. Sin embargo, en la mayoría de los casos las niñas aún son socializadas en una pauta un tanto más pasiva que la de los niños varones, por lo que se explica la ausencia de conductas de agresividad abierta en las niñas con Trastorno Disocial. Sin embargo el nivel de "agresión" que existe en las conductas de las niñas no deja de ser elevado, pero con una forma de expresión más sutil, por ejemplo muchas niñas utilizan el rechazo social como forma de acción dañina hacia sus compañeras. El

nivel de violencia implícito en estas conductas es comparable con el daño de la agresión abierta expresada por los niños varones, o bien algunas veces puede llegar a ser peor. Otras conductas desarrolladas por las niñas pueden ser; mentiras, ausentismo escolar, consumo de tóxicos y prostitución (Manual DSM IV-TR, 2000)

Los niños están mucho más expuestos a ser víctimas o victimarios en acciones de violencia explícitas, por lo tanto es también mucho más notorio en el sistema institucional, a diferencia de las niñas que se ven envueltas en formas de agresiones disimuladas y sutiles que hacen más difícil aún detectar su presencia. Esta puede ser una variable importante a la hora de reflexionar en torno a la prevalencia de este trastorno. Algo sí es muy claro, este trastorno constituye uno de los más diagnosticados en los contextos de desarrollo infantil, por lo que constituyen una problemática de bastante interés en los investigadores y profesionales de la salud y la educación

5. Estudios según diversos investigadores (as)

Desde la antigüedad, se ha tratado de dar respuesta a las diversas alteraciones conductuales reconocidas en los individuos. Estudios, publicaciones, opiniones diversas, han sido bien documentadas con el objetivo de crear antecedentes que sostengan investigaciones futuras. En relación al tema estudiado, se citan los siguientes estudios

a) Según Farrington:

De acuerdo con Farrington (1995), la violencia comienza a aumentar a partir de los 12 años, y llega a su máximo nivel a los 17 años, para luego volver a disminuir a medida que los jóvenes crecen. La participación en infracciones y delitos violentos llega a su tope en la mitad de la adolescencia. Según el estudio realizado en los EE.UU. por Farrington, se observa una curva de aumento significativo de violencia durante la adolescencia. Esta curva se evidencia desde hace muchísimo tiempo.

b) Según Tremblay:

Un estudio publicado en Francia en 1833, citado por Tremblay (1996), mostraba que antes de los 16 años muy pocos niños cometían crímenes, pero había un gran número entre los 16 y los 21 años que sí lo hacían, a medida que crecían, el riesgo de involucrarse en este tipo de delitos disminuía. Esto se puede deber a factores individuales, que van desde el género, en el cual existe una mayor prevalencia en los hombres, a factores de aprendizaje social, a factores de crianza, relacionados con el maltrato infantil, a factores de antecedentes familiares de violencia. Asimismo, al realizar una aproximación adecuada a los orígenes de la conducta delincinencial y violenta se necesita estudiarla desde sus inicios en los niños y los adolescentes, y tratar de establecer su relación neurológica, neuropsicológica y de ajuste conductual temprano.

6. Síntomas asociados al trastorno disocial

Todos los trastornos registrados en el DSM o el CIE, presentan sintomatología de inclusión y exclusión que se asocian a la sintomatología principal y confirman nuestro diagnóstico y las limitaciones principales que pueden presentarse en el paciente. En el caso del trastorno disocial según el Manual DSM IV-TR, 2000, se incluyen:

a) Falta de empatía

En jóvenes que presentan este tipo de trastorno suele evidenciarse una falta de empatía, que en muchos casos se relaciona a una falta de conciencia con respecto a las dimensiones de las consecuencias que sus actos tienen en los demás. Tal vez es necesario indicar que esta falta de conciencia se relaciona menos con dificultades de tipo psicótico que con procesos del desarrollo evolutivo que no han tenido una maduración suficiente. En algunos casos los jóvenes experimentan distorsiones con respecto a las intenciones que proyectan en los demás a partir de sus acciones, o sea muchas veces el joven atribuye intenciones negativas a los actos de las otras personas que no necesariamente tienen esa intención, esto se debe principalmente a procesos de enseñanza-aprendizaje provenientes del plano familiar. En este caso existiría un aprendizaje de un determinado sistema de valores y creencias que le induciría a actuar con estereotipos negativos hacia los demás, lo cual podría encontrar su explicación en sistemas autoritarios de crianza o bien en pautas distorsionadas o abusivas. Es

necesario aquí también diferenciar este tipo de distorsión cognitiva aprendida, de las distorsiones típicas de trastornos del pensamiento y la conciencia. Este complejo sistema de creencias idiosincrásico tiene su base en las experiencias tempranas del niño o niña y actúa como paradigma justificativo de la violencia o la conducta agresiva, es decir, ante un sistema hostil frente a mí, actúo con hostilidad (hostilidad responsiva)

b) Falta de culpa

El niño, niña o joven no siente remordimientos por sus actos los cuales cuentan para sí con una justificación legítima, "le pegué porque me molestó" el evento no cobra más dimensiones que esas. En otras palabras, pareciera ser que además quien sufre un trastorno disocial actúa basándose en la ley de la totalidad, sin importar la intensidad del acto que molesta la respuesta es total e inmediata. En muchos casos el niño/a aprende a utilizar la culpa fingida para aminorar el castigo, esto se puede concebir como una culpa instrumental debido a que utiliza la emoción fingida para evitar o amortiguar el castigo. Otras veces acusan de sus actos a sus propios compañeros generando quebres a lealtades implícitas, utilizan la coerción para evitar que los delaten, o cualquier artimaña para no enfrentar el castigo.

c) Conflicto con la autoestima

Es especialmente relevante el conflicto con la autoestima a que se ve enfrentado el niño, la niña o el joven debido al aparato social-institucional que entrega señales negativas acerca de él. Un claro ejemplo es el fracaso académico que conlleva la etiqueta de "niño burro", o bien el rechazo en los juegos, las palabras hirientes del profesor, etc. La escalada de agresión es tributaria de la necesidad de defenderse frente a este mundo hostil que le rechaza.

d) Poca tolerancia a la frustración

Los niños y niñas con Trastorno Disocial, por lo general tienen poca tolerancia a la frustración, actúan de manera impulsiva y no suelen asumir internamente la responsabilidad de sus actos. En muchos casos el trastorno cursa con un aumento en la promiscuidad, sexualizando las conversaciones, instigando sexualmente a sus compañeros, etc.

e) Ideación suicida

En muchos niños, niñas y adolescentes con Trastorno Disocial cobra relevancia la presencia de la ideación suicida que está muy relacionada con el malestar concreto y real que sienten al ver como el mundo de sus relaciones sociales se aleja y le hacen sentir mal, el rechazo social, el aislamiento, la crisis familiar, el deterioro de la calidad de vida del

infante, son motivos bastante fuertes como para querer o bien pensar en la idea de la autodestrucción. Sienten que no hay lugar para ellos así en el mundo y precisamente esa es la señal que constantemente nosotros les enviamos

7. Consecuencias de los síntomas negativos en el desarrollo social de la personalidad

Una de las consecuencias más temibles para el desarrollo del niño/a la constituye el alejamiento del sistema escolar. Esta deserción escolar constituye un signo trágico en la vida del adolescente, debido a que este alejamiento constituye el primer paso hacia los valores contraculturales. La marginalidad del sistema social integrado produce estrategias alternativas de socialización, y de autovaloración, que por lo general se ubican en aquellas culturas que se engenan en la periferia del sistema.

Muchas niñas comienzan a mantener relaciones sexuales a temprana edad, o bien comienzan a descubrir, primero por desafío a las reglas después por necesidad, que pueden obtener un beneficio económico de esto. La prostitución es una consecuencia bastante común en niñas que sufren este tipo de trastornos con la consecuencia secundaria, pero no menos importante, del embarazo adolescente. Las niñas que deciden quedarse con sus hijos difícilmente logran darle algún bienestar, otras los abandonan condenándolos a una vida institucionalizada y muchas veces precaria (Manual DSM IV-TR, 2000)

Una gran cantidad de casos degeneran en trastornos por abusos de sustancias o en conflictos serios con la justicia, esto desencadena la acción judicial de las instituciones pertinentes, desarrollándose un proceso denominado proceso de inadaptación social. Existe una apropiación subjetiva del "título" de delincuente, en este caso la categoría o cuerpo conceptual de "judicial" encarna en un sujeto que asume esta categoría como una señal interna de identidad. Este es un proceso irreversible y por lo tanto el camino final hacia una vida destinada a la antisocialidad (Valverde, 1996)

8. Factores de riesgo o predisposición para el trastorno disocial (Manual DSM IV-TR, 2000).

a) Familias desestructuradas

Muchas veces la falta de precisión en la definición de los límites al interior de la familia genera confusiones en la adquisición de valores en infantes y en su desarrollo moral. El fracaso en las pautas de crianza familiares que no logran imponer límites a la conducta de los niños /as puede generar choques de gran intensidad entre el corpus normativo familiar y el corpus normativo escolar, lo que se puede traducir en una niña o niño desorientado y confundido en función del cómo actuar adecuadamente. Las señales contradictorias son resueltas de la forma menos compleja (la insumisión) aunque el costo de esta decisión pueda traer consecuencias devastadoras.

b) Incompetencias parentales

Es indudable que el estilo de enseñanza de los padres y madres es fundamental en la adquisición de patrones comportamentales en niños y niñas. Así, ordenes claras y consistentes permitirán al niño/a el tener una noción coherente de lo que le piden. El tratar de respetar los castigos, la no contradicción por parte de los padres, el reforzamiento positivo y negativo en las situaciones oportunas en que sean necesarias, son todas acciones que pueden favorecer el surgimiento de formas conductuales adaptativa en infantes. Por supuesto la falta de estas garantías genera conductas distorsionadas y no adaptativas en los diferentes contextos en los que el niño y la niña se desenvuelve

c) Carencia de vigilancia

Se entiende esta como la falta de control con respecto a la situación en la que el niño o niña se encuentra, por ejemplo: saber con quién está, dónde está, qué está haciendo, etc. Sin la posibilidad de saber responder a estas preguntas es muy complejo tratar de detectar cuáles son las variables que están perjudicando el desarrollo del niño/a.

Muchas veces el seguimiento del niño o niña no es posible, porque ha sido una estrategia que ha producido quebrones y por lo tanto se percibe el alejamiento con padres y madres como una situación inevitable; otras veces el alcoholismo o algunas enfermedades mentales, no les faculta

para poder desarrollar este proceso de control, o bien los padres y madres se encuentran muy enfrascados en su situación de pareja (ej conflictos matrimoniales) y no le prestan la suficiente atención a los procesos del niño/a, etc

9. Diagnóstico diferencial (Manual DSM IV-TR, 2000).

a) Trastorno negativista desafiante

Si bien es cierto el Trastorno Disocial comparte varias características con este trastorno, en éste no se incluye el patrón persistente de agresión, ni violación de los derechos básicos de los demás. En el caso de que se cumplan las características para el diagnóstico de ambos trastornos se debe diagnosticar Trastorno Disocial.

b) Trastorno por déficit atencional con hiperactividad (TDAH)

Este trastorno involucra la presencia de un comportamiento hiperactivo que puede ser perturbador, sin embargo, no suele violar las normas propias de la edad. En caso de que se cumplan los criterios para ambos trastornos se deben diagnosticar ambos

c) Trastorno del estado de ánimo

Es muy probable que, o bien los Trastornos del Estado de Ánimo constituyan un correlato de la presencia de un Trastorno Disocial o viceversa, que los trastornos de conducta se deriven de un trastorno del estado de ánimo de base. Ante la presencia del cumplimiento de ambos, se deben diagnosticar los dos.

d) Trastorno antisocial de la personalidad

Este trastorno puede presentar conductas muy similares y por lo general es el curso normal de los trastornos disociales. Sólo se diagnostica después de cumplido los 18 años, en cambio el Trastorno Disocial rara vez comienza después de los 16 años.

10. Centros de rehabilitación de trastornos disociales en Panamá

Los Centros de Cumplimiento son instituciones gubernamentales creadas en un principio, como simples lugares de resguardo de privación de jóvenes menores de 18 años de edad, en detención administrativa, debido a la infracción de alguna ley, por la realización de un delito. Actualmente, en Panamá existen 3 Centros de cumplimiento, los cuales incluyen

- Centro Vocacional Basilio Lakas, ubicado en la provincia de Colón.
- Centro de Cumplimiento de Tocumen, ubicado en la ciudad de Panamá

- **Centro de Custodia y Cumplimiento de Chitré, ubicado en la provincia de Herrera**

Cada uno de ellos, posee el objetivo principal, la re-socialización de estos jóvenes, mediante el cumplimiento de sus condenas, y la implementación de actividades de desarrollo personal como lo son crecimiento personal, manejo de conflictos, mejora del nivel educativo, apoyo de familiares, entre otros.

a) Identidad

Constituida bajo la base de los siguientes cimientos.

➤ Visión

Institución comprometida con la reorientación del menor infractor, que busca lograr un cambio de conducta para devolverlo a la familia y a la sociedad como un ente productivo

➤ Misión

Facilitar programas que garanticen el tratamiento adecuado de los jóvenes infractores dentro del marco de los derechos humanos universales y la responsabilidad penal del adolescente con la participación de sus familiares y de la sociedad.

b) Centro de cumplimiento de Herrera

El Centro de Custodia y Cumplimiento de Herrera, inicia sus funciones en octubre de 1994, bajo la dirección del Órgano Judicial. Las bases de estos centros se contemplan en la ley No 3 del 17 de mayo de 1994, mediante la cual se aprueba el Código de la Familia que en su artículo 485 regula los derechos y garantías del menor.

El 26 de agosto de 1999, se aprueba la ley 40 que crea el régimen especial de responsabilidad penal para la adolescencia, en la que se establecen los programas que deben implementarse en busca de alternativas educativas y re-socializadas. Es el Ministerio de Educación el ente que proporciona el programa educativo, iniciándose en esta institución en el año 2000 (datos proporcionados por la propia institución).

CAPÍTULO II.
TRATAMIENTO
COGNITIVO

1. La Terapia Cognitiva de Aron T. Beck

Aaron T. Beck inicia el desarrollo de la que denominó "Terapia Cognitiva" a principio de la década de los sesenta (1962) en la Universidad de Pennsylvania, como una psicoterapia para la depresión, breve y orientada al presente y destinado a resolver problemas actuales y a modificar el pensamiento y las conductas disfuncionales (Beck, 1964). A partir de ese momento, tanto Beck como otros profesionales adaptaron exitosamente esta terapia para su aplicación para un conjunto exitosamente amplio de trastornos psiquiátricos y a distintas poblaciones. Estas adaptaciones han modificado el objetivo, la tecnología y la duración del tratamiento, pero los postulados teóricos han permanecido sin cambios. El modelo cognitivo propone que todas las perturbaciones psicológicas tienen en común una distorsión del pensamiento, que influye en el estado de ánimo y en la conducta de los pacientes. Una evaluación realista y la consiguiente modificación del pensamiento producen una mejoría en esos estados de ánimo y comportamientos. Esta mejoría permanente resulta de la modificación de las creencias disfuncionales subyacentes.

Otros importantes teóricos han desarrollado diversas formas de terapia cognitivo-conductual, como la terapia racional-emotiva de Albert Ellis, la modificación cognitivo-conductual de Donald Meichenbaum y la terapia Multimodal de Arnold Lazarus.

La terapia cognitiva ha sido ampliamente evaluada a partir de 1977, cuando se publicó el primer estudio de resultados (Rush, Beck, Kovacs y Hollon, 1977).

La terapia cognitiva se aplica actualmente en todo el mundo, ya sea como tratamiento único o junto con otros, para abordaje de otros trastornos, tales como el obsesivo-compulsivo (Salkovskis y Kirk, 1989), el de estrés post-traumático, de personalidad (Layden, Neuman, Freeman y Morse, 1993), entre otras

2. Conceptos básicos del modelo cognitivo

La terapia Cognitiva está basada en el modelo cognitivo que postula que las emociones y conductas de las personas están influidas por su percepción de los eventos. No es una situación en sí misma la que determina lo que una persona siente, sino más bien la forma en que ella interpreta la situación (Ellis, 1962, Beck, 1964) Por lo tanto la forma en que se sienten las personas está asociada a la forma en que interpretan y piensan sobre una situación. (Beck, J , 1995, Cognitive Therapy Basics and Beyond, p. 14).

“La Psicoterapia Cognitiva destaca que lo que las personas piensan y perciben sobre sí mismos, su mundo y el futuro es relevante e importante y tiene efecto directo en cómo se sienten y actúan” (Dattilio & Radesky, 1990, Cognitive Therapy with Couples, p. 6) En otras palabras, las terapias cognitivas se basan en los siguientes supuestos básicos

- Las personas no son simples receptores de los estímulos ambientales, sino que construyen activamente su “realidad”.
- La cognición es mediadora entre los estímulos y las respuestas (cognitivas, emotivas o conductuales)

- **Las personas pueden acceder a sus contenidos cognitivos**

La modificación del procesamiento cognitivo de la información (sistemas de atribución, creencias, esquemas, etc.) es central en el proceso de cambio

En cuanto a su estilo las terapias cognitivas enfatizan

- **La importancia de la alianza terapéutica y la colaboración y participación activa del paciente en el proceso**
- **Un enfoque orientado al problema y los objetivos**
- **El carácter educativo (o reeducativo) del proceso, capacitando al paciente para enfrentar por sí mismo futuras situaciones de manera más saludable y funcional**

a) Principios básicos

Aunque la terapia debe planearse a medida para cada individuo, de todos modos existen ciertos principios que subyacen en toda la aplicación de la terapia cognitiva (Beck, 1976).

- 1 La terapia cognitiva se fundamenta en una formulación dinámica del paciente y sus problemas planteada en términos cognitivos.**
- 2 La terapia cognitiva requiere de una sólida alianza terapéutica**
- 3 La terapia cognitiva enfatiza la colaboración y la participación activa**

- 4 La terapia cognitiva está orientada hacia objetivos y centrada en problemas determinados
- 5 La terapia cognitiva inicialmente destaca el presente
- 6 La terapia cognitiva es educativa, tiene por objeto enseñar al paciente a ser su propio terapeuta y pone énfasis en la prevención de las recaídas
- 7 La terapia cognitiva tiende a ser limitada en el tiempo
8. Las sesiones de terapia cognitiva son estructuradas
- 9 La terapia cognitiva ayuda a los pacientes a identificar y a evaluar sus pensamientos y comportamientos disfuncionales y a actuar en consecuencia
- 10 La terapia cognitiva se sirve de una variedad de técnicas para cambiar el pensamiento, el estado de ánimo y la conducta

Estos principios básicos se aplican a todos los pacientes. Sin embargo la terapia varía considerablemente según los casos, la índole de las dificultades, los objetivos, la capacidad del paciente para establecer vínculo terapéutico sólido, su motivación para el cambio, su experiencia previa en terapia y sus preferencias. El énfasis que se da al tratamiento depende del trastorno particular.

b) El sistema cognitivo

Se parte de la concepción de la mente como un sistema que genera o construye significados de su experiencia a través de reglas de abstracción. Esas reglas de abstracción generan a su vez una serie de patrones clasificatorios de las experiencias. Es decir, el sistema mental

(cognitivo) tiende a la búsqueda del orden, a clasificar y dar significado a la experiencia. Esto supone un sesgo "continuo" a la búsqueda de ciertas conclusiones, una forma de repetir el mismo esquema de conocimiento o significado a pesar de la variabilidad de la experiencia. Basado en lo anterior, se establece el siguiente esquema mental

Siendo "S" el estímulo o situación, "P" es el sistema y procesamiento cognitivo (pensamientos) y "R" la respuesta o reacción. El modelo se representa por la relación $S \rightarrow P \rightarrow R$

Se supone que este proceso es tácito o inconsciente, y supone una búsqueda del "orden y la coherencia" entre lo conocido y la nueva experiencia. Esto se llevaría a cabo mediante un mecanismo de retroalimentación positiva ("feedforward") donde continuamente el esquema cognitivo selecciona la información para confirmar los patrones de clasificación previos. Nuestra mente tendría una tendencia natural a "proyectar" lo conocido sobre la nueva experiencia.

Por otro lado, existiría a un nivel más explícito o consciente, procesos que permitirían buscar los contrastes o diferencias entre las experiencias, la percepción de discrepancias. Esto se llevaría a cabo mediante un mecanismo de retroalimentación negativa (feedback). Se supone también que los niveles de conocimiento tácitos (inconscientes) y explícitos (conscientes) interactúan, pero otorgando un papel más preponderante al nivel tácito. Este proceso estaría regulado, como ya ha

quedado expuesto, por la búsqueda de la coherencia y la percepción de discrepancias

Para Liotti, (1985) y otros, las terapias cognitivas tradicionales se han centrado exclusivamente en el sistema o nivel explícito, trabajando con métodos excesivamente racionales, y no teniendo en cuenta las formas de conocimiento pre-racionales del nivel tácito

El organismo trata la información (estímulos) en función de los esquemas. Los esquemas son inconscientes, situados en la memoria a largo plazo, y funcionan automáticamente. Contienen conocimiento adquirido sobre el mundo organizado en constelaciones de información. Pueden ser activados por emociones que son análogas a las que en su momento organizaron tales constelaciones o patrones. También, regulan, igualmente los comportamientos lo conforman (asimilación de la realidad al esquema) o lo modifican (acomodación del esquema a la realidad)

Asimilación y acomodación representan dos procesos cognitivos que permiten pasar de las estructuras profundas que son los esquemas a las estructuras superficiales que representan los eventos cognitivos (pensamientos, imágenes ..). Las reacciones pueden ser emotivas, conductuales o fisiológicas. Los pensamientos automáticos son pensamientos evaluativos, rápidos y breves que no suelen ser el resultado de una deliberación o razonamiento, sino más bien parece brotar automáticamente. Estos pensamientos pueden tener forma verbal ("lo que me estoy diciendo a mí mismo") y/o visual (imágenes)

Los pensamientos automáticos surgen de las creencias. Estas creencias son ideas que son tomadas por la persona como verdades absolutas.

Las creencias más centrales o creencias nucleares son interpretaciones tan fundamentales y profundas, que las personas frecuentemente no las expresan ni aún a sí mismas, no tienen clara conciencia de ellas. Estas creencias nucleares desarrolladas desde la infancia consisten en definiciones, evaluaciones o interpretaciones de sí mismos, de las otras personas y de su mundo.

Las creencias nucleares representan el nivel más profundo, fundamental, rígido y global de interpretación, que influye en los otros niveles. Los pensamientos automáticos o palabras e imágenes que están en nuestra mente son relativos a las situaciones y representan el nivel más superficial de cogniciones. Entre ambos niveles están las denominadas creencias intermedias, influidas por las nucleares (e influyentes sobre los pensamientos automáticos).

Las creencias intermedias están constituidas por reglas (normas), actitudes y supuestos.

c) Las distorsiones cognitivas

Los pacientes tienden a cometer persistentes errores en su forma de pensar. Con frecuencia se observa un desvío negativo sistemático en la forma de procesar el conocimiento en los pacientes que padecen un trastorno psicológico.

Las distorsiones cognitivas o formas no válidas de razonamientos más frecuentes que menciona la literatura de esta corriente incluyen

- **Pensamiento de tipo “todo o nada” (también llamado blanco y negro, polarizado o dicotómico):** la situación se ve en sólo dos categorías en lugar de considerar toda una gama de posibilidades.
- **Pensamiento catastrófico (también llamado adivinación del futuro):** se predice el futuro negativamente, sin tener en cuenta otras posibilidades.
- **Descalificar o dejar de lado lo positivo** se considera de una manera poco razonable, que las experiencias, los logros o cualidades no valen nada.
- **Razonamiento emocional.** se piensa que algo tiene que ser real porque uno lo “siente” (en realidad lo cree tan firmemente que ignora o deja de lado la evidencia de lo contrario).
- **Catalogar:** se coloca a sí mismo o a los demás una etiqueta global, sin tener en cuenta que todas las evidencias llevan a conclusiones menos desastrosas.
- **Magnificar/minimizar:** cuando se evalúa a sí mismo, a otra persona o considera una situación, magnifica enormemente lo negativo y/o minimiza en gran medida lo positivo.
- **Filtro mental (también denominado abstracción selectiva):** se presta mucha atención a un detalle negativo, en lugar de tener en cuenta el cuadro completo.

- Leer la mente: se cree que se sabe lo que los demás están pensando y no es capaz de tener en cuenta otras posibilidades.
- Sobregeneralización: se llega a una conclusión negativa que va mucho más allá de lo que sugiere la situación.
- Personalización: se cree que los otros tienen una actitud negativa dirigida hacia sí, sin tener en cuenta otras posibles explicaciones de los comportamientos.
- Afirmación de tipo "debo" y "tengo" (también llamadas interpretativos): existe una idea precisa y rígida respecto del comportamiento que hay que observar y sobreestima lo negativo del hecho de no cumplir con estas expectativas.
- Visión en forma de túnel: solo se ven aspectos negativos de una situación.

3. Fases generales del proceso terapéutico

Para Beck , el proceso de terapia cognitiva supone recorrer tres etapas diferenciadas:

1. Primera etapa: conceptualización del proceso y observación. Su finalidad es entrenar al paciente para ser un mejor observador de su conducta mediante:
 - a) Redefinición del problema presente: en términos de relación pensamiento-afecto-conducta.
 - b) Reconceptualización del proceso de intervención.

- **Modificación de los círculos viciosos que mantienen el problema**
 - **Disminución de la vulnerabilidad del sujeto a ciertas situaciones y recaídas**
 - c) **Recogida de datos y autoobservación.**
 - **Conceptualización de los problemas cognitivamente**
 - **Definición de etapas y objetivos graduales de intervención.**
 - **Elección de un problema para la autoobservación. explicación de autoregistros**
- 2 Segunda etapa generación de alternativas. La finalidad es ayudar al paciente a desarrollar pensamientos y conductas alternativas adaptativas incompatibles con los círculos viciosos anteriores y problemáticos. Sus medios incluyen:**
- a) **Cambios de conductas manifiestas técnicas conductuales y cognitivas**
 - b) **Cambio de la actividad autorreguladora (pensamientos y emociones): técnicas conductuales y cognitivas**
 - c) **Cambio de estructuras cognitivas o creencias tácitas sobre el sí mismo y el mundo: técnicas conductuales y cognitivas.**
- 3 Tercera etapa: mantenimiento. Generalización y prevención de recaídas. Su finalidad es consolidar, mantener y generalizar los cambios logrados y disminuir la probabilidad de recaídas. Sus medios incluyen:**
- a) **Atribución de logros terapéuticos al trabajo del paciente, sobre la base de sus tareas para casa (atribución interna de los cambios).**

- b) Identificación con antelación de situaciones de alto futuro y desarrollo de habilidades preventivas de tipo cognitivo-conductual.

4. Estrategias cognitivas grupales

La terapia cognitiva se ha utilizado como estrategia grupal por diversos motivos, entre ellos, mayor aprovechamiento del recurso idóneo y la ampliación de la cobertura de los mismos, considerando una similitud en la sintomatología de quién acude a recibir atención terapéutica, siempre y cuando cumpla con algunas características específicas tales como (Beck, 2000).

- Psicopatología homogénea, preferentemente, ya que se trata de modificar distorsiones y supuestos cognitivos similares
- Formatos por un grupo de 5 a 10 sujetos, siendo 9 lo ideal.
- Duración media de las sesiones comprendidas de 2 horas
- Sesiones semanales

A pesar de que el desarrollo de la terapia se realice de forma grupal, el nivel de trabajo en las sesiones se hace muy personal, basado en las propias experiencias, interés y capacidad de razonamiento de cada individuo, pero suele categorizar bajo los siguientes criterios:

- Trabajo individual: se seleccionan 3 problemas de 3 pacientes y se les dedica unos 20 minutos a cada paciente, el resto del grupo escucha, a menos que el terapeuta pida su intervención

- **Trabajo de rondas:** se revisan progresos, autoregistros individuales, tareas para casa. Se les solicita que seleccionen 1 ó 2 situaciones para analizar su afrontamiento.

La estructura básica de estas sesiones se compone de 3 fases:

- **Introducción de elementos conceptuales y prácticos de la terapia, de modo progresivo:**
 - ✓ Técnicas cognitivas
 - ✓ Técnicas conductuales
- **Revisión de tareas:**
 - ✓ Trabajo por rondas
 - ✓ Trabajo individual
- **Resumen y programación de tareas:**
 - ✓ Tareas individuales
 - ✓ Tareas grupales (comunes)

CAPÍTULO III.

ASPECTOS

METODOLÓGICOS

1. Planteamiento del problema

La modernización ha permitido, y muchas veces promovido, un cambio radical en la concepción del tratamiento psicológico de muchas patologías. Hoy más que nunca, se puede percibir las limitaciones de muchos de los enfoques y corrientes, basadas en los propios resultados obtenidos, creando la necesidad de realizar algunas adecuaciones según las necesidades más persistentes. Son innumerables las sugerencias terapéuticas que tratan de resolver las alteraciones conductuales de personalidad en este caso el trastorno disocial, que no sólo afectan al propio individuo, sino también a su entorno social. Para ello se han propuesto las siguientes interrogantes de investigación, que tratan de satisfacer las dudas originadas en base a la efectividad de un programa terapéutico, puesto en marcha para mejorar dificultades disociales.

- ¿Qué efecto ejerce la aplicación de la terapia cognitiva en la reducción de rasgos disociales (ansiedad social y baja autoestima), en un grupo de jóvenes reclusos en el Centro de Cumplimiento de Herrera?
- ¿Cómo influye la aplicación de terapia cognitiva, en la implementación de proyectos de vida, realistas y socialmente aceptables, en un grupo de jóvenes reclusos en el Centro de Cumplimiento de Herrera?

2. Justificación

Las conductas volátiles, la toma de riesgos desmedidos y sin control, el uso de la fuerza y la violencia, la falta de integración y pertenencia social son aspectos muy comunes en nuestra sociedad, pareciendo actualmente más pre-histórica que moderna y educada. Resulta mucho más lamentable cuando es persistente en jóvenes, una etapa del ciclo vital que debe ser de logros y no de pérdidas. Es por ello que se elaboró este proyecto de intervención psicológica dirigido a jóvenes adolescentes reclusos en el Centro de Cumplimiento de Herrera, y que exhiben ciertos rasgos de conducta disocial, por los cuales actualmente están privados de libertad. Para ello se propone la implementación de terapia cognitiva adecuada a las propias limitaciones del trastorno seleccionado, en donde se desarrollan aspectos básicos del proceso de reestructuración cognitiva mediante el auto-análisis de situaciones y delimitación de consecuencias de actos promoviendo un cambio de actitud con resultados positivos basadas en la creación de metas y objetivos reales.

3. Planteamiento de objetivos

Objetivos Generales

- **Analizar la efectividad de la implementación de abordaje cognitivo en un grupo de adolescentes con rasgos de personalidad disocial, reclusos en el Centro de Cumplimiento de menores de Herrera**
- **Establecer vínculos entre la falta de autocontrol y consecuencias presentes, así como el abordaje cognitivo y creación de metas realistas**

Objetivos Específicos:

- **Valorar principales conflictos en sus diversos roles: personal, social, familiar, laboral, etc**
- **Indagar sobre expectativas y grado de motivación del paciente en referencia al desarrollo de la terapia y efectividad de la misma**
- **Detectar y modificar pensamientos automáticos**
- **Modificar pensamiento dicotómico**
- **Analizar validez socio-cultural de las creencias**
- **Facilitar la comprensión y reestructuración de esquemas.**
- **Modificar distorsiones cognitivas, mediante una mejor capacidad de análisis de información**
- **Evaluar la efectividad de las intervenciones**

4. Población y muestra

La población estaba integrada por todos los adolescentes de ambos sexos, reclusos en el Centro de Cumplimiento de Herrera, que cumplen con los criterios de Trastorno Disocial de la Personalidad. Se eligió una muestra homogénea, las cuales cumplieren con ciertos criterios de inclusión como lo fueron:

- **Edades comprendidas entre 16 y 18 años**
- **Características comunes de trastorno disocial presentes en pruebas de personalidad (ausencia de metas, conflictos frecuentes, dificultades para**

cumplir responsabilidades, falta de conciencia social, desarrollo de mentiras, conducta arriesgada, falta de interés por bienestar social, conducta socialmente desadaptada).

- Sexo masculino
- Reclusión en el Centro de Cumplimiento de Herrera por privación de la libertad por haber cometido un delito

5. Diseño de investigación

Se eligió diseño de estudio pre-experimental pre-test, post-test de un solo grupo (Campbell y Stantey, 2001) (0x0), por control ejercido en la variable independiente y su incidencia causal en la variable dependiente, en donde se trabajó con un solo grupo, conformado por una muestra de 10 sujetos adolescentes, reclusos en el Centro de Cumplimiento de Herrera Según la modalidad seleccionada, se realizaron mediante un registro (pre-test), las características más sobresalientes a evaluar (fracaso de adaptación social, deshonestidad, impulsividad, incapacidad para planificar el futuro, irritabilidad y agresividad, despreocupación, irresponsabilidad o falta de remordimientos, implementación de proyectos de vidas realistas y socialmente aceptables, pobre autopercepción). Posteriormente, se introdujo la variable independiente (en este caso la implementación de la terapia cognitiva) y luego de dicha intervención se volvió a registrar el estado de las variables dependientes (post-test).

6. Formulación de hipótesis

a) Hipótesis de trabajo

- La implementación de abordaje cognitivo mejora la autopercepción y creación e implementación de proyectos de vida realista y socialmente aceptable en grupo de jóvenes reclusos en el Centro de Cumplimiento de Herrera
- La implementación de abordaje cognitivo reduce la presencia de rasgos disociales (fracaso de adaptación social, deshonestidad, impulsividad, incapacidad para planificar el futuro, irritabilidad y agresividad, despreocupación, irresponsabilidad o falta de remordimientos) en grupo de jóvenes reclusos en el Centro de Cumplimiento de Herrera.

b) Hipótesis nula

- La autopercepción y creación e implementación de proyectos de vida realista y socialmente aceptable en grupo de jóvenes reclusos en el Centro de Cumplimiento de Herrera es semejante antes y luego de la implementación del abordaje Cognitivo
- La presencia de rasgos disociales (fracaso de adaptación social, deshonestidad, impulsividad, incapacidad para planificar el futuro, irritabilidad y agresividad, despreocupación, irresponsabilidad o falta de remordimientos) en grupo de jóvenes reclusos en el Centro de

Cumplimiento de Herrera se mantiene igual luego de la implementación de abordaje Cognitivo

7. Instrumentos de medición

Según las necesidades de la investigación, como instrumentos de evaluación y medición, se seleccionaron los siguientes

➤ El Personality Diagnostic Questionnaire

Está diseñado para identificar los trastornos de personalidad de forma precisa. En su última versión (PDQ-4+) combina la rapidez y comodidad con el uso de un cuestionario autoadministrado con el control del efecto de la sintomatología de estado de una entrevista. Este instrumento pone de manifiesto sus propiedades psicométricas. Posee consistencia interna aceptable. El cuestionario del PDQ-4+ es un buen instrumento de cribaje a nivel clínico, mejorando hasta comportarse como una buena herramienta diagnóstica siguiendo criterios DSM-IV cuando se administra la escala de significación clínica. El objetivo es reconocer en los participantes las características de conducta socialmente no aceptadas más sobresalientes, que limitan el desarrollo individual y colectivo, de modo tal que crease las bases de comparación para valorar la efectividad de las intervenciones. Consta de 97 preguntas de respuesta cerrada de V o F, y dos de respuestas múltiples. Cada una de ellas hace referencia a ciertas actitudes, conductas, pensamientos o experiencias comunes que enmarcan cierto tipo de trastorno de personalidad. Además de esta técnica de

autoaplicación, se apoyará con observaciones simples y entrevistas personales. (Ver anexo 2)

➤ **Escala de Desesperanza de Beck adaptación (Mikulic, I. M. 1998):**

Diseñada para evaluar el pesimismo en los pacientes psiquiátricos con riesgo de suicidio, pero a posteriori se utilizó con poblaciones normales de adultos y adolescentes (Greene, 1981; Johnson y Mc Cutcheon, 1981).

La Desesperanza es un constructo psicológico que ha sido tomado en cuenta al momento de definir una serie de desórdenes mentales. Construida a partir de enunciados pesimistas sobre el futuro que fueron seleccionados de las descripciones realizadas por pacientes psiquiátricos sobre pensamientos desesperanzados. Estas afirmaciones se seleccionaron para reflejar un amplio espectro de actitudes negativas acerca del futuro que los pacientes mencionaban frecuentemente. La misma está compuesta por 20 proposiciones definibles por verdadero o falso que evalúan el alcance de las expectativas negativas referidas al futuro inmediato y a largo plazo. La evaluación se realiza con una clave de corrección que permite sumar los puntos de coincidencia con el protocolo que reciben un punto. Las respuestas que no son contestadas o que son contestadas en ambos sentidos reciben un puntaje 0 y la sumatoria de los puntajes brutos puede oscilar entre 0 y 20. (Ver anexo 3)

Para la evaluación de los resultados se utilizó el siguiente esquema de conversión (Mikulic, 1998)

Puntaje Obtenido	Puntaje transformado	Indicadores
0	39	Mínimo
1	42	
2	44	
3	47	
4	50	Leve
5	53	
6	55	
7	58	
8	61	
9	64	Moderado-alto
10	66	
11	69	
12	72	
13	78	Severo
14 ó mas	82	

- **Escala de Evitación y Malestar Social (SADS):** creada por Watson y Friend en base a una población de estudiantes. El objetivo fue evaluar los pensamientos y la evitación presentados en los fórbicos sociales en las situaciones de interacción social. Utilizadas comúnmente para evaluar el nivel de ansiedad social. Consta de 28 preguntas puntuables entre 0 y 1, siendo por tanto las puntuaciones mínima y máxima posibles de 0 y 28 respectivamente. (Ver anexo 4)

A continuación se presentan los resultados descritos en la segunda publicación realizada, los cuales nos muestran datos paramétricos de desviación estándar

Resultados

Grupo normal	Ansiedad social específica	Ansiedad social generalizada	Otras psicopatologías
7,56 (± 4,25)	13,36 (± 4,39)	16,97 (± 5,36)	9,58 (± 4,43)

La forma de interpretar la puntuación obtenida al completar el cuestionario consiste en compararla con la desviación estándar citada. Si el resultado obtenido es similar o superior a las medias obtenidas por esas poblaciones estaríamos frente a un caso de elevada evitación y malestar social, mientras que si, por el contrario, el resultado es similar o inferior, nos encontraríamos frente a un caso de reducida evitación y malestar social.

- **Inventario de Autoestima de Rosenberg:** diseñado para evaluar la consideración positiva o negativa de uno mismo, siendo en castellano más tradicional la expresión amor propio. La Escala de Autoestima de Rosenberg ha sido traducida a 28 idiomas, y validada interculturalmente en 53 países (Rosenberg, 1965). Consta de 10 preguntas, puntuables entre 1 y 4 puntos, lo que permite obtener una puntuación mínima de 10 y máxima de 40. Los autores del cuestionario no han establecido puntos de corte, es decir, puntuaciones que permitan clasificar el tipo de autoestima según la puntuación obtenida, aunque se suele considerar como rango normal de puntuación el situado entre 25 y 35 puntos (ver anexo 5).

Los resultados comparativos siguen los siguientes parámetros de desviación estándar

Resultados		
	Hombres	Mujeres
Puntuación	32,53 (± 3,92)	31,14 (± 4,55)

La forma de interpretar la puntuación obtenida al completar el cuestionario consiste en compararla con la media obtenida en el experimento citado. Si el resultado obtenido es similar a las medias presentadas se estaría frente a un grado de autoestima aceptable o de adecuado manejo social. Si los resultados son superiores a las medias presentadas estaríamos frente a un caso de autoestima elevada, mientras que si, por el contrario, el resultado es inferior, nos encontraríamos frente a un caso de reducida autoestima.

8. Variables

TIPO DE VARIABLE		DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL
Dependiente	Rasgos disociales	Signos de conducta reflejados como características socialmente rechazadas, ya que van en contra de las normas y reglas comunes a todos (Halgin, 1997)	Resultados de conductas afirmativas reflejadas en el Cuestionario de Personalidad PDQ-4 y Escala de Evitación y malestar Social SADS, desencadenantes de rasgos disociales, tales como inicio de peleas, actos crueles contra personas o animales, problemas con la justicia, engaño, mal carácter, ausencia de metas, impulsividad, malestar social
	Proyecto de vida-autopercepción	Supuestos personales elaborados mentalmente, según capacidades y actitudes, con la finalidad de hacerlos realidad en un tiempo concientemente establecido (Covey, 2002)	Establecimiento de metas alcanzables y realistas a corto, mediano y largo plazo, reconociendo las propias posibilidades, reflejadas en respuestas del inventario de Autoestima de Rosenberg, y la Escala de Desesperanza de Beck
Independiente	Terapia Cognitiva	Terapia psicológica, en la cuál se desarrolla como base principal la enseñanza al paciente mediante re-construcción de pensamientos para un adecuado manejo de emociones (Beck, 2000)	Técnica terapéutica implementada para lograr cambios en el pensamiento y conducta desadaptada de grupos de jóvenes seleccionados, constituida por 10 sesiones, de 2 horas semanales cada una

a) Descripción del tratamiento como variable independiente

La intervención implementada se constituyó en terapia cognitiva de carácter grupal, en la cual dicho programa de intervención, fue dirigido a la comprensión básica de las limitaciones personales y sociales manifiestas para el logro de resultados satisfactorios, mediante la promoción de la motivación y mejora interpersonal continua. Debido a que estas dificultades personales limitan el reconocimiento de las propias dificultades, la gran mayoría de estos participantes acuden obligados, ya que consideran que su único problema es que las demás personas pretenden restringir su libertad, lo que afectó en parte los resultados eficaces de las intervenciones.

Los objetivos básicos van encaminados a.

- Desarrollar interés por las consecuencias personales a largo plazo y lograr una comprensión realista de cómo repercute su conducta disocial en las demás personas.
- Adquirir responsabilidad e interés por las demás personas

Características del programa

Se ejecutó en un tiempo de 10 sesiones, de dos horas semanales. Este requirió la participación activa de los participantes, y su compromiso en la realización de actividades durante la sesión

A continuación se presenta la descripción de las sesiones:

NÚMERO DE SESIÓN	OBJETIVOS	ACTIVIDADES	RECURSOS
1	<ul style="list-style-type: none"> • Explorar las expectativas de cada participante • Proponer un posible plan de acción • Describir las bases de tratamiento • Dar inicio al proceso terapéutico participativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Se motiva a los participantes a la expresión de ideas y pensamientos referentes a su problemática principal, así como expectativas de posibles logros y evolución de la terapia, y sus compromisos para el logro de las mismas • Se ofrece información a los participantes, referente al número de sesiones, hora, y nivel de compromiso adquiriendo para su asistencia puntual, así como las diversas tareas que debe realizar como parte de la terapia • Se ofrece información detallada del propio proceso terapéutico, el objetivo de la terapia cognitiva los beneficios y la importancia de la participación activa • Resumen de lo expuesto, y se deja tarea de auto-análisis sobre valoración del nivel funcional de vida 	<ul style="list-style-type: none"> • Hoja de compromiso del paciente • Cuadernillo de terapia conductual • Hoja de valoración cognitiva funcional de de vida • Hojas de nota de terapia

NÚMERO DE SESIÓN	OBJETIVOS	ACTIVIDADES	RECURSOS
2	<ul style="list-style-type: none"> • Implementar en los participantes un modo de vida funcionalmente razonable y estable 	<ul style="list-style-type: none"> • Se realiza breve conexión entre puntos más importantes de la sesión 1 para iniciar la sesión 2 ya que los puntos básicos de esta son las percepciones que poseen los individuos sobre sí y su medio circundante, mediante el uso del formulario puente • Se aclaran dudas y se comentan sucesos importantes para los participantes • Se continúa con plan propuesto según tarea asignada • Se refuerzan logros y se estimula la participación activa del participante • Se realiza resumen de sesión y se asigna nueva tarea relacionada a consecuencias de actos 	<ul style="list-style-type: none"> • Uso de formulario puente • Cuadernillo de terapia conductual • Hoja de valoración cognitiva funcional de vida • Hojas de nota de terapia • Hoja de valoración de consecuencias de actos

NÚMERO DE SESIÓN	OBJETIVOS	ACTIVIDADES	RECURSOS
3	<ul style="list-style-type: none"> • Disminuir conductas auto lesivas en los participantes 	<ul style="list-style-type: none"> • Se hace revisión de formulario puente, con aclaraciones pertinentes • Se satisfacen dudas • Se desarrolla clima terapéutico • Se sugiere el desarrollo y revisión de tareas identificando dificultades y/o conflictos básicos • Se facilita el reconocimiento de distorsiones que originan conductas con consecuencias drásticas e incluso letales, mediante valoración de escala de letalidad • Se identifica el tipo de distorsión según características, desarrollando el intercambio de ideas, refutando las mismas e incluso introduciendo un posible pensamiento alternativo que confronte su realidad • Se realiza resumen de la sesión Se asigna tarea para próxima sesión mediante confrontación de registro de pensamientos automáticos, vs Tarjetas de afrontamiento, previa explicación 	<ul style="list-style-type: none"> • Uso de formulario puente • Cuadernillo de terapia conductual • Hojas de nota de terapia • Hoja de valoración de consecuencias de actos • Hoja de escala de letalidad • Hoja de registro de pensamientos automáticos • Tarjetas de afrontamiento

NÚMERO DE SESIÓN	OBJETIVOS	ACTIVIDADES	RECURSOS
4	<ul style="list-style-type: none"> • Disminuir conductas negativas que puedan interferir en la terapia 	<ul style="list-style-type: none"> • Conexión con la sesión anterior mediante formulario puente • Revisión de registro de pensamientos automáticos, uso y efectividad de tarjetas de afrontamiento • Se aclaran ideas y se valora evolución de la auto-comprensión y auto-conocimiento e internalización de los mismos • Se introduce el diagrama de conceptualización cognitiva de reconocimiento de ideas centrales <p>*Debido al tipo de patología, el grado de rechazo a la terapia es alto, por lo que debe considerarse dentro de estas ventajas y desventajas de la misma para el paciente</p> <p>Apoyarse con la reformulación de ideas negativas de las terapias ya que las expresiones emocionales pueden dirigirse hacia el terapeuta implementando el role playing dirigido hacia el terapeuta y posteriormente hacia figuras representativas para los participantes</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Uso de formulario puente • Cuadernillo de terapia conductual • Hojas de nota de terapia • Hoja de registro de pensamientos automáticos • Tarjetas de afrontamiento • Role playing • Formulario de resolución de problemas • Metáfora "Béisbol"

NÚMERO DE SESIÓN	OBJETIVOS	ACTIVIDADES	RECURSOS
		<ul style="list-style-type: none">• Apoyarse con metáfora seleccionada para su análisis• Orientar sobre el uso de formulario de resolución de problemas como inicio de tarea entre sesiones	

NÚMERO DE SESIÓN	OBJETIVOS	ACTIVIDADES	RECURSOS
5	<ul style="list-style-type: none"> • Disminuir conductas que interfieran en la calidad de vida de los participantes 	<ul style="list-style-type: none"> • Uso de formulano puente • Revisión de cuadernillo de resolución de problemas y alternativas (comportamientos que atentan la calidad de vida, vs los que la mejoran) • Se estimula el reconocimiento de los beneficios o sobrecargas que puedan generar las conductas, y posibles formas de resolución • Se instruye sobre la implementación de técnicas de relajación, basadas en el control de la respiración y relajación muscular, enfocado como alternativa para la tolerancia a la frustración • Se introduce el hecho de la finalización de la terapia • Se realiza resumen y valoración de los logros y pendientes de las sesiones • Se asigna tarea entre sesión, sobre ventajas y desventajas de diversas decisiones tomas 	<ul style="list-style-type: none"> • Uso de formulano puente • Cuadernillo de terapia conductual • Hojas de nota de terapia • Formulario de resolución de problemas • Diagrama de conceptualización cognitiva • Técnica de relajación de Jaccobson • Hoja de valoración de ventajas y desventajas de las decisiones

NÚMERO DE SESIÓN	OBJETIVOS	ACTIVIDADES	RECURSOS
6	<ul style="list-style-type: none"> • Entrenamiento en habilidades sociales 	<ul style="list-style-type: none"> • Conexión puente con la sesión anterior • Fomento de comentarios sobre sucesos relevantes de la semana • Satisfacción de dudas y dificultades de las mismas • Evaluar resultados de sesión de trabajo, resaltando la implicación de sus resultados, así como la importancia de las decisiones presentes independientemente del pasado o el futuro, clarificando situaciones de importancia • Mantenimiento de relaciones interpersonales valiosas y eliminación de relaciones tóxicas, según criterio propio en base a experiencias personales Comprensión de las emociones mediante la introducción del taller de las emociones (cómo funcionan y cómo se pueden experimentar sin sentirse invadidos por ellos) • Tolerancia del dolor emocional y su manejo sin el uso de la auto-agresión 	<ul style="list-style-type: none"> • Uso de formulario puente • Cuadernillo de terapia conductual • Hojas de nota de terapia • Formulario de resolución de problemas • Hoja de valoración de ventajas y desventajas de las decisiones • Taller de emociones • Tarjetas de apoyo

NÚMERO DE SESIÓN	OBJETIVOS	ACTIVIDADES	RECURSOS
		<ul style="list-style-type: none">• Realizar resumen de la sesión y clarificar dudas• Asignar tareas sobre uso de tarjetas de apoyo basado en el reconocimiento de las emociones	

NÚMERO DE SESIÓN	OBJETIVOS	ACTIVIDADES	RECURSOS
7	<ul style="list-style-type: none"> • Reducir la angustia post-traumática a consecuencia se pensamientos sobre diversas situaciones, incluyendo finalización de la terapia 	<ul style="list-style-type: none"> • Conexión con la sesión anterior • Revisión de la tarea asignada, valorando eficacia del reconocimiento de las emociones, uso adecuado de las tarjetas de apoyo y su utilidad, aplicación a diversas situaciones de la vida diaria • Realizar un compendio de lo tratado • Trabajar en los pensamientos utilizados, relacionados a traumas previos (utilizar situaciones que los participantes reconocen de gran magnitud en su vida por sus lesiones tanto físicas como emocionales), consecuencias debido al inadecuado manejo, introducir el desarrollo del círculo vicioso y virtuoso de la conducta) 	<ul style="list-style-type: none"> • Uso de formulario puente • Cuadernillo de terapia conductual • Hojas de nota de terapia • Tarjetas de apoyo • Hojas de trabajo sobre el círculo vicioso y virtuoso de la conducta

NÚMERO DE SESIÓN	OBJETIVOS	ACTIVIDADES	RECURSOS
		<ul style="list-style-type: none">• Reducir la negación de las dificultades propias.• Mediante el desarrollo de los puntos anteriores, se facilitará el reconocimiento de motivaciones, temores, y conflictos internos, para el fortalecimiento de habilidades conductuales.• Realizar resumen de lo tratado.• Resaltar la culminación de la terapia.• Explicar tarea para la casa: realización del círculo vicioso y virtuoso de la conducta.	

NÚMERO DE SESIÓN	OBJETIVOS	ACTIVIDADES	RECURSOS
8	<ul style="list-style-type: none"> • Resolución de problemas de la vida e incremento del auto-respeto mediante el fortalecimiento de actitudes 	<ul style="list-style-type: none"> • Conexión con sesión anterior • Revisión de tarea de casa, reconociendo dificultades principales, ideas erróneas y conflictos • Aclarar dudas • Estimular la auto-confianza mediante la práctica de una situación imaginaria propuesta por los propios participantes, y la posible respuesta en pensamientos, conductas y emociones, basado en lo aprendido • Aumentar la autoestima y auto-respeto, independientemente de la valoración externa, mediante el análisis de metáfora de auto-crecimiento • Trabajar temas de conflicto personales, e identificación de estresores • Promover la independencia Validar emociones y opiniones ante próxima finalización de la terapia • Realizar resumen de la sesión introducir tarea para la casa promoción de plan de contingencia y/o apoyo luego de finalizada la terapia para afrontamiento eficaz 	<ul style="list-style-type: none"> • Uso de formulario puente • Cuadernillo de terapia conductual • Hojas de nota de terapia • Hojas de trabajo sobre el círculo vicioso y virtuoso de la conducta • Dinámica de situación imaginaria • Metáfora de auto-crecimiento "El Águila" • Hoja gráfica de progreso de terapia • Propuesta de plan de contingencia

NÚMERO DE SESIÓN	OBJETIVOS	ACTIVIDADES	RECURSOS
9	<ul style="list-style-type: none"> • Lograr capacidad de sostenimiento de las emociones positivas y estabilidad emocional 	<ul style="list-style-type: none"> • Conexión con sesión anterior • Revisar plan de contingencia (propuesta, actividades y adecuaciones) • Cuestionar efectividad del uso del plan planteado e introducir otras alternativas no contempladas • Mejorar la autoconciencia mediante lecturas dirigidas de auto-crecimiento personal, para el desarrollo espiritual y metas de vida realistas, orientadas a la introspección y auto-control de emociones • Aclarar dudas • Combatir preocupaciones sobre finalización de las sesiones • Realizar compendio de las semanas anteriores • Sugerir posibles sesiones de refuerzo • Valorar capacidad del paciente para su auto-soporte mediante el desarrollo de situaciones hipotéticas • Motivar el desarrollo de ideas ante la próxima finalización de la terapia 	<ul style="list-style-type: none"> • Uso de formulario puente • Cuadernillo de terapia conductual • Hojas de nota de terapia • Propuesta de plan de contingencia • Libro Los 7 Hábitos del Adolescente Altamente Efectivos

NÚMERO DE SESIÓN	OBJETIVOS	ACTIVIDADES	RECURSOS
10	<ul style="list-style-type: none"> • Fortalecer capacidad de auto-suficiencia y motivar la implementación de lo introyectado en situaciones dianas 	<ul style="list-style-type: none"> • Conexión con la sesión anterior • Comentar opiniones de lectura asignada • Motivación de expresión de temores, ansiedades y expectativas futuras, trabajando conjuntamente con el ABC • Establecimiento de sesión de seguimiento en 3 meses 	<ul style="list-style-type: none"> • Uso de formulano puente • Cuadernillo de terapia conductual • Hojas de nota de terapia • Libro Los 7 Hábitos de las Personas Altamente Efectivos

9. Análisis estadístico de los resultados

Se utilizó la estadística inferencial con el modelo de prueba de hipótesis para t de student con datos dependientes o correlacionados ya que se ajusta a determinada prueba para un resultado mediante la aplicación de medidas repetidas (antes y después de un tratamiento) El sistema de medidas repetidas, propone la medición 2 veces bajo una misma variable de criterio

La información recolectada se presenta mediante gráficos que permiten el análisis de los datos obtenidos utilizando la estadística inductiva promoviendo la toma de decisiones y/o generalizaciones en base a los resultados obtenidos

10. Limitaciones

Las principales limitaciones se dieron en base a condiciones no controladas, entre ellas

- Fuga en el Centro de cumplimiento, lo que suspendió la continuidad de la terapia, por un período de un mes, debido a las restricciones por seguridad, y la vez que 3 de los participantes del grupo de investigación estuvieron involucrados en dicha situación de salida sin autorización por un día
- Bajo nivel de instrucción de los participantes, lo que dificultó la expresión tanto escrita como verbal de muchas de las ideas y pensamientos
- Uso frecuente de lenguaje común a su situación social, poco reconocido por nosotros
- Por motivos de seguridad en la institución, no se permitió la asignación de tareas entre sesiones, ya que está prohibido el que los menores

mantengan hojas de papel, lápices o plumas, por ser factores predisponentes para auto-agresión o agresión hacia compañeros, por lo que dicha actividad, debió realizarse en las propias sesiones programadas previamente

- **Falta de interés de los propios adolescentes, ya que su prioridad eran otras actividades como por ejemplo la realización de deportes, ya que las sesiones eran vistas como una actividad en donde nuevamente se le enfatizaban los errores cometidos.**

CAPÍTULO IV.
PRESENTACIÓN Y
ANÁLISIS DE
RESULTADOS

1. Presentación y análisis comparativo de los resultados

El análisis de resultados, contiene la información encontrada durante el proceso de la investigación. Esta fue analizada de manera tal que evaluara la eficacia de las intervenciones y el logro de los objetivos planteados.

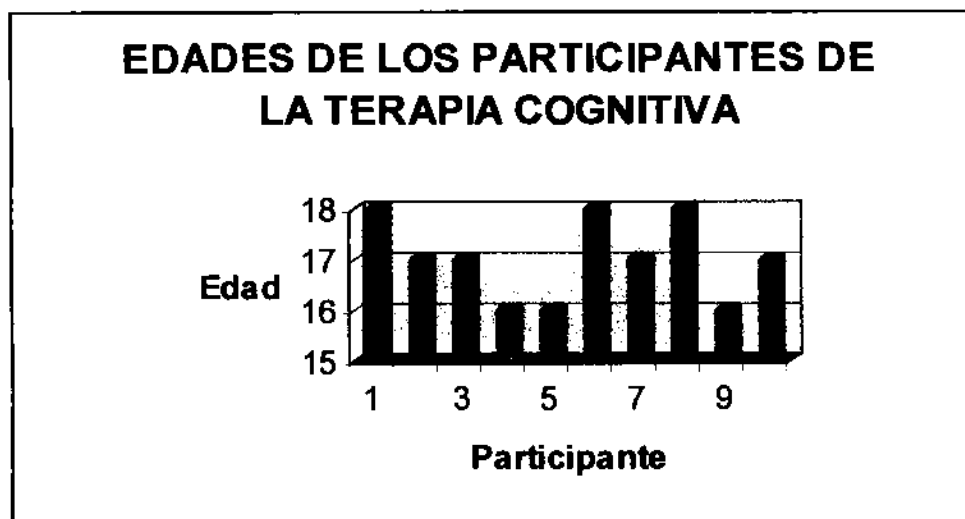
Para analizar los datos estadísticos se utilizaron las medidas de tendencia central que son valores medios o centrales de una distribución, y ayudan a ubicarla dentro de la escala de medición; entre las principales están: la media, la desviación estándar y la varianza

CUADRO N° 1

RESULTADOS DE DATOS GENERALES: SEXO VS. EDAD PRESENTADOS POR LOS PARTICIPANTES ASIGNADOS CON TRASTORNO DISOCIAL

PARTICIPANTE	SEXO	EDAD
1	M	18
2	M	17
3	M	17
4	M	16
5	M	16
6	M	18
7	M	17
8	M	18
9	M	16
10	M	17
PROMEDIO	10 M	17 AÑOS

GRÁFICA N° 1



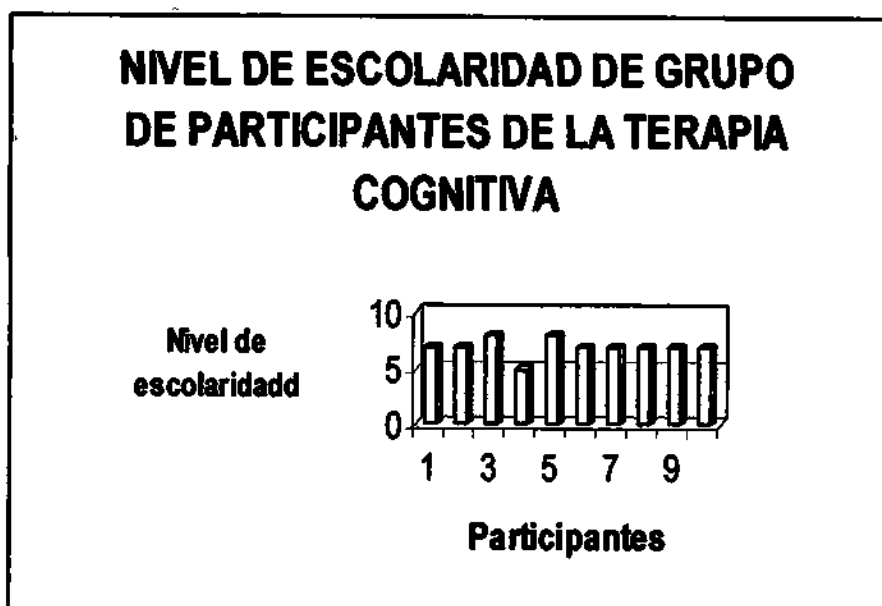
Los datos presentados, nos esquematizan que las edades de los participantes oscilaban entre 16 y 18 años, distribuidos de la siguiente manera: 3 de 16 años, 4 de 17 años y 3 de 18 años, todos del sexo masculino, reforzando las tendencias de la prevalencia de dicho trastorno en este sexo.

CUADRO N° 2

RESULTADOS DE DATOS GENERALES: NIVEL DE ESCOLARIDAD VS. MOTIVO DE RECLUSIÓN PRESENTADOS EN LOS PARTICIPANTES ASIGNADOS CON TRASTORNO DISOCIAL

PARTICIPANTE	NIVEL DE ESCOLARIDAD	MOTIVO DE RECLUSIÓN
1	7°	Robo
2	7°	Robo
3	8°	Robo
4	5°	Robo
5	8°	Robo
6	7°	Robo
7	7°	Robo
8	7°	Robo
9	7°	Homicidio
10	7°	Robo
PROMEDIO	7°	

GRÁFICA N° 2



Los datos reflejan, que el nivel de escolaridad de los jóvenes reclusos es bajo y con un mínimo de 5° y un máximo de 8°. Estos son fácilmente reconocidos, en la dificultad de escritura, comprensión textual y expresión adecuada, demostrada durante las sesiones. De igual forma 9 de ellos están privados de libertad por robo, mientras que solamente uno está recluso por homicidio.

CUADRO N° 3
RESULTADO DE LOS PUNTAJES OBTENIDOS SEGÚN PRE Y POS-TEST DE
LA ESCALA DE DESESPERANZA DE BECK (EDB) APLICADO AL GRUPO
PARTICIPANTES ASIGNADOS PARA TERAPIA COGNITIVA

N_j	X_1	X_2	D	D^2
1	64	44	-20	400
2	82	64	-18	324
3.	78	55	-23	529
4	69	55	-14	196
5.	69	50	-19	361
6	78	47	-31	961
7	72	53	-19	361
8	58	47	-11	121
9	82	58	-24	576
10	69	47	-22	484
$n = 10$	$\Sigma = 721$ — $X_1 = 72$	$\Sigma = 520$ — $X_2 = 52$	$\Sigma D = -201$	$\Sigma D^2 = 4313$

Fuente pre y pos-test aplicado a jóvenes seleccionados con trastornos disociales en el Centro de Cumplimiento de Herrera 2011

Simbología utilizada:

N = número de participantes o muestra

X_1 = puntaje de cada uno de los participantes pre-test.

X_2 = puntaje de cada uno de los participantes pos-test

D = diferencia de puntaje de post-test y el puntaje de pre-test

D = elevación al cuadrado de la diferencia

\bar{X}_1 = promedio de pre-test

\bar{X}_2 = promedio de post-test

Modelo decisóno

$H_0 \mu_{x2} \geq \mu_{x1}$

$H_1 \mu_{x2} < \mu_{x1}$

α = Significancia estadística 0 05

$$gl = N - 1$$

$$gl = 10 - 1$$

$$gl = 9$$

RD se rechaza H_0 si t observada es \leq a 1 8331

$$\Sigma d^2 = \Sigma D^2 - \frac{(\Sigma D)^2}{N}$$

$$\Sigma d^2 = 4313 - \frac{(-201)^2}{10}$$

$$\Sigma d^2 = 272 9$$

$$S_0 = \sqrt{\frac{\Sigma d^2}{N}}$$

$$S_D = \sqrt{\frac{272.9}{10}}$$

$$S_D = 5.22$$

$$S_{\bar{D}} = \frac{S_D}{\sqrt{N-1}}$$

$$S_{\bar{D}} = \frac{5.22}{\sqrt{10-1}}$$

$$S_{\bar{D}} = 1.74$$

$$\bar{D} = \frac{\sum D}{N}$$

$$\bar{D} = \frac{-201}{10}$$

$$\bar{D} = -20.1$$

$$t = \frac{\bar{D}}{S_{\bar{D}}}$$

$$t = \frac{-20.1}{1.74}$$

$$t = -11.55$$

Comprobación

$$A = \frac{\sum D^2}{(\sum D)^2}$$

$$A = \frac{4313}{(201)^2}$$

$$A = \frac{4313}{40401}$$

$$A = 0.107$$

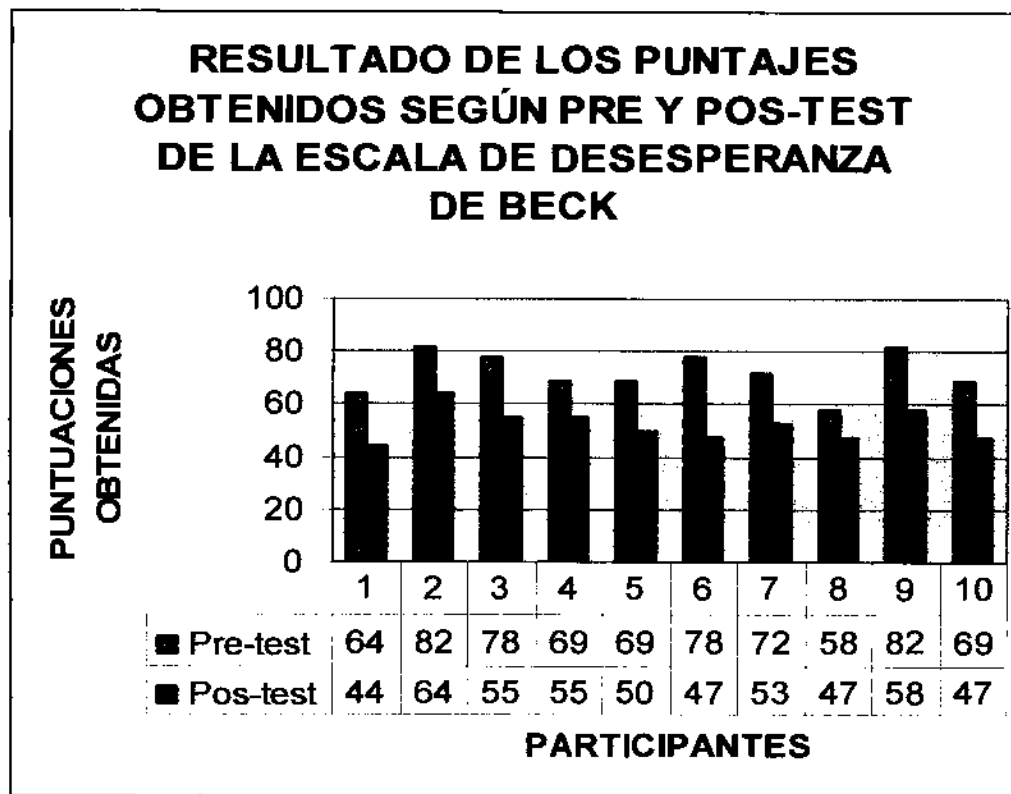
$$A_t = 0.368$$

$$\bar{X}_2 - \bar{X}_1 = 52 - 72$$

$$\bar{X}_2 - \bar{X}_1 = -20$$

La t obtenida fue de -11.55, menor a la t crítica 1.8331, por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula, y probablemente la hipótesis de trabajo sea cierta. El grupo disminuyó el grado de desesperanza y pesimismo respecto al futuro, después de recibir el tratamiento. Comprobado con la prueba A de Saundler (A = 0.107, menos que At = 0.368)

GRÁFICA N° 3



La gráfica nos muestra, según los resultados de La Escala de Desesperanza de Beck, la comparación de los resultados del pre-test aplicado demostrando un mayor nivel de desesperanza en los participantes, con un promedio de 72, correspondiente a un nivel moderado-alto según el indicador, y posteriormente en el pos-test presentaron un promedio de 52, correspondiente a un nivel de desesperanza leve considerándose las intervenciones como efectivas.

CUADRO N° 4
RESULTADO DE LOS PUNTAJES OBTENIDOS SEGÚN PRE Y POS-TEST DE
LA ESCALA DE EVITACIÓN Y MALESTAR SOCIAL (SADS)
APLICADO AL GRUPO PARTICIPANTES ASIGNADOS PARA TERAPIA
COGNITIVA

N_i	X1	X2	D	D ²
1.	13	7	-6	36
2.	6	5	-1	1
3	12	8	-4	16
4.	17	10	-7	49
5	14	10	-4	16
6	13	6	-7	49
7	9	5	-4	16
8	13	7	-6	36
9	20	11	-9	81
10	17	13	-4	16
$n = 10$	$\Sigma = 134$ $\bar{X}_1 = 13$	$\Sigma = 82$ $\bar{X}_2 = 8$	$\Sigma = -52$	$\Sigma D^2 = 316$

Fuente: pre y pos-test aplicado a jóvenes seleccionados con trastornos disociales en el Centro de Cumplimiento de Herrera 2011

Simbología utilizada:

N = número de participantes o muestra

X1 = puntaje de cada uno de los participantes pre-test

X2 = puntaje de cada uno de los participantes pos-test.

D= diferencia de puntaje de post-test y el puntaje de pre-test.

D^2 = elevación al cuadrado de la diferencia

\bar{X}_1 = promedio de pre-test

\bar{X}_2 = promedio de pos-test

Modelo decisono

$H_0 \mu_2 \geq \mu_1$

$H_1 \mu_2 < \mu_1$

α = Significación estadística 0 05

$gl = N_1 - 1$

$gl = 10 - 1$

$gl = 9$

RD: se rechaza H_0 si t observada es ≤ 1.8331

$$\Sigma d^2 = \Sigma D^2 - \frac{(\Sigma D)^2}{N}$$

$$\Sigma d^2 = 316 - \frac{(-52)^2}{10}$$

$$\Sigma d^2 = 45.6$$

$$SD = \sqrt{\frac{\Sigma d^2}{N}}$$

$$SD = \sqrt{\frac{56}{10}}$$

$$SD = 2.14$$

$$s\bar{D} = \frac{SD}{\sqrt{N-1}}$$

$$s\bar{D} = \frac{2.14}{\sqrt{10-1}}$$

$$s\bar{D} = 0.71$$

$$\bar{D} = \frac{\sum D}{N}$$

$$\bar{D} = \frac{-52}{10}$$

$$\bar{D} = -5.2$$

$$t = \frac{\bar{D}}{s\bar{D}}$$

$$t = \frac{-5.2}{0.71}$$

$$t = -7.32$$

Comprobación:

$$A = \frac{\sum D^2}{(\sum D)^2}$$

$$A = \frac{316}{(52)^2}$$

$$A = 0.12$$

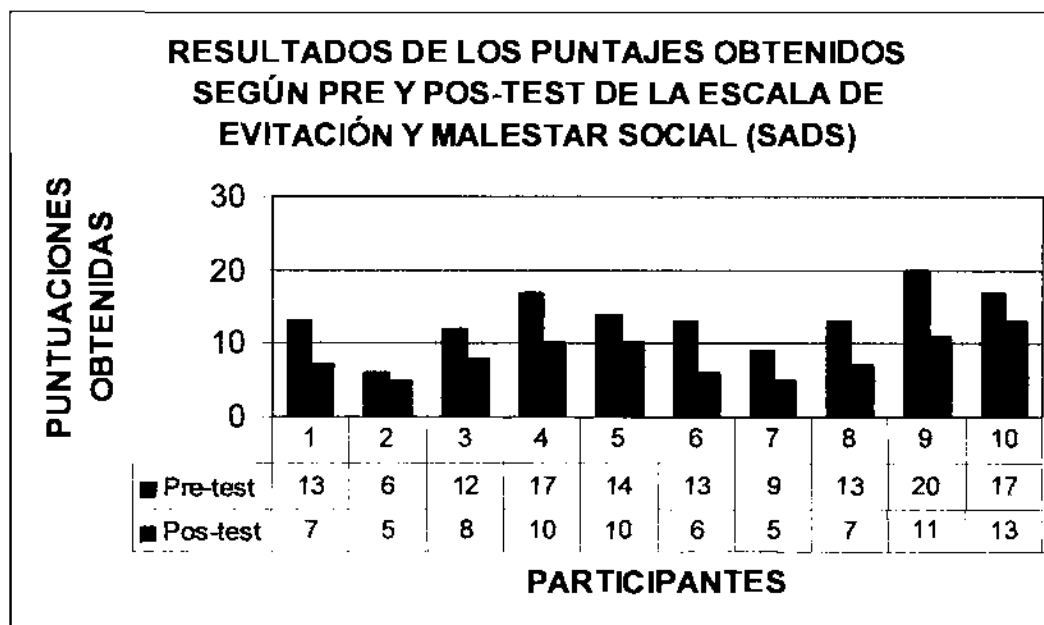
$$A_t = 0.37$$

$$\bar{X}_2 - \bar{X}_1 = 8-13$$

$$\bar{X}_2 - \bar{X}_1 = 5$$

A un intervalo de confianza de 0.05 basados en los datos obtenidos de La Escala de Evitación de Malestar social, la t obtenida fue de -7.32, menor a la t crítica de -1.8331, por lo que se justifica estadísticamente la probable aceptación de la hipótesis de trabajo y se rechaza la hipótesis nula, debido a la efectividad de las intervenciones. Los datos y sus resultados se comprueban con la prueba A de Saundler (A = 0.12 es menor que A crítica = 0.37)

GRÁFICA N° 4



En la gráfica se muestra la actitud reflejada por los participantes, en la cuál exponían su temor y desagrado a la posibilidad de intervenir en grupos sociales, generándoles ansiedad (actividad social específica), posteriormente aplicada la terapia, se consideró la posibilidad de ser funcionalmente sociales, basadas en el cambio de pensamiento y actitudes propias no reconocidas (ansiedad social).

CUADRO N° 5
RESULTADO DE LOS PUNTAJES OBTENIDOS SEGÚN PRE Y POS-TEST
DEL INVENTARIO DE AUTOESTIMA (RSES)
APLICADO AL GRUPO PARTICIPANTES ASIGNADOS PARA TERAPIA
COGNITIVA

N_i	X_1	X_2	D	D^2
1	27	34	7	49
2	30	35	5	25
3	26	30	4	16
4	26	36	10	100
5	25	32	7	49
6	36	36	0	0
7	31	36	5	25
8	31	37	6	36
9	29	33	4	16
10.	26	35	9	81
$n = 10$	$\Sigma = 287$ — $X_1 \ 29$	$\Sigma = 344$ — $X_2 \ 34$	$\Sigma D = 57$	$\Sigma D^2 = 397$

Fuente pre y pos-test aplicado a jóvenes seleccionados con trastornos disociales en el Centro de Cumplimiento de Herrera 2011.

Simbología utilizada:

N = número de participantes o muestra.

X_1 = puntaje de cada uno de los participantes pre-test

X_2 = puntaje de cada uno de los participantes pos-test

D= diferencia de puntaje de post-test y el puntaje de pre-test.

D^2 = elevación al cuadrado de la diferencia

\bar{X}_1 = promedio de pre-test

\bar{X}_2 = promedio de pos-test

Modelo decisono.

$H_0 \mu_2 \leq \mu_1$

$H_1 \mu_2 > \mu_1$

α = Significación estadística 0 05

gl = N - 1

gl = 10 - 1

gl = 9

RD se rechaza H_0 si t observada es ≥ 1.8331

$$\Sigma d^2 = \Sigma D^2 - \frac{(\Sigma D)^2}{N}$$

$$\Sigma d^2 = 397 - \frac{(57)^2}{10}$$

$$\Sigma d^2 = 72.1$$

$$SD = \sqrt{\frac{\Sigma d^2}{N}}$$

$$SD = \sqrt{\frac{72.1}{10}}$$

$$SD = 2.68$$

$$S\bar{D} = \frac{SD}{\sqrt{N-1}}$$

$$S\bar{D} = \frac{2.68}{\sqrt{10-1}}$$

$$S\bar{D} = 0.9$$

$$\bar{D} = \frac{\sum D}{N}$$

$$\bar{D} = \frac{57}{10}$$

$$\bar{D} = 5.7$$

$$t = \frac{\bar{D}}{S\bar{D}}$$

$$t = \frac{5.7}{0.9}$$

$$t = 6.33$$

Comprobación:

$$A = \frac{\sum D^2}{(\sum D)^2}$$

$$A = \frac{397}{(57)^2}$$

$$A = \frac{397}{3249}$$

$$A=0.12$$

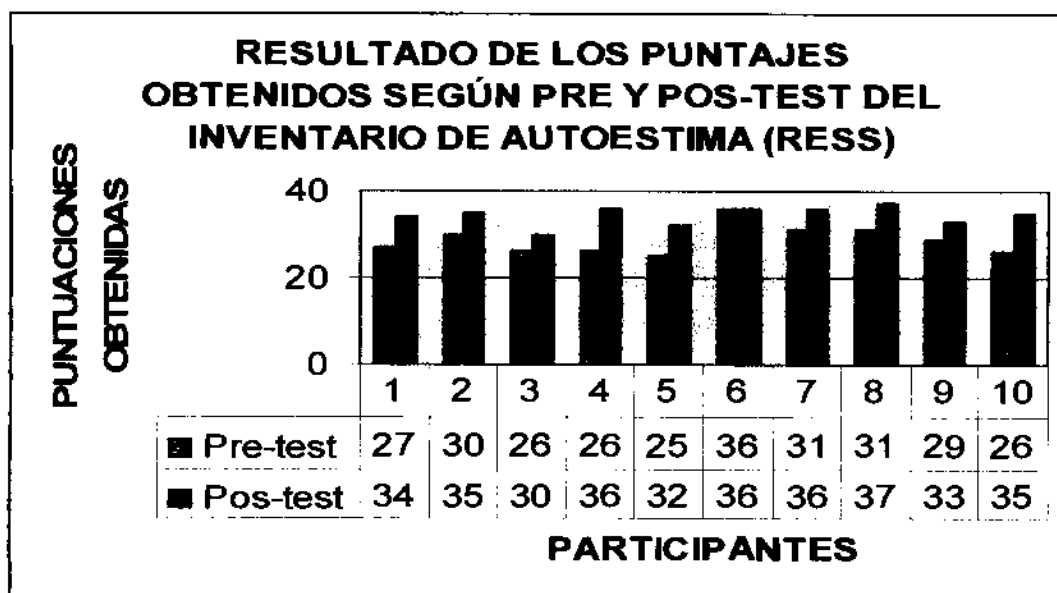
$$At = 0.37$$

$$\bar{X}_2 - \bar{X}_1 = 34 - 29$$

$$\bar{X}_2 - \bar{X}_1 = 5$$

Los datos obtenidos refieren un valor de t obtenida correspondiente a 6.33, mayor a la t crítica de 1.8331, rechazando así la hipótesis nula, quién suponía que los valores de la autoestima del grupo de participantes podría no variar con un tratamiento cognitivo.

GRÁFICA N° 5



La gráfica refleja los datos de autopercepción mostrados por los adolescentes que conformaban la muestra en relación a la percepción de su propia persona, con valores según lo establecido como parámetro normal para un individuo, establecido como 32.5 por Rosenberg. Posterior a las sesiones, las respuestas mejoraron al llegar a un promedio de 34, por el ambiente social y medio en el cuál se desenvuelven comúnmente los jóvenes en estudio.

2. Análisis interpretativo de resultados

Todo programa terapéutico bien fundamentado y adecuadamente desarrollado, presupone obtención de resultados esperados, independientemente de cualquier factor externo no controlado, involucrado en los participantes de la terapia. La propuesta terapéutica cognitiva desarrollada por Beck, se fundamenta en sus propias experiencias con individuos comunes y dificultades varias con un mismo

objetivo: "lograr mejorar el malestar subjetivo, mediante implementación de herramientas de conocimientos que faciliten el autocontrol y manejo adecuado de pensamientos, haciéndolos funcionalmente introyectados".

El grupo de jóvenes seleccionados, actualmente permanecen en un ambiente negativo, en donde un pensamiento racional y socialmente aceptable, puede ser visto como un sinónimo de debilidad más que de fortaleza, ya que comúnmente, "tú reacción agresiva te asegura superioridad ante otros con conflictos emocionales mayores". Los pensamientos disfuncionales son parte de su lenguaje conducta normal, los cuales han originado en muchas de las ocasiones consecuencias negativas como las que actualmente los mantiene privados de libertad.

Obviamente se puede inferir la mejora de las percepciones de los adolescentes luego de las intervenciones, la creación de metas reales basadas en posibilidades propias, la disminución de la percepción de daño ante la relación social, así como el reconocimiento de las propias capacidades, son algunos de los resultados positivos obtenidos durante el desarrollo de la terapia.

CONCLUSIONES

- **La elección terapéutica para trastornos disociales constituye el modelo cognitivo, procedente de la idea de confiar en las posibilidades del individuo para oponerse a la presión del medio omnímodo (construido originalmente desde el modelo conductual no mediacional), para superar cualquier tipo de dificultad, basados en el hecho de la reestructuración de los esquemas cognitivos e interacciones con el ambiente**
- **El tratamiento cognitivo en trastornos disociales, suele ser efectivo según las respuestas comparativas pre y pos-test, aunque surge la incógnita de cuál es el grado de introyección calado en los jóvenes participantes de la terapia, puesto que una de las habilidades de este trastorno de personalidad lo constituye mentir, por lo que la evaluación de la conducta una vez terminada la terapia resulta sumamente importante**
- **El reconocer sentimientos y debilidades a nivel grupal en individuos con problemas disociales, resulta un tanto difícil, ya que las emociones en el medio de supervivencia en el que estos se desenvuelven, los hace vulnerables, por lo que, se considera necesario el desarrollo de terapias individuales previo a una grupal, en donde se fortalezcan habilidades sociales y se disminuyan los riesgos y desconfianzas al medio social.**

- **Las evidencias estadísticas muestran notable disminución de los síntomas como lo fueron**
 - ❖ **En la escala de desesperanza social de Beck en un pre-test, la ausencia de metas, ideales, principios y actitudes positivas eran obvias, con un predominio en 7 de los participantes con nivel de desesperanza de moderado a alto, seguido por 2 de ellos con un nivel severo y solo 1 con un nivel leve. Posterior a la aplicación de la terapia, se reduce el grado de malestar con tendencia hacia un nivel leve en 5 participantes, 1 con nivel moderado a alto, y 4 con un nivel mínimo.**
 - ❖ **En la escala de evitación y malestar social, las interacciones sociales comunes solían ser vista como peligrosas, poco confiables y deterioradas, siendo comúnmente evitadas según la opinión en 5 participantes mostrando un nivel de ansiedad específica, 3 con un nivel generalizado y solo 2 participantes mostraron un nivel normal de ansiedad ante los contactos sociales. Luego de la terapia, se redujeron los niveles de malestar, reflejando la mayor cantidad (6 participantes) nivel normal de ansiedad de los contactos sociales, y el resto (4 participantes), mostró un nivel de ansiedad específico.**
 - ❖ **En relación con el nivel de autoestima, mostraron resultados en la prueba aplicada, aceptable o de adecuado manejo social, luego de las terapias, los valores aumentaron, considerándose su autoestima como elevada**

- **Los resultados más eficientes deben ser considerados a largo plazo y en un medio en el cuál las restricciones conductuales no limiten evaluar la efectividad de las intervenciones, en este caso en su propio medio social, una vez concluida la sentencia penal**
- **Las dificultades para realizar las tareas fuera de las sesiones por reglamentos internos de la institución, limita en cierto grado el desarrollo amplio de los cuestionamientos y pensamientos más allá del presente, aunque a la vez refuerza la intervención terapéutica, ya que la capacidad de los participantes por el bajo nivel de escolaridad, restringió la facilidad de comprensión y abstracción**

RECOMENDACIONES

- **Es conveniente implementar terapias con objetivos específicos a poblaciones vulnerables con trastornos específicos, ya que suelen ser mayormente efectivos, que tratar de modificar alteraciones solamente reprimiendo sintomatología, sin modificar pensamientos. Este tipo de terapia colaboraría en la reducción de las recaídas de muchos de nuestros jóvenes con problemas disociales; al igual que el nivel de violencia y delitos comunes.**
- **Según la dificultad reconocida, resulta conveniente reestructurar las sesiones, basado en el hecho de la necesidad de iniciar con terapias individuales que refuercen y mejoren aspectos muy singulares de cada participante, para posteriormente aplicar una terapia, que conlleve el manejo general de ciertas características comunes que sugieren un trastorno disocial, recordando que la desconfianza social y falta de interés es una de sus características comunes, lo que deben ser considerados ejes temáticos básicos a incluir**
- **El ambiente a desarrollar las sesiones debe ser lo más neutral posible, ya que restringe en gran medida la participación activa de los jóvenes, percibiendo estos en muchas de las ocasiones la terapia como un castigo, más que una oportunidad de mejora y progreso propio; siempre y cuando**

se disminuyan al mínimo los riesgos de lesión infringida tanto a los propios participantes como al terapeuta

- **La realización de intervenciones e investigaciones paralelas o comparativas pueden considerarse como necesarias, colaborando en la evaluación de los resultados bajo poblaciones y variables similares, pudiendo de una manera más confiable y válida generalizar los datos obtenidos.**

BIBLIOGRAFÍA

Psychiatry

- Fiorini, Héctor. 2000 Estructuras y Abordajes en Psicoterapias Psicoanalíticas Ediciones Nueva Visión Buenos Aires
- Halgin, Richard 1997 Psicología de la Anormalidad Editorial McGraw-Hill Interamericana México
- Lazarus, Richard 2000. Estrés y Emoción Editorial Desclée de Brouwer, S A. España
- Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM IV 2000 Editorial MASSON Barcelona-España.
- Millón Carrie y otros. Trastornos de la Personalidad Editorial Masson, S A. Barcelona
- Millón Theodore y otros 2004 Trastornos de la Personalidad Más Allá del DSM IV Editorial Masson, S.A. Barcelona
- Océano Enciclopedia de la Psicología 2000 Editorial Grupo Océano Barcelona, España.
- OMS. 1992 Trastornos Mentales y del Comportamiento. CIE 10 Editorial MEDITOR Madrid-España
- Sampieri, Roberto y otros 2000 Metodología de la Investigación 3 edición McGraw Hill. México
- Slaikeu, K A 2000 Intervención en Crisis. Editorial manual Moderno Colombia
- Tremblay RE, Schaal B Physically aggressive boy from age 6 to 12 years: there biopsychosocial status at puberty, 1996. In Ferns G, Gnsso

eds: Understanding aggressive behavior in children New York. Annals
of the New York Academy of Sciences

Artículos relacionados

- Kendall T Pilling y otros 2009 los trastornos límite y antisocial de la personalidad son sub-diagnosticados sociedad Iberoamericana de información científica. Colección trabajos distinguidos, serie salud menta*

ANEXOS

ANEXO 1 EVALUACIÓN DE PARTICIPANTES

HISTORIA CLÍNICA

1 Datos de filiación

- Participante. W M
- Edad 18 años
- Escolaridad octavo grado
- Estado civil soltero.

2 Síntomas

Nivel cognitivo adecuado a la edad, capacidad de raciocinio y discriminación de actos y consecuencias basadas en sus propias experiencias Escasa expresión de sentimientos (aprehensión) positivos o negativos Mantiene conducta pasiva pero cooperadora Bajo nivel motivacional de logros Buen estado de salud física

3 Áreas afectadas

- Educativa
- Social
- familiar

4 Historia de la queja actual

Privado de libertad por robo. Refiere: "robé, me metí donde no debí y me agarraron"

5 Historia familiar

Proviene de familia disfuncional, separada, reconstruida. Conformada por madre y padrastro

6 Historia personal

- **Conceptualización de la condición actual:** refiere que se equivocó y espera no volver a caer en lo mismo
- **Historia laboral** niega desempeño laboral formal.
- **Historia sexual afectiva:** refiere relaciones de pareja heterosexuales con actividad sexual consensuada
- **Otras patologías.** niega

7 Diagnóstico

Trastorno disocial de personalidad

HISTORIA CLÍNICA

1 Datos de filiación

- Participante J G
- Edad 16 años
- Escolaridad séptimo grado
- Estado civil soltero

2 Síntomas

Nivel cognitivo promedio, pero poco desarrollado formalmente debido al bajo nivel educativo. Expresa mediante actos sentimientos negativos o de rechazo. Conducta poco colaboradora, muestra necesidad de motivadores externos para obtener logros. Estado de salud física adecuada.

3 Áreas afectadas

- Educativo
- Social
- Familiar

4. Historia de la queja actual

Privado de libertad por robo. Refiere: "estoy aquí porque robé".

5 Historia familiar

Proviene de familia uniparental de madre, con escasos a nulos vínculos paternos.

6 Historia personal

- a Conceptualización de la condición actual manifiesta que no le gusta estar en este lugar y que la culpa no fue solo de él

- b. Historia laboral niega desempeño laboral formal.**
- c. Historia sexual afectiva. refiere haber mantenidos algunos vínculos afectivos heterosexuales con realización de actividad sexual**
- d. Otras patologías: niega**

7. Diagnóstico

Trastorno disocial de personalidad

HISTORIA CLÍNICA

1 Datos de filiación

- Participante L M
- Edad: 17 años
- Escolandad octavo grado
- Estado civil soltero

2 Síntomas

Muestra capacidad cognitiva y analítica utilizadas para satisfacer propias necesidades Destrezas sociales para interactuar con extraños según intereses propios Mantiene conducta cooperadora con iniciativa y creatividad Nivel motivacional promedio, pero con ausencia de metas. Dificultad para caminar por fractura de pierna

3 Áreas afectadas

- Educativo
- familiar

4. Historia de la queja actual

Privado de libertad por robo. Refiere: "quería estar ribetiao para la hembra, robé y me agarraron".

5 Historia familiar

Familia uniparental materna, de responsabilidad social, económica y educativa

6. Historia personal

- a Conceptualización de la condición actual: manifiesta que robó porque no tenía plata, y era la única forma de conseguirla, que a quién le robó no lo necesitaba.
- b Historia laboral: niega labor formal
- c Historia sexual afectiva: acepta actividad heterosexual con varias parejas
- d. Otras patologías: fractura de pierna

7 Diagnóstico

Trastorno disocial de personalidad

HISTORIA CLÍNICA

1 Datos de filiación

- Participante J R
- Edad 16 años
- Escolaridad séptimo grado
- Estado civil soltero

2 Síntomas

Bajo nivel cognitivo, asociado a escasa instrucción educativa. Capacidad para expresar emociones eficientemente solo de forma escrita. Mantiene mutismo selectivo. Sigue instrucciones y muestra interés por la realización de diversas actividades, aunque con dificultad. Estado de salud sano.

3 Áreas afectadas

- Educativa
- Social
- Familiar

4 Historia de la queja actual

Privado de libertad por robo. Refiere "robé, agarré cosas que no debí y por eso estoy aquí".

5 Historia familiar

Familia desintegrada, pero muestra comunicación básica eficiente.

6. Historia personal

- a Conceptualización de la condición actual manifiesta que sabe que hizo cosas malas, pero hay personas que hacen cosas peores y están en la calle
- b Historia laboral: niega antecedentes laborales formales
- c Historia sexual afectiva: refiere existencia de vínculo afectivo, pero niega historia de pareja sexual.
- Otras patologías: niega

7. Diagnóstico

Trastorno disocial de personalidad

HISTORIA CLÍNICA

1 Datos de filiación

- Participante R B
- Edad: 18 años
- Escolaridad: quinto grado
- Estado civil. soltero

2 Síntomas

Nivel cognitivo bajo, con dificultad para realizar analogías y desarrollar lenguaje adecuado. Muestra sin control estados emocionales tanto positivos como negativos con gestos, palabras y actitudes, con énfasis con acciones agresivas. Requiere alto grado de motivación y apoyo para lograr metas. Físicamente sano.

3. Áreas afectadas

- Educativo
- Social
- Familiar

4. Historia de la queja actual

Privado de libertad por robo. Refiere "robé y me agarraron".

5. Historia familiar

Familia uniparental materna, con relaciones poco eficientes hacia figura materna.

6 Historia personal

- a. **Conceptualización de la condición actual se rehúsa a expresar ideas y sentimientos referentes a acto delictivo**
- b. **Historia laboral: no cita desempeño laboral formal.**
- c. **Historia sexual afectiva. niega hacer referencia al tema**
- d. **Otras patologías niega**

7 Diagnóstico

Trastorno disocial de personalidad

HISTORIA CLÍNICA

1 Datos de filiación

- Participante E S
- Edad. 17 años.
- Escolaridad. séptimo grado
- Estado civil soltero

2 Síntomas

Capacidad cognitiva promedio, razona y analiza situaciones y consecuencias basadas en sus propias experiencias Limitada expresión afectiva, necesidad motivacional para el logro de metas Actitud de autosuficiencia y escaso contacto social Aspecto físico sano.

3 Áreas afectadas

- Educativa
- Social
- Familiar

4 Historia de la queja actual

Privado de libertad por segunda ocasión por robo. Refiere "quería cosas que no podía comprar, pero me agarraron de nuevo".

5. Historia familiar

Familia disfuncional, separada, con conflictos de comunicación

6. Historia personal

- a. Conceptualización de la condición actual reconoce error cometido, pero con incompetencias para mejora personal.

- b. Historia laboral: niega.
- c. Historia sexual afectiva: reconoce el establecimiento de vínculos amorosos con presencia de actos sexuales.
- d. Otras patologías: niega.

7. Diagnóstico

Trastorno disocial de personalidad.

HISTORIA CLÍNICA

1 Datos de filiación

- Participante E P
- Edad 17 años.
- Escolaridad séptimo grado.
- Estado civil soltero

2 Síntomas

Nivel de abstracción cognitiva adecuada, discrimina entre actos y consecuencias, justificando según sus propios valores. Aprehensión afectiva, mutismo selectivo ante aspectos emocionales. Refleja necesidad de motivadores externos para el logro de metas. Sin alteraciones físicas.

3 Áreas afectadas

- Educativa
- Social
- Familiar

4 Historia de la queja actual

Privado de libertad, debido a homicidio del padrastro. Manifiesta que "él no es culpable de lo que lo acusan, y si lo mataron era porque se lo merecía".

5 Historia familiar

Proviene de familia separada, reconstruida, con presencia de violencia tanto verbal como física, tolerada por necesidad económica.

6. Historia personal

- a **Conceptualización de la condición actual** refiere que “no tiene que estar preso porque el no es culpable, y su padrastro siempre fue malo con su mamá y ella tuvo que aguantarlo por muchos años”
- b. **Historia laboral** niega labor formal, solo desempeños eventuales de agricultura
- c **Historia sexual afectiva** niega actividad sexual
- d **Otras patologías:** niega

7 Diagnóstico

Trastorno disocial de personalidad.

HISTORIA CLÍNICA

1 Datos de filiación

- Participante E C.
- Edad: 17 años
- Escolandad séptimo grado
- Estado civil soltero.

2 Síntomas

Se muestra poco expresivo, con limitada capacidad cognitiva Expresa ausencia de emociones afectivas Poca interacción y participación social, necesidad motivacional externa para el logro de metas Buen estado físico

3 Áreas afectadas

- Educativa
- Social
- Familiar

4. Historia de la queja actual

Privado de libertad por robo. Refiere. “robé y por eso estoy aquí ahora”.

5. Historia familiar

Proviene de familia uniparental con dificultades de comunicación y económicas

6. Historia personal

- a Conceptualización de la condición actual manifiesta que está preso por un error, pero no lo volverá a hacer
- b Histona laboral. niega.

- c. Historia sexual afectiva. niega contactos sexuales, pero refiere desarrollo de vínculos afectivos con figuras del sexo opuesto.
- d. Otras patologías niega

7. Diagnóstico

Trastorno disocial de personalidad

HISTORIA CLÍNICA

1. Datos de filiación

- Participante L D L.
- Edad 18 años
- Escolaridad séptimo grado
- Estado civil soltero

2 Síntomas

Capacidad cognitiva acorde a la edad, uso poco frecuente de lenguaje verbal o corporal. Ausencia de emociones ante cuestionamientos sobre situación familiar (estado emocional aplanado) Conducta pasiva y apática. Escaso nivel motivacional. Sin aparentes alteraciones físicas

3 Áreas afectadas

- Educativa
- Social
- Familiar

4 Historia de la queja actual

Privado de libertad por robo Refiere "estoy aquí porque robé y por tonto me agarraron"

5 Historia familiar

Proviene de familia desintegrada, con dificultades económicas marcadas.

6 Historia personal

- a Conceptualización de la condición actual manifiesta que su error fue que lo "agarraron", más no el acto cometido.

- b. Historia laboral: niega desempeño laboral formal.
- c. Historia sexual afectiva: comunica experiencia sexual heterosexual.
- d. Otras patologías: niega

7 Diagnóstico

Trastorno disocial de personalidad.

HISTORIA CLÍNICA

1 Datos de filiación

- Participante C. R
- Edad 16 años
- Escolandad séptimo grado
- Estado civil. soltero

2 Síntomas

Capacidad cognitiva promedio, mayor habilidad para realizar análisis de situaciones. Expresión escasa de emociones. Conducta poco sociable, evitativa, poco cooperadora. Actitud de logro poco motivadora. Aspecto físico sano

3 Áreas afectadas

- Educativa
- Social
- Familiar

4. Historia de la queja actual

Privado de libertad por robo. Refiere: "me agarraron porque robé".

5 Historia familiar

Familia nuclear, de bajos ingresos económicos, con comunicación poco eficiente.

6 Historia personal

- a Conceptualización de la condición actual abstención de comentarios referentes a situación actual.

b. Historia laboral: niega

c. Historia sexual afectiva evita responder sobre dichos cuestionamientos

d. Otras patologías: niega

7 Diagnóstico

Trastorno disocial de personalidad

ANEXO 2

PDQ-4 CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD

Fecha _____

DATOS PERSONALES

Nombre y Apellidos _____ Sexo H M Edad _____ años

Fecha de nacimiento _____ Lugar de nacimiento _____

Estado Civil. _____ Estudios realizados: _____

INSTRUCCIONES

El objetivo de este Cuestionario es que usted describa el tipo de persona que es. Al responder las preguntas piense cómo se ha sentido, cómo ha pensado y actuado en los últimos años. Para recordar esto, en la parte superior de cada página encontrará la afirmación "En estos últimos años...". V (Verdadero) significa que la afirmación es generalmente verdadera para usted. F (Falso) significa que la afirmación es generalmente falsa para usted. Incluso si no está totalmente seguro sobre la respuesta, indique "V" o "F" en cada pregunta.

Por ejemplo, para la pregunta: xx Tiendo a ser testarudo. Si, en efecto, ha sido testarudo durante los últimos años, debería responder "Verdadero" rodeando con un círculo la V. Si no es completamente verdadero, debería responder "Falso" rodeando con un círculo la F.

No hay respuestas correctas. No hay límite de tiempo para responder.

En estos últimos años...

- 1 - Evito trabajar con personas que podrían criticarme VF
- 2 - No puedo tomar decisiones sin el consejo o el apoyo de los demás. VF
- 3 - A menudo me entretengo en los detalles y pierdo de vista el objetivo principal que pretendo VF
- 4 - Necesito ser el centro de atención .. VF
- 5 - He llegado mucho más lejos de lo que los demás me reconocen . VF
- 6 - Haría cualquier cosa para evitar que me abandonen aquellos a quienes quiero. ..VF
- 7 - La gente se queja de que no rindo en mi trabajo o no cumplo con mis obligaciones.... VF
- 8.- En diversas ocasiones he tenido problemas con la justicia (o los hubiera tenido si me hubieran cogido) VF
- 9.- No me interesa dedicar tiempo a la familia o a los amigos VF
- 10.- Encuentro mensajes especiales en las cosas que ocurren a mi alrededor VF
- 11.- Sé que, si lo permito, la gente se aprovechará de mí o intentará engañarme VF
- 12.- A veces me altero..... VF
- 13.- Hago amistad con la gente solamente cuando estoy seguro de que les caigo bien .. VF
- 14.- Generalmente estoy deprimidoVF
- 15.- Prefiero que los demás asuman las responsabilidades por mí ... VF
- 16.- Pierdo tiempo intentando hacer las cosas demasiado perfectas ... VF

- 17 - Soy mas "sexy" que la mayoría de la gente.. ... VF
- 18 - A menudo pienso en lo importante que soy o seré .. VF
- 19 - Puedo pasar del amor al odio sin razón alguna ... VF
- 20 - Me meto en muchas peleas . VF
- 21 - Siento que los demás no me entienden o no me aprecian.... VF
- 22 - Prefiero hacer las cosas solo a hacerlas con otras personas . VF
- 23.- Soy capaz de saber que algunas cosas ocurrirán antes de que sucedan
... VF
- 24 - A menudo me pregunto si las personas que conozco son realmente de
fiar. VF
- 25 - En algunas ocasiones hablo de la gente a sus espaldas .. VF
- 26 - Me inhibo en mis relaciones íntimas por miedo a hacer el ridículo . VF
- 27.- Tengo miedo a perder el apoyo de los demás si me muestro en desacuerdo
con ellos. VF
- 28 - Padezco de baja autoestima. VF
- 29 - Antepongo mi trabajo a estar con mi familia, con mis amigos o a divertirme
VF
- 30 - Muestro mis emociones fácilmente VF
- 31 - Sólo algunas personas especiales pueden apreciarme y comprenderme de
verdad . VF
- 32.- A menudo me pregunto quién soy realmente VF
- 33 - Tengo dificultades para pagar las facturas porque no permanezco mucho
tiempo en ningún trabajo . VF
- 34.- El sexo no me interesa VF

- 35 - Los demás me consideran una persona malhumorada e irascible..... .VF
- 36.- A menudo puedo percibir o sentir cosas que otros no pueden percibir o sentir VF
- 37 - Estoy seguro de que los demás utilizarán contra mí lo que les digo.VF
- 38 - Hay gente que no me cae bien. VF
- 39 - Soy más sensible a la crítica o al rechazo que la mayoría de la gente . VF
- 40 - Me cuesta empezar algo si he de hacerlo yo solo VF
- 41 - Tengo mayor sentido moral que otras personas VF
- 42 - Soy mi peor crítico VF
- 43 - Utilizo mi aspecto físico para conseguir la atención que necesitoVF
- 44.- Necesito mucho que la gente se fije en mí o me haga caso. VF
- 45 - He intentado hacerme daño o suicidarme VF
- 48.- Hago muchas cosas sin valorar las consecuenciasVF
- 47.- Hay pocas actividades que me interés enVF
- 48 - A menudo a la gente le cuesta entender lo que digo VF
- 49.- Me resisto a que mis superiores me digan cómo debo hacer mi trabajo.....VF
- 50.- Permanezco al acecho para descifrar el verdadero significado de lo que la gente dice VF
- 51.- Nunca he dicho una mentira VF
- 52 - Me da miedo conocer a nuevas personas porque me siento inferior.VF
- 53.- Quiero agradar tanto a la gente que me presto a hacer cosas que prefería no hacer VF
- 54 - He acumulado montones de cosas innecesarias de las que no sería capaz de desprenderme. VF

- 55.- Aunque hablo mucho, la gente dice que me cuesta centrarme en los temas VF
- 56 - Me preocupo por todo. VF
- 57 - Espero que los demás me hagan favores aunque generalmente yo no los haga VF
- 58 - Soy una persona muy inestable VF
- 59 - No me cuesta mentir y lo hago a menudo VF
- 60.- No me interesa tener amigos íntimos VF
- 61 - Frecuentemente estoy alerta para que no se aprovechen de mí... VF
- 62.- Nunca olvido o perdono a aquellos que me hacen daño VF
- 63 - Estoy resentido contra aquellos que tienen más suerte que yo ... VF
- 64 - Una guerra nuclear no sería una mala idea.. VF
- 65 - Cuando estoy solo me siento desamparado e incapaz de cuidar de mí mismo.... VF
- 66.- Prefiero hacer las cosas por mí mismo si los demás no son capaces de hacerlas correctamente..... .. VF
- 67 - Tengo un don para lo dramático..... .. VF
- 68.- Algunas personas piensan que me aprovecho de los demás.... .. VF
- 69.- Siento que mi vida es aburrida y vacía VF
- 70 - Soy crítico con los demás VF
- 71 - No me importa lo que diga la gente de mí. VF
- 72 - Me cuesta relacionarme con los demás VF
- 73.- La gente se queja a menudo de que no me doy cuenta de sus problemas. VF

- 74.- Por mi aspecto, la gente podría pensar que soy bastante raro, excéntrico o extraño... .VF
- 75.- Disfruto haciendo cosas amesgadas . VF
- 76 - He mentido bastante en este cuestionario ..VF
- 77.- Me quejo mucho de mi mala suerte... .VF
- 78 - Me cuesta controlar la ira o el mal genioVF
- 79 - Algunas personas me tienen envidia . VF
- 80.- Soy fácilmente influenciado por los demás... VF
- 81.- Me considero una persona ahorrativa, pero los demás me ven como un tacaño . VF
- 82 - Cuando se acaba una relación íntima, necesito buscarme otra pareja inmediatamente.VF
- 83 - Padezco de baja autoestima ... VF
- 84 - Soy pesimista . .VF
- 85.- No espero ni un momento para desquitarme de la gente que me ofende .VF
- 86.- Me pone nervioso estar rodeado de gente .. VF
- 87 - Me preocupa sentirme incómodo en las situaciones nuevas VF
- 88.- Me horroriza que me abandonen y tener que cuidar de mí mismo . VF
- 89 - La gente se queja de que soy "terco como una mula" ... VF
- 90 - Me tomo las relaciones más en serio que mis parejas. ... VF
- 91 - Puedo comportarme de manera desagradable con alguien, y pedirle disculpas inmediatamente después .. VF
- 92 - Los demás me consideran arrogante . VF

93.- Cuando estoy estresado tengo paranoias o siento que las cosas que me rodean son irreales..VF

94.- No me preocupa perjudicar a los demás si consigo lo que quiero VF

95 - Guardo las distancias con los demás VF

96 - A menudo me pregunto si mi pareja me ha sido infiel.....VF

97 - A menudo me siento culpableVF

98.- He hecho cosas impulsivamente (como las indicadas a continuación) que pueden ocasionarme dificultades... .. VF

(Ponga con una cruz las que hagan referencia a usted)

a Gastar más dinero del que tengo

b Mantener relaciones sexuales con personas que apenas conozco

c Beber en exceso

d Consumir drogas

e. Comer a base de atracones

f Conducir de forma temerana

99.- Antes de los 15 años realicé algunas conductas propias de un delincuente juvenil, como las indicadas a

continuación:

(Ponga con una cruz las que hacen referencia a usted)

a. Fui considerado un matón

b Solía iniciar peleas con otros chicos

c Usé armas en las peleas que tenía

d Robé o asalte a otras personas

e Utilicé la crueldad física contra otras personas

- f. Utilicé la crueldad física contra animales
- g. Forcé a alguien a tener relaciones sexuales conmigo
- h. Mentía mucho
- i. Pasé noches fuera de casa sin el permiso de mis padres
- j. Robé
- k. Provoqué incendios
- l. Rompí ventanas o destruí propiedades
- m. Me fugué de casa durante la noche
- n. Hice "novillos" en la escuela, antes de los 13 años
- o. Entré a la fuerza en casas, edificios o coches ajenos

POR FAVOR, COMPRUEBE SI HA RESPONDIDO A TODAS LAS PREGUNTAS.

ANEXO 3

Escala de Desesperanza de Beck (EDB)

Datos Personales

Nombre o seudónimo _____ Apellido _____
Edad ____ años Sexo Masc ____ Fem. ____ Estudia: Si ____ No ____

Inicio del Cuestionario

1. Veo el futuro con esperanza y entusiasmo

Verdadero ____ Falso ____

2 Quizás debería abandonar todo, porque no puedo hacer las cosas mejor

Verdadero ____ Falso ____

3 Cuando las cosas están mal, me ayuda pensar que no va a ser así para siempre Verdadero ____ Falso ____

4 No puedo imaginar cómo va a ser mi vida dentro de 10 años

Verdadero ____ Falso ____

5. El tiempo me alcanza para hacer lo que más deseo hacer.

Verdadero ____ Falso ____

6 En el futuro, espero tener éxito en lo que más me importa

Verdadero ____ Falso ____

7 El futuro aparece oscuro para mí.

Verdadero ____ Falso ____

8 En la vida, espero lograr más cosas buenas que el común de la gente

Verdadero ____ Falso ____

9 En realidad, no puedo estar bien, y no hay razón para estarlo en el futuro.

Verdadero ____ Falso ____

10. Mis experiencias pasadas me han preparado bien para el futuro

Verdadero ____ Falso ____

11 Más que bienestar, todo lo que veo por delante son dificultades.

Verdadero ____ Falso ____

12 No espero conseguir lo que realmente quiero

Verdadero ____ Falso ____

13 Espero ser más feliz de lo que soy ahora.

Verdadero ____ Falso ____

14 Las cosas nunca van a marchar de la forma en que yo quiero

Verdadero ____ Falso ____

15 Tengo gran confianza en el futuro

Verdadero ____ Falso ____

16 Como nunca logro lo que quiero, es una locura querer algo

Verdadero ____ Falso ____

17 Es poco probable que en el futuro consiga una satisfacción real.

Verdadero ____ Falso ____

18 El futuro aparece vago e incierto para mí

Verdadero ____ Falso ____

19. Se pueden esperar tiempos mejores que peores.

Verdadero ____ Falso ____

20. No hay razón para tratar de conseguir algo deseado, pues probablemente no lo logre

Verdadero ____ Falso ____

Fuente Escala de Desesperanza (Beck, Weissman, Lester y Trexler, 1974)

ANEXO 4

Escala de Evitación y Malestar Social (SADS)

- 1) Me siento relajado incluso en situaciones sociales desconocidas Sí ___ No ___
- 2) Intento evitar situaciones que me obligan a ser muy sociable Sí ___ No ___
- 3) Normalmente suelo estar relajado cuando estoy con personas extrañas
Sí ___ No ___
- 4) Generalmente no deseo evitar a las personas Sí ___ No ___
- 5) A menudo encuentro desagradables las situaciones sociales. Sí ___ No ___
- 6) Generalmente me encuentro tranquilo y cómodo en situaciones sociales Sí ___
No ___
- 7) Normalmente me encuentro a gusto cuando hablo con alguien del sexo
opuesto Sí ___ No ___
- 8) Procuro evitar hablar con la gente, a no ser que la conozca bien. Sí ___ No ___
- 9) Si tengo oportunidad de conocer a personas nuevas, normalmente suelo
hacerlo Sí ___ No ___
- 10) A menudo me encuentro nervioso o intranquilo cuando por casualidad me
encuentro con un grupo de personas de ambos sexos Sí ___ No ___
- 11) Si no conozco bien a la gente, generalmente suelo sentirme nervioso cuando
estoy con ellos. Sí ___ No ___
- 12) Normalmente me siento relajado cuando estoy con un grupo de personas.
Sí ___ No ___
- 13) A menudo quiero evadirme de la gente. Sí ___ No ___
- 14) Normalmente me siento cómodo cuando estoy con un grupo de personas que

no conozco.

Sí ___ No ___

15) Normalmente me siento relajado cuando conozco a alguien por primera vez.

Sí ___ No ___

16) Cuando me presentan a alguien me pongo nervioso y tenso

Sí ___ No ___

17) Puedo entrar en una sala aunque esté llena de personas desconocidas.

Sí ___ No ___

18) Normalmente suelo evitar juntarme con un grupo grande de personas.

Sí ___ No ___

19) Cuando mis superiores quieren hablar conmigo, lo hago con gusto.

Sí ___ No ___

20) Cuando estoy con un grupo de gente suelo estar muy nervioso.

Sí ___ No ___

21) Procuro evitar a las personas

Sí ___ No ___

22) No me importa hablar con gente en reuniones sociales.

Sí ___ No ___

23) Raras veces me encuentro a gusto cuando estoy con un grupo de gente.

Sí ___ No ___

24) Generalmente suelo inventar excusas para evitar los compromisos sociales

Sí ___ No ___

25) Algunas veces acepto la responsabilidad de presentar a las personas

Sí ___ No ___

26) Procuro evitar situaciones sociales formales.

Sí ___ No ___

27) Generalmente acudo siempre a cualquier compromiso social que tenga

Sí ___ No ___

28) Creo que es fácil estar relajado en presencia de otras personas.

Sí ___ No ___

Fuente: Watson, D., Friend, R.: Measurement of Social - Evaluative Anxiety
Journal of Consulting and Clinical Psychology 1969

ANEXO 5

Inventario de Autoestima (RSES)

Inicio del Cuestionario

Marque con una cruz la opción que más se ajuste a su realidad.

1 - En general, estoy satisfecho conmigo mismo

Muy de acuerdo ___ De acuerdo ___ En desacuerdo ___ Muy en desacuerdo ___

2 - A veces pienso que no soy bueno en nada

Muy de acuerdo ___ De acuerdo ___ En desacuerdo ___ Muy en desacuerdo ___

3 - Tengo la sensación de que poseo algunas buenas cualidades

Muy de acuerdo ___ De acuerdo ___ En desacuerdo ___ Muy en desacuerdo ___

4 - Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de las personas

Muy de acuerdo ___ De acuerdo ___ En desacuerdo ___ Muy en desacuerdo ___

5 - Siento que no tengo demasiadas cosas de las que sentirme orgulloso

Muy de acuerdo ___ De acuerdo ___ En desacuerdo ___ Muy en desacuerdo ___

6.- A veces me siento realmente inútil.

Muy de acuerdo ___ De acuerdo ___ En desacuerdo ___ Muy en desacuerdo ___

7 - Tengo la sensación de que soy una persona de valía, al menos igual que la mayoría de la gente

Muy de acuerdo ___ De acuerdo ___ En desacuerdo ___ Muy en desacuerdo ___

8.- Ojalá me respetara más a mí mismo

Muy de acuerdo ___ De acuerdo ___ En desacuerdo ___ Muy en desacuerdo ___

9.- En definitiva, tiendo a pensar que soy un fracasado

Muy de acuerdo ___ De acuerdo ___ En desacuerdo ___ Muy en desacuerdo ___

10 - Tengo una actitud positiva hacia mí mismo

Muy de acuerdo ___ De acuerdo ___ En desacuerdo ___ Muy en desacuerdo ___

Fuente Rosenberg, M.: Society and the adolescent self image. Society of the adolescent self-image 1965; 11(2).

ANEXO 6
NOTA DE COMPROMISO

Yo _____ consciente de mi problemática actual y preocupado por mi mejora, me comprometo a participar activamente en mi proceso terapéutico. Para esto acudiré semanalmente a una sesión hasta completar 10 en un horario de _____ De igual forma, realizaré todas aquellas asignaciones indicadas

Mostraré actitud abierta, cooperadora e interesada para lograr los objetivos establecidos en conjunto con mi terapeuta.

ANEXO 7

VALORACIÓN COGNITIVA DE FUNCIONALIDAD DE VIDA

SITUACIÓN	CREENCIA	CONSECUENCIAS	VALORACIÓN DE FUNCIONALIDAD

ANEXO 8

NOTA DE TERAPIA

Nombre del paciente _____ fecha _____ sesión _____

Puntajes objetivos _____

Plan del paciente: _____

Objetivos del terapeuta: _____

Puntos importantes de la sesión. _____

Intervención _____

Resultado _____

Antigua creencia: _____

Tarjeta para hacer preguntas después

Tarea para el hogar _____

Próxima sesión o posteriores _____

ANEXO 9

FORMULARIO PUENTE ENTRE SESIONES

¿Qué punto importante tratamos en la sesión anterior? ¿Qué aprendió usted?

¿Hubo algo que le molestara en la sesión anterior? ¿Hay algo que le cueste manifestar?

¿Cómo transcurrió la semana? ¿Cómo ha sido su estado de ánimo, comparándolo con el de otras semanas?

¿Sucedió algo esta semana que merezca ser discutido?

¿Qué problemas desea incluir en el plan?

¿Qué tareas hizo/no hizo? ¿Qué aprendió?

ANEXO 10

VALORACIÓN DE CONSECUENCIAS DE ACTOS

El registro de situaciones de malestar, así como los pensamientos que las acompañan y las provocan, nos ayuda al análisis productivo y útil para hacer mejoras.

Hecho (que ocurrió)	Pensamientos	Sentimientos	Efectos, acciones y consecuencias

Escribe también algunas situaciones de bienestar y analízalas

ANEXO 11

ESCALA DE LETALIDAD

Valore según se identifique con la situación y pensamiento surgido o conducta tomada

Cuando algo no sale como lo espero o sale de mis posibilidades:

Actos o pensamientos	Si	No
1 Utilizo lo que tenga en mano para acabar con mi vida y solucionar el problema		
2 Lloro constantemente, me aílo, me siento vacío		
3 No soy funcional en mi trabajo		
4. Peleo, gnto, discuto con familiares cercanos y compañeros de trabajo.		
5 Me siento triste e inútil		
6. Busco constantemente cuál fue mi erro y no me lo perdono		
7. Me siento incómodo y decepcionado conmigo.		
8. Pienso que es una prueba más que puedo soportar		
9 No me gusta que ocurra, pero algunas veces sucede.		

Valorar y discutir respuesta afirmativa de los primeros siete ítems Trabajar pensamientos alternativos

ANEXO 12

TARJETA DE APOYO

ESTRATEGIA PARA CUANDO ESTOY ENOJADO

- 1. Realizar registro de pensamientos disfuncionales.**
- 2. Leer tarjeta de apoyo.**
- 3. Llamar a una amiga**
- 4 Reestructurar mis pensamientos disfuncionales**
- 5 Contar hasta cien.**
- 6. Escuchar música**

ANEXO 13

METÁFORA "BEISBOL"

**La vida es como el beisbol,
donde nosotros somos el bateador,
pero también somos el árbitro
Sólo nosotros decimos cuándo estamos out
según nuestras creencias.
Hay gente que se retira al pnmer strike,
hay otros que llevan más de 17 intentos y todavía siguen**

Barno, pág 51

ANEXO 14

FORMULARIO DE RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS

Nombre del paciente _____

Fecha _____

- 1 Problema**

- 2 Significado particular pensamientos automáticos, creencias**

- 3. Respuesta al significado particular.**

- 4. Soluciones posibles**

ANEXO 15

TÉCNICA DE RELAJACIÓN MUSCULAR PROFUNDA DE JACOBSON

Desarrollada en 1974 por Jacobson, e implica el entrenamiento en el contraste de tensión-relajación. Se instruye al paciente para que alterne el tensar y liberar cada zona muscular importante: manos, brazos, pecho, hombros, la parte superior de la espalda, la parte inferior de la espalda, abdomen, trasero, muslos, músculos de la pantorrilla, pies, nuca, garganta, mandíbulas, ojos y frente. La relajación total usualmente se realiza sentándose en una silla reclinable e incluyendo todas las zonas musculares en una sesión de entrenamiento.

Slaikeu, pág 492

ANEXO 16

VALORACIÓN DE VENTAJAS Y DESVENTAJAS DE DECISIONES

Describe pensamientos negativos que tienes en una situación determinada

Ahora pregúntate:

¿Qué ventajas tengo por pensar así?

¿Qué desventajas tengo por pensar así?

<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>

Conclusión de aprendizaje

ANEXO 17

TALLER DE EMOCIONES EJERCICIO

- 1 Elige una emoción que te despierte sentimientos negativos, cualquiera que sea, pero solo una; por ejemplo, depresión, inseguridad, celos, envidia, temor, odio, humillación, desesperación, apatía, etc
2. Concéntrate en sentir esta emoción en el máximo nivel de intensidad posible, por uno o dos minutos, digamos. Si no puedes concentrarte, espera un mejor momento para hacerlo. A pesar de que se trata de un juego, bien puedes lograr inducir tu cuerpo a experimentar, al menos ligeramente, algo del sentimiento negativo que hayas elegido.
- 3 Después de sentir esta emoción negativa, escribe todo lo que hayas pensado o imaginado en el momento preciso en que se eleva tu negatividad emocional. Trata de anotar lo que te haya ocurrido; intenta no dejar de detallar nada
4. Emoción: _____
- 5 Lo que pensé fue:

6. Ahora concéntrate por segunda y última vez, pero tratando de eliminar o minimizar lo más posible el sentimiento negativo que experimentaste

Durante un minuto o dos, concéntrate exclusivamente en aminorar el “sufrimiento” sentido y en relajarte. No cambies la situación, seguimos en la misma que elevaste al estado de malestar, sólo que ahora habrás de llevarla a la escala de bienestar

7. Escribe todo lo que pensaste o imaginaste en esta segunda ocasión, hazlo en la forma más detallada posible

8 Lo que pensé o imaginé fue.

9 Compara ahora las versiones de tus pensamientos o imágenes de las dos partes del ejercicio y analiza donde predominaron las interpretaciones distorsionadas, irracionales y pesimistas de tu pensamiento El ejercicio no falla, para provocar sentimientos destructivos, tenemos que llenar nuestra mente de ideas o imágenes altamente equivocadas y desalentadoras.

10 Si deseas cambiar tu sentimiento, ¡tendrás que modificar tus pensamientos!