

UNIVERSIDAD PANAMERICANA
Facultad de Ciencias Psicológicas
Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social



**Factores psicosociales que influyen para que una adolescente
de 13 años desarrolle el Trastorno Disocial.**

Práctica realizada en Iglesia Nuevo Amanecer San Raymundo.

(Sistematización de Práctica Profesional Dirigida)

Alida Esmeralda Alfaro López (Estudiante)

Licenciada Cristina Rodas (Asesora - Tutora)

Guatemala, octubre 2013

**Factores psicosociales que influyen para que una adolescente
de 13 años desarrolle el Trastorno Disocial.**

Práctica realizada en Iglesia Nuevo Amanecer San Raymundo.
(Sistematización de Práctica Profesional Dirigida)

Alida Esmeralda Alfaro López (Estudiante)

Licenciada Cristina Rodas (Asesora - Tutora)

Guatemala, octubre 2013

AUTORIDADES DE UNIVERSIDAD PANAMERICANA

M. Th. Mynor Augusto Herrera Lemus

Rector

M. Sc. Alba Aracely Rodríguez de González

Vicerrectora Académica y Secretaria General

M.A. César Augusto Custodio Cobar

Vicerrector Administrativo

AUTORIDADES DE FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

Licda. Julia Elizabeth Herrera Quiroz

Decana



DICTAMEN
APROBACION PARA ELABORAR
INFORME DE PRÁCTICA PROFESIONAL DIRIGIDA

ASUNTO: Alfaro López, Alida Esmeralda
Estudiante de la Licenciatura en Psicología
Clínica y Consejería Social de esta
Facultad, solicita Autorización para
realizar Práctica Profesional Dirigida para
completar requisitos de graduación.

Guatemala, 04 de febrero 2012

Después de haber estudiado el anteproyecto presentado a esta decanatura para cumplir requisitos de aprobación para elaborar informe Final de Práctica Dirigida.

Que es requerido para obtener el título de Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social resuelve:

1. El anteproyecto presentado con el nombre de: Factores psicosociales que influyen para que una adolescente de 13 años desarrolle el Trastorno Disocial, está enmarcado dentro de los conceptos requeridos para un informe Final de Práctica Profesional Dirigida.
2. Habiendo cumplido con lo descrito en el Reglamento Académico de la Universidad Panamericana en opciones de Egreso, de la Práctica Art. 9 incisos del a) al i).
3. Se autoriza el nombramiento de la Licenciada Cristina Rodas como Asesora – Tutora, de conformidad con lo establecido en la normativa para el desarrollo de trabajos de graduación.

Licda. Elizabeth Herrera
Decano Facultad Ciencias Psicológicas.



UNIVERSIDAD PANAMERICANA. FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS,
Guatemala, 24 de noviembre 2012.

En virtud de que el informe final de la sistematización de la Práctica Profesional Dirigida con el tema: Factores psicosociales que influyen para que una adolescente de 13 años desarrolle el Trastorno Disocial , Práctica realizada en la Iglesia " Nuevo Amancer" San Raymundo, presentado por la estudiante: Alfaro López, Alida Esmeralda, quien se identifica con número de carné 0808628 de la carrera de Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social; cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, se extiende el presente **Dictamen Favorable** para que continúe con el proceso correspondiente.



Licenciada Cristina Rodas

Asesora - Tutora



UNIVERSIDAD
PANAMERICANA

"Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría"

UNIVERSIDAD PANAMERICANA. FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS,
Guatemala. 16 de febrero 2013.

En virtud de que el informe final de la sistematización de la Práctica Profesional Dirigida con el tema: Factores psicosociales que influyen para que una adolescente de 13 años desarrolle el Trastorno Disocial, Práctica realizada en la Iglesia "Nuevo Amanecer" San Raymundo, presentado por la estudiante: Alfaro López Alida Esmeralda, previo a optar al grado Académico de Licenciada en Psicología Clínica y Consejería Social, cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, se extiende el presente **Dictamen Favorable** para que se continúe con el proceso correspondiente.



Lic. Mario Alfredo Salazar Marroquín
Revisor de Estilo

UNIVERSIDAD PANAMERICANA. FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS,
Guatemala a los veintitrés días del mes de febrero año dos mil trece.

En virtud que el Informe Final de la sistematización de la Práctica Profesional Dirigida: Factores psicosociales que influyen para que una adolescente de 13 años desarrolle el Trastorno Disocial, Práctica realizada en la Iglesia " Nuevo Amancer" San Raymundo, presentado por la estudiante: Alfaro López Alida Esmeralda, previo a optar al Grado Académico de Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social, cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, y con el requisito de Dictamen del Asesor (a) y del revisor (a), se autoriza la impresión del Informe de Práctica Profesional Dirigida.



Licda. Elizabeth Herrera Quiroz

Decano

Facultad de Ciencias Psicológicas

Nota: Para efectos legales, únicamente el sustentante es responsable del contenido del presente trabajo.

Contenido

| | |
|-----------------------------------|----|
| Resumen | i |
| Introducción | ii |
| Capítulo 1 | |
| Marco de Referencia | |
| 1.1 Planteamiento del problema | 1 |
| 1.2 Objetivo general | 2 |
| 1.3 Objetivos específicos | 2 |
| Capítulo 2 | |
| Referente Teórico | |
| 2.1 Trastorno Disocial | 3 |
| 2.2 Causas del trastorno Disocial | 14 |
| 2.3 Tratamiento | 16 |
| Capítulo 3 | |
| Referente Metodológico | |
| 3.1 Descripción de la paciente | 20 |
| Capítulo 4 | |
| Presentación de Resultados | |
| 4.1 Informe clínico | 26 |
| 4.2 Discusión de caso | 35 |
| Conclusiones | 38 |
| Recomendaciones | 39 |
| Referencias Bibliográficas | 40 |
| Anexos | 41 |

Resumen

A continuación se presenta una sistematización de practica; como parte del proceso final de la Licenciatura en psicología Clínica y consejería Social, de la Universidad Panamericana, que tiene como título “Factores psicosociales que influyen en una adolescente de 13 años que presenta un trastorno disocial”.

Es importante mencionar que según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales -DSM-IV-TR, la característica esencial del trastorno disocial es 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. Por lo cual es de suma importancia conocer los factores psicosociales que desarrollan el trastorno disocial en la paciente, tipo de trastorno disocial y determinar el tipo de tratamiento para la paciente. Esta se desarrollada a través de capítulos que dan forma al planteamiento del problema, los objetivos y el tratamiento aplicado. Para lo cual se tomó a una paciente de 13 años aplicando tratamiento psicoterapéutico.

En el capítulo 1 Marco de Referencia, en él se incluye el planteamiento del problema y los objetivos.

En el capítulo 2 Marco Teórico; que describe el trastorno disocial, subtipos, especificaciones de gravedad, prevalencia, curso, patrón familiar, diagnóstico diferencial, criterios diagnósticos, causas del trastorno, tratamiento y desarrollo evolutivo del adolescente.

En el capítulo 3 Referente Metodológico; en que se describe a la paciente y el tipo de investigación que se utilizó, el cual fue estudio de caso; centrándose en la paciente, describiendo su ambiente cultural, social y las circunstancias de la vida presente, pasada y las características de la paciente con el objetivo de llegar a conocer la naturaleza, curso, causas y resultados del trastorno.

Introducción

Factores psicosociales que influyen en una adolescente de 13 años que presenta un trastorno disocial es la problemática central; objeto de estudio que se presenta en este informe. Los cuales constituyen una variedad de problemas que se dan durante un determinado lapso en el que confluyen diversos problemas emocionales, biológicos y sociales; por ciertos comportamientos repetitivos en los que se violan normas sociales, adecuadas a la edad del sujeto. Se trata de desviaciones cualitativas y cuantitativas que se dan mediante la participación consiente de la adolescente en actos que involucran un conflicto con la normativa social.

Se estima que en los varones, la prevalencia es entre 9 y 16 % y entre las mujeres sería entre un 2 y un 9 %. También es importante considerar la existencia de características diferenciadas de género en el fenotipo de estos comportamientos. En los varones suelen presentarse comportamientos con un mayor grado de agresividad que en las mujeres incurriendo frecuentemente en robos, peleas, vandalismo y problemas de disciplina escolar.

En este caso existiría aprendizaje de un determinado sistema de valores y creencias que induciría a la adolescente a actuar con estereotipos negativos hacia los demás, lo cual podría encontrar su explicación en sistemas autoritarios de crianza o bien en pautas distorsionadas o abusivas. Es necesario aquí también diferenciar este tipo de distorsión cognitiva aprendida de las distorsiones típicas de trastornos del pensamiento y la conciencia, este complejo sistema de creencias idiosincrásicas tiene su base en las experiencias tempranas de la paciente y actúa como paradigma justificativo de la violencia o la conducta agresiva. Otro síntoma que cobra materialidad en el trastorno disocial es la falta de culpa; en la cual los pacientes no sienten remordimiento por sus actos los cuales cuentan para ellos; como una justificación legítima. Es especialmente relevante el conflicto con la autoestima a que se ve enfrentada la paciente. Muchas veces la escalada de agresión es tributaria de la necesidad de defenderse frente a este mundo hostil que la rechaza.

Los pacientes con trastorno disocial tienen poca tolerancia a la frustración, actúan de manera impulsiva y no suelen asumir internamente la responsabilidad de sus actos.

En muchos casos el trastorno cursa con un aumento en la promiscuidad, las conversaciones son en torno al sexo e instigan de manera sexual a sus compañeros, entre otros.

En muchos niños y adolescentes con Trastorno disocial cobra relevancia la presencia de la ideación suicida que está muy relacionada con el malestar concreto y real que sienten al ver como el mundo de sus relaciones sociales se aleja y lo hacen sentir mal, el rechazo social, el aislamiento, la crisis familiar, el deterioro de la calidad de vida; son motivos bastante fuertes para pensar en la autodestrucción, pues ellos sienten que no hay lugar para ellos en el mundo.

Muchas adolescentes comienzan a mantener relaciones sexuales a temprana edad, o bien comienzan a descubrir, primero por desafío a las reglas después por necesidad, que pueden obtener un beneficio económico de esto.

Una gran cantidad de casos degeneran en trastornos por abusos de sustancias o en conflictos serios con la justicia; esto desencadena la acción judicial de las instituciones pertinentes desarrollándose un proceso denominado procesos de inadaptación social que implica la adquisición de un ethos personal construido en base a una carrera erigida en la institucionalidad primero y en la criminalidad después. Este es un proceso irreversible y por lo tanto el camino final hacia una vida destinada a la antisocialidad.

El fracaso en las pautas de crianza familiares que no logran imponer límites a la conducta de los niños, puede generar choques de gran intensidad entre el corpus normativo familiar y el corpus normativo escolar, lo que se puede traducir en un niño y adolescente desorientado y confundido en función de cómo actuar adecuadamente.

El Informe sobre el Sistema de Salud Mental en Guatemala (IESM) señala que no es prioridad de los gobiernos llevar a cabo campañas para tratar asuntos psicológicos, lo cual se evidencia con la limitación presupuestaria por parte del Ministerio de Salud. En el país hay pocos establecimientos públicos y privados que tratan la salud mental y algunos son atendidos por personal sin experiencia.

Capítulo 1

Marco de Referencia

1.1 Planteamiento del problema

Los clínicos suelen escuchar habitualmente quejas sobre desobediencia y conductas de agresión y antisociales en niños y adolescentes. Estas preocupaciones las expresan los padres, los profesores, otros adultos y los iguales. Dichos comportamientos causan problemas igualmente a los padres y profesores de niños y adolescentes que no han tenido conflictos con el sistema legal o de salud. Tiene problema con las peleas, las mentiras, la destrucción de propiedades o el reiterado fracaso en cumplir órdenes por parte de sus hijos. El hecho de que estos problemas sean habituales y perjudiciales hacen de ellos un tema de preocupación para los padres y para aquellas personas que trabajan con niños. No obstante, las formas extremas y persistentes de estos comportamientos causan un grado de perturbación y destrucción mucho más allá de la experiencia habitual. Por tanto, son una cuestión de preocupación grave no sólo para las familias sino para instituciones como: el colegio, la iglesia, y a la larga para la sociedad.

La principal característica para el diagnóstico de trastorno disocial es un patrón repetitivo y persistente de conductas que violan los derechos básicos de otras personas y las principales normas sociales adecuadas a la edad del sujeto. El diagnóstico de trastorno disocial requiere de tres o más de estas conductas que hayan estado presentes durante los últimos doce meses, con al menos una de ellas presente en los últimos seis meses. Se especifican dos subtipos, de inicio infantil y de inicio adolescente, basándose en si uno o más de los comportamientos, criterio que ha tenido su comienzo antes de los diez años de edad. Earls, Tolan y Thomas (1995) han propuesto dos trayectorias evolutivas diferentes que conducen a un comportamiento antisocial, una de inicio en la niñez y la otra de inicio en la adolescencia. El patrón de inicio adolescente es la trayectoria evolutiva más habitual. Durante la niñez se exhiben pocas conductas desafiantes o antisociales.

La agresión es un elemento esencial de la definición de los comportamientos disociales de la conducta, y suele proponerse como base para diferenciar a los niños y adolescentes con comportamientos disociales. Los niños pueden aprender claramente a ser agresivos si son recompensados por dicho comportamiento (Paterson, 1976).

Los padres que castigan físicamente a sus hijos sirven de modelo para un comportamiento agresivo. El entorno familiar puede ser la esfera principal en la que se aprenda el comportamiento agresivo; ya que desempeña un papel importante en la génesis de diferentes comportamientos disociales.

De acuerdo a lo que se ha expresado en este apartado, cabe el planteamiento de la siguiente interrogante: ¿Qué factores psicosociales influyen en una adolescente de 13 años que presenta un trastorno disocial?

1.2 Objetivo general

Determinar los factores psicosociales que influyen en una adolescente de 13 años que presenta un trastorno disocial.

1.3 Objetivos específicos

Clasificar el tipo de trastorno disocial de la paciente.

Determinar el tratamiento para el trastorno disocial de la paciente.

Capítulo 2

Referente Teórico

2.1 Trastorno Disocial

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (2005) -DSM-IV-TR, La característica esencial del trastorno disocial es 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. (Criterio A). Estos comportamientos se dividen en 4 grupos: comportamiento agresivo que causa daño físico o amenaza con él a otras personas o animales (Criterios A1-A7), comportamiento no agresivo que causa pérdidas o daños a la propiedad (Criterios A8-A9), fraudes o robos (Criterios A10-A12), y violaciones graves de las normas (Criterios A13-A15). Tres (o más) comportamientos características deben haber apreciado durante los últimos 12 meses y por lo menos un comportamiento se habrá dado durante los últimos 6 meses.

El trastorno de comportamiento, provoca deterioro clínicamente significativo de la actividad social académica o laboral (Criterio B). El trastorno disocial puede diagnosticarse en individuos mayores de 18 años, pero sólo si se cumplen los criterios del trastorno antisocial de la personalidad (Criterio C). El patrón de comportamiento puede presentarse en distintos contextos como: el hogar, la escuela o la comunidad. Puesto que los sujetos con trastorno disocial tienden a minimizar sus problemas de comportamiento, el clínico con frecuencia debería fiarse de otros informadores. Sin embargo, el conocimiento que el informador tiene de los problemas de comportamiento del niño puede estar limitado por una supervisión inadecuada o porque el niño no los haya revelado.

Los niños y adolescentes con este trastorno suelen iniciar comportamientos agresivos y reaccionar agresivamente ante otros. Pueden desplegar un comportamiento fanfarrón, amenazador o intimidatorio (Criterio A1); iniciar peleas físicas frecuentes (Criterio A2); utilizar

un arma que puede dañar daño físico grave (p. ej., bate, ladrillo, botella rota, navaja o pistola) (Criterio A3); ser cruel físicamente con personas (Criterio A4) o animales (Criterio A5); robar enfrentándose a una víctima (p. ej., ataque con violencia, arrebatar bolsos, extorsión o robo a mano armada) (Criterio A6); o forzar a otro a una actividad sexual (Criterio A7). La violencia física puede adaptar la forma de violación, asalto o, en raros casos homicidio.

La destrucción deliberada de la propiedad de otras personas puede incluir prender fuego deliberadamente con la intención de provocar daños graves (Criterio A8) o destruir deliberadamente la propiedad de otras personas de distintos modos (p. ej., romper vidrios de automóviles, vandalismo en la escuela), (Criterio A9). Los fraudes o robos son frecuentes o incluir el violentar el piso, la casa o el automóvil de otra persona.

(Criterio A10); a menudo los sujetos mienten o rompen las promesas con el fin de obtener bienes o favores, o evitar deudas u obligaciones (p. ej., “timar” a otros) (Criterio A11); o roban objetos de cierto valor sin enfrentamiento con la víctima (p. ej., escolares, familiares). Los niños con este trastorno y antes de los 13 años de edad, permanecen fuera de casa en horas nocturnas a pesar de las prohibiciones de sus padres (Criterio A13). Pueden existir fugas de casa durante la noche (Criterio A14), para que sea considerada como síntoma de trastorno disocial, la fuga debe de haber ocurrido por lo menos dos veces (o sólo una vez si el sujeto no regresó durante un periodo de tiempo prolongado). Los episodios de fuga que ocurren como consecuencia directa de abuso físico o sexual que no se califican típicamente en este criterio. Los niños con este trastorno pueden hacer novillos en la escuela con frecuencia, iniciándolos antes de los 13 años de edad (Criterio A15). En sujetos mayores, este comportamiento se manifiesta con frecuencia con ausencias del trabajo sin razones que lo justifiquen.

De acuerdo al DSM-IV-TR puede darse una clasificación en subtipos; en función de la edad del inicio del trastorno, se han establecido dos subtipos de trastorno disocial (tipo de inicio infantil y tipo de inicio adolescente). Los subtipos difieren en cuando a la naturaleza característica de los problemas de comportamiento que presentan, curso evolutivo y pronóstico, y porción por sexos.

Ambos subtipos pueden presentarse de manera leve, moderada o grave. Al reevaluar la edad de inicio, la información debe obtenerse preferentemente del interesado y de sus cuidadores.

Puesto que muchos de los comportamientos permanecen a veces ocultos, los cuidados pueden exponer menos síntomas de los reales, y sobreestimar la edad del inicio.

Tipo de inicio infantil [312.81]. Este subtipo se define por el inicio de por lo menos una característica de trastorno disocial antes de los 10 años de edad. Los sujetos con el tipo de inicio infantil suelen ser hombres, frecuentemente despliegan violencia física sobre otros, tienen unas relaciones problemáticas con sus compañeros, pueden haber manifestado un trastorno negativista desafiante durante su primera infancia y usualmente presentan síntomas que satisfacen todos los criterios de trastorno disocial antes de la pubertad. Muchos niños con este subtipo también sufren un trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Los sujetos con tipo de inicio infantil tienden a presentar un trastorno de conducta persistente y a desarrollar un trastorno antisocial de la personalidad en su etapa adulta con una mayor probabilidad que los sujetos con tipo de inicio adolescente.

Tipo de inicio adolescente [312.82]: Este subtipo se define por la ausencia de características de trastorno disocial antes de los 10 años de edad. Comparados con los sujetos con el tipo de inicio infantil, tienden menos a desplegar comportamientos agresivos y a tener mas relaciones normativas con compañeros (aunque frecuentemente plantean problemas de comportamiento en compañía de otros). Estos sujetos son menos propensos a sufrir un trastorno disocial persistente o a desarrollar en la vida adulta un trastorno disocial de la personalidad. La proporción de hombres a mujeres con trastorno disocial es inferior en el tipo de inicio adolescente que en el tipo de inicio infantil.

Inicio no especificado [312.89]: Se utiliza este subtipo si la edad del inicio del trastorno de comportamiento es desconocida.

Especificaciones de gravedad de acuerdo al DSM-IV-TR

Leve: Son muy pocos o ninguno de los problemas de comportamiento que exceden de los requeridos para establecer el diagnóstico, y esos problemas causan a otros daños relativamente pequeños (p. ej., mentir, hacer novillos, estar fuera de casa de noche sin permiso).

Moderado: El número de problemas de comportamiento y su efecto sobre otras personas son intermedios entre “leve” y “grave” (p. ej., robos sin enfrentamiento con la víctima, vandalismo).

Grave: Hay muchos problemas de comportamiento que exceden de los requeridos para establecer el diagnóstico, o los problemas de comportamiento causan daños considerables a otras personas (p. ej., violación, crueldad física, uso de armas, robos con enfrentamientos con la víctima, destrozos y allanamientos).

El DSM-IV-TR, menciona; que los sujetos con trastorno disocial pueden tener escasa empatía y poca preocupación por los sentimientos, los deseos y el bienestar de los otros. Especialmente en situaciones ambiguas, los sujetos agresivos afectos de este trastorno frecuentemente perciben mal las intenciones de los otros, interpretándolas como más hostiles y amenazadoras de lo que lo son en realidad, respondiendo con agresiones que en tal caso consideran razonables y justificadas. Pueden ser insensibles, careciendo de sentimientos apropiados de culpa o remordimiento. A veces es difícil evaluar si el remordimiento experimentado es genuino, puesto que algunos de estos sujetos aprenden que la manifestación de culpa puede reducir o evitar el castigo. Los sujetos con trastorno disocial pueden estar dispuestos a dar informaciones acerca de sus compañeros e intentan acusar a otros de sus propias fechorías. La autoestima es habitualmente baja, aunque el sujeto puede proyectar una imagen de “dureza”. En otros individuos, la autoestima evaluada puede resultar manifiestamente exagerada. Escasa tolerancia a la frustración, irritabilidad, arrebatos emocionales e imprudencia son características frecuentemente asociadas.

Las tasas de accidentes parecen ser superiores en los sujetos con trastorno disocial en comparación con otros que no padecen este trastorno.

El trastorno disocial suele asociarse a un inicio temprano de la actividad sexual, beber, fumar, consumir sustancias ilegales e incurrir en actos temerarios y peligrosos. El consumo de sustancias ilegales puede incrementar el riesgo de persistencia del trastorno disocial. Los comportamientos propios del trastorno disocial pueden dar lugar a suspensiones o expulsiones escolares, problemas en la adaptación laboral, conflictos legales, enfermedades de transmisión sexual, embarazos no deseados y lesiones físicas producidas en accidentes o peleas. Estos problemas pueden impedir la asistencia a escuelas ordinarias o vivir con los padres o en un hogar adoptivo. La ideación suicida, las tentativas de suicidio y los suicidios consumados se dan con una frecuencia superior al esperable.

El rendimiento académico, especialmente en lectura y otras habilidades verbales, suele situarse por debajo del nivel esperado en función de la edad e inteligencia del sujeto, pudiendo justificar el diagnóstico adicional de trastorno del aprendizaje o de la comunicación. El trastorno por déficit de atención con hiperactividad es frecuente en niños con trastorno disocial. El trastorno disocial también puede asociarse a uno o más de los siguientes trastornos mentales: trastornos del aprendizaje, trastornos de ansiedad, trastornos del estado de ánimo y trastornos relacionados con sustancias. Los siguientes factores pueden predisponer al desarrollo de un trastorno disocial: rechazo o abandono por parte de los padres, temperamento infantil difícil, prácticas educativas infantiles contradictorias y con excesiva disciplina, abuso físico o sexual, ausencia de supervisión, residencia temprana en instituciones, cambios frecuentes de cuidadores, familia con muchos miembros, historia de tabaquismo máximo durante el embarazo, rechazo por parte de los compañeros, asociación con un grupo de delincuentes coetáneos, exposición, exposición a la violencia en el vecindario y algunos tipos de psicopatología familiar (p. ej., trastorno antisocial de la personalidad, dependencia o abuso de sustancias).(DSM-IV-TR).

Hallazgos de laboratorio: En algunos estudios se han observado una frecuencia cardíaca y una conductancia dérmica más bajas en sujetos con trastorno disocial que en otros sin este trastorno. Sin embargo, los niveles de activación (*arousal*) fisiológica no son diagnósticos de este trastorno.

Síntomas dependientes de la cultura, la edad y el sexo

Con cierta frecuencia se ha planteado la posibilidad de que el diagnóstico de trastorno disocial no se aplique correctamente a sujetos procedentes de ambientes donde los patrones de comportamiento indeseables son considerados a veces como protectores (amenazas, pobreza, crímenes). De acuerdo con la definición DSM-IV-TR de trastorno mental, el diagnóstico de trastorno disocial solo debe aplicarse cuando el comportamiento en cuestión sea sintomático de una disfunción subyacente del individuo y no constituya simplemente una reacción ante el contexto social inmediato. Además los jóvenes inmigrantes procedentes de países arrasados por la guerra, que han vivido una historia de comportamientos agresivos quizás necesarios para la supervivencia en aquel contexto, no justifican necesariamente un diagnóstico de trastorno disocial. La consideración del contexto social y económico en que se hayan producido los comportamientos indeseables puede ser útil al clínico. Los síntomas del trastorno varían con la edad a medida que el individuo desarrolla más fuerza física, aptitudes cognitivas y madurez sexual.

Los comportamientos menos graves (mentir, robar en tiendas, peleas físicas). Tienden a aparecer en primer lugar, mientras que otros (robo con escándalo), lo hacen con posterioridad. Típicamente, los problemas de comportamiento más graves (violación, robo con enfrentamiento con la víctima), tienden a manifestarse en última instancia. Sin embargo, existen notables diferencias entre individuos, algunos de los cuales incurren en los comportamientos más dañinos a una edad muy temprana (lo cual predice un peor pronóstico). El trastorno disocial, especialmente el de tipo infantil, es mucho más frecuente en hombres. Las diferencias entre sexos también se observan en tipos específicos de problemas de comportamientos.

Los hombres con diagnóstico de trastorno disocial incurren frecuentemente en robos, peleas, vandalismo y problemas de disciplina escolar.

Las mujeres con diagnóstico de trastorno disocial propenden a incurrir en mentiras, absentismo escolar, fugas, consumo de tóxicos y prostitución. Mientras que la agresión implica un

enfrentamiento pasional, suele ser más desplegada por hombres, las mujeres tienden a practicar mas comportamientos que no entrañan confrontación.

Prevalencia

La prevalencia de trastorno disocial parece haberse incrementado durante las últimas décadas, pudiendo ser mas elevada en los núcleos urbanos que en las zonas rurales. Las tazas varían ampliamente en función de la naturaleza de la población estudiada y los métodos de análisis. Los estudios de población general muestran unas tasas que oscilan entre menos de 1 y más de 10%. Las tasas de prevalencia son mayores en hombres y mujeres. El trastorno disocial es uno de los mas frecuentemente diagnosticados en los centros de salud mental para niños, tanto el régimen ambulatorio como en hospitalización. (DSM-IV-TR).

Curso

El inicio del trastorno disocial puede sobrevenir ya en los años preescolares, pero los primeros síntomas significativos suelen aparecer durante el período que va desde la mitad de la infancia a la mitad de la adolescencia. El trastorno negativista desafiante es un precursor habitual del trastorno disocial del tipo de inicio infantil. Es muy raro que comience después de los 16 años de edad. El curso del trastorno disocial es variable. En una mayoría de sujetos el trastorno remite en la vida adulta. Sin embargo, una proporción sustancial continúa manifestando en la etapa adulta comportamientos que cumplen criterios de trastorno antisocial de la personalidad. Muchos sujetos con trastorno disocial, particularmente los del tipo de inicio adolescente y quienes presentan síntomas leves y escasos, alcanzan en la vida adulta una adaptación social y laboral adecuada. Un inicio precoz predice un pronóstico peor y un riesgo creciente en la vida adulta de sufrir un trastorno antisocial de la personalidad corren el riesgo de experimentar posteriormente trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad, trastornos somatomorfos y trastornos por consumo de sustancias. (DSM-IV-TR).

Patrón familiar

Ciertas estimaciones procedentes de estudios sobre gemelos y adopciones demuestran que el trastorno disocial cuenta con componentes tanto genéticos como ambientales. El riesgo de trastorno disocial aumenta en niños con un padre biológico o adoptivo con trastorno antisocial de la personalidad o con un hermano afecto de trastorno disocial. El trastorno también parece ser más frecuente en hijos de padres biológicos con dependencia del alcohol, trastornos del estado de ánimo o esquizofrenia, o de padres biológicos con historia de trastorno por déficit de atención con hiperactividad o de trastorno disocial.

Diagnóstico diferencial

Aunque el trastorno negativista desafiante incluye algunas de las características observadas en el trastorno disocial (p. ej., desobediencia y oposición a las figuras de autoridad), no incluye el patrón persistente de las formas de comportamiento más graves, que implican la violación de los derechos básicos de otras personas o de las normas sociales propias de la edad del sujeto. Cuando el patrón de comportamiento de sujeto satisface los criterios tanto del trastorno disocial como de trastorno negativista desafiante, el diagnóstico de trastorno negativista desafiante no debe diagnosticarse.

Aunque los niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad suelen exhibir un comportamiento hiperactivo e impulsivo que puede ser perturbador, este comportamiento no viola por sí mismo las normas sociales propias de la edad y, por consiguiente, no suele cumplir los criterios de trastorno disocial.

Cuando se cumplen simultáneamente los criterios de trastorno por déficit de atención con hiperactividad y de trastorno disocial, deben establecerse ambos diagnósticos.

La irritabilidad y los problemas de comportamiento suelen ocurrir en niños o adolescentes con trastornos del estado del ánimo. Normalmente se distinguen del patrón de problemas de

comportamiento propio del trastorno disocial por el curso episódico y las características sintomáticas acompañantes de los trastornos del estado de ánimo. Si se cumplen los criterios de ambos trastornos, deben registrarse tanto el diagnóstico de trastorno disocial como el trastorno del estado de ánimo.

El diagnóstico de trastorno adoptivo (con alteración de comportamiento o con alteración mixta de las emociones y el comportamiento), debe ser tenido en cuenta si los problemas de comportamiento clínicamente significativos que no satisfacen los criterios de otro trastorno específico se desarrollan en clara asociación con el inicio de un estrés psicosocial. Algunos problemas de comportamiento aislados que no cumplen criterios de trastorno disocial ni de trastorno adaptativo pueden codificarse como comportamiento antisocial en la niñez o la adolescencia (v. “problemas adicionales que pueden ser objeto de atención clínica”, pág 826). En los sujetos con más de 18 años de edad solo se aplicará un diagnóstico de trastorno disocial si el trastorno no cumple también criterios de trastorno antisocial de la personalidad. El diagnóstico de trastorno antisocial de la personalidad no puede atribuirse a sujetos de menos de 18 años.

Criteria para el diagnóstico de F91.8 trastorno disocial [312.xx]

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

Agresión a personas y animales

1. A menudo fanfarronea, amenaza o intimida a otros.
2. A menudo inicia peleas físicas.
3. Ha utilizado un arma que puede causar daño físico grave a otras personas (p. ej., bate, ladrillo, botella rota, navaja o pistola).

4. Ha manifestado crueldad física con personas.
5. Ha manifestado crueldad física con animales.
6. Ha robado enfrentándose a la víctima (p. ej., ataque con violencia, arrebatar bolsos, extorsión, robo a mano armada).
7. Ha forzado a alguien a una actividad sexual.

Destrucción de la propiedad

8. Ha provocado deliberadamente incendios con la intención de causar daños graves.

Criterios para el diagnóstico de F91.8 trastorno disocial [312.xx]

9. Ha destruido deliberadamente propiedades de otras personas (distinto de provocar incendios).

Fraudulencia o robo

10. Ha violentado el hogar, la casa o el automóvil de otra persona.
11. A menudo miente para obtener bienes o favores o para evitar obligaciones (esto es, “tíma” a otros).

Violaciones graves de normas

13. A menudo permanece fuera de la casa de noche a pesar de las prohibiciones paternas, iniciando este comportamiento antes de los 13 años.
14. Se ha escapado de casa durante la noche por lo menos dos veces, viviendo en la casa de sus padres o en un hogar sustitutivo (o sólo una vez sin regresar durante un largo período de tiempo).
15. Suele hacer novillos en la escuela, iniciando ésta práctica antes de los 13 años de edad.

B. El trastorno disocial provoca deterioro clínicamente significativo de la actividad social,

académica ó laboral.

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

Relación con los criterios diagnósticos de investigación de la cie-10:

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

Vásquez, Palacios Y De la peña (2010). Refiere que la CIE-10 hace una clasificación del Trastorno de Conducta según factores contextuales y de socialización, estableciendo:

Trastorno Disocial limitado al Contexto Familiar: En él las conductas del niño/a presentan un adecuado ajuste con las personas y situaciones externas al medio familiar, y sin embargo, desajustado en lo referente a la familia. Las manifestaciones más comunes son robos en el hogar, actos destructivos y acciones violentas contra miembros de la familia.

Trastorno Disocial en niños/as no socializados: Las conductas propias del Trastorno de Conducta se ven acompañadas por una falta de integración efectiva, fruto de la carencia de habilidades para el establecimiento de relaciones adecuadas con los compañeros/as, de manera que el niño/a se sentirá frecuentemente aislado, rechazado, será impopular y no disfrutará de relaciones afectivas recíprocas y sinceras.

Trastorno Disocial en niños/as socializados: El individuo presenta un grado de integración adecuado al menos con algunos compañeros de la misma edad. Esto no implica que para establecer este diagnóstico, el trastorno deba obligatoriamente presentarse cuando el individuo forma parte de un grupo, es independiente.

Los comportamientos abiertos llevan desde la agresión menor hasta la lucha física y la violencia. Los comportamientos encubiertos, que aparecen antes de los 15 años de edad, van desde conductas reactivas, hurtos, fraudes, hasta el daño a la propiedad (incendios, vandalismo), y

luego a formas más serias de delincuencia en los que no hay confrontación. Estos últimos son más característicos de las chicas diagnosticadas de TD. Finalmente, existen los comportamientos de conflicto con la autoridad, que aparecen antes de los 12 años y que van desde un comportamiento testarudo, hasta la provocación y desafío a la autoridad.

2.2 Causas del trastorno Disocial

Las causas que predisponen a la aparición de este trastorno son diversas, pero en todas hay un común denominador, que es el entorno familiar y la educación que el niño recibe en ese ámbito. Wick-Nelson e Israel (1997).

La familia es la que debe fijar los valores morales del niño, si en su entorno familiar el niño no vive una serie de valores, difícilmente los podrá desarrollar y no se adaptará a las normas y costumbres de otros entornos, como el escolar. Una falta de autoridad o una excesiva permisibilidad de los padres pueden producir niños mal educados que se revelen por norma contra todo tipo de autoridad y “quieran siempre salirse con la suya y satisfacer sus caprichos”. También una severidad excesiva que roce el maltrato puede producir niños con este trastorno y con tendencia a maltratar a compañeros más débiles. La falta de control y vigilancia de los niños también es un factor de riesgo. Cuando los padres están constantemente ausentes o no les prestan la suficiente atención a sus hijos, éstos pueden ir creciendo sin que nadie les guíe ni corrija de malos hábitos. Wick-Nelson e Israel (1997).

Factores que desarrollan el Trastorno disocial

Factores parentales (padres)

Se ha encontrado que ciertas características de los padres favorecen a que sus hijos desarrollen un Trastorno de Conducta, como por ejemplo:

- La educación dura y punitiva caracterizada por la grave agresión física o verbal, está asociada al desarrollo de comportamientos agresivos mal adaptativos.
- Patrones de disciplina incorrectos, pueden variar desde la severidad extrema y estricta, hasta la incongruencia o relativa falta de supervisión y control.
- Condiciones caóticas en el hogar.
- El divorcio, donde exista una hostilidad persistente; sobre todo si existe resentimiento y amargura entre los padres.
- El abuso, maltrato infantil y negligencia.
- Alcoholismo y abuso de sustancias. Vásquez, Palacios y De la peña (2010).

Factores socioculturales:

- Sufrir privaciones económicas.
- Vivir en zonas urbanas marginadas y que además exista consumo de drogas.
- Desempleo de los padres.
- Falta de una red de apoyo social.
- Falta de participación en las actividades de la comunidad (pueden ser deportivas). Vásquez, Palacios y De la peña (2010).

Factores psicológicos

- Los niños criados en condiciones caóticas y negligentes suelen ser malhumorados, agresivos, destructivos e incapaces de desarrollar progresivamente la tolerancia a la frustración necesaria para las relaciones maduras. Vásquez, Palacios y De la peña (2010).

Factores neuropsicológicos

- Exámenes neuropsicológicos indican que los niños y adolescentes que tienen trastornos de conducta parecen tener afectado el lóbulo frontal del cerebro, lo cual interfiere con su capacidad de planificar, evitar los riesgos y aprender de sus experiencias negativas.
- Se considera que el temperamento de los niños tiene origen genético. Los niños y adolescentes de "carácter difícil" tienen mayor probabilidad de desarrollar trastornos del comportamiento. Vásquez, Palacios y De la peña (2010).

2.3 Tratamiento

Intervenciones individuales

No se ha probado que el tratamiento individual sea una forma superior de tratamiento. Se realizan entrenamientos de control de impulsos, de inoculación de estrés, terapia racional emotiva. También son efectivos los entrenamientos en resolución de problemas. Son mucho más efectivos unidos a otras vías de intervención. Wick-Nelson e Israel (1997).

Tratamiento familiar y parental

El tratamiento a los padres es uno de los más eficaces en caso de Trastorno Disocial y los buenos resultados se mantienen en el tiempo, sin embargo, hay un problema de interacción padre e hijo que se debe tratar con programas de entrenamiento. Estos programas tienen dos fases de entrenamiento: la interacción dirigida al niño y la interacción dirigida el padre. Wick-Nelson e Israel (1997).

Intervención multimodal

Es la que ofrece un nivel superior de éxito. Existe la MST que es una terapia multisistémica, la cual se ha comprobado que reduce el comportamiento antisocial con bajos costes. Interviene a nivel individual, familiar, relacional, escolar y comunitario. El tratamiento suele ser intensivo y

sirve para manejar las barreras terapéuticas como el abuso de sustancias parental, psicopatologías, conflictos de pareja, entre otros. Se realizan revisiones periódicas para valorar la eficacia del tratamiento. De la Peña (2003).

También existe el proyecto LIFT que actúa de forma multimodal que incluye entrenamiento a los padres, programas de comportamiento en el recreo, comunicación sistemática entre profesores y niños, entre otros. De la Peña (2003).

Desarrollo Evolutivo del adolescente; de acuerdo a Blos (1962).

Desarrollo físico

Durante la adolescencia, las personas jóvenes atraviesan por muchos cambios a medida que pasan de la niñez a la madurez física. Los cambios prepuberales precoces ocurren cuando aparecen las características sexuales secundarias.

Niñas

- Las niñas pueden empezar a desarrollar los brotes de senos a los 8 años de edad, con un desarrollo completo de ellos que se alcanza en algún momento entre los 12 y los 18 años.
- El crecimiento del vello púbico, de la axila y de la pierna comienza normalmente alrededor de los 9 ó 10 años de edad y alcanza los patrones adultos alrededor de los 13 ó 14 años.
- La menarquía (el comienzo de los períodos menstruales) ocurre en forma característica alrededor de dos años después de la aparición del vello púbico y senos incipientes.

Puede suceder incluso ya a los 10 años o, a más tardar, hacia los 15 años. Entre los 9.5 y los 14.5 años se presenta un crecimiento rápido en la estatura en las niñas, alcanzando el punto máximo alrededor de los 12 años.

Niños

- Los niños pueden comenzar a notar un crecimiento del escroto y los testículos ya a los 9 años de edad. Pronto, el pene comienza a agrandarse. Hacia la edad de 16 a 17 años, sus genitales tienen generalmente el tamaño y la forma de los genitales adultos.
- El crecimiento del vello púbico, así como también el vello de la axila, la pierna, el pecho y la cara en los hombres, comienza en los niños alrededor de los 12 años y alcanza los patrones adultos más o menos de los 15 a 16 años.
- Un crecimiento rápido en la estatura sucede en los niños entre las edades de más o menos 10.5 a 11 años y 16 a 18 años, alcanzando su punto máximo alrededor de los 14 años.
- Los niños no comienzan la pubertad con un incidente súbito, como lo es el comienzo de la menstruación en las mujeres. Tener emisiones nocturnas regulares (poluciones nocturnas) marca el inicio de la pubertad en los varones y ocurre normalmente entre las edades de 13 y 17 años, con un promedio alrededor de los 14.5 años.
- El cambio en la voz en los hombres sucede al mismo tiempo que el crecimiento del pene. Las poluciones nocturnas ocurren con el punto máximo de aumento de estatura.

Comportamiento

Los cambios rápidos y súbitos a nivel físico que experimentan los adolescentes los lleva a ser tímidos, sensibles y a estar preocupados respecto a los propios cambios corporales. Debido a que los cambios físicos quizá no ocurran en un plazo regular y sin problemas, los adolescentes podrían pasar por etapas de incomodidad, tanto respecto a su apariencia como a su coordinación física. Las niñas pueden estar ansiosas si no están listas para el comienzo de los períodos menstruales y los niños pueden preocuparse si no saben acerca de las emisiones nocturnas. Texas Children's Hospital (2002).

Durante la adolescencia, es normal que los jóvenes empiecen a separarse de sus padres y a establecer su propia identidad. En algunos casos, esto puede ocurrir sin problemas de los padres y otros miembros de la familia. Sin embargo, en algunas familias, la rebeldía del adolescente puede

conducir a conflictos a medida que los padres tratan de mantener el control. Texas Children's Hospital (2002).

A medida que los adolescentes se alejan de los padres en búsqueda de su propia identidad, sus amigos se vuelven más importantes.

- Su grupo de amigos puede convertirse en un refugio seguro, en el cual el adolescente puede probar nuevas ideas.
- En la adolescencia temprana, el grupo de compañeros por lo general consta de amistades no románticas, a menudo incluyendo "pandillas", bandas o clubes. Los miembros del grupo de compañeros con frecuencia intentan comportarse y vestirse en forma semejante, tener códigos secretos o rituales y participar en las mismas actividades.
- A medida que el joven avanza hacia la adolescencia media (14 a 16 años) y más allá, el grupo de compañeros se extiende para incluir amistades románticas.

Desde la mitad hasta el final de la adolescencia, los jóvenes a menudo sienten la necesidad de establecer su identidad sexual, llegando a estar cómodos con su cuerpo y sentimientos sexuales. A través de las relaciones románticas, las citas y experimentando, los adolescentes aprenden a expresar y recibir intimidad o insinuaciones sexuales. Las personas jóvenes que no tienen la oportunidad de tales experiencias pueden tener más dificultad para establecer relaciones íntimas cuando sean adultos.

Capítulo 3

Referente Metodológico

3.1 Descripción de la paciente

Población

La Iglesia de San Raymundo; prestó las instalaciones para que practicantes realizarán el servicio de psicoterapia a personas necesitadas que son miembros activos de dicho templo; a la cual asistieron adultos, niños y adolescentes. Una mayoría de estas personas atendidas son de escasos recursos; por lo que no pueden tener acceso a un tratamiento psicológico; algunos de los participantes tienen ideas divergentes en cuanto al tratamiento psicológico, por lo que resultó un poco complicada; la intervención psicológica con este tipo de padres, que no colaboraron de una manera directa en el proceso. También es una población vulnerable a la delincuencia juvenil; lo cual se percibió por medio de la observación.

Sujeto

Gabriela es una señorita de 13 años, es estudiante y es referida por la maestra de escuela dominical debido a que la ha visto “cortada de los brazos”. Cuando se le pidió que fuera más concreta contestó que además, les pegaba a sus compañeras, ella empieza las peleas físicas; la mamá pidió oración por que no sabe que hacer con ella, ya que en varias ocasiones se ha ido” ha fiestas nocturnas sin el permiso de ella”. además “se corta los brazos con challes”.

En la escuela de diario su conducta ha sido agresiva hacia las compañeras. La escuela la ha expulsado en dos ocasiones debido a que la maestra la vio que llegó cortada, y además tenía un novio mayor que ella y en una mañana deportiva el llegó a verla y delante de todos la besó, y ella menciona que cuando la maestra le dijo que eso era incorrecto; ella le dijo que eso no era nada malo, que ella tiene varios “amigos con derecho” y que eso es normal y que “no le interesa lo que las demás personas le dicen”.

Gabriela menciona que eso para ella “es una diversión y que no ve que sea malo porque varios de sus amigas lo hacen”, además refiere que cuando ella se siente triste se corta, o lo que hace es ir a fumar o tomar una cerveza ya que siente que al hacer eso se desahoga y se siente mejor. Gabriela menciona que la mamá la ha dejado afuera porque ella se va a bailes sin permiso y la mamá de castigo la ha dejado afuera, pero ella dice “que no le interesa” lo que la mamá le diga que ella es joven y que a esa edad es de divertirse. Desde navidad del año pasado empezó a tomar cerveza y algunos amigos le han dado marihuana pero la mamá no lo sabe. Gabriela vive en un ambiente bastante conflictivo. Hace seis años la madre se unió a un hombre, con el cual tuvo un hijo que actualmente tiene cinco años y se lleva muy mal con Gabriela, ya que a ella le molesta que el lleve comida únicamente para él. Gabriela es la segunda hija de cuatro hermanos, se ha llevado mal con sus hermanos ya que siempre la prefirieron a ella por que dice la mamá que es la que más se parece al papá. El papá la abandonó desde que tenía 2 años de edad y nunca han tenido ninguna relación ya que nunca les ha ayudado económicamente, y ella menciona que es lo peor que le pudo haber pasado ya que ha sufrido mucho y ahora le reprocha a la mamá porque quiere estar a la moda pero a la mamá no le alcanza el dinero ya que ella trabaja de lavar ajeno en diferentes casas.

Instrumentos

Para el diagnóstico se utilizaron pruebas proyectivas (Test de la familia, test del árbol, test de la figura humana, test de persona bajo la lluvia, Cuestionario íntimo y láminas de TAT).

TAT

Es un vehículo útil cuando el paciente tiene una dificultad especial para realizar asociaciones libres o para comunicarse en general, debido a la falta de familiaridad con el proceso terapéutico, inhibiciones y resistencias específicas. Es de beneficio para la comunicación del paciente al terapeuta, como base para el insight de ambos, y como medio de proporcionar un patrón para la interpretación y el trabajo elaborativo. Las historias del TAT narradas por adolescentes tienen

que ver con conflictos del desarrollo relacionados con la etapa en cuanto a separación contra individuación, necesidades de dependencia contra independencia, lealtad al grupo de pares contra el deseo de ser único y la lucha por el surgimiento de sentimientos sexuales.

Test del árbol

Detecta los sentimientos más prohibidos y profundos del sujeto, más arraigados en la personalidad, persistentes, y más difíciles de modificar. Presencia de huellas de experiencias o traumatismos más tempranos según el tratamiento especial que proporcione a determinadas zonas del tronco, cualidad de su sociabilidad, destructividad (agujeros, marcas, formas y cortes en las ramas...), impulsos instintivos que se pueden hallar fuera del control yoico o existencia de insuficiente capacidad de contención personal (ausencia de copa, trazos que se salen fuera de la copa...).

Test de la figura Humana

Evalúa la adecuación a la edad que se le da, en el tamaño, trato que proporciona a las diferentes zonas corporales significativas simbólicamente (cabello, relacionado con la vitalidad sexual, nariz, desplazamiento del órgano sexual por excelencia, cuello, pies, piernas juntas, pestañas, pelvis, genitales como indicador de patología seria, dedos, énfasis en la musculatura o exhibición corporal, la desnudez relacionada a factores de homosexualidad, omisión, énfasis o distorsión de zonas sexuales...) y al trato de los diferentes complementos personales (de la vestimenta, la corbata en especial, bufanda, cinturón, cigarrillos o pipas, polos, lápices, palos o bastones, pelotas de fútbol, armas...), qué sexo dibuja primero, cómo dibuja cada sexo y qué papel social les asigna, la organización gestáltica de las figuras, entre otros elementos, proporcionarán indicadores de adecuación o inadecuación sexual, social entre otros.

Test de persona bajo la lluvia

En la interpretación del dibujo se busca obtener la imagen corporal del individuo bajo condiciones ambientales desagradables, tensas, en los que la lluvia representa el elemento

perturbador. Resulta muy útil su comparación con el dibujo de la figura humana, en el mismo individuo, ya que en éste falta dicho elemento estresante, esto nos permite comparar sus defensas frente a situaciones relajadas o de tensión. El ambiente desagradable hace propicia la aparición de defensas que suelen no mostrarse en el test de la persona. En este último, existen defensas que se mantienen ocultas, a veces tan solo insinuadas, precisamente porque la persona no tiene que hacer frente a una situación desagradable. La persona bajo la lluvia, agrega una situación de estrés en la que el individuo ya no logra mantener su fachada habitual, sintiéndose forzado a recurrir a defensas antes latentes. Es decir, el dibujo de la persona es una situación no estresante, en tanto si lo es la persona bajo la lluvia. En cuanto al uso del papel, si el individuo modifica la posición del mismo, nos está dando una primera señal, que podrá interpretarse, a la luz de los demás datos, como: oposición, rechazo de órdenes, sugerencias, indicaciones; conducta acaparante, invasiva, entre otros.

Test de la familia

Es de utilidad para explorar las dinámicas y conflictos familiares, lugares de salud y debilidad vistos desde una técnica proyectiva.

Examen mental

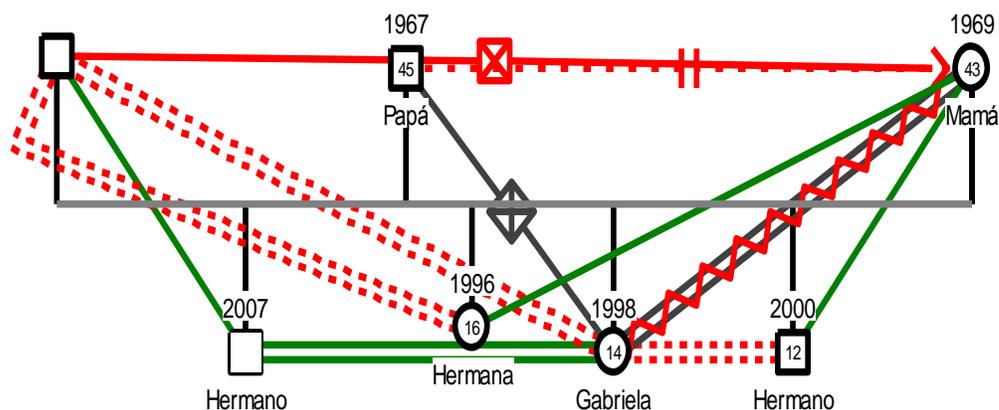
La paciente tiene una presentación personal higiénica, vestimenta adecuada, uso de maquillaje. Se comportó colaboradora y amable. Su conducta motora es normal.

El contenido del pensamiento se concentró en la mala relación que tiene con la mamá y el padrastro. Su afectividad se encontraba desequilibrada. Su expresión emocional fue congruente con el discurso y la intensidad de las emociones a un nivel apropiado. Su humor y ánimo se encontraban estables.

Está bien orientada en tiempo, espacio y persona. Su habla es espontánea, con un volumen bajo, ritmo rápido y entonación monótona. Su lenguaje es estereotipado. Debido a su egocentrismo verbal, no presta atención a instrucciones y se muestra insegura en la ejecución de tareas. Presenta una producción verbal muy alta y afecto embotado, el cual oculta diciendo que todo está

bien y sonriendo de vez en cuando. Hasta el momento ha manifestado una buena memoria remota, reciente e inmediata. Su estado de ánimo no es congruente con el contenido de su pensamiento, ya que expresa sentirse bien, se muestra sonriente, pero su expresión verbal indica que está triste y que está enojada por algo. Su conversación gira alrededor de la vida de sus familiares y sus acontecimientos, evitando a toda costa hablar de ella misma. Es crítica con las demás personas.

Genograma



Fuente: Elaboración propia.

Hombre □

Mujer ○

Nota: El papá los abandonó desde que ella tenía dos años se fue a Estados Unidos y nunca han sabido nada de él, ella lo conoce por medio de una foto, pero nunca les ha dado apoyo económico. Ella era obediente y cariñosa con la mamá; pero ella dice que perdió el respeto hacia ella cuando se unió con un hombre que las trata mal y les pega y lo peor que le pudo pasar fue

que la mamá tuviera un hijo que actualmente tiene 5 años y cuando ellos le hacen algo al niño él se enoja y los maltrata; entonces ella menciona que odia al niño porque hay ocasiones en las que el padrastro le lleva comida solo a él.

Tipo de investigación

El tipo de investigación que se utilizó fue el estudio de caso; este método suele emplearse en la investigación de los trastornos de conducta. Se centra en un individuo, describiendo su ambiente cultural, social, entre otros, las circunstancias de su vida presente y pasada y las características de la persona. Normalmente su objetivo es llegar a conocer la naturaleza, curso, causas, correlatos y resultados de trastornos y los problemas de comportamiento. Wick-Nelson e Israel (1997).

Capítulo 4

Presentación de Resultados

4.1 Informe clínico

Datos generales

| | |
|----------------------|--------------------------------|
| Nombre: | Gabriela |
| Edad: | 13 años |
| Nacionalidad: | Guatemalteca |
| Sexo: | Femenino |
| Ocupación: | Estudiante |
| Religión: | Cristiana Evangélica |
| Dirección: | Lote 14 manzana 2 San Raymundo |
| N/ Refiere: | Maestra de escuela dominical |
| Miembros de Familia: | 6 |

Motivo de consulta

La maestra de escuela dominical la refiere porque la ha visto que ha llegado cortada de los brazos.

Historia del problema actual

Este problema inició desde el año pasado ya que ella menciona que la maestra de la escuela de diario la expulsó porque la vio que llegó cortada, y además tenía un novio mayor que ella y en una mañana deportiva él llegó a verla y delante de todos la besó, y ella menciona que cuando la maestra le dijo que eso era incorrecto ella le dijo que eso no era nada malo, que ella tiene varios “amigos con derecho” y que eso es normal y que no le interesa lo que las demás personas le dicen.

Ella refiere que para ella es una diversión y que no ve que sea malo porque varios de sus amigos lo hacen, además menciona que cuando ella se siente triste se corta o lo que hace es ir a fumar o tomar una cerveza ya que siente que al hacer eso se desahoga y se siente mejor.

Menciona que la mamá la ha dejado afuera porque ella se va a bailes sin permiso y la mamá de castigo la ha dejado afuera, pero ella dice que no le interesa lo que la mamá le diga que ella es joven y que a esa edad es de divertirse. Desde navidad ella empezó a tomar cerveza y algunos amigos le han dado marihuana pero la mamá no lo sabe.

Antecedentes

Ella es la segunda hija de cuatro hermanos, se ha llevado mal con sus hermanos ya que siempre la prefirieron a ella por que dice la mamá que es la que más se parece a él.

El papá la abandonó desde que tenía 2 años de edad y nunca han tenido ninguna relación ya que nunca les ha ayudado económicamente, y ella menciona que es lo peor que le pudo haber pasado ya que ha sufrido mucho y ahora le reprocha a la mamá porque quiere estar a la moda pero a la mamá no le alcanza el dinero ya que ella trabaja de lavar ajeno en diferentes casas.

Su desarrollo fue normal, ha tenido muchos amigos y desde el año pasado tiene una relación de noviazgo.

- Brazos cortos: miedo hacia el exterior, dificultad en las relaciones humanas.
- Dibujo muy a la derecha: Necesidad de crecer.

Análisis: La paciente narra que anhela una familia unida, y lo peor que le pudo haber pasado es que el papá la abandonara.

Test del árbol

- Copa caída sobre el tronco: fallas en la voluntad, sentimiento de abandono y frustración.
- Copa en nudos: Actitud defensiva, ocultamiento, desconfiados y reprimidos.
- Copa retocada: Ocultar y reparar aquellas faltas cometidas, con el fin de evitar reproches.
- Tronco repasado: Tendencias obsesivas y agresivas.

Análisis: La paciente tiene una actitud defensiva, tiene sentimiento de abandono y frustración, es muy ansiosa. Se va a la calle y busca amigas, que son mala influencia para ella.

Test de persona bajo la lluvia

- Dibujo Parte Inferior: Depresión, adicciones.
- Línea recta definida pero tosca: Tendencias agresivas.
- Sombreados: Mecanismo de defensa, Anulación, necesidad de controlar esa parte del cuerpo.
- Rigidez: Sujeto encerrado y protegido del mundo, despersonalizado, se siente amenazado por el entorno.
- Hacia el frente: Dispuesta a enfrentar el mundo.
- Lluvia Torrencial: Mucha presión, situación muy estresante.
- Gotas como lágrimas: Angustia.
- Nubes: Presión, amenaza.

- Bolsillos: Posible comportamiento histérico, sentimiento de culpa.
- Charco: Sufrimiento fetal.

Análisis: Es una persona que le ha afectado lo que vivió cuando era pequeña ya que la mamá ha tenido que trabajar desde que estaba pequeña, ya que el papá la abandonó. La mamá tuvo muchas complicaciones durante el embarazo de Gabriela ya que ella tuvo dos abortos antes de ella.

Test de la figura humana

- Dibujo hacia abajo: Pesimismo, inseguridad, tendencia a la depresión y presencia de poca actividad física.
- Cabeza grande: sobre valoración de la inteligencia.
- Nariz: Temores internos.
- Brazos extensos: Persona sin afecto.
- Manos pequeñas: Falta de contacto con la gente.
- Piernas cortas: No sabe tomar sus propias decisiones.
- Ojos grandes: Extroversión, hipersensibilidad de la opinión social y problemas de agresión.
- Cabello delgado: Problema para manejar impulsos.
- El sol: Autoridad adulta, controladora o de apoyo.
- Boca línea convexa: Amargura.
- Cabellos en punta: Agresión.
- Zapatos pequeños: Inseguridad y dependencia.
- Tronco ancho: Se proyecta ella misma.

Análisis: La paciente muestra inseguridad por que siente que en su casa nadie la quiere y que todos están en contra de ella, tendencias agresivas por que sus reacciones son violentas, se siente amenazada por el entorno por cada situación que padece.

Diagnóstico diferencial

Agresividad: Ha tenido momentos en los que discute con la mamá por la forma en que ella se viste ya que la mamá es cristiana y ella se viste con ropa corta y a ella no le gusta, pelea con facilidad con sus hermanos. Comportamiento hostil.

Depresión: Pasa la mayor parte del día sola y llorando, se siente desconsolada y siente que nadie la quiere.

Problemas de control excesivo: Controla en forma excesiva al novio ya que es muy celosa y no le gusta que él le hable a nadie, por que siempre sueña que el la engaña con una mujer bonita y blanca y ella quiere impedir que ese sueño se convierta en realidad y por eso se lo prohíbe.

Impresión diagnóstica

Según las pruebas aplicadas y el diagnóstico del DSM-IV la paciente tiene Trastorno Disocial. Por que cumple con los criterios para el diagnóstico, ya que ha presentado tres o más de los síntomas durante los últimos doce meses.

La maestra de escuela Dominical refiere que Gabriela tiene un comportamiento agresivo que causa daño físico o amenaza a otras personas ya que varias compañeras se han quejado que Gabriela las amenaza y les pega. Por otro lado Gabriela refiere que en la escuela de diario la han expulsado en dos ocasiones por desobedecer y llevar “cigarros y cervezas a la escuela” y esto indica una violación grave de las normas.

La mamá refiere que Gabriela “no le hace caso” que los fines de semana “se va a fiestas sin permiso” y que no le importa si ella la llega a buscar; “aún así no le hace caso” y ella ya no sabe que hacer”. La madre no puede controlarla porque tiene que trabajar.

Gabriela refiere que ha engañado a su maestra de la escuela de diario por que le ha dicho que “tiene siete hermanos” y que no pueden mantenerlos a todos y que ella “no lleva las tareas por escases de dinero”.

Las pruebas indican que Gabriela tiene una actitud defensiva y además la maestra de escuela dominical refiere que ella tiene “muchos novios”, de lo cual Isabel refiere que “sólo son amigos con derecho”.

Gabriela refiere que sus amigas la invitan a “fumar y a tomar” y que ella fuma cuando se siente sola, y que ha tenido momentos en los que “no tiene para fumar o tomar y se corta los brazos”. Esto ha provocado deterioro en el área familiar, social y académica.

Diagnóstico multiaxial

EJE I F91.8 Trastorno Disocial leve.

EJE II Z03.2 sin diagnóstico

EJE III Z03.2 sin diagnóstico

EJE IV Problemas de relaciones familiares. Abandono del padre.

EJE V EEAG 61-70

Examen mental

La paciente tiene una presentación personal higiénica, vestimenta adecuada, uso de maquillaje. Se comportó colaboradora y amable. Su conducta motora es normal.

El contenido del pensamiento se concentró en la mala relación que tiene con la mamá y el padrastro. Su afectividad se encontraba desequilibrada. Su expresión emocional fue congruente con el discurso y la intensidad de las emociones a un nivel apropiado.

Su humor y ánimo se encontraban estables.

Está bien orientada en tiempo, espacio y persona. Su habla es espontánea, con un volumen bajo, ritmo rápido y entonación monótona. Su lenguaje es estereotipado. Debido a su egocentrismo verbal, no presta atención a instrucciones y se muestra insegura en la ejecución de tareas. Presenta una producción verbal muy alta y afecto embotado, el cual oculta diciendo que todo está bien y sonriendo de vez en cuando. Hasta el momento ha manifestado una buena memoria remota, reciente e inmediata.

Su estado de ánimo no es congruente con el contenido de su pensamiento, ya que expresa sentirse bien, se muestra sonriente, pero su expresión verbal indica que está triste y que está enojada por algo. Su conversación gira alrededor de la vida de sus familiares y sus acontecimientos, evitando a toda costa hablar de ella misma. Es crítica con las demás personas.

Recomendaciones para el caso

- ✓ Es importante que la madre tome en cuenta el esfuerzo de Gabriela y de su lucha contra este problema, para que ella se sienta segura y apoyada, ya que para ella es lo más importante.
- ✓ Crear un ambiente familiar agradable, de afecto y buena comunicación; para que Gabriela no se sienta sola y busque compañía y amor de forma equivocada.
- ✓ Se recomienda trabajar sobre Autoestima.
- ✓ Mejorar normas de disciplina.
- ✓ Trabajar aceptación Incondicional.
- ✓ Trabajar técnicas para la resolución de problemas sociales.
- ✓ Trabajar Terapia de intervenciones con la familia.

4.2 Discusión de caso

La característica esencial del trastorno disocial es 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. Tener pacientes con este trastorno es una experiencia diferente; ya que cada paciente es único, cuando Gabriela llegó a la primera sesión; no quiso comentar nada, sólo respondió a su nombre y observaba el suelo y yo la observaba muy inquieta, los brazos los tenía rasgados con muchas cicatrices. A la segunda sesión llegó temprano y preguntó que vamos a hacer ahora y se iniciaron las pruebas proyectivas; las cuales consistía en observar unas láminas del test TAT y que después de observarlas iba a escribir una historia de lo que ella observará; y en la lámina uno ella menciona que “el niño está haciendo cosas malas y se ve desesperado y no quiere comer, ya que esta metido en drogas pero ya no puede salir de allí”; después de escribir la historia tuvo confianza e inició a contar lo que le sucedía a ella; así se inició una alianza terapéutica. La paciente narra que anhela una familia unida, y lo peor que le pudo haber pasado es que el papá la abandonara, esto se ve reflejado en el test de la familia, el test del árbol muestra que la paciente tiene una actitud defensiva y sentimiento de abandono, el test de persona bajo la lluvia está dibujado en la parte inferior de la hoja lo cual representa adicciones.

En el test de la figura humana dibujó piernas cortas lo cual es indicador que no puede tomar sus propias decisiones. En la tercera sesión contó su problema y que se dio cuenta que estaba en un problema y que quería cambiar. La mamá llegó a una sesión para realizar la entrevista, pero fue muy poca la información que transmitió ya que empezó a llorar y dijo que ella mandaba a Gabriela, a la Iglesia para que la ayudaran; pero “no cree que asistir con el psicólogo sea lo mejor; por que eso sólo es para los locos”. Ella no quiso integrarse al tratamiento y eso fue un factor que impidió un mejor resultado del proceso; ya que las causas que predisponen la aparición de este trastorno son diversas, pero en todas hay un común denominador, que es el entorno familiar y la educación que la adolescente recibe en ese ámbito. Trabajar con resolución de problemas; fue una buena técnica terapéutica.

La paciente comentó que en el último bimestre en la escuela de diario, tuvo buena comunicación con sus compañeros y la eligieron como coordinadora de grupo de la gimnasia rítmica y dos

coreografías, eso hizo que se sintiera muy feliz e importante, ya que su pasatiempo favorito es bailar, también descubrió su habilidad para pintar y decorar sus trabajos. La paciente se propuso estudiar en el último bimestre y obtuvo 100 puntos en el examen de matemáticas. Ella anhela estudiar; pero la mamá no tiene los recursos económicos para que pueda seguir con sus estudios. Actualmente tomó la decisión de estudiar fin de semana y trabajar de lunes a viernes en una librería, para lo cual ya la contrataron. La paciente logró terminar el nivel primario. También evitó cortarse los brazos al hacer uso del contrato conductual; ya que ella comentaba que cuando lo iba a hacer se recordaba del contrato que había firmado y dejaba de hacerlo, también ha dejado de fumar. Lo que aún no ha podido dejar es tomar; ya que ella reconoce que cae fácilmente en retos que le hacen sus amigas y eso se ha convertido en un problema para ella, la mamá no sabe que ella consume licor.

Gabriela reconoce y expresa verbalmente las consecuencias que ha tenido que afrontar debido a su mala conducta; sin embargo en la escuela de diario la recibieron nuevamente cuando se dieron cuenta que estaba en tratamiento psicológico; la maestra de escuela dominical refiere que se ha logrado la participación en las actividades de la iglesia y una buena convivencia con sus compañeros; también que ha dejado de maquillarse exageradamente como lo acostumbraba, y ya no la ha visto que se corte los brazos.

La limitante con esta paciente fue, que la mamá no quiso integrarse al proceso debido a las creencias erróneas que tiene de los psicólogos. La mamá refirió “que ella era la culpable; y que prefiere no decirle nada; por que pobre su hija todo lo que le ha tocado sufrir”. Hay ocasiones en las que se ha fugado sin permiso; pero es una diversión de la edad. La madre ha sido la única que no admite que su hija tiene un problema psicológico; sin embargo la escuela de diario y escuela dominical si, ya que son quienes han presentado la queja.

Los factores psicosociales que desarrollan el trastorno disocial en Gabriela son: el rechazo o abandono por parte del padre, ausencia de supervisión de parte de la madre, rechazo por parte de los compañeros, asociación con un grupo de delincuentes y exposición a la violencia en el vecindario.

Gabriela lograría un mejor resultado si la mamá se involucrara en el proceso, ya que ella tiene necesidad de afecto y supervisión; el cual tiene como objetivo modificar patrones desadaptativos de interacción y comunicación entre los miembros de la familia, fortalecimiento de vínculos sanos e íntimos. Es complejo lograr el éxito en muchas familias debido a que en muchos casos se requiere reconstruir el tejido relacional de la familia, lo cual es un problema de solucionar a largo plazo, pero sirve para reforzar los cambios logrados por la paciente. Wicks-Nelson e Israel (1997).

Conclusiones

1. Los factores psicosociales que influyen en la adolescente predisponen en el desarrollo del trastorno disocial son: el rechazo o abandono por parte del padre, ausencia de supervisión, rechazo por parte de los compañeros, asociación con un grupo de delincuentes y exposición a la violencia en el vecindario.
2. Las causas que predisponen a la aparición de este trastorno son diversas, pero en todas hay un común denominador, que es el entorno familiar y la educación que la adolescente recibe en ese ámbito.
3. La paciente presenta un trastorno disocial leve.
4. El consumo de sustancias ilegales puede incrementar el riesgo de persistencia del trastorno disocial en la paciente.
5. Los comportamientos propios del trastorno disocial pueden dar lugar a suspensiones o expulsiones escolares, problemas en la adaptación laboral, conflictos legales, enfermedades de transmisión sexual, embarazos no deseados y lesiones físicas producidas en accidentes o peleas.
6. Las mujeres con diagnóstico de trastorno disocial son propensas a incurrir en mentiras, ausentismo escolar, fugas, consumo de tóxicos y prostitución.
7. El tratamiento que se aplica al trastorno disocial es, entrenamiento de control de impulsos, inoculación de estrés, terapia racional emotiva. También son efectivos los entrenamientos en resolución de problemas.
8. El tratamiento a los padres es uno de los más eficaces en caso de Trastorno disocial y los buenos resultados se mantienen en el tiempo, sin embargo, hay un problema de interacción padre e hijo que se debe tratar con programas de entrenamiento.

Recomendaciones

A la paciente

1. Aceptar y expresar sentimientos.
2. Trabajar con el autocontrol.
3. Trabajar aceptación Incondicional.

A los padres

4. Ser organizado, firme, pero sensible.
5. Cuando desee hacer una llamada de atención ser claro y preciso.
6. Señalar lo bueno o positivo.
7. Escuchar atentamente y no llegue a conclusiones abruptamente.
8. No usar palabras ofensivas.
9. Evitar en retomar situaciones de experiencias pasadas.
10. Identificar los momentos en que es mejor terminar la conversación para evitar intercambios que sean perjudiciales.
11. Es necesario que exista congruencia para llegar a un acuerdo.
12. Pedir disculpas si es necesario (no crea que va a perder su autoridad).

A los Maestros

13. Comprometerse a trabajar en equipo con los profesionales que atienden al adolescente.
14. Asumir la responsabilidad para el manejo del comportamiento en el salón, sin acosar a los padres con quejas continuas, pero manteniendo una comunicación efectiva con ellos.
15. Ser creativos e imaginativos para el desarrollo de clases amenas y estimulantes.
16. Tener la disposición de ayudar.

Referencias Bibliograficas

Asociación Americana de Psiquiatría. (2005). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, texto revisado*" (DSM IV-TR).Ed. España. Barcelona: Masson

Blos, P. (1962). *Los comienzos de la adolescencia*. Argentina: Amorrortu

De la pena, F. (2003). *Tratamiento Multisistémico en adolescentes con Trastorno Disocial*. México: Salud Pública

Earls, F. (1995). Oppositional-defiant and conduct disorders. Child and adolescent psychiatry. (3ª. Ed) London: Blacwell Scientific Publications

Freud, S. (2001). *Tres ensayos para una teoría sexual: Las metamorfosis de la pubertad*. Argentina: Obras Completas. Amorrortu

Millon, Theodore & Davis, Roger D. (2004). *Trastornos de la personalidad. Más allá del DSM-IV*. (1ª. Ed.) Barcelona: Masson

Oblitas, L.A. (2008). *Psicoterapias Contemporáneas*. (2ª. Ed) México: Cengage Learning

Ortiz Uribe, F. y García Nieto, Ma. P. (2000). *Metodología de la investigación: el proceso y sus técnicas*. (2ª. Ed.) México: Limusa

Patterson, G. R. (1976). *The aggressive child: Victim and architect of a coercive system*. New york: Brunner/Mazel

Texas Children's Hospital (2002). *Crecimiento y desarrollo de los adolescentes (en español)*.

Tolan, P.H., Thomas, P. (1995). *The implications of age of onset for delinquency risk II*. Longitudinal data. Journal of Abnormal Child Psychology.

Vásquez MJ, Feria M, Palacios L, De la peña F. (2010). *Guía Clínica para el Trastorno Disocial*. Instituto nacional de psiquiatría Ramón de la fuente. (Ed.2010). México: Patricia Fuentes de Iturbe.

Wicks-Nelson, R. e Israel, A. C. (1997). *Psicopatología del niño y del adolescente*. (3ª. Ed.) Madrid: Prentice Hall

Anexos

Actividad del Bullying

OBJETIVO GENERAL:

- Promover autonomía en la emisión de juicios sobre situaciones de la vida cotidiana y sus consecuencias en la personalidad de sus hijos.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Identificar la relación que tienen con sus hijos
- Promover acciones para evitar el triangulo del bullying
- Aplicar el dialogo como medio eficiente de comunicación y solución de conflictos.
- Describir la forma de actuar frente a situaciones de conflictos
- Explicar el impacto que causa el bullying en la autoestima de cada individuo.
- Fomentar y fortalecer los valores familiares

ACTIVIDADES:

- Charla con padres de familia
- Preguntas y respuestas
- Enumeración de causas y consecuencias del maltrato familiar
- Opiniones de los padres de familia







PLANIFICACIÓN DE TALLERES

TEMA: Como Disciplinar a los hijos
No. DE SESIONES: 1 sesiones de 2 horas
ESTUDIANTES RESPONSABLES: Alfaro López Alida Esmeralda, Alfaro López Glenda Suceely, Quiché Mendoza Hellen Carolina
OBJETIVO GENERAL DEL TEMA: Producir una patrón específico de comportamiento en los hijos
DIRIGIDO A: Adultos (padres y madres de familia)

| OBJETIVO ESPECIFICO | ACTIVIDAD | METODOLOGÍA | RECURSOS | TIEMPO | RESPONSABLE |
|---|---|---|--|------------------|---|
| Establecer reglas y límites para los hijos | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Lluvias de Ideas ✓ Charla dirigida | Se realiza una presentación donde se explico el concepto de disciplina, el objetivo de disciplinar , algunas maneras de disciplinar lo importante de establecer límites y como educar y orientar a los hijos de manera eficaz | Se utilizo una presentación con cañonera | 2 horas a padres | Alfaro López Alida Esmeralda, Alfaro López Glenda Suceely, Quiché Mendoza Hellen Carolina |
| Educación con estrategias adecuadas | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Dinámica | | | | |
| Aprender a distinguir entre comportamiento normal irresponsabilidad y desafío | | | | | |

Vo.Bo. 
 Montca Hernández de González
 Pastora Igelsia San Raymundo

PLANIFICACIÓN DE TALLERES

TEMA: El Bullying
No. DE SESIONES: 2 sesiones de 2 horas
ESTUDIANTES RESPONSABLES: Alfaro López Alida Esmeralda, Alfaro López Glenda Suceely, Quiché Mendoza Hellen Carolina
OBJETIVO GENERAL DEL TEMA: Determinar las causas que conllevan al Acoso Escolar
DIRIGIDO A: Adultos niños y adolescentes

| OBJETIVO ESPECIFICO | ACTIVIDAD | METODOLOGÍA | RECURSOS | TIEMPO | RESPONSABLE |
|---|---|--|---|--|---|
| Clasificar los tipos de Bullying Prevenir el acoso escolar Estrategias para detectar el Bullying | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Lluvias de Ideas ➤ Charla dirigida ➤ Dinamica ➤ Video clip | Se realizo una presentación donde se explica que significa la palabra Bullyn Lo que es el agresor y la victima. Cuando se esta en presencia del Bullying Tipos de Bullying en el que se encuentran verbal emocional fisico. El triangulo del bullying Consecuencias del Bullying Consejos practicos | Se utilizo una presentación con cañonera Se pasaron video clip con victimas y victimarios del bullying | 2 horas a padres 2 horas niños y adolescentes | Alfaro López Alida Esmeralda, Alfaro López Glenda Suceely, Quiché Mendoza Hellen Carolina |

Vo.Bo. 
 Mónica Hernández de González
 Pastora Igelisia San Raymundo