

ESTILOS DE CRIANZA EN LA ADOLESCENCIA RELACIÓN CON EL COMPORTAMIENTO  
SOCIAL LA DEPRESIÓN Y RENDIMIENTO ACADÉMICO 1

**ESTILOS DE CRIANZA EN LA ADOLESCENCIA SU RELACIÓN CON EL  
COMPORTAMIENTO SOCIAL LA DEPRESIÓN Y EL RENDIMIENTO  
ACADÉMICO.**

**TRABAJO DE GRADO PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE PSICOLÓGA  
ESPECIALISTA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA Y DE LA SALUD**

**MONOGRAFÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA**

**MONICA ALEXANDRA GUTIERREZ CUARTAS**



**UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA SECCIONAL BUCARAMANGA**

**ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES**

**ESPECIALIZACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA Y DE LA SALUD**

**BUCARAMANGA**

**2013**

ESTILOS DE CRIANZA EN LA ADOLESCENCIA RELACIÓN CON EL COMPORTAMIENTO  
SOCIAL LA DEPRESIÓN Y RENDIMIENTO ACADÉMICO 2

**ESTILOS DE CRIANZA EN LA ADOLESCENCIA SU RELACIÓN CON EL  
COMPORTAMIENTO SOCIAL LA DEPRESIÓN Y EL RENDIMIENTO  
ACADÉMICO.**

**TRABAJO DE GRADO PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE PSICÓLOGA  
ESPECIALISTA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA Y DE LA SALUD**

**MONOGRAFÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA**

**MONICA ALEXANDRA GUTIERREZ CUARTAS**

**ASESORA**

**ANA FERNANDA URIBE RODRIGUEZ**



**UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA SECCIONAL BUCARAMANGA**

**ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES**

**ESPECIALIZACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA Y DE LA SALUD**

**BUCARAMANGA**

**2013**

ESTILOS DE CRIANZA EN LA ADOLESCENCIA RELACIÓN CON EL COMPORTAMIENTO  
SOCIAL LA DEPRESIÓN Y RENDIMIENTO ACADÉMICO 3

**Nota de aceptación**\_\_\_\_\_

**Presidente del jurado**\_\_\_\_\_

**Jurado 1**\_\_\_\_\_

**Jurado 2**\_\_\_\_\_

**Floridablanca**\_\_\_\_\_

## **TABLA DE CONTENIDO**

### **RESUMEN**

### **ABSTRACT**

### **1. INTRODUCCION**

### **2. METODOLOGÍA**

2.1 Población

2.2 Instrumentos

2.3 Procedimiento

### **3. RESULTADOS**

3.1. Análisis Demográficos de la Población consultante

3.2. Muestra

3.3. Resultados de la intervención

### **4. DISCUSIÓN**

### **5. REFERENCIAS**

### **ANEXOS**

Anexo 1. Formulación de caso clínico

Anexo 2. Historia Clínica

## **LISTA DE TABLAS**

**Tabla 1. Resultados del cuestionario de Esquemas de Young**

## **LISTA DE GRÁFICOS**

**Gráfica 1. Distribución de la población atendida según el Género**

**Gráfica 2. Distribución de la población Atendida según su Estado civil**

**Gráfica 3. Distribución de la población según Escolaridad**

**Gráfica 4. Distribución de los Motivos de Consulta de los pacientes atendidos**

**Gráfica 5. Distribución de la población según consumo de Sustancias psicoactivas**

**Gráfica 6. Distribución de la población según su Ocupación**

**Gráfica 7. Escala de Evaluación de la Actividad Terapéutica Global**

## **RESUMEN GENERAL DE MONOGRAFÍA**

**TITULO: ESTILOS DE CRIANZA EN LA ADOLESCENCIA SU RELACIÓN  
CON EL COMPORTAMIENTO SOCIAL LA DEPRESIÓN Y EL RENDIMIENTO  
ACADÉMICO.**

**AUTORA: MÓNICA ALEXANDRA GUTIÉRREZ CUARTAS**

**FACULTAD: ESPECIALIZACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**ASESORA: ANA FERNANDA URIBE RODRÍGUEZ**

El presente informe muestra el trabajo realizado durante la práctica de especialización en psicología clínica en el Centro de Proyección Social del municipio de Piedecuesta, cuyo objetivo principal fue realizar procesos de evaluación e intervención basado en el modelo cognitivo conductual. Durante la práctica se realizaron asesorías e intervenciones psicológicas en 15 usuarios con un rango de edad entre los 5 y 50 años, una media de edad de 18.47 años y una desviación estándar de 12.50 años, dentro de los cuales el 67% fueron hombres y el 33% mujeres y con una media de sesiones de 4.47. De los usuarios atendidos se escogió el caso de un adolescente con dificultades académicas y bajo estado de ánimo, teniendo en cuenta criterios como mayor motivo de consulta, el número de sesiones el cual debería estar por encima de la media y los resultados y avances mostrados durante el proceso terapéutico.

**PALABRAS CLAVE: Distimia, Depresión, Esquemas maladaptativos, comportamiento social, rendimiento académico, estilos de crianza.**

**ABSTRACT**

**TITLE: PARENTING STYLES IN ADOLESCENT RELATIONSHIP WITH  
DEPRESSION SOCIAL BEHAVIOR AND ACADEMIC PERFORMANCE.**

**AUTHOR: MÓNICA ALEXANDRA GUTIÉRREZ CUARTAS**

**PROGRAM: CLINICAL PSYCHOLOGY**

**SUPERVISOR: ANA FERNANDA URIBE RODRÍGUEZ**

This report shows the work done during practice specialization in clinical psychology at the Center for Social Projection Piedecuesta, whose main objective was to conduct processes of assessment and intervention based on cognitive behavioral model. During practice counseling and psychological interventions performed in 15 users with an age range from 5 to 50 years, mean age of 18.47 years and a standard deviation of 12.50 years, within which 67% were male and 33% female, with a mean of 4.47 sessions. Of the clients served was chosen for a teenager with academic difficulties and low mood, taking into account criteria such as greater complaint, the number of sessions which should be above average and the results and progress shown during the therapeutic process.

**KEYWORDS:** Dysthymia, Depression, maladaptive schemas, social behavior, academic performance, parenting styles.

## 1. Introducción

Los adolescentes en el trascurso de su desarrollo y transformación, presentan algunos comportamientos que le resultan al adulto un poco preocupantes; estas manifestaciones pueden ir desde el descuido de su aspecto físico, falta de la limpieza y orden, desafío a la autoridad, bajo rendimiento escolar, deserción académica, dormir en exceso, hasta comportamientos que impliquen riesgo para su salud como el consumo del alcohol, o sustancias psicoactivas (Weissmann, 2005).

Según Winnicott citado en Weissmann (2005) cuando los padres no pueden aceptar a los hijos como seres independientes, estos tienden a desarrollar procesos de diferenciación que pueden llegar a ser patológicos y/o autodestructivos como no comer, consumir sustancias psicoactivas, ideación e intento suicida, entre otros). Según este autor el adolescente quiere tomar sus propias decisiones, cuestionando las opiniones del adulto, el cual se siente amenazado por las críticas y la continua confrontación; estas situaciones a menudo terminan en violencia por el abuso de poder de los padres que no quieren renunciar al mandato absoluto que tenían sobre el niño.

En este sentido, las relaciones que el adolescente establezca tanto con la madre como con el padre, son de vital importancia porque a través de ellas, es que el adolescente desarrolla su autoestima y su inteligencia emocional, “un vínculo positivo o negativo, fuerte o débil, cálido u hostil instaura las bases para las diversas formas de establecer afecto a lo largo de la vida” (Gonzales & López, 2009, p.12). Con base en lo anterior es fundamental que las relaciones que fomentan vínculos cálidos y de apoyo entre ambos, estimulan una atmosfera

apropiada y abierta a los mensajes paternos. Igualmente “la calidad de la relación aumenta la motivación y la capacidad de escucha de los hijos hacia los mensajes parentales y, con ello potencia el desarrollo social” (p.213 )(Bandura, (2001), citado en Mestre, Tur, Samper,Nácher y Cortés (2007).

Dentro de las quejas más comúnmente reportadas por padres de adolescentes con dificultades académicas y que a su vez presentan alguna alteración en su estado de ánimo, son la falta de responsabilidad con las tareas habituales, la dificultad para concentrarse, distraerse con facilidad y los olvidos. Según Goodale (2007) estos síntomas cognitivos tienen una relación con la depresión, en la mayoría de investigaciones consultadas por esta autora sobre la falta de atención en pacientes depresivos corrobora la idea de que la depresión interfiere en mayor medida en los procesos controlados que en los automáticos. Los procesos automáticos se llevan a cabo de forma mecánica por lo tanto no requieren de mucha atención o el ser consciente de ello. Por el contrario, en el caso de los procesos controlados se requieren atención y esfuerzo continuado para el procesamiento de la información.

Los estudios consultados por Goodale (2007) sugieren que los pacientes con depresión y trastornos del ánimo obtuvieron resultados muy bajos en tareas de esfuerzo continuado que aquellos pacientes control que no tenían la patología, los pacientes con depresión han demostrado de manera consistente dificultad para recordar a corto plazo como dificultad para aprender a partir de un material verbal o viso espacial. Según lo citado por Goodale (2007) los pacientes con depresión presentaban déficits en el discurso a nivel psicomotor y en el recuerdo de material (tanto inmediato como posterior) esos estudios relacionan la dificultad en la memoria viso-espacial a corto plazo y el aprendizaje así como en el aprendizaje verbal en pacientes con depresión. Por tanto, la función ejecutiva es “un aspecto de la cognición que contribuye en la toma de decisiones y en procesos de pensamiento más sofisticados incluidos en la iniciación, planificación, ejecución y

anticipación de una tarea” (p. 14) (Goodale, 2007). Estas son responsables del control de la atención, inhibición, flexibilidad y organización de la tarea.

Dado que el rendimiento académico es un factor importante para la valoración social de los adolescentes, es fácil suponer que el rendimiento académico y la percepción que el adolescente tenga sobre su desempeño en general y en particular en algunas materias, guarde alguna relación con el nivel de depresión en el que se encuentre.

En el trabajo realizado por Galicia, Sánchez y Robles (2011) investiga esta relación a través de la escala de Bandura que mide la percepción de eficacia que el sujeto posee en tres ámbitos: académico, social y de control. En este trabajo los alumnos clasificados como depresivos severos obtuvieron menores calificaciones que los sujetos considerados como normales. En la relación entre rendimiento académico y autoeficacia todas las correlaciones encontradas fueron moderadas positivas y significativas con relación al promedio general de calificaciones, las calificaciones tienen una menor correlación con la autoeficiencia en general, pero si una correlación mayor con la autoeficiencia académica (Galicia et al., 2011).

De acuerdo con (Bandura, Barbaranelli, Caprara y Pastorelli, 1996), un elevado nivel de autoeficacia percibida aumenta la motivación y el logro académico. En la muestra estudiada por Galicia et al. (2011) se demostró que la depresión es un factor que interactúa de manera importante en la autoeficacia, una alta percepción de eficacia se relaciona con bajas puntuaciones en depresión, y una baja autoeficacia se relaciona con sintomatología depresiva, mostrando en las personas sesgos de procesamiento cognitivo, incumplimiento de aspiraciones, falta de percepción de control e ineficacia social.

Teniendo en cuenta que para los adolescentes su desempeño escolar se encuentra asociado a la aprobación social, se convierte en un área muy importante en su vida. Un bajo rendimiento académico se relaciona con bajas posibilidades de aceptación social, lo cual puede conducir a una baja autoestima percibida en la cual se enfatizan las desilusiones y por ello aumenten los cuadros depresivos (Galicia et al., 2011).

Los estudios neuropsicológicos revisados por (Goodale, 2007) de las funciones ejecutivas en Trastorno de Depresión Mayor, han identificado déficits en la memoria de trabajo, en la flexibilidad cognitiva y en la planificación de tareas, los estudios que evalúan la función ejecutiva en depresión melancólica y no melancólica, con pacientes melancólicos (a diferencia de los no melancólicos) mostraron una dificultad en las tareas de la memoria de trabajo así como en las tareas de flexibilidad cognitiva.

Desde el marco de la teoría social-cognitiva se ha demostrado ampliamente la reacción recíproca que produce, de un lado, las acciones de los padres sobre el hijo y, del otro, la importancia que las reacciones del hijo tienen sobre los progenitores. A modo de feedback, el sujeto, a la vez que recibe efectos del ambiente actúa sobre él (Bandura, 2001, citado en Mestre, Tur, Samper, Nácher y Cortés, 2007).

La persona como ser activo que procesa y transforma la información, plantea el principio de que los diferentes modelos educativos impactan de forma variada en la persona y, por tanto, ejercen una influencia heterogénea. La capacidad de influencia de los modelos depende, en gran medida, de la carga emocional que contenga Bandura, (2001), citado en Mestre et al. (2007). De igual forma se ha demostrado que el conocimiento que los padres tengan sobre sus hijos, provoca que se establezcan diferentes formas de inculcar disciplina, además que de la eficacia del estilo educativo dependerá en gran medida, de la

personalidad de los hijos (Grusec, Goodnow & Kuczynski, (2000), citado en Mestre, Tur, Samper, Nacher y Cortes, 2007).

El estilo de crianza que los adolescentes perciben por parte de sus padres hombres no guarda relación con los niveles de sociabilidad, mientras que la función de la madre alcanza una correlación positiva con la sociabilidad y se caracteriza por una estimulación de la autonomía del hijo junto con afecto y apoyo emocional. Por lo tanto, el afecto hacia el hijo y la estimulación de su autonomía favorecen niveles más altos de sociabilidad. Estos resultados además, indican que tanto la empatía como el autocontrol de la ira en momentos de tensión favorecen el comportamiento prosocial, mientras que la agresividad lo inhibe (Mestre et al. 2007).

Finalmente, Mestre et al. (2007) consideran a la *inestabilidad emocional* como un factor que propicia la facultad de mostrar vulnerabilidad e inadaptación. La irritabilidad y a la inestabilidad emocional, que reflejan las tendencias del sujeto a percibir los acontecimientos en su vertiente negativa, propenden la frustración y, al tiempo, potencian la exteriorización de reacciones emocionales exageradas, acompañadas de una falta de control. Ambas dimensiones, la irritabilidad y la susceptibilidad emocional, explican la magnitud de la agresión impulsiva o reactiva en las interacciones sociales.

Los modelos cognitivos ponen énfasis en la forma como las personas procesan la información, El modelo de Beck es la aproximación cognitiva más conocida, que pone énfasis en los aspectos cognitivos como elementos causales de la depresión. La teoría de Beck (2000) propone que lo primero lo constituyen las experiencias negativas tempranas, como la crítica y el rechazo por parte de los padres, fruto de esas experiencias se generan los esquemas y actitudes disfuncionales (Beck, 1983, citado por Vásquez, Gómez & Hevas, 2006). Los esquemas y las experiencias tempranas son las causas más distantes, tanto que

las causas próximas serían los acontecimientos críticos, los cuales activarán de nuevo los esquemas disfuncionales y fruto de ello aparecerán los sesgos de procesamiento; en consecuencia, surgirán los pensamientos negativos. Pensamientos que luego conformarán la triada cognitiva, que se manifiesta en una visión negativa de uno mismo, del mundo, y del futuro (Beck, 2000). Por lo tanto, los hijos que han sufrido abuso verbal con descalificaciones personales es más probable que generen un esquema cognitivo negativo, y mayor probabilidad a sufrir un primer episodio depresivo.

Los nuevos desarrollos de modelos cognitivos, se mueven hacia el papel no tanto de los contenidos cognitivos (las atribuciones causales) sino hacia los diferentes modos del procesamiento y estilos de respuesta de la persona (Nolen-Hoeksema, 2000). Según este autor, la forma como las personas responden a los primeros síntomas depresivos influye en la duración y la intensidad de una depresión, las personas que se sumergen en rumiaciones depresivas, es decir pensamientos recurrentes sobre síntomas depresivos o sobre las posibles causas y consecuencias de los mismo, sufrirán más tiempo los efectos del estado de ánimo que aquellos que sean capaces de distraerse de los mismos.

Según Nolen-Hoeksema (2000) el estilo rumiativo aumenta las atribuciones negativas globales y también parece aumentar el pesimismo y las interpretaciones negativas sesgadas, asimismo la actividad rumiativa reduce la efectividad de la solución de problemas y disminuye el efecto beneficioso de los amortiguadores del estrés como el apoyo social. Lo que la teoría sugiere es que el estilo rumiativo puede ser aprendido de figuras relevantes por modelado (Nolen-Hoeksema, 2000), las personas perciben una utilidad a las repuestas rumiativas creyendo, que rumiar les ayudará a mejorar la comprensión de sí mismos o a resolver los problemas que les generan malestar. Otros autores han sugerido que el estímulo rumiativo podría ser el mecanismo por el cual el neuroticismo aparece asociado a la depresión (Vázquez, Gómez & Hervás 2006), parece que el neuroticismo podría

generar no solo una mayor vulnerabilidad a experimentar diversas emociones negativas, sino también a experimentar estados emocionales complejos, es decir compuestos de varias emociones negativas al mismo tiempo. Por otra parte, se ha demostrado que un patrón de alta sensibilidad al castigo y una baja sensibilidad a la recompensa también está relacionado con la tendencia a la rumiación (Vázquez. Gómez y Hervás, 2006).

En conclusión los modelos cognitivos explican el origen de la depresión, basados, en la existencia de modos específicos de procesamiento de la información; ya sea por la existencia de modos específicos de procesamiento de la información (rumiaciones) que interactúan con contenidos cognitivos específicos (atribuciones causales depresoras), los cuales son la base para que en el caso de los adolescentes hagan una interpretación de su entorno y de sí mismo o de una alteración en su estado de ánimo.

## **2. METODO**

### **2.1 Población**

La población atendida se encuentra ubicada en el municipio de Piedecuesta que tiene un total de habitantes al 2011 de 135.930. Los consultantes solicitaron atención terapéutica a través del Centro de Proyección Social de la Universidad de Pontificia Bolivariana, que dentro de los servicios prestados a la comunidad, se encuentra el de atención psicológica, el total de pacientes atendidos fue de 15 personas.

## 2.2 Instrumentos

Dentro de los instrumentos utilizados durante el proceso de práctica se encuentran:

- Historia clínica ( Véase Anexo 1)
- Entrevista semiestructurada con el paciente.
- Entrevista con padres.
- Cuestionario de Esquemas Maladaptativos de Young (1999) el cual posee una validez tipo alfa de 0.91. Validado y estandarizado en la Universidad de San Buenaventura, seccional Medellín, por Castrillón, Chaves, Ferrer, Londoño, Maestre, Marín (2003).

La prueba posee una estructura factorial que se organiza en once factores y explican el 65% de la varianza, el alfa de los factores oscila entre el .71 y el .85, los factores que analizas son: abandono, autocontrol insuficiente, desconfianza y abuso, deprivación Emocional, vulnerabilidad al daño y a la enfermedad, autosacrificio, estándares Inflexibles, inhibición emocional y entrapamiento. Los ítems se puntúan según una escala tipo likert de seis valores, representando la presencia de los esquemas, desde completamente falso hasta me describe perfectamente. La corrección del instrumento se lleva a cabo, sacando las puntuaciones directas de cada uno de los esquemas, que se convierten en percentiles teniendo en cuenta las tablas de validación, se establece la presencia significativa del esquema a partir del percentil 85.

## 2.3 Procedimiento

El proceso terapéutico se llevó a cabo en tres momentos que se describen así:

### **Fase uno: Entrevista inicial:**

En esta sesión se lleva a cabo el encuadre terapéutico que se hace mediante la elaboración de preguntas dirigidas con las cuales se busca obtener la información, tanto de antecedentes familiares como personales que ayuden a identificar las problemáticas. Se inicia la elaboración de la historia clínica y se firma del consentimiento informado para la intervención terapéutica.

### **Fase dos: Evaluación de la problemática:**

Durante el proceso de evaluación el propósito es tratar de identificar los problemas y síntomas a través de las verbalizaciones del consultante, en el transcurso del dialogo se indaga por los eventos vitales, las emociones vinculadas a los eventos específicos, historia de vida, a partir de esta información se van desarrollando hipótesis adquisición acerca de las posibles problemas encontrados, para un mejor desarrollo de esta etapa se tiene en cuenta los siguientes elementos:

- Identificar las herramientas de evaluación adecuadas y pertinentes según las necesidades de los consultantes.
- Utilizar estrategias de evaluación, coherentes con el modelo cognitivo conductual.
- Identificar las principales problemáticas del consultante y realizar propuesta de hipótesis explicativas.
- Hacer propuesta de criterios diagnósticos de acuerdo a los sistemas de clasificación DSM IV.

### **Fase tres: Intervención**

En la fase de intervención se busca:

- Establecer los objetivos terapéuticos de acuerdo a las necesidades del consultante.
- Diseñar estrategias de intervención adecuadas a las características de los consultantes.( Véase Anexo 1)
- Proponer un plan de intervención viable.

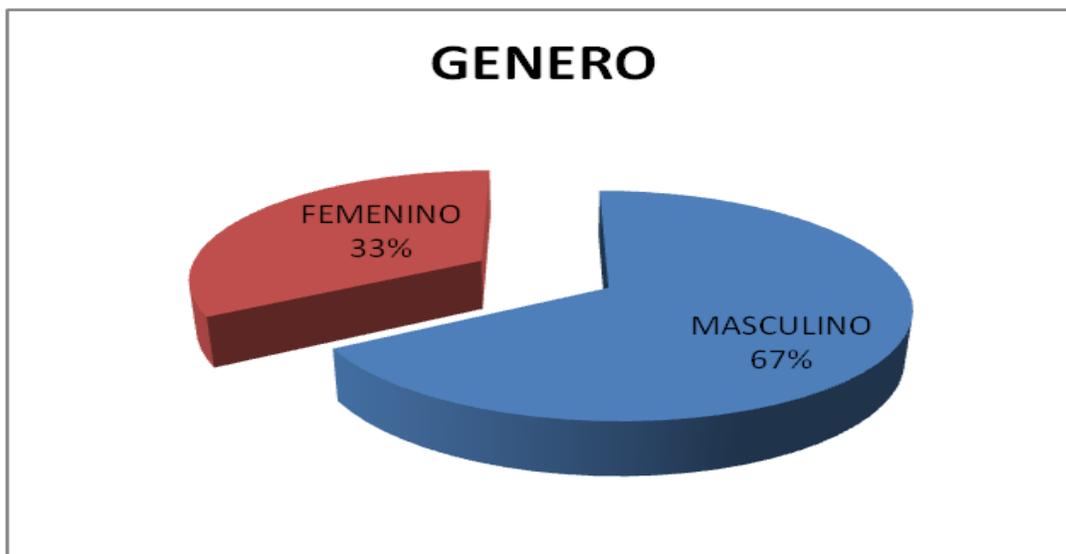
### **3. RESULTADOS**

Los resultados se presentaran según las características sociodemográficas de la población consultante, el caso clínico seleccionado y los resultados de la intervención.

#### **3.1 Análisis sociodemográficos de la población consultante**

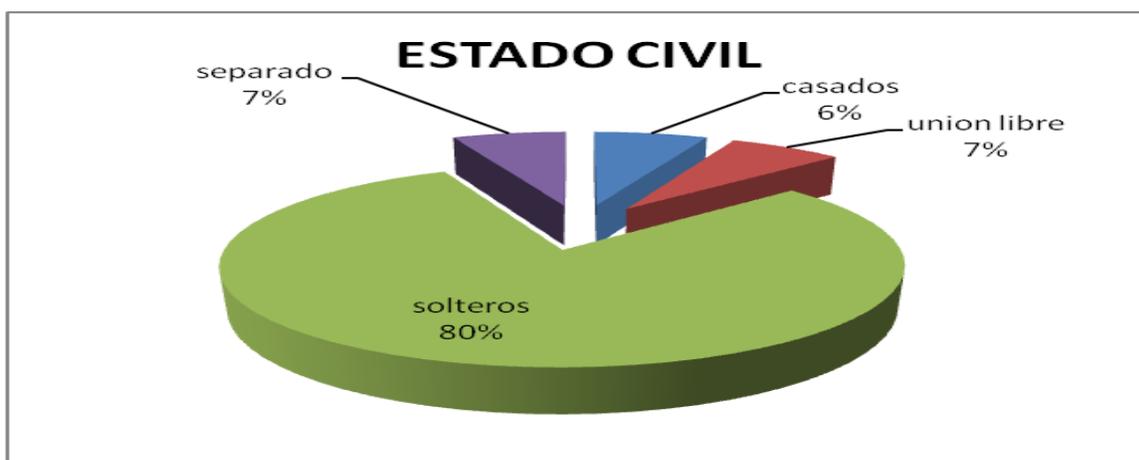
La descripción de la población se presentara en dos apartados, uno relacionados con la caracterización de la población atendida durante el proceso de práctica y en un segundo momento con los datos más relevantes del caso.

El total de pacientes atendidos durante el proceso de práctica fue de 15 personas, para un número total de 107 sesiones, con una media de sesiones 4,47 por paciente y con edades comprendidas entre 5 y los 50 años. La media de edad de los consultantes fue de 18,47 años y una desviación estándar 12,501



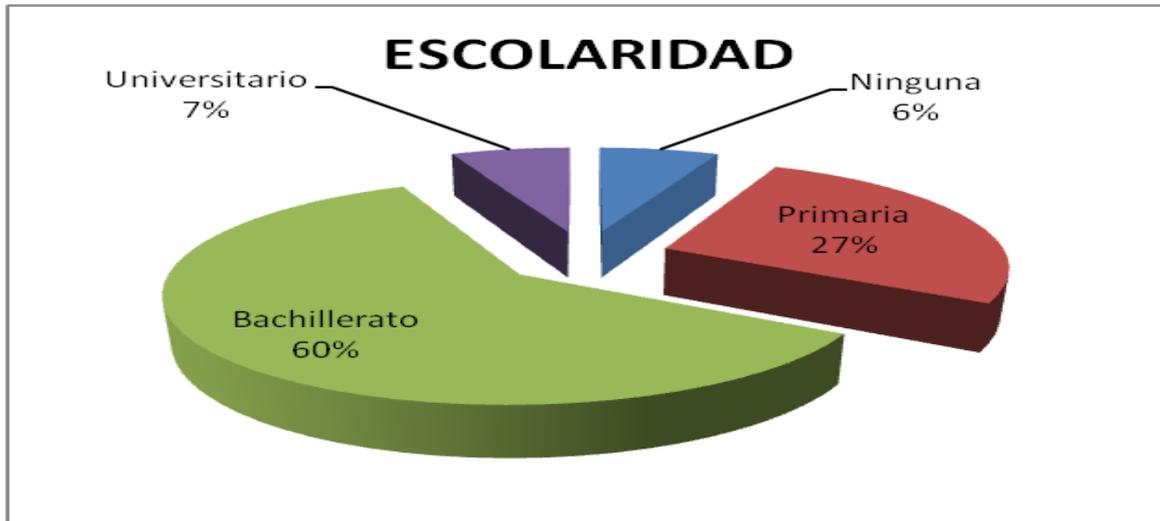
Gráfica 1. Distribución de la población atendida según el Género

Dentro de sus características demográficas con relación al género se encuentra que el 67 % son de sexo masculino, y el 33% de género femenino (Véase Gráfica 1.).



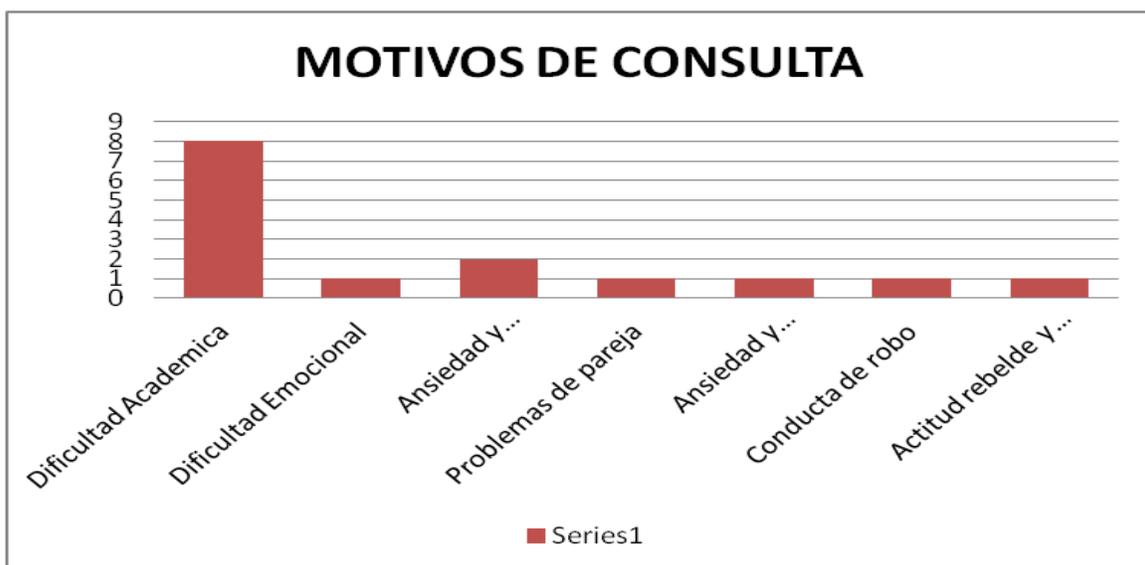
Gráfica 2. Distribución de la población Atendida según su Estado civil

Del total de la población 80 % eran solteros, 7% separados, 7% en unión libre, 6% se encontraban casados (Véase Gráfica 2.).



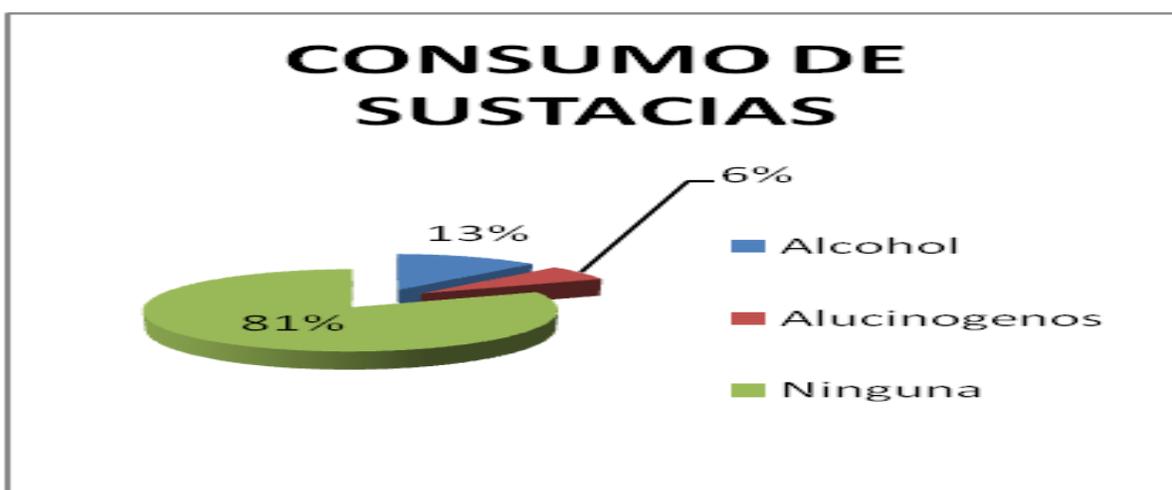
Gráfica 3. Distribución de la población según Escolaridad

Con relación al nivel de escolaridad se encontró que el 60 % de la población cursaban niveles correspondientes al bachillerato, el 27% cursaba la primaria básica, el 7% eran universitarios y el 6 % de la población no poseía ningún tipo de escolaridad. Estos resultados se correlaciona con la variable edad que confirma que el mayor número de consultantes se encuentra en edades correspondientes a etapas de escolaridad (Véase Gráfica 3.).



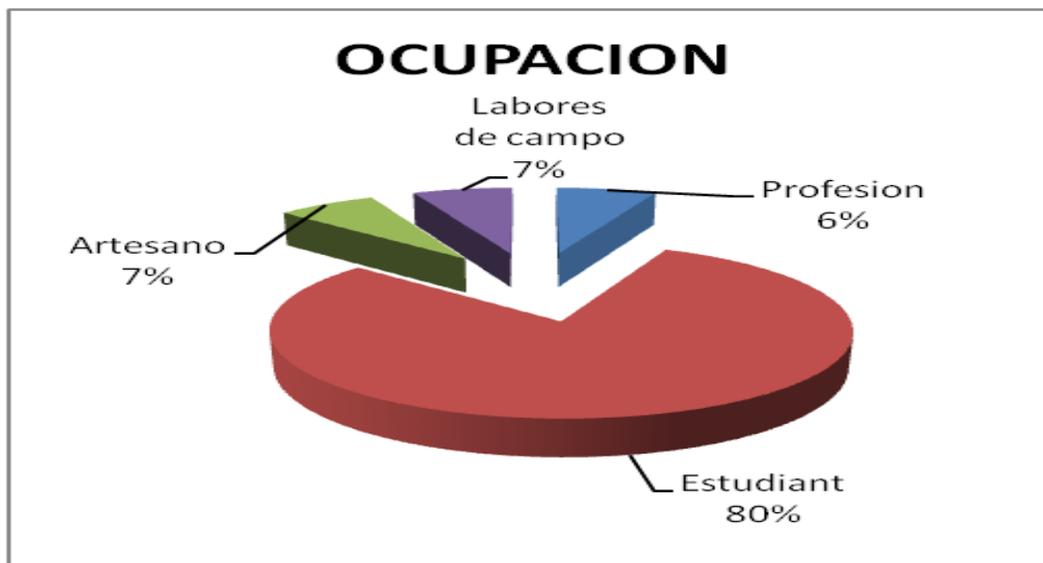
Gráfica 4. Distribución de los Motivos de Consulta de los pacientes atendidos

El motivo de consulta más frecuente fue la dificultad académica con una participación del 53% de los consultantes. Los otros motivos de consulta estuvieron relacionados con problemas de ansiedad y dificultad para relacionarse con un 13 %, los demás motivos de consulta tuvieron una participación igual en el 7 %y estuvieron relacionados con la dificultad emocional, problemas de pareja, conducta de robo, actitud rebelde y opositorista) (Véase Gráfica 4.).



Gráfica 5. Distribución de la población según Consumo de Sustancias psicoactivas

Se indagó si la población consumía algún tipo de sustancia psicoactiva, y se encontró que del total de la población el 81% no consumía ningún tipo de sustancia, que el 13% consumía alcohol ocasionalmente y el 6% consumía algún tipo de sustancia alucinógena (Véase Gráfica 5.).



Gráfica 6. Distribución de la población según su Ocupación

Laboralmente se encontró que el 80% de los consultantes eran estudiantes, 6% profesionales, el 7% artesano y el otro 7% estaban dedicados a las labores del campo (Véase Gráfica 6.).

Al realizar el análisis general, se observa que la población atendida se encontraba en las etapas tempranas de desarrollo y de adolescencia, etapas en las cuales se está en proceso de adquisición de las habilidades cognitivas y de aprendizaje; por lo tanto, se entiende que el mayor motivo de consulta se encontrara alrededor de la dificultad académica.

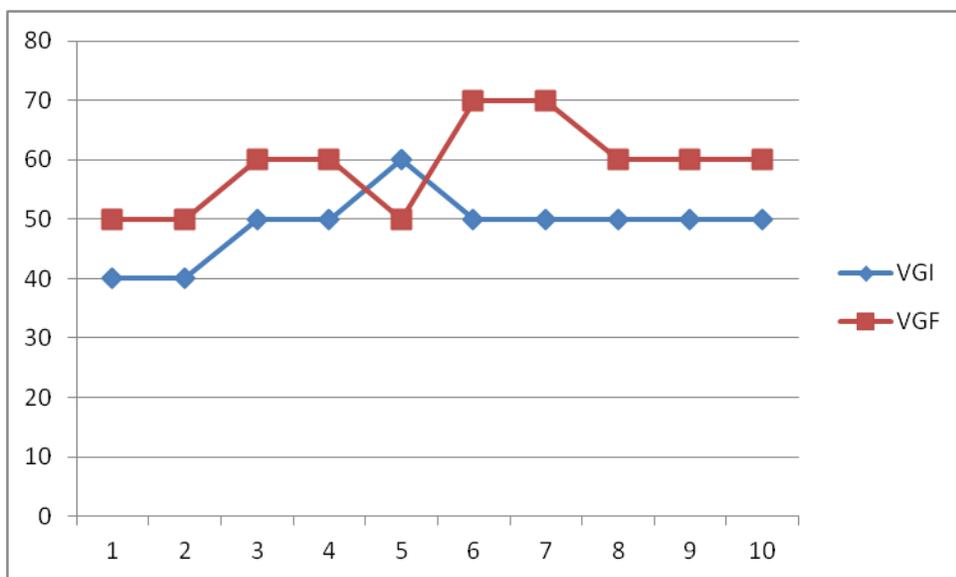
### 3. 2. Muestra

De los quince consultantes atendidos se seleccionó un caso de acuerdo a tres criterios fundamentales, uno relacionado con el mayor motivo de consulta en el proceso de práctica (dificultad academia); el segundo criterio fue el número de sesiones, el cual debería estar por encima de la media ( entre 3 y 4 sesiones por

paciente); el último criterio estuvo relacionado con los resultados y los avances mostrados durante el proceso terapéutico.

### CASO SELECCIONADO

El consultante seleccionado es un adolescente hombre con una edad de 15 años, estudiante de décimo grado, ubicado en un salón de 38 estudiantes de un colegio mixto, privado. Los profesores mencionan que las deficiencias académicas son del curso en general, debido a que el nivel de exigencia aumentó con cinco materias nuevas y con una práctica de labor social extracurricular. Presenta dificultades en el rendimiento académico específicamente en el área de matemáticas. Se presentan dificultades en las interacciones familiares y las pautas de crianza. En el año en curso ha disminuido su motivación al estudio y a las diferentes actividades.



**Gráfica 7. Escala de Evaluación de la Actividad Terapéutica Global**

### Instrumento de evaluación aplicado

Teniendo en cuenta su estado de ánimo y la escasa expresión de ideas y sentimientos se considera pertinente aplicar una escala de evaluación del perfil cognitivo. Para la evaluación del perfil cognitivo se tuvo en cuenta el cuestionario de Evaluación de Esquemas maladaptativos tempranos de Young, YSQ-L2. Validado y estandarizado en la Universidad de San Buenaventura, seccional Medellín, por Castrillón, Chaves, Ferrer, Londoño, Maestre y Marín (2003).

<b>Resultados Cuestionario de Esquemas de Young</b>			<b>Forma</b>
extensa segunda edición			
Factores		P/D	Percentil
1	Abandono	22	80
2	Autocontrol Insuficiente	12	45
3	Desconfianza/Abuso	18	80
4	Deprivación Emocional	11	51
5	Vulnerabilidad al dano y a la enfermedad	8	45
6	Autosacrificio	7	15
7	Estandares Inflexibles 1	11	70
8	Estandares Inflexibles 2	10	70
9	Inhibición Emocional	10	85
10	Derecho	12	92
11	Entrampamiento	8	90

Los resultados de la escala muestran que el adolescente presenta índices positivos para la presencia de esquemas de inhibición emocional en el percentil 85. Entrapamiento en el percentil 90, y derecho en el percentil 92, seguidos por la presencia de esquemas de abandono, desconfianza y abuso con puntuaciones en el percentil 80. De igual forma presenta resultados positivos en factores como abandono, desconfianza, y de privación emocional son indicadores de una alta vulnerabilidad cognitiva, y emocional lo cual deteriora su desempeño. La evidencia de poseer esquemas de poco control deja ver lo frustrante que puede estar resultando la situación para el adolescente, y por lo tanto su poca eficacia a la hora de concentrarse.

Los esquema de inhibición emocional tiene que ver con la dificultad para comunicar sus sentimientos, generalmente para evitar la desaprobación de los demás, las áreas más comunes tiene que ver con la inhibición de la ira, y la agresión así como la de los impulsos positivos como el disfrute del afecto, del juego, la dificultad para expresar libremente sentimientos de vulnerabilidad o necesidades propias. Puntuaciones positivas para esquema de abandono, y privación emocional se considera un factor de vulnerabilidad en el estado de ánimo deprimido, según Young (2005)

Los esquemas de entrapamiento hacen referencia a una excesiva implicación y cercanía emocional con personas significativas, con frecuencia los padres, a costa de una individualización completa o de un desarrollo social normal. Con frecuencia implica la creencia de no poder sobrevivir o ser feliz sin el apoyo constante de la otra persona, generalmente experimenta un sentimiento de vacío que no apunta para ningún lado, o en casos extremos se cuestiona la propia existencia.

El esquema de derecho, tiene que ver con ideas acerca de ser capaz de hacer o tener lo que desee, sin importar los límites reales, o las implicaciones que ello tenga para los demás, la presencia de este tipo de pensamientos, demuestran lo centrado en sí mismo.

En los esquemas de abandono desconfianza y abuso hacen referencia a la sensación de que las personas significativas no podrán continuando proporcionando apoyo emocional, y vínculos o protección, debido a que son emocionalmente inestables e impredecibles (Young, 1999).

### 3.3 Plan de intervención

El plan de intervención estuvo estructurado en función de dos conductas problemas que se describen a continuación y que se desarrollan con mayor detalle en el anexo 1.

PLAN DE INTERVENCIÓN			
CONDUCTAS PROBLEMA	OBJETIVOS DE INTERVENCIÓN	ACTIVIDADES " COMO"	TÉCNICAS
Comportamiento temeroso e inseguro debido a su percepción de baja auto eficacia	Disminuir ideas irracionales frente al desempeño académico	Identificación de las ideas irracionales frente al concepto de sí mismo	Registro de las creencias mediante el discurso
		Confrontación de los pensamientos automáticos	Reestructuración y confrontación
		Búsqueda de evidencia de creencias irracionales frente a su auto eficacia	Contrastación/ planeación
	Incrementar el nivel de autonomía en su actividad académica	Exploración de la historia académica del paciente	Contrastación
Estado de ánimo deprimido	Incrementar el nivel del activación conductual	Identificación de los sentimientos alrededor de su problemática familiar	Discurso Socrático

ESTILOS DE CRIANZA EN LA ADOLESCENCIA RELACIÓN CON EL COMPORTAMIENTO SOCIAL LA DEPRESIÓN Y RENDIMIENTO ACADÉMICO 26

		Resignificación de sus sentimientos de culpa con respecto a los conflictos y los problemas de su casa	Contrastación
		Reactivación de actividades placenteras.	Activación Conductual
	Disminuir los niveles de agresión y maltrato al cual estaba siendo sometido	revisión de pautas de crianza	Psi coeducación con el papá
		reorientación a consulta jurídica	Resolución de problemas
	Desarrollar habilidades sociales de interacción y asertividad	Resignificación de las interacciones sociales	Discurso Socrático
		Ensayos conductuales de respuestas de asertividad y oposición	Habilidades sociales Juego de roles

### 3.4 Resultados alcanzados durante el proceso terapéutico

Entre los resultados que se pueden establecer como posible consecuencia de la intervención se relacionan tanto con el consultante como con su familia. El paciente durante el proceso terapéutico presentó ausencias y altibajos aludiendo como causa la falta de tiempo y los cambios en el estado de ánimo, lo cual requirió que la mamá en algunas ocasiones lo motivara y le insistiera para seguir. Sin embargo, se logró su permanencia durante 10 sesiones.

Con relación a su comportamiento temeroso e inseguro debido a su percepción de baja autoeficacia, se lograron identificar las ideas irracionales y los pensamientos automáticos, la reestructuración de los mismos y se logra evidenciar en las verbalizaciones como "me falta más entrenamiento en ciertas áreas" los cambios cognitivos. De igual forma, el paciente incrementó el tiempo de dedicación a las actividades académicas mejorando en algunas materias el cumplimiento; sin embargo, no se logró ganar el año por la poca calidad de las mismas. A su vez, se logró el distanciamiento de la madre frente al apoyo en

actividades académicas para aumentar la autonomía. Se confrontó a la mamá para que la ayuda en cuanto a lo académico para sus hijos debiera ser gradual y proporcional a la dificultad que se requiriera, para que de esta forma, ellos fueran asumiendo su compromiso con lo académico.

Otro logro importante fue la vinculación del padre al proceso con el fin de orientar sobre las pautas de crianza y la actitud ante su hijo. Dentro de los avances se puede establecer que a pesar del temor que le tenía el consultante hacia su papá hubo ocasiones en que tranquilamente lo enfrentó dándole su punto de vista, sin que esto terminara en represalias para él. Aunque el adolescente pierde el año, no hubo consecuencias que involucren castigos físicos, ni agresiones verbales por parte del papá. Presentando esto como un avance dado que de acuerdo a la historia de la problemática, la probabilidad de un castigo severo era alta.

Finalmente, al incrementar la activación conductual se logró la vinculación con sus compañeros, el grupo de fútbol y la participación en grupo cristiano. Esto dio la posibilidad de iniciar una relación con una chica.

#### **4. DISCUSIÓN**

En este trabajo se resalta en primera instancia la importancia que tienen las relaciones que los adolescentes establezcan tanto en su entorno familiar, como en el entorno de amigos y compañeros, estos son de vital importancia en el desarrollo de sus capacidades intelectuales, y en su estabilidad emocional. El desarrollo de su estructura cognitiva depende en gran parte de esas experiencias, por lo que se observa que en los adolescentes que sufren episodios distímicos, o de depresión y falta de iniciativa en la búsqueda de soluciones para enfrentar sus problemas, está relacionada con las experiencias tempranas de la infancia,

basadas en una excesiva crítica y rechazo por parte de los padres lo cual se constituye en las bases para una baja autoestima (Mestre, Tur y Cortes, 2007).

Con relación al caso seleccionado se puede verificar que los aspectos evaluados en los esquemas maladaptativos permiten explicar en alguna medida la relación que estos tienen con el rendimiento académico; al igual, que la influencia de las relaciones familiares conflictivas. La presencia de esquemas de abandono, desconfianza y abuso son indicadores de una alta vulnerabilidad cognitiva, y emocional que deterioran el desempeño del adolescente. La evidencia de poseer esquemas de poco control dejan ver el grado de afectación del consultante, y por lo tanto su poca eficacia a la hora de concentrarse. Como lo establece Galicia et al.(2011) existe una correlación entre la auto eficacia y el rendimiento académico por lo cual su incremento se fundamenta en la adquisición de habilidades y cambios cognitivos.

Debido a que los esquemas se desarrollan en etapas tempranas, frecuentemente forman parte del autoconcepto del individuo y su concepción del medio ambiente, según lo planteado por Young (1999) los esquemas maladaptativos tempranos se refieren a estructuras extremadamente estables y duraderas que se elaboran durante la infancia y se desarrollan a través de toda la vida, y pueden ser disfuncionales en un grado significativo, estas pueden llevar a angustias psicológicas como la depresión.

Por lo anterior se buscó a través del espacio terapéutico que los padres se hicieran conscientes de como sus prácticas de crianza demasiados estrictas y con tantos señalamientos en el caso del padre o demasiado sobreprotectora en el caso de la mamá obstaculizaban el desarrollo emocional del joven, esta labor fue de difícil manejo debido a las ideas arraigadas del padre basadas en que inculcar disciplina a partir de la amenaza, o del castigo era una estrategia valida. El padre argumentaba que la actitud de irresponsabilidad del joven no se podía

entender desde lo conflictivo de su hogar, sino que se debía a lo blanda y tolerante que era la disciplina de la mamá, y al apoyo emocional que está le brindaba, hacía que se debilitara su carácter.

Por otro lado, que el consultante no tuviera antecedentes de fracasos académicos anteriores que evidencien deficiencias de aprendizaje, nos induce a pensar que su baja motivación, su pérdida de energía, y su dificultad para concentrarse se deben a los síntomas de trastorno distímico. Como lo menciona Goodale (2007) la cognición se relaciona con la depresión, específicamente en pensamiento automáticos que se ven evidenciados en dificultades académicas por la falta de responsabilidad y de concentración. Por tanto, las intervenciones cognitivas conductuales centradas en la reestructuración y activación conductual contribuyen a la disminución de manifestaciones de ánimo bajo.

Con relación a la práctica clínica y al mayor motivo de consulta podemos señalar que las dificultades académicas, no necesariamente se encuentran siempre relacionadas con dificultades de aprendizaje, sino que también pueden estar relacionadas con componentes de inmadurez neurológica, La dificultad en este aspecto es no contar con pruebas en el sitio de práctica que permitan esta verificación y adicionalmente exige una formación mucho mas específica en lo neuropsicológico.

## REFERENCIAS

- Bandura, A. (1963). *Aprendizaje social y desarrollo de la personalidad*. Madrid: Alianza Universidad.
- Bandura, A. (2001). Social Cognitive theory: An agenttic perspective. *Annual Review of Psychology*, 52, 1-36.
- Beck, J. (2000). *Terapia Cognitiva: Conceptos básicos y profundización*. Madrid: Gedisa.
- Beck, A. T.(1983). Cognitive therapy of depression: New perspectives. En P. Clayton (Ed), *Treatment of depression: Old controversies and new approaches*.
- Cárdenas, E. M., Feria, M., Vázquez, J., Palacios, L & De la Peña F. (2010). Guía Clínica para Trastornos Afectivos depresión y distimia en niños y adolescentes. En Berenzon, S., Del Bosque, J & Alfaro, M.E (Ed), *Instituto Nacional de Psiquiatría: Guías Clínicas para la Atención de los Trastornos Mentales* (pp. 5-17). México, D.F.: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente.
- Galicia, I. X., Sánchez, V. A & Robles F. J. (2011, Noviembre). El rendimiento académico en estudiantes de secundaria y sus relaciones con la autoeficacia y la depresión. *XI Congreso Nacional de Investigación Educativa. Aprendizaje y Desarrollo Humano*, México, DF (México). Recuperado de: [http://www.comie.org.mx/congreso/memoriaelectronica/v11/docs/area\\_01/0344.pdf](http://www.comie.org.mx/congreso/memoriaelectronica/v11/docs/area_01/0344.pdf).
- Goodale, E. (2007). Síntomas cognitivos de la depresión. *Revista de Toxicomanías*, 50, 13-15.
- Grusec, J.E., Goodnow, J.J. & Kuczynski, L. (2000) New directions in analyses of parenting contributions to children`s acquisition of values. *Child Development*, 71, 205-211.

Nolen-Hoeksema, S. (2000). The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 504-511.

Mestre, M. V., Tur, A. M., Samper, P., Nacher, M. J & Cortés, M. T. (2007). Estilos de crianza en la adolescencia y su relación con el comportamiento prosocial. *Revista Latinoamericana de Psicología* 2007, 39(2), 211-225.

Weissmann, P. (2005). Adolescencia. *Revista Iberoamericana de Educación*. 35(6), 1-7.

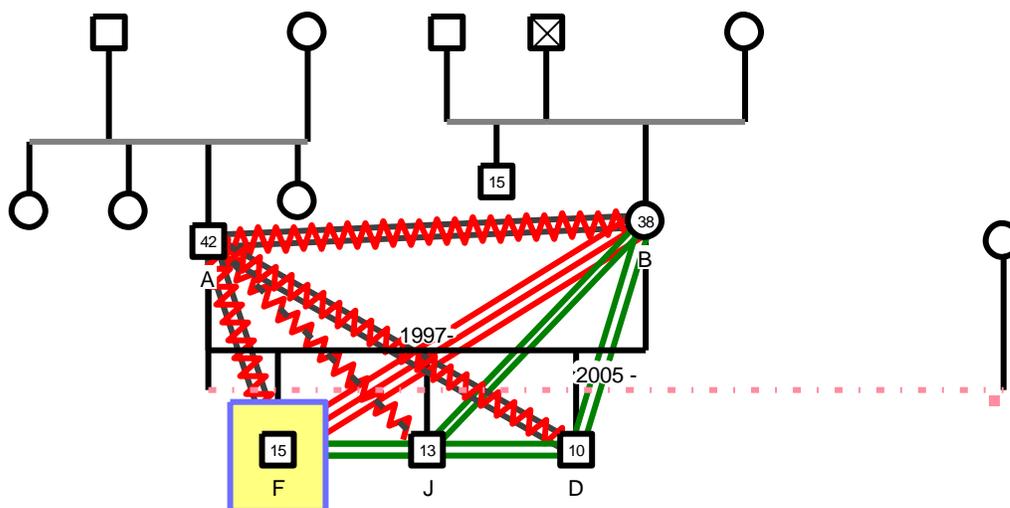
Vázquez-Baquero, J. L. (2006). *Las fases tempranas de las enfermedades mentales: Trastornos Depresivos*. Barcelona: Masson & Elsevier

Young, J.E.(1999). *Terapia cognitiva para los trastornos de personalidad. Una aproximación centrada en esquemas*. Nueva York: Universidad Columbia.

ANEXO 1

ESPECIALIZACIÓN PSICOLOGÍA CLÍNICA	
FORMULACIÓN DE CASO	
1. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS	
NOMBRE	A.M.G.
EDAD	15 Años
ESTADO CIVIL	Soltero
FECHA NACIMIENTO DE	xx-xx-1998 Bucaramanga
ESCOLARIDAD	Bachillerato
OCUPACIÓN	Estudiante

1. Genograma



## 2. Motivo de consulta

El adolescente llega a consulta por iniciativa de la mamá que lo trae por su bajo rendimiento académico y baja motivación para asumir sus responsabilidades académicas. El adolescente reporta siempre haber tenido un buen desempeño, pero en especial en este año ha tenido dificultades con ciertas materias. Para el segundo periodo lleva ocho áreas perdidas, sobre todo las relacionadas con habilidades matemáticas, aunque también se presenta resultados negativos en áreas como filosofía.

## 3. Evaluación Sincrónica

A continuación se hará una descripción de los contextos en los que se desenvuelve el consultante, con el fin de buscar las variables que intervienen en la problemática presentada en el motivo de consulta.

Contextos	
<b>Contexto Académico</b>	<p>La mamá es la que toma la iniciativa para suministrar la información de su actividad académica, refiriendo que el adolescente no tiene antecedentes de dificultades académicas en la primaria; sin embargo, es consciente que de niño estudió en un colegio de una exigencia promedio. Cuando hace el cambio al bachillerato lo reporta como de difícil adaptación en lo social, siempre ha tenido acompañamiento por parte de su madre para la ejecución de sus responsabilidades académicas, lo que le ha hecho beneficiario de buenos logros.</p> <p>Este año hay una mayor carga en las tareas y en la comprensión de algunas materias lo que ha desbordado la capacidad del estudiante,</p>

ESTILOS DE CRIANZA EN LA ADOLESCENCIA RELACIÓN CON EL COMPORTAMIENTO SOCIAL LA DEPRESIÓN Y RENDIMIENTO ACADÉMICO 34

	<p>dando como resultado una desmotivación para el cumplimiento de sus deberes. No lleva tareas a tiempo.</p>
<b>Contexto Familiar</b>	<p>El paciente pertenece a una familia nuclear, es el mayor de tres hermanos hombres, no presenta mayor dificultad en la relación con ellos; sin embargo, describe su entorno familiar como muy conflictivo, menciona que tiene dificultad para relacionarse con su papá, al cual describe como una persona de carácter fuerte, con un estilo de crianza autoritario que utiliza palabras fuertes y groseras para dirigirse a sus hijos, se molesta por cualquier cosa utilizando los golpes a la hora de corregir. Siente temor cuando el papá llega a casa, por lo que prefiere estar dormido para ese momento. El padre además de lo anterior, ejerce el control de su hogar a través del dinero.</p> <p>La mamá la describe como una persona calmada y tolerante, temerosa de su esposo, que todo el tiempo está evitando los enfrentamientos con su esposo para que él no estalle en ira y maltrate a sus hijos, ha tolerado una relación extramatrimonial de varios años, teme dejarlo.</p>
<b>Medio Ambiente</b>	<p>El adolescente vive con sus padres en estrato 2, en casa propia, la cual se encuentran pagando, cuenta con todos los recursos básicos; sin embargo, existen dificultades económicas, los ingresos son muy fluctuantes y depende exclusivamente del trabajo del papá, que se desempeña en el cargo Administrador de transporte, el cual alterna con el de oficios varios. En algunas ocasiones se ha quedado sin trabajo y ha recurrido al apoyo de los abuelos paternos para su sostenimiento. Existen escases de recursos y limitantes físicas, por lo</p>

ESTILOS DE CRIANZA EN LA ADOLESCENCIA RELACIÓN CON EL COMPORTAMIENTO SOCIAL LA DEPRESIÓN Y RENDIMIENTO ACADÉMICO 35

	<p>que se encuentran atrasados en el pago de las cuotas de la casa, situación que genera estrés con descargas de violencia y reproches por parte del papá hacia su familia “que es el único que aporta en la casa”. La mamá está dedicada al hogar y vende minutos de celular en su casa</p>
--	--

Areas	
<b>Área Emocional</b>	<p>Se presenta como una persona tímida, con poco contacto visual a la hora de hablar, con apariencia triste, poco expresa sus pensamientos, y sus emociones, cuando lo logra, deja ver una falta de satisfacción por su entorno familiar conflictivo, en el cual se apoya para explicar su bajo rendimiento.</p> <p>Presenta sentimientos de culpa cuando se refiere a los problemas de la casa, se siente frustrado por no saber cómo enfrentar el estilo autoritario del papá, manifiesta abiertamente sentimientos de rencor hacia él, por la forma como los trata y los hace sentir.</p> <p>El adolescente mantiene una relación estable, confiable con un lazo emocional fuerte con su mamá y hermanos, con su familia extensa existe una buena integración social.</p> <p>Tiene antecedentes de ansiedad por separación, cuando tenía cuatro años muere su abuelo, materno con el que mantenía una buena relación, presentando síntomas de tristeza exagerada que</p>

	<p>requirió intervención psiquiátrica con medicamento el cual es interrumpido a criterio de la madre, se desconoce el nombre del medicamento formulado.</p>
<p><b>Área Cognoscitiva</b></p>	<p>Tiene dificultad para concentrarse, se le ve distraído, y poco habilidoso en la ejecución de sus actividades intelectuales, olvida con facilidad, los profesores reportan verlo frecuentemente distraído, no cumple con sus obligaciones académicas a tiempo, posee poco lenguaje, y se le dificulta organizar las ideas. No le encuentra sentido a ver ciertas aéreas académicas.</p>
<p><b>Área de Interacción Social</b></p>	<p>Reconoce que se demora en conseguir amigos, sin embargó, cuando lo hace, logra establecer vínculos sólidos, aunque por poco tiempo, tiene poca vida social. Cuando ha tenido cambios de grupo o de colegio ha experimentado rechazo por parte de sus compañeros.</p> <p>Tiene pocas actividades de entretenimiento y las que tenía las ha dejado, como pertenecer a equipos de futbol y grupos cristianos juveniles.</p>

#### 4. Evaluación Diacrónica

- **Factores de Adquisición.**

Los patrones de crianza estrictos, rígidos, con maltrato verbal, y físico lo han llevado a la formación de un carácter débil y temeroso, mantiene un patrón de obediencia, carece de espontaneidad, curiosidad y originalidad, generalmente sus

decisiones están dominadas por sus adultos, tiene poca responsabilidad por sus decisiones.

- **Factores de Mantenimiento.**

Las experiencias negativas académicas, la pobre interacción social, la sobreprotección materna, han hecho que la problemática mantenga.

## **5. Problemas encontrados**

- Desánimo y falta de motivación hacia la vida y en especial hacia actividad académica.
- Falta de iniciativa y movilización de los recursos para la solución de problemas.
- Comportamiento temeroso e inseguro, percepción de baja auto eficacia.
- Déficit en habilidades sociales.

## **6. Hipótesis**

- Ha estado bajo un patrón de crianza autoritario donde siempre ha estado sometimiento, lo cual no favorece la adquisición de repertorios conductuales, que involucren conductas de iniciativa y exploración que le ayuden adquirir habilidades para la resolución de problemas.
- Su bajo repertorio y escasa vida social lo mantiene al margen de experimentar situaciones de refuerzo social.
- Experimentar a lo largo de su vida situaciones de maltrato, castigo verbal y psicológico han deteriorado su autoestima y autoeficacia.
- Estar en un contexto social de alta vulnerabilidad, y escasos recursos limitan su visión en búsqueda de alternativas para la solución de problemas.

- La existencia de un vínculo emocional fuerte con un modelo de sumisión, y sometimiento como el de su mamá lo lleva asumir comportamientos similares.
- Los esquemas de inferioridad influían en el cumplimiento de la tarea y afectaban su rendimiento académico porque
- Recibir ayuda y acompañamiento constante en su parte académica ha dado como resultado que no asuma totalmente su responsabilidad.

## **7. Impresión Diagnóstica**

El consultante no cuenta con habilidades para la planeación del tiempo, para atender los requerimientos académicos extras a los cuales está sometido este año, las nuevas materias requieren alta concentración y sensibilidad numérica algo en lo cual históricamente ha tenido un desempeño promedio; que se agudiza al estar en un ambiente familiar conflictivo que lo impacta profundamente en su parte emocional, deteriorado su rendimiento académico y autoestima.

El consultante presenta baja autoestima, dificultades para concentrarse y sentimientos de desesperanza. Esta sintomatología se ha generado a partir de un déficit en estrategias de afrontamiento y habilidades sociales, resolución de problemas que a lo largo de su historia se han visto influenciados por las condiciones de su entorno. Su bajo repertorio y escasa vida social lo mantienen I margen de experimentar situaciones de refuerzo social. El haber recibido acampamiento constante en su parte académica por parte de la madre ha dificultado su entrenamiento académico. Su vínculo emocional fuerte con un modelo de sumisión y sometimiento como el de su madre lo han llevado a asumir comportamientos similares. Por lo anterior, posiblemente presenta un diagnostico

de trastorno distímico debido a que presenta síntomas de estado de ánimo bajo, dificultades para concentrarse que corresponde a un trastorno distímico según los criterios diagnósticos del DSM IV están definidos así:

Estado de ánimo crónicamente depresivo la mayor parte del día de la mayoría de los días, manifestado por el sujeto u observado por los demás, durante al menos 2 años.

Nota: En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable y la duración debe ser de al menos 1 año. Presencia, mientras está deprimido, de dos (o más) de los siguientes síntomas:

- Pérdida o aumento de apetito
- Insomnio o hipersomnias.
- Falta de energía o fatiga.
- Baja autoestima.
- Dificultades para concentrarse o para tomar decisiones.
- Sentimientos de desesperanza.

### **3.6.5 Análisis Multiaxial.**

Eje I Trastorno Distímico

Eje II Ninguno

Eje III Ninguno

Eje IV dificultades en el desempeño académico. Víctima de maltrato físico y psicológico, por parte de su padre.

- Limitación en los recursos básicos

Eje V : 70

## **6 Plan de Intervención**

ESTILOS DE CRIANZA EN LA ADOLESCENCIA RELACIÓN CON EL COMPORTAMIENTO SOCIAL LA DEPRESIÓN Y RENDIMIENTO  
ACADÉMICO 40

<b>PLAN DE INTERVENCIÓN</b>				
<b>CONDUCTAS PROBLEMA</b>	<b>OBJETIVOS DE INTERVENCIÓN</b>	<b>ACTIVIDADES " COMO "</b>	<b>TÉCNICAS</b>	<b>INDICADORES</b>
Comportamiento temeroso e inseguro debido a su percepción de baja auto eficacia	Disminuir ideas irracionales frente al desempeño académico	Identificación de las ideas irracionales frente al concepto de si mismo	Registro de las creencias mediante el discurso	Frente a ideas como "no soy bueno para ciertas materias" se pasó a una redefinición del concepto por "me falta más entrenamiento en ciertas áreas" el paciente logró identificar que necesitaba mas dedicación y preparación de las actividades académicas utilizando el sábado como tiempo para realizar actividades.
		Confrontación de los pensamientos automáticos	Reestructuración y confrontación	Frente a su bajo desempeño en áreas como matemáticas logró identificar la relación entre tiempo dedicado al entendimiento y comprensión de este tipo de materias versus los resultados alcanzados a pesar de su dificultad en esta área. Esto hizo incrementar el tiempo de dedicación a la preparación de las materias con el acompañamiento de nuevas redes de apoyo.
		Búsqueda de evidencia de creencias irracionales frente a su auto eficacia	Contrastación/ planeación	Frente a su fracaso actual versus los logros alcanzados en años anteriores se identificó que necesitaba contar con un apoyo en materias complejas, diferente de sus padres " me organizo mejor teniendo todo a mano para estudiar" ""busco reunirme con mis compañeros para hacer trabajos en grupo "
	Incrementar el nivel de autonomía en su actividad académica	Exploración de la historia académica del paciente	Contrastación	Madre e hijo evidenciaron un componente emocional implícito en la motivación hacia lo académico. "Al inicio de su vida académica la mamá lo llamaba a hacer tareas y el chico no ponía ningún tipo de resistencia, pero este año mamá lo llamaba y el ya no quería utilizando expresiones como "es que no me dan ganas y no le encuentro sentido a ver materias como filosofía" en sesiones posteriores logra entender que ciertas materias sirven para tener un marco de referencia mas amplio logrando expresiones como " no lo había visto de esta forma".

ESTILOS DE CRIANZA EN LA ADOLESCENCIA RELACIÓN CON EL COMPORTAMIENTO SOCIAL LA DEPRESIÓN Y RENDIMIENTO ACADÉMICO 41

		Disminución del nivel de implicación de la madre en lo académico.	Psicoeducación con la mamá	Al inicio la mamá le recordaba día a día sus actividades académicas, le traía los materiales para que hiciera las tareas. Posterior al proceso la mamá hacia seguimiento preguntándoles a los profesores si había cumplido con los trabajos, no le recordaba las actividades; esto se realizó paralelo al establecimiento de una agenda que le permitió programar actividades en función de las necesidades de cada materia. Se incrementó el número de entregas de los trabajos quedando pendiente por mejorar la calidad de los mismos. Por tanto no logro ganar el año.
--	--	---	----------------------------	--

ESTILOS DE CRIANZA EN LA ADOLESCENCIA RELACIÓN CON EL COMPORTAMIENTO SOCIAL LA DEPRESIÓN Y RENDIMIENTO  
ACADÉMICO 42

CONDUCTAS PROBLEMA	OBJETIVOS DE INTERVENCIÓN	ACTIVIDADES COMO"	TÉCNICAS	INDICADORES
Estado de ánimo deprimido	Incrementar el nivel de activación conductual	Identificación de los sentimientos alrededor de su problemática familiar	Discurso Socrático	Frente a los sentimientos generados hacia su papá expresa "yo no lo quiero no me gusta estar en la casa cuando él está por eso me acuesto temprano antes de que llegue " "logra expresar y verbalizar sus emociones, situación que la madre manifestó que antes no realizaba".
		Resignificación de sus sentimientos de culpa con respecto a los conflictos y los problemas de su casa	Contrastación	Con respecto a ideas " todos los problemas de mi casa son por mi culpa" se buscó mediante el diálogo socrático la reasignación de su verdadera responsabilidad con el fin de disminuir sentimientos de culpa.
		Reactivación de actividades placenteras.	Activación Conductual	Por encontrarse con baja disposición y poca motivación había dejado de participar en actividades grupales con las cuales disfrutaba como el fútbol, y la asistencia a grupos cristianos juveniles, por lo que se buscó a través del discurso la reactivación de estas actividades, lográndose que volviera asistir a este tipo de actividades.

ESTILOS DE CRIANZA EN LA ADOLESCENCIA RELACIÓN CON EL COMPORTAMIENTO SOCIAL LA DEPRESIÓN Y RENDIMIENTO ACADÉMICO 43

	Disminuir los niveles de agresión y maltrato al cual estaba siendo sometido	revisión de pautas de crianza	Psicoeducación con el papá	A través del diálogo socrático se trabajó con el papá la forma en que este disciplinaba a sus hijos impactaba en su parte emocional, y producía una profunda frustración y sentimientos de poco control de su entorno al igual que de inutilidad, mostrando como este tipo de prácticas causan un daño psicológico que deteriora la autoestima del consultante. Se confrontó acerca de los resultados alcanzados hasta el momento, con los golpes y las agresiones verbales, luego de esta actividad él quiere hacer las paces con su hijo y aprovechando que se acerca su cumpleaños menciona que le quiere preparar algo especial.
		reorientación a consulta jurídica	Resolución de problemas	En cuanto a su preocupación por impacto del maltrato en el adolescente, y cuales serían los pasos a seguir en caso de que la problemática se mantenga se le sugirió buscar asesoría jurídica la cual se hallaba en el mismo centro, con fin de documentar desde un marco legal la situación y que la paciente considerara el proceso de denuncia.
	Desarrollar habilidades sociales de interacción y asertividad	Resignificación de las interacciones sociales	Discurso Socrático	Mediante el discurso y la narración se logró identificar las circunstancias por las cuales no le interesaba relacionarse con sus compañeros y darse la oportunidad de conocer más personas, "a mi papá no le gustan los grupos a los que voy". Reinició su participación en el grupo cristiano aunque no se mantuvo.

ESTILOS DE CRIANZA EN LA ADOLESCENCIA RELACIÓN CON EL COMPORTAMIENTO SOCIAL LA DEPRESIÓN Y RENDIMIENTO ACADÉMICO 44

		Ensayos conductuales de respuestas de asertividad y oposición	Habilidades sociales Juego de roles	Mediante ensayos conductuales de modelamiento y moldeamiento se hizo un entrenamiento en comunicación asertiva se practicó como le comunicaría al papá que estaba asistiendo a terapia y que era necesario dentro del proceso que él asistiera. Mediante esta misma técnica se practicó como le diría que lenguaje utilizaría para comunicarle situaciones de desagrado, cuando no quería acompañarlo a algún sitio. Finalmente, logra expresar al papá situaciones de desagrado como "papa no es que no quiera ir a comer con ustedes es que no me gusta la comida de ese sitio".

## ANEXO 2

	PRACTICA DE ESPECIALIZACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA	
	FORMATO DE HISTORIA CLINICA	

FECHA DE RECEPCION:	DÍA:	MES:	AÑO:
<b>1. DATOS DEMOGRÁFICOS</b>			
<b>NOMBRE Y APELLIDOS:</b>			
<b>FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO:</b>			
<b>DOCUMENTO DE IDENTIDAD</b>	<b>EXPEDIDA EN:</b>	<b>EDAD:</b>	
<b>ESCOLARIDAD</b>	<b>ESTADO CIVIL:</b>	<b>RELIGIÓN</b>	
<b>PROFESIÓN U OFICIO:</b>			
<b>NÚMERO TELÉFONICO:</b>	<b>DIRECCIÓN:</b>	<b>BARRIO:</b>	
<b>FECHA DE INGRESO A LA INSTITUCIÓN:</b>			
<b>DATOS DE UNA PERSONA DE CONTACTO</b>			
<b>Nombre:</b>			

ESTILOS DE CRIANZA EN LA ADOLESCENCIA RELACIÓN CON EL COMPORTAMIENTO SOCIAL LA DEPRESIÓN Y RENDIMIENTO ACADÉMICO 46

<b>Parentesco:</b>
<b>Teléfono:</b>
<b>NOMBRE PSICÓLOGO TRATANTE:</b>

<b>2. MOTIVO DE CONSULTA Y/O DE REMISIÓN</b>

<b>.DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN ACTUAL (Iniciación y evolución del síntoma, problemática o enfermedad) (contexto, situaciones que se producen alrededor) (funcionamiento en diferentes áreas, nivel de afectación, redes de apoyo(percibido y real)</b>
<b>3. HISTORIA PERSONAL</b>
<b>DESARROLLO</b>
<b>FACTORES PRENATALES (condición física y psicológica de la madre durante el embarazo, parto)</b>
<b>PSICOMOTOR: (Limitaciones motoras por enfermedad, limitaciones sociales o educativas, nivel de activación)</b>

ESTILOS DE CRIANZA EN LA ADOLESCENCIA RELACIÓN CON EL COMPORTAMIENTO SOCIAL LA DEPRESIÓN Y RENDIMIENTO ACADÉMICO 47

LENGUAJE:
SOCIALIZACION: (Adaptación escolar, reconocimiento de roles familiares y sociales, celos, rivalidades, aceptación de la autoridad, conductas antisociales)

4. CONFORMACIÓN FAMILIAR

Nº	Nombre	Edad	Parentesco	Ocupación	Observación/ Tipo de Relación
1					
2					



ESTILOS DE CRIANZA EN LA ADOLESCENCIA RELACIÓN CON EL COMPORTAMIENTO SOCIAL LA DEPRESIÓN Y RENDIMIENTO ACADÉMICO 49

SUBSISTEMA FAMILIAR AFECTADO:

<b>6. ANTECEDENTES</b>
<b>6.1 ANTECEDENTES PERSONALES</b>
SALUD FISICA: <b>(enfermedad, medicamentos, cirugías, alimentación y sueño)</b>
CONSUMO O ABUSO DE SUSTANCIAS: <b>Especificar cuál y por cuánto tiempo.</b>
<b>Alcohol:      Tabaco:      SPA:</b>
SALUD MENTAL:



ESTILOS DE CRIANZA EN LA ADOLESCENCIA RELACIÓN CON EL COMPORTAMIENTO SOCIAL LA DEPRESIÓN Y RENDIMIENTO ACADÉMICO 51

<b>OTRAS OBSERVACIONES (Características, estado de ánimo, percepción de sí mismo)</b>

<b>8. PRUEBAS APLICADAS Y RESULTADOS</b>

<b>9. IMPRESIÓN DIAGNOSTICA</b>
<b>DIAGNOSTICO DSM IV-R:</b>
<b>EJEI:</b>
<b>EJEII:</b>
<b>EJEIII:</b>
<b>EJE IV:</b>

ESTILOS DE CRIANZA EN LA ADOLESCENCIA RELACIÓN CON EL COMPORTAMIENTO SOCIAL LA DEPRESIÓN Y RENDIMIENTO ACADÉMICO 52

<b>EJE V:</b>	
<b>10. PLAN DE INTERVENCIÓN</b>	
<b>11. SEGUIMIENTO TERAPÉUTICO</b>	
<b>Sesión no.1</b>	<b>FECHA</b>
<b>Sesión N0.2</b>	
<b>SESION No. 3:</b>	

ESTILOS DE CRIANZA EN LA ADOLESCENCIA RELACIÓN CON EL COMPORTAMIENTO  
SOCIAL LA DEPRESIÓN Y RENDIMIENTO ACADÉMICO 53

<b>SESION No. 4:</b>	

ESTILOS DE CRIANZA EN LA ADOLESCENCIA RELACIÓN CON EL COMPORTAMIENTO  
SOCIAL LA DEPRESIÓN Y RENDIMIENTO ACADÉMICO 54