

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTÍN
FACULTAD DE PSICOLOGÍA, RELACIONES INDUSTRIALES Y
CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA



**“ESQUEMAS DESADAPTATIVOS TEMPRANOS EN
ADOLESCENTES CON PROBLEMAS DE CONDUCTA”**

Tesis presentada por las bachilleres:

MARYAN GLENDA FLORES PALOMINO

MARÍA PETRONILA VILCA CHOQUE

Para optar el Título Profesional de Psicólogas

Asesor:

MG. VÍCTOR HUGO ROSAS IMÁN

Arequipa - Perú

2017

DEDICATORIA

Familia, amigos y personales especiales en nuestras vidas por el apoyo incondicional en todas las circunstancias y por aportar considerablemente en nuestra vida profesional.

María y Maryan

AGRADECIMIENTO

A las Instituciones Educativas quienes nos abrieron sus puertas y nos permitieron realizar nuestra investigación, a los profesores comprometido con la labor investigativa y en especial a los estudiantes, por su colaboración desinteresada que hizo posible la culminación de la presente investigación.

Al asesor quien nos guió, incentivó y compartió sus conocimientos para la realización de la presente investigación.

PRESENTACIÓN

SEÑOR RECTOR DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTÍN

**SEÑOR DECANO DE LA FACULTAD DE PSICOLOGÍA, RELACIONES
INDUSTRIALES Y CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN**

SEÑOR DIRECTOR DE LA ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA

SEÑOR PRESIDENTE DEL JURADO DICTAMINADOR

SEÑORES MIEMBROS DEL JURADO DICTAMINADOR

Tenemos el honor de dirigirnos a ustedes con el propósito de poner a su consideración el presente trabajo de tesis titulada: “Esquemas desadaptativos tempranos en adolescentes con problemas de conducta”, el mismo que tras su revisión y dictamen favorable, nos permitirá optar el Título Profesional de Psicólogas.

Arequipa, Octubre del 2017

Bachilleres en Psicología:

FLORES PALOMINO, MARYAN GLENDA

VILCA CHOQUE, MARÍA PETRONILA

RESUMEN

El objetivo de este estudio fue conocer los Esquemas Desadaptativos Tempranos predominantes en adolescentes con problemas de conducta. Para ello se evaluó con el Cuestionario de Esquemas Desadaptativos Tempranos de Young a 155 adolescentes que puntuaron alto al Inventory de Problemas Conductuales de Achenbach. Siendo así, que la muestra quedó conformada por 87 fueron mujeres y 68 hombres, cuyas edades oscilaban entre 15 a 18 años, que cursan el 3ero, 4to y 5to de educación secundaria de las Instituciones Educativas “Arequipa” e “Independencia Americana”. Al obtener los resultados se encontró que los esquemas predominantes en estos adolescentes fueron Deprivación Emocional en más del 50% en adolescentes de ambos sexos, seguido de Estándares Inflexibles 1/Autoexigencia presente en el 33.3% de las mujeres, mientras que en el caso de hombres fue el Esquema Insuficiente Autocontrol/Autodisciplina con un 22.1%, y como último esquema predominante en ambos sexos fue Desconfianza y Abuso, presente en 32.2% de las mujeres y 19.1% de los hombres. Esto nos indica que la mayoría de adolescentes con problemas de conducta tiene creencias relacionadas a que el propio deseo de conexión emocional no será satisfecho, están convencidos de que las otras personas los perjudicarán, engañarán o se beneficiarán de ellos. Sienten que deben esforzarse mucho por satisfacer estándares internos muy altos en el caso de las mujeres, mientras que los hombres no pueden ejercer autocontrol, ni tolerancia a la frustración para alcanzar objetivos personales.

Palabras claves: Adolescencia, problemas de conducta, esquemas desadaptativos tempranos.

ABSTRACT

The objective of this study was to know the predominance of Early Disadaptive Schemes regimens in adolescents with behavioral problems. For that, 155 adolescents were evaluated with Young's Early Disadaptive Schemes Questionnaire, but before they scored high on Achenbach's Inventory of Behavioral Problems. Thus, the population was made up of 87 women and 68 men, whose ages ranged from 15 to 18 years old, who are enrolled in the 3rd, 4th or 5th year of secondary education of the "Arequipa" and "Independencia Americana" Educational Institutions. When the results were obtained it was found that the predominant schemes in these adolescents were Emotional Deprivation in more than 50% in adolescents of both sexes, followed by Inflexible Standards 1 / Self-demand present in 33.3% of the women, whereas in the case of men was the Insufficient Self-Control / Self-Discipline Scheme with 22.1%, and as the last predominant scheme in both sexes was Distrust and Abuse, present in 32.2% of the women and 19.1% of the men. This indicates that the majority of adolescents with behavioral problems have beliefs that their own desire for emotional connection will not be satisfied, they are convinced that other people will harm, deceive or benefit from them. They feel that they must strive hard to meet very high internal standards in the case of women, while men don't have self-control or tolerance of frustration to achieve personal goals.

Keywords: Adolescence, behavior problems, early disadaptive schemes.

ÍNDICE

DEDICATORIA	i
AGRADECIMIENTO	ii
PRESENTACIÓN	iii
RESUMEN	iv
ABSTRACT	v
ÍNDICE	vi
ÍNDICE DE FIGURA	x
ÍNDICE DE CUADRO	x
ÍNDICE DE TABLA	x
INTRODUCCIÓN	xii

CAPÍTULO I

LA INVESTIGACION

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
2. OBJETIVOS	4
3. HIPÓTESIS	4
4. IMPORTANCIA DEL ESTUDIO	4
5. ANTECEDENTES	9
6. LIMITACIONES	12
7. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS	12
8. VARIABLES E INDICADORES	13
9. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	14

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

1. ESQUEMAS DESADAPTATIVOS TEMPRANOS	15
A. Visión histórica de esquemas.....	15
B. Definiciones del termino esquema.....	16

C.	Características de esquemas.....	18
D.	Definición de Esquemas Desadaptativos Tempranos.....	18
E.	Características de los Esquemas Desadaptativos Tempranos.....	19
F.	Orígenes de los Esquemas Desadaptativos Tempranos.....	21
a.	Necesidades emocionales nucleares	22
b.	Experiencias vitales precoces	22
c.	Temperamento emocional	23
G.	Operaciones de esquemas	24
a.	Perpetuación de esquemas	24
(1)	Distorsiones cognitivas	25
(2)	Patrones vitales contraproducentes	25
(3)	Estilo y respuesta de afrontamiento disfuncionales.....	25
(a)	Rendición del esquema	27
(b)	Evitación del esquema	28
(c)	Sobre compensación del esquema	28
b.	Cambio de esquemas	30
H.	Dimensiones de los esquemas y Esquemas Desadaptativos Tempranos..	30
a.	Dimensión I: Desconexión y rechazo	34
	El esquema de Abandono/Inestabilidad.....	34
	El esquema de Desconfianza/Abuso	35
	El esquema de Deprivación emocional.....	35
b.	Dimensión II: Desempeño y autonomía deficiente	35
	El esquema de la Vulnerabilidad al peligro y la enfermedad	36
	El esquema de Entrampamiento/yo inmaduro	36
c.	Dimensión III: Límites insuficientes.....	36
	El esquema de Derecho/Grandiosidad	37
	El esquema de Insuficiente autocontrol/Autodisciplina.....	37
d.	Dimensión IV: Tendencia hacia el otro	37
	El esquema de Autosacrificio	38
e.	Dimensión V: Sobrevigilancia e inhibición	38
	El esquema de Inhibición Emocional.....	38
	El esquema de Estándares inflexibles 1/Autoexigencia.....	39
	El esquema de Estándares inflexibles 2/Perfeccionismo	39

2. PROBLEMAS DE CONDUCTA	39
A. Definiciones asociadas a problemas de conducta	39
B. Curso Evolutivo de los problemas de conducta.....	50
C. Problemas de conducta y Adolescencia.....	50
a. Definición de Adolescencia	50
b. Adolescencia como etapa de transición	51
c. Etapas de la Adolescencia.....	51
d. El adolescente con problemas de conducta en su contexto	53
D. Origen de los problemas de conducta	54
3. MODIFICACIÓN DE ESQUEMAS	56
A. Diagnóstico de esquemas	56
a. Fase de evaluación y educación	57
b. Fase de cambio.....	57
(1) Técnicas cognitivas.....	58
(2) Técnicas experienciales	58
(3) Ruptura de patrón conductual	59
(4) La relación terapeuta-paciente	60

CAPITULO III METODOLOGÍA

1. ENFOQUE, ALCANCE Y DISEÑO	61
2. SUJETOS.....	62
a. Población.	62
b. Muestra	62
c. Criterios	62
3. INSTRUMENTOS	63
4. PROCEDIMIENTO.....	68

CAPITULO IV RESULTADOS

1. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS	70
---	----

DISCUSIÓN	88
CONCLUSIONES	98
RECOMENDACIONES	99
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	100
ANEXOS.....	108

ÍNDICE DE FIGURA

Figura 1: Esquemas precoces desadaptativos con dimensiones asociadas.....30

ÍNDICE DE CUADRO

Cuadro 1: Definiciones para el término problemas de conducta45

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Distribución de la población según edad, sexo y tipo de familia.....71

Tabla 2: Distribución de la población según procedencia72

Tabla 3: Índice de adolescentes con problemas de conducta según sexo73

Tabla 4: Esquemas Desadaptativos Tempranos en los adolescentes con problemas de conducta según sexo74

Tabla 4.1: Esquema Deprivación Emocional en los adolescentes con problemas de conducta según sexo76

Tabla 4.2: Esquema Abandono/Inestabilidad en los adolescentes con problemas de conducta según sexo77

Tabla 4.3: Esquema Desconfianza/Abuso en los adolescentes con problemas de conducta según sexo78

Tabla 4.4: Esquema Vulnerabilidad al daño y a la enfermedad en los adolescentes con problemas de conducta según sexo79

Tabla 4.5: Esquema Entrampamiento/Yo inmaduro en los adolescentes con problemas de conducta según sexo80

Tabla 4.6: Esquema Derecho/Grandiosidad en los adolescentes con problemas de conducta según sexo81

Tabla 4.7: Esquema Insuficiente Autocontrol/Autodisciplina en los adolescentes con problemas de conducta según sexo82

Tabla 4.8: Esquema Autosacrificio en los adolescentes con problemas de conducta según sexo83

Tabla 4.9: Esquema Inhibición Emocional en los adolescentes con problemas de conducta según sexo.....	84
Tabla 4.10: Esquema Estándares inflexibles 2/Perfeccionismo en los adolescentes con problemas de conducta según sexo	85
Tabla 4.11: Esquema Estándares inflexibles 1/Autoexigencia en los adolescentes con problemas de conducta según sexo	86
Tabla 5: Dimensiones predominantes en los adolescentes con problemas de conducta según sexo	87

INTRODUCCIÓN

La adolescencia es una etapa de transición entre la infancia y la edad adulta. Es un periodo de desarrollo biológico, social, emocional y cognitivo que, si no se trata satisfactoriamente, puede llevar a problemas afectivos y de comportamiento en la vida adulta (Aguirre, 1994, p. 10).

Según el informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2003) señala que el 20% de los niños y adolescentes del mundo sufren alguna enfermedad discapacitante, siendo el suicidio la tercera causa de muerte entre los adolescentes. El mismo estudio señala que los trastornos del comportamiento tienden a persistir de la adolescencia a la etapa adulta, asociándose en algunos casos a problemas conyugales, desempleo, comportamiento antisocial, delincuencia y deficiente estado de salud física (Andina, 2012, párr. 4-5).

Conforme el Análisis de la Situación de Salud de los y las adolescentes en el Perú, nos indica que más adolescentes están involucrados en conductas de riesgo para la salud a edad más temprana, así la mayoría de los jóvenes están involucrados en algún tipo de conducta personal que amenaza su salud y bienestar. Actualmente en esta población las amenazas son predominantemente de conducta y no biomédicas (Calle, 2013).

Diario El Pueblo (2016) nos dice que uno de los grandes problemas que deben afrontar los maestros es el descontrol de algunos estudiantes, influidos por una serie de factores como el consumo de alcohol, drogas, la adicción a los videojuegos o la violencia familiar. Un ejemplo de ello ocurre en el colegio de Cerro Colorado, donde la Subdirectora afirma que en promedio por salón de 5 de 30 estudiantes presentan

problemas de conducta, además precisa que como mínimo se requieren tres profesionales en psicología (párr. 1-6).

Haciendo referencia a los problemas de conducta en los adolescentes. Freyre (1994) nos dice que se refieren a conductas inapropiadas, menores, transitorias y situacionales tales como; mentir, ausentarse injustificadamente del colegio, vagabundear, sustraer cantidades pequeñas de dinero del hogar, pintarrajear paredes, ocasionar desorden en lugares públicos, etc. La mayoría de ellos comete estos casos por razones circunstanciales (como mentir, por ejemplo) o por experimentar una vivencia emocionante, aventurera, anecdótica u osada (pp. 617,618).

Debido a la importancia de la búsqueda de autonomía producto de la consecución de la identidad en la adolescencia, es que se pone de manifiesto, la importancia de la relación del adolescente con sus padres u otros significativos en la constitución de su personalidad la cual se ve influenciada por los factores de riesgo y protección que la rodean (Londoño, Aguirre y Naranjo, 2012, p. 34).

En este sentido el modelo cognitivo conductual, se basa en la idea de que las dificultades emocionales y conductuales de los adolescentes son principalmente el producto de procesos cognitivos desadaptativos, donde la expresión procesos cognitivos se refiere a pensamientos, creencias, expectativas, actitudes y atribuciones (Nicolson y Ayers, 2001, p. 42).

Al respecto, Young (1990), propone que pueden existir conductas desadaptadas, que están directamente relacionadas con la existencia de unos Esquemas Desadaptativos Tempranos (EDT), los cuales sirven para indicar las estructuras mentales relativamente estables y duraderas que se elaboran durante la infancia y se desarrollan a través de la vida del individuo y sirven como determinantes del procesamiento de experiencias posteriores (Citado en Londoño, et al., 2012, p. 24).

De esta forma se entiende que los esquemas desadaptativos se desarrollan durante la infancia de un individuo, debido a patrones constantes de experiencias nocivas que experimenta un individuo al relacionarse con su entorno (padres, hermanos, amigos), más que la consecuencia de un evento traumático particular, estos esquemas son el producto de las interacciones entre experiencias disfuncionales de quienes rodean al niño y su propio temperamento innato (Jaller y Lemos, 2009, p. 78).

Lo anteriormente mencionado evidencia la problemática sobre los problemas de conducta en los adolescentes, por ello es que surge la investigación en torno a qué Esquemas Desadaptativos Tempranos predominan en estos adolescentes.

Así, en el estudio realizado por Londoño, et al. (2012) Sobre Esquemas Maladaptativos Tempranos en alumnos con “contrato pedagógico disciplinar” -siendo este un conjunto de códigos y pactos implícitos y explícitos que regulan los comportamientos, interacciones y relaciones de los docentes y el alumnado- se encontró que el Esquema Maladaptativo Temprano con más prevalencia fue vulnerabilidad al daño y a la enfermedad, así como Derecho/Grandiosidad y Autocontrol e Insuficiencia, pudiéndose afirmar que el mal comportamiento podría deberse a la creencia del adolescente de estar siempre corriendo el riesgo de sufrir una catástrofe natural médica, sintiéndose incapaces de prevenir, pero al mismo tiempo creen tener derechos y privilegios especiales que los hace sentirse capaz de hacer o tener lo que desean. Sin embargo esta investigación presenta ciertas limitaciones, una de ella constituye sus criterios de inclusión de la muestra, ya que se basan solo en adolescentes que han tenido algún contrato pedagógico disciplinar, siendo este una herramienta poco objetiva e insuficiente para determinar un mal comportamiento o problema de conducta, así también no realizaron diferencia en cuanto al sexo.

Otros estudios donde se vincula al ámbito familiar como influencia en conductas disruptiva en adolescentes -siendo este concepto entendido como conjunto de conductas inapropiadas que retrasan o impiden el proceso de enseñanza y aprendizaje- es el realizado por Martínez, Estévez, y Jiménez (2003) cuyo objetivo principal de la investigación fue identificar los factores del funcionamiento familiar que pueden relacionarse con la participación del adolescente en conductas de tipo transgresor, especialmente en el recinto escolar. La muestra estuvo conformada por 1068 adolescentes de ambos sexos y edades comprendidas entre los 11 y los 16 años, escolarizados en centros de enseñanza de la Comunidad de Valencia, España. Los resultados obtenidos en el estudio revelan que las familias de aquellos sujetos que frecuentemente manifiestan comportamientos disruptivos, se caracterizan por la presencia de problemas de comunicación, así como por el uso de estrategias disfuncionales de resolución de conflictos; destaca especialmente el hecho de que la agresión, tanto física como verbal, suele estar presente en dichas familias, dirigida de un

conyuge hacia otro, o de uno de los conyuges al hijo adolescente, finalmente el estudio hace hincapié en la relevancia del clima familiar como factor determinante en la génesis de los problemas de conducta en la adolescencia. Sin embargo solo pretende conocer aquellos aspectos referidos a la comunicación y a las estrategias de resolución de conflictos familiares dejando de lado otros aspectos de la vida del adolescente.

A diferencia de los países en que se han realizado las anteriores investigaciones. En el Perú, hasta el momento, ha llamado poco la atención de investigar respecto a problemas de conducta en adolescentes. Puesto que solo se ha averiguado la prevalencia de problemas conductuales. Majluf (1999) realizó una investigación en donde la muestra estuvo constituida por 908 adolescentes de Lima, donde los resultados nos indican que un 2% del grupo control (adolescentes normales) y un 9% del grupo experimental (muestra clínica), presentaron altos índices de problemas conductuales. Sin embargo es probable que los porcentajes se hubieran elevado de 15 a 18 % de haber contado con un grupo control mayor, siendo esto una limitación, así también solo se vio la prevalencia más no los factores asociados, para una mejor intervención en esta población.

De igual forma Alarcon y Bárrig (2015) siguiendo la línea de Majluf se propusieron conocer las conductas internalizantes y externalizantes de los adolescentes de ambos sexos, entendidas como manifestaciones de comportamientos ansiosos, depresivos y problemas somáticos, así también incluyen problemas relacionados con agresividad, falta de atención, desobediencia y conducta delictiva. Encontrando diferencias respecto al sexo; las mujeres puntuaron más alto en problemas internalizantes y los varones en problemas externalizantes. Si bien es cierto aportaron en la descripción de las conductas problemáticas, continua existiendo una limitación con respecto a los pensamientos, creencias de estos adolescentes.

Esto nos alerta a una mayor demanda de atención de los adolescentes, puesto que los porcentajes anteriormente mencionados indican que la problemática en esta población puede ir en aumento.

Así también, a medida que los problemas de conducta persisten en los adolescentes, con frecuencia evolucionan a adultos con trastornos de la personalidad, dados al consumo de alcohol o de tóxicos, y que continúan mostrando trastornos de

conducta o, como ocurre en el caso de las mujeres, presentan trastornos afectivos (Proyecto Esperi, 2005).

Es por ello que la presente investigación tiene como objetivo fundamental: Conocer los Esquemas Desadaptativos Tempranos predominantes en los adolescentes con problemas de conducta. Todo esto, visto como un punto de partida para que estudiantes universitarios y profesionales de la psicología exploren los métodos eficaces para intervenir ante este problema. Pero más allá de esta necesidad, está la de generar estrategias que aporten alguna posibilidad de prevención en el ámbito familiar en edades tempranas, bajo un enfoque cognitivo brindando herramientas a padres y demás involucrados en la crianza del adolescente.

Para esto centra su atención en adolescentes de tercero hasta quinto año de educación secundaria de dos Instituciones Educativas nacionales y representativas, ya que esta población es de vital importancia, ya sea por su misma etapa, como por la relación con sus padres u otros significativos, puesto que van a contribuir en la formación de su personalidad (Estévez, Murgui, Moreno y Musitu, 2007).

Esta investigación se realiza bajo el enfoque cuantitativo ya que utiliza la recolección de datos para probar hipótesis con base en la medición numérica y el análisis estadístico. También utilizará el diseño transversal descriptivo, ya que se describirá dos variables, las cuales son Esquemas Desadaptativos Tempranos y Problemas de Conducta (Hernández, Fernández y Baptista, 2014, p. 4).

La presente investigación se divide en cuatro partes: En el Capítulo I se presenta el planteamiento del problema, la justificación, los alcances y limitaciones de la misma y también los objetivos y la relevancia de la investigación. En el Capítulo II se hace la revisión de la literatura, en el Capítulo III se abordan los aspectos metodológicos, en el Capítulo IV se muestra los resultados y la interpretación de los mismos y finalmente encontramos la discusión, conclusiones y recomendaciones de este trabajo de investigación.

Se pone a consideración de los Señores miembros del jurado que la presente investigación debe ser valorada en su magnitud, teniendo en consideración el tipo de método y diseño de investigación empleados.

CAPÍTULO I

LA INVESTIGACIÓN

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Todas las personas aprendemos a ser como somos a través de una infinidad de variables que ocurren en nuestro desarrollo, estructuramos nuestra personalidad en función de creencias que vamos incorporando por medio de nuestros vínculos y experiencias, en primera instancia con la familia, así como en la escuela, comunidad o con personas significativas del entorno. Si una vez fuimos abandonados, criticados, sobreprotegidos, maltratados, o rechazados, en cierta manera nos perjudicaron y son estas experiencias las que conforman una parte de nosotros, determinando como pensamos, sentimos y la forma como nos relacionamos con los demás. Algunos de nuestros aprendizajes tempranos pueden ayudarnos a comprender el porqué de nuestros problemas actuales, esto es a lo que se conoce como Esquemas desadaptativos tempranos.

Bajo este preámbulo, la familia se convertiría en el modelo del cual aprendemos y forjamos nuestra personalidad. Al ser la adolescencia la etapa en que esto ocurre, además de muchos cambios a nivel físico, psíquico y social, es necesario para el adolescente adaptarse a los mismos, sin embargo el éxito que tendrá, dependerá en gran medida de la forma en que se le preparó en la niñez. En términos generales como propone Jung (1999) la satisfacción de las necesidades básicas de todo niño, como el afecto, la autonomía, que permite que el niño sea

responsable de sus actos; la expresión de las emociones, la espontaneidad y el juego, así como los límites realistas y autocontrol permitirá un adecuado crecimiento y desarrollo de este.

Centrándonos en los adolescentes, Calle (2013) nos dice que, cada vez más de ellos están implicados en conductas de riesgo para la salud, y actualmente en esta población las amenazas son predominantemente de conducta y no biomédicas. En este sentido Achenbach y Rescorla (2000) describen los problemas de conducta de acuerdo a su predominancia; entre ellos podemos encontrar comportamientos en que los adolescentes dirigen sus emociones y sentimientos hacia el interior y por otro lado aquellos en los que muestran sus problemas hacia el exterior a través de un comportamiento agresivo. De esta manera se puede observar adolescentes involucrados en más situaciones conflictivas, que se presentan en forma reiterativa y que los predisponen a futuras patologías; otros se encuentran en riesgo, ya que sus conductas problema pueden ser momentáneas o ir en aumento y finalmente encontramos a aquellos adolescentes que solo han presentado alguna vez o nunca una conducta problema.

El modelo cognitivo conductual explica que las dificultades emocionales y conductuales de los adolescentes son principalmente el producto de procesos cognitivos desadaptativos, donde la expresión procesos cognitivos se refiere a pensamientos, creencias, expectativas, actitudes y atribuciones. (Nicolson y Ayers, 2001, p. 42), a lo que Young (1990) denominó Esquemas Desadaptativos Tempranos (Citado en Londoño, et al., 2012, p. 24).

Respecto a los esquemas desadaptativos presentes en esta población, se encontró un estudio en Colombia, realizado por Londoño, et al. (2012), quienes describieron el predominio de estos esquemas en el comportamiento de adolescentes. Los resultados indicaron que el Esquema con más prevalencia fue, Vulnerabilidad al daño y a la enfermedad, así como Derecho y grandiosidad y Autocontrol e Insuficiencia, pudiéndose afirmar que la mala conducta del adolescente podría deberse a la creencia del adolescente de estar siempre corriendo el riesgo de sufrir una catástrofe natural médica, sintiéndose incapaces de prevenirlo, pero al mismo tiempo creen tener derechos y privilegios especiales que los hace sentirse capaz de hacer o tener lo que desean.

En nuestro país y más aún en nuestra región, la literatura y las investigaciones en torno a los adolescentes con problemas de conducta es escasa, sin embargo fue Majluf (1999), el primero en estudiar esta problemática en la ciudad de Lima, centrándose en describir las conductas problema reportadas por adolescentes tanto de población normativa como clínica, encontrando que las mujeres reportaron mayores puntuaciones que los hombres en el rango considerado patológico, concluyendo que la cifras encontradas se hubiesen elevado de contar con una mayor población de estudio.

Los problemas de conducta son cada vez más frecuentes, ya que tienen graves consecuencias para los adolescentes, el ámbito familiar, la escuela y sociedad en general. Lo referido sugiere el valor de abordar los factores que podrían explicar y predecir la presencia de problemas de conducta en los adolescentes

Es por ello que en esta investigación queremos conocer el predominio de los esquemas desadaptativos tempranos en los adolescentes con problemas de conducta de dos Instituciones Educativas Estatales de la ciudad de Arequipa, para que a partir de ello contribuir en el desarrollo de programas de intervención y atención primaria en salud, así como orientar el rumbo del manejo terapéutico en los adolescentes y su ámbito familiar, puesto que en el seno de la familia se establecen las relaciones que permiten el desarrollo saludable de sus miembros, dentro de estos el propio adolescente, quien tiene que lograr una identidad coherente que fortalezca la conformación de su personalidad.

Por todo lo anteriormente expuesto, nos planteamos la siguiente pregunta de investigación.

¿Cuáles son los Esquemas Desadaptativos Tempranos predominantes en adolescentes con problemas de conducta?

2. OBJETIVOS

A. Objetivo General

Conocer el predominio de los Esquemas Desadaptativos Tempranos en los adolescentes con problemas de conducta de dos Instituciones Educativas Estatales de la ciudad de Arequipa.

B. Objetivos Específicos

- a. Identificar las características personales relevantes de los adolescentes de ambos sexos de 3ro, 4to y 5to de educación secundaria de dos Instituciones Educativas Estatales de la ciudad de Arequipa.
- b. Determinar el índice de adolescentes con problemas de conducta de ambos sexos de 3ro, 4to y 5to de educación secundaria de dos Instituciones Educativas Estatales de la ciudad de Arequipa.
- c. Analizar los Esquemas Desadaptativos Tempranos predominantes en los adolescentes con problemas de conducta según sexo de dos Instituciones Educativas Estatales de la ciudad de Arequipa.
- d. Analizar las dimensiones predominantes en los adolescentes con problemas de conducta según sexo de dos Instituciones Educativas Estatales de la ciudad de Arequipa.

3. HIPÓTESIS

“Los adolescentes con problemas de conducta presentan predominio de los esquemas Privación Emocional, Insuficiente Autocontrol/Autodisciplina y Derecho/Grandiosidad”.

4. IMPORTANCIA DEL ESTUDIO

La adolescencia se define como la transición de la infancia a la edad adulta, tiene su expresión más evidente en la madurez biológica, por ser una condición natural, así mismo hay una preocupación por la identidad emergente, acompañado

de cambios en la esfera psicológica que incluye el concepto de sí mismo. Estos cambios generan en la mayoría de los adolescentes, situaciones de estrés y tensión, al respecto Arnett (1999) señala que, esta etapa no solo resulta dificultosa para el propio adolescente, sino también para las personas que lo rodean. Según el autor dicha dificultad está directamente relacionada con tres aspectos: mayores niveles de conflicto con los padres, alteraciones del estado de ánimo y mayor implicación en conductas de riesgo (Citado en Mayorga, 2013).

Kazdin (2003) considera dentro de los comportamientos de riesgo, el uso ilícito de sustancias, ausentismo escolar, suspensiones, robos, vandalismo y sexo precoz y sin protección. Estos son referidos como tales, debido a que aumentan la probabilidad de una variedad de resultados adversos, tanto en lo psicológico, social como de salud (Citado en Paramo, 2009, p. 83).

Por otro lado Florenzano (1998) propone, dentro de los factores más comunes que determinan las conductas riesgosas, la edad, ya que mientras más temprano aparezca cualquier conducta riesgosa, mayor intensidad adquirirá y más consecuencias negativas se producirán a lo largo del tiempo. Por lo tanto se podría decir que existen numerosos factores en el universo adolescente, que estarían disparando ciertas conductas de riesgo e influenciando, en parte, en algunas de las patologías más frecuentes de esa edad (Citado en Paramo, 2009, p. 83).

Según el Documento Técnico "Análisis de Situación de Salud de las y los adolescentes" elaborado por la Etapa Vida Adolescente y Joven del Ministerio de Salud, a nivel mundial las y los adolescentes representan el 20% de la población total y el Perú ocupa el séptimo lugar como país con mayor población alcanzando el 20.72%, superando cuantitativamente a la población infantil (MINSA, 2009, p. 16).

Así también Calle (2013) según el Análisis de la Situación de Salud de los y las Adolescentes en el Perú, nos dice que las amenazas actuales en esta población son predominantemente de conducta y no biomédicas, por lo que más adolescentes están involucrados en conductas de riesgo a una edad más temprana. Muchos, aunque no todos, los adolescentes se involucran en múltiples conductas de salud riesgosas simultáneamente. Además la mayoría de estos jóvenes están involucrados en algún tipo de conducta personal que amenaza su salud y bienestar.

Por ello, los problemas de conducta se han convertido en la principal demanda de atención en salud mental en el colectivo de adolescentes. Freyre (1994) nos dice que se refieren a conductas inapropiadas, menores, transitorias y situacionales tales como; mentir, ausentarse injustificadamente del colegio, vagabundear, sustraer cantidades pequeñas de dinero del hogar, pintarrajear paredes, ocasionar desorden en lugares públicos, etc. (p. 617).

Así mismo Achenbach y Rescorla (2000) clasificaron los problemas de conducta, en cuanto a su presentación predominante; internalizante y externalizante. Los problemas que se denominan internalizantes reflejan dificultades con el self o el sí mismo, por ejemplo, reacciones emocionales como ansiedad, depresión, quejas de somatizaciones sin ninguna causa médica y aislamiento al contacto social, entre otros. Por el contrario los problemas que se denominan externalizantes se perciben cuando aquellos individuos muestran o exhiben el desorden de conducta como tal con otras personas, por ejemplo, presentar problemas de conducta, pobre concentración, hiperactividad, comportamiento desafiantes, desobediencia e irritabilidad (Citado en Berrio, Gardeazabalt, Posada y Romero, 2004, p. 10).

En el Perú la investigación respecto a los problemas de conducta es escasa, así también en nuestra región Arequipa, donde no se encontraron estudios referidos a tal problemática. Esto nos alerta a la mayor demanda de atención de los adolescentes con problemas de conducta puesto que los casos pueden ir en aumento.

La investigación centrada en el desarrollo de problemas de conducta en la adolescencia destaca la importancia que ejercen las relaciones inmediatas del adolescente, con las figuras significativas como padres, pares y docentes en la conformación de su identidad (Londoño, et al., 2012, p. 35).

Sabemos por las investigaciones de seguimiento de menores con trastornos del comportamiento que una de las principales variables que pueden mejorar el pronóstico es la detección y tratamiento precoz. Dejados a su propia evolución, los adolescentes con frecuencia evolucionan a adultos con trastornos de la personalidad, dados al consumo de alcohol o de tóxicos, y que continúan mostrando

trastornos de conducta o, como ocurre en el caso de las mujeres, presentan trastornos afectivos. La gravedad de los trastornos, la cantidad de conductas antisociales diferentes capaces de desplegar o la edad de inicio son otros aspectos importantes de cara al pronóstico (Proyecto Esperi, 2005).

Siguiendo la línea del autor, los Esquemas Desadaptativos Tempranos se dividen en cinco dimensiones, que son: Desconexión y Rechazo, haciendo referencia a las expectativas de que las propias necesidades de seguridad, estabilidad, cuidados, empatía, sentimientos compartidos, aceptación y respeto, no serán satisfechas de un modo predecible; Desempeño y Autonomía deficiente, que son las expectativas acerca de uno mismo y del ambiente que interfieren con la habilidad percibida para sobrevivir y funcionar independientemente; Límites Insuficientes, donde se encuentra deficiencia en los límites internos que dificulta respetar los derechos de otros o cumplir los objetivos personales; Tendencia hacia el otro, que es la concentración excesiva en los deseos, sentimientos y respuestas de los demás, a expensas de las propias necesidades para ganar amor y aprobación, mantener el sentido propio de conexión, o evitar la retaliación; y Sobrevigilancia e Inhibición, donde se hace excesivo en la supresión de los propios sentimientos, impulsos y elecciones espontáneos o en el acatamiento de reglas y expectativas rígidas internas, acerca del desempeño y la conducta ética; con frecuencia sacrificando la felicidad, la autoexpresión, la tranquilidad, las relaciones cercanas o la salud. Al interior de estas dimensiones se agrupan los diferentes Esquemas Desadaptativos Tempranos, los cuales son disfuncionales y llevan de manera significativa a desempeño inadecuado y dificultades en las relaciones (Young, Klosko y Wheiser, 2013, pp. 46-49).

Hemos localizado como principal antecedente de investigación, el trabajo realizado por Londoño, et al. (2012) sobre “Esquemas maladaptativos Tempranos en alumnos con contrato pedagógico disciplinar”, esto en una muestra de adolescentes de 15 a 18 años de nacionalidad colombiana. Tuvo como principal objetivo, describir el predominio de estos esquemas en el comportamiento de los estudiantes, encontrando que el Esquema Desadaptativo Temprano con más prevalencia, fue vulnerabilidad al daño y a la enfermedad, así como Derecho y grandiosidad y Autocontrol e Insuficiencia, pudiéndose afirmar que la mala

conducta del adolescente podría deberse a la creencia del adolescente de estar siempre corriendo el riesgo de sufrir una catástrofe natural médica, sintiéndose incapaces de prevenirlo, pero al mismo tiempo creen tener derechos y privilegios especiales que los hace sentirse capaz de hacer o tener lo que desean. Sin embargo esta investigación presenta ciertas limitaciones, una de ellas constituye sus criterios de inclusión de la muestra, ya que se basan solo en adolescentes que han tenido algún contrato pedagógico disciplinar, siendo ello no suficiente para determinar un problema de conducta.

En el marco de esta investigación, se cree que los adolescentes con problemas de conducta presentan estructuras cognitivas desadaptativas que guían su comportamiento, que está dado por pensamientos, creencias, sensaciones, percepciones y expectativas sobre ellos y su entorno.

Por consiguiente la presente investigación pretende conocer los Esquemas Desadaptativos Tempranos predominantes en los adolescentes de 3ro, 4to y 5to de secundaria con problemas de conducta de dos Instituciones Educativas Estatales de la ciudad de Arequipa. Este estudio se realizó bajo el enfoque cuantitativo, utilizando el diseño transversal descriptivo, ya que se describe las variables, esquemas desadaptativos tempranos y problemas de conducta. Para lo cual utilizamos la versión adaptada al español del Inventory of Problematic Conductual Schemas de Achenbach (1991), estandarizado por Majluf (1999) en nuestro medio, el cual permite identificar a los adolescentes con problemas de conducta. Además del Cuestionario de Esquemas de Young, YSQ-L2, que nos proporciona datos sobre los esquemas desadaptativos tempranos en los adolescentes con problemas de conducta.

Se decidió trabajar con estudiantes de tercero hasta quinto año de educación secundaria, por considerar que en esta etapa se da la fijación de la identidad, personalidad y es la edad promedio para evitar psicopatologías que se alargan en el transcurso de la vida, así mismo comprende edades en las que docentes y padres de familia reportan mayores conflictos de tipo comportamental y emocional.

Se considera importante que la psicología investigue en este campo ya que a nivel profesional, brinda material bibliográfico actualizado sobre la teoría de los Esquemas Desadaptativos Tempranos, lo que posibilitará la divulgación de dicho

tema entre padres de familia, estudiantes de psicología y profesionales psicólogos especialmente del área clínica y educativa, generando aportes para la posterior intervención de problemas de conducta, teniendo como eje fundamental la valoración de los Esquemas Desadaptativos Tempranos. Además, posibilitará el posterior desarrollo de programas de promoción y prevención que contengan aspectos educativos, sociales, personales y culturales que eviten la perpetuación de Esquemas Desadaptativos Tempranos, ya que éstos surgen como consecuencia de experiencias disfuncionales con las personas significativas de nuestra vida, sobre todo, en los primeros años de la vida.

5. ANTECEDENTES

Luego de realizar la revisión de antecedentes se ha encontrado algunos estudios relacionados, así tenemos que:

El estudio realizado por Alarcón y Barrig (2015), siguiendo la línea de Majluf (1999) tuvo como objetivo, conocer las conductas internalizantes y externalizantes reportadas por adolescentes estudiantes de secundaria. La muestra estuvo compuesta por 298 estudiantes entre 12 a 18 años de ambos sexos de dos instituciones educativas públicas, donde la mayoría se encontraba cursando el 4to año de secundaria. La muestra se seleccionó de manera no probabilística, por conveniencia. Se utilizó el autorreporte de jóvenes entre 11 y 18 años (YSR 11-18, Achenbach y Rescorla, 2001) para identificar las conductas internalizantes y externalizantes y sus respectivas dimensiones. Los resultados demostraron diferencias significativas por sexo. Las mujeres puntuaron más alto que los hombres en ansiedad depresión, quejas somáticas, problemas de atención, y conductas internalizantes, mientras que los hombres puntuaron más alto en rompimiento de reglas y conductas externalizantes.

Londoño, et al. (2012) describió los Esquemas Maladaptativos Tempranos presentes en estudiantes con “contrato pedagógico disciplinario”, con el objetivo explicar las causas del comportamiento de estos estudiantes. Para ello utilizó una muestra que estuvo conformada por adolescentes de 15 a 18 años de nacionalidad colombiana. Los resultados de este estudio indican que el Esquema con más prevalencia fue Vulnerabilidad al Daño y a la Enfermedad, Derecho y Grandiosidad

y Autocontrol e Insuficiencia, pudiéndose afirmar que la mala conducta del adolescente podría deberse a su creencia de estar siempre corriendo el riesgo de sufrir una catástrofe natural médica, sintiéndose incapaces de prevenirla, pero al mismo tiempo creen tener derechos y privilegios especiales que los hace sentirse capaz de hacer o tener lo que desean. Sin embargo esta investigación presenta una limitación en cuanto al criterio de inclusión de la muestra, ya que se basan solo en adolescentes que han tenido algún contrato pedagógico disciplinar, siendo esto no es suficiente para determinar un problema de conducta.

Otro estudio donde se vincula al ámbito familiar como influencia en conductas disruptivas en adolescentes, fue el realizado por Martínez, B., Estévez, y Jiménez, T. (2003) donde la conducta disruptiva es entendida como un conjunto de conductas inapropiadas que retrasan o impiden el proceso de enseñanza y aprendizaje. El objetivo principal de la investigación fue identificar los factores del funcionamiento familiar que pueden relacionarse con la participación del adolescente en conductas de tipo transgresor, especialmente en el recinto escolar. La muestra estuvo conformada por 1068 adolescentes de ambos sexos y edades comprendidas entre los 11 y los 16 años, escolarizados en centros de enseñanza de la Comunidad de Valencia, España. Los resultados obtenidos en el estudio revelan que las familias de aquellos adolescentes que frecuentemente manifiestan comportamientos disruptivos, se caracterizan por la presencia de problemas de comunicación, así como por el uso de estrategias disfuncionales de resolución de conflictos; destaca especialmente el hecho de que la agresión, tanto física como verbal, suelen estar presente en dichas familias, dirigida de un conyuge hacia otro, o de uno de los conyugues al hijo adolescente, finalmente el estudio hace hincapié en la relevancia del clima familiar como factor determinante en la génesis de los problemas de conducta en la adolescencia. Sin embargo el estudio se limita a conocer solo aquellos aspectos referidos a la comunicación y a las estrategias de resolución de conflictos familiares.

En otra investigación, realizada por Espinosa R., Núñez L. Pérez I., Pilloni A. y Montalvo J. (2010) sobre “Problemas familiares en adolescentes con conducta disruptiva en el ámbito escolar” en México, el cual tuvo como objetivo comparar las puntuaciones de adolescentes de 12 a 15 años con conducta disruptiva y no

disruptiva de un escuela secundaria del municipio de Teoloyucan, evaluando además la problemática familiar, encontraron que el único factor en el que se encontraron diferencias significativas fue el que mide Farmacodependencia lo cual confirma que los sujetos que tienen más problemas de conducta tienen mayor grado de disfunción psicológica-emocional y un ambiente familiar más problemático. Una de sus mayores limitaciones está referida a su muestra, ya que siguió como criterio el número de reportes de conducta a lo largo del siglo escolar (tres o más), que según se observó, engloba conductas muy diversas que no necesariamente caben en la definición, así también el instrumento utilizado no fue el adecuado para la población evaluada, por lo que se dieron muchas dudas y confusiones referentes a los términos y la forma en que los reactivos estaban redactados, además de la poca sinceridad por el contexto en el que fue aplicado, ya que el equipo que aplicó el cuestionario, labora en la institución.

Vite y Pérez (2014) investigaron acerca del papel de los esquemas cognitivos y estilos parentales en la relación entre prácticas de crianza y problemas de comportamiento infantil en nueve escuelas primarias de México. El objetivo del estudio fue determinar el valor mediacional de los esquemas cognitivos y los estilos de crianza en la relación entre las prácticas de crianza y los problemas de comportamiento infantil. Su muestra estuvo conformada por 184 progenitores (la mayoría madres) de niños referidos por instituciones educativas con problemas de comportamiento. Del total de los niños, 130 eran niños y 54 niñas, con un promedio de edad de 8.7 años. Se aplicaron los siguientes instrumentos: Inventario de Comportamiento Infantil, Inventario de Prácticas de Crianza, Cuestionario de Autoridad Parental y Cuestionario de Esquemas Cognitivos-Forma reducida. Los resultados apoyan el modelo en el cual el esquema cognitivo Estándares Inflexibles influye como mediador entre las Prácticas de Crianza (Castigo e Interacción Social) y la Frecuencia de problemas de comportamiento.

Tremblai y Doiz (2014) realizaron un estudio sobre el rasgo agresivo y su relación con los Esquemas Desadaptativos Tempranos. Su muestra estuvo conformada por 848 estudiantes del primer año de una Universidad al sudeste de Ontario, Canadá, de edades entre los 16 a 46 años. Se utilizó el Cuestionario breve de Experiencias de Young (SF-YSQ) y el Cuestionario de Agresión (AQ: Buss y

Perry. 1992), el que fue completado por los estudiantes de forma virtual. Los resultados arrojaron una singular y fuerte relación de los esquemas desadaptativos y la agresividad, mas no fue capaz de determinar si las relaciones entre los Esquemas y el rango de la agresividad se deben a factores comunes que se desarrollan en la niñez o están relacionadas causalmente.

6. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Para la presente investigación encontramos la limitación respecto a la creencia que atribuye al sexo masculino como la población con más problemas de conducta.

Una de las mayores dificultades de esta investigación es la falta de una clara, precisa y ampliamente aceptada definición de problemas de conducta, así mismo existen diversos modelos teóricos que la explican, y por ultimo su interpretación y valoración depende también del medio cultural.

Otro factor limitante fue no abarcar a todos los adolescentes de los grados mencionados puesto que algunos docentes no permitieron el uso de sus horas académicas para la primera evaluación.

Otra limitación está referida al proceso de recolección de datos, que tuvo un retraso significativo debido a las manifestaciones de parte de los docentes, ya que interrumpieron el normal desarrollo de las labores escolares, lo que nos restó tiempo y accesibilidad.

7. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

A. Esquemas Desadaptativos Tempranos

Los esquemas desadaptativos tempranos son patrones emocionales y cognitivos contraproducentes relativos a uno mismo y a la propia relación con los demás, que se inician al comienzo de nuestro desarrollo, se van repitiendo a lo largo de la vida y son disfuncionales en grado significativo (Young, et al. 2013, p. 36).

B. Problemas de conducta

Achenbach y Rescorla (2000) clasificaron los problemas de conducta, en cuanto a su presentación predominante; internalizante y externalizante.

Los problemas que se denominan internalizantes reflejan dificultades con el self o el sí mismo, por ejemplo, reacciones emocionales como ansiedad, depresión, quejas de somatizaciones sin ninguna causa médica y aislamiento al contacto social, entre otros. Por el contrario los problemas que se denominan externalizantes se perciben cuando aquellos individuos muestran o exhiben el desorden de conducta como tal con otras personas, por ejemplo, presentar problemas de conducta, pobre concentración, hiperactividad, comportamiento desafiantes, desobediencia e irritabilidad (Citado en Berrio, et al., 2004).

C. Adolescentes

La adolescencia es una etapa entre la niñez y la edad adulta, que cronológicamente se inicia por los cambios puberales y que se caracteriza por profundas transformaciones biológicas, psicológicas y sociales, muchas de ellas generadoras de crisis, conflictos y contradicciones, pero esencialmente positivos. No es solamente un período de adaptación a los cambios corporales, sino una fase de grandes determinaciones hacia una mayor independencia psicológica y social (Pineda & Aliño, 1999, p. 16).

8. VARIABLES E INDICADORES

A. Variable 1

Problemas de conducta

B. Variables 2

Esquemas desadaptativos tempranos

C. Variable interviniente

Sexo

9. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	VALORES
Problemas de Conducta	Achenbach y Rescorla (2000) clasificaron los problemas de conducta, en cuanto a su presentación predominante; internalizante y externalizante, los primeros reflejan dificultades con el self o el sí mismo, en el segundo se percibe cuando aquellos individuos muestran o exhiben el desorden de conducta como tal con otras personas (Citado en Berrio, et al, 2004).	Se refiere a la presencia de problemas de conducta reportados por los adolescentes.	--	Bajo Medio Alto	48 > 50 59 > 69 >70
Esquemas Desadaptativos Tempranos	Los esquemas desadaptativos tempranos son patrones emocionales y cognitivos contraproducentes relativos a uno mismo y a la propia relación con los demás, que se inician al comienzo de nuestro desarrollo, se van repitiendo a lo largo de la vida y son disfuncionales en grado significativo (Young, et al. 2013).	Se refieren a los constructos mentales desadaptados que poseen los adolescentes con problemas de conducta.	1.Desconexión y Rechazo 2. Desempeño y Autonomía deficiente 3. Límites Insuficientes 4. Tendencia hacia el otro 5.Sobrevigilancia e Inhibición	1. Abandono/Inestabilidad 2. Desconfianza/Abuso 3. Deprivación emocional 4. Vulnerabilidad al daño y a la enfermedad 5. Entrampamiento/ yo inmaduro 6. Derecho /Grandiosidad 7. Insuficiente autocontrol/ Autodisciplina 8. Autosacrificio 9. Inhibición emocional 10.Estandares inflexibles 1 11.Estandares inflexibles 2	Presencia significativa >= 85

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

El presente trabajo describe los Esquemas Desadaptativos Tempranos en adolescentes con problemas de conducta. En este sentido, es preciso aclarar algunos conceptos. En primer lugar, el abordaje de los Esquemas Desadaptativos Tempranos se valdrá de la teoría de Young. En segundo lugar, se dará a conocer la temática de problemas de conducta, así como la adolescencia. Finalmente tocaremos la parte terapéutica que es la modificación de dichos esquemas.

1. ESQUEMAS DESADAPTATIVOS TEMPRANOS

A. Visión histórica del constructo de esquemas

El concepto "esquema" se emplea en muchas áreas de estudio. En términos generales, un esquema es una estructura, un marco o un perfil. Los estoicos especialmente Chrysippus (279-206 a.C. aproximadamente), en la antigua filosofía griega, presentaron los principios de la lógica en forma de "esquemas inferenciales" (Nussbaum, 1994). En la filosofía kantiana, un esquema es la concepción de lo que es común a todos los miembros de una clase. También se emplea el término en la teoría de conjuntos, la geometría algebraica, en educación, en análisis literarios y en programación computacional, por mencionar algunas disciplinas en las que se recurre al concepto de "esquema".

El término "esquema" es muy utilizado dentro de la psicología, fundamentalmente en el área de la psicología evolutiva, refiriéndonos a Piaget,

quién estudió los diferentes estadios del desarrollo cognitivo infantil detallando las singularidades de los esquemas en cada estadio. Dentro de la psicología cognitiva, también se puede pensar en un esquema como si se tratara de un plan cognitivo abstracto que sirve para orientar la interpretación de información y la resolución de problemas. De tal modo que podemos tener un esquema lingüístico para comprender una frase o un esquema cultural para interpretar un mito.

Avanzando de la psicología cognitiva a la terapia cognitiva, Beck (1967) aludió a los esquemas en sus primeros documentos. Sin embargo, en el contexto de la psicología y la psicoterapia, en general, se puede pensar en un esquema como en cualquier principio organizador global que sirve para dar sentido a la propia experiencia vital (Citados en Young, et al., 2013, p. 35).

B. Definiciones del término esquema

A lo largo de la historia de la Psicología el término “esquema” ha sido definido y denominado por distintos autores y bajo distintos enfoques, los cuales se revisan a continuación:

Tanto Freud como Jung, estructuralistas neokantianos, reconocieron la existencia de arquetipos, patrones de comportamiento”, a los que Freud denominó “esquemas” (1918) o “prototipos” (1927) filogenéticos. Desde este punto de vista, dichos autores creían que en el individuo la experiencia de la realidad externa, a nivel de imágenes, es modelada por categorías hereditarias de la psique según formas típicas o esquemáticas. Freud alude a Kant (1918) para comparar los esquemas filogenéticos con “las categorías de la filosofía”, ya que se encargan de situar las impresiones derivadas de la experiencia concreta». Afirma que el complejo de Edipo es “uno de dichos esquemas” evidentemente uno entre muchos “el más conocido”.

Cuando las experiencias no logran encajar con los esquemas hereditarios son remodeladas en la imaginación, proceso que puede seguirse en detalle con gran provecho. Son exactamente estos los casos que nos convencen de la existencia autónoma de los esquemas. Así podemos ver a menudo cómo los esquemas se imponen a la experiencia del individuo (Citados en Young-Eisendrath y Dawson, 1999, p. 161).

Especialmente interesante es que F.C. Bartlett, cuyas ideas han inspirado a varios teóricos modernos de los esquemas. Bartlett escribió sobre los esquemas como convenciones, prácticas sociales que estaban tanto dentro como fuera del individuo, los esquemas son prácticas materializadas y estructuras mentales a la vez (Edwards y Middleton, 1986, citado en Cole, 2003, p. 123).

Para Beck (1967) un esquema es una representación organizada del conocimiento genérico de un concepto, evento o actividad común que puede influir sobre la atención selectiva, la memoria y el razonamiento. De acuerdo con este concepto, los pacientes con trastornos afectivos se caracterizan por un esquema compuesto de creencias negativas disfuncionales (Citado en Oblitas y Becoña, 2000, p. 166).

Así mismo para el autor en mención, los sentimientos y las conductas disfuncionales o inadaptadas se deben a la existencia de esquemas que tienden a producir juicios tendenciosos y errores sistemáticos ante determinados tipos de situaciones (Millan y Serrano, 2002, p. 149).

Los diversos tipos de esquemas disfuncionales pueden generar diferentes tipos de trastornos emocionales (Beck, Emery y Greenberg, 1985, citado en Oblitas y Becoña, 2000, p. 166).

Meichenbaum habla de estructuras cognitivas, que vienen a corresponder al concepto de esquema que se ha definido siguiendo a Beck. Se refiere a las suposiciones tácitas, creencias, compromisos y significados que influyen en las formas habituales de interpretación personal y del mundo. Son organizaciones mentales de experiencia que influyen en la manera de procesar y organizar la información (Millan y Serrano, 2002, p. 150).

Según Meece (2000) Piaget pensaba que todos incluso los niños comienzan a organizar el conocimiento del mundo en lo que llamo esquemas, así definió a los esquemas como un “conjunto de acciones físicas, de operaciones mentales, de conceptos o teorías con los cuales organizamos y adquirimos información sobre el mundo” (p. 102).

C. Características de esquemas

Para Beck, Freeman y Davies (2004) citado en Rodríguez y Vetere, (2011)

Los esquemas tienen diversas cualidades:

- Pueden ser flexibles o rígidos; es decir más o menos permeables a su modificación.
- También pueden ser globales o discretos en su relación con su amplitud.
- Tempranos o tardío; respecto del ciclo vital en el que se han conformado.
- Por otro lado dos características esenciales de los esquemas se relacionan con su densidad y valencia. La primera hace referencia a su grado de prominencia dentro del sistema del procesamiento de la información y la segunda se relaciona con su nivel de activación. Así, un esquema puede permanecer inactivos o latente o pasar por diferentes grados de activación hasta constituirse en un esquema hipervalente, este último caso significa que un esquema posee un umbral muy bajo para su activación; participando entonces de manera preponderante en los distintos proceso cognitivos, pudiendo incluso inhibir la activación de otros esquemas (p. 30).

D. Definición de Esquemas Desadaptativos Tempranos

Young (1990, 1999) presumió que los esquemas desarrollados sobre todo como resultado de las experiencias infantiles tóxicas, podrían encontrarse en el núcleo de los trastornos de personalidad, de los problemas caracterológicos menos severos y en muchos trastornos crónicos del Eje I. Para examinar esta idea, definió una serie de esquemas que él denominó Esquemas Precoces Desadaptativos (Citado en Young, et al, 2013, p. 36).

De acuerdo a la definición revisada de un esquema precoz desadaptativo, afirma que es:

- Un patrón o tema amplio y generalizado.
- Constituido por recuerdos, emociones, cogniciones, y sensaciones corporales.
- Relativo a uno mismo y a la propia relación con los demás.
- Desarrollado durante la infancia o adolescencia.
- Elaborado a lo largo de la vida.

- Disfuncional en grado significativo.

En síntesis afirman que los esquemas precoces desadaptativos son patrones emocionales y cognitivos contraproducentes que se inician al comienzo de nuestro desarrollo y se van repitiendo a lo largo de la vida. Según esta definición la conducta de un individuo no es parte del esquema mismo; Young teoriza que las conductas disfuncionales se desarrollan como respuestas a un esquema. Por consiguiente, tales conductas están provocadas por los esquemas pero no son parte de los mismos (p. 37).

En otro de sus libros, “Reinventa tu vida”, Young utiliza el término “trampas vitales” para referirse a esquemas, acuñándolo como nombre técnico. Así una trampa vital es un patrón que se inicia en la infancia y se repite durante toda la vida, empieza como algo que se transmite en la familia o por otros niños (p. 23).

Las trampas vitales determinan la forma en que pensamos, sentimos, actuamos y nos relacionamos con los demás. Conllevan sentimientos intensos tales como la ira, la tristeza y la ansiedad, e incluso cuando parece que lo tenemos todo, ya sea posición social, un matrimonio ideal, el respeto de las personas próximas o el éxito profesional, a menudo somos incapaces de saborear la vida o de valorar nuestros éxitos (Young y Klosko, 2001, p. 24).

Para efecto de nuestra investigación revisaremos el término de Esquemas Desadaptativos Tempranos, que se definen como patrones emocionales y cognitivos contraproducentes relativos a uno mismo y a la propia relación con los demás, que se inician al comienzo de nuestro desarrollo, se van repitiendo a lo largo de la vida y son disfuncionales en grado significativo (Young, et al. 2013, p. 36).

E. Características de los Esquemas Desadaptativos Tempranos

Young y Klosko (2001) en su Libro “Reinventa tu vida” nombra tres características centrales que nos permiten reconocer las trampas vitales o esquemas desadaptativos (pp. 49,50).

1. Son patrones o temas de toda la vida.
2. Son autodestructivas.

3. Luchan por sobrevivir.

Aquellos niños abandonados, maltratados, olvidados o rechazados, en la fase adulta sus esquemas son activados por acontecimientos vitales que perciben (inconscientemente) como similares a las experiencias traumáticas de su infancia. Cuando se activa uno de estos esquemas experimentan una intensa emoción negativa, como el dolor por pérdida, la vergüenza, el miedo y la ira.

No todos los esquemas tienen sus orígenes en un trauma o maltrato infantil. De hecho un individuo puede desarrollar un esquema de dependencia/incompetencia sin haber experimentado ninguna experiencia traumática en la infancia. Es más el individuo ha podido estar absolutamente sobreprotegido durante la infancia. Sin embargo aunque no todos los esquemas tengan un trauma en sus orígenes, todos ellos son destructivos y la mayoría han sido causados por experiencias nocivas que se repitieron de manera regular a lo largo de la infancia y la adolescencia. El efecto de todas estas experiencias toxicas es acumulativo y, en conjunto, generan la aparición de esquemas plenos.

Las trampas vitales son modelos que conocemos y, aunque nos perjudican, resultan cómodos y familiares. Además, son muy difíciles de cambiar. Las trampas vitales se desarrollan en la infancia y nos permiten adaptarnos a la familia de forma adecuada. Estos patrones eran útiles en nuestra infancia; el problema es que continuamos repitiéndolos cuando ya no nos sirven en absoluto.

Los esquemas precoces desadaptativos luchan por mantenerse, siendo este el resultado del impulso humano hacia la coherencia. El esquema es lo que el individuo conoce. Se activa y cuando se pone en funcionamiento intenta asegurar su supervivencia. En nuestro interior, sentimos un fuerte impulso que nos lleva a mantenerla. Esto ocurre porque el ser humano necesita pautas de comportamiento que sean consistentes

Los pacientes se sienten atraídos por aquellas situaciones que ponen en funcionamiento las trampas vitales. Un símil que podemos encontrar en la naturaleza es el de las mariposas nocturnas que se sienten atraídas por los destellos de luz. Una trampa vital daña el concepto que tenemos de nosotros mismos, la salud, las relaciones con los demás, el trabajo, la felicidad, los estados de ánimo, es

decir, que se manifiesta en todos los aspectos de nuestra vida (Young y Klosko, 2001).

F. Orígenes de los Esquemas Desadaptativos Tempranos

Millan & Serrano (2002) nos hablan sobre la formación y origen de los esquemas donde este se explica por el binomio herencia - ambiente.

En cuanto a herencia dicho autor nos dice que los rasgos o disposiciones de la personalidad (honesto, tímido, sociable, etc.) representan estrategias interpersonales resultantes de la interacción entre lo innato y lo adquirido. Precisamente Beck llama “estrategias” a características tradicionalmente conocidas como “rasgos de personalidad” o “pautas de conducta” por considerarlas provenientes filogenéticamente de formas de conducta programadas destinadas a servir a metas biológicas, en el sentido etológico del término, «conductas estereotipadas, altamente pautadas, favorables a la supervivencia individual y a la reproducción». En los seres humanos, el término estrategia puede ser aplicado análogamente a formas de conducta que pueden ser adaptadas o inadaptadas, según las circunstancias.

De un modo especulativo, Beck plantea que un individuo puede estar predisuelto genéticamente a quedarse bloqueado frente al peligro, otro a atacar y otro a huir, constituyendo estas características diferentes tipos de personalidad, adaptativa o no según la situación, y llevando la exageración de estas pautas a un trastorno de la personalidad (lo patológico sería entonces la exageración de la estrategia, o su aplicación indiscriminada debida a la preeminencia sobre otras estrategias que en determinadas situaciones resultarían más adecuadas).

A pesar de este marcado innatismo, Beck entiende que las predisposiciones innatas representan tendencias que la experiencia puede acentuar o atemperar, haciendo que una persona sufra cambios significativos a lo largo de su vida. No todo niño tímido se convierte necesariamente en un adulto tímido. La influencia de personas clave, las experiencias vividas, tanto las espontáneas o sucedidas en el ambiente natural como las buscadas deliberadamente para cultivar habilidades assertivas, pueden hacer que se vuelva expresivo y sociable. Pero

también puede suceder que la experiencia contribuya a perpetuar la creencia irracional negativa (p. 115).

Siguiendo nuestra línea de investigación, Young, et al. (2013) nos plantean cuales son los orígenes de los Esquemas Desadaptativos Tempranos (pp. 39-43).

a. Necesidades emocionales nucleares

Los esquemas se derivan de necesidades emocionales nucleares insatisfechas durante la infancia. Se han definido la existencia de cinco necesidades emocionales nucleares de los seres humanos.

1. Vínculos seguros con los demás (incluye seguridad, estabilidad, cuidados y aceptación)
2. Autonomía, competencia y sentido de identidad.
3. Libertad para expresar necesidades y emociones válidas.
4. Espontaneidad y juego.
5. Límites realistas y auto-control.

b. Experiencias vitales precoces

Las experiencias infantiles tóxicas constituyen el principal origen de los esquemas precoces desadaptativos. Los primeros esquemas en desarrollar que suelen ser los más intensos, suelen originarse en la familia nuclear. En gran medida, las dinámicas de la familia de origen configuran todas las dinámicas del mundo infantil de la niñez. Cuando los pacientes se encuentran en situaciones adultas que activan sus esquemas precoces desadaptativos, lo que experimentan es el drama de su infancia, normalmente con uno de sus padres. Otras influencias, como la de los amigos, de la escuela, de grupos comunitarios y de la cultura circundante, adquieren más importancia a medida que el niño madura y pueden llevarlo al desarrollo de esquemas. Se han descrito cuatro tipos de experiencias vitales tempranas que fomentan la adquisición de esquemas que describiremos a partir del trabajo de Young y Cols.

- **La frustración tóxica de necesidades**, que se produce cuando el niño experimenta demasiado poco de algo bueno y adquiere esquemas como la

privación emocional o el abandono a causa de déficits en el contexto temprano. El ambiente que rodea al niño carece de algo importante, como estabilidad, comprensión o amor.

- **Traumatización o la victimización.** En este caso, al niño se le hiere o se le victimiza y desarrolla esquemas como la desconfianza/abuso, imperfección/vergüenza o vulnerabilidad al peligro.
- **Exceso de algo bueno:** Los padres aportan al niño demasiado de algo que, con moderación, sería saludable para él. Con esquemas como la dependencia/incompetencia o grandiosidad/autorización, por ejemplo, el niño no es maltratado, pero es consentido o mimado. No se satisfacen las necesidades emocionales nucleares de autonomía o de límites realistas. De este modo, los padres pueden estar excesivamente implicados en la vida del niño, pueden sobreprotegerlo o pueden proporcionarle un grado excesivo de libertad y autonomía sin ningún límite.
- **La internalización selectiva o identificación con otras personas significativas.** El niño se identifica selectivamente e internaliza los pensamientos, sentimientos, experiencias y conductas de los padres.

En realidad, la mayoría de los niños absorben la experiencia de ser víctima y simultáneamente reproducen algunos de los pensamientos, sentimientos o conductas del adulto tóxico.

A juicio de los autores, el temperamento determina, en parte, que un individuo se identifique e internalice las características de otras personas significativas. Por ejemplo, un niño con temperamento distímico probablemente no internalizará el estilo optimista de afrontar las adversidades. La conducta de los padres es tan contraria a la disposición del niño que este no puede asimilarla.

c. Temperamento emocional

Además del contexto de la primera infancia, existen también otros factores que influyen significativamente en el desarrollo de esquemas. El temperamento emocional del niño es especialmente importante. Tal y como la mayoría de los

padres reconocen, cada niño tiene una "personalidad" única y distintiva o temperamento desde que nace. Algunos niños son más irritables, otros más vergonzosos y, aún otros, más agresivos.

A continuación se presentan algunas dimensiones del temperamento emocional, que a entender de los autores podrían ser innatas en gran medida, y que interactúan con las experiencias infantiles dolorosas en la formación de esquemas.

Lábil	↔	No reactivo
Distímico	↔	Optimista
Ansioso	↔	Calmado
Obsesivo	↔	Distraído
Pasivo	↔	Agresivo
Irritable	↔	Alegre
Vergonzoso	↔	Sociable

G. Operaciones de esquemas

Young, et al. (2013) establecen las dos operaciones fundamentales de los esquemas, que son la perpetuación de los esquemas y el cambio de los mismos. Se puede decir que cada pensamiento, sentimiento, conducta y experiencia vital relevante para un esquema o bien lo perpetúa elaborándolo y reforzándolo o disminuye su impacto debilitándolo de este modo y mejorando la calidad de vida.

a. Perpetuación de esquemas

La perpetuación de esquemas se refiere a todo lo que hace el paciente (interna y conductualmente) para que se mantenga el esquema. La perpetuación se refiere a todos los pensamientos, sentimientos y conductas que acaban fortaleciendo el esquema (p. 68).

Los esquemas se perpetúan a través de tres mecanismos primarios: distorsiones cognitivas, patrones vitales contraproducentes y estilos de afrontamiento propios del esquema:

(1) Distorsiones cognitivas

A través de las distorsiones cognitivas el individuo percibe erróneamente situaciones de manera tal que se refuerce el esquema, acentuando la información que confirma el esquema y minimizando o negando la información que lo contradiga. Afectivamente, un individuo puede bloquear las emociones conectadas a un esquema. Cuando se bloquea el afecto, el esquema no alcanza el nivel de la conciencia, de modo que el individuo no puede tomar medidas para modificar el esquema.

(2) Patrones vitales contraproducentes

Conductualmente, el individuo reproduce patrones contraproducentes, seleccionando inconscientemente y permaneciendo en situaciones y relaciones que activan y perpetúan el esquema, al tiempo que evita relaciones que probablemente le ayudarían a cambiar el esquema. Interpersonalmente, los pacientes se relacionan de manera que provocan que los demás reaccionen negativamente, reforzando así el esquema. (p. 69)

(3) Estilos y respuestas de afrontamiento disfuncionales

Los pacientes desarrollan estilos y respuestas de afrontamiento disfuncionales a muy temprana edad a fin de adaptarse a los esquemas, de modo que no tengan que experimentar emociones intensas y sobrecargantes que normalmente engendran los esquemas. Sin embargo, es importante recordar que aunque los estilos de afrontamiento, algunas veces, ayudan al paciente a evitar un esquema, no lo cambian. De modo que todos los estilos de afrontamiento disfuncionales siguen siendo elementos participantes en el proceso de perpetuación del esquema.

En el modelo, el esquema mismo contiene recuerdos, emociones, sensaciones corporales y cogniciones, pero no las respuestas conductuales del individuo. La conducta no es parte del esquema; es parte de la respuesta de afrontamiento. El esquema impulsa la conducta. Aunque la

mayoría de las respuestas de afrontamiento sean conductuales, los pacientes también lo hacen mediante estrategias cognitivas y emotivas. Que el estilo de afrontamiento se manifieste mediante una cognición, afecto o conducta no es parte del esquema mismo.

La razón por la que diferenciamos los esquemas de los estilos de afrontamiento es que cada paciente utiliza distintos estilos de afrontamiento en diferentes estadios de su vida para sobrellevar el mismo esquema. Así pues, los estilos de afrontamiento para un esquema determinado no necesariamente permanecen estables en el mismo individuo a lo largo del tiempo, aunque el esquema sí lo haga. Además, diferentes pacientes recurren a conductas muy diversas e incluso opuestas para afrontar el mismo esquema.

Por ejemplo, consideremos a tres pacientes que afrontan sus esquemas de imperfección mediante diferentes mecanismos. Aunque los tres se sienten fracasados, uno de ellos busca la compañía de colaboradores y amigos críticos, otro evita la proximidad de cualquier persona y el último adopta una actitud crítica y superior hacia los demás. Por consiguiente, la conducta de afrontamiento no es intrínseca al esquema. (p. 72)

Existen tres estilos de afrontamiento en relación al mantenimiento del esquema:

Todos los organismos disponen de tres respuestas básicas ante la amenaza: lucha, huida o inmovilidad. Estas tres respuestas corresponden a los tres estilos de afrontamiento de esquemas: sobre-compensación, evitación y rendición. En términos muy generales, la lucha es la sobre-compensación, la huida es la evitación y quedarse inmóvil equivale a rendirse al esquema.

En el contexto de la infancia, un esquema precoz desadaptativo representa la presencia de una amenaza. La amenaza es la frustración de una de las necesidades emocionales nucleares del niño (de un vínculo seguro, de autonomía, de auto-expresión libre, de espontaneidad y juego o de límites realistas). La amenaza también puede incluir el miedo a las

intensas emociones que desata el esquema. Ante la amenaza el niño puede responder con la combinación de estas tres respuestas de afrontamiento: el niño puede rendirse, evitar o sobre-compensar. Los tres estilos de afrontamiento suelen operar, normalmente, fuera de la conciencia. En cualquier situación determinada, el niño recurrirá probablemente a uno de ellos, pero puede mostrar diferentes estilos de afrontamiento en distintas situaciones o con diferentes esquemas.

Por consiguiente, una amenaza, la frustración de una necesidad emocional nuclear y las emociones concomitantes, a la que el individuo responde con un estilo de afrontamiento es lo que desencadena un esquema. Estos estilos de afrontamiento suelen ser adaptativos durante la infancia y pueden considerarse como mecanismos de supervivencia saludables. Pero se convierten en desadaptativos a medida que el niño crece, porque los estilos de afrontamiento continúan perpetuando el esquema, incluso cuando las condiciones cambian y el individuo dispone de opciones más prometedoras. Al final, los estilos de afrontamiento disfuncionales aprisionan a los pacientes en sus esquemas.

En este apartado se desarrolla los puntos relacionados a los tres estilos de afrontamiento disfunciones.

(a) Rendición al esquema

Cuando los pacientes caen rendidos ante un esquema lo mantienen. No se esfuerzan por evitarlo ni por luchar contra él. Aceptan que el esquema es auténtico. Sienten directamente el dolor emocional del esquema. Actúan de manera que se confirma el esquema. Sin reconocer lo que hacen, repiten los patrones promovidos por el esquema de modo que, de adultos, siguen reviviendo las experiencias infantiles que crearon el esquema. Conductualmente, seleccionan parejas que tienden a tratarlos como lo hizo el "padre/madre abusador". En la relación terapéutica, estos pacientes también pueden recrear el esquema adoptando el rol de "niño" y atribuyendo al terapeuta el rol del "padre/madre abusador".

(b) Evitación del esquema

Cuando los pacientes recurren a la evitación como estilo de afrontamiento, tratan de organizar sus vidas de manera que el esquema no se active nunca. Tratan de vivir sin conciencia, como si el esquema no existiera. Evitan pensar en el esquema. Bloquean los pensamientos e imágenes que tienden a activarlo: cuando tales pensamientos o imágenes se avecinan, se distraen o los sacan de su mente. Evitan sentir el esquema. Cuando los sentimientos brotan a la superficie, reflexivamente vuelven a ocultarlos. Pueden beber en exceso, tomar drogas, tener relaciones sexuales promiscuas, comer en exceso, limpiar compulsivamente, buscar estimulación o trabajar en exceso. Cuando interaccionan con los demás, parecen ser perfectamente normales. Normalmente evitan las situaciones que podrían activar el esquema, como las relaciones próximas o los desafíos laborales. Muchos pacientes prescinden o rechazan áreas completas de la vida en las que se sienten vulnerables. A menudo evitan acudir a terapia; por ejemplo, estos pacientes podrían "olvidarse" de las tareas para casa, abstenerse de expresar afecto, plantear exclusivamente problemas superficiales, llegar tarde a las sesiones o concluir prematuramente.

(c) Sobre-compensación del esquema

Cuando los pacientes sobre-compensan, luchan contra el esquema pensando, sintiendo, comportándose y relacionándose como si lo contrario al esquema fuera lo auténtico. Procuran ser tan diferentes como les sea posible de los niños que fueron cuando adquirieron el esquema. Si de niños se sintieron inmerecedores, entonces de adultos tratan de ser perfectos. Si como niños sufrieron coerción, de adultos desafían a cualquiera. Si fueron controlados durante la infancia, de adultos controlan a los demás o rechazan cualquier forma de influencia. Si fueron objeto de abusos, ellos abusarán o maltratarán a otros. Cuando se enfrentan al esquema, contraatacan. Aparentemente

tienen mucha seguridad en sí mismos, pero en el fondo sienten la presión del esquema que amenaza con irrumpir.

La sobre-compensación puede considerarse como un intento parcialmente saludable de luchar contra el esquema, pero que, desafortunadamente, sobrepasa los límites de modo que, en lugar de cambiarlo, se perpetúa el esquema. Muchas personas con tendencia a la sobre-compensación parecen ser sanas.

Es saludable luchar contra un esquema mientras que la conducta sea proporcionada a la situación, considere los sentimientos de los demás y razonablemente pueda esperarse que conduzca a un resultado deseable. Pero, curiosamente, muchas personas que sobre-compensan suelen acabar atrapadas en el contraataque. Su conducta suele ser exagerada, insensible e improductiva. Por ejemplo, es saludable que los pacientes subyugados ejerzan cierto control sobre sus vidas; pero, cuando sobre-compensan, comienzan a controlar o dominar en exceso y acaban alejando a los demás. Un paciente que sobre-compense la subyugación no puede permitir que otros lleven las riendas, incluso aunque fuera saludable. De manera idéntica, es saludable que un paciente emocionalmente privado pida a los demás apoyo emocional, pero un paciente con estrategias de sobre-compensación va demasiado lejos, se atribuye determinados derechos y acaba siendo exigente.

Creemos que el temperamento es uno de los principales factores al determinar por qué los individuos desarrollan ciertos estilos de afrontamiento y no otros. De hecho, el temperamento desempeña un papel más importante al determinar los estilos de afrontamiento del paciente que al establecer sus esquemas. Otro factor para explicar por qué los pacientes adoptan determinado tipo de estilo de afrontamiento es la internalización selectiva o modelado. Los niños reproducen con frecuencia la conducta de afrontamiento del parent/madre con el que se identifican.

Los estilos de afrontamiento son una colección de respuestas de afrontamiento, conductas o estrategias específicas, que un individuo utiliza de forma característica para evitar, rendirse o sobre-compensar (pp. 73-77).

b. Cambio de esquemas

El cambio de esquemas conlleva también el cambio conductual, a medida que los pacientes sustituyen los estilos de afrontamiento disfuncionales por patrones de conducta más adaptativos. Por lo tanto, el tratamiento incluye intervenciones cognitivas, afectivas y conductuales. En la última parte de la revisión teórica, se presenta la revisión del procedimiento para el cambio de esquemas (pp. 70,71).

H. Dimensiones de los Esquemas y Esquemas Desadaptativos Tempranos

Young, Kloslo & Wheishaar (2013), señalan que en su modelo, los 18 esquemas se agrupan en cinco categorías amplias de necesidades emocionales insatisfechas que denominamos "dimensiones de esquemas". En la figura 1 se describe las cinco dimensiones y el listado de esquemas que contienen.

Figura 1

Esquemas precoces desadaptativos con dimensiones asociadas

Desconexión y rechazo

La expectativa de que las propias necesidades de seguridad, protección, estabilidad, empatía, compartir sentimientos, aceptación y respeto no serán satisfechas de un modo previsible. La familia típica de origen es distante, fría, reservada, con tendencia al rechazo, solitaria, explosiva, imprevisible o abusiva.

1. Abandono/inestabilidad

La percepción de inestabilidad o desconfianza hacia las personas que están disponibles para el apoyo y conexión.

Implica la sensación de que las personas significativas no serán capaces de seguir proporcionándole el apoyo emocional, conexión, determinación o protección práctica porque son emocionalmente inestables e imprevisibles (p. ej., presentan estallidos de ira), no se puede confiar en ellas o solamente están presentes en algunas ocasiones; porque morirán inminente o porque abandonarán al individuo por alguien mejor.

2. Desconfianza/abuso

La expectativa de que los demás perjudicarán, abusarán, humillarán, engañarán, mentirán, manipularán o se beneficiarán de uno. Normalmente conlleva la percepción de que el daño es intencionado, o el resultado de una negligencia injustificada o extrema. Puede incluir la sensación de que uno, en comparación con los demás, siempre acaba siendo engañado o le toca la peor parte.

3. Privación emocional

La expectativa de que el propio deseo de un grado normal de apoyo emocional no será adecuadamente satisfecho por los demás. Las tres principales formas de privación son:

A. Privación de cuidados: ausencia de atención, afecto, cariño o compañía.

B. Privación de empatía: ausencia de comprensión, escucha, auto-apertura o de compartir sentimientos con los demás.

C. Privación de protección: ausencia de determinación, dirección o guía por parte de los demás.

4. Imperfección/vergüenza

El sentimiento de que uno es imperfecto, defectuoso, malo, no deseado, inferior o inválido en aspectos importantes o, si se expone ante los demás, no será querido. Puede incluir hipersensibilidad a la crítica, al rechazo o a la culpabilización; auto-conciencia, comparaciones e inseguridad relativa a los demás; o una sensación de vergüenza relativa a los propios defectos percibidos. Estas imperfecciones pueden ser privadas (p. ej., egoísmo, impulsos agresivos, deseos sexuales inaceptables) o públicas (p. ej., aspecto físico indeseable, incomodidad social).

5. Aislamiento social/alienación

El sentimiento de estar aislado del resto del mundo, de ser diferente de las demás personas y/o de no ser parte de ningún grupo o comunidad.

Deterioro en autonomía y ejecución

Expectativas sobre uno mismo y el contexto que interfieren con la propia capacidad para diferenciarse, sobrevivir, funcionar con independencia o actuar satisfactoriamente. La familia típica de origen es complicada, debilita la confianza del niño, es sobreprotectora o no refuerza al niño para que actúe competentemente fuera de la familia.

6. Dependencia/incompetencia

La creencia de que uno es incapaz de manejar las propias responsabilidades cotidianas de una manera competente, sin ayuda considerable de los demás (p. ej., cuidarse a sí mismo, resolver problemas cotidianos, realizar juicios apropiados, iniciar tareas nuevas, tomar buenas decisiones). Muchas veces se presenta como indefensión.

7. Vulnerabilidad al peligro o a la enfermedad

Miedo exagerado a que la catástrofe inminente le sorprenderá en cualquier momento y a que uno sea incapaz de impedirla. El miedo se centra en uno o más de los siguientes temas: (A) catástrofes médicas (p. ej., ataques al corazón, SIDA); (B) catástrofes emocionales (p. ej., volverse loco); (C) catástrofes externas (p. ej., que se estropie el ascensor, a ser victimizado por criminales, a que se estrelle el avión, a los terremotos).

8. Apego confuso/yo inmaduro

La excesiva implicación y proximidad emocional con una o más personas significativas (a menudo, los padres) a costa de la individuación plena y del normal desarrollo social. A menudo conlleva la creencia de que, como mínimo, uno de los individuos a los que se siente unido no podrá sobrevivir ni ser feliz sin el constante apoyo del otro. También puede incluir sentimientos de asfixia o fusión con los demás, o también de insuficiente identidad individual. Muchas veces se experimenta como un sentimiento de vacío o fracaso, como de carecer de sentido o, en casos extremos, de cuestionar la propia existencia.

9. Fracaso

La creencia de haber fracasado, de fracasar en el futuro o de ser, básicamente, un compañero inadecuado para los propios amigos en áreas de logro (académico, profesional, deportivo, etc.). Muchas veces conlleva creencias relativas a que uno es estúpido, inepto, de un estatus inferior, con menos suerte que los demás, etc.

Límites deficitarios

La deficiencia en los límites internos, responsabilidad hacia los demás u orientación a largo plazo de los objetivos. Conduce a dificultades para respetar los derechos ajenos, para cooperar con los demás, para adquirir compromisos o para establecer y satisfacer objetivos personales realistas. La familia típica de origen se caracteriza por la permisividad, el exceso de indulgencia, la falta de determinación o la sensación de superioridad en lugar de la

confrontación apropiada, la disciplina y los límites en relación a la adopción de responsabilidad, a cooperar de un modo recíproco y a establecer objetivos. En algunos casos, el niño puede no haber sido animado a tolerar los niveles normales de malestar o ha podido carecer de la supervisión, determinación o normas adecuadas.

10. Grandiosidad/Autorización

La creencia de que uno es superior a las demás personas; le corresponden determinados derechos y está autorizado a recibir privilegios especiales; o no está ligado a las normas de reciprocidad que pautan la interacción social normal. Muchas veces conlleva la insistencia en que uno debería ser capaz de hacer o tener lo que quiere, independientemente de que sea o no realista, o de lo que para los demás sea razonable, o a costa de los demás; o un exagerado foco en la superioridad (p. ej., pertenecer a los más exitosos, famosos, ricos) a fin de alcanzar poder o control (no en busca de atención o aprobación). En ocasiones incluye un exceso de competitividad o dominio sobre los demás: aseverando el propio poder, imponiendo el propio punto de vista o controlando la conducta de los demás en línea con los propios deseos, sin empatía o preocupación por las necesidades o sentimientos de los demás.

11. Insuficiente auto-control/auto-disciplina

Dificultades generalizadas o rechazo a ejercer auto-control suficiente y a la tolerancia a la frustración para alcanzar los propios objetivos personales o para restringir el exceso de expresión de las propias emociones e impulsos. En su forma más leve, el paciente se presenta con un exagerado énfasis en la evitación de la incomodidad: evitar el dolor, el conflicto, la confrontación, la responsabilidad o el cansancio a expensas de la satisfacción, compromiso o integridad personal.

Dirigido por las necesidades de los demás

Un exceso de foco en los deseos, sentimientos y respuestas de los demás, a costa de las propias necesidades, a fin de obtener amor y aprobación, mantener la propia sensación de unión con los demás o evitar las represalias. Normalmente conlleva la supresión o falta de conciencia relativa a la propia ira e inclinaciones naturales. La familia típica de origen se basa en la aceptación condicional: los niños deben suprimir los aspectos importantes de sí mismos a fin de obtener el amor, la atención y la aprobación. En muchas de estas familias, las necesidades y deseos emocionales de los padres — o la aceptación y el estatus social— son más valorados que las necesidades y sentimientos únicos de cada niño.

12. Subyugación

Ceder en exceso a la coerción o control ajeno —aceptar a fin de evitar la ira, las represalias o el abandono. Las dos formas principales de subyugación son:

A. Subyugación de necesidades: supresión de las propias preferencias, decisiones y deseos.

B. Subyugación de emociones: supresión de emociones, especialmente de la ira. Normalmente conlleva la percepción de que los propios deseos, opiniones y sentimientos no son válidos o importantes para los demás. Frecuentemente se presenta a modo de un excesivo cumplimiento, combinado con la hipersensibilidad a sentirse atrapado. Generalmente lleva a sentir ira, manifestada en síntomas desadaptativos (p. ej., conducta pasivo-agresiva, estallidos incontrolados de malhumor, síntomas psicosomáticos, retirada del afecto, "interpretar un papel", abuso de sustancias).

13. Auto-sacrificio

El exceso de atención por satisfacer voluntariamente las necesidades de los demás en situaciones cotidianas a expensas de la propia gratificación. Las razones más comunes son: prevenir que se perjudique a los demás, evitar la culpa de sentirse egoísta o mantener la conexión con los otros a quienes se les percibe como necesitados. Muchas veces se deriva de una sensibilidad aguda hacia el dolor de los demás. En ocasiones conduce a sentir que las propias necesidades no están siendo debidamente satisfechas y al resentimiento hacia esos a quienes se atiende. (Coincide con el concepto de codependencia).

14. Búsqueda de aprobación/búsqueda de reconocimiento

El exceso de énfasis en la obtención de aprobación, reconocimiento o atención de las demás personas o en adecuarse a expensas de desarrollar una sensación segura y auténtica del self. La propia sensación de estima depende fundamentalmente de las reacciones de los demás y, no tanto, de las propias inclinaciones naturales. Algunas veces incluye un énfasis excesivo en el estatus, el aspecto, la aceptación social, el dinero o el logro como medios para obtener aprobación, admiración o atención (sin que se deba fundamentalmente al poder o control). Con frecuencia deriva en la adopción de decisiones vitales importantes que no son auténticas ni satisfactorias o en el exceso de sensibilidad hacia el rechazo.

Sobrevigilancia e inhibición

Énfasis excesivo por suprimir los propios sentimientos, impulsos o alternativas espontáneas o por satisfacer metas y expectativas internas rígidas sobre la actuación y la conducta ética, a menudo, a expensas de la felicidad, auto-expresión, relajación, amistades próximas o la salud. La familia típica de origen es severa, exigente y, algunas veces, punitiva: la ejecución, el deber, el perfeccionismo, el respeto a las normas, la ocultación de las emociones y la evitación de errores predomina sobre el placer, la alegría y la relajación. Generalmente hay una corriente subterránea de pesimismo y preocupación relativa a que las cosas se desharán si uno no logra permanecer vigilante y atento en todo momento.

15. Negatividad/pesimismo

Un foco de atención generalizado y constante en los aspectos negativos (dolor, muerte, pérdida, decepción, conflicto, resentimiento, problemas no resueltos, errores potenciales, traiciones, que las cosas puedan empeorar, etc.) y simultáneamente minimizar o pasar por alto los aspectos positivos u optimistas. Normalmente incluye una expectativa exagerada —en una amplia gama de situaciones laborales, financieras o interpersonales— de que las cosas van a empeorar gravemente o que los aspectos de la propia vida que parecen ir bien llegarán a fallar. Normalmente conlleva un miedo exorbitante a cometer errores que podrían generar el colapso financiero, la pérdida, la humillación o el verse atrapado en una situación indeseada. Como exageran los posibles resultados negativos, estos individuos suelen caracterizarse por la preocupación, vigilancia, queja e indecisión crónicas.

16. Inhibición emocional

La excesiva inhibición de la acción, sentimiento o comunicación espontánea, normalmente, para evitar la desaprobación ajena, los sentimientos de vergüenza o la pérdida de control de los propios impulsos. Las áreas de inhibición más comunes son: (a) inhibición de la ira y agresión; (b) inhibición de los impulsos positivos (p. ej., alegría, afecto, excitación sexual, juego); (c) dificultad para expresar vulnerabilidad o para comunicar libremente los propios sentimientos, necesidades, etc. y/o (d) excesivo énfasis en la racionalidad al mismo tiempo que se pasan por alto las emociones.

17. Metas inalcanzables/hipercriticismo

La creencia subyacente de que uno debe esforzarse para satisfacer estándares internos inalcanzables de conducta o ejecución, normalmente para evitar la crítica. Generalmente produce sentimientos de presión o dificultad para reducir el ritmo y la tendencia a la hipercriticidad hacia uno mismo y los demás. Debe implicar el deterioro significativo en el placer, la relajación, la salud, la auto-estima, la sensación de logro o las relaciones satisfactorias. Los estándares implacables suelen presentarse como: (a) perfeccionismo, atención excesiva al detalle o la subestimación de la propia ejecución en relación a la norma; (b) reglas rígidas y "deberías" en muchas áreas de la vida, incluyendo preceptos morales, culturales o éticos irrealmente altos o (c) preocupación por el tiempo- y eficiencias-, la necesidad de lograr más.

18. Castigo

La creencia de que las personas deberían ser duramente castigadas por cometer errores. Conlleva la tendencia a estar furioso, ser intolerante, punitivo e impaciente con las personas (incluido uno mismo) que no satisfacen las propias expectativas o estándares. Suele incluir también la dificultad para perdonar o perdonarse los errores porque se es reacio a considerar las circunstancias extenuantes, a permitir la imperfección humana o a empalmar con los sentimientos ajenos.

Para efecto de nuestra investigación, y tomando en cuenta la validación del Young Schema Questionnaire realizada por Castrillon, D. et al. (2005), cuestionario que fue desarrollado por Young, dicho autor ha llevado a cabo varias revisiones teóricas de los esquemas y su forma de agrupación, dando lugar a diferentes versiones del cuestionario. Para establecer las propiedades psicométricas y la validez estructural del Young Schema Questionnaire Long Form - Second Edition

en la población universitaria de la ciudad de Medellín, Colombia, se tomó una muestra aleatoria y representativa de 1.419 estudiantes universitarios. El estudio encontró que la prueba tenía una estructura factorial que se organizaba en once factores y explicaban el 65% de la varianza. En conclusión, los datos obtenidos validan la existencia de un modelo de once factores en el cuestionario Young Schema Questionnaire Long Form - Second Edition para la ciudad de Medellín, Colombia, los cuales se detallan a continuación:

a) Dimensión I: Desconexión y rechazo

Los pacientes con esquemas de esta dimensión son incapaces de establecer apegos seguros y satisfactorios con otras personas. Creen que sus necesidades de estabilidad, seguridad, protección, amor y pertenencia no serán satisfechas. Las familias de origen típicas son inestables (abandono/inestabilidad), abusadoras (desconfianza/abuso), frías (privación emocional), con tendencia al rechazo. Los pacientes con esquemas de la dimensión de desconexión y rechazo (especialmente los cuatro primeros esquemas) suelen ser los más perjudicados. Muchos de ellos han sufrido infancias traumáticas y de adultos tienden a apresurarse a relaciones auto-destructivas o evitan completamente las relaciones próximas. La relación terapéutica, muchas veces, es un elemento central para el tratamiento de estos pacientes.

El esquema de abandono/inestabilidad es la inestabilidad percibida de la propia conexión con otras personas significativas. Los pacientes con este esquema tienen la sensación de que las personas importantes de su vida no seguirán estando ahí porque son emocionalmente imprevisibles, solo están presentes erráticamente, morirán o abandonarán al paciente por alguien mejor.

Dentro de los orígenes del esquema se encuentra el fallecimiento de uno de los padres o cuando abandona el hogar, así mismo pudo darse el caso que la madre fue hospitalizada o fue separada del niño durante un periodo de tiempo prolongado. Quizá el niño fue criado por niñeras o estuvo en un internado de pequeño, por lo que tiene sucesión de figuras maternas. También puede darse que sea un hijo de una madre inestable, que haya perdido la atención de uno de los padres o que estos se divorciaran.

El esquema de desconfianza/abuso. Se está convencido de que las restantes personas, si tienen la oportunidad, usarán al paciente para sus propios fines egoístas. Por ejemplo, maltratarán, herirán, humillarán, mentirán, engañarán o manipularán al paciente.

Puede que alguien de la familia abusará física o sexualmente del menor, así mismo puede ser que lo humillaban, le tomaban el pelo o lo menospreciaban. Probablemente personas significativas delataban sus confidencias, manipulaban, hacían promesas que no tenían intención de cumplir o les mentían.

El esquema de deprivación emocional es la expectativa de que el propio deseo de conexión emocional no será debidamente satisfecho. La madre es fría o poco cariñosa, no da al niño ni el tiempo, ni la atención necesaria. Identificamos tres formas.

- **Privación de cuidados:** La ausencia de afecto o atención
- **Privación de empatía:** La ausencia de escucha o comprensión
- **Privación de protección:** La ausencia de determinación o pautas por parte de los demás.

b) Dimensión II: Desempeño y autonomía deficiente

La autonomía es la capacidad para separarse de la propia familia y funcionar independientemente de manera similar a las personas de la misma edad. Los pacientes con esquemas en este dominio presentan expectativas sobre sí mismos y sobre el mundo que interfieren con su capacidad para diferenciarse de las figuras parentales y funcionar independientemente. A estos pacientes, durante su infancia, los padres les hicieron todo y los sobreprotegieron; o, en el extremo opuesto (menos probable), no les cuidaron ni les protegieron. (Ambos extremos conducen a problemas en el reino de la autonomía). Es frecuente que sus padres hayan minado su auto-confianza y no los hayan reforzado por actuar competentemente fuera del hogar. En consecuencia, estos pacientes no son capaces de forjar sus propias identidades y crear sus propias vidas. No son capaces de establecer objetivos personales ni de dominar las destrezas requeridas. Con respecto a la competencia, siguen siendo niños incluso bien entrados en la edad adulta.

El esquema de vulnerabilidad al daño y a la enfermedad es el miedo exagerado a que se produzca una catástrofe en cualquier momento y a que uno sea incapaz de afrontarla. Los temores se centran en los siguientes tipos de catástrofes: (1) médicas (p. ej., ataque al corazón, enfermedades como el SIDA); (2) emocionales (p. ej., volverse loco, perder el control); y (3) externas (p. ej., accidentes, crímenes, catástrofes naturales).

Los niños aprendieron el sentido de vulnerabilidad observando y viviendo con padres con el mismo esquema. Ellos eran fóbicos o les asustaban algunas áreas de la vulnerabilidad, como la pérdida de control, enfermedades, o la ruina, etc. Los padres pudieron haber sobreprotegido, continuamente les advertían de peligros específicos y les hacían sentir que eran demasiado frágiles o incompetentes para enfrentarse a las cuestiones cotidianas o contrariamente los padres no protegieron al menor por lo que su entorno infantil no parecía seguro física, emocional o económicamente.

El esquema de entrampamiento/yo inmaduro, suelen estar sobreimplicados con una o más personas significativas (normalmente los padres) en detrimento de su plena individuación o desarrollo social. Estos pacientes suelen creer que, como mínimo, uno de los individuos fusionados no podría funcionar sin el otro. El esquema puede incluir sentimientos de asfixia o fusión con los otros o carecer de un sentido claro de la identidad y de la dirección.

c) Dimensión III: Límites insuficientes

Los pacientes con esquemas correspondientes a esta dimensión no han desarrollado límites internos apropiados en relación a la reciprocidad o a la auto-disciplina. Pueden presentar dificultades para respetar los derechos ajenos, cooperar, cumplir con los compromisos aceptados o satisfacer objetivos a largo plazo. Estos pacientes pueden parecer egoístas, malcriados, irresponsables o narcisistas. Normalmente pertenecen a familias que fueron excesivamente permisivas o indulgentes. (La auto-atribución de derechos puede ser una forma de sobre-compensación de otro esquema, como la privación emocional; en tales casos, el exceso de indulgencia no suele ser el origen primario). De niños, a estos pacientes no se les exigió que respetaran las normas que corresponden a todos los

demás, que tuvieran en consideración a los demás ni que desarrollaran cierto grado de auto-control. De adultos carecen de la capacidad para contener sus impulsos y para postergar su gratificación en beneficio de logros futuros.

El esquema de derecho/grandiosidad conlleva la presunción de que uno es superior a las demás personas y, en consecuencia, autorizado a derechos y privilegios especiales. Los pacientes con este esquema no se sienten vinculados a las normas de reciprocidad que dirigen la interacción social normal. Insisten en poder hacer lo que quieran hacer, independientemente de lo que eso conlleve para los demás. Pueden mantener un foco exagerado en su superioridad (p. ej., pertenecer al grupo de los más famosos, exitosos o ricos) a fin de alcanzar poder. Estos pacientes, muchas veces, son excesivamente demandantes o dominantes, y carecen de empatía.

El primer origen es límites débiles, el segundo origen se refiere a la excesiva indulgencia del dependiente, es decir los padres muy permisivos y el tercer origen tienen que ver con la grandiosidad como contraataque de otros esquemas como la imperfección, privación emocional o exclusión social.

El esquema de insuficiente autocontrol/autodisciplina nos dice que las personas no pueden o no ejercen el suficiente auto-control y tolerancia a la frustración para alcanzar sus objetivos personales. Estos pacientes no regulan la expresión de sus emociones e impulsos. En la forma más leve de este esquema, los pacientes presentan un énfasis exagerado en la evitación de la incomodidad.

De niños no se les exigió que respetaran las normas, ni que tuvieran en consideración a los demás, ni que desarrollaran cierto grado de control.

d) Dimensión IV: Tendencia hacia el otro

Los pacientes de esta dimensión atribuyen un énfasis excesivo a satisfacer las necesidades de los demás frente a las propias. Lo hacen a fin de obtener la aprobación, mantener la conexión emocional o evitar las represalias. Al interactuar con los demás, tienden a centrarse casi exclusivamente en las respuestas de las demás personas, dejando a un lado sus propias necesidades, y, a menudo, carecen de la conciencia de su propia ira y de sus preferencias. De niños, no tuvieron la

libertad suficiente para poder seguir sus propias inclinaciones naturales. De adultos, en lugar de guiarse internamente, están guiados externamente y siguen los deseos ajenos. La familia de origen típica se basa en la aceptación condicional: los niños deben prescindir de aspectos importantes de sí mismos a fin de obtener amor o aprobación. En muchas de estas familias, los padres valoran más sus propias necesidades emocionales o "apariencias" sociales que las necesidades únicas del niño.

El esquema de autosacrificio satisfacen voluntariamente las necesidades de los demás a expensas de su propia gratificación. Lo hacen a fin de evitar el dolor ajeno, evitar la culpabilidad, lograr auto-estima o mantener el vínculo emocional con alguien a quién perciben como necesitado. El esquema se deriva de una sensibilidad aguda hacia el sufrimiento ajeno. Conlleva la sensación de que las propias necesidades no están siendo adecuadamente satisfechas y puede llevar a sentimientos de resentimiento.

Dimensión V: Sobrevigilancia e inhibición

Los pacientes de esta dimensión suprimen sus sentimientos e impulsos espontáneos. Suelen esforzarse por satisfacer reglas internas rígidas sobre su propia ejecución a expensas de la felicidad, auto-expresión, relajación, relaciones cercanas o buena salud. Los orígenes típicos son una infancia triste, reprimida y estricta en la que el auto-control y la auto-negación predominaron sobre la espontaneidad y el placer. De niños, a estos pacientes no se les animó a jugar o a alcanzar la felicidad. Por el contrario, aprendieron a estar hipervigilantes a los acontecimientos negativos de la vida y a considerar la vida como desoladora. Estos pacientes suelen transmitir una sensación de pesimismo y preocupación, temor a que sus vidas se destrocen en cualquier momento si no mantienen la alerta en todo momento.

El esquema inhibición emocional es la limitación de sus actuaciones, sentimientos y comunicación espontánea. Suelen hacerlo a fin de evitar ser criticados o de perder el control de sus impulsos. Las áreas de inhibición más comunes son: (1) inhibición de la ira; (2) inhibición de los impulsos positivos (p. ej., alegría, afecto, excitación sexual, gozo); (3) dificultad para expresar vulnerabilidad y (4) énfasis en la racionalidad al tiempo que se pasan por alto las

emociones. Estos pacientes suelen presentarse como planos, coartados, distantes o fríos.

El esquema estándares inflexibles 1/autoexigencia es la sensación de que uno debe esforzarse mucho por satisfacer estándares internos muy altos, normalmente a fin de evitar la desaprobación o la vergüenza. El esquema generalmente produce sentimientos de presión constante e hipercriticismo hacia uno mismo y hacia los demás. Para que sea considerado como esquema precoz desadaptativo debe existir un deterioro significativo en la salud, auto-estima, relaciones o experiencia de placer del paciente.

El esquema estándares flexibles 2/perfeccionismo necesidad de hacer las cosas de forma "correcta", una atención extraordinaria al detalle o la subestimación de los propios niveles de ejecución

Tiene su origen en el condicionamiento del amor que se recibía cuando se es niño, uno o los dos padres probablemente fueron modelos de elevadas normas poco equilibradas, o solían avergonzar o critican al niño cuando no cumplía las altas expectativas.

2. PROBLEMAS DE CONDUCTA

A. DEFINICIONES ASOCIADAS A PROBLEMAS DE CONDUCTA

Antes de mencionar los diferentes términos encontrados en la literatura de problemas de conducta, es importante conocer algunos conceptos que se verán más adelante como es “comportamiento” y “conducta”.

Moreno (2005) menciona que desde una perspectiva “neutral”, se entiende por “comportamiento” el conjunto de conductas y sus características con las que un individuo o grupo determinado establecen relaciones consigo mismos, con su entorno o contextos físicos y con su entorno humano, más o menos inmediatos. Por su parte la “conducta” es la expresión del modo en que su protagonista se “gobierna” o “conduce” a sí mismo, como respuesta a una motivación que pone en juego componentes psicológicos, motrices y fisiológicos.

El término comportamiento en la actualidad, por su amplitud y adaptabilidad, tiende a ser más empleado que el de “conducta”, que parece haber perdido la primacía que mantuvo especialmente durante la década de los setenta, cuando alcanzaron mayor predominancia los planteamientos conductistas. Sin embargo en la literatura que revisaremos para efectos de nuestra investigación encontraremos que dichos términos se siguen usando indistintamente (pp. 7,8).

Dentro de las definiciones asociadas a problemas de conducta encontramos a Freyre (1994) quien nos dice, que se está al frente de un **trastorno de conducta**, cuando el adolescente ya es capaz de cometer actos riesgosos, demostrando poca capacidad para percibir el peligro y para controlar sus impulsos. Este tipo de desorden del comportamiento los suele llevar a sufrir accidentes, vivir una sexualidad irresponsable, experimentar o excederse con el alcohol y otras drogas, huir del hogar, abandonar el colegio o exponerse a ambientes peligrosos y a situaciones de violencia. En estos casos se habla de “conducta de alto riesgo” y de conducta impulsiva (p. 618).

Así mismo, Armas (2007) menciona que los trastornos de conducta son más estables, y por lo tanto más resistentes a la intervención, que los trastornos situacionales transitorios, pero menos persistentes que los trastornos estructurales como los trastornos de personalidad y la psicosis.

El autor en mención indica cuáles son las características fundamentales de los trastornos, haciendo referencia:

1. A un conjunto de conductas que por su intensidad, frecuencia y duración deterioran significativamente el proceso de desarrollo personal y social.
2. El comportamiento es evaluado como alterado en referencia a una norma de edad o norma evolutiva. Lo que juega un papel adaptativo en una edad puede resultar alterado en otra.
3. La norma para evaluar una conducta como patológica debe tener en cuenta las características del medio educativo, social y cultural al que pertenece la persona, ya que la conducta es altamente influenciable por el entorno.
4. El comportamiento alterado supone una pauta conductual relativamente estable.

5. La conducta alterada afecta de manera significativa a la relación del sujeto con el medio social (pp. 94,95).

Así también encontramos el término **conducta disruptiva**, la cual podemos entender como un conjunto de conductas inapropiadas que retrasan o impiden el proceso de enseñanza y aprendizaje, convirtiéndose en un problema académico de rendimiento que agrava el fracaso escolar. También suele interpretarse como un problema o falta de disciplina dentro de la clase, propiciando un clima tenso en el aula y generando malas relaciones entre alumnos y profesores así como entre los propios alumnos (Navarro, 2002, Citado en Espinoza, et al. 2010, p. 45).

Por otro lado hallamos el término **Desorden comportamental** entendido como un patrón de comportamiento más generalmente antisocial e insumiso. (Olweus, 1996 citado en Tena, 2013). Desde esta perspectiva es natural predecir que los jóvenes que son agresivos y se comportan como hostigadores corren peligro de caer en otras conductas reprobables, tales como la delincuencia y el abuso de sustancias ilícitas (Tena, 2013, p. 74).

Impiden el funcionamiento en el hogar, la escuela o la comunidad y es de tal grado que los demás compañeros, familiares y la comunidad lo perciben como una persona indisciplinable, convirtiéndose el abusador de la escuela, de la casa y de la comunidad (Moran, 2004, p. 81).

Los desórdenes de la conducta suelen presentarse acompañados de otros desórdenes, ejemplo: en el aprendizaje, en la memoria, en la atención, en matemática, en lenguaje, etc. Además están asociadas con trastornos de ansiedad, hiperactividad y depresión. Para un profesional (médico, psicólogo) es complicado diagnosticar si en un niño la primera condición es un desorden conductual y la segunda un desorden emocional, o si varía el orden. Sin embargo el autor afirma que no importa el diagnóstico en los dos casos se cualifica para una educación especializada (Moran, 2004, p. 82).

Así también, en el contexto de la educación especial el mismo término se usa como un descriptor mucho más acorde a las dificultades sociales de los niños y los jóvenes, ya que se considera menos estigmatizante que el término

emocionalmente afectado (Feldman, Kinnison, Jay, & Harth, 1983; Word. & Grimes. 1988, citado en Berrio, Gardeazabal, Posada & Romero, 2004, p. 6).

Existen diferentes factores que impiden que exista consenso en relación con la definición de problemas de conducta, tales como: primero, el considerar qué es una conducta disruptiva, implica una valoración social; segundo, no existe solamente un modelo teórico sobre los trastornos emocionales y de la conducta, por lo cual existe una variedad de conceptos que dificultan pasar de una definición a otra; tercero, la evaluación e interpretación de los trastornos de la conducta depende del contexto, por lo tanto resulta difícil, trabajosa y cara; ya que las diferentes culturas (grupos sociales y etnias) presentan variedad de expectativas y normas de lo que es una conducta apropiada; y cuarto, están los factores de la frecuencia e intensidad (Kauffman, 1997; Caballo & Simón, 2001; Wicks & Israel, 1997; Heward, 2000, citado en Berrio, Gardeazabal, Posada y Romero, 2004, p. 6).

Sin embargo, los autores antes mencionados definen los **trastornos disociales**, que describe el sistema de categorías estandarizado DSMIV-TR (2001) y la CIE-10 -World Health Organization- (1992). La cual utiliza el término Trastorno Disocial para designar niveles graves de conductas agresivas y antisociales así también como criterio diagnóstico (Berrio. et al., 2004, p. 7).

El DSMIV-TR (2002) lo define como 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.

Estos comportamientos se dividen en cuatro grupos. Comportamiento agresivo a las personas o animales, comportamiento no agresivo que causa pérdidas o daños a la propiedad, fraudes o robos y violaciones graves de las normas. Tres o más comportamientos característicos deben haber aparecido durante los últimos doce meses y por lo menos un comportamiento se habrá dado los últimos seis meses. El trastorno del comportamiento provoca deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral.

Establece dos tipos de inicio, el infantil que se define por la presencia de por lo menos una característica del trastorno disocial antes de los diez años de edad. Y el de inicio adolescente, dichos sujetos tienden menos a desplegar comportamientos

agresivos y a tener más relaciones normativas con compañeros (aunque frecuentemente plantean problemas de comportamiento en compañía de otros). Siendo estos menos propensos a sufrir un trastorno de personalidad antisocial debido a la edad de su inicio (pp. 107, 108, 109).

Otros autores, Moynihan (1993), Rhodes y Paul (1978) citados por Kauffman (1997) definen un desorden emocional o de conducta como aquel en el que un niño o niña presenta comportamientos intolerables para la cultura a la cual él o ella pertenece. Por su parte, Bower (1960, 1957), citado por Heward (2000) y Kauffman (1997) definen los trastornos emocionales y de la conducta como un desorden que se presenta por largo tiempo y que afecta de forma negativa el rendimiento escolar de un niño o de una niña; que además no puede explicarse por causas intelectuales o sensoriales, pero que impide un proceso de aprendizaje adecuado así como el desarrollo de relaciones interpersonales satisfactorias con pares y docentes; y/o facilita la presentación de conductas y emociones inapropiadas para el contexto, estados de depresión e infelicidad; y/o temores personales y escolares. Además, esta definición incluye a los autistas, pero no a los niños y niñas que presentan solamente desajuste social. Esta última definición incluye aspectos importantes como son los de cronicidad (tiempo), gravedad y dificultad escolar (Berrio, et al. 2004. pp. 7,8).

Caballo y Simon (2001) citan a Garber (1984) quien indica que se deben tener en cuenta cuatro parámetros al momento de considerar un comportamiento como desvío, en relación al aspecto evolutivo propio de la etapa que atraviesa. Estos son: la intensidad (magnitud excesiva o deficiente del comportamiento); la frecuencia (gravedad de la conducta problema, número de veces que ocurre o no ocurre esta); la duración, (transitoriedad de dificultades); y por último, el número de síntomas diferentes y su configuración. Estos deben ser evaluados con respecto a lo que se considera la norma para una edad determinada (p. 34).

Tomando en cuenta lo anteriormente mencionado se puede afirmar que en todos los grupos culturales y en todos los estratos sociales, algunos comportamientos disóciales que presentan los niños y los jóvenes son reconocidos como anormales simplemente porque sus conductas y comportamientos violan los

estándares peculiares de sus culturas o de las instituciones sociales de sus ambientes, tales como sus propias escuelas (Berrio, et al. 2004, p. 9).

En síntesis, un acto característico o patrón de comportamiento debe ser considerado como desorden en una situación o contexto, pero no en otra – simplemente porque existe gran diferencia en las expectativas de las personas que viven con los niños o jóvenes que padecen dicho trastorno (Peterson & Ishii-Jordan, 1994, citado en Berrio, et al. 2004, p. 10).

Ya refiriéndonos al término problemas de conducta, Freyre (1994) nos narra que en la mayoría de las consultas sobre estos aspectos se refieren a conductas inapropiadas, menores, transitorias y situacionales tales como; mentir, ausentarse injustificadamente del colegio, vagabundear, sustraer cantidades pequeñas de dinero del hogar, pintarrajear paredes, ocasionar desorden en lugares públicos, etc. En la mayoría de estos casos, el adolescente comete estos actos por razones circunstanciales (como mentir, por ejemplo) o por experimentar una vivencia emocionante, aventurera, anecdótica u osada. Muchas veces los adolescentes que las comenten son catalogados como “malos” o “perjudiciales”, por sus padres profesores o vecinos (pp. 617-618).

Debido a la diversidad de terminología usada para referirse a problemas de conducta y la falta de consenso en una definición es que Armas (2007), incluye información de un grupo de expertos mediante la técnica Delphi, quienes nos dan a conocer distintas definiciones de problemas de conducta a través de un primer cuestionario abierto, posteriormente fueron ordenadas según la importancia otorgada por el mismo grupo de profesionales en un segundo cuestionario.

A continuación veremos el Cuadro 1 que contiene la escala valorativa que va del 1 (totalmente en desacuerdo) al 7 (totalmente de acuerdo).

Cuadro 1

Definiciones para el término Problemas de conducta

Ítems	¿Qué entiende usted por problemas de conducta?	Media
1	Cuando el comportamiento y las actuaciones de una persona tienen repercusiones negativas sobre ella misma (afectivas) y sobre todo en el medio en que desenvuelve su vida (familia, escuela, trabajo, vecinos) por romper las normas establecidas de convivencia y perturbar las mismas. Hay que evaluar la intensidad, duración, frecuencia, edad a la que se presenta y el medio socio-cultural para considerarlo como tal.	6,45
2	Comportamientos que dificultan gravemente la convivencia y que suponen para el niño o joven que los protagoniza un hándicap para su desarrollo ya que lo sitúan fuera de los contextos normales de socialización.	5,16
3	Comportamientos que atentan de modo grave contra normas democráticamente establecidas, socialmente admitidas y de sentido común, teniendo como consecuencia una alteración grave del contexto en el que se producen, dificultando o incluso impidiendo, el logro de un clima adecuado para desarrollar los procesos que se pretenden.	5
4	Frecuentes modos inadecuados de interacción con el medio, dando lugar a conflictos en las relaciones interpersonales y sociales, debido a la ausencia de empatía por los derechos y sentimientos ajenos, junto con un alto grado de impulsividad.	4,9
5	Una conducta es un problema cuando interfiere en el bienestar personal, en el desarrollo social adecuado, afecta a la maduración del individuo, a las habilidades de aprendizaje, competencia y autoestima.	4,9

6	Desde el ámbito educativo hay que hablar de la incapacidad de algunos alumnos para adaptarse a la norma establecida, bien sea por un trastorno de índole orgánico, por no trabajarse desde el ámbito familiar diferentes aspectos educativos en las edades tempranas, o porque la norma no es suficientemente flexible para poder dar una respuesta adecuada a las necesidades de la diversidad del alumnado.	4,58
7	En un contexto concreto (espacio-tiempo, con normas acomodadas a su capacidad y comprensión) un alumno tiene problemas de conducta cuando por sí mismo y de forma no esporádica, no sintoniza con el trabajo y con la vida escolar, respondiendo con despectivo negativismo delante de las actividades que se le proponen, cuestionando la legitimidad de la intervención, actuando con insubordinación delante de la autoridad educativa.	4,33
8	Comportamientos más allá de los límites tolerables. Los límites varían según culturas, grupos, épocas.	4,08
9	Si entendemos la conducta como la expresión del ser humano, problemas de conducta abarcarián todo los trastornos de la patología psíquica. Pero vamos a centrarnos en los problemas del comportamiento: hipercinesia, trastornos disóciales. etc.	4,07
10	Comportamientos inadecuados en el medio usual que contribuyen a dificultades o conflictos con las relaciones de los sujetos entre sí y con otros, por lo general relacionados con diferentes puntos de vista: adultos-niños, padres-hijos, profesores-alumnos,...	4
11	Desde el contexto escolar, entiendo que son las dificultades que pueden surgir en el proceso de adaptación adecuado a las normas de convivencia del entorno (familiar, escolar y social) en donde se desarrolla la vida cotidiana de los niños.	4
12	Conductas que impiden al individuo desarrollar todo su potencial como ser, conforme a su edad mental y cronológica en su medio socio familiar.	3,75

13	<p>La conducta problemática es una conducta enmascaradora del malestar emocional, que cumple la finalidad de buscar el bienestar psíquico: atención, cariño, autoestima. La conducta enmascaradora es una conducta analgésica, hace que nos sintamos mejor, proporcionando seguridad o confianza.</p>	3,50
----	---	------

En los distintos ítems sugeridos por el grupo de expertos se pueden encontrar una gama de matices entre los que podemos destacar los siguientes: los problemas de conducta dificultan gravemente la convivencia y afectan a la persona que los presenta y al sistema; algunos sistemas como la escuela acaba patologizando la diversidad de los alumnos por falta de flexibilidad y recursos para atender sus necesidades educativas; son comportamientos más allá de los límites tolerables, límites que varían según las culturas, grupos, edad; dificultades que pueden surgir en el proceso de adaptación a las normas de convivencia; conductas que impiden al individuo desarrollar todo su potencial como ser; los trastornos son conductas enmascaradoras del malestar emocional que buscan el bienestar psíquico.

La descripción mejor valorada por el grupo de expertos, considera que existe un problema de conducta cuando el comportamiento de una persona tiene repercusiones negativas para ella (afectivas) y el medio en el que desarrolla su vida (familia, escuela, trabajo, vecinos) por romper las normas de convivencia. En su diagnóstico hay que evaluar la intensidad, duración, frecuencia, edad a la que se presenta y el medio socio-cultural (pp. 95-97).

Dicho consenso al que llegaron los expertos se ajusta a la línea de la investigación ya que reúne características que no se encuentran enmarcadas dentro de los manuales clasificatorios, pero se asemejan en su carácter perturbador. Sin embargo son problemas que se presentan con frecuencia, por lo tanto requiere también de una intervención especializada y oportuna.

Alarcón y Barrig (2015) refieren que dentro del estudio de la psicopatología del desarrollo adolescente pueden encontrarse dos perspectivas. En la primera de ellas se usan taxonomías categoriales para clasificar problemas o trastornos de salud mental (DSM), mientras que la segunda sostiene la pertinencia de modelos

taxonómicos basados en análisis estadísticos multivariados que identifiquen la coocurrencia de problemas emocionales y conductuales (p.e. The Achenbach System of Empirically Based Assessment, ASEBA) y que puedan ser usados para comparar a diversas poblaciones entre sí considerando la etapa evolutiva de la persona (p. 254). Dentro de esta perspectiva de evaluación estandarizada, Achenbach y Rescorla (2000) clasificaron los problemas de conducta, en cuanto a su presentación predominante; internalizante y externalizante.

Los problemas que se denominan internalizantes reflejan dificultades con el self o el sí mismo, por ejemplo, reacciones emocionales como ansiedad, depresión, quejas de somatizaciones sin ninguna causa médica y aislamiento al contacto social, entre otros. Por el contrario los problemas que se denominan externalizantes se perciben cuando aquellos individuos muestran o exhiben el desorden de conducta como tal con otras personas, por ejemplo, presentar problemas de conducta, pobre concentración, hiperactividad, comportamiento desafiantes, desobediencia e irritabilidad (Citado en Berrio, et al., 2004, p. 10).

Dentro de los trastornos internalizantes se pueden destacar cuatro grandes categorías: emocionalmente reactivo, ansioso o depresivo, de componente comportamental y aislamiento (Achenbach y Rescorla, 2000, citado en Berrio, et al., 2004).

La categoría emocionalmente reactivo hace referencia a sentimientos subjetivos como tristeza, felicidad y miedo, que surgen en respuesta a situaciones y experiencias; y se expresan a través de algún tipo de conducta alterada, caracterizándose con: irritación ante un cambio en la rutina, tics, pánico, cambios rápidos entre tristeza y entusiasmo, malhumorado, se molesta con personas o situaciones nuevas, lloriqueos y preocupación (p. 11).

En cuanto a la categoría de ansioso o depresivo, se compone de dos problemas Ansiedad y Depresión.

El componente Comportamental en los trastornos internalizantes, se refiere a aquellas características físicas y psicológicas que se presentan sin tener causa médica justificada; por ejemplo, dolores de cabeza o estómago náuseas o vómito, perfeccionismo, preocupación por la pulcritud y limpieza, diarrea o soltura

intestinal acompañado de movimientos intestinales dolorosos y poco apetito (pp. 14, 15).

Y por último, como parte de los trastornos internalizantes se encuentra la categoría de Aislamiento, la cual incluye características de introversión y falta de acercamiento a las personas que lo rodean (p. 15).

Dentro de los trastornos externalizantes, se encuentran los Problemas de Atención y el Comportamiento Agresivo, los cuales a continuación se describen:

Los Problemas de Atención, se entienden como falta de concentración selectiva de la actividad mental que implica un aumento de deficiencia sobre un sector determinado y la inhibición de actividades concurrentes; los niños y adolescentes que lo presentan, exhiben problemas tales como distractibilidad y dificultad para mantener la atención. Esta categoría se caracteriza por poca concentración, hiperactividad, presentar dificultad para seguir instrucciones, no realizar tareas, intranquilidad, pobre coordinación, movimientos torpes, cambiar rápidamente de una actividad a otra, distraerse con facilidad y deambular (p. 15).

El Comportamiento Agresivo hace referencia a agresión física o verbal que tiene como intención herir a quien le recibe o establecer dominio sobre él; se caracteriza por comportamientos tales como no estarse quieto, ser desafiante, destruir las cosas propias y de las otras personas, ser desobediente, no parecer sentirse culpable después de comportarse mal, frustrarse con facilidad, golpear a otros, involucrarse en muchas peleas, ser irritable; al igual que impaciente, desafiante, cruel con los animales, destructor de objetos personales y de otros, desobediente, sin sentido de culpa después de obrar mal, presenta frustración, cruel e intimidante con otros, molesta a los demás, se involucra en peleas, golpea a los demás, maltrata a los animales o personas sin proponérselo, irritable, el castigo no influye en su conducta, no es del agrado de los demás, grita mucho, es egoísta, terco, taciturno e irritable, fastidia demasiado, presenta temperamento explosivo, desea mucha atención y no es cooperativo (p. 16).

B. CURSO EVOLUTIVO DE LOS PROBLEMAS DE CONDUCTA

La estabilidad de los problemas de conducta es avalada por investigaciones que muestran que en muchas ocasiones los niños que comienzan a presentar problemas de conducta de forma temprana, también los manifiestan durante la adolescencia y en edades posteriores (p. ej., Dodge, Coie y Lynan, 2006, citado en López-Rubio, 2012).

Además la estabilidad de estos problemas es especialmente elevada en aquellos estudiantes que los manifiestan en distintos ámbitos. Así mismo se considera que este tipo de problema suele aparecer en dos momentos concretos del desarrollo: durante la primera infancia y persistir a lo largo de las diferentes etapas del desarrollo o bien volver a aparecer durante los años adolescentes. Las investigaciones en este campo parecen más encaminadas a defender el peor pronóstico de los niños que comienzan de forma temprana a manifestar este tipo de problemas, ya que se trata de patrones conductuales muy estables (August, McDonald, Redmuto y Skara, 1996; Egeland, Pianta y Ogawa, 1996, citado en López-Rubio, 2012).

C. PROBLEMAS DE CONDUCTA Y ADOLESCENCIA

a. Definición de adolescencia

Para Papalia, Wendkos y Duskin (2009) la adolescencia es un periodo de transición en el desarrollo entre la niñez y la edad adulta que implica importantes cambios físicos, cognitivos y psicosociales interrelacionados. Dura casi una década desde los 11 o 12 años hasta los 19 o comienzos de los 20, pero ni en el comienzo ni el fin están marcados con claridad (p. 416).

Moreno (2015) refiere que la adolescencia se caracteriza por ser un momento vital en él que se sucede gran número de cambios que afectan a todos los aspectos fundamentales de la persona. De hecho a lo largo de estos años, se modifica nuestra estructura corporal, nuestros pensamientos, nuestra identidad y las relaciones que mantenemos con nuestra familia y la sociedad. La adolescencia constituye así una etapa de cambios que, presenta el hecho de conducirnos a la madurez.

b. Adolescencia como etapa de transición

Si bien es cierto el ser humano pasa por distintas etapas, la adolescencia es una de ellas y como tal es distinta de las demás; conocida como un periodo de transición entre la niñez y la adultez. Sin embargo, si solo se le define como la terminación de la niñez por un lado y el principio de la adultez por el otro, el concepto de adolescencia resulta confuso para el que la estudia y para el adolescente mismo (Mc Kinney, Fitzgerald y Strommen, 1987, p. 3).

En esta etapa, los cambios psíquicos y sociales que se operan, entrañan la necesidad de que el individuo se adapte a ellos. Cuanto más rápido se produzcan estos cambios, tanto más difícil será la adaptación. El éxito con que el adolescente transcurra por esta etapa dependerá, en gran parte, de la forma en que se le preparó para ello durante la niñez. Los niños que han sido bien criados y formados tienen, generalmente una adolescencia “más fácil”. La transición de esta época, no es necesariamente uniforme, pudiendo haber sincronías entre los aspectos biológico, intelectual, emocional y social (Freyre, 1994, p. 19).

Las transiciones comparten una serie de características. En primer lugar supone una anticipación entusiasta del futuro. Este optimismo frente al cambio se acompaña de un sentimiento de ansiedad frente al futuro y un sentimiento de duelo por el estadio perdido. Al mismo tiempo, las mudanzas que tienen lugar hacen necesario un reajuste psicológico importante. El hecho de transitar de un estado a otro produce, finalmente, una ambigüedad en la posición social (Moreno, 2015).

c. Etapas de la adolescencia

El término adolescente se usa generalmente para referirse a una persona entre los 13 y 19 años de edad, periodo típico entre la niñez y la adultez. Este periodo empieza con los cambios fisiológicos de la pubertad y termina cuando se llega al pleno status sociológico del adulto. Sin embargo, al igual que sucede con todas las etapas del desarrollo, estos puntos extremos no están muy bien definidos (Mc Kinney, Fitzgerald, Strommen, 1987, p. 3).

Siguiendo la línea de la teoría del desarrollo psicosocial del adolescente, (Inhelder y Piaget citados en Freyre 1994, pp. 127-129) señala que durante la adolescencia se pueden distinguir tres etapas.

Adolescencia temprana o inicial, que comprende las edades de 10 a 13 o 14 años en las mujeres y de 12 a 14 o 15 años en los varones, en esta etapa se aprecia preocupación y curiosidad por los cambios físicos, los que incluyen las formas corporales y la modificación de sus facciones, jugando todos ellos un papel importante en el proceso de la imagen corporal. Así mismo se inicia la ruptura de la dependencia que el niño tiene con sus padres y con otros adultos, lo cual se manifiesta por cierta rebeldía.

En el aspecto de identidad, van dejando atrás el rol de un niño, aquel que les permitía saber concretamente lo que debía o podía hacer y se van encaminando al desarrollo de su propia identidad. En algunos adolescentes pueden ya insinuarse los inicios de la formación del propio sistema o código de valores, pero lo que predomina es la revisión de los principios inculcados por la familia. Finalmente sus relaciones sociales son predominantemente con jóvenes del mismo sexo, pero ya pueden iniciarse algunas con el sexo opuesto y, a través de ellas, se va reforzando la masculinidad o la feminidad.

Posteriormente aparece la adolescencia intermedia: Esta etapa corresponde a las edades de 14 a 16 años en las mujeres y de 15 a 17 años en los varones. En esta etapa los adolescentes ya están menos preocupados por sus cambios físicos y menos inciertos al respecto, pero la imagen corporal no está aún plasmada y tratan de ser lo más atractivos posible para atraer al sexo opuesto. La sexualidad es intensa y muy física, impersonal, impulsiva y poco ligada al afecto, suelen ser frecuentes las citas amorosas, las caricias íntimas y actividad coital impulsiva.

Así también es esta etapa se producen mayores conflictos familiares y la rebeldía es mayor y más desafiante, hay intentos y deseos más claros de emancipación. La identidad está más desarrollada y el grupo de amigos atribuye a afirmar la propia imagen y la identidad personal, por otro lado suelen imitar y asumir conductas de otros, aun cuando se opongan a los principios éticos y morales inculcados por la familia.

Debido al mayor desarrollo intelectual y de la capacidad abstractiva, en esta etapa se advierten intereses académicos específicos por ciertas áreas del conocimiento, por profesiones u ocupaciones. Respecto a lo social se aprecia mayor interés y participación en actividades sociales heterosexuales: fiestas, paseos, clubs, etc.

Finalmente llegamos a la última etapa del desarrollo psicosocial denominada adolescencia avanzada, comprende las edades de 17 a 19 años en las mujeres y de 18 a 21 años en los varones. Los adolescentes de estas edades son biológicamente maduros habiendo terminado su desarrollo sexual y su crecimiento. La sensación de autonomía debe haberse completado y ser satisfactoria, se reintegra a la familia y se reestablecen las relaciones maduras y sin conflictos a menos que el proceso de la evolución no haya sido apropiada. Disminuye o desaparece la “dependencia” de amigos, logrando una relación más libre e independiente.

El adolescente es capaz de tener un conocimiento del yo relista y debe mostrar signos de madurez, tales como capacidad para posponer deseos, establecer límites definidos. Entre otros, se inicia el proceso hacia la estabilización socioeconómica u cultural propio del adulto (Inhelder y Piaget citado en Freyre, 1994).

d. El adolescente con problemas de conducta en su contexto

Los adolescentes transcurren más tiempo en la escuela que en cualquier otro ámbito. La escuela como escenario social, es una agencia de socialización y convivencia. Así los adolescentes transitan por diferentes etapas, en los primeros años de adolescencia, ellos pueden ser percibidos como los que piensan, los bromistas o chistosos, en los años intermedios de la adolescencia, ellos actúan más como un agente libre. Están en casa, sin embargo permanecen el mayor tiempo fuera de ella, tienen grupos y diferentes tipos de amigos. A la mitad de la adolescencia, se evidencia un conflicto en las relaciones de grupo que pone de manifiesto la forma en que los adolescentes piensan de sí mismo y de los otros. La dependencia de los adolescentes se desplaza de la familia a la dependencia de grupo. En el caso del adolescente con problemas de conducta, es sabido que los adolescentes normalmente tienen amigos problemáticos, amistades que conforman un grupo con un comportamiento amenazante y violento que infringe habitualmente

tanto las normas sociales como las leyes, siendo esta una causa de fracaso escolar (Ibarra, 2011, pp. 78,79) .

En el contexto familiar el adolescente atraviesa un distanciamiento emocional con sus padres, según psicólogos del desarrollo. Sin embargo, este distanciamiento, no es del todo estricto pero casi universal, este término hace referencia al apego emocional de los adolescentes hacia sus progenitores, pero no quiere decir que los jóvenes se desliguen totalmente de sus padres. De hecho, los adolescentes que mantienen un constante apego emocional con sus padres, se forman una autoimagen más positiva.

Los pares o grupos de amigos de los adolescentes pueden variar en intereses, tamaños, ideologías etc., pero representan una gran fuente de información y de socialización para el joven. Así, el adolescente puede pertenecer a varios grupos al mismo tiempo, en busca de satisfacer ciertas necesidades emocionales (Londoño, Aguirre y Naranjo 2012).

Tanto la familia como los amigos son las personas más importantes para el adolescente y para su comportamiento agresivo y problemático, se consideran dentro de los factores explicativos de los problemas de conducta (Estévez, E.; Jiménez T. y Musitu, G., 2007, p. 96).

D. Origen de los problemas de conducta

Los investigadores coinciden en resaltar la idea de que los problemas de conducta no se pueden atribuir únicamente a factores personales (por ejemplo, influencias genéticas o temperamentales), sino que deben considerarse como el producto de la interacción entre la persona y su entorno, y señalan que la familia continua siendo en la edad adolescente el entorno social relevante en el sentido de que desde el contexto familiar se traducen e interpretan las experiencias acaecidas en otros contextos como la escuela y la comunidad más amplia (Bronfenbrenner, 1979 citado en Yubero S., Larrañaga, E. y Blanco A. , 2007, p. 143).

Es decir que los factores explicativos de estos comportamientos están los relacionados con la vinculación social, sin embargo dichos factores que actúan como de riesgo o de protección no indican causalidad, si no que constituyen

condiciones, que predicen una mayor o menor probabilidad de desarrollar un comportamiento (Hawkins et al., 1998), por ello es difícil saber si un determinado factor es indicador de una conducta problemática o es una posible causa de la misma; y que es difícil distinguir los efectos de un factor cuando en realidad los factores interactúan entre sí incrementando la vulnerabilidad o la resistencia a ciertas condiciones de riesgo (Bartolomé, 2001, citados en Montañez, et. al, 2008).

Si hablamos de problemas de conducta y su manifestación, estos pueden estar determinados por variables que comprenden el contexto social, el componente psicológico y las estrategias de enseñanza dentro de las aulas de clase; así, dentro del componente contextual o social, se puede hacer referencia a las pautas de crianza que ha tenido el adolescente. Cuando se hace referencia al término “pautas de crianza”, se habla entonces de las formas en que los padres educan a sus hijos y establecen las normas y autoridad en el hogar. En esta misma línea retomando los postulados de Jeffrey Young, hay “esquemas” que se instauran en la niñez y perduran por el resto de la vida de un individuo. Así, se puede inferir que, los modos enseñanza y la relación que establecen los padres con los hijos, es decir, las pautas de crianza que se tengan durante la infancia, se relacionan directamente con el desempeño comportamental de los niños en edad escolar. De esta forma, queda demostrada la importancia de las adecuadas pautas de crianza en el desarrollo, desde todos los ámbitos del sujeto, para el desempeño en el resto de su vida (Londoño, 2012).

La investigación realizada por Londoño, Aguirre y Naranjo en el año 2012 sobre “Esquemas Maladaptativos Tempranos en alumnos con “contrato pedagógico disciplinar”, siendo este un conjunto de códigos y pactos implícitos y explícitos que regulan los comportamientos, interacciones y relaciones de los docentes y el alumnado (normas, programas de asignatura, etc.). Nos indicaron que el Esquema Desadaptativo Temprano con más prevalencia, es la vulnerabilidad al daño y a la enfermedad, así como Derecho y grandiosidad y Autocontrol e Insuficiencia, pudiéndose afirmar que la mala conducta del adolescente podría deberse a la creencia del adolescente de estar siempre corriendo el riesgo de sufrir una catástrofe natural médica, sintiéndose incapaces prevenir, pero al mismo tiempo creen tener

derechos y privilegios especiales que los hace sentirse capaz de hacer o tener lo que desean.

Otros estudios donde se vincula al ámbito familiar como influencia en conductas disruptiva en adolescentes siendo este concepto entendido como conjunto de conductas inapropiadas que retrasan o impiden el proceso de enseñanza y aprendizaje, es el realizado por Martínez, B. (s/n) acerca de la influencia del funcionamiento familiar en la conducta disruptiva en adolescentes. Los resultados obtenidos en el estudio revelan que las familias de aquellos sujetos que frecuentemente manifiestan comportamientos disruptivos, se caracterizan por la presencia de problemas de comunicación, así como por el uso de estrategias disfuncionales de resolución de conflictos; destaca especialmente el hecho de que la agresión, tanto física como verbal, suele estar presente en dichas familias, dirigida de un conyuge hacia otro, o de uno de los conyugues al hijo adolescente, finalmente el estudio hace hincapié en la relevancia del clima familiar como factor determinante en la génesis de los problemas de conducta en la adolescencia.

Revisando las investigaciones anteriores, la familia y su entorno cumplen un rol importante en la formación y perpetuación de esquemas. En esa misma línea Young para ayudar a modificar sus esquemas, desarrollo la “terapia de esquemas” como enfoque sistemático que amplía la terapia cognitiva conductual mediante la integración de técnicas extraídas de múltiples escuelas de terapia. Partiendo de la terapia cognitivo conductual se amplia para conceder mucha más importancia a los orígenes infantiles y adolescentes de los problemas psicológicos (Young, 2013, p. 33).

2. MODIFICACIÓN DE ESQUEMAS

A continuación se revisara brevemente la terapia de esquemas desarrollada por Young en su libro “terapia de esquemas: Guía práctica” (Young, 2013, pp. 88-91).

A. Diagnóstico de esquemas y cambio

Esta breve revisión del proceso de tratamiento presenta los pasos a seguir para el diagnóstico y modificación de los esquemas. Las dos fases del tratamiento son la fase de evaluación y educación, y la fase de modificación.

a. Fase de evaluación y educación

En esta primera fase, el terapeuta de esquemas ayuda al paciente a identificar sus esquemas y a comprender los orígenes de los mismos en la etapa infantil y adolescente. En el curso de la evaluación, el terapeuta forma al paciente en el modelo de esquemas. Los pacientes aprenden a reconocer sus estilos de afrontamiento disfuncionales (rendición, evitación y sobrecompensación) y a ver que sus respuestas de afrontamiento sirven para perpetuar sus esquemas y cómo lo hacen. A los pacientes más gravemente impeditidos también se les educa en los modos primarios de los esquemas y les ayudamos a observar cómo oscilan de un modo a otro. Se desea que los pacientes comprendan intelectualmente las operaciones de esquemas y experimenten emocionalmente tales procesos. La evaluación es multifacética, incluyendo una entrevista de la historia de la vida, diversos cuestionarios de esquemas, tareas de auto-registro y ejercicios de imaginación que activan esquemas emocionalmente y ayudan a los pacientes a establecer vínculos emocionales entre sus problemas presentes y las experiencias infantiles con las que se relacionan. Al final de esta fase, el terapeuta y el paciente han desarrollado una conceptualización del caso completa y han acordado el plan de tratamiento centrado en esquemas que incluya estrategias cognitivas, experienciales y conductuales, así como los componentes curativos de la relación terapeuta-paciente.

b. Fase de cambio

A lo largo de la fase de cambio, el terapeuta combina estrategias cognitivas, experienciales, conductuales e interpersonales de un modo flexible, dependiendo de las necesidades semanales del paciente. El terapeuta de esquemas no se adhiere a un protocolo rígido ni a una serie fija de procedimientos.

(1) Técnicas cognitivas

Siempre que los pacientes consideren que sus esquemas son válidos, no serán capaces de modificarlos; seguirán manteniendo puntos de vista distorsionados de sí mismos y de los demás. Los pacientes aprenden a construir un caso contra el esquema.

Desaprueban la validez del esquema a nivel racional. Los pacientes acumulan todas las pruebas que defiendan y refuten el esquema que han ido recogiendo a lo largo de toda la vida, y el terapeuta y el paciente evalúan las evidencias.

En la mayoría de los casos, la evidencia demostrará que el esquema es falso. El paciente no es inherentemente defectuoso, incompetente o fracasado. Más bien, a través de un proceso de adoctrinamiento, el paciente ha aprendido el esquema durante la infancia, de un modo muy similar a como se enseña la propaganda a la población. Pero algunas veces únicamente las pruebas no son suficientes para desmentir el esquema. Por ejemplo, los pacientes podrían ser, de hecho, un fracaso en el trabajo o en el centro educativo. A consecuencia de la procrastinación y la evitación, no han desarrollado las destrezas laborales relevantes. Si no existen pruebas suficientes para desafiar el esquema, entonces los pacientes evalúan qué es lo que pueden hacer para modificar este aspecto de sus vidas. Por ejemplo, el terapeuta puede orientarlos para que aborden sus expectativas de fracaso de manera que pueden aprender destrezas laborales efectivas.

Tras este ejercicio, el terapeuta y el paciente sintetizan el caso elaborado contra el esquema en una tarjeta recordatorio que crearán conjuntamente. Los pacientes llevan consigo estas tarjetas recordatorio y las leen con frecuencia, especialmente cuando se encuentran con estímulos Moreno (2015) que activen el esquema.

(2) Técnicas experienciales

Los pacientes luchan contra el esquema a nivel emocional. Recurriendo a técnicas experienciales como la imaginación y los diálogos, expresan ira y tristeza sobre lo que les ocurrió durante la niñez. Imaginariamente hacen frente al padre/madre y a otras figuras significativas de la niñez, y protegen y reconfortan al niño vulnerable. Los pacientes hablan sobre sus necesidades pasadas y que no fueron satisfechas durante la infancia. Vinculan las imágenes de la infancia con imágenes de situaciones molestas de la vida presente. Confrontan el esquema y su mensaje directamente, oponiéndose al esquema y luchando contra él. A través de la imaginación y el role play los

pacientes practican desde el momento actual conversaciones con las personas significativas del pasado. Esto empodera a los pacientes para quebrar el ciclo de perpetuación del esquema a nivel emocional.

(3) Ruptura de patrones conductuales

El terapeuta ayuda al paciente a diseñar tareas conductuales que realizará fuera de la terapia a fin de sustituir las respuestas de afrontamiento maladaptativas por nuevos patrones de conducta más funcionales. El paciente llega a ver que ciertas opciones de pareja o decisiones vitales perpetúan el esquema, y comienza a adoptar pautas más sanas que rompan o impidan los viejos patrones contraproducentes.

El terapeuta ayuda al paciente a planificar y preparar las asignaciones para casa ensayando imaginariamente las nuevas conductas e interpretando nuevos roles durante la sesión. El terapeuta recurre a las tarjetas recordatorio y a técnicas de imaginación para ayudar al paciente a superar los obstáculos del cambio conductual. Tras efectuar las asignaciones, el paciente comenta los resultados con el terapeuta, evaluando lo aprendido. El paciente abandona gradualmente los estilos de afrontamiento disfuncionales a favor de patrones más funcionales.

La mayoría de estas conductas disfuncionales son, de hecho, respuestas de afrontamiento ante los esquemas y, a menudo, suelen ser los principales obstáculos para el cambio de los esquemas. Los pacientes deben estar dispuestos a abandonar sus estilos de afrontamiento desadaptativos para poder cambiar. Por ejemplo, los pacientes que continúan rindiéndose al esquema —permaneciendo en relaciones destructivas o no estableciendo límites en sus vidas laborales o personales— perpetúan el esquema y son incapaces de progresar de manera significativa en la terapia. Los sobrecompensadores podrían no progresar en el tratamiento porque en lugar de reconocer sus esquemas y responsabilizarse de sus problemas, culpabilizan a los demás.

Los evitadores podrían no progresar si siguen aludiendo el dolor de sus esquemas. No se permiten pensar en sus problemas, sus pasados, sus familias

o sus patrones de vida. Cortan o emborronan la comunicación en sus emociones. Se requieren cierta motivación para superar la evitación como estilo de afrontamiento. Como la evitación es reforzante a corto plazo, los pacientes deben estar dispuestos a soportar la incomodidad y a confortarse constantemente con las consecuencias negativas a largo plazo.

(4) La relación terapeuta-paciente

Los terapeutas evalúan y tratan los esquemas, los estilos de afrontamiento y los modos a medida que surgen en la relación terapéutica. La relación terapeuta-paciente sirve como antídoto parcial a los esquemas del paciente. El paciente internaliza al terapeuta como a un “adulto sano” que se enfrenta a los esquemas y logra una vida emocionalmente satisfactoria.

Dos son las características especialmente importantes de la relación terapéutica en la terapia de esquemas: la postura terapéutica de la confrontación empática y el uso de la reparentalización limitada. La confrontación empática conlleva mostrar empatía hacia los esquemas del paciente cuando surgen ante el terapeuta, al mismo tiempo que se demuestra a los pacientes que sus reacciones hacia el terapeuta, a menudo, están distorsionadas o son disfuncionales y reflejan sus esquemas y estilos de afrontamiento. La reparentalización limitada conlleva suplir, con los límites apropiados de la relación terapéutica, lo que los pacientes necesitaron pero no obtuvieron de sus padres durante la infancia.

CAPITULO III

METODOLOGÍA

1. ENFOQUE, ALCANCE Y DISEÑO

Enfoque

La presente investigación es de enfoque cuantitativo ya que utiliza la recolección de datos para probar hipótesis con base en la medición numérica y el análisis estadístico, con el fin de establecer pautas de comportamiento y probar teorías (Hernández, et al, 2014, p. 4).

Alcance

Es de alcance descriptivo porque busca especificar las propiedades, las características o perfiles de las personas, grupos, comunidades como procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis (Hernández, et al, 2010, p. 98).

Diseño

Es no-experimental transversal. Es no experimental porque no se manipuló deliberadamente las variables; lo que busca este diseño es observar fenómenos tal y como se da en el contexto natural, para después analizarlos. Y es transversal porque se recolecta datos en un solo momento, en un tiempo único dado, teniendo como propósito describir variables, y analizar su

incidencia e interrelación en un momento (Citado en Hernández, et al, 2010, pp. 152, 154).

2. SUJETOS

a. Población

La población está conformada por los estudiantes de educación secundaria de dos Instituciones Educativas Estatales representativas de la ciudad de Arequipa; I. E. “Independencia Americana” e I. E. “Arequipa”, de edades comprendidas entre 13 y 18 años, de nivel socioeconómico medio, bajo provenientes de diferentes distritos de la ciudad.

b. Muestra

La muestra es no probabilística de tipo intencional, con la que se obtuvo una muestra representativa de 155 adolescentes, 87 mujeres y 68 hombres, limitada mediante los criterios de inclusión e exclusión.

c. Criterios

Criterios de Inclusión:

- Adolescentes que actualmente están cursando 3ro, 4to, 5to grado de educación secundaria, que fluctúen entre las edades de 13 a 18 años.
- Adolescentes que puntúen alto al inventario de problemas conductuales de Achenbach, que oscilen entre las edades de 15 a 18 años.
- Adolescentes que se encontraban presentes el día de la aplicación de las pruebas.

Criterios de Exclusión:

- Adolescentes que no deseen participar de forma voluntaria.
- Adolescentes con discapacidad visual, auditiva o motora.

- Adolescentes que puntúen bajo al inventario de problemas conductuales de Achenbach.
- Adolescentes que puntúen alto al inventario de problemas conductuales que superan los 18 años de edad.
- Adolescentes que puntúen alto al inventario de problemas conductuales que sean menores de 15 años de edad.

3. INSTRUMENTOS

Para la presente investigación se utilizaron los siguientes instrumentos:

A. Ficha personal

Se elaboró una ficha personal que tiene por objetivo recolectar datos importantes del adolescente, tanto en aspectos personales (familiares y socioeconómicos), como académicos (grado, sección, cantidad de I.E. en su trayectoria escolar, problemas de disciplina y sanciones), para el registro de la muestra.

La característica principal es que en un solo documento se registra la información en el menor espacio y tiempo posible.

B. Inventario de problemas conductuales de Achenbach

Autores : Gibbs Thomas M. Achenbach (1991)

Validado por : Alegría Majluf (1999)

Procedencia : Lima

Ámbito de Aplicación : Adolescentes de 11 a 18 años

Administración : Individual y colectiva

Materiales : Cuestionario constituido por una hoja de reactivos y respuesta.

Descripción:

Está dirigido a la obtención directa de información sistematizada en adolescentes con edades entre 11 y 18 años acerca de diversas conductas problema. Este instrumento incluye 112 ítems, de los cuales 95 califican una amplia gama de comportamientos problemas, y los restantes exploran la frecuencia de conductas adaptadas o prosociales. En la validación solo se incluyó la segunda parte del autoinforme, la que debe ser contestada por el adolescente de acuerdo con la medida en que el enunciado refleje como se ha sentido o ha actuado durante los últimos 6 meses, eligiendo 0 cuando su contenido no sea cierto, 1 cuando es en cierta manera verdad o le sucede algunas veces y 2 cuando es muy cierto y le sucede a menudo.

Calificación:

- Para obtener el puntaje total, se suma los puntajes 1 y 2 de cada uno de los ítems. Este puntaje se puede convertir en puntajes T.
- No se calificará el inventario si se han omitido o no se han respondido 8 ítems, excluyendo los siguientes: 2, 4 y 56h.
- Si la persona marca 2 opciones para el mismo ítem considere solo el puntaje como 1.
- Solo hay 103 ítems de problemas a pesar que los ítems fluctúan de 1 al 112, ya que hay 8 ítems del 56a al 56h.
- Los ítems 2 y 4 no se cuentan en el puntaje total de problemas.
- Los 16 ítems que son socialmente deseables se omiten del puntaje total; estos son los siguientes: 6, 15, 28, 49, 59, 60, 73, 78, 80, 88, 92, 98, 106, 107, 108 y 109.
- Los comentarios que realizan los jóvenes al finalizar la prueba (ítem 113) no son calificados.

Validez:

El inventario fue desarrollado por Achenbach (1991). Además se estableció la validez en Lima-Perú (Por Alegría Majluf, 1999). En una población de 908 adolescentes de ambos sexos. La validez de la prueba se estableció

mediante un criterio clínico externo ya que la prueba discrimina entre el grupo normal y clínico. Este último grupo obtuvo una proporción significante más alta de puntajes 70 a 80 (que indica rango alto o patología), que el GN que obtuvo 59 a 69.

Confiabilidad:

El índice de confiabilidad del inventario a través del test-retest (En el curso de siete días) fue de 0.92.

Interpretación:

La puntuación obtenida es convertida por medio de la conversión con los baremos en puntaje T, si dicho puntaje es $48 > 50$ se está hablando de un rango bajo, si es de $59 > 69$ se encuentra en un rango medio y si es >70 nos encontramos con un rango alto.

C. Cuestionario de Esquemas Desadaptativos Tempranos (YSQ-L2)

Autores	: Jeffrey E. Young y Gary Brown, Med. (1990)
Validado por	: Castrillón, Chaves, Ferrer, Londoño, Maestre, Marin y Schnitter (2003)
Procedencia	: Medellín - Colombia
Adaptado	: León, K. y Sucari, Cl. (Perú -2012)
Administración	: Individual y colectiva
Duración	: 30 a 40 minutos
Aplicación	: Adolescentes de 15 a 19 años
Materiales	: Cuestionario constituido por una hoja de reactivos y otra de respuesta.

Descripción:

El cuestionario está constituido por 45 ítems, los cuales son de selección múltiple. 1 = completamente falso de mí, 2 = la mayor parte falso de mí, 3 = ligeramente más verdadero que falso, 4 = moderadamente verdadero de mí, 5 = la mayor parte verdadero de mí y 6 = me describe perfectamente.

Calificación:

Los ítems se puntúan según una escala tipo Likert de 6 valores, representando la presencia de los esquemas. Seguidamente se registrará los valores a cada afirmación, para luego sumar considerando el grupo de ítems para cada esquema, dichas puntuaciones directas las registraremos en la parte inferior de la hoja de respuesta; posteriormente realizamos la conversión a percentiles.

Validez:

El cuestionario fue desarrollado por Young (1990). Además se estableció la validez en Medellín-Colombia (Por Castrillom, Chavez, Ferrer, Londoño, Maestre, Marin, Schnitte; 2005). En una población universitaria, con una muestra aleatoria y representativa de 1.419 estudiantes universitarios. La validez tipo alfa del cuestionario fue de 0.91, el alfa de los factores oscilo entre el 0.71 y el 0.85. Así también se adaptó la prueba en Lima- Perú (Por León y Sucari; 2013) en escolares de dos distritos de Lima Sur. El diseño fue descriptivo la muestra estuvo conformada por 410 estudiantes, siendo la edad promedio de 16 años, el 44.63% varones y el 55.12% mujeres, todos cursando el 5to grado de secundaria procedentes de centros de educación secundaria estatales de dos distritos de Lima Sur. Los resultados indican que la adaptación lingüística realizada permitió resultados fiables.

Confiabilidad:

El índice de consistencia interna oscilo en los diferentes esquemas entre 0.73 a 0.76 representando una confiabilidad de la prueba, identificando un buen nivel de confiabilidad en todos los componentes. El Esquema de Abandono obtuvo el nivel de Alfa de Cronbach más alto con 0.77, seguidamente, se encuentran los Esquemas de Vulnerabilidad e Insuficiente Autocontrol / Autodisciplina, los cuales muestran una confiabilidad de 0.72 a 0.69 respectivamente, siendo en ambos casos valores aceptables, el Esquema de Privación Emocional presenta un índice Alfa de Cronbach de 0.66, y Esquema de Autosacrificio 0.62, considerados aceptable, los Esquemas Estándares Inflexibles 2 e Inhibición presentan ambos el mismo

índice de alfa de Cronbach, 0.57; la menor puntuación se halló en el Esquema de Entrampamiento la cual no es confiable en la muestra estudiada con 0.34.

Interpretación:

La puntuación directa de cada uno de los 11 esquemas (Abandono, insuficiente autocontrol, desconfianza, privación emocional, vulnerabilidad al daño y a la enfermedad, auto-sacrificio, estándares inflexibles 1, estándares inflexibles 2, inhibición emocional, derecho/ grandiosidad; entrampamiento), se convierten a percentiles, teniendo como referencia la tabla de conversión, y para determinar la presencia significativa del esquema, a partir del percentil 85.

Descripción de las Dimensiones y Esquemas Desadaptativos Tempranos.

Dimensión: Desconexión y Rechazo

- Abandono/inestabilidad se refiere a la creencia de que los demás no pueden darnos un apoyo fiable y estable.
- Desconfianza/abuso. El individuo espera que los demás lo hieran o se aprovechen de él.
- Deprivación emocional refleja la creencia en que no lograremos nuestras necesidades de apoyo emocional, sobre todo, en relación a la alimentación, la empatía y la protección.

Dimensión: Desempeño y Autonomía deficiente

- Vulnerabilidad al daño y a la enfermedad hace que los pacientes esperen tener experiencias negativas que no controlan, tales como crisis médicas, emocionales o naturales.
- Entrampamiento/yo inmaduro, se encuentra en individuos que se relacionan demasiado con personas significativas, a costa de su propio desarrollo, es decir, en aquellas personas que no consiguen desarrollar una identidad individual segura, al margen de los demás.

Dimensión: Límites Insuficientes

- Derecho/Grandiosidad a la creencia de que el individuo es superior a los demás, pudiendo llegar a ser extremadamente competitivo o dominante.
- Insuficiente Autocontrol/Autodisciplina se encuentra en individuos que no demuestran un autocontrol adecuado. Pueden ser impulsivos, tener dificultad con la autodisciplina y tener problemas para controlar sus emociones.

Dimensión: Tendencia hacia el otro

- Autosacrificio aparece en individuos que descuidan sus propias necesidades de manera que pueden ahorrar el dolor a los demás.

Dimensión: Sobrevigilancia e Inhibición

- Inhibición emocional se encuentra en individuos que evitan la espontaneidad para mantener la sensación de que preveen y controlan sus vidas o para evitar la vergüenza.
- Estándares inflexible 1/autoexigencia, se refiere a las creencias relacionadas con el esfuerzo que la persona debe hacer para alcanzar estándares muy altos de conducta y desempeño, generalmente dirigidos a evitar la crítica.
- Estándares inflexibles 2/ perfeccionismo, indica el esfuerzo por mantener todo en perfecto orden, el esfuerzo por ser mejor, y no conformarse con lo que se ha alcanzado.

4. PROCEDIMIENTO

Para la realización de nuestra investigación se llevaron a cabo los trámites administrativos a fin de obtener la autorización respectiva con los directores de las Instituciones Educativas “Independencia Americana” y “Arequipa” con la finalidad de dar a conocer los motivos de nuestra investigación. Ambas instituciones localizadas en el Cercado de Arequipa, representativas de la Unidad de Gestión Educativa Local (UGEL) Norte, que

albergan estudiantes de diferentes condiciones socioeconómicas, y que provienen de varios distritos de la ciudad de Arequipa.

Una vez brindada la autorización, la Dirección de las dos Instituciones Educativas nos derivaron con las áreas competentes; en el caso de la I. E. “Arequipa” se coordinó con el área de Coordinación Académica y en el caso de la I. E. “Independencia Americana” con el Departamento de Psicología los cuales nos brindaron el número total de alumnos de 3ero, 4to y 5to de educación secundaria. Seguidamente se pasó a fijar las fechas y horas de la aplicación del primer instrumento. Posteriormente se solicitó el consentimiento de los docentes para ingresar y hacer uso de sus horas académicas, de esta forma se pudo ingresar a los salones.

Como primera etapa, se les dió a conocer a los estudiantes la finalidad de la investigación y así obtener su participación voluntaria. Luego se procedió al llenado de la ficha personal que contienen preguntas sobre datos relevantes del estudiante, y a continuación se evaluó con el inventario de problemas de conducta de Achenbach, indicándoles que en ella encontrarán un listado de oraciones que describen la conducta de algunos adolescentes, por lo que deberán marcar entre tres opciones si esas situaciones les ha ocurrido en cualquier época, ahora o durante los últimos 6 meses. Después se procedió a clasificar los datos de los alumnos que al inventario problemas de conducta de Achenbach, hayan obtenido puntuación alta, y cumplido con los criterios de inclusión y exclusión.

En la segunda etapa se reunió a los estudiantes clasificados, a quienes se les evaluó mediante el Cuestionario de Esquemas Desadaptativos Tempranos, indicándoles que encontrarán afirmaciones que una persona podría usar para describirse a sí misma, en la que deberán marcar entre 6 opciones.

Finalmente obtenidos los resultados, se procedió a realizar la matriz de datos para el análisis correspondiente.

CAPITULO IV

RESULTADOS

1. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

Después de recolectar la información a través de los instrumentos; se procedió a la interpretación y análisis de los resultados de cada uno de los instrumentos para dar cumplimiento al desarrollo de los objetivos diseñados en la investigación.

Para la presentación del análisis del primer objetivo de la investigación se ha dividido los datos en dos tablas con el fin lograr una mejor comprensión de las características relevantes de la población, así también en el caso del tercer objetivo, el cual se interpreta de forma general en la tabla N° 4, y las subsiguientes tablas muestran información por cada esquema.

De esta forma se procede a presentar el análisis porcentual de los resultados obtenidos; a través de tablas y la técnica se basó en el cálculo porcentual, ya que la misma representa un conjunto de puntuaciones ordenadas en sus respectivas categorías. Los datos se analizaron mediante las pruebas estadísticas (U de Mann Whitney, Chi cuadrado Pearson y se aplicó el paquete estadístico SPSS versión 20.0). A continuación se muestran los resultados:

CARACTERÍSTICAS DE LOS ADOLESCENTES VARONES Y MUJERES

Tabla 1

Distribución de la población según edad, sexo y tipo de familia.

CARACTERÍSTICAS	Nº	%
EDAD		
13 a 14 años	179	30.9
15 a 16 años	367	63.4
17 a 18 años	33	5.7
SEXO		
Femenino	290	50.1
Masculino	289	49.9
TIPO DE FAMILIA		
Nuclear	353	61.0
Monoparental	83	14.3
Extensa	143	24.7
Total	579	100.0

Fuente: Matriz de datos

La tabla 1, muestra características de la población en cuanto a edad, sexo y tipo de familia, se observa que el mayor porcentaje de la población se encuentra conformada por el 63.44% de adolescentes de 15 a 16 años, por el contrario la minoría abarca el 5.7% de adolescentes de 17 a 18 años. En cuanto al sexo, el mayor porcentaje se encuentra conformado por el 50.1% del sexo femenino, sin embargo guarda equilibrio con el porcentaje de varones (49.9%). Por último, según el tipo de familia, el mayor porcentaje se encuentra conformado por el 61.0% de adolescentes que pertenecen a familias nucleares, mientras que el menor porcentaje se encuentra conformado por el 14.3% de adolescentes que pertenecen a familias monoparentales, por lo tanto, aproximadamente 6 de cada 10 familias son nucleares y 1 de cada 10 familias son monoparentales.

Tabla 2*Distribución de la población según procedencia.*

PROCEDENCIA	N°	%
Alto Selva Alegre	133	23.0
Cercado	32	5.5
Cerro Colorado	80	13.8
Mariano Melgar	35	6.0
Miraflores	87	15.0
Paucarpata	58	10.0
Otros	154	26.6
Total	579	100.0

Fuente: Matriz de datos

Observamos que el 23.0% de adolescentes proviene del distrito Alto Selva Alegre, sin embargo existe un porcentaje importante de adolescentes que proviene de diferentes distritos agrupados en otros, como Cayma, Socabaya, José Luis Bustamante y Rivero, Yura, Tiabaya, Sachaca, Uchumayo, Yanahuara y Sabandia que conforma el 26.6% de la población.

ÍNDICE DE PROBLEMAS DE CONDUCTA SEGÚN SEXO

Tabla 3

Índice de adolescentes con problemas de conducta según sexo.

Problemas Conducta	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Bajo	115	39.7	134	46.4	249	43.0
Medio	58	20.0	64	22.1	122	21.1
Alto	117	40.3	91	31.5	208	35.9
Total	290	100.0	289	100.0	579	100.0

Fuente: Matriz de datos

P = 0.048 (P < 0.05) S.S.

Como podemos observar, 117 adolescentes mujeres que representan el 40.3% del total de ellas, presentan un nivel alto de problemas de conducta lo cual indica presencia significativa de estos. Así mismo en el caso de los hombres observamos que 91 adolescentes que representan el 31.5% de ellos, presentan también niveles altos de problemas de conducta. Por lo que podemos inferir que hay más índices de mujeres con problemas de conducta que hombres.

En cuanto al índice total de adolescentes con problemas de conducta encontramos que, 208 adolescentes que representan el 35.9% del total, presentaron un nivel alto de problemas de conducta.

Según la prueba estadística se encontró diferencias significativas, lo que indica que existe mayor tendencia de las mujeres a presentar problemas de conducta.

ESQUEMAS DESADAPTATIVOS TEMPRANOS PREDOMINANTES EN LOS ADOLESCENTES CON PROBLEMAS DE CONDUCTA SEGÚN SEXO

Tabla 4

Esquemas Desadaptativos Tempranos predominantes en los adolescentes con problemas de conducta según sexo.

Esquemas desadaptativos tempranos	Femenino		Masculino	
	No significante %	Significante %	No significante %	Significante %
Deprivación Emocional	46.0	54.0	50.0	50.0
Abandono/Inestabilidad	81.6	18.4	91.2	8.8
Desconfianza/Abuso	67.8	32.2	80.9	19.1
Vulnerabilidad al Daño y a la Enfermedad	87.4	12.6	85.3	14.7
Entrampamiento/Yo inmaduro	89.7	10.3	92.6	7.4
Derecho/Grandiosidad	85.1	14.9	85.3	14.7
Insuficiente Autocontrol/Autodisciplina	74.7	25.3	77.9	22.1
Autosacrificio	79.3	20.7	92.6	7.4
Inhibición Emocional	71.3	28.7	88.2	11.8
Estándares Inflexibles 2/Perfeccionismo	90.8	9.2	91.2	8.8
Estándares Inflexibles 1/Autoexigencia	66.7	33.3	82.4	17.6

Fuente: Matriz de datos

Se observa que el Esquema Desadaptativo Temprano predominante en la muestra tanto de hombres como mujeres es el de Deprivación Emocional, presente en más del 50% de los adolescentes evaluados, indicado en un 54.0% en el caso de las mujeres y un 50% en el caso de los varones, lo que significa que aproximadamente 5 de cada 10 adolescentes tienen la creencia de que sus necesidades amor nunca serán satisfechas de forma adecuada. En las mujeres el siguiente esquema con mayor predominio es Estándares inflexibles1/Autoexigencia presente en un 33.3%, es decir 3 de 10 adolescentes mujeres se esfuerzan por satisfacer elevadas expectativas que ellas mismas se han impuesto. En

tanto en los hombres el esquema que sigue es el de Insuficiente autocontrol y autodisciplina con un 22.1%, lo que quiere decir que 2 de cada 10 adolescentes varones no pueden o no ejercen suficiente autocontrol y tolerancia a la frustración para alcanzar sus objetivos personales. Seguido de Desconfianza y abuso en ambos sexos, con 32.2% en las mujeres y un 19.1% en los varones, es decir que aproximadamente 3 de cada 10 mujeres y 2 de cada 10 hombres tienen la expectativa de que las personas abusarán de ellos, se burlarán, les mentirán, o se aprovecharán de ellos.

Tabla 4.1

Esquema Deprivación Emocional en los adolescentes con problemas de conducta según sexo.

Deprivación Emocional	Sexo		Total			
	Femenino		Masculino			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
No Significante	40	46.0	34	50.0	74	47.7
Significante	47	54.0	34	50.0	81	52.3
Total	87	100.0	68	100.0	155	100.0

Fuente: Matriz de datos

P = 0.619 (P ≥ 0.05) N.S.

En cuanto al esquema Deprivación Emocional, observamos respecto a las mujeres que hay predominancia del 54.0%, mientras en los hombres se observa predominancia del 50.0%, lo que significa que la mayoría de los adolescentes tienen la creencia de que sus necesidades amor nunca serán satisfechas de forma adecuada. De acuerdo a la prueba estadística se puede inferir que el esquema no tiene mayor repercusión en cuanto al sexo.

Tabla 4.2

Esquema Abandono/Inestabilidad en los adolescentes con problemas de conducta según sexo.

Abandono/Inestabilidad	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino			
	N°	%	N°	%	N°	%
No Significante	71	81.6	62	91.2	133	85.8
Significante	16	18.4	6	8.8	22	14.2
Total	87	100.0	68	100.0	155	100.0

Fuente: Matriz de datos

P = 0.047 (P < 0.05) S.S.

Con respecto al esquema Abandono/Inestabilidad, se observa que está presente en un 18.4% en las adolescentes, sin embargo en los hombres se halló presencia del esquema en solo un 8.8%. Se encontró diferencias significativas lo que indica que las mujeres tienen mayor tendencia a tener la sensación de que las personas significativas a ellas no podrán continuar proporcionando apoyo emocional, vínculos y protección, debido a que son emocionalmente inestables o impredecibles.

Tabla 4.3

Esquema Desconfianza/ Abuso en los adolescentes con problemas de conducta según sexo.

Desconfianza/Abuso	Sexo		Total	
	Femenino		Masculino	
	N°	%	N°	%
No Significante	59	67.8	55	80.9
Significante	28	32.2	13	19.1
Total	87	100.0	68	100.0

Fuente: Matriz de datos

P = 0.027 (P < 0.05) S.S.

En la tabla 4.3 se muestra que el esquema Desconfianza/Abuso en las adolescentes se encuentra en un 32.2%, sin embargo en hombres existe un únicamente un 19.1%. Se encontraron diferencias significativas, lo que quiere decir que hay más tendencia de las mujeres a presentar la expectativa de que las personas abusaran de ellas, se burlaran, les mentirán, o se aprovecharan de ellas.

Tabla 4.4

Esquema Vulnerabilidad al Daño y a la Enfermedad en los adolescentes con problemas de conducta según sexo.

Vulnerabilidad al Daño y a la Enfermedad	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino			
	N°	%	N°	%	N°	%
No Significante	76	87.4	58	85.3	134	86.5
Significante	11	12.6	10	14.7	21	13.5
Total	87	100.0	68	100.0	155	100.0

Fuente: Matriz de datos

P = 0.814 (P ≥ 0.05) N.S.

Observamos en la tabla 4.4 que el esquema Vulnerabilidad al daño y a la enfermedad con respecto a las mujeres tiene un 12.6%, mientras que en los hombres la presencia es mayor obteniendo un 14.7%. Es decir que estos adolescentes tienen la creencia de que va a ocurrir algún desastre en cualquier momento, ya sea natural, delictivo, médico o financiero. De acuerdo a la prueba estadística se puede inferir que el esquema no tiene mayor repercusión en cuanto al sexo.

Tabla 4.5

Esquema Entrampamiento/Yo inmaduro en los adolescentes con problemas de conducta según sexo.

Entrampamiento/Yo inmaduro	Sexo				Total	
			Masculino			
	N°	%	N°	%	N°	%
No Significante	78	89.7	63	92.6	141	91.0
Significante	9	10.3	5	7.4	14	9.0
Total	87	100.0	68	100.0	155	100.0

En cuanto al esquema Entrampamiento/Yo inmaduro se observa en la tabla 4.5 que en las mujeres existe en un 10.3%, sin embargo en los hombres el porcentaje es inferior (7.4%). Lo que significa que estos adolescentes tienen la creencia de no poder sobrevivir y ser feliz sin el apoyo constante de otra persona (generalmente padres). De acuerdo a la prueba estadística se puede inferir que el esquema no tiene mayor repercusión en cuanto al sexo.

Tabla 4.6

Esquema Derecho/ Grandiosidad en los adolescentes con problemas de conducta según sexo.

Derecho/Grandiosidad	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino			
	N°	%	N°	%	N°	%
No Significante	74	85.1	58	85.3	132	85.2
Significante	13	14.9	10	14.7	23	14.8
Total	87	100.0	68	100.0	155	100.0

Fuente: Matriz de datos

P = 0.967 (P ≥ 0.05) N.S.

En la tabla 4.6 se observa con respecto al esquema Derecho/Grandiosidad que la presencia en cuanto a las mujeres es de 14.9%, así mismo en los hombres se obtuvo un porcentaje similar equivalente al 14.7%. Es decir que estos adolescentes tienen la creencia de ser superiores a los demás, que tienen derechos y privilegios especiales. Pudiendo llegar a ser extremadamente competitivo y dominante. De acuerdo a la prueba estadística se puede inferir que el esquema no tiene mayor repercusión en cuanto al sexo.

Tabla 4.7

Esquema Insuficiente Autocontrol/ Autodisciplina en los adolescentes con problemas de conducta según sexo.

Insuficiente Autocontrol/ Autodisciplina	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino			
	N°	%	N°	%	N°	%
No Significante	65	74.7	53	77.9	118	76.1
Significante	22	25.3	15	22.1	37	23.9
Total	87	100.0	68	100.0	155	100.0

Se muestra en la tabla 4.7 que el esquema insuficiente autocontrol/Autodisciplina está presente en el 25.3% de adolescentes mujeres, mientras que en los hombres el porcentaje es ligeramente menor (22.1%). Por lo que estos adolescentes no pueden o no ejercen suficiente autocontrol y tolerancia a la frustración para alcanzar sus objetivos personales. De acuerdo a la prueba estadística se puede inferir que el esquema no tiene mayor repercusión en cuanto al sexo.

Tabla 4.8*Esquema Autosacrificio en los adolescentes con problemas de conducta según sexo.*

Autosacrificio	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino			
	N°	%	N°	%	N°	%
No Significante	69	79.3	63	92.6	132	85.2
Significante	18	20.7	5	7.4	23	14.8
Total	87	100.0	68	100.0	155	100.0

Fuente: Matriz de datos

P = 0.016 (P < 0.05) S.S.

Se observa que el esquema Autosacrificio es mayor mujeres (20.7%), sin embargo en los hombres solo se presentó en un 7.4%. Se encontró diferencias significativas lo que indica que las mujeres tienen mayor tendencia a satisfacer voluntariamente necesidades de los demás a expensas de la propia satisfacción.

Tabla 4.9

Esquema Inhibición Emocional en los adolescentes con problemas de conducta según sexo.

Inhibición Emocional	Sexo				Total	
			Masculino			
	N°	%	N°	%	N°	%
No Significante	62	71.3	60	88.2	122	78.7
Significante	25	28.7	8	11.8	33	21.3
Total	87	100.0	68	100.0	155	100.0

Respecto al esquema Inhibición Emocional, se observa que existe mayores porcentajes (28.7%) en las mujeres mientras que este esquema es inferior (11.8%) en los hombres. Se encontraron diferencias significativas que indican que las adolescentes son más susceptibles a evitar la espontaneidad para mantener la sensación de que proveen y controlan sus vidas o para evitar la vergüenza o temor a la pérdida del control de impulsos.

Tabla 4.10

Esquema Estándares Inflexibles 2/ Perfeccionismo en los adolescentes con problemas de conducta según sexo.

Estándares Inflexibles 2/ Perfeccionismo	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino			
	N°	%	N°	%	N°	%
No Significante	79	90.8	62	91.2	141	91.0
Significante	8	9.2	6	8.8	14	9.0
Total	87	100.0	68	100.0	155	100.0

Fuente: Matriz de datos

P = 0.936 (P ≥ 0.05) N.S.

En la tabla 4.10, se observa que 9.2% de mujeres presenta el esquema Estándares Inflexibles/ Perfeccionismo, sin embargo solo está presente en un 8.8% en los hombres. Es decir que estos adolescentes presentan una atención excesiva al detalle o la subestimación de la propia ejecución en la norma. De acuerdo a la prueba estadística se puede inferir que el esquema no tiene mayor repercusión en cuanto al sexo.

Tabla 4.11

Esquema Estándares Inflexibles 1/ Autoexigencia en los adolescentes con problemas de conducta según sexo.

Estándares Inflexibles 1/ Autoexigencia	Sexo		Total	
	Femenino		Masculino	
	Nº	%	Nº	%
No Significante	58	66.7	56	82.4
Significante	29	33.3	12	17.6
Total	87	100.0	68	100.0

Fuente: Matriz de datos

P = 0.028 (P < 0.05) S.S.

Por último, se puede apreciar que el esquema Entandares Inflexibles 1/Autoexigencia está presente en un 33.3% de las mujeres, en cambio solo un 17.6% en el caso de los hombres. Las diferencias son significativas, lo que indica que las adolescentes tienen más tendencia a presentar dicho esquema ya que se esfuerzan por satisfacer elevadas expectativas que ellas mismas se han impuesto.

DOMINIOS PREDOMINANTES EN LOS ADOLESCENTES CON PROBLEMAS DE CONDUCTA SEGÚN SEXO

Tabla 5

Dimensiones predominantes en adolescentes con problemas de conducta según sexo.

Dimensiones	Femenino		Masculino	
	No significante	Significante	No significante	Significante
	%	%	%	%
Desconexión y Rechazo	65.1	34.9	74.0	26.0
Desempeño y Autonomía Deficiente	88.6	11.5	89.0	11.1
Límites Insuficientes	79.9	20.1	81.6	18.4
Tendencia hacia el otro	79.3	20.7	92.6	7.4
Sobrevigilancia e Inhibición	76.3	23.7	87.3	12.7

La tabla 5 permite observar los resultados de las cinco dimensiones evaluadas en los adolescentes hombres y mujeres. Como se puede ver, Desconexión y Rechazo es la dimensión predominante en los adolescentes de ambos sexos, en el caso de las mujeres con un 34.9 % y en los varones con un 26.0%. Como vemos en la tabla 4 el esquema Deprivación emocional se encuentra con mayor porcentaje, siendo este por encima del 50% en ambos sexos lo que hace que dicha dimensión sea la predominante sobre las demás.

DISCUSIÓN

Las amenazas actuales de la población adolescente son predominantemente de conducta y no biomédicas por ello más adolescentes están involucrados en conductas de riesgo que pueden suscitarse a una edad más temprana (Calle, 2013).

Los investigadores coinciden en resaltar la idea de que los problemas de conducta no se pueden atribuir únicamente a factores personales (por ejemplo, influencias genéticas o temperamentales), sino que deben considerarse como el producto de la interacción entre la persona y su entorno (Bronfenbrenner, 1979 citado en Yubero S., Larrañaga, E. y Blanco A., 2007).

Es así que la teoría cognitiva conductual, considera que las dificultades emocionales y conductuales de los adolescentes son principalmente producto de procesos cognitivos desadaptativos, donde la expresión procesos cognitivos se refiere a pensamientos, creencias, expectativas, actitudes y atribuciones. Además que estos pensamientos pueden llevar a un adolescente a comportarse de forma adecuada o inadecuada (Nicolson y Ayers, 2001).

Es por ello que nuestra investigación tiene por objetivo conocer los esquemas desadaptativos tempranos predominantes en los adolescentes con problemas de conducta de ambos sexos.

En la primera etapa referida al índice de adolescentes con problemas de conducta encontramos que, 117 adolescentes mujeres que conforman el 40.3% del total de ellas y 91 adolescentes hombres que abarcan el 31.5% de ellos, presentan un nivel alto de problemas de conducta, lo que significa que las mujeres reportaron mayores

puntuaciones que los hombres en el nivel considerado alto, por lo cual hay mayor tendencia en las adolescentes mujeres a presentar niveles altos de problemas de conducta. Esta problemática ha sido descrita por Majluf (1990) quién estudió conductas problemáticas reportadas por adolescentes de Lima, tanto de Población Normal y Clínica, encontrando que en el Grupo Normal en el rango no patología (nivel bajo) los varones obtuvieron una proporción más alta (10%) en relación a las mujeres (4.5%), es decir que existen más población femenina en el nivel alto y en el Grupo Clínico en el rango patología (nivel alto) las mujeres mostraron una proporción más alta (11.9%) que los varones (6.3%). Concluyendo que en ambas poblaciones las mujeres prevalecieron.

Así también en el estudio realizado por Castañeda (2013) titulado Autoestima, Claridad de Autoconcepto y Salud Mental en adolescentes de Lima Metropolitana, utiliza el mismo instrumento que el de nuestra investigación, para analizar la variable salud mental, hallando que en comparación con los hombres, las mujeres alcanzaron un valor promedio mayor de 58.56% en comportamientos problema globales (suma de las puntuaciones de las escalas de internalización y externalización), así mismo consideraron describir los porcentajes de estas escalas, revelando mayores indicadores (19.79%) de síndromes internalizantes (Reacciones emocionales, como ansiedad, depresión entre otras) en las adolescentes y mayor porcentaje (18.52%), en los adolescentes en síndromes externalizantes (Agresividad, falta de atención, Desobediencia y Conducta delictiva). De igual manera Alarcon y Barrig (2015) encontraron que las mujeres y hombres se diferencian significativamente en problemas internalizantes y externalizantes, ya que las mujeres reportaron puntuaciones más altas que los hombres en el primer caso, y los hombres más que las mujeres en el segundo.

Como vemos son resultados un tanto iguales a los nuestros, sin embargo tal división no fue considerada en nuestra investigación por escapar de nuestro propósito, más si fue evidenciada en las puntuaciones de ítems correspondientes a problemas internalizantes.

En este sentido, es importante resaltar que sería comúnmente aceptado que las mujeres experimenten y expresen mayor sintomatología emocional que los varones (Cova, 2005, Rodríguez, 2010). Así mismo es probable que centren y orienten su atención contra sí mismas en emociones negativas y pensamientos problemáticos.

(Gómez - Maquet, 2007; Hyde et al. 2008; Charbonneau et al. 2009, citado en Castañeda, 2013).

Esta reducida diferencia en el porcentaje de nuestro estudio, podría explicarse en el hecho de que a pesar de mantenerse culturalmente muchos comportamientos guiados por roles tradicionales de género, también se observan cambios a nivel social que promueven la igualdad entre hombres y mujeres, lo que podría dar origen a conductas similares entre pares, especialmente en la población joven (Rodrigo, et al, 2004 citado en Mayorga, 2013).

Como segunda etapa, nos enfocamos en el análisis de los esquemas desadaptativos tempranos predominantes en adolescentes tanto mujeres como hombres con problemas de conducta, hallando en nuestro estudio que, en ambos casos el esquema predominante según la Teoría de Young es deprivación emocional, presente en más del 50 % de la población evaluada (54.0% y 50.0% respectivamente), sin embargo en las mujeres el siguiente esquema predominante es Estándares Inflexibles/Autoexigencia (33.3%), mientras que en los varones es el esquema Autocontrol/Autodisciplina (22.1%), y como último esquema predominante tanto en mujeres como hombres encontramos es de Desconfianza y Abuso, presente en el 32.2% en el primer caso y 19.1% en el segundo caso.

Lo dicho anteriormente muestra que, los adolescentes con problemas de conducta de ambos sexos en cuanto al esquema Deprivación Emocional, presentan la creencia de que sus necesidades de amor nunca serán satisfechas de forma adecuada, ellos piensan que nadie va a quererlos, ni comprender como se sienten, además tienen la sensación de que van a estar siempre solos, que nunca se les escuchará, ni entenderá. Viviendo este esquema como una carencia emocional, ausencia o sentimiento de vacío (Young, et al, 2013). Quizá la imagen que recoge este significado con más exactitud es la de un niño desatendido. La privación emocional es lo que siente el niño, es decir la soledad de que nadie está a su lado. Probablemente estos adolescentes establezcan relaciones que les resultaran insatisfactorias, lo que les hará sentir enfado, dolor y soledad. Dicho esquema se presenta muy pronto, incluso antes de la adquisición del lenguaje y no suele presentarse a través de los pensamientos. Los orígenes de este esquema se centran en la persona que ejerce la figura maternal para el niño, es decir, la principal responsable de darle cuidado emocional. En algunas familias es el hombre,

pero en nuestra cultura normalmente es la mujer. La figura del padre es también importante, pero la madre, en el primer año de vida del niño, es el centro de su mundo. Así mismo las relaciones más cercanas llevan la estampa de la primera experiencia con la madre por el resto de la vida. El esquema deprivación emocional implica que el niño reciba deficientes cuidados maternales, como que la madre será fría o poco cariñosa, no coge, ni mece al niño lo necesario, por lo que él no tiene la sensación de ser querido o valorado, de ser alguien precioso o especial. La madre no da al niño el tiempo ni la atención necesaria. Puede ser que la madre no sintoniza con las necesidades del niño. Tiene dificultades para empatizar con el mundo del niño, en realidad no conecta con este. Podría darse el caso de que la madre no tranquiliza al niño adecuadamente. El niño, entonces, no puede aprender a tranquilizante por sí mismo o aceptar la acción tranquilizadora de los demás. Los padres no guían adecuadamente al niño o no le proporcionan un sentido de dirección. No hay nadie sólido del que el niño pueda depender (Young y Klosko, 2001).

Por lo que el adolescente con problemas de conducta tiene actitudes de oposición y de rebeldía, aunque relativamente sociables y en ocasiones extrovertidos, sienten miedo a sentirse rechazados en un grupo, por lo que tienden a integrarse a toda costa (Bossert y Zannoni, 2016), poniendo de manifiesto la forma en que piensan de sí mismos y de los otros. Así mismo es sabido que los adolescentes tienen amistades que conforman un grupo con un comportamiento amenazante y violento (Ibarra, 2011). Puede que se deba a que son fácilmente ilusionables por adolescentes mayores que él o por adultos (Bossert y Zannoni, 2016), permaneciendo en cierto estado de búsqueda afectiva, que se manifiesta por una actitud de reasegurarse de la existencia permanente del afecto del otro y así sentirse seguro (Contreras, 2010).

Aludiendo al papel de la madre, Carballo (2006) lo considera como fundamental en el proceso de socialización desde las primeras etapas del desarrollo ya que para vivir una adolescencia sin sobresaltos se debe evitar que los niños vivan privaciones tempranas (Citado en Arias, 2013). Así también Santrock (2013), nos dice que el apego seguro facilita el bienestar y el ajuste social del adolescente, además que es un factor protector de los comportamientos problemáticos, por el contrario el apego evitativo favorece el distanciamiento mutuo padre-adolescente lo que reduce la

influencia de los padres sobre los hijos. (Citado en Montañes, Bartolome, Montañes J y Parra, 2008) (Flouiri y Buchanann, 2002).

En las mujeres el siguiente esquema que predomina es Estándares Inflexibles 1/ Autoexigencia, que explica que las adolescentes con problemas de conducta presentan la creencia de que uno debe esforzarse mucho por satisfacer estándares muy altos de conducta y desempeño, generalmente dirigidos a evitar la crítica, desaprobación o vergüenza, todo esto es visible desde el punto de vista de un observador externo, es decir que son las personas de su alrededor, quienes sienten que sus normas son inalcanzables. Esta creencia provoca sentimientos de presión e hipercriticismo hacia uno mismo y hacia los demás. Las adolescentes que presentan este esquema, no se pueden relajar, ni divertir, tienen un deterioro en la autoestima, sensación de logro o las relaciones satisfactorias. Además pueden generar emociones negativas, como frustración, irritabilidad por no satisfacer sus normas, están siempre enfadadas y experimentan altos niveles de ansiedad. Pueden estar deprimidas por la tristeza de su vida y por el vacío que sienten. Estas personas pierden muchas oportunidades para ser felices y sentirse realizadas. Young y Klosko (2001) nos dicen que los orígenes de este esquema tienen que ver con el amor que recibieron de sus padres, puede ser que estuvo condicionado a conseguir elevados objetivos, es decir los padres daban afecto, aprobación o atención solo cuando alcanzaban éxito. La infancia de estas adolescentes pudo a ver sido como una carrera para ganar el amor de sus padres. Esta característica está relacionada a problemas emocionales y conductuales (Barger, 1996; Garber, Robisnson y Valentiner, 1997: Silk, Morris, Kanaya y Steinberg, 2003 y Parra y Oliva, 2006, citados en Oliva, 2006).

Así mismo uno de los padres o los dos fueron modelos de elevadas normas poco equilibradas. En este sentido (Mendizabal y Anzures, 1999; Gomez, 2008), afirman que los padres ansiosos tienden a exigir pautas más elevadas para sus hijos, estos factores promueven las barreras de comunicación e invitan al adolescente a excluir a los adultos de su mundo, volviéndose silenciosos o refugiándose en sus amigos. Continuando con lo expuesto por Young este esquema se desarrolló como una manera de compensar sentimientos de incompetencia, exclusión social, privación o fracaso. Probablemente uno de los padres o los dos solían avergonzarlas o criticarlas cuando no cumplían con sus altas expectativas. Los estándares inflexibles pasan de generación en

generación, de esta forma. Los padres lo transmitieron a sus hijos y estos a su vez pueden transmitir a los suyos.

Parra y Oliva (2006) nos dice que los hijos de los padres que emplean estas estrategias experimentan dificultades para el desarrollo de su autonomía e identidad, y muestran altos niveles de ansiedad y síntomas depresivos, también es más frecuente el desarrollo de problemas de conducta, probablemente como una vía de escape y una forma de rebelarse contra los padres (Citado por Oliva, 2006).

Este resultado concuerda con el encontrado por Sierra y Pérez (2014) en la ciudad de México, quienes hallaron que solo el esquema cognitivo Estándares Inflexibles 1, actúa como mediador en la relación castigo e interacción social como práctica de crianza y la frecuencia de problemas de comportamiento. Afirmando que los progenitores de los niños con problemas de comportamiento ejercen el castigo para corregir el comportamiento por medio de gritos, regaños y obligan a que se cumplan las reglas, a la vez que retiran la atención en medida aplicado por los estándares altos de exigencia que tienen los progenitores para sí mismos y para los demás.

En referencia a los hombres con problemas de conducta en nuestra investigación, el segundo esquema predominante es Insuficiente autocontrol/Autodisciplina. Los adolescentes con este esquema no demuestran un autocontrol adecuado. Pueden ser impulsivos, tener dificultad con la autodisciplina y tener problemas para controlar sus emociones. Presentan un énfasis exagerado en la evitación de molestias, sin importar la interferencia que esto pueda tener para la integridad, la realización personal o el compromiso. Así mismo poseen poca disciplina para alcanzar sus metas. Estos adolescentes tienen dificultades para cumplir con los compromisos aceptados o satisfacer objetivos a largo plazo, pueden parecer malcriados, irresponsables. Young y Klosko (2001) refieren en cuanto a su origen, que pueden provenir de familias permisivas o indulgentes, donde no se les exigió que desarrollaran cierto grado de autocontrol, por lo que de adultos pueden carecer de la capacidad para contener sus impulsos.

En un estudio donde relacionaron los esquemas desadaptativos con el rasgo agresivo realizado por Tremblay y Dozois (2014) en Canadá, se encontró que el esquema Autocontrol insuficiente se relacionó con las escalas de agresión verbal, ira y

hostilidad. Poniendo de manifiesto los actos impulsivos que caracterizan a estos adolescentes.

El último esquema predominante en nuestro estudio en ambos sexos es Desconfianza y Abuso, con respecto a este esquema, los adolescentes tienen la creencia de que las otras personas los lastimarán, se aprovecharán de ellos, siendo víctimas de humillaciones, engaños o mentiras. Generalmente involucran la percepción del daño como intencionado que el resultado es una negligencia extrema o injustificada. Además este esquema provoca en los adolescentes un estado de hipervigilancia, es decir se encuentran constantemente en guardia ya que la amenaza puede surgir en cualquier momento, lo que les hace sentirse ansiosos de no poder controlar el abuso de los demás. Así mismo se sienten inútiles, creando una imagen desvalorizada de ellos mismo, lo cual provoca desesperanza ante las situaciones problemáticas que se les presente. Según Young y Klosko (2001) el origen de este esquema puede estar relacionado con abuso físico o maltrato del adolescente, cuando era niño por parte de algún miembro de su familia. Se puede dar el caso que fue humillado reiteradamente, ser el objeto de burla o ser menospreciado (abuso verbal), así también los familiares que no son de confianza, delataban sus confidencias, los manipulaban, les hacían promesas que no tenían intención de cumplir, les mentían o disfrutaban viéndolos sufrir. De niños los obligaban hacer cosas mediante amenazas de castigos severos o de represalias. Uno o los dos padres le recordaban repetidas veces que no podían confiar en personas ajenas a la familia. Para estos adolescentes, los límites físicos, sexuales o psicológicos no fueron respetados. A esto se acompaña sentimientos de desamparo por las figuras parentales durante la infancia. En el caso de los adolescentes con problemas de conducta, de niños aprendieron a comportarse de manera abusiva y desconfiada, es posible que el ejemplo proceda de un parent que no se comporte de manera muy ética, por lo tanto aprende que las demás personas son así, y esperan que se comporten de la misma manera.

Así también Tremblay y Dozois (2014) en su estudio encontraron que existe una correlación positiva entre el esquema Desconfianza y Abuso y agresión física, característica que puede verse en los adolescentes con problemas de conducta generalmente en hombres.

Un objetivo de nuestra investigación también fue identificar la dimensión predominante en adolescentes con problemas de conducta, entendiendo que una

dimensión agrupa un determinado grupo de esquemas que describen relaciones tempranas disfuncionales con padres y amigos, donde radican los origen de los esquemas, así como el funcionamiento interpersonal del adulto.

En nuestros resultados encontramos que la dimensión predominante es Desconexión y Rechazo, presente en ambos sexos, en las mujeres en un 34.9%, mientras que en los hombres el porcentaje es 26.0%.

Lo anterior muestra que los adolescentes con problemas de conducta son incapaces de establecer apegos seguros y satisfactorios con otras personas. Creen que sus necesidades de estabilidad, seguridad, protección, amor y pertenencia no serán satisfechas. Las familias de origen típicas son frías, distantes, reservadas, con tendencias al rechazo, imprevisibles o abusivas. Muchos de ellos han sufrido infancias traumáticas y de adolescentes tienden a apresurarse a relaciones autodestructivas o eviten completamente las relaciones próximas. Todo ello relacionado a la inseguridad e indefensión familiar en su infancia.

Al hacer una revisión de estudios previos encontramos que en nuestro medio existen pocas investigaciones enfocada a adolescentes con problemas de conducta y variables que puedan ayudar a comprender las características de estos adolescentes. Sin embargo en este apartado continuaremos revisando investigaciones que se han realizado en otros ámbitos.

Nuestros resultados son un tanto diferentes con los encontrados por Londoño et al., (2012) en su estudio titulado “Esquemas desadaptativos tempranos presenten en estudiantes de grado décimo y undécimo que han tenido contrato pedagógico disciplinar” en una institución de Colombia, donde sus resultados mostraron que los esquemas prevalecientes en la población fueron vulnerabilidad al daño y a la enfermedad, derecho grandiosidad y autocontrol insuficiente, siendo este último esquema, el único concordante con lo encontrado en nuestro estudio en adolescentes varones. Sin embargo el estudio mencionado no realizó distinción en cuanto al sexo. Estos resultados distintos se deben a la diferencia entre un adolescente con contrato pedagógico disciplinar y un adolescente con problemas de conducta, cuyas definiciones varían ampliamente. Siendo en el primer caso que al querer identificar a los

adolescentes con mal comportamiento, solo se limitaron a aquellos que han tenido contrato pedagógico, que no fue buen predictor de problemas de conducta.

En otro estudio sobre adolescentes con conductas disruptivas e influencia del funcionamiento familiar, realizado por Martínez, et al, (2003) encontraron como factores asociados a la conducta disruptiva, fueron la agresión verbal entre los padres, como la agresión física y verbal al hijo, la conducta ofensiva del hijo ante situaciones de conflicto familiar, la actitud ofensiva de los padres, la irritabilidad del hijo, la ausencia del padre y de la madre en situaciones de conflicto y la agresión física entre estos. Dichos resultados concuerdan con los nuestros ya que estos factores reflejan el esquema Desconfianza y Abuso que también predominó en nuestra investigación en los adolescentes de ambos sexos.

La naturaleza de estos esquemas desadaptativos tempranos y el hecho que se adquieran a partir de las experiencias vividas en la infancia sugieren que la cultura y los diferentes roles asignados a uno y otro género en nuestra sociedad pueden desempeñar un papel clave en su desarrollo. De esta manera, la familia se convierte en un vehículo de transmisión de los mismos generación tras generación (Setien y Silvestre, 2003).

A pesar de lo difícil que puede ser para el adolescente y la familia, los padres siguen ejerciendo una influencia importante sobre los hijos adolescentes, siendo quienes les ayudarán a enfrentar sus emociones, y su influencia será duradera sobre los valores, actitudes y creencias de sus hijos. (Bry, Catalano, Kumpfer, Lochman, y Szapoczink, 1996; Santrock, 2004, citado en Mayorga, C., 2013).

Algunos autores coinciden en destacar a la familia como el ámbito que se inicia el proceso de socialización que va a condicionar de forma radical las conductas y comportamientos del menor (Bellido y Villegas, 1992) o como el contexto de riesgo y a la vez de protección frente al desarrollo de problemas de comportamiento en la adolescencia (Musitu, et al, 2007).

Así un ambiente familiar negativo con frecuentes conflictos y tensiones, dificulta el buen desarrollo de los hijos y aumenta la posibilidad de que surjan problemas de disciplina y conducta. (Dekovic, Wissink y Mejier, 2004, citado en Musitu, et al, 2007).

Hawkins et al. (1998) al respecto nos dice que los factores de riesgo y protección que incluye las relaciones con la familia, no indican causalidad, sino que constituyen condiciones que predicen una mayor o menor probabilidad de desarrollar un comportamiento (Citado en Montañés, et al., 2008).

En cuanto a las limitaciones en la presente investigación fue no abarcar a todos los adolescentes de los años mencionados puesto que algunos docentes no permitieron el uso de sus horas académicas para la primera evaluación, lo que redujo la muestra, sin embargo el número de adolescentes evaluados fue considerable en ambos sexos.

Para concluir, los esquemas que predominan en los adolescentes con problemas de conducta pueden ser activados por acontecimientos vitales que perciben (inconscientemente) como similares a las experiencias traumáticas de su infancia. Cuando se activa uno de estos esquemas experimentan una intensa emoción negativa como el dolor por perdida, la vergüenza, el miedo o la ira, lo que se ve reflejado en su comportamiento problemático. Sin embargo es necesario aclarar que no todos los esquemas tienen sus orígenes en un trauma o maltrato infantil, empero todos los esquemas son destructivos y la mayoría ha sido causada por experiencias nocivas que se repitieron de manera regular a lo largo de su infancia y adolescencia.

La mayoría de los esquemas nunca se cambian completamente, ni desaparecen por completo, sin embargo tienen que hacerse más funcionales, he ahí la labor psicoterapéutica, quienes en una alianza logran que estos adolescentes ante la activación de sus esquemas respondan de un modo más saludable, seleccionando amistades más amables, y se considerándose a sí mismos de un modo más positivo. Al lograr esto con el tratamiento se puede conseguir efectos beneficiosos que repercuten en muchas áreas de la vida del adolescente.

Es por ello que incidimos en la prevención de la aparición de Esquemas Desadaptativos Tempranos, fomentando la formación para padres en los que puedan desarrollar relaciones saludables, basados en la satisfacción de las necesidades básicas que requieren los hijos desde pequeños, para constituir esquemas funcionales.

CONCLUSIONES

PRIMERA: Dentro de las características de los adolescentes evaluados, se encontró igual proporción en cuanto al sexo, con respecto a la edad, la mayoría oscila entre 15 y 16 años. Así mismo la mayor parte de la población pertenece a una familia nuclear y proviene del distrito Alto Selva Alegre.

SEGUNDA: Con respecto al índice de adolescentes con problemas de conducta, se halló mayor predominancia en mujeres que en varones. Esto debido a que en las mujeres se evidencia mayores conductas de tipo internalizante, que no logran exteriorizarse.

TERCERA: Los esquemas desadaptativos tempranos predominantes en adolescentes con problemas de conducta son Deprivación emocional en ambos sexos, seguido de Estándares Inflexibles 1/ Autoexigencia en las mujeres y en los varones Insuficiente Autocontrol/ Autodisciplina. Y como último esquema predominante en ambos sexos, esta Desconfianza / Abuso.

CUARTA: La dimensión predominante es Desconexión y Rechazo, lo que refleja que los adolescentes con problemas de conducta tienen dificultad para establecer apegos seguros y satisfactorios con otras personas.

RECOMENDACIONES

1. A nivel teórico se recomienda que se realicen otras investigaciones de corte cualitativo, referido a problemas de conducta, para tener más alcance en la bibliografía de esta problemática ya que es muy incipiente, dispersa y poco estudiada.
2. A los psicólogos y educadores, realizar programas de habilidades sociales y emocionales con adolescentes con problemas de conducta, que permitan sistematizar el aprendizaje y desarrollo de las competencias sociales y control emocional.
3. A los profesionales de la salud mental, realizar programas terapéuticos familiares desde etapas tempranas centrado en el fortalecimiento del afecto y trato adecuado de los menores, pues consideramos que los primeros años de vida son el momento idóneo para reducir posibles consecuencias posteriores. Así también en el ámbito escolar, mediante las escuelas para padres, se sugiere que el psicólogo contemple el trabajo coordinado entre el profesor y la familia del niño, durante un periodo prolongado y consistente en el tiempo.
4. Incidir en el tratamiento de los adolescentes, para modificar, reestructurar y fomentar estrategias de afrontamiento adaptativas y así evitar que pueda formar trastornos clínicos.
5. A los profesionales psicólogos y educadores involucrados con niños y adolescentes se recomienda fomentar espacios de formación que orienten sus objetivos al fortalecimiento del afecto, al trato comprensivo y no estrictamente permisivo, al control de impulsos y al respeto y buen trato de los mismos.
6. Incidir en el trabajo terapéutico sobre la reducción de estresores vitales en los padres con la finalidad de dedicar más tiempo a sus hijos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguilar Cárcelés, M. M. (2012). La influencia del contexto familiar en el desarrollo de conductas violentas durante la adolescencia: factores de riesgo y de protección. *Revista Criminalidad.* 54 (2): 27-46. ISSN 1794-3108. Recuperado de www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1794-31082012000200003&lng=en&nrm=iso&tlang=es
- Aguirre Baztán, A. (1994). *Psicología de la Adolescencia.* España, Editorial Boixareu. Recuperado de books.google.es/books?isbn=8426709710
- Alarcón Parco, D. y Bárrig J. P. S. (2015). Conductas internalizantes y externalizantes en adolescentes. *Liberabit. Revista de Psicología.* 21(2): 253-259. ISSN 1729-4827. Recuperado de www.redalyc.org/articulo.oa?id=68643124008
- American Psychiatric Association (APA). (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR.* Barcelona: Masson.
- Andina (2012). *Uno de cada ocho niños o adolescentes presentará algún problema de salud mental.* Inicio. Recuperado de www.andina.com.pe/agencia/noticia-uno-cada-ocho-ninos-o-adolescentes-presentara-algun-problema-salud-mental-440656.aspx
- Arias Gallegos, W. L. (2013). Agresión y violencia en la adolescencia: La importancia de la familia. *Unifé Avances en psicología.* 21 (1): 23-34. ISSN 1812-9536. Recuperado de www.unife.edu.pe/publicaciones/revistas/psicologia/2013/1 indiceyeditorial.pdf
- Armas, M. (2007). *Prevención e intervención ante problemas de conducta: Estrategias para centros educativos y familias.* (1a ed.). España. WK Educación. Recuperado de books.google.es/books?isbn=8471978830

Bellido Alonso, A. J. y Villegas-Castrillo, E. (1992). Influencia de la familia en el desarrollo de pautas inadecuadas de conducta. *Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social.* (1): 123-133. ISSN 1133-0473. Recuperado de hdl.handle.net/10045/5905

Berrio Olarte, B.; Gardeazabal Llanos, I.; Posada Castellote, S. y Romero Acero, L. C. (2004). Diseño de una prueba para detección de una prueba para detección de problemas de conducta en niños en edad preescolar (fase pilotaje) (Tesis de licenciatura) *Universidad de la Sabana, Bogotá, Colombia.* Recuperada de intellectum.unisabana.edu.co/handle/10818/4599

Bossert, Gustavo A. y Zannoni, Eduardo A. (2016). *Manual de derecho de familia.* (7^a ed.). Editorial Astrea- Argentina. Recuperado de <https://es.scribd.com/doc/141026648/30085972-Bossert-Gustavo-Zannoni-Eduardo-Manual-de-Derecho-de-Familia-pdf>

Caballo Manríque, V. E.; Caballo, V. E., Simón, M. A. y Simón López, M. A. (2001). *Manual de psicología clínica infantil y del adolescente: trastornos generales.* Pirámide. Recuperado de google.es/books?isbn=8436815777

Calle, M. (2013) *Situación de salud de las y los adolescentes y jóvenes a nivel nacional.* [diapositivas de power point]. Recuperado de: <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/dgsp/MAIS/adolescente/Analisis%20Salud%20Adolescente%20y%20Joven.pdf>

Castañeda Díaz, A. K. (2013). Autoestima, claridad de autoconcepto y salud mental en adolescentes de Lima Metropolitana. (Tesis de licenciatura) *Pontificia Universidad Católica del Perú.* Lima, Perú. Recuperada de tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/123456789/5094

Cole, M. (2003). *Psicología cultural: una disciplina del pasado y del futuro.* (2da ed.) Madrid. Ediciones Morata. Recuperado de books.google.es/books?isbn=8471124300

Cova Soler, F. (2015). Una perspectiva evolutiva de las diferencias de género en la presencia de trastornos depresivos. *Terapia Psicología. Sociedad Chilena de Psicología Clínica Chile.* 23 (1): 44-52. ISSN 0716-6184. Recuperado de www.redalyc.org/articulo.oa?id=78523105

Faltan psicólogos para atender a escolares con mala conducta (2016). Diario El Pueblo. Locales. Recuperado de elpueblo.com.pe/noticia/locales/faltan-psicologos-para-atender-escolares-con-mala-conducta

Espinosa Salcido, R.; Núñez Becerra, L.; Pérez Vargas, I.; Pilloni Martínez, A. y Montalvo Reyna, J. (2010). Problemas familiares en adolescentes con conducta disruptiva en el ámbito escolar. *Psicología y Ciencia Social.* 12 (1 y 2): 44-49. Recuperado de tuxchi.iztacala.unam.mx/ojs/pycs/article/viewFile/32/30

Estévez López, E.; Murgui Pérez, S.; Moreno Ruiz, D. y Musitu Ochoa, G. (2007). Estilos de comunicación familiar, actitud hacia la autoridad institucional y conducta violenta del adolescente en la escuela. *Psicothema.* 19 (1): 108-113. ISSN 0214-9915. Recuperado de www.psicothema.com/resumen.asp?id=3335

Estévez, Estefanía, Jiménez, Terebel y Musitu, Gonzalo (2007). Relaciones entre padres e hijos adolescentes. Nau Libres. Valencia. Recuperado de google.es/books?isbn=8476428189

Freyre Román, Eleodoro (1994). La salud del Adolescente. Aspectos Médicos y Psicosociales. Lima, Perú. A&B S.A.

Gómez Cobos, Erick (2008). Adolescencia y familia: revisión de la relación y la comunicación como factores de riesgo o protección. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación.* 10 (2): 105-122. ISSN 0187-7690. Recuperado de www.redalyc.org/articulo.oa?id=80212387006

Gómez S., A.; Santelices A., M. P.; Gómez G., D.; Rivera M., C. y Farkas K., C. (2014). Problemas conductuales en preescolares chilenos: Percepción de las

madres y del personal educativo. *Estudios pedagógicos XL*. (2): 175-187. ISSN 0718-0705. Recuperado de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-07052014000300011

Hernández Sampieri, R; Fernández-Collado, C. y Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la investigación* (6^a ed.). México. Edamsa Impresiones.

Ibarra Mustelier, L. M. (2011). *La Psicología y los problemas en el aula*. La Habana-Cuba.

Jaller Jaramillo, C. y Lemos Hoyos, M. (2009). Esquemas desadaptativos tempranos en estudiantes universitarios con dependencia emocional. *Acta Colombia de Psicología*. 12 (2): 77-83. ISSN 0123-9155. Recuperado de www.redalyc.org/articulo.oa?id=79815640008

Londoño Ardila, L. F.; Aguirre Laverde, D.; Echeverri, V. y Naranjo, S. C. (2012). Esquemas maladaptativos tempranos en estudiantes del grado décimo y undécimo con contrato pedagógico disciplinario. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*. (36): 158-172. ISSN 0124-5821. Recuperado de www.redalyc.org/articulo.oa?id=194224431008

López-Rubio Martínez, S. (2012). Prácticas de Crianza y problemas de conducta en preescolares: Un estudio transcultural. (Tesis doctoral). *Editorial de la Universidad de la Granada*. ISBN 978-84-9028-579-4. Recuperado de hera.ugr.es/tesisugr/21009016.pdf

Majluf, A. (1999). Psicopatología en adolescentes de Lima según el inventario de problemas conductuales de Achenbach. *Revista de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Perú*. 17 (1): 47-71. ISSN 0254-9247. Recuperado de dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4611795

Martínez Ferre, B; Estévez López, E. y Jiménez Gutiérrez, T. I. (2003). Influencia del funcionamiento familiar en la conducta disruptiva en adolescentes. *Revista Encuentros en Psicología Social*. 1 (1): 64-67. Recuperado de www.uv.es/lisis/belen/influencia.pdf

Mayorga, C. (2013). Estructura familiar y problemas de conducta en la adolescencia: El papel mediador del estilo educativo y el conflicto interparental. (Tesis doctoral). *Universidad Pontificia Comillas*. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=72253>

McKinney, J. P.; Fitzgerald, H. E. y Strommen, E. A. (1977) *Psicología del Desarrollo. Edad Adolescente*. México. El Manual Moderno S. A.

Meece, J. L. (2000). *Desarrollo del niño y del adolescente para educadores*. México: Editorial Ultra.

Mendizábal Rodríguez, J. A. y Anzures López, B. (1999). La familia y el adolescente. *Revista Médica del Hospital General*. 62 (3): 191-197. Recuperado de www.medigraphic.com/pdfs/h-gral/hg-1999/hg993g.pdf

Millan, M. A. y Serrano, S. (2002). *Psicología y Familia*. (1^a ed.). Madrid. Caritas española. Recuperado de books.google.es/books?isbn=8484402746

Ministerio de Salud (2009). *Análisis de situación de salud de las y los adolescentes*. Lima: Autor. Recuperado de <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/An%C3%A1lisis%20de%20Situaci%C3%B3n%20de%20Salud%20de%20las%20y%20los%20Adolescentes%20Ubic%C3%A1ndolos%20y%20Ubic%C3%A1ndonos.pdf>

Montañés Sánchez, M.; Bartolomé Gutiérrez, R.; Montañés Rodríguez, J. y Parra Casado, M. (2008). Influencia del contexto familiar en las conductas adolescentes. (Ensayos) *Revista de la Facultad de Educación de Albacete*. (23): 391-407. ISSN

0214-4824. Recuperado de
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3003557>

Morán, R. E., (2004). *Educando con desórdenes emocionales y conductuales.* (1^a ed.). Estados Unidos de América. La Editorial, UPR. Recuperado de books.google.es/books?isbn=084770145

Moreno Oliver, F. X. (2005). *Los problemas de comportamiento en el contexto escolar.* (1^a ed.). España. Univ. Autónoma de Barcelona. Recuperado de books.google.es/books?isbn=8449024021

Moreno, A. (2015). *La adolescencia. Barcelona.* Editorial UOC. Recuperado de google.es/books?isbn=8490649855

Musitu, G.; Estevez, E.; Jimenez, T. y Herrero, J. (2007). Familia y conducta delictiva y violencia en la adolescencia. En S. Yubero, Larrañaga, E. y Blanco, A. (Coords.), Convivir con la violencia. *Cuenca: Ediciones de la Universidad de Castilla.* 135-150. Recuperado de www.uv.es/lisis/estevez/E_L2.pdf

Nicolson, D. y Ayers, H. (2001). *Problemas de la adolescencia. Guía práctica para el profesorado y la familia.* Madrid. Narcea Ediciones. Recuperado de books.google.es/books?isbn=8427713266

Oblitas Guadalupe, L. A. y Becoña Iglesias, E. (2000). *Psicología de la Salud.* (1^a ed.). México. Plaza y Valdes. Recuperado de books.google.es/books?isbn=9688568104

Oliva, A. (2006). Relaciones familiares y desarrollo adolescente. *Anuario de Psicología.* 27 (3): 209-223. ISSN 0066-5126. Recuperado de www.redalyc.org/articulo.oa?id=97012834001

Papalia, D. E.; Wendkos Olds, S. y Duskin Feldman, R. (2009). *Psicología del desarrollo: De la infancia a la adolescencia.* México: McGRAW-HILL.

Paramo Raimondo, M. (2009) *Adolescencia y Psicoterapia: Análisis de significados a través de grupos de discusión*. (1^a ed.). Universidad de Salamanca. Recuperado de books.google.es/books?isbn=8478002790

Pineda Perez, S. y Aliño Santiago, M. (1999) *El concepto de la Adolescencia*. En Cruz, A., Pineda, S., Martinez, N., Aliño M. (Eds.), Manual de prácticas clínicas para la atención integral a la salud de los adolescentes. (p. 16) Recuperado en http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/prevemi/capitulo_i_el_concepto_de_adolescencia.pdf

Proyecto Esperi, Fundación Internacional O'Belén (2005). *Investigación sobre trastornos del comportamiento en niños y adolescentes*. Recuperado de <http://www.proyectoresperi.com/LIBRO.pdf>

Quiroz del Valle, N. (2007) La familia y el maltrato como factores de riesgo de conducta antisocial. *Revista de Salud Mental*. 30 (4): 47-54. ISSN 0185-3325. dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2350717

Rodriguez Vigliere, R. y Vetere, Gi. (2011). *Manual de terapia cognitiva conductual de los trastornos de ansiedad*. (1^a ed.). Buenos Aires .Editorial Polemos. Recuperado de books.google.es/books?isbn=9876490281

Rodriguez, M. (2010) Factores personales y familiares asociados a los problemas de comportamiento en niños. *Estudios de Psicología*. 27 (4): 437-447. Recuperado de www.scielo.br/pdf/estpsi/v27n4/02.pdf

Setein, M. y Silvestre, M. (2003). *Problemas de las mujeres, problemas de la sociedad*. Universidad de Deusto. Recuperado de [google.es/books?isbn=8498308216](http://books.google.es/books?isbn=8498308216)

Tena Suck, A. (2013). *Temas selectos en orientación psicológica escolar*. México. Manual Moderno. Vol. (7). Recuperado de [google.es/books?isbn=9786074483499](http://books.google.es/books?isbn=9786074483499)

Tremblay, P. F. y Dozois, D. J. A. (2014). Otra perspectiva sobre el rasgo agresivo: superposición con esquemas maladaptativos tempranos. RET, *Revista de Toxicomanía*. 72: 14-22. ISSN 1136-0968. Recuperado de dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5504416

Vite Sierra, A. y Perez Vega, M. (2014). El papel de los esquemas cognitivos y estilos de parentales en la relación entre prácticas de crianza y problemas de comportamiento infantil. *Avances en Psicología Latinoamericana*. 32(3): 389-402. ISBN 17944724. Recuperado de dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4798451

Young, J. E. y Klosko, J. S. (2001). *Reinventa tu vida: cómo superar las actitudes negativas y sentirse bien de nuevo*. Paidós Ibérica. Recuperado de books.google.es/books?isbn=8449309549

Young, J. E.; Klosko, J. S. y Weisher, M. E. (2013) *Terapia de esquemas: guía práctica*. Bilbao: Desclée de Brouwer

Young-Eisendrath, P. y Dawson, T. (1999). *Introducción a Jung*. (1^a ed.). España. Ediciones AKAL. Recuperado de books.google.es/books?isbn=8483230488

Yubero Jiménez, S; Larrañaga Rubio, E. y Blanco Abarca, A. (2007). *Convivir con la violencia: un análisis desde la psicología y la educación de la violencia en nuestra sociedad*. (1^a ed.). España. Universidad de Castilla-La Mancha. Recuperado de google.es/books?isbn=8484274691

ANEXOS

- Instrumentos utilizados en la investigación
- Matriz de datos

Instrumentos utilizados en la investigación

FICHA PERSONAL

Estamos haciendo un estudio para conocer algunas características psicológicas y sociales de los Adolescentes. Te pedimos contestar con la mayor sinceridad a todas las preguntas que te hacemos en este cuestionario. No hay respuestas correctas ni incorrectas.

La información que nos proporciones será muy valiosa para el éxito de este estudio y para poder ayudar a los jóvenes que lo necesitan.

I. DATOS PERSONALES:

1. Nombres y Apellidos:_____
2. Fecha de Nacimiento: Día _____ Mes _____ Año _____
3. Sexo: M ____ F ____
4. ¿Cuántos años tienes?_____
5. ¿Con quienes vives?
Nómbralos_____
6. Numero de hijo (a) _____ dentro de N° de hermanos _____
7. Tus padres (marca sólo una respuesta)
 - a) Viven juntos ()
 - b) Están separados ()
 - c) Están divorciados ()
 - d) Los dos han fallecido ()
 - e) Uno de ellos ha fallecido () Especificar quién:_____
8. ¿Quién es el miembro de su hogar que habitualmente aporta al hogar?
 - a) La madre ()
 - b) El padre ()
 - c) Ambos padres ()
 - d) Hermanos ()
 - e) Otros () Especifica_____
9. ¿En qué distrito vives?_____
10. ¿En qué departamento naciste?_____

II. ESCOLARIDAD

1. ¿En qué año estás?
 - a) Tercero ()
 - b) Cuarto ()
 - c) Quinto ()
2. ¿En qué sección estás?_____
3. En tu trayectoria escolar ¿En cuántos colegios has estudiado?_____
4. ¿Cuál fue el motivo de tu traslado de colegio?_____
5. ¿Han llamado del colegio a tus padres por alguna irregularidad en tu conducta?
 - a) Nunca () b) Ocasionalmente () c) Frecuentemente () d) Muy frecuentemente ()
6. ¿Te han aplicado sanciones disciplinarias en el colegio?
 - a) Nunca () b) Ocasionalmente () c) Frecuentemente () d) Muy frecuentemente ()
7. En caso sea afirmativo ¿Qué tipo de sanción ha sido?
 - a) Leve () b) Moderada () c) Grave ()

¡Gracias!

LISTA DE CHEQUEO DE COMPORTAMIENTO Y SENTIMIENTOS

A continuación se presentan algunas oraciones que describen la conducta de algunos muchachos (as). Lee cada una atentamente y responde con sinceridad si en cualquier época, ahora o durante los seis últimos meses te ha ocurrido a ti lo mismo.

Marca con una (X) sólo una respuesta para cada oración bajo la columna correspondiente.		Ahora o durante los últimos seis meses			
		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33.33%; text-align: center; padding: 5px;">Nunca</td> <td style="width: 33.33%; text-align: center; padding: 5px;">Algunas veces</td> <td style="width: 33.33%; text-align: center; padding: 5px;">Casi siempre</td> </tr> </table>	Nunca	Algunas veces	Casi siempre
Nunca	Algunas veces	Casi siempre			

1. Actúo como si fuera menor de lo que soy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Padezco alergias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Discuto mucho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Padezco asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Me comporto como si fuera del sexo opuesto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Me gustan los animales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Soy sobrado(a) me las doy de mucho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Se me hace difícil concentrarme o prestar atención por mucho rato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. No puedo sacarme de la cabeza algunos pensamientos. Escribe qué pensamiento: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. No puedo estar quieto(a) en mi asiento, soy inquieto(a) e hiperactivo(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Soy demasiado dependiente, apegado a los adultos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Me siento solo(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Me siento confuso, como en las nubes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Lloro mucho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Soy bastante honesto, sincero (a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Soy malo con los demás	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Sueño despierto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. he tratado de hacerme daño a mí mismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Trato de que me presten atención	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Destruyo mis cosas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Destruyo las cosas de otras personas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Desobedezco a mis padres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Desobedezco en el colegio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. No como tan bien como debería	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. No me llevo bien con otros muchachos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. No me siento culpable después de hacer algo que no debería	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Me siento celoso (a) de los demás	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Estoy dispuesto a ayudar a los demás cuando necesitan ayuda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Le tengo miedo a ciertos animales, situaciones o lugares (no incluye el colegio). Escribe: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Me da miedo ir al colegio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Tengo miedo de pensar o hacer algo malo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Siento que tengo que ser perfecto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Siento que nadie me quiere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Siento que los demás me quieren perjudicar o fastidiar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Me siento inferior, que no valgo nada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Me golpeo a menudo accidentalmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Me meto en muchas peleas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

38. Los otros a menudo se burlan de mí		
39. Me junto con muchachos(as) que se meten en problemas		
40. Oigo cosas que nadie parece oír. Escribir: _____		
41. Hago las cosas sin pensar		
42. Me gusta estar solo(a)		
43. Digo mentiras o hago trampas		
44. Me como las uñas		
45. Soy nervioso o tenso		
46. Tengo movimientos nerviosos, tics. Escribe: _____		
47. Me dan pesadillas		
48. No le caigo bien a otros muchachos (as)		
49. Puedo hacer ciertas cosas mejor que otros		
50. Soy demasiado ansioso (a) o tengo mucho miedo		
51. Me siento mareado		
52. Me siento demasiado culpable		
53. Como demasiado		
54. Me siento demasiado cansado		
55. Estoy por encima del peso normal		
56. Problemas físicos sin causa médica conocida a) Dolores de cuerpo		
b) Dolores de cabeza		
c) Ganas de vomitar, náuseas, mareos		
d) Problemas con los ojos Describe: _____		
e) Picazón o erupciones en la piel		
f) Dolores de barriga		
g) Vómitos		
h) Otros Describe: _____		
57. Ataco físicamente a otras personas		
58. Me meto los dedos a la nariz, me raspo con las uñas, la piel u otras partes del cuerpo		
59. Puedo ser bastante amistoso y me gusta la gente		
60. Me gusta probar cosas nuevas		
61. Mi trabajo escolar es deficiente		
62. Soy un tanto torpe, poco coordinado		
63. Prefiero estar con muchachos (as) mayores que yo		
64. Prefiero estar con muchachos (as) menores que yo		
65. Me niego a hablar		
66. Repito ciertas acciones una y otra vez		
67. Me he fugado de mi casa		
68. Grito mucho		
69. Soy reservado (a), mantengo mis cosas en secreto		
70. Veo cosas que la otra gente parece no ver. Describe: _____		
71. Estoy demasiado pendiente de mí mismo, siento vergüenza con facilidad		
72. Prendo fuego		
73. Tengo habilidad para hacer cosas con las manos		

74. Me gusta hacerme el (la) gracioso (a) o el payaso (a)		
75. Soy tímido(a)		
76. Duermo menos que la mayoría de los muchachos (as)		
77. Duermo más que la mayoría de los muchachos (as), durante el día y/o la noche		
78. Tengo buena imaginación		
79. Tengo problemas con el habla. Describe: _____		
80. Hago valer mis derechos		
81. Me apodero de cosas de mi casa que no me pertenecen		
82. Me apodero de cosas que no son de mi casa		
83. Almaceno o guardo cosas que no necesito		
84. Hago cosas que las demás personas consideran raras		
85. Pienso cosas que las demás personas considerarían raras. Describe: _____		
86. Soy porfiado ("Que se mantiene firme en sus opiniones más allá de lo que puedan decir los demás")		
87. Mi estado de ánimo o mis sentimientos cambian a cada momento		
88. Disfruto al estar con otras personas		
89. Soy desconfiado, receloso		
90. Maldigo o digo malas palabras		
91. Pienso en matarme		
92. Me gusta hacer reír a los demás		
93. Hablo demasiado		
94. Fastidio a menudo a los demás		
95. Tengo mal genio		
96. Me preocupo demasiado por cosas sexuales		
97. Amenazo a otros con que les voy a hacer daño		
98. Me gusta ayudar a los demás		
99. Me preocupo demasiado por la limpieza y por el orden		
100. Tengo dificultad en dormir Describe: _____		
101. Falto al colegio		
102. No tengo mucha energía		
103. Me siento infeliz, triste, deprimido		
104. Soy más ruidoso "bocón" que otros muchachos		
105. Tomo alcohol, fumo tabaco o uso drogas (no incluyas medicinas bajo receta médica). Describe: _____		
106. Trato de ser justo		
107. Disfruto de un buen chiste		
108. Me gusta tomar la vida alegremente		
109. Trato de ayudar a los demás		
110. Quisiera ser del sexo opuesto		
111. Trato de no relacionarme con los demás		
112. Me preocupo demasiado		
113. Dime cualquier cosa que describa tus sentimiento , tu comportamiento o tus intereses: _____ _____		

CUESTIONARIO DE ESQUEMAS

Nombres y Apellidos: _____
Grado: _____ Sección: _____ Edad: _____ Sexo: Masculino (____) Femenino (____)

INSTRUCCIONES

Enumeradas aquí, usted encontrará afirmaciones que una persona podría usar para describirse a sí misma. Por favor, lea cada frase y decida que tan bien lo(a) describe. Cuando no esté seguro(a), base su respuesta en lo que usted siente, no en lo que usted piense que es correcto.

1	Completamente falso de mi
2	La mayor parte falso de mi
3	Ligeramente más verdadero que falso
4	Moderadamente verdadero de mi
5	La mayor parte verdadero de mi
6	Me describe perfectamente

1. Las personas no han estado presentes para satisfacer mis necesidades emocionales.	1	2	3	4	5	6
2. Por mucho tiempo de mi vida, nadie ha querido estar estrechamente relacionado a mí y compartir mucho tiempo conmigo.	1	2	3	4	5	6
3. La mayor parte del tiempo nadie ha comprendido mis necesidades y sentimientos.	1	2	3	4	5	6
4. Rara vez he tenido una persona firme que me brinde orientación, cuando estoy inseguro de qué hacer.	1	2	3	4	5	6
5. Me preocupa que las personas a quienes siento cercanas me abandonen.	1	2	3	4	5	6
6. Cuando siento que alguien que me importa está tratando de alejarse de mí, me desespero.	1	2	3	4	5	6
7. Me aflijo cuando alguien me deja solo(a), aún por un corto período de tiempo.	1	2	3	4	5	6
8. Es difícil para mí contar con personas que me apoyen de forma consistente.	1	2	3	4	5	6
9. Me preocupa muchísimo que las personas a quienes quiero encuentren a alguien que prefieran más.	1	2	3	4	5	6
10. Necesito tanto a las otras personas que me preocupo al pensar que puedo perderlas.	1	2	3	4	5	6
11. Me preocupa mucho perder a las personas que me protegen porque me siento indefenso(a) sin ellas.	1	2	3	4	5	6
12. Si alguien se comporta muy amable conmigo, pienso que esa persona debe estar buscando algo más.	1	2	3	4	5	6
13. Me es difícil confiar en la gente.	1	2	3	4	5	6
14. Sospecho mucho de las intenciones de las otras personas.	1	2	3	4	5	6
15. Generalmente las personas se muestran de manera diferente a lo que son.	1	2	3	4	5	6
16. Usualmente estoy en la búsqueda de las verdaderas intenciones de los demás.	1	2	3	4	5	6
17. Me preocupa volverme un(a) mendigo(a).	1	2	3	4	5	6
18. Me preocupa ser atacado(a).	1	2	3	4	5	6
19. Siento que debo tener mucho cuidado con el dinero porque de otra manera podría terminar en la ruina.	1	2	3	4	5	6
20. Me preocupa perder todo mi dinero y volverme un(a) mendigo(a).	1	2	3	4	5	6

21. Mis padres y yo tendemos a involucrarnos demasiado en la vida y problemas de cada uno de nosotros.	1	2	3	4	5	6
22. Es muy difícil tanto para mis padres como para mí, ocultar detalles íntimos sin sentirnos culpables.	1	2	3	4	5	6
23. Doy más de lo que recibo a cambio.	1	2	3	4	5	6
24. Usualmente soy el (la) que termino cuidando a las personas a quienes tengo cerca.	1	2	3	4	5	6
25. A pesar de estar muy ocupado(a), siempre puedo encontrar tiempo para otros.	1	2	3	4	5	6
26. Siempre he sido quien escucha los problemas de todo el mundo.	1	2	3	4	5	6
27. Me da vergüenza expresar mis sentimientos a otros.	1	2	3	4	5	6
28. Me es difícil ser espontáneo.	1	2	3	4	5	6
29. Me controla tanto, que los demás creen que carezco de emociones.	1	2	3	4	5	6
30. Me esfuerzo por mantener casi todo en perfecto orden.	1	2	3	4	5	6
31. Tengo que parecer lo mejor la mayor parte del tiempo.	1	2	3	4	5	6
32. Es difícil para mí conformarme con lo “suficientemente bueno”.	1	2	3	4	5	6
33. Mis relaciones interpersonales se perjudican porque me exijo mucho.	1	2	3	4	5	6
34. Mi salud está afectada porque me presiono demasiado para hacer las cosas bien.	1	2	3	4	5	6
35. Sacrifico situaciones placenteras por alcanzar mis propios estándares.	1	2	3	4	5	6
36. Cuando cometo errores, merezco fuertes críticas.	1	2	3	4	5	6
37. Tengo la sensación de que lo que ofrezco es de mayor valor que las contribuciones de los demás.	1	2	3	4	5	6
38. Usualmente pongo mis propias necesidades por encima de las de las otras personas.	1	2	3	4	5	6
39. Con frecuencia siento que estoy tan involucrado(a) en mis propias prioridades, que es poco el tiempo para dar a la familia.	1	2	3	4	5	6
40. Me es difícil disciplinarme a mí mismo(a) para completar tareas rutinarias.	1	2	3	4	5	6
41. Si fallo en conseguir una meta, la abandono.	1	2	3	4	5	6
42. Es para mí muy difícil sacrificar lo que me gusta para alcanzar una meta a largo plazo.	1	2	3	4	5	6
43. Cuando las tareas se vuelven difíciles, normalmente se me hace imposible perseverar para completarlas.	1	2	3	4	5	6
44. Se me hace difícil concentrarme en algo por demasiado tiempo.	1	2	3	4	5	6
45. Es difícil para mí hacer las cosas que no me gustan, aun cuando sé que son por mi bien.	1	2	3	4	5	6

;Gracias!

Matriz de Datos

LEYENDA

Edad	Código
13	1
14	2
15	3
16	4
17	5
18	6

Tipos de familia	Código
Familia Nuclear	1
Familia Monoparental	2
Familia Extensa	3

Sexo	Código
F	1
M	2

Nivel	Código
Bajo	1
Medio	2
Alto	3

Procedencia	Código
Alto Selva Alegre	1
Cayma	2
Cercado	3
Cerro Colorado	4
Hunter	5
Jose Luis Bustamante y Rivero	6
Mariano Melgar	7
Miraflores	8
Paucarpata	9
Sabandia	10
Sachaca	11
Socabaya	12
Tiabaya	13
Uchumayo	14
Yanahuara	15
Yura	16

**MATRIZ CARACTERÍSTICAS Y PROBLEMAS DE CONDUCTA EN
ADOLESCENTES**

Nº	Edad	Sexo	Tipo de familia	Procedencia	NIVEL
1	3	1		1	1
2	3	1		1	1
3	3	1		8	1
4	3	1		4	1
5	3	1		1	1
6	3	1		1	1
7	3	1		4	1
8	3	1		1	1
9	3	1		4	1
10	3	1		4	1
11	3	1		2	1
12	3	1		8	1
13	3	1		4	1
14	3	1		9	1
15	3	1		5	1
16	3	1		3	1
17	3	1		7	1
18	3	1		1	1
19	3	1		7	1
20	3	1		8	1
21	3	1		8	1
22	3	1		2	1
23	3	1		5	1
24	3	1		4	1
25	3	1		8	1
26	3	1		8	1
27	3	1		16	1
28	3	1		9	1
29	3	1		8	1
30	3	1		9	1
31	3	1		1	1
32	3	1		4	1
33	3	1		1	1
34	3	1		1	1
35	3	1		8	1
36	3	1		8	1
37	3	1		1	1
38	3	1		1	1
39	3	1		4	1

Nº	Edad	Sexo	Tipo de familia	Procedencia	NIVEL
40	3	1	3	12	1
41	3	1	1	4	2
42	3	1	2	1	2
43	3	1	1	2	2
44	3	1	1	1	2
45	3	1	3	7	2
46	3	1	3	2	2
47	3	1	2	2	2
48	3	1	3	1	2
49	3	1	2	3	2
50	3	1	2	4	2
51	3	1	3	2	2
52	3	1	3	8	2
53	3	1	1	8	2
54	3	1	3	1	2
55	3	1	2	11	2
56	3	1	1	8	2
57	3	1	1	1	2
58	3	1	1	1	2
59	3	1	1	1	3
60	3	1	1	8	3
61	3	1	1	1	3
62	3	1	1	1	3
63	3	1	2	4	3
64	3	1	1	1	3
65	3	1	3	1	3
66	3	1	1	4	3
67	3	1	1	14	3
68	3	1	3	9	3
69	3	1	3	7	3
70	3	1	1	12	3
71	3	1	1	1	3
72	3	1	3	9	3
73	3	1	3	2	3
74	3	1	2	4	3
75	3	1	1	4	3
76	3	1	2	4	3
77	3	1	3	7	3
78	3	1	2	8	3
79	3	1	1	9	3
80	3	1	3	1	3
81	3	1	1	4	3
82	3	1	2	8	3

Nº	Edad	Sexo	Tipo de familia	Procedencia	NIVEL
83	3	1	1	1	3
84	3	1	1	4	3
85	3	1	1	4	3
86	3	1	2	1	3
87	3	1	2	1	3
88	3	1	1	3	3
89	3	1	1	2	3
90	3	1	1	2	3
91	3	1	3	15	3
92	3	1	1	1	3
93	3	1	1	1	3
94	3	1	2	1	3
95	3	1	1	11	3
96	3	1	1	9	3
97	3	1	1	1	3
98	3	1	1	8	3
99	3	1	1	5	1
100	3	1	2	12	1
101	3	1	3	4	1
102	4	1	1	4	1
103	4	1	1	4	1
104	4	1	1	1	1
105	4	1	3	12	1
106	4	1	1	4	1
107	4	1	1	1	1
108	4	1	1	9	1
109	4	1	1	8	1
110	4	1	1	1	1
111	4	1	1	1	1
112	4	1	3	8	1
113	4	1	1	11	1
114	4	1	1	13	1
115	4	1	2	1	1
116	4	1	2	1	1
117	4	1	1	8	1
118	4	1	1	8	1
119	4	1	1	8	1
120	4	1	1	12	1
121	4	1	1	1	1
122	4	1	2	12	1
123	4	1	2	8	1
124	4	1	3	1	1
125	4	1	1	2	1

Nº	Edad	Sexo	Tipo de familia	Procedencia	NIVEL
126	4	1	1	9	1
127	4	1	3	1	1
128	4	1	1	2	1
129	4	1	2	1	1
130	4	1	1	2	1
131	4	1	1	4	1
132	4	1	1	8	1
133	4	1	1	3	1
134	4	1	3	1	1
135	4	1	1	8	2
136	4	1	1	11	2
137	4	1	3	7	2
138	4	1	1	2	2
139	4	1	1	4	2
140	4	1	1	8	2
141	4	1	3	4	2
142	4	1	1	1	2
143	4	1	3	1	2
144	4	1	1	9	2
145	4	1	3	1	2
146	4	1	1	1	2
147	4	1	3	1	2
148	4	1	1	4	2
149	4	1	1	8	2
150	4	1	3	1	2
151	4	1	1	6	2
152	4	1	3	8	2
153	4	1	1	6	2
154	4	1	3	7	2
155	4	1	1	4	2
156	4	1	2	11	3
157	4	1	1	9	3
158	4	1	3	9	3
159	4	1	1	2	3
160	4	1	1	4	3
161	4	1	1	1	3
162	4	1	2	1	3
163	4	1	1	10	3
164	4	1	1	1	3
165	4	1	1	1	3
166	4	1	1	4	3
167	4	1	1	4	3
168	4	1	1	7	3

Nº	Edad	Sexo	Tipo de familia	Procedencia	NIVEL
169	4	1	3	8	3
170	4	1	1	8	3
171	4	1	1	2	3
172	4	1	1	4	3
173	4	1	1	8	3
174	4	1	2	16	3
175	4	1	1	4	3
176	4	1	1	16	3
177	4	1	3	1	3
178	4	1	1	8	3
179	4	1	2	1	3
180	4	1	1	9	3
181	4	1	1	3	3
182	4	1	1	1	3
183	4	1	1	4	3
184	4	1	1	4	3
185	4	1	1	6	3
186	4	1	1	8	3
187	4	1	1	2	3
188	4	1	1	4	3
189	4	1	3	1	3
190	4	1	1	3	3
191	4	1	3	4	3
192	4	1	3	8	3
193	4	1	1	8	3
194	4	1	3	9	3
195	5	1	3	1	1
196	5	1	1	1	1
197	5	1	2	1	1
198	5	1	3	8	1
199	5	1	2	11	1
200	5	1	3	3	1
201	5	1	1	1	1
202	5	1	2	11	2
203	5	1	1	1	2
204	5	1	1	1	2
205	5	1	2	4	2
206	5	1	1	11	2
207	5	1	3	12	2
208	5	1	3	3	3
209	5	1	3	1	3
210	5	1	2	1	3
211	5	1	2	1	3

Nº	Edad	Sexo	Tipo de familia	Procedencia	NIVEL
212	5	1	2	4	3
213	3	2	2	1	1
214	3	2	3	3	1
215	3	2	1	4	1
216	3	2	1	12	1
217	3	2	1	3	1
218	3	2	2	2	1
219	3	2	1	5	1
220	3	2	1	1	1
221	3	2	1	4	1
222	3	2	1	7	1
223	3	2	2	12	1
224	3	2	3	7	1
225	3	2	1	11	1
226	3	2	3	1	1
227	3	2	1	8	1
228	3	2	1	1	1
229	3	2	3	4	1
230	3	2	1	4	1
231	3	2	1	1	1
232	3	2	3	8	1
233	3	2	3	8	1
234	3	2	1	13	1
235	3	2	1	8	1
236	3	2	1	16	1
237	3	2	1	4	1
238	3	2	3	8	1
239	3	2	1	3	1
240	3	2	1	13	1
241	3	2	3	6	1
242	3	2	1	1	1
243	3	2	1	9	1
244	3	2	1	3	1
245	3	2	1	7	1
246	3	2	1	8	1
247	3	2	1	8	1
248	3	2	1	1	1
249	3	2	2	3	1
250	3	2	1	1	1
251	3	2	1	9	1
252	3	2	1	3	1
253	3	2	1	2	1
254	3	2	1	13	2

Nº	Edad	Sexo	Tipo de familia	Procedencia	NIVEL
255	3	2	1	2	2
256	3	2	2	1	2
257	3	2	2	8	2
258	3	2	1	13	2
259	3	2	3	16	2
260	3	2	1	1	2
261	3	2	3	13	2
262	3	2	1	5	2
263	3	2	2	8	2
264	3	2	2	2	2
265	3	2	1	7	2
266	3	2	3	3	2
267	3	2	1	6	3
268	3	2	1	3	3
269	3	2	1	12	3
270	3	2	1	9	3
271	3	2	1	12	3
272	3	2	1	4	3
273	3	2	1	14	3
274	3	2	1	8	3
275	3	2	3	16	3
276	3	2	1	1	3
277	3	2	1	3	3
278	3	2	3	7	3
279	3	2	3	7	3
280	3	2	1	7	3
281	3	2	3	5	3
282	3	2	1	4	3
283	3	2	1	16	3
284	3	2	3	9	3
285	3	2	1	8	3
286	3	2	2	7	3
287	3	2	1	3	3
288	3	2	1	12	3
289	3	2	1	8	3
290	4	2	1	1	1
291	4	2	3	8	1
292	4	2	3	13	1
293	4	2	1	9	1
294	4	2	3	4	1
295	4	2	2	13	1
296	4	2	2	6	1
297	4	2	1	16	1

Nº	Edad	Sexo	Tipo de familia	Procedencia	NIVEL
298	4	2	3	1	1
299	4	2	1	1	1
300	4	2	3	9	1
301	4	2	1	9	1
302	4	2	3	8	1
303	4	2	1	1	1
304	4	2	1	9	1
305	4	2	3	13	1
306	4	2	3	7	1
307	4	2	3	7	1
308	4	2	3	6	1
309	4	2	3	9	1
310	4	2	1	5	1
311	4	2	1	7	1
312	4	2	1	7	1
313	4	2	2	8	1
314	4	2	1	1	1
315	4	2	3	1	1
316	4	2	1	8	1
317	4	2	3	4	1
318	4	2	1	5	1
319	4	2	3	3	1
320	4	2	1	13	1
321	4	2	1	12	1
322	4	2	1	7	1
323	4	2	3	4	1
324	4	2	1	1	1
325	4	2	1	14	1
326	4	2	1	9	1
327	4	2	1	4	1
328	4	2	3	7	1
329	4	2	3	9	1
330	4	2	1	7	2
331	4	2	3	9	2
332	4	2	3	12	2
333	4	2	1	1	2
334	4	2	1	9	2
335	4	2	1	8	2
336	4	2	1	16	2
337	4	2	3	11	2
338	4	2	1	4	2
339	4	2	2	8	2
340	4	2	2	11	2

Nº	Edad	Sexo	Tipo de familia	Procedencia	NIVEL
341	4	2	3	1	2
342	4	2	2	12	2
343	4	2	1	1	2
344	4	2	1	4	2
345	4	2	1	4	2
346	4	2	1	13	2
347	4	2	1	1	3
348	4	2	3	5	3
349	4	2	1	5	3
350	4	2	1	9	3
351	4	2	1	11	3
352	4	2	1	4	3
353	4	2	1	3	3
354	4	2	1	9	3
355	4	2	3	5	3
356	4	2	2	11	3
357	4	2	2	1	3
358	4	2	3	6	3
359	4	2	1	1	3
360	4	2	1	13	3
361	4	2	3	8	3
362	4	2	3	12	3
363	4	2	1	3	3
364	4	2	1	6	3
365	4	2	1	8	3
366	4	2	1	9	3
367	4	2	3	4	3
368	4	2	1	13	3
369	4	2	1	9	3
370	4	2	3	8	3
371	4	2	1	8	3
372	4	2	3	9	3
373	4	2	1	12	3
374	4	2	2	1	3
375	4	2	1	1	3
376	4	2	1	1	3
377	4	2	1	1	3
378	4	2	3	12	3
379	4	2	2	8	3
380	4	2	1	16	3
381	4	2	3	4	3
382	4	2	1	6	3
383	4	2	1	9	3

Nº	Edad	Sexo	Tipo de familia	Procedencia	NIVEL
384	4	2	3	11	3
385	4	2	1	8	3
386	5	2	1	8	1
387	5	2	1	3	1
388	5	2	1	12	1
389	5	2	1	13	1
390	5	2	1	1	1
391	5	2	1	8	1
392	5	2	3	4	2
393	5	2	2	16	2
394	5	2	2	9	2
395	5	2	3	14	3
396	5	2	3	7	3
397	5	2	3	13	3
398	5	2	1	7	3
399	5	2	1	16	3
400	6	2	1	1	3
401	1	2	3	9	1
402	1	2	1	7	1
403	1	2	1	6	1
404	1	2	1	1	2
405	1	2	1	10	2
406	1	2	1	6	2
407	2	2	1	3	1
408	2	2	3	12	1
409	2	2	1	1	1
410	2	2	1	1	1
411	2	2	1	9	1
412	2	2	1	8	1
413	2	2	1	9	1
414	2	2	1	13	1
415	2	2	1	9	1
416	2	2	2	4	1
417	2	2	1	8	1
418	2	2	3	7	1
419	2	2	1	1	1
420	2	2	1	13	1
421	2	2	1	16	1
422	2	2	1	1	1
423	2	2	1	4	1
424	2	2	1	1	1
425	2	2	1	12	1
426	2	2	1	7	1

Nº	Edad	Sexo	Tipo de familia	Procedencia	NIVEL
427	2	2	1	4	1
428	2	2	3	7	1
429	2	2	1	4	1
430	2	2	1	12	1
431	2	2	3	8	1
432	2	2	1	1	1
433	2	2	3	14	1
434	2	2	1	6	1
435	2	2	2	9	1
436	2	2	1	1	1
437	2	2	1	9	1
438	2	2	1	4	1
439	2	2	2	1	1
440	2	2	3	5	1
441	2	2	1	1	1
442	2	2	3	8	1
443	2	2	1	9	1
444	2	2	1	9	1
445	2	2	2	12	1
446	2	2	1	7	1
447	2	2	1	9	1
448	2	2	1	4	1
449	2	2	2	8	1
450	2	2	2	6	1
451	2	2	2	8	2
452	2	2	2	9	2
453	2	2	1	1	2
454	2	2	1	12	2
455	2	2	2	6	2
456	2	2	1	1	2
457	2	2	3	3	2
458	2	2	3	9	2
459	2	2	3	6	2
460	2	2	1	6	2
461	2	2	1	5	2
462	2	2	1	5	2
463	2	2	2	9	2
464	2	2	1	16	2
465	2	2	1	1	2
466	2	2	3	3	2
467	2	2	1	8	2
468	2	2	3	1	2
469	2	2	1	3	2

Nº	Edad	Sexo	Tipo de familia	Procedencia	NIVEL
470	2	2	1	6	2
471	2	2	1	8	2
472	2	2	2	12	2
473	2	2	1	3	2
474	2	2	1	1	2
475	2	2	3	6	2
476	2	2	1	3	2
477	2	2	3	1	2
478	2	2	1	8	2
479	2	2	3	9	3
480	2	2	3	5	3
481	2	2	1	4	3
482	2	2	3	4	3
483	2	2	1	8	3
484	2	2	1	9	3
485	2	2	1	7	3
486	2	2	3	8	3
487	2	2	1	4	3
488	2	2	1	4	3
489	2	2	1	7	3
490	2	2	1	7	3
491	2	2	2	2	3
492	2	2	1	4	3
493	2	2	1	3	3
494	2	2	2	8	3
495	2	2	1	8	3
496	2	2	3	13	3
497	2	2	1	4	3
498	2	2	1	1	3
499	2	2	1	9	3
500	2	2	2	11	3
501	2	2	3	9	3
502	1	1	2	2	1
503	1	1	1	13	2
504	1	1	3	7	3
505	1	1	3	2	3
506	1	1	1	1	3
507	1	1	2	1	3
508	1	1	2	8	3
509	2	1	1	9	1
510	2	1	1	4	1
511	2	1	1	1	1
512	2	1	1	9	1

Nº	Edad	Sexo	Tipo de familia	Procedencia	NIVEL
513	2	1	2	4	1
514	2	1	1	2	1
515	2	1	1	8	1
516	2	1	3	1	1
517	2	1	3	1	1
518	2	1	3	8	1
519	2	1	1	3	1
520	2	1	3	1	1
521	2	1	1	9	1
522	2	1	1	8	1
523	2	1	1	8	1
524	2	1	1	1	1
525	2	1	1	12	1
526	2	1	1	2	1
527	2	1	2	6	1
528	2	1	1	2	1
529	2	1	3	9	1
530	2	1	3	9	1
531	2	1	1	7	1
532	2	1	2	12	1
533	2	1	2	1	1
534	2	1	2	2	1
535	2	1	3	11	1
536	2	1	1	1	1
537	2	1	3	8	1
538	2	1	1	3	1
539	2	1	3	1	1
540	2	1	1	4	1
541	2	1	1	6	1
542	2	1	3	4	1
543	2	1	1	1	2
544	2	1	2	4	2
545	2	1	3	9	2
546	2	1	1	2	2
547	2	1	3	1	2
548	2	1	1	8	2
549	2	1	3	1	2
550	2	1	1	8	2
551	2	1	3	1	2
552	2	1	1	12	2
553	2	1	3	4	2
554	2	1	3	13	2
555	2	1	1	8	3

Nº	Edad	Sexo	Tipo de familia	Procedencia	NIVEL
556	2	1	1	8	3
557	2	1	1	1	3
558	2	1	1	6	3
559	2	1	1	4	3
560	2	1	1	9	3
561	2	1	3	15	3
562	2	1	1	3	3
563	2	1	1	1	3
564	2	1	1	4	3
565	2	1	3	1	3
566	2	1	1	1	3
567	2	1	1	16	3
568	2	1	1	4	3
569	2	1	1	14	3
570	2	1	2	4	3
571	2	1	2	1	3
572	2	1	3	8	3
573	2	1	2	1	3
574	2	1	1	4	3
575	2	1	1	8	3
576	2	1	2	9	3
577	2	1	1	8	3
578	2	1	1	4	3
579	2	1	1	1	3

**MATRIZ DE ESQUEMAS DESADAPTATIVOS EN ADOLESCENTES
MUJERES CON PROBLEMAS DE CONDUCTA**

Nº	Edad	Deprivación emocional	Abandono/Inestabilidad	Desconfianza/abuso	Vulnerabilidad al daño y a la enfermedad	Entrampamiento/Yo inmaduro	Autosacrificio	Inhibición emocional	Estándares inflexibles 2 /perfeccionismo	Estándares inflexibles 1 /autoexigencia	Derecho/grandiosidad	Insuficiente autocontrol/autodisciplina
1	3	90	85	85	85	99	99	40	80	85	30	85
2	3	80	25	75	90	45	80	40	30	95	65	25
3	3	75	20	60	80	35	60	25	75	50	45	30
4	3	90	80	40	55	15	80	80	30	70	25	75
5	3	99	80	55	45	45	45	35	75	80	30	85
6	3	95	15	85	40	45	50	70	25	60	1	75
7	3	90	45	20	80	10	99	15	25	95	15	95
8	3	80	60	55	40	1	25	90	50	90	65	95
9	3	95	70	55	95	75	35	95	40	85	45	70
10	3	90	85	75	45	65	25	80	80	95	85	35
11	3	75	50	60	50	25	35	10	65	50	25	85
12	3	80	15	30	65	65	80	65	65	80	55	70
13	3	95	99	85	85	35	20	40	75	5	45	30
14	3	95	50	40	20	10	85	50	25	40	25	35
15	3	30	70	1	40	15	5	25	5	5	10	1
16	3	95	45	45	20	1	80	99	1	90	10	75
17	3	30	10	5	50	35	15	35	65	30	15	15
18	3	75	40	40	20	90	60	40	15	60	30	80
19	3	50	10	60	65	1	50	99	95	85	30	1
20	3	80	10	90	50	35	99	35	80	85	75	25
21	3	95	10	1	80	10	1	25	1	15	30	99
22	3	65	5	95	5	99	85	95	65	85	65	70
23	3	75	20	60	80	35	60	25	75	50	45	30
24	3	90	80	40	55	15	80	80	30	70	25	75
25	3	94	45	95	45	15	45	95	15	60	90	95
26	3	95	60	5	45	75	25	95	75	35	55	45
27	3	90	85	75	45	65	25	80	80	95	85	35
28	3	99	95	40	65	45	85	99	1	40	25	99
29	3	99	80	55	45	45	45	35	75	80	30	85
30	3	95	15	85	40	45	50	70	25	60	1	75
31	3	95	35	70	55	25	85	70	15	95	65	85
32	3	75	80	85	65	45	99	70	25	60	5	40

Nº	Edad	Deprivación emocional	Abandono/Inestabilidad	Desconfianza/abuso	Vulnerabilidad al daño y a la enfermedad	Entrampamiento/Yo immaduro	Autosacrificio	Inhibición emocional	Estándares inflexibles 2 /perfeccionismo	Estándares inflexibles 1 /autoexigencia	Derecho/grandiosidad	Insuficiente autocontrol/autodisciplina
33	3	90	95	85	95	25	99	99	99	95	90	90
34	3	80	30	75	60	35	70	15	90	95	95	80
35	3	80	60	55	40	1	25	90	50	90	65	95
36	3	85	20	40	40	65	50	25	1	5	5	25
37	3	99	50	85	80	45	15	65	50	70	65	95
38	3	65	20	60	45	45	80	40	30	10	5	80
39	3	99	90	85	60	25	80	70	65	40	95	99
40	3	75	25	5	5	1	50	25	75	85	30	60
41	3	90	25	5	1	10	20	25	1	5	10	25
42	4	80	50	1	30	45	5	65	50	30	25	30
43	4	99	85	45	40	45	80	70	40	20	75	70
44	4	65	30	60	45	25	35	65	50	50	1	80
45	4	95	50	40	20	10	85	50	25	40	25	35
46	4	30	70	1	40	15	5	25	5	5	10	1
47	4	95	45	45	20	1	80	99	1	90	10	75
48	4	30	10	5	50	35	15	35	65	30	15	15
49	4	75	40	40	20	90	60	40	15	60	30	80
50	4	90	85	30	75	25	60	90	65	60	45	85
51	4	80	85	75	5	35	80	65	65	60	30	60
52	4	85	85	85	99	99	40	80	85	30	85	90
53	4	90	70	85	60	95	90	99	65	90	55	90
54	4	10	45	90	55	35	10	90	40	60	85	55
55	4	99	80	90	80	65	5	95	50	80	75	70
56	4	99	90	95	60	15	99	70	65	80	5	30
57	4	80	60	85	80	75	60	99	90	95	90	90
58	4	95	45	60	20	45	35	40	95	90	90	75
59	4	75	40	40	20	90	60	40	15	60	30	80
60	4	65	65	55	95	65	50	25	75	90	30	45
61	4	75	20	60	80	35	60	25	75	50	45	30
62	4	99	95	90	40	15	70	95	65	85	90	99
63	4	99	50	85	10	35	90	80	50	70	55	25
64	4	10	45	90	55	35	10	90	40	60	85	55
65	4	99	80	90	80	65	5	95	50	80	75	70
66	4	20	1	2	15	1	5	65	1	20	5	50
67	4	95	50	70	75	25	35	95	15	70	30	45

Nº	Edad	Deprivación emocional	Abandono/Inestabilidad	Desconfianza/abuso	Vulnerabilidad al daño y a la enfermedad	Entrampamiento/Yo inmaduro	Autosacrificio	Inhibición emocional	Estándares inflexibles 2 /perfeccionismo	Estándares inflexibles 1 /autoexigencia	Derecho/grandiosidad	Insuficiente autocontrol/autodisciplina
68	4	80	10	90	50	35	99	35	80	85	75	25
69	4	95	50	40	20	45	4	40	25	45	65	55
70	4	90	25	85	10	25	5	90	40	70	45	99
71	4	90	10	90	99	75	99	10	95	90	55	1
72	4	75	50	60	50	25	35	10	65	50	25	85
73	4	80	15	30	65	65	80	65	65	80	55	70
74	4	95	99	85	85	35	20	40	75	5	45	30
75	4	95	50	40	20	10	85	50	25	40	25	35
76	4	30	70	1	40	15	5	25	5	5	10	1
77	4	95	45	45	20	1	80	99	1	90	10	75
78	4	30	10	5	50	35	15	35	65	30	15	15
79	4	75	40	40	20	90	60	40	15	60	30	80
80	4	50	10	60	65	1	50	99	95	85	30	1
81	5	95	45	90	5	25	85	95	65	40	65	35
82	5	95	60	5	45	75	25	95	75	35	55	45
83	5	90	85	75	45	65	25	80	80	95	85	35
84	5	80	30	40	10	15	1	15	1	20	25	25
85	5	80	25	75	90	45	80	40	30	95	65	25
86	5	80	1	85	15	75	25	35	40	35	30	30
87	5	90	85	85	85	99	99	40	80	85	30	85

MATRIZ DE ESQUEMAS DESADAPTATIVOS EN ADOLESCENTES
HOMBRES CON PROBLEMAS DE CONDUCTA

Nº	Edad	Deprivación emocional	Abandono/Inestabilidad	Desconfianza/abuso	Vulnerabilidad al daño y a la enfermedad	Entrampamiento/Yo inmaduro	Autosacrificio	Inhibición emocional	Estándares inflexibles 2 /perfeccionismo	Estándares inflexibles 1 /autoexigencia	Derecho/grandiosidad	Insuficiente autocontrol/autodisciplina
1	3	90	10	90	45	75	25	80	40	20	75	15
2	3	40	30	25	20	14	45	70	40	70	75	50
3	3	50	5	5	20	15	1	25	40	20	65	35
4	3	60	45	5	90	60	35	50	99	85	75	95
5	3	75	35	60	60	25	10	65	25	35	45	50
6	3	95	1	1	50	1	5	25	50	30	15	25
7	3	85	10	75	65	95	70	40	65	80	45	75
8	3	90	45	25	30	65	50	80	65	80	45	60
9	3	90	60	60	85	65	45	50	50	40	25	35
10	3	90	30	75	99	65	35	25	65	90	75	95
11	3	65	90	60	99	99	35	35	40	60	15	85
12	3	95	45	45	55	25	60	35	30	70	65	45
13	3	60	45	5	20	25	20	65	30	20	30	40
14	3	65	1	1	20	45	1	10	15	5	10	25
15	3	75	45	30	40	45	15	40	25	60	30	55
16	3	99	75	85	45	45	20	80	80	99	99	75
17	3	75	85	25	40	15	99	50	90	70	25	1
18	3	90	1	95	5	25	5	50	50	35	45	15
19	3	60	25	45	55	45	25	90	10	35	15	60
20	3	80	30	25	40	25	20	50	30	60	65	75
21	3	90	80	45	85	75	5	70	30	35	95	95
22	3	60	50	55	99	90	45	50	25	85	55	15
23	3	99	85	55	95	35	80	65	75	95	55	50
24	4	50	50	70	60	25	60	40	80	60	55	30
25	4	99	1	55	1	1	99	99	1	20	1	30
26	4	60	20	5	10	15	35	25	10	50	25	50
27	4	65	80	85	95	15	80	80	99	95	30	70
28	4	80	20	30	20	25	10	50	25	60	55	55
29	4	99	75	90	75	90	60	99	90	90	95	95
30	4	75	30	40	30	25	5	70	40	60	45	70
31	4	65	20	95	45	75	60	95	40	40	25	85
32	4	50	20	5	20	15	10	35	30	20	55	10

Nº	Edad	Deprivación emocional	Abandono	Desconfianza/abuso	Vulnerabilidad al daño y a la enfermedad	Entrampamiento/Yo immaduro	Autosacrificio	Inhibición emocional	Estándares inflexibles 2 /perfeccionismo	Estándares inflexibles 1 /autoexigencia	Derecho/grandiosidad	Insuficiente autocontrol/autodisciplina
33	4	99	20	75	60	25	85	99	50	20	10	5
34	4	95	60	70	55	45	20	65	65	95	95	99
35	4	65	35	45	30	25	10	25	50	50	90	35
36	4	1	20	10	20	65	85	25	30	60	55	40
37	4	95	25	40	65	45	35	50	30	50	30	70
38	4	90	70	90	50	65	70	99	30	85	55	90
39	4	20	30	5	30	15	15	25	50	35	15	35
40	4	90	15	20	45	25	45	70	25	70	85	80
41	4	65	95	75	65	90	80	80	65	85	95	80
42	4	90	25	5	55	45	45	50	75	35	45	60
43	4	40	40	40	5	15	15	30	10	35	85	35
44	4	85	20	20	20	35	10	35	25	20	30	25
45	4	80	15	55	55	35	20	40	15	40	45	80
46	4	65	30	60	65	45	15	70	80	60	85	70
47	4	80	20	55	30	65	35	40	25	40	30	90
48	4	90	20	60	45	35	70	25	95	50	65	1
49	4	75	20	60	30	15	80	40	75	70	1	15
50	4	80	50	10	20	10	50	70	65	80	55	50
51	4	90	95	85	30	15	90	65	90	90	30	5
52	4	50	15	70	20	15	1	90	30	70	75	45
53	4	80	80	70	40	25	25	50	40	70	45	60
54	4	90	60	25	50	75	20	65	50	70	55	30
55	4	95	95	45	85	45	35	70	50	80	55	95
56	4	90	35	85	45	45	10	50	65	50	65	30
57	4	50	60	45	60	45	70	40	80	50	5	50
58	4	85	10	60	30	10	5	35	10	20	55	25
59	4	90	45	75	50	1	10	15	65	60	85	15
60	4	80	65	10	85	15	25	50	25	50	55	55
61	4	90	25	55	15	35	25	70	30	35	30	60
62	4	90	50	40	50	35	20	80	50	40	55	55
63	5	99	20	99	50	25	25	70	5	35	30	85
64	5	95	75	40	45	75	60	65	40	20	15	40
65	5	95	10	90	60	35	20	95	15	30	10	99
66	5	90	45	45	55	45	20	25	30	60	30	85
67	5	99	1	95	65	65	5	50	75	90	65	95

Nº	Edad	Deprivación emocional	Abandono/Inestabilidad	Desconfianza/abuso	Vulnerabilidad al daño y a la enfermedad	Entrampamiento/Yo inmaduro	Autosacrificio	Inhibición emocional	Estándares inflexibles 2 /perfeccionismo	Estándares inflexibles 1 /autoexigencia	Derecho/grandiosidad	Insuficiente autocontrol/autodisciplina
68	6	65	70	90	65	45	5	65	50	60	65	99

CASOS CLÍNICOS

CASO 1

**Maryan Glenda Flores
Palomino**

ANAMNESIS

I. DATOS DE FILIACIÓN

- **Nombres y Apellidos** : A. C. CH.
- **Sexo** : Masculino
- **Edad** : 30 años
- **Fecha de nacimiento** : 23 de Julio de 1987
- **Lugar de nacimiento** : Cusco
- **Grado de instrucción** : Secundaria
- **Estado Civil** : Soltero
- **Procedencia** : Arequipa
- **Ocupación** : Obrero
- **Religión** : Católico
- **Referente** : IREN-SUR
- **Informante** : El paciente
- **Lugar de Evaluación** : Sala de hospitalización
- **Fecha de Evaluación** : 02 y 03 de marzo del 2017
- **Evaluadora** : Maryan Glenda Flores Palomino

II. MOTIVO DE CONSULTA

Paciente con diagnóstico de Liposarcoma Retroperitoneal – EC II, ingresa a hospitalización para realizar su quimioterapia, refiere sentirse culpable por su enfermedad y preocupado por el tratamiento, ya que piensa que no va a poder recuperarse. Manifiesta también que le duele mucho ver a su mamá sufrir por él, puesto que el tratamiento le ha caído muy mal.

III. HISTORIA DE LA ENFERMEDAD ACTUAL

Manifiesta que a la edad de 30 años le detectaron Liposarcoma Retroperitoneal (EC II), refiriendo que la noticia le afectó mucho, pues sintió miedo, tristeza e

incertidumbre, relacionando la enfermedad con la muerte, así mismo pensaba que era un castigo de Dios, y que estaba pagando lo que hizo pues según expresa, en su juventud no supo valorar las cosas, además de verse imposibilitado de trabajar para su hija. Para su familia la noticia fue severa, principalmente para su madre ya que era el único hijo varón y el mayor. Refiere, no deseaba preocuparla, de modo que no mostraba debilidad, encubriendo todo lo que sentía llegando a evitar hablar del tema. La noticia de su mal se la comenta a su cónyuge, la cual le desea la muerte, alega que al inicio le afectó pero después no le dió importancia.

Al iniciar su tratamiento cuenta que no sabía si iba a recuperarse, causándole demasiada angustia y preocupación por su salud, al inicio, su tratamiento fue de forma ambulatoria, manifiesta que la quimioterapia le causaba malestar y eso le provocaba muy mal humor. El médico le indica que debía cuidar su alimentación y demás hábitos para su recuperación. Como ya le era difícil trabajar, se traslada a casa de sus padres quienes le brindan todo el apoyo emocional y económico. Después de tres sesiones de quimioterapia indica que ya se sentía mejor, es así que el paciente recuperó su tranquilidad e intento hacer su vida normal.

En enero de este año se entera que su ex cónyuge se encuentra embarazada de su otro compromiso y no cuidaría bien a su hija, por esa razón decide reclamarla dejando su salud de lado ya que no asiste a sus quimioterapias porque refiere, ya se sentía bien, además de lograr retener a su hija consigo.

Un día estando en casa siente de nuevo dolores abdominales insoportables, refiere, tenía miedo al pensar que podría regresar su enfermedad, porque no continúo con los tratamientos, pero así mismo indica que no quería saber más sobre la enfermedad, no tomando conciencia aún de esta. A pesar de ello y por el dolor que sentía, decide recurrir al hospital, indica que el médico le llama la atención y le dice que su cáncer había avanzado un poco, por ello debería de retomar su tratamiento pero esta vez hospitalizado puesto que la dosis sería más fuerte, manifiesta que esto le impactó, sintiéndose vulnerable, triste, no pudiendo conciliar el sueño por días y refiriendo que nuevamente regresaron sus inseguridades, su intranquilidad, sus preocupaciones y más pensamientos negativos sobre su recuperación, refiriendo:

“que por la enfermedad ya nada será igual, que nadie querrá a una persona así”, “nunca podré ser como antes, no podré trabajar y ayudar a mi hija, seré una carga para mi familia, una preocupación para mi madre, ya no aguantaré el tratamiento”.

Manifiesta que el tratamiento esta vez le afectó demasiado, pues tenía mucho cansancio, no tenía ganas de nada, además de náuseas, vómitos y fiebre. Por momentos se encontraba ensimismado en sus pensamientos negativos y en su tristeza. Así mismo tenía mal humor por lo acontecido y muchas veces contenía su llanto cada vez que pensaba y hablaba sobre el futuro y su tratamiento, culpándose de lo que le estaba sucediendo, sintiendo enfadado y furia consigo mismo por no haber logrado superar la enfermedad. A pesar de ello indica que su mayor motivación para estar ahí, es su hija.

IV. ANTECEDENTES PERSONALES

PERIODO DEL DESARROLLO

• ETAPA PRE-NATAL

- **Gestación:** El paciente es la primera gestación de la madre, de sexo deseado, dentro de tres hermanos. No se cuenta con mayor información.

• ETAPA NATAL

- **Nacimiento:** Nació de parto vaginal, recibió atención hospitalaria, no indica el peso, ni la talla al nacer. Aparentemente sin complicaciones durante el parto.

• ETAPA POS-NATAL

▪ La niñez

El paciente refiere haber vivido con sus padres. Manifiesta que madre lo consentía en todo, así mismo indica que fue de niño tranquilo, reservado, callado y con pocos amigos, sin embargo tuvo un desarrollo normal en su infancia.

▪ Desarrollo psicomotor

No se cuenta con información.

- **ETAPA ESCOLAR**

Empezó a estudiar a los 6 años, manifiesta que recuerda que le fue muy difícil separarse de su madre los primeros días, “lloraba mucho”, logró superarlo luego del primer mes. En primaria no tuvo dificultades académicas, ni de comportamiento, se relacionaba solo con amigos cercanos. Ya estando en secundaria, su rendimiento fue normal, sin embargo buscaba más interacción con sus pares, principalmente con los de su mismo sexo. Aun no tenía preferencias vocacionales.

- **DESARROLLO Y FUNCIÓN SEXUAL**

Varón con preferencia del sexo opuesto, mantuvo relaciones sentimentales en su juventud, se evidencia sentimientos de vergüenza al tocar el tema. No ha tenido relaciones homosexuales, ni ha sufrido de abuso sexual.

Convivió con su ex cónyuge, por dos años, con la que tiene una hija. Su relación conyugal no fue buena, pues refiere que, no fue una buena mujer ya que salía por las noches y frecuentaba varones, manifiesta que ella siempre fue así, él pensaba que iba a cambiar y hacia el esfuerzo por llevarse bien con ella, pero no fue así, por lo que decide separarse y quedarse con la niña, recibiendo visitas esporádicas de ella pidiendo perdón, a lo cual el paciente no accedía. Ya pasado un año y medio, su pareja se lleva su hija, porque se encontraban en problemas judiciales por la tenencia, él realizaba visitas esporádicas en las cuales observaba que no la cuidaban adecuadamente, eso lo tristece mucho ya que tiene mucho apego por su hija, además de generarle tensión pues deseaba tenerla con él. Refiere que la noticia de su mal se la comenta a su cónyuge, la cual le desea la muerte, indicando que al inicio le afectó pero después no le dió importancia.

En enero de este año, se entera que su ex cónyuge se encontraba embarazada de otro compromiso, por lo que decide reclamar a su hija, logrando quedarse con ella.

No refiere haber mantenido relaciones extramatrimoniales. Actualmente no mantiene ninguna relación de pareja.

- **HISTORIA Y RECREACIÓN DE LA VIDA**

Refiere que era tímido, callado y tranquilo, por lo que tenía poco contacto con sus pares. Participaba poco de los juegos de grupo, en los cuales tendía a seguir a los otros. Mantuvo buenas relaciones con sus compañeros de escuela, a pesar de ello no interactuaba demasiado, jugando pocas veces ya que se sentía inseguro, sin embargo durante su adolescencia tuvo más contacto con las personas de su misma edad. Refiere que no mantuvo una buena comunicación con su hermana ya que la relación fue un poco distante por la diferencia de edad, deseando él ser más independiente.

Al culminar sus estudios secundarios, decide prepararse para ingresar a la universidad, pero por influencia de un amigo deja de hacerlo, ya que le indica que mejor siga una carrera técnica porque trabajaría más rápido, refiriendo que también lo dejó pues no le gustaba, así mismo decide estudiar inglés, pero tampoco llega a culminar, puesto que no le interesaba. Una vez que decide ya no estudiar se dedica a trabajar.

Cuenta que alquiló una habitación, y el hecho de vivir solo al inicio, le fue agradable pues ya nadie le decía lo que debía hacer, pero no siempre fue así ya que después se sintió solo por lo cual realiza visitas esporádicas a su familia y busca la compañía de sus amigos quienes salían a divertirse.

- **ACTIVIDAD LABORAL**

Trabajó desde los 19 años como ayudante de construcción motivado por su deseo de vivir solo. Manifiesta que no tenía aspiraciones claras, no obstante fue lo rápido que encontró, y además que no eran muy exigentes. Mantenía buenas relaciones con sus compañeros, siendo el único trabajo en que se desenvolvió, sin embargo tuvo que dejar de trabajar por su estado de salud.

- **SERVICIO MILITAR**

No ha realizado servicio militar.

- **RELIGIÓN**

Es de religión católica, inculcado desde niño por su madre. Asistía a misa los domingos, a pesar de ello ya en su juventud es que deja de lado su credo. Actualmente el paciente manifiesta que su enfermedad “es un castigo de Dios” por las cosas malas que hizo.

- **HÁBITOS E INFLUENCIAS NOCIVAS O TÓXICAS**

Modifica su alimentación a consecuencia de la neoplasia, sin embargo cuando empezó a sentirse mejor empezó a consumir sus alimentos de manera cotidiana, siendo de su preferencia las carnes.

En su juventud en algunas ocasiones consumía alcohol. Niega consumo de cigarro y de sustancias toxicas.

Últimamente tiene problemas para dormir debido a que piensa en su enfermedad.

V. ANTECEDENTES MÓRBIDOS PERSONALES

- **ENFERMEDADES Y ACCIDENTES**

Niega enfermedades en su infancia y adolescencia. Más en su juventud en agosto del 2015 refiere que tiene fuertes y constantes dolores abdominales que impiden que pueda trabajar. Por lo que es llevado al Hospital, donde es examinado, derivándolo después al Instituto de Neoplasia, donde recibe su diagnóstico médico (Liposarcoma Retroperitoneal – EC II), iniciando su quimioterapia, sin embargo cuando ya se siente mejor y por problemas de tenencia de su hija es que deja el tratamiento, por lo que actualmente recibe tratamiento de quimioterapia hospitalizado. Lo cual le genera malestar físico y emocional por los efectos colaterales de esta, no logrando adaptarse totalmente al tratamiento hospitalario.

- **PERSONALIDAD PREMÓRBIDA**

De niño fue tranquilo, reservado, callado y con pocos amigos, tenía más apego por su madre. Mantenía poco contacto con sus pares con los que participaba poco de los

juegos en los cuales tenía que seguir a los otros ya que sentía miedo e inseguridad. En su adolescencia mantenía más contacto con las personas de su mismo sexo, siempre con desconfianza. Refiere quería ser más independiente, así también en su juventud establece pocas relaciones en las que se mostraba amable y respetuoso, sin embargo indica que le era muy difícil mostrarse afectivo. No contaba con aspiraciones puesto que no tenía claro qué quería hacer en su vida, mostrándose conformista e inconstante evidenciando su inmadurez.

VI. ANTECEDENTES FAMILIARES

• COMPOSICIÓN FAMILIAR

Paciente refiere que tiene dos hermanas, de las cuales ocupa la primera posición. Ambos padres se dedican a un negocio independiente. Sus hermanas aún están a cargo de sus padres, las cuales se encuentran estudiando. Actualmente vive con ellos y su menor hija de dos años y medio, por motivo de su enfermedad y problemas de tenencia de su hija.

• DINÁMICA FAMILIAR

Mantuvo buenas relaciones familiares, a pesar de tener mucha diferencia de edad con sus hermanas, sin embargo se comunicaban muy poco. Siente más apego por su madre quien a la noticia de su enfermedad fue la más afectada. Al presente su familia lo apoya, acudiendo a su cuidado en su proceso de hospitalización. Así también se encuentran al cuidado de su menor hija, por la cual siente mucho apego y refiere ser su motivación.

• CONDICIONES SOCIOECONÓMICAS

Vivienda de propiedad de los padres del paciente. Es de material noble, cuenta con todos los servicios básicos, como agua, luz, desagüe siendo su condición socio-económica media, mantenida por los padres.

- **ANTECEDENTES PATOLÓGICOS**

Niega tener familiares con enfermedades neoplásicas y psiquiátricas.

VII. RESUMEN

Paciente de 30 años, que ocupa el primer lugar dentro de tres hermanos. Empezó a estudiar a los 6 años. Su madre lo consentía por lo que fue muy difícil separarse de ella, sin embargo logró superarlo. Fue de niño tranquilo, callado, tímido y con pocos amigos, jugando pocas veces ya que se sentía inseguro, sin embargo tuvo un desarrollo normal en su infancia. En su adolescencia tuvo más contacto con las personas de su misma edad.

Al culminar sus estudios secundarios, no tenía aun preferencias vocacionales, sin embargo decide prepararse para la universidad, pero por influencia de un amigo deja de hacerlo, así mismo decide estudiar inglés, pero tampoco llega a culminar. Decidido a ya no estudiar se dedica a trabajar como ayudante de construcción, por lo que alquila una habitación, sin embargo se sentía solo, por tanto, visita esporádicamente a su familia y busca la compañía de sus amigos con quienes salían a divertirse. Es así como conoce a su ex cónyuge, con la que convive por dos años. Su relación no fue buena, a pesar de ello tienen una hija. Sin embargo decide separarse y se queda con la niña. Ya pasado un año y medio, su ex pareja por problemas judiciales por la tenencia, se lleva a su hija. El paciente en sus visitas a su hija observaba que no la cuidaban adecuadamente, eso lo entristecía mucho, además de generarle tensión pues deseaba tenerla con él.

En agosto del 2016, le diagnostican Liposarcoma Retroperitoneal (EC II), iniciando su quimioterapia, sin embargo como le era difícil trabajar, se traslada a casa de sus padres quienes le brindan todo el apoyo emocional y económico. Cuando ya se siente mejor y por problemas de tenencia de su hija es que deja el tratamiento, por lo que actualmente recibe tratamiento de quimioterapia hospitalizado. Lo cual le genera malestar físico y emocional por los efectos colaterales de esta, no logrando adaptarse totalmente al tratamiento hospitalario.

EXAMEN MENTAL

I. ACTITUD, PORTE Y COMPORTAMIENTO

Paciente de 30 años que aparenta su edad cronológica, con adecuado afeo personal, tez morena, de contextura delgada, estatura media, proporcionado morfológicamente, sin embargo se evidencia pérdida de peso y alopecia por el tratamiento actual que está recibiendo. Su actividad durante la entrevista fue organizada pero con poca movilidad. Se pudo observar que su expresión facial y corporal reflejaba preocupación y cansancio. Su tono de voz fue bajo y por momentos tembloroso. Se le observó, emocionalmente desanimado, sin embargo se mostró asequible y colaborador en toda la intervención, pero con cierta desconfianza. Mantuvo una actitud pasiva y poco afectiva, no obstante tuvo contacto visual en todo momento, pero con cierta timidez.

Al hablar de su diagnóstico oncológico denota cierta culpabilidad, además de tratar de reprimir sus sentimientos cuando se habla de su madre. Manifiesta preocupación al hablar sobre los efectos del tratamiento que está siguiendo, así mismo sobre la incertidumbre y angustia por su recuperación y por los problemas de tenencia de su hija, además de sus comentarios pesimistas, sentimientos de desesperanza y temor por la enfermedad actual que padece, observándose intranquilidad y por momentos movilidad de las manos.

Se muestra cansado y con ánimo disminuido debido al tratamiento de quimioterapia que está recibiendo ya que manifiesta que le causa mucho malestar y temor por los efectos colaterales que tiene, pero no muestra preocupación por su apariencia física, tiene conciencia de sí mismo.

II. ATENCIÓN, CONCIENCIA Y ORIENTACIÓN

Atención: Paciente se encuentra atento, concentrado, lo cual le permite tener atención a ciertos estímulos dispersando los estímulos irrelevantes, predominando la atención voluntaria. Observándose aparentemente sus niveles atencionales y de concentración conservadas.

Conciencia: El paciente se encuentra en estado lúcido, mostrándose dispuesto a expresar sus preocupaciones y temores, logrando colaboración en el proceso de la evaluación. Expresa sus ideas con claridad, y entiende adecuadamente las que recibe.

Orientación: Se encuentra orientado en espacio y tiempo en que se encuentra, Discrimina adecuadamente el lugar donde se encuentra, al personal que labora, y la fecha. El conocimiento que tiene acerca de sus aspectos personales evidencia el estado lúcido en el que se encuentra.

III. LENGUAJE

Se expresa con un lenguaje normal y coherente de curso normal por momentos, su tono de voz es bajo, pero comprensible, existiendo concordancia entre su expresión verbal y emotiva.

IV. PENSAMIENTO

Elabora muy bien sus ideas relacionándolas correctamente, además responde adecuadamente a las preguntas planteadas y su capacidad de pensamiento dirigido a un objetivo es buena. Asocia correctamente los términos utilizados y su pensamiento es lógico. Por momentos presenta ideas persistentes mostrándose ensimismado en sus pensamientos. En cuanto a su contenido, presenta ideas pesimistas sobre su recuperación, así mismo pensamientos de tristeza y preocupación por el tratamiento que está siguiendo.

V. PERCEPCIÓN

En cuanto a las percepciones, las observaciones, sucesos, situaciones las realiza con normalidad. No presenta alteraciones ni alucinaciones de ningún tipo.

VI. MEMORIA

No presenta dificultades en su memoria remota y reciente, memoria inmediata conservada, el paciente es capaz de responder y recordar hechos cronológicos de su historia personal así como la facilidad para recordar hechos respecto de su enfermedad actual.

VII. FUNCIONAMIENTO INTELECTUAL

Por lo observado su capacidad intelectual está en el promedio, no tiene dificultades en su capacidad de resolución de problemas, de la misma manera en su capacidad de abstracción.

VIII. ESTADOS DE ÁNIMO Y AFECTO

Denota expresión facial de preocupación y angustia. Se pudo observar sentimientos de tristeza con temas relacionados a su enfermedad y la tenencia de su hija. Así también se le observó, emocionalmente desanimado pero con disposición al diálogo, por momentos contenía el llanto, al hablar principalmente de su madre. Así mismo refiere sentirse malhumorado por los procesos de la quimioterapia, ya que no puede aguantarlo. Existe concordancia entre su expresión facial y emotiva.

IX. GRADO DE COMPRENSIÓN DE LA ENFERMEDAD O PROBLEMA

El paciente tiene un estado de ánimo que alterna entre la preocupación y la ansiedad debido a la incertidumbre de su recuperación, así mismo por los efectos del tratamiento que está siguiendo, sintiendo impotencia por no incorporarse de forma rápida a sus actividades cotidianas e incapacidad para poder afrontar su enfermedad, por lo que no tiene aún conciencia de su enfermedad.

X. RESUMEN

Paciente que aparenta su edad cronológica, de contextura delgada, estatura media, test morena con adecuado aliño personal, proporcionado morfológicamente sin embargo se evidencia pérdida de peso, además de alopecia por el tratamiento actual que está recibiendo.

Durante la entrevista se pudo observar que su expresión facial y corporal reflejaba preocupación y ansiedad. Su actividad fue organizada pero con poca movilidad, solo en momentos se tocaba las manos. Al momento de la entrevista se mostró colaborador, pero con cierta desconfianza, mantuvo una actitud pasiva y poco afectiva, utilizando un lenguaje coherente y de curso normal con un tono de voz bajo y por momentos tembloroso, manteniendo contacto visual en toda la intervención. Se muestra con ánimo disminuido debido al tratamiento de quimioterapia que está recibiendo ya que manifiesta que le causa aun malestar y temor por los efectos colaterales que tiene.

No se evidencia alteración en el curso del pensamiento. En cuanto a su contenido, presenta ideas pesimistas sobre su recuperación, así mismo pensamientos de tristeza y preocupación por su enfermedad. Su memoria a corto y largo plazo no se encuentran afectados, el contenido de sus respuestas verbales es coherente y su funcionamiento intelectual muestra nivel normal promedio. Evidencia así mismo rasgos de ánimo disminuido, denota cierta culpabilidad, además de tratar de reprimir sus sentimientos cuando se habla de su madre, su semblante expresa un estado de ánimo de tristeza, preocupación por su enfermedad y por los problemas de tenencia de su hija.

Actualmente posee poca conciencia de la enfermedad, de modo que está en proceso de adaptación a la misma y al ambiente hospitalario, debido a la incertidumbre de su recuperación, a la preocupación constante al tratamiento médico y pensamientos negativos hacia su recuperación y hacia el futuro, sintiéndose incapacidad para poder afrontar su enfermedad.

INFORME PSICOMÉTRICO

I. DATOS DE FILIACIÓN

- **Nombres y Apellidos** : A. C. CH.
- **Sexo** : Masculino
- **Edad** : 30 años
- **Fecha de nacimiento** : 23 de Julio de 1987
- **Lugar de nacimiento** : Cusco
- **Grado de instrucción** : Secundaria
- **Estado Civil** : Soltero
- **Procedencia** : Arequipa
- **Ocupación** : Obrero
- **Religión** : Católico
- **Informante** : El paciente
- **Lugar de Evaluación** : Consultorio de Psicología
- **Fecha de Evaluación** : 16 de Marzo del 2017
- **Evaluadora** : Maryan Glenda Flores Palomino

II. OBSERVACIÓN DE LA CONDUCTA

Paciente que aparenta su edad cronológica, con adecuado aliño personal, su expresión facial refleja preocupación, y tristeza por momentos, su tono de voz es bajo, su marcha lenta y su postura algo encorvada al momento de sentarse.

Se mostró asequible ante la entrevista y evaluaciones, así mismo colaboradora y con buena disposición, pero con cierta timidez. En cuanto a su capacidad de resolución no se vió afectada por el ambiente o fatiga ya que se contaba con la disposición y la debida motivación.

III. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS

- Observación
- Entrevista
- Test Psicológicos
 - Inventario Multifásico de la Personalidad (MMPI) – Versión abreviada (Mini- Mult)
 - Test de la figura humana de Karen Machover
 - Inventario de depresión de Beck
 - Inventario de Ansiedad Rasgo y Estado (Idare).

IV. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

1. AREA PERSONALIDAD

- **Inventario Multifásico de la Personalidad (MMPI) – Versión abreviada (Mini- Mult)**

Análisis cuantitativo

	L	F	K	Hs +5k	D	Hi	Dp +4k	Pa	Pt +1k	Sc +1k	Ma +2k
Puntaje Directo	2	8	2	10	10	10	11	7	12	12	7
Puntaje Equivalente	6	21	7	22	31	25	28	17	30	35	20
Añadir K				4			3		7	7	1
Puntaje Directo Corregido	6	21	7	26	31	25	31	17	37	42	21
Puntaje T	56	80	40	88	84	65	79	76	79	88	60

Análisis cualitativo

El perfil de la evaluación es válido, este revela que es una persona que posee un estado de ánimo moderadamente depresivo, preocupado y pesimista. Puede tener una pobre autoestima, probablemente un tanto inmaduro, sugestionable, sin embargo crítico de sí mismo e exigente con tendencia a reaccionar exageradamente, probablemente muy religioso con falsas creencias. Evita establecer lazos personales íntimos sintiéndose insatisfecho de sus intereses sociales. Así también posee un gran número de quejas físicas y preocupación crónica, muchos dolores funcionales, fatiga y debilidad general.

- **Test de la Figura Humana de Karen Machover**

Presenta rasgos de inmadurez e introversión, mostrándose tímido, reservado, inseguro y desconfiado. Así mismo refleja sentimiento de culpa y tendencia a esconder los sentimientos. Denota también falta de vitalidad física debido a su estado de salud.

2. ÁREA EMOCIONAL

- **Inventario de Beck para evaluar depresión.**

Los datos señalan una sintomatología depresiva moderada (22 puntos), presentando incapacidad para el esfuerzo, cansancio generalizado, alteraciones del sueño, sentimientos de desesperanza ante el futuro.

- **Inventario de Ansiedad Rasgo y Estado (Idare)**

Análisis cuantitativo

ANSIEDAD	PUNTAJE	PERCENTIL
Ansiedad estado	46	82

ANSIEDAD	PUNTAJE	PERCENTIL
Ansiedad rasgo	44	75

Análisis cualitativo

El evaluado presenta en la dimensión ansiedad estado un nivel alto, lo que refiere que muestra un estado emocional transitorio, teniendo sentimientos de tensión y aprensión fluctuantes en el tiempo siendo percibidas por el individuo como amenazantes y bajo en situaciones no amenazantes. En la dimensión ansiedad rasgo tiene un nivel medio lo que quiere decir que el evaluado tiene la tendencia a percibir situaciones como peligrosas o amenazantes, respondiendo ante estas situaciones con ansiedad, reflejando así como se siente en general.

V. RESUMEN

El paciente aparenta su edad cronológica, presenta un adecuado arreglo personal, su expresión facial es por momentos de preocupación y de tristeza. En cuanto a su actitud ante la entrevista y evaluaciones es colaborador pero con cierta timidez.

Se percibe rasgos de introversión e inmadurez en su personalidad, caracterizándose por ser inseguro, tímido, poco afectivo y desconfiado debido a que siente temor por iniciar y adaptarse a nuevas actividades. Establece pocos lazos personales, sin embargo se muestra ante ellos amable y asequible. Refleja sentimientos de insatisfacción en cuanto a sus intereses sociales, por lo que se torna crítico ante ellas. Así mismo tiende a interiorizar y esconder sus sentimientos, además de presentar sentimientos de culpa, probablemente por su apego religioso y sus falsas creencias. Así mismo refleja fatiga y debilidad general, mostrando sentimiento de minusvalía, lo que hace que sienta impotencia y preocupación crónica por la incapacidad de encontrar soluciones válidas y eficaces esto debido a su enfermedad y al tratamiento que está siguiendo.

En cuanto a su estado de ánimo se presenta moderadamente deprimido, con sentimientos de minusvalía personal, enfado consigo mismo y cólera, así mismo tiene incapacidad para el esfuerzo y para afrontar sus problemas, así como sentimientos de

desesperanza ante el futuro. En cuanto a su ansiedad estado es alto y su ansiedad rasgo es medio, por lo que tiende a percibir algunas situaciones como peligrosas o amenazantes.

Maryan Glenda Flores Palomino
BACHILLER EN PSICOLOGÍA

INFORME PSICOLÓGICO

I. DATOS DE FILIACIÓN

- **Nombres y Apellidos** : A. C. CH.
- **Sexo** : Masculino
- **Edad** : 30 años
- **Fecha de nacimiento** : 23 de Julio de 1987
- **Lugar de nacimiento** : Cusco
- **Grado de instrucción** : Secundaria
- **Estado Civil** : Soltero
- **Procedencia** : Arequipa
- **Ocupación** : Obrero
- **Religión** : Católico
- **Referente** : IREN-SUR
- **Informante** : El paciente
- **Lugar de Evaluación** : Sala de hospitalización
- **Fecha de Evaluación** : 22 de Marzo del 2017
- **Evaluadora** : Maryan Glenda Flores Palomino

II. MOTIVO DE CONSULTA

Paciente con diagnóstico de Liposarcoma Retroperitoneal – EC II, ingresa a hospitalización para realizar su quimioterapia, refiere sentirse culpable por su enfermedad y preocupado por el tratamiento, ya que piensa que no va a poder recuperarse. Manifiesta también que le duele mucho ver a su mamá sufrir por él, puesto que el tratamiento le ha caído muy mal.

III. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS

- Observación
- Entrevista

- Test Psicológicos
 - Inventario Multifásico de la Personalidad (MMPI) – Versión abreviada (Mini- Mult)
 - Test de la figura humana de Karen Machover
 - Inventario de depresión de Beck
 - Inventario de Ansiedad Rasgo y Estado (Idare).

IV. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

Paciente de 30 años, que ocupa el primer lugar dentro de tres hermanos. Empezó a estudiar a los 6 años. Su madre lo consentía por lo que fue muy difícil separarse de ella, sin embargo logró superarlo. Fue de niño tranquilo, callado, tímido y con pocos amigos, jugando pocas veces ya que se sentía inseguro, sin embargo tuvo un desarrollo normal en su infancia. En su adolescencia tuvo más contacto con las personas de su misma edad.

Al culminar sus estudios secundarios, no tenía aun preferencias vocacionales, sin embargo decide prepararse para la universidad, pero por influencia de un amigo deja de hacerlo, así mismo decide estudiar inglés, pero tampoco llega a culminar. Decidido a ya no estudiar se dedica a trabajar como ayudante de construcción, por lo que alquila una habitación, sin embargo se sentía solo por tanto visita esporádicamente a su familia y busca la compañía de sus amigos con quienes salían a divertirse. Fue como conoce a su ex cónyuge, con la que convive por dos años. Su relación no fue buena, a pesar de ello tienen una hija. Sin embargo decide separarse y se queda con la niña. Ya pasado un año y medio, su ex pareja por problemas judiciales por la tenencia, se lleva a su hija. El paciente en sus visitas a su hija observaba que no la cuidaban adecuadamente, eso lo entristecía mucho, además de generarle tensión pues deseaba tenerla con él.

En agosto del 2016, le diagnostican Liposarcoma Retroperitoneal (EC II), iniciando su quimioterapia, sin embargo como le era dificultoso trabajar, se traslada a casa de sus padres quienes le brindan todo el apoyo emocional y económico. Cuando ya se siente mejor y por problemas de tenencia de su hija es que deja el tratamiento, por lo que actualmente recibe tratamiento de quimioterapia hospitalizado. Lo cual le

genera malestar físico y emocional por los efectos colaterales de esta, no logrando adaptarse totalmente al tratamiento hospitalario.

V. OBSERVACIONES GENERALES DE LA CONDUCTA

Paciente que aparenta su edad cronológica, de contextura delgada, estatura media, tez morena con adecuado aliño personal, proporcionado morfológicamente sin embargo se evidencia pérdida de peso, además de alopecia por el tratamiento actual que está recibiendo.

Durante la entrevista se pudo observar que su expresión facial y corporal reflejaba preocupación y ansiedad. Su actividad fue organizada pero con poca movilidad, solo en momentos se tocaba las manos. Al momento de la entrevista se mostró colaborador, pero con cierta desconfianza, mantuvo una actitud pasiva y poco afectiva, utilizando un lenguaje coherente y de curso normal con un tono de voz bajo y por momentos tembloroso, manteniendo contacto visual en toda la intervención. Se muestra con ánimo disminuido debido al tratamiento de quimioterapia que está recibiendo ya que manifiesta que le causa aun malestar y temor por los efectos colaterales que tiene.

No se evidencia alteración en el curso del pensamiento. En cuanto a su contenido, presenta ideas pesimistas sobre su recuperación, así mismo pensamientos de tristeza y preocupación por su enfermedad. Su memoria a corto y largo plazo no se encuentran afectados, el contenido de sus respuestas verbales es coherente y su funcionamiento intelectual muestra nivel normal promedio. Evidencia así mismo rasgos de ánimo disminuido, denota cierta culpabilidad, además de tratar de reprimir sus sentimientos cuando se habla de su madre, su semblante expresa un estado de ánimo de tristeza, preocupación por su enfermedad y por los problemas de tenencia de su hija.

Actualmente posee poca conciencia de la enfermedad, de modo que está en proceso de adaptación a la misma y al ambiente hospitalario, debido a la incertidumbre de su recuperación, a la preocupación constante al tratamiento médico y pensamientos

negativos hacia su recuperación y hacia el futuro, sintiéndose incapacidad para poder afrontar su enfermedad.

VI. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS

Se le percibe con rasgos de introversión e inmadurez en su personalidad caracterizándose por ser tímido, conformista, inconstante, poco afectivo y desconfiado, debido a que siente temor por iniciar y adaptarse a nuevas actividades. Estable pocas relaciones, pero mostrándose ante ellas amable y asequible. Refleja sentimientos de insatisfacción en cuanto a sus intereses sociales, por lo que se torna crítico ante ellas. Así mismo tiende a interiorizar y esconder sus sentimientos al tocar temas relacionados a su diagnóstico oncológico, además de presentar sentimientos de culpa por su actuar en el pasado, probablemente por su apego religioso y sus falsas creencias, sin embargo mostrándose arrepentido en la actualidad, Así mismo refleja fatiga y debilidad general, lo que hace que sienta impotencia y preocupación crónica por la incapacidad de encontrar soluciones válidas y eficaces esto debido a su enfermedad y al tratamiento que está siguiendo.

En cuanto a su estado de ánimo se presenta moderadamente deprimido, con sentimientos de minusvalía personal, enfado consigo mismo y cólera, así mismo tiene incapacidad para el esfuerzo y para afrontar sus problemas, así como sentimientos de desesperanza ante el futuro. En cuanto a su ansiedad estado es alto y su ansiedad rasgo es medio, por lo que tiende a percibir algunas situaciones como peligrosas o amenazantes.

VII. DIAGNÓSTICO

El paciente presenta rasgos de introversión, inmadurez, inseguridad y timidez, características que no lo ayudan a adaptarse a su situación actual. En cuanto a su estado de ánimo es moderadamente depresivo y ansioso observándose minusvalía personal, pensamientos recurrentes, preocupación constante, así mismo sentimientos de culpa e indefensión.

Actualmente muestra poca conciencia de su enfermedad por lo que está en proceso de adaptación a la misma y al ambiente hospitalario, por el acontecimiento estresante que es el resurgimiento del cáncer en su cuerpo y al tratamiento que está siguiendo, así como los problemas conyugales afectando en su desenvolvimiento social, teniendo desesperanza hacia el futuro.

Por lo mencionado dichas características corresponden a:

F43.2: Trastorno de adaptación

VIII. PRONÓSTICO

Reservado debido a la edad del paciente, al estadio y tiempo de la Neoplasia, lo cual puede modificar drásticamente su gravedad, así como a la poca conciencia de la enfermedad. A pesar de ello cuenta con soporte familiar adecuado.

IX. RECOMENDACIONES

- Psicoterapia individual.
- Psicoterapia familiar.
- Sugerirle ingresar al club del paciente oncológico para que encuentre soporte emocional de otros pacientes, así mismo para que realice otras actividades recreativas que le interesen al paciente.

Maryan Glenda Flores Palomino

BACHILLER EN PSICOLOGÍA

PLAN PSICOTERAPÉUTICO

I. DATOS GENERALES

- **Nombres y Apellidos** : A. C. CH.
- **Sexo** : Masculino
- **Edad** : 30 años
- **Fecha de nacimiento** : 23 de Julio de 1987
- **Lugar de nacimiento** : Cusco
- **Grado de instrucción** : Secundaria
- **Estado Civil** : Soltero
- **Procedencia** : Arequipa
- **Ocupación** : Obrero
- **Religión** : Católico
- **Referente** : IREN-SUR
- **Informante** : El paciente
- **Lugar de Evaluación** : Consultorio de Psicología
- **Fecha de Evaluación** : 03/04/2017//09/04/2017
14/04/2017//22/04/2017
- **Evaluadora** : Maryan Glenda Flores Palomino

II. DIAGNÓSTICO

El paciente presenta rasgos de introversión, inmadurez, inseguridad y timidez, características que no lo ayudan a adaptarse a su situación actual. En cuanto a su estado de ánimo es moderadamente depresivo y ansioso observándose minusvalía personal, pensamientos recurrentes, preocupación constante, así mismo sentimientos de culpa e indefensión.

Actualmente muestra poca conciencia de su enfermedad por lo que está en proceso de adaptación a la misma y al ambiente hospitalario, por el acontecimiento estresante que es el resurgimiento del cáncer en su cuerpo y al tratamiento que está

siguiendo, así como los problemas conyugales afectando en su desenvolvimiento social, teniendo desesperanza hacia el futuro.

Por lo mencionado dichas características corresponden a:

F43.2: Trastorno de adaptación

III. OBJETIVO

- Reducir los estados de ansiedad, relajar la tensión muscular y facilitar la conciliación del sueño mediante el entrenamiento de relajación y respiración.
- Orientar y ayudar a identificar con mayor entendimiento y claridad la enfermedad para enfocar su tratamiento, permitiéndole esto desarrollar, y fortalecer su capacidad para afrontar su enfermedad de manera adaptativa tanto para el paciente como para la familia.
- Reconocer y cambiar los pensamientos que causen preocupación y desesperanza sobre su enfermedad y el tratamiento de esta.

IV. DESCRIPCIÓN DEL PLAN PSICOTERAPÉUTICO

Sesión N° 1

- **Técnicas Psicoterapéuticas:** Técnica de respiración
- **Objetivo:** Enseñar técnica de respiración para facilitar el control voluntario de la respiración y automatizarlo para que pueda ser mantenido en situaciones de estrés.

Sesión N° 2 y 3

- **Técnicas Psicoterapéuticas:** Relajación progresiva de Jacobson
- **Objetivo:** Reducir los niveles de ansiedad que se pueda producir en estados de tensión, inducir al paciente a utilizar la técnica en momentos que crea que sea necesario.

Sesión N° 4

- **Técnicas Psicoterapéuticas:** Psicoeducación – Terapia individual

- **Objetivo** Orientar y ayudar a identificar con mayor entendimiento y claridad de la neoplasia que padece y los tratamientos hospitalarios que conllevan para que el paciente se afilie y se comprometa con su recuperación.

Sesión N° 5

- **Técnicas Psicoterapéuticas:** Psicoeducación – Terapia familiar
- **Objetivo:** Orientar y ayudar a identificar con mayor entendimiento y claridad de la neoplasia y los tratamientos hospitalarios, sus causas, consecuencias y síntomas a sus familiares, para que sean un adecuado soporte emocional para el paciente.

Sesión N° 6

- **Técnicas Psicoterapéuticas:** Terapia Racional Emotiva
- **Objetivo:** Eliminar aquellas ideas, creencias y pensamientos irracionales sobre su enfermedad y sobre el tratamiento que está recibiendo.

Sesión N° 7

- **Técnicas Psicoterapéuticas:** Terapia familia (Madre) - Terapia Racional Emotiva
- **Objetivo:** Eliminar aquellas ideas, creencias y pensamientos irracionales sobre su enfermedad y sobre el tratamiento que está recibiendo.

Sesión N° 8

- **Técnicas Psicoterapéuticas:** Terapia de Aceptación y Compromiso
- **Objetivo:** Brindar un repertorio amplio y flexible de acciones orientadas a los valores personales y no por la ausencia de ciertos estados cognitivos y emocionales valorado como negativos (dolor, ansiedad, tristeza, miedo, etc.).

Sesión N° 9

- **Técnicas Psicoterapéuticas:** Identificación de problemas – Terapia cognitiva

- **Objetivo:** Lograr que el proceso de la terapia sea comprensible para ambos. Controlar el estado de ánimo usando puntajes objetivos e identificar problemas y establecer objetivos de la terapia.

Sesión N° 10

- **Técnicas Psicoterapéuticas:** Identificación de pensamientos automáticos
- **Objetivo:** Identificar los pensamientos automáticos. Evaluar y reaccionar frente a los pensamientos automáticos. Resolver problemas cuando los pensamientos son verdaderos.

V. TÉCNICA TERAPÉUTICA A UTILIZAR

SESIÓN N° 1	Control de la respiración
TÉCNICA	Técnicas de respiración
OBJETIVO	Enseñar técnica de respiración para facilitar el control voluntario de la respiración y automatizarlo para que pueda ser mantenido en situaciones de estrés.
DESARROLLO	<p>Respiración abdominal</p> <p>El paciente debe estar en la posición más cómoda posible y pasar unos pocos minutos descansando en silencio. Entonces puede darse las siguientes indicaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dedique un momento a desplazarse a través de una secuencia de representación mental agradable. - Cuando el cuerpo se relaje, apoye una mano levemente sobre el plexo solar, centre su atención en esta área y comience el ejercicio con respiración. - Note un hundimiento del área situada debajo de la mano, a continuación deje que el aire fluya hacia los pulmones, notando la hinchazón que se produce debajo de la mano. - Luego cuando el aire es expulsado, note como se

	hunde otra vez el área situada debajo de la mano. - Deje que la respiración se desarrolle con normalidad.
TIEMPO	35 Minutos
MATERIALES	- Sillón

SESIÓN Nº 2 y 3	Relajándome
TÉCNICA	Relajación progresiva de Jacobson
OBJETIVO	Se logra disminuir los estados de ansiedad generalizados, relajar la tensión muscular, facilitar la conciliación del sueño y así mismo hacia la ansiedad hacia la recuperación.
DESARROLLO	<p>Posición inicial: Cierra los ojos, siéntate en el sillón lo más cómodamente para que tu cuerpo pueda relajarse al máximo posible.</p> <p>1^a FASE: Tensión – Relajación</p> <ul style="list-style-type: none"> - Relajación de brazos y manos. o Contraer, sin mover, primero un brazo y luego el otro con el puño apretado, notando la tensión en brazos, antebrazos y manos. Relaja lentamente - Relajación de cara, cuello y hombros con el siguiente orden (repetir cada ejercicio tres veces con intervalos de descanso de unos segundos): o Frente: Arruga unos segundos y relaja lentamente. - Ojos: Abrir ampliamente y cerrar lentamente o Nariz: Arrugar unos segundo y relajo lentamente. - Boca: Sonreír ampliamente, relaja lentamente - Lengua: Presionar la lengua contra el paladar, relaja lentamente. - Mandíbula: Presionar los dientes notando la tensión en los músculos laterales de la cara y en las sienes, relaja lentamente. - Labios: Arrugar como para dar un beso y relaja

	<p>lentamente. o Cuello y nuca: Flexiona hacia atrás, vuelve a la posición inicial. Flexiona hacia adelante, vuelve a la posición inicial lentamente.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hombros y cuello: Elevar los hombros presionando contra el cuello, vuelve a la posición inicial lentamente. - Relajación de tórax, abdomen y región lumbar (estos ejercicios se hacen mejor sentado sobre una silla): - Espalda: Brazos en cruz y llevar codos hacia atrás. Notará la tensión en la parte inferior de la espalda y los hombros. - Tórax: Inspirar y retener el aire durante unos segundos en los pulmones. Observar la tensión en el pecho. Espirar lentamente. - Estómago: Tensar estómago, relajar lentamente. - Cintura: Tensar nalgas y muslos. El trasero se eleva de la silla. - Relajación de piernas: Estirar primero una pierna y después la otra levantando el pie hacia arriba y notando la tensión en piernas: trasero, muslo, rodilla, pantorrilla y pie. Relaja lentamente. <p>2ª FASE: Repaso.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Repasa mentalmente cada una de las partes que hemos tensionado y relajado para comprobar que cada parte sigue relajada, relaja aún más cada una de ellas. <p>3ª FASE: Relajación mental</p> <ul style="list-style-type: none"> - Finalmente piensa en algo agradable, algo que te guste, que sea relajante, una música, un paisaje, etc., o bien deja la mente en blanco.
TIEMPO	30 minutos
MATERIALES	<ul style="list-style-type: none"> - Silla

SESIÓN N° 4	Psicoeducación
TÉCNICA	Terapia individual
OBJETIVO	<p>Brindar al paciente la información adecuada para que pueda afrontar de una forma apropiada su enfermedad y ayudarle a adaptarse al tratamiento hospitalario. Así mismo del darse cuenta de la importancia que tiene el cuidado de su salud siguiendo determinados tratamientos hospitalarios.</p>
DESARROLLO	<ul style="list-style-type: none"> - Informar sobre la neoplasia y a que tipo pertenece, así como el tratamiento que está recibiendo al paciente. - Explicar el motivo de aplicación de la quimioterapia sus efectos y consecuencias. - Revelar las consecuencias que puede tener la misma sobre el paciente y sus familiares. - Establecer una sólida alianza terapéutica y construir un vínculo entre paciente y terapeuta. - Hacerle entender la importancia de adherirse a los tratamientos hospitalarios. - Reconocimiento de síntomas que afecten el estado de ánimo. - Identificación de señales de recaída o síntomas que puedan causarle algunos de los procedimientos como parte del proceso al cual se está sometiendo. - Hábitos y rutinas regulares y saludables: sueño, comidas, dieta sana, ejercicio físico - Mantener actividad y socialización constante no dejando de hacer sus actividades diarias de forma repentina. - Identificar recursos/capacidades de la persona para que esté presente un buen afrontamiento a su enfermedad. - Se le explicará lo que es la quimioterapia, radioterapia

	<p>y cirugías, para que la paciente pueda adaptarse a todo el proceso médico, y así encontrar aceptación al tratamiento.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se le aclarara cualquier duda al finalizar preguntándole si quedo alguna duda de lo que se habló y así poder asegurarnos de que entendió adecuadamente la información que se brindó. - Animar a que el paciente tenga una participación más activa entre sesiones, dejar una actividad que realizar para la siguiente sesión, donde debe informarse más por su propia cuenta acerca de la neoplasia y sus tratamientos.
TIEMPO	45 minutos
MATERIALES	<ul style="list-style-type: none"> - Lápiz - Información sobre la neoplasia y sus tratamientos

SESIÓN N° 5	Psicoeducación
TÉCNICA	Terapia familiar
OBJETIVO	Brindar información a la familia acerca de la neoplasia y los tratamientos hospitalarios, sus causas, consecuencias y síntomas a sus familiares, para que sean un adecuado soporte emocional para la paciente.
DESARROLLO	<ul style="list-style-type: none"> • Informar sobre la neoplasia que padece su familiar. • Explicar los diferentes motivos que pueden desencadenar posibles reacciones en el paciente sobre el impacto de su enfermedad. • Revelar las consecuencias de la quimioterapia en el paciente, informando sobre los síntomas y repercusiones físicas y psicológicas. • Establecer una sólida alianza terapéutica y construir un vínculo entre familia y terapeuta. • Animar a que la familia para que tenga una

	participación más activa, donde debe informarse más por su propia cuenta leyendo en libros o folletos.
TIEMPO	45 minutos
MATERIALES	<ul style="list-style-type: none"> - Sillas - Información sobre la neoplasia y sus tratamientos

SESIÓN N° 6	Reflexionando
TÉCNICA	Terapia Racional Emotiva - Madre
OBJETIVO	Eliminar aquellas ideas, creencias y pensamientos irracionales sobre su enfermedad y sobre el tratamiento que está siguiendo
DESARROLLO	<ul style="list-style-type: none"> - Preguntar al paciente por el problema a tratar durante la sesión. (importante refutar creencias irracionales). - Definir y acordar los objetivos concretos de la sesión porque no en todas las ocasiones coinciden terapeuta y cliente. - Llevar a cabo proceso ABC (A = Acontecimientos activadores B = Pensamientos Racionales Irracionales C = Consecuencias emocionales y de comportamiento) y establecer relaciones. - Debatir terapeuta y cliente creencias irracionales específicas tratando de adoptar nuevas creencias racionales alternativas que tenga sobre su enfermedad y sobre su tratamiento haciendo reflexionar sobre la importancia de este. - Elegir, definir y acordar nuevas tareas a realizar entre sesiones. Trabajar aspectos que facilitan la realización de estas tareas.
TIEMPO	45 minutos
MATERIALES	<ul style="list-style-type: none"> - Sillón

SESIÓN N° 7	Reflexionando
TÉCNICA	Terapia familia (Madre) - Terapia Racional Emotiva
OBJETIVO	Eliminar aquellas ideas, creencias y pensamientos irracionales sobre su enfermedad y sobre el tratamiento que está siguiendo
DESARROLLO	<ul style="list-style-type: none"> - Preguntar al paciente por el problema a tratar durante la sesión. (importante refutar creencias irracionales). - Definir y acordar los objetivos concretos de la sesión porque no en todas las ocasiones coinciden terapeuta y cliente. - Llevar a cabo proceso ABC (A = Acontecimientos activadores B = Pensamientos Racionales Irracionales C = Consecuencias emocionales y de comportamiento) y establecer relaciones. - Debatir terapeuta y cliente creencias irracionales específicas tratando de adoptar nuevas creencias racionales alternativas que tenga sobre su enfermedad y sobre su tratamiento haciendo reflexionar sobre la importancia de este. - Elegir, definir y acordar nuevas tareas a realizar entre sesiones. Trabajar aspectos que facilitan la realización de estas tareas.
TIEMPO	45 minutos
MATERIALES	<ul style="list-style-type: none"> - Sillón

SESIÓN N° 8	Desesperanza Creativa
TÉCNICA	Terapia de Aceptación y Compromiso
OBJETIVO	Brindarle el repertorio amplio y flexible de acciones orientadas a los valores personales y no por la ausencia de ciertos estados cognitivos y emocionales valorado como negativos (dolor, ansiedad, tristeza, miedo, etc.).
DESARROLLO	<p>Se debe utilizar para ello algunas metáforas y ejemplos:</p> <p>La metáfora del jardín en la que se compara la vida del cliente con un jardín, y es él quien debe encargarse de su cuidado. Las plantas representan las áreas valiosas de la vida de la paciente, y su ansiedad son malas hierbas que surgen en este jardín. El objetivo de esta fase es que el paciente abandone la agenda de control de las malas hierbas, es decir, que deje de intentar alterar su experiencia privada, que se dé cuenta de que eso que intenta controlar no puede controlarlo, y paralelamente, que se dé cuenta de que justo los intentos de control provocan un aumento de la ansiedad.</p> <p>La segunda fase de la terapia lleva a plantear que el control es el problema. Aquí de nuevo se hace dar cuenta al paciente que el no poder controlar sus sensaciones físicas le provocaba aún más esas mismas reacciones. Se utilizó aquí la metáfora del polígrafo para ilustrarle esta cuestión, así como la regla de los eventos privados (si algo no lo quieres, lo tienes). En esta fase hubo verbalizaciones por parte de A. en la dirección de abandonar el control ("estoy por irme ahora mismo al monte"), así como acciones en la dirección de estar dispuesto a tener ansiedad. Se utilizó en esta sesión también la metáfora de las dos escalas para ilustrar cómo el no estar dispuesto a tener ansiedad tenía un coste en su vida, y que la propuesta era subir la escala de las acciones (abriendo la</p>

	escala de la ansiedad al 100% al actuar de modo valioso).
TIEMPO	45 minutos
MATERIALES	- Sillón

SESIÓN N° 9	Identificando problemas
TÉCNICA	Terapia Cognitiva
OBJETIVO	Lograr que el proceso de la terapia sea comprensible para ambos. Controlar el estado de ánimo usando puntajes objetivos e identificar problemas y establecer objetivos.
DESARROLLO	<p>Preguntar al paciente:</p> <p>¿Quisiera saber cómo te has sentido últimamente?</p> <p>¿Cuáles son las razones que te llevaron a comenzar una terapia?</p> <p>¿Cuáles son los objetivos que te gustaría alcanzar?</p> <p>¿Quisiera saber qué esperas de la terapia?</p> <p>Una vez establecido el plan realizar un control del estado de ánimo.</p> <p>Enseñar al paciente a dedicar un puntaje a su estado de ánimo en una escala de 0 al 100, donde 0 significa una ausencia total de depresión y 100 lo más deprimida que jamás haya estado.</p> <p>Hablar de los motivos que le trajeron a terapia, identificar los problemas principales del paciente, preguntar por los problemas que ha tenido y confeccionar una lista de objetivos que debe escribir el mismo paciente con dirección del terapeuta.</p>
TIEMPO	45 minutos
MATERIALES	<ul style="list-style-type: none"> - Lápiz - Papel - Registro de pensamientos automáticos

SESIÓN N° 10	Identificar pensamientos automáticos
TÉCNICA	Identificación de pensamientos automáticos
OBJETIVO	<p>Identificar los pensamientos automáticos.</p> <p>Evaluar y reaccionar frente los pensamientos automáticos.</p> <p>Resolver problemas cuando los pensamientos son verdaderos.</p>
DESARROLLO	<p>Me gustaría ahora dedicar unos minutos a hablar de la relación entre los pensamientos y los sentimientos.</p> <p><i>“La INTERPRETACION de una situación (más que la situación misma) a menudo expresada en forma de pensamientos automáticos, influye sobre las emociones, el comportamiento y la respuesta fisiológica subsiguiente. Al examinar críticamente estos pensamientos y corregir los errores la persona se siente mejor”.</i></p> <p>Identificar los pensamientos automáticos.</p> <p>¿Puedes pensar en algunos momentos de esta semana en que te hayas sentido mal? (trabajar tema de ámbito familiar)</p> <p>¿Cuál era el sentimiento? ¿Tristeza, angustia, enojo, etc.?</p> <p>¿Qué cruzaba por tu mente en ese momento?</p> <p><i>“Acabas de identificar algo que llamas <u>pensamiento automático</u>. Todas las personas los tienen. Son pensamientos que aparecen de pronto en nuestra mente. No estamos tratando de pensar en eso deliberadamente. La mayor parte del tiempo sucede muy rápido y somos conscientes de la emoción que del pensamiento. Muchas veces estos pensamientos están distorsionados de alguna manera, pero reaccionamos como si fueran ciertos.”</i></p> <p>Evaluar y reaccionar frente los pensamientos automáticos.</p> <p>Se anota el pensamiento automático en una hoja de papel.</p> <p><i>“suena triste, te das cuenta que tu pensamiento influye sobre tus sentimientos”.</i></p> <p>Resolver problemas cuando los pensamientos son verdaderos.</p> <p>Tarea: Buscar pensamientos automáticos. “Cada vez que</p>

	observe un cambio en mi estado de ánimo preguntarme ¿Qué está pasando por mi mente?
TIEMPO	45 minutos
MATERIALES	<ul style="list-style-type: none"> - Lápiz. - Registro de pensamientos automáticos.

VI. TIEMPO DE EJECUCIÓN

Las actividades del plan se realizaron en sesiones 45 minutos, de 1 a 2 veces por semana, tendrá una duración total de 4 meses, todo esto dependiendo de la disposición y el estado anímico del paciente.

VII. LOGROS PSICOTERAPEUTICOS

- Se logró que el paciente aprenda la técnica de respiración y realizó las terapias de relajación para poder reducir la ansiedad cuando tiene pensamientos negativos hacia el tratamiento y su enfermedad.
- Se brindó información acerca de la neoplasia y los tratamientos auxiliares para tratarlo, tanto al paciente como a sus familiares, brindándoles la información de las causas, consecuencias y síntomas de la enfermedad así mismo de la importancia de la misma.
- Se logró que la madre presente pensamientos más realistas respecto a la enfermedad y futuro de su hijo.
- El paciente comprendió que debe recibir el tratamiento, asistiendo a las sesiones de quimioterapia y empieza a tener conciencia de su enfermedad, así mismo identificó los problemas que le causan preocupación y angustia.
- Se logró que el paciente ingrese al club oncológico.

Arequipa, Agosto del 2017

ANEXOS

**INVENTARIO MULTIFÁSICO DE PERSONALIDAD (MMPI)
MINI MULT
(Hoja de Respuesta)**

Nombres y apellidos: Apolinario
Estado Civil: Soltero
Ocupación: Obrero

Edad: 30

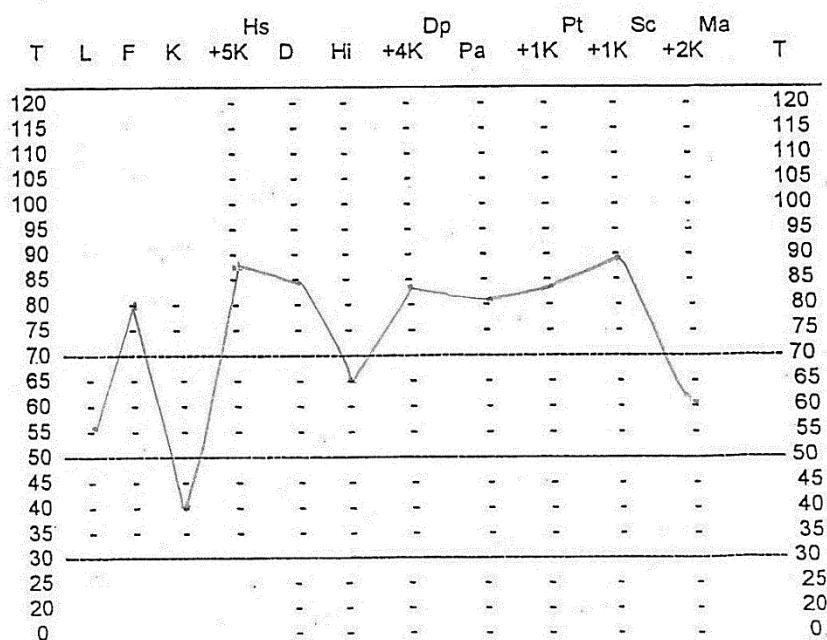
Grado de Instrucción: Secundaria

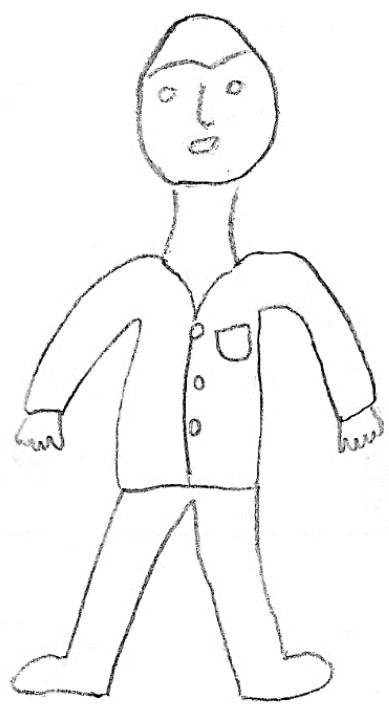
Fecha de examen:

1. ✓ F	13. ✗ F	25. ✗ F	37. V ✗	49. ✗ F	61. ✗ F
2. V F	14. ✗ F	26. ✓ F	38. ✗ F	50. ✗ F	62. V ✗
3. ✓ F	15. ✗ F	27. ✓ F	39. V ✗	51. ✗ F	63. V ✗
4. ✓ F	16. V ✗	28. ✓ F	40. ✗ F	52. ✗ F	64. V ✗
5. ✓ F	17. ✓ F	29. ✓ F	41. ✓ F	53. V ✗	65. ✗ F
6. V ✗	18. ✓ F	30. ✓ F	42. ✗ F	54. ✓ F	66. ✗ F
7. ✗ F	19. ✓ F	31. ✗ F	43. ✓ F	55. V ✗	67. ✓ F
8. V ✗	20. ✓ F	32. ✗ F	44. ✗ F	56. ✗ F	68. ✓ F
9. ✗ F	21. ✓ F	33. ✓ F	45. ✗ F	57. V ✗	69. ✓ F
10. ✗ F	22. ✗ F	34. V ✗	46. V ✗	58. ✗ F	70. ✗ F
11. ✗ F	23. ✓ F	35. V ✗	47. ✓ F	59. ✗ F	71. V ✗
12. V F	24. ✓ F	36. ✗ F	48. V ✗	60. ✗ F	

	L	F	K	Hs +5K	D	Hi	Dp +4K	Pa	Pt +1K	Sc +1K	Ma +2K
Puntaje Directo	2	8	2	10	10	10	11	7	12	12	7
Puntaje Equivalente	6	21	4	22	31	25	28	17	30	35	20
Añadir K				4			3		7	7	1
Puntaje Directo Corregido	6	21	4	26	31	35	31	17	37	42	21
Puntaje T	56	80	40	88	84	65	79	76	79	88	60

DIAGNÓSTICO: ..





CUESTIONARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (Beck Depression Inventory)

Nombre..... *Apolinario*..... Fecha.....

Elija de cada uno de estos 21 planteamientos, el que mejor refleje su opinión.

1. a. No me siento triste.
 b. Me siento triste.
c. Me siento siempre triste y no puedo salir de mi tristeza.
d. Estoy tan triste y infeliz que no puedo soportarlo.
2. a. No me siento especialmente desanimado ante el futuro.
 b. Me siento desanimado con respecto al futuro.
c. Siento que no tengo nada que esperar.
d. Siento que en el futuro no hay esperanza y que las cosas no pueden mejorar.
3. a. No creo que sea un fracaso.
b. Creo que he fracasado más que cualquier persona normal.
 c. Al recordar mi vida pasada, todo lo que puedo ver es un montón de fracasos.
d. Creo que soy un fracaso absoluto como persona.
4. a. Obtengo tanta satisfacción de las cosas como la que solía obtener antes.
 b. No disfruto de las cosas de la manera en que solía hacerlo.
c. Ya no tengo verdadero satisfacción de nada.
d. Estoy insatisfecho o aburrido de todo.
5. a. No me siento especialmente culpable.
 b. No me siento culpable una buena parte del tiempo.
c. Me siento culpable casi siempre.
d. Me siento culpable siempre.
6. a. No creo que esté siendo castigado.
b. Creo que puedo ser castigado.
c. Espero ser castigado.
d. Creo que estoy siendo castigado.
7. a. No me siento decepcionado de mí mismo.
b. Me he decepcionado a mí mismo.
c. Estoy disgustado conmigo mismo.
d. Me odio.
8. a. No creo ser peor que los demás.
b. Me critico por mis debilidades o errores.
c. Me culpo siempre por mis errores.
d. Me culpo de todo lo malo que sucede.



Centro Internacional de Medicina Avanzada – Servicio de Reumatología
Manuel Girona, 33. 08034-BARCELONA. Tel. 935 522 700
Sabinu de Arana, 12. 08028-BARCELONA. Tel. 93 330 51 40
www.institutferran.org www.cimaclinic.com

9. a. No pienso en matarme.
 b. Pienso en matarme, pero no lo haría.
 c. Me gustaría matarme.
 d. Me mataría si tuviera la oportunidad.
10. a. No lloro más de lo de costumbre.
 b. Ahora lloro más de lo que lo solía hacer.
 c. Ahora lloro todo el tiempo.
 d. Solía poder llorar, pero ahora no puedo llorar aunque quiera.
11. a. Las cosas no me irritan más que de costumbre.
 b. Las cosas me irritan más que de costumbre
 c. Estoy bastante irritado o enfadado una buena parte del tiempo.
 d. Ahora me siento irritado todo el tiempo.
12. a. No he perdido el interés por otras cosas.
 b. Estoy menos interesado en otras personas que de costumbre.
 c. He perdido casi todo el interés por otras personas.
 d. He perdido todo mi interés por otras personas.
13. a. Tomo decisiones casi siempre.
 b. Postergo la adopción de decisiones más que de costumbre.
 c. Tengo más dificultad para tomar decisiones que antes.
 d. Ya no puedo tomar decisiones.
14. a. No creo que mi aspecto sea peor que de costumbre.
 b. Me preocupa el hecho de parecer viejo sin atractivos.
 c. Tengo que obligarme seriamente con mi aspecto, y parezco poco atractivo.
 d. Creo que me veo feo.
15. a. Puedo trabajar tan bien como antes.
 b. Me cuesta más esfuerzo empezar a hacer algo.
 c. Tengo que obligarme seriamente para hacer cualquier cosa.
 d. No puedo trabajar en absoluto.
16. a. Puedo dormir tan bien como antes.
 b. No puedo dormir tan bien como solía.
 c. Me despierto una o dos horas más temprano que de costumbre y me cuesta mucho volver a dormir.
 d. Me despierto varias horas antes de lo que solía y no puedo volver a dormir.
17. a. No me canso más que de costumbre.
 b. Me canso más fácilmente que de costumbre.
 c. Me canso sin hacer nada.
 d. Estoy demasiado cansado como para hacer algo.



18. a. Mi apetito no es peor que de costumbre.
b. Mi apetito no es tan bueno como solía ser.
c. Mi apetito está mucho peor ahora.
d. Ya no tengo apetito.
19. a. No he perdido mucho peso, si es que he perdido algo, últimamente.
b. He rebajado más de dos kilos y medio.
c. He rebajado más de cinco kilos.
d. He rebajado más de siete kilos y medio.
20. a. No me preocupo por mi salud más que de costumbre.
b. Estoy preocupado por problemas físicos como, por ejemplo, dolores, molestias estomacales o estreñimiento.
 c. Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar en otra cosa.
d. Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en ninguna otra cosa.
21. a. No he notado cambio alguno reciente en mi interés por el sexo.
b. Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estar.
c. Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo.
d. He perdido por completo el interés en el sexo.

Muchas gracias.



Centro Internacional de Medicina Avanzada – Servicio de Reumatología
Manuel Girona, 33 08034-BARCELONA Tf. 935 522 700
www.institutfran.org www.ormclinic.com

Nombre: Apolinario Fecha: _____

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el círculo numerado que indique cómo se siente *ahora mismo*, o sea, en este momento. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos ahora.

	NU EN LO ABSOLUTO	BASTANTE	UN POCO	MUCHO
1. Me siento calmado (a)	①	②	③	④
2. Me siento seguro (a)	①	②	③	④
3. Estoy tenso (a)	①	②	③	④
4. Estoy contrariado (a)	①	②	③	④
5. Estoy a gusto	①	②	③	④
6. Me siento alterado (a)	①	②	③	④
7. Estoy preocupado (a) actualmente por algún posible contratiempo	①	②	③	④
8. Me siento descansado (a)	①	②	③	④
9. Me siento ansioso (a)	①	②	③	④
10. Me siento cómodo (a)	①	②	③	④
11. Me siento con confianza en mí mismo (a)	①	②	③	④
12. Me siento nervioso (a)	①	②	③	④
13. Me siento agitado (a)	①	②	③	④
14. Me siento "a punto de explotar"	②	③	④	
15. Me siento reposado (a)	①	②	③	④
16. Me siento satisfecho (a)	①	②	③	④
17. Estoy preocupado (a)	①	②	③	④
18. Me siento muy agitado (a) y aturdido (a)	①	②	③	④
19. Me siento alegre	①	②	③	④
20. Me siento bien	①	②	③	④



IDARE

Inventario de Autoevaluación

SXR

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el círculo numerado que indique cómo se siente *generalmente*. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa cómo se siente *generalmente*.

	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	FRECUENTEMENTE	CASI SIEMPRE
21. Me siento bien	①	②	③	④
22. Me canso rápidamente	①	②	③	④
23. Siento ganas de llorar	①	②	③	④
24. Quisiera ser tan feliz como otros parecen serlo	①	②	③	④
25. Pierdo oportunidades por no poder decidirme rápidamente	①	②	③	④
26. Me siento descansado (a)	①	②	③	④
27. Soy una persona "tranquila, serena y sosegada"	①	②	③	④
28. Siento que las dificultades se me amontonan al punto de no poder superarlas	①	②	③	④
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	①	②	③	④
30. Soy feliz	①	②	③	④
31. Tomo las cosas muy a pecho	①	②	③	④
32. Me falta confianza en mí mismo (a)	①	②	③	④
33. Me siento seguro (a)	①	②	③	④
34. Procuro evitar enfrentarme a las crisis y dificultades	①	②	③	④
35. Me siento melancólico (a)	①	②	③	④
36. Me siento satisfecho (a)	①	②	③	④
37. Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente y me molestan	①	②	③	④
38. Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza	①	②	③	④
39. Soy una persona estable	①	②	③	④
40. Cuando pienso en mis preocupaciones actuales me pongo tenso (a) y alterado (a)	①	②	③	④

EDITORIAL
EL MANUAL MODERNO, S.A. DE C.V.
Av. Sonora 206 Col. Hipódromo
Deleg. Cuauhtémoc México, D.F.

CASO 2

**María Petronila Vilca
Choque**

ANAMNÉSIS

I. DATOS DE FILIACIÓN

- **Nombres y apellidos** : C. F. D. E
- **Edad** : 28 años
- **Sexo** : Femenino
- **Fecha de nacimiento** : 25/01/1989
- **Lugar de nacimiento** : Arequipa
- **Grado de instrucción** : Técnico Superior Incompleta
- **Religión** : Católica
- **Estado Civil** : Soltera
- **Ocupación** : Ama de casa
- **Religión** : Católica
- **Referente** : La madre
- **Informante** : La paciente y la madre
- **Lugar de evaluación** : Puesto de Salud Rafael Belaunde
- **Fechas de evaluación** : 23-27 de Octubre del 2016
- **Evaluadora** : María Vilca Choque

II. MOTIVO DE CONSULTA

Paciente asiste a consulta, refiriendo sentirse triste, desanimada por su reciente separación conyugal, además de la displasia de su hijo, ya que no recibe tratamiento.

III. HISTORIA DEL PROBLEMA ACTUAL

La paciente refiere que hace un mes, se separó de su pareja, con quien convivió durante un año y tuvo un hijo. A raíz de dicho acontecimiento la paciente empezó a sentirse por momentos triste, su apetito había disminuido y tenía desgano de hacer sus actividades cotidianas, por momentos se siente irritable, lo cual preocupa a la madre y decide traerla al centro de salud.

Relata que durante el tiempo de convivencia, al inicio su relación fue buena. Sin embargo, específicamente los últimos meses, sostuvo discusiones constantes con el padre de su hijo que giraban en torno a los problemas económicos que afrontaban, ya que su pareja trabajaba de forma esporádica en un negocio de su familia y el ingreso era bajo. Además cuenta que le molestaba la actitud inmadura de su pareja respecto a su responsabilidad de padre, ya que los días que no trabajaba, su pareja optaba por estar en casa de sus padres, no se preocupaba por el bebé, por lo que la convivencia se tornó conflictiva, generando en la paciente molestia, impotencia que en ocasiones desfogaba en llanto. Es así que en febrero del presente año la pareja de la paciente abandona el hogar por los constantes problemas, y a la fecha no sabe nada de él.

Debido a la separación, la paciente se vió obligada a abandonar el cuarto que alquilaba ya que no contaba con los recursos para seguir solventándolo, por lo que regresa a vivir a casa de sus padres. Ya en el lugar continúa en conflicto, esta vez con los hermanos, quienes critican constantemente a su pareja, a lo que ella reacciona de forma irritable; agrega que aún quiere a su pareja y tiene deseos de que vuelva a buscarla y arreglen su situación por el bien de su hijo.

Así mismo la madre de la paciente refiere que nunca estuvo de acuerdo en la relación de su hija, sin embargo la recibió nuevamente en su casa y la ha estado apoyando, dándole consejos, animándola a seguir adelante, sugiriéndole que salga con amigas, pero la paciente se niega. La madre agrega que hubo días que se hacía cargo de su nieto, porque su hija se encerraba en su cuarto por unas horas.

La paciente refiere que no cuenta con los recursos económicos para la manutención de ella y su bebé, alude “no me alcanza para nada”, así mismo siente que “está estorbando en casa de sus padres”. No siente interés ni deseos de realizar actividades que con anterioridad practicaba como jugar vóley e ir al gimnasio. Así mismo siente preocupación por el futuro suyo y el de su bebé de un año, quien tiene displacia y no recibe tratamiento, se cuestiona acerca de si conseguirá salir adelante sola. Agrega que tiene deseos superarse por el bien su menor hijo.

IV. ANTECEDENTES PERSONALES

1. ETAPAS DE DESARROLLO

A. ETAPA PRE-NATAL

La paciente es la segunda de tres hijos, del sexo deseado, la cual tuvo controles prenatales normales.

B. ETAPA NATAL

Nació de parto por cesárea, no indica el peso ni la talla al nacer. Aparentemente sin complicaciones durante el parto.

C. ETAPA POS-NATAL

a) La niñez

La paciente vivió con ambos padres. Pero era más apagada a la madre. La madre refiere que la paciente fue una niña traviesa, jugaba con sus dos hermanos, competía con ellos y a veces peleaba con el menor de ellos por los juguetes, era cariñosa con la madre y engreída al ser la única hija mujer.

b) Desarrollo psicomotor

Realizó con normalidad las características del desarrollo psicomotor en los primeros meses, tales como levantamiento de la cabeza erguida, sentarse sin apoyo y gatear. Empezó a caminar al año de edad, hablar al año y controló esfínteres a los dos años, siendo la madre quien impulsó estos aprendizajes.

D. ETAPA ESCOLAR

Recibió educación preescolar desde los 4 años de edad, en un Jardín cerca de su residencia, no presentó problemas de adaptación al nuevo entorno. Posteriormente ingresa a otra Institución Educativa para cursar la primaria. Durante esta etapa la paciente no tuvo dificultades académicas ni de comportamiento, habiendo obtenido en algunas oportunidades reconocimientos por su buen desempeño, ya que sobresalía en el curso de matemática. Era una estudiante destacada. Estudio la secundaria en la misma institución, se relaciona adecuadamente con sus pares, profesores, sin

embargo tuvo pocas amistades cercanas, generalmente de su mismo sexo. En cuarto de secundaria tuvo su primer enamorado, dedicaba mucho tiempo a su relación, por lo que su rendimiento bajó ese año, pero logró culminar la secundaria con promedios aprobatorios. Al culminar esta etapa se inscribe en un Instituto del cercado de Arequipa y estudia Computación e Informática. Durante este tiempo algunas amistades influenciaron en la paciente, por lo que descuida sus estudios y culmina después de 4 años.

E. DESARROLLO Y FUNCIÓN SEXUAL

Paciente con preferencia heterosexual, cuya aparición de menarquia fue a la edad de 13 años, tuvo 3 enamorados, el primero en la etapa escolar, cuando tenía 15 años, con el que mantuvo una relación de tres meses e inicia relaciones sexuales. Relata que durante este periodo era inmadura y se ilusionó fácilmente. Tuvo una segunda relación que duró casi un año, y que según la paciente era monótona y decide terminarla, hasta que, hace dos años conoce al padre su hijo, con el que establece una relación amorosa en el que ambos realizan planes y metas futuras, por lo que deciden convivir. Al inicio de la convivencia ambos se llevaban bien y compartían los gastos del hogar, sin embargo tenían discusiones porque según la paciente su pareja no cumplía tareas dentro del hogar, pero lo dejaba pasar, a pesar de ello tuvieron un hijo después de un año de convivencia. Debido a su gestación la paciente dejó de trabajar por lo que los problemas en torno al factor económico empezaron a crecer. Ante la llegada del bebé las discusiones se hacían más frecuentes, ya que las responsabilidades y gastos aumentaban, pero su pareja no las asumía, trabajaba esporádicamente y dejaba a la paciente al total cuidado del bebé. La paciente creía que iba a cambiar y su relación mejoraría con el crecimiento del bebé, sin embargo esto no fue así. Relata que en ocasiones su pareja no llegaba a dormir, aludiendo que se quedaba en casa de sus padres. A raíz de los constantes conflictos, hace un mes la pareja de la paciente abandonó el hogar. Agrega que su pareja es un hombre inmaduro que no mostraba una actitud responsable de padre.

Niega haber tenido relaciones homosexuales o haber sufrido abuso sexual.

F. HISTORIA DE LA RECREACION Y DE LA VIDA

Paciente que desde pequeña disfruta de los juegos clásicos. En época escolar prefiere amistades del mismo sexo y participa en las actividades recreativas de su Institución Educativa. Disfruta jugar vóley desde la secundaria, incluso representó a su colegio. La paciente cuenta que no solía salir muy a menudo a fiestas o reuniones, pero que cuando lo hacía disfrutaba de bailar. Agrega que le agradaba ir al gimnasio para mantener un buen estado físico.

G. ACTIVIDAD LABORAL

El primer trabajo que tuvo fue en un centro de venta de computadoras, donde laboró por 4 años, su rendimiento fue bueno, no habiendo tenido problemas. En el 2013 decide retirarse por una mejor oferta de trabajo, siendo este su último empleo como secretaria de un Instituto.

H. SERVICIO MILITAR

No realizó servicio militar.

I. RELIGIÓN

Profesa la religión católica, inculcada por sus padres. Participó de las ceremonias de bautizo y confirmación en la etapa escolar. Relata que ha concurrido pocas veces a la iglesia, pero afirma su creencia en Dios.

J. HABITOS E INFLUENCIAS NOCIVAS O TOXICAS

Paciente refiere que su alimentación siempre fue buena, sin embargo actualmente ha disminuido. Con respecto al sueño relata que es normal, pero siente fatiga al despertar.

Niega fumar cigarrillos, no toma alcohol, ni consume drogas.

2. ANTECEDENTES MÓRBIDOS PERSONALES

a) Enfermedades y accidentes

- La paciente niega enfermedades físicas

- Tuvo un accidente a la edad de 13 años, se fracturó la pierna derecha tras caer de su bicicleta, se recuperó favorablemente.

b) Personalidad pre-mórbida

Fue una niña alegre, aplicada en los estudios, tuvo pocas amistades cercanas. Era colaboradora y disciplinada. Durante la adolescencia, mantiene relaciones interpersonales adecuadas con adultos y pares, sin llegar a afianzar los lazos, tuvo deseos de superación por lo que estudia una carrera técnica, practicaba el vóley como deporte. Respeta las normas sociales y cumple adecuadamente labores que se le encomienda.

3. ANTECEDENTES FAMILIARES

a) Composición familiar

La paciente vive con sus padres, la madre de 50 años y el padre de 56 ambos provenientes del Cusco. La paciente es la segunda de tres hermanos y es la única hija mujer. El hermano mayor de 34 años, trabaja en el negocio de su padre y el menor de 24, quien actualmente estudia ingeniería en la universidad.

b) Dinámica familiar

Hija de padres convivientes, vivió siempre con ellos. A la edad de 24 años deja el hogar para convivir con su pareja, luego de un año vuelve al hogar. Relata que mantiene buena relación con ambos padres, sin embargo fue siempre apagada a la madre y consentida por ella. La relación con sus hermanos fue buena en la adolescencia, sin embargo cuenta que la controlaban demasiado, actualmente tiene discusiones ya que critican a su pareja, lo que irrita a la paciente. A si mismo cuenta que deseaba independizarse de su familia con la llegada de su bebé, porque ya no se siente cómoda viviendo en casa de sus padres.

c) Condición socioeconómica

Paciente vive en la casa de sus padres, de material noble, cuenta con todos los servicios básicos. La economía de la vivienda se genera en base al negocio familiar que es una ferretería y aporte de los hijos.

V. RESUMEN

La paciente es la segunda de tres hermanos, del sexo deseado, tuvo controles prenatales normales. Nació de parto por cesárea, aparentemente sin complicaciones. La madre refiere que la paciente fue una niña traviesa, cariñosa con la madre y engreída al ser la única hija mujer. Tuvo un desarrollo normal, recibió educación preescolar desde los 4 años de edad, durante su paso por la escuela primaria obtuvo reconocimientos por su buen rendimiento académico, así mismo culmina satisfactoriamente la secundaria. Posteriormente estudia Computación e Informática en un Instituto del Cercado de Arequipa, durante este tiempo algunas amistades influenciaron en la paciente, por lo que descuida sus estudios y culmina después de 4 años. Trabaja en un centro de reparación de computadoras por 4 años y su último empleo fue como secretaria de un Instituto. Inicia relaciones sexuales a la edad de 15 años. La paciente tuvo tres enamorados, se ilusiona fácilmente pero termina descontenta de sus relaciones. A los 25 años conoce a su última pareja y decide convivir con él, realizando planes y metas juntos. Tras un año de relación, resulta embarazada, por lo que la convivencia se torna conflictiva, ya que surgen problemas en torno al factor económico, aunado a ello su pareja no cumplía con las tareas del hogar y se sentía sobrecargada por el bebé. A raíz de los constantes conflictos hace un mes la pareja de la paciente abandonó el hogar, por lo que ella empieza a sentirse triste por momentos, su apetito había disminuido y tenía desgano. Regresó a vivir con sus padres, sin embargo piensa que es un “estorbo”, no sintiéndose cómoda, agrega sentirse irritable porque sus hermanos critican a su pareja, tiene preocupación por el futuro suyo y el de su bebé, quien tiene displacía y no recibe tratamiento sin embargo tiene deseos superarse por el bien su menor hijo.

EXAMEN MENTAL

I. ACTITUD, PORTE Y COMPORTAMIENTO

Paciente de 28 años de edad del sexo femenino, aparenta la edad que refiere. Es de tez trigueña, de contextura delgada y de estatura baja. Al momento de la entrevista se presentó con vestimenta adecuada a la ocasión, muestra cuidado de su aliño personal. Se mostró pasiva, colaboradora, con poca disposición al diálogo. A medida que avanzaba la entrevista, se tornó cansada, con ánimo decaído. Realizó adecuado contacto visual y su postura fue adecuada, ocasionalmente utilizaba sus manos para tocarse la frente. Su tono de voz fue bajo y fluctuante por momentos, responde adecuadamente las preguntas.

II. ATENCIÓN, CONCIENCIA Y ORIENTACIÓN

La paciente se encontraba en estado de alerta, comprende las preguntas, sin embargo en una ocasión se queda ensimismada, pierde la mirada y tarda en responder. Está orientada en espacio, persona, pero relativamente orientada en tiempo, refiere datos personales, sabe dónde se encuentra y recuerda a sus familiares, reconoce el día y la fecha exacta.

III. CURSO DEL LENGUAJE

Lenguaje comprensible de curso normal, con una velocidad ligeramente lenta y tono fluctuante en ocasiones, no presenta fallas en el vocabulario.

IV. PENSAMIENTO

El curso del pensamiento es adecuado, construye adecuadamente sus respuestas, pero por momentos las retrasa. Presenta preocupación por el futuro suyo y el de su bebé, por momentos cree que no podrá salir adelante sin su pareja, lo que provoca sentimientos de tristeza.

V. PERCEPCIÓN

Percibe adecuadamente los elementos propios de su ambiente. No presenta alteraciones en la percepción auditiva, visual u otra.

VI. MEMORIA

No presenta alteraciones en la memoria a largo plazo, recuerda hechos trascendentales de su historia personal. Memoria a corto plazo conservada, recuerda series de números y palabras, así como sucesos recientes.

VII. FUNCIONAMIENTO INTELECTUAL

Presenta funciones cognitivas conservadas, estudió una carrera técnica superior, resuelve problemas de suma y resta sin dificultad. Su memoria está conservada y realiza correctamente analogías simples.

VIII. ESTADO DE ÁNIMO Y AFECTOS

La paciente se mostraba preocupada acerca de su futuro, se le aprecia decaída, con energía disminuida, se tornaba melancólica cuando expresaba datos referidos a su reciente separación.

IX. COMPRENSIÓN Y GRADO DE INCAPACIDAD DE LA ENFERMEDAD

Muestra conciencia de enfermedad superficialmente, es decir conoce el diagnóstico, sin embargo minimiza su gravedad.

X. RESUMEN

Paciente de 28 años de edad del sexo femenino, aparece la edad que refiere, muestra aliño en su persona. De tez trigueña, contextura delgada y de estatura baja.

Se mostró pasiva, colaboradora, con poca disposición al diálogo, con ánimo decaído. Realizó adecuado contacto visual y su postura fue adecuada. Su tono de voz fue bajo y fluctuante por momentos, responde adecuadamente las preguntas. La paciente se encontraba en estado de alerta, aunque por momentos desviaba la mirada. Está orientada en espacio, persona, pero relativamente orientada en tiempo. Presenta un lenguaje comprensible de curso normal, con una velocidad ligeramente lenta, su cálculo básico es eficiente y su memoria está conservada. Presenta ideas de contenido depresivo y preocupación por el futuro suyo y el de su bebé, por momentos cree que no podrá salir adelante sin su pareja, lo que provoca sentimientos de tristeza, se muestra decaída, con energía disminuida, se tornaba melancólica cuando expresaba datos referidos a su reciente separación. Muestra conciencia de enfermedad superficialmente, es decir conoce el diagnóstico, sin embargo minimiza su gravedad.

INFORME PSICOMÉTRICO

I. DATOS DE FILIACIÓN

- **Nombres y apellidos** : C. F. D. E
- **Edad** : 28 años
- **Sexo** : Femenino
- **Fecha de nacimiento** : 25/01/1989
- **Lugar de nacimiento** : Arequipa
- **Grado de instrucción** : Técnico Superior Incompleta
- **Religión** : Católica
- **Estado Civil** : Soltera
- **Ocupación** : Ama de casa
- **Religión** : Católica
- **Referente** : La madre
- **Informante** : La paciente y la madre
- **Lugar de evaluación** : Puesto de Salud Rafael Belaunde
- **Fechas de evaluación** : 28 de Octubre del 2016
- **Evaluadora** : María Vilca Choque

II. OBSERVACIONES GENERALES

La paciente se presenta con adecuada vestimenta y cuidado personal, se muestra colaboradora, con disposición a realizar las pruebas y comprende adecuadamente las indicaciones. A medida que transcurre la evaluación se nota algo cansada, se detiene a pensar por momentos, sin embargo logra culminar satisfactoriamente las pruebas.

III. INSTRUMENTOS UTILIZADOS

- Entrevista Psicológica
- Observación Psicológica

- Inventario Multifásico de la Personalidad (MMPI) – Versión Abreviada (Mini - Mult)
- Inventario de Depresión de Beck
- Test Proyectivo de Karen Machover

IV. INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

- **Inventario Multifásico de la Personalidad (MMPI) – Versión abreviada (Mini- Mult)**

Análisis Cuantitativo

	L	F	K	Hs +5K	D	Hi	Dp +4K	Pa	Pt +1K	Sc +1K	Ma +2K
Puntaje Directo	2	2	8	9	10	16	12	6	7	8	9
Puntaje Equivalente	6	6	18	20	31	35	30	15	18	20	13
Añadir K				9			7		18	18	4
Puntaje Directo Corregido	6	6	18	29	31	35	37	15	36	38	17
Puntaje T	56	58	61	82	73	79	93	70	68	74	50

Análisis Cualitativo

Probablemente es una persona inmadura, y sugestionable. Es rebelde, inconformista, poco seria, presenta sentimientos y lealtades superficiales además de perturbación en sus relaciones personales y familiares. Es autocritica y a la vez tiende a culpar a otros por sus dificultades, se muestra esquiva y un tanto retraída. La paciente presenta quejas físicas como dolores de cabeza y espalda y preocupación predominante por las funciones corporales. Se encuentra moderadamente deprimida, preocupada y algo pesimista.

- **Inventario de Depresión de Beck**

La paciente obtuvo una puntuación de 20, lo que indica que presenta una depresión moderada, caracterizada por sentimientos de tristeza, desanimo, preocupación por el futuro, el no disfrute de actividades de su agrado, y periodos de irritabilidad.

- **Test Proyectivo de Karen Machover**

La paciente presenta sentimientos de inseguridad, autoestima baja, es sensible a los estímulos del medio, es una persona influenciable, muestra señales de retraimiento y evita la relación con los demás.

V. RESUMEN

La paciente es una persona inmadura, y sugestionable. De adolescente fue rebelde, inconformista, poco seria, presenta sentimientos y lealtades superficiales, además de perturbación en sus relaciones personales y familiares. Es autocrítica y a la vez tiende a culpar a otros por sus dificultades. Presenta quejas físicas como dolores de cabeza y espalda, preocupación predominante por las funciones corporales. Se encuentra moderadamente deprimida, tiene sentimientos de tristeza e irritabilidad, se muestra pesimista y evita la relación con los demás.

María Vilca Choque

Bachiller en Psicología

INFORME PSICOLÓGICO

I. DATOS DE FILIACIÓN

- **Nombres y apellidos** : C. F. D. E
- **Edad** : 28 años
- **Sexo** : Femenino
- **Fecha de nacimiento** : 25/01/1989
- **Lugar de nacimiento** : Arequipa
- **Grado de instrucción** : Técnico Superior Incompleta
- **Religión** : Católica
- **Estado Civil** : Soltera
- **Ocupación** : Ama de casa
- **Religión** : Católica
- **Referente** : La madre
- **Informante** : La paciente y la madre
- **Lugar de evaluación** : Puesto de Salud Rafael Belaunde
- **Fechas de evaluación** : 29 de Octubre del 2016
- **Evaluadora** : María Vilca Choque

II. MOTIVO DE CONSULTA

Paciente asiste a consulta, refiriendo sentirse triste, desanimada por su reciente separación conyugal, además de la displasia de su hijo, ya que no recibe tratamiento.

III. INSTRUMENTOS UTILIZADOS

- Entrevista Psicológica
- Observación Psicológica
- Inventario Multifásico de la Personalidad (MMPI) – Versión Abreviada (Mini - Mult)

- Inventario de Depresión de Beck
- Test Proyectivo de Karen Machover

IV. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

La paciente es la segunda de tres hermanos, del sexo deseado, tuvo controles prenatales normales. Nació de parto por cesárea, aparentemente sin complicaciones. La madre refiere que la paciente fue una niña traviesa, cariñosa con la madre y engreída al ser la única hija mujer. Tuvo un desarrollo normal, recibió educación preescolar desde los 4 años de edad, durante su paso por la escuela primaria obtuvo reconocimientos por su buen rendimiento académico, así mismo culmina satisfactoriamente la secundaria. Posteriormente estudia Computación e Informática en un Instituto del Cercado de Arequipa, durante este tiempo algunas amistades influenciaron en la paciente, por lo que descuida sus estudios y culmina después de 4 años. Trabaja en un centro de reparación de computadoras por 4 años y su último empleo fue como secretaria de un Instituto. Inicia relaciones sexuales a la edad de 15 años. La paciente tuvo tres enamorados, se ilusiona fácilmente pero termina descontenta de sus relaciones. A los 25 años conoce a su última pareja y decide convivir con él, realizando planes y metas juntos. Tras un año de relación, resulta embarazada, por lo que la convivencia se torna conflictiva, ya que surgen problemas en torno al factor económico, aunado a ello su pareja no cumplía con las tareas del hogar y se sentía sobrecargada por el bebé. A raíz de los constantes conflictos hace un mes la pareja de la paciente abandonó el hogar, por lo que ella empieza a sentirse triste por momentos, su apetito había disminuido y tenía desgano. Regresó a vivir con sus padres, sin embargo piensa que es un “estorbo”, no sintiéndose cómoda, agrega sentirse irritable porque sus hermanos critican a su pareja, tiene preocupación por el futuro suyo y el de su bebé, quien tiene displacía y no recibe tratamiento sin embargo tiene deseos superarse por el bien su menor hijo.

V. OBSERVACIONES CONDUCTUALES

Paciente de 28 años de edad del sexo femenino, aparenta la edad que refiere, muestra alijo en su persona. De tez trigueña, contextura delgada y de estatura baja. Se mostró pasiva, colaboradora, con poca disposición al diálogo, con ánimo decaído. Realizó adecuado contacto visual y su postura fue adecuada. Su tono de voz fue bajo y fluctuante por momentos, responde adecuadamente las preguntas. La paciente se encontraba en estado de alerta, aunque por momentos desviaba la mirada. Está orientada en espacio, persona, pero relativamente orientada en tiempo. Presenta un lenguaje comprensible de curso normal, con una velocidad ligeramente lenta, su cálculo básico es eficiente y su memoria está conservada. Presenta ideas de contenido depresivo y preocupación por el futuro suyo y el de su bebé, por momentos cree que no podrá salir adelante sin su pareja, lo que provoca sentimientos de tristeza, se muestra decaída, con energía disminuida, se tornaba melancólica cuando expresaba datos referidos a su reciente separación. Muestra conciencia de enfermedad superficialmente, es decir conoce el diagnóstico, sin embargo minimiza su gravedad.

VI. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

Paciente con funciones cognitivas conservadas, es una persona inmadura y sugestionable, de sentimientos superficiales y perturbación en sus relaciones personales y familiares. Suele ilusionarse fácilmente en sus relaciones, pero al tiempo se siente inconforme. Fue de adolescente sociable sin establecer relaciones fraternas, por lo que posee pocas amistades cercanas, tiene dificultad para expresar sus sentimientos, posee baja autoestima y poca tolerancia a la frustración reflejada en sentimientos de irritabilidad., sin embargo es colaboradora y disciplinada, cumple adecuadamente las tareas que se le encomienda aunque a veces tiende culpar a otros por sus dificultades.

A raíz de su reciente separación de hace un mes aproximadamente se muestra pesimista, preocupada acerca de su futuro, decaída, con energía disminuida, por lo

que presenta pensamientos de contenido depresivos y de tristeza e irritabilidad a pesar de ello, tiene deseos de superación motivada por su menor hijo.

VII. DIAGNÓSTICO

La paciente es una persona disciplinada y autocritica, sociable sin llegar a establecer relaciones fraternas, es inconformista en sus relaciones de pareja, tiene poca tolerancia a la frustración y baja autoestima. Muestra rasgos de inmadurez y es sugestionable, lo que la lleva a presentar pensamientos erróneos sobre ella y los demás. A raíz de su reciente separación se muestra desanimada, presenta sentimientos de tristeza y en ocasiones se muestra irritable, se muestra pesimista y evita la relación con los demás. Presenta pensamientos de contenido depresivo y preocupación por el futuro suyo y de su hijo.

Lo anteriormente expresado corresponde a un F32.0 - Episodio Depresivo Leve

VIII. PRONÓSTICO

Favorable, ya que presenta conciencia de la enfermedad, así como deseos de superación motivados por su menor hijo, además del corto tiempo e intensidad del diagnóstico. Aunado a ello cuenta con soporte socio familiar.

IX. RECOMENDACIONES

- Consulta en la especialidad de Psiquiatría para convenir tratamiento farmacológico
- Psicoterapia individual
- Psicoterapia familiar
- Apoyo familiar

Arequipa, Noviembre del 2016

María Vilca Choque

Bachiller en Psicología

PLAN PSICOTERAPÉUTICO

I. DATOS DE FILIACIÓN

- **Nombres y apellidos** : C. F. D. E
- **Edad** : 28 años
- **Sexo** : Femenino
- **Fecha de nacimiento** : 25/01/1989
- **Lugar de nacimiento** : Arequipa
- **Grado de instrucción** : Técnico Superior Incompleta
- **Religión** : Católica
- **Estado Civil** : Soltera
- **Ocupación** : Ama de casa
- **Religión** : Católica
- **Referente** : La madre
- **Informante** : La paciente y la madre
- **Lugar de evaluación** : Puesto de Salud Rafael Belaunde
- **Evaluadora** : María Vilca Choque

II. DIAGNÓSTICO

La paciente es una persona disciplinada y autocritica, sociable sin llegar a establecer relaciones fraternas, es inconformista en sus relaciones de pareja, tiene poca tolerancia a la frustración y baja autoestima. Muestra rasgos de inmadurez y es sugestionable, lo que la lleva a presentar pensamientos erróneos sobre ella y los demás. A raíz de su reciente separación se muestra desanimada, presenta sentimientos de tristeza y en ocasiones se muestra irritable, se muestra pesimista y evita la relación con los demás. Presenta pensamientos de contenido depresivo y preocupación por el futuro de suyo y de su hijo.

Lo anteriormente expresado corresponde a un F32.0 - Episodio Depresivo Leve

III. OBJETIVOS

- Fortalecer la autoestima y la valía personal a través de técnicas que permitan reducir críticas internas, centrar la atención en aspectos positivos y la aceptación incondicional.
- Reconocer y cambiar pensamientos erróneos que le llevan a tener sentimientos de tristeza y minusvalía.
- Fomentar las relaciones interpersonales y mejorar las relaciones familiares.

IV. DESCRIPCIÓN DEL PLAN PSICOTERAPÉUTICO

Nº DE SESIONES	TÉCNICA	OBJETIVO
PSICOTERAPÉUTICA		
SESIÓN N°1	Técnica de Liberación Emocional- Terapia Cognitiva	Reducir emociones negativas e implementar metas positivas.
SESION N°2 Y 3	Entrenamiento Asertivo	Incrementar la confianza, seguridad en sí misma y favorecer la auto aceptación.
SESIÓN N°4 Y 5	Terapia Racional Emotiva	Desechar creencias, pensamientos y emociones negativas que interfiere en su bienestar personal.
SESIÓN N°6	Reconocimiento de Distorsiones Cognitivas- Terapia Cognitiva Conductual	Reconocer sus distorsiones cognitivas para procesar de forma adecuada la información.
SESIÓN N°7	Pensamientos Automáticos	Demostrar al paciente que sus estados de ánimo son producto de la interpretación que hace los acontecimientos que le suceden
SESIÓN N°8	Restructuración del	Guiar en la Reestructuración del plan

SESION N°9 Y 10	Plan de Vida- Terapia Individual Role playing- Terapia Familiar	de Vida. Mejorar las relaciones interpersonales y familiares que reduzcan las conductas depresivas.
SESION N° 11	Terapia Racional Emotiva con familiar	Eliminar aquellas ideas, creencias y pensamientos irracionales sobre la situación que atraviesa la paciente.

V. DESARROLLO DEL PLAN PSICOTERAPÉUTICO

SESION N°1

TÉCNICA Técnica de Liberación Emocional

OBJETIVO Reducir emociones negativas e implementar metras positivas.

DESARROLLO Se enseña a la paciente a aceptar y eliminar emociones negativas, a través de golpecitos suaves en 12 determinados puntos del cuerpo, esto acompañado de una frase que completó de acuerdo a su problema, que inicia de la siguiente forma “ A pesar de ... me acepto y me amo profundamente”. Se le pide repetir tres veces al día o cuando requiera.

TIEMPO 30 min

SESION N| 2 y 3

TÉCNICA Entrenamiento Asertivo

OBJETIVO Incrementar la confianza, seguridad en sí misma y favorecer la autoaceptación.

DESARROLLO La sesión se enfoca en distinguir entre cada uno de los estilos de conducta persona, (pasivo, agresivo, asertivo), reconociendo la mejor forma de actuar es la

acorde con el estilo asertivo. Se dan una serie de pautas de comportamiento en cuanto a lenguaje no verbal (la mirada, el tono de voz, la postura, etc.), además de indicaciones para que la paciente ensaye ante un espejo.

TIEMPO

20 min

SESION N°4 y 5

TÉCNICA

Terapia Racional Emotiva

OBJETIVO

Desechar creencias, pensamientos y emociones negativas que interfiere en su bienestar personal.

Se muestra el funcionamiento del modelo A- B- C.

DESARROLLO

Se identifica conjuntamente con la paciente los eventos activadores de sus creencias erróneas respecto a su separación o a su expareja, se pide que haga las interpretaciones de aquellas y las emociones o conductas que provocaron. Posteriormente se sugiere cambiar las interpretaciones para generar sentimientos positivos. Se plantean ejercicios similares de extensión para el hogar.

TIEMPO

30 min

SESION N°6

TÉCNICA

Reconocimiento de Distorsiones Cognitivas

OBJETIVO

Reconocer sus distorsiones cognitivas para procesar de forma adecuada la información.

DESARROLLO

Se le enseña a la paciente a identificar los pensamientos negativos que ha tenido, que conllevan a distorsiones cognitivas. Se encajan en una de los 12 más comunes se analizan conjuntamente para posteriormente replantearlas por pensamientos más positivos y reales.

TIEMPO

30 min

SESION N°7

TÉCNICA	Pensamientos Automáticos
OBJETIVO	Demostrar al paciente que sus estados de ánimo son producto de la interpretación que hace los acontecimientos que le suceden
DESARROLLO	Se le enseñó a la paciente a reconocer los pensamientos automáticos negativos y las emociones que ello le genera así mismo la conducta que realiza como consecuencia, esto a través del modelo ABC de forma escrita. Luego se analiza y conjuntamente con la paciente se formulan pensamientos más lógicos que lleven a mejorar su estado de ánimo. Se pide que haga un listado de todos los pensamientos negativos para revisarlos en la siguiente sesión.
TIEMPO	30 min
MATERIALES	Hojas bond

SESION N°8

TÉCNICA	Reestructuración de Plan de Vida- Terapia Individual
OBJETIVO	Guiar en la Reestructuración del plan de Vida.
DESARROLLO	La sesión inicia pidiéndole a la paciente que haga un recuento de las sesiones que se trabajaron y lo que aprendió de ellas. Posteriormente se le entrega una ficha sobre plan de vida que la paciente llena con metas y acciones a corto, mediano y largo plazo.
TIEMPO	20min

SESION N°9 y 10

TÉCNICA	Role Playing-Terapia Familiar
OBJETIVO	Mejorar las relaciones interpersonales y familiares que reduzcan las conductas depresivas.
DESARROLLO	Se cita a los hermanos y padres de la paciente para

llevar a cabo dicha sesión. El terapeuta modela reacciones adecuadas en las discusiones por las críticas de la expareja de la paciente. Posteriormente se intercambian los roles. Finalmente se realiza feedback con cada uno de los participantes.

TIEMPO	40 min
SESION N°11	
TÉCNICA	Terapia Racional Emotiva con familiar
OBJETIVO	Eliminar aquellas ideas, creencias y pensamientos irracionales sobre la situación que atraviesa la paciente.
DESARROLLO	<p>Llevar a cabo proceso ABC (A = Acontecimientos activadores B = Pensamientos Racionales Irracionales C = Consecuencias emocionales y de comportamiento) y establecer relaciones.</p> <p>Debatir terapeuta y cliente creencias irracionales específicas tratando de adoptar nuevas creencias racionales alternativas que sobre la situación que atraviesa la paciente, de modo que se llegue a la comprensión.</p>
TIEMPO	40 min

VI. TIEMPO DE EJECUCIÓN

El plan psicoterapéutico tuvo una duración aproximada de dos meses. Se llevó a cabo una o dos sesiones por semana, dependiendo de la disposición de la paciente. El tiempo de cada sesión oscila entre 30 a 40 minutos.

VII. LOGROS ALCANZADOS

- Se logró fortalecer la seguridad y autoestima de la paciente y fue capaz de identificar cualidades que le ayudaran a salir adelante.
- Se logró modificar algunas creencias de la paciente referidos a las críticas y al significado de ser un “estorbo” para su familia, logrando que la paciente cambie su concepción de su familia como un ambiente de apoyo.
- La paciente logró comprender el papel de los pensamientos automáticos negativos en su estado anímico, cambiándolos por pensamientos positivos

Arequipa, Enero del 2017

María Vilca Choque

Bachiller en Psicología

ANEXOS

INVENTARIO MULTIFÁSICO DE PERSONALIDAD (MMPI)
MINI MULT
(Hoja de Respuesta)

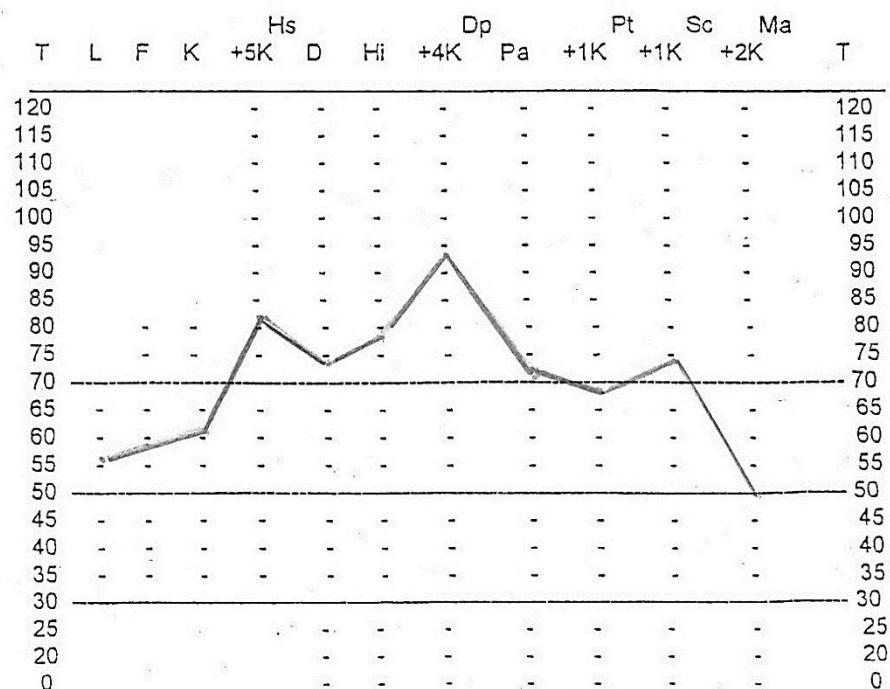
Nombres y apellidos: Candy
Estado Civil: Soltera
Ocupación: -

Edad: 28
Grado de Instrucción: Técnico
Fecha de examen: 23/10/10

1. V F	13. V F	25. V F	37. V F	49. V F	61. V F
2. V F	14. V F	26. V F	38. V F	50. V F	62. V F
3. V F	15. V F	27. V F	39. V F	51. V F	63. V F
4. V F	16. V F	28. V F	40. V F	52. V F	64. V F
5. V F	17. V F	29. V F	41. V F	53. V F	65. V F
6. V F	18. V F	30. V F	42. V F	54. V F	66. V F
7. V F	19. V F	31. V F	43. V F	55. V F	67. V F
8. V F	20. V F	32. V F	44. V F	56. V F	68. V F
9. V F	21. V F	33. V F	45. V F	57. V F	69. V F
10. V F	22. V F	34. V F	46. V F	58. V F	70. V F
11. V F	23. V F	35. V F	47. V F	59. V F	71. V F
12. V F	24. V F	36. V F	48. V F	60. V F	

	L	F	K	Hs +5K	D	Hi	Dp +4K	Pa	Pt +1K	Sc +1K	Ma +2K
Puntaje Directo	2	2	8	9	10	16	12	6	7	8	3
Puntaje Equivalente	6	6	18	20	31	35	30	15	18	20	13
Añadir K				9			7		18	18	4
Puntaje Directo Corregida	6	6	18	29	31	35	37	15	36	38	17
Puntaje T	56	58	61	82	73	79	93	70	68	74	50

DIAGNÓSTICO:



CUESTIONARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (Beck Depression Inventory)

Nombre... *Candy*..... Fecha... *23.11.0116*..

Elija de cada uno de estos 21 planteamientos, el que mejor refleje su opinión.

1. a. No me siento triste.
 b. Me siento triste.
 c. Me siento siempre triste y no puedo salir de mi tristeza.
 d. Estoy tan triste y infeliz que no puedo soportarlo.

2. a. No me siento especialmente desanimado ante el futuro.
 b. Me siento desanimado con respecto al futuro.
 c. Siento que no tengo nada que esperar.
 d. Siento que en el futuro no hay esperanza y que las cosas no pueden mejorar.

3. a. No creo que sea un fracaso.
 b. Creo que he fracasado más que cualquier persona normal.
 c. Al recordar mi vida pasada, todo lo que puedo ver es un montón de fracasos.
 d. Creo que soy un fracaso absoluto como persona.

4. a. Obtengo tanta satisfacción de las cosas como la que solía obtener antes.
 b. No disfruto de las cosas de la manera en que solía hacerlo.
 c. Ya no tengo verdadero satisfacción de nada.
 d. Estoy insatisfecho o aburrido de todo.

5. a. No me siento especialmente culpable.
 b. No me siento culpable una buena parte del tiempo.
 c. Me siento culpable casi siempre.
 d. Me siento culpable siempre.

6. a. No creo que esté siendo castigado.
 b. Creo que puedo ser castigado.
 c. Espero ser castigado.
 d. Creo que estoy siendo castigado.

7. a. No me siento decepcionado de mí mismo.
 b. Me he decepcionado a mí mismo.
 c. Estoy disgustado conmigo mismo.
 d. Me odio.

8. a. No creo ser peor que los demás.
 b. Me critico por mis debilidades o errores.
 c. Me culpo siempre por mis errores.
 d. Me culpo de todo lo malo que sucede.



9. a. No pienso en matarme.
 b. Pienso en matarme, pero no lo haría.
 c. Me gustaría matarme.
 d. Me mataría si tuviera la oportunidad.
10. a. No lloro más de lo de costumbre.
 b. Ahora lloro más de lo que lo solía hacer.
 c. Ahora lloro todo el tiempo.
 d. Sólo poder llorar, pero ahora no puedo llorar aunque quiera.
11. a. Las cosas no me irritan más que de costumbre.
 b. Las cosas me irritan más que de costumbre
 c. Estoy bastante irritado o enfadado una buena parte del tiempo.
 d. Ahora me siento irritado todo el tiempo.
12. a. No he perdido el interés por otras cosas.
 b. Estoy menos interesado en otras personas que de costumbre.
 c. He perdido casi todo el interés por otras personas.
 d. He perdido todo mi interés por otras personas.
13. a. Tomo decisiones casi siempre.
 b. Postergo la adopción de decisiones más que de costumbre.
 c. Tengo más dificultad para tomar decisiones que antes.
 d. Ya no puedo tomar decisiones.
14. a. No creo que mi aspecto sea peor que de costumbre.
 b. Me preocupa el hecho de parecer viejo sin atractivos.
 c. Tengo que obligarme seriamente con mi aspecto, y parezco poco atractivo.
 d. Creo que me veo feo.
15. a. Puedo trabajar tan bien como antes.
 b. Me cuesta más esfuerzo empezar a hacer algo.
 c. Tengo que obligarme seriamente para hacer cualquier cosa.
 d. No puedo trabajar en absoluto.
16. a. Puedo dormir tan bien como antes.
 b. No puedo dormir tan bien como solía.
 c. Me despierto una o dos horas más temprano que de costumbre y me cuesta mucho volver a dormir.
 d. Me despierto varias horas antes de lo que solía y no puedo volver a dormir.
17. a. No me canso más que de costumbre.
 b. Me canso más fácilmente que de costumbre.
 c. Me canso sin hacer nada.
 d. Estoy demasiado cansado como para hacer algo.

CIMA

Centro Internacional de Medicina Avanzada – Servicio de Reumatología
 Manuel Girona, 33 · 08034-BARCELONA · Tf. 935 522 700
www.institutferran.org · www.cimaclinic.com

18. a. Mi apetito no es peor que de costumbre.
 b. Mi apetito no es tan bueno como solía ser.
 c. Mi apetito está mucho peor ahora.
 d. Ya no tengo apetito.
19. a. No he perdido mucho peso, si es que he perdido algo, últimamente.
 b. He rebajado más de dos kilos y medio.
 c. He rebajado más de cinco kilos.
 d. He rebajado más de siete kilos y medio.
20. a. No me preocupo por mi salud más que de costumbre.
 b. Estoy preocupado por problemas físicos como, por ejemplo, dolores, molestias estomacales o estreñimiento.
 c. Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar en otra cosa.
 d. Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en ninguna otra cosa.
21. a. No he notado cambio alguno reciente en mi interés por el sexo.
 b. Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estar.
 c. Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo.
 d. He perdido por completo el interés en el sexo.

Muchas gracias.



Centro Internacional de Medicina Avanzada - Servicio de Reumatología
Manuel Girona, 33 - 08034 BARCELONA - Tel. 935 522 700
www.institutferran.org www.cimclinic.com



Eira 19