



## **UNIVERSIDAD DEL AZUAY**

Facultad de Filosofía, Letras y Ciencias de la Educación

Escuela de Psicología Educativa Terapéutica.

### **TÍTULO:**

Programa de Intervención Grupal Cognitivo-Conductual para  
estudiantes que presentan baja autoestima en la Escuela “República de  
Chile”

**Tesis previa a la obtención del título de  
Licenciadas en Ciencias de la Educación,  
Mención Psicología Educativa Terapéutica**

### **NOMBRES DE LAS ESTUDIANTES:**

Mónica Rocío Sanmartín Nieto.

Andrea del Carmen Sanmartín Suquisupa.

### **TUTOR:**

Master. Mario Eduardo Moyano Moyano.

Cuenca – Ecuador

2016

## **DEDICATORIA**

El presente trabajo dedico primeramente a mi DIOS quien ha permanecido siempre conmigo siendo mi guía, mi fortaleza, mis ganas de seguir en este largo camino; a mis padres Bolívar Sanmartín y Rocío Nieto por el gran apoyo, sacrificio, preocupación y amor incondicional que me han brindado, enseñándome día a día hacer las cosas con amor, mis logros también son de ellos; a mis hermanos Fabián, Diego y Xavier por su cariño, apoyo y por llenarme de felicidad en todo momento; a Javier Carrión quien ha sido mi inspiración y mi soporte incondicional durante el desarrollo de este trabajo.

Mónica Rocío Sanmartín Nieto

## **DEDICATORIA**

Esta tesis quiero dedicar primeramente a DIOS, por ser el motor de mi vida, por haberme permitido dar este paso importante, por haberme guiado en cada momento y por haber puesto en mi camino a personas que han sido fundamentales para el logro de esta meta.

A mi familia: a mis padres Luis y Olga, que son mi ejemplo de vida por su trabajo, esfuerzo y dedicación, por haberme ayudado a crecer como persona, por haberme apoyado incondicionalmente durante toda mi carrera; a mi hermana Mónica por ser un pilar fundamental en mi vida, por apoyarme en los momentos difíciles; a mi tía por su confianza; a mi cuñado; a mis sobrinos Sebas, Nico, Marthyn, por siempre estar ahí, demostrándome su cariño.

Andrea del Carmen Sanmartín Suquisupa

## **AGRADECIMIENTO**

Nuestro sincero agradecimiento primero a DIOS por ser el eje de nuestras vidas y permitirnos lograr una meta más; a nuestros padres por su sacrificio, preocupación, apoyo constante y confianza; a nuestros hermanos, sobrinos y familiares que con su cariño y buenos deseos han sabido motivarnos a ser cada día mejores; a las personas que de una u otra forma nos han brindado su ayuda en el transcurso de este proceso.

A nuestro director de tesis Mst. Mario Moyano por su profesionalismo, por ser nuestro guía, brindar su apoyo y dedicación a nuestro trabajo; a nuestro tribunal por haber compartido sus conocimientos con cada una de sus recomendaciones que ayudaron a complementar nuestro trabajo; a los profesores que a lo largo de la carrera nos han enriquecido con grandes aprendizajes que formarán parte de nuestra vida profesional.

Un agradecimiento especial a la directora de la Unidad Educativa “República de Chile” por darnos apertura para llevar a cabo nuestra tesis y por supuesto a los estudiantes que formaron parte de este trabajo por brindarnos su cariño, respeto y colaboración.

Como no agradecer a nuestros compañeros, con quienes hemos compartido, grandes experiencias, aprendizajes, tristezas, alegrías, disgustos en este largo camino universitario, ya que no solo compartimos un salón de clases sino construimos grandes amistades.

## **RESUMEN**

El presente proyecto tiene como tema: Plan de Intervención Grupal Cognitivo-Conductual para estudiantes que presentan baja autoestima en la Escuela “República de Chile” y que se encuentran en edades comprendidas entre 11 y 12 años.

En base a los resultados obtenidos en la fase diagnóstica, fundamentada en el Inventario de Autoestima de Coopersmith y una ficha psicológica complementaria, se elaboró la propuesta basada en el enfoque Cognitivo-Conductual, efectuado durante 8 sesiones, con una frecuencia semanal de aplicación y que tiene por objetivo el fortalecimiento de la autoestima en los preadolescentes.

Finalmente se llevó a cabo la aplicación de un re-test, evidenciando mediante los resultados cualitativos y cuantitativos una visión del progreso de cada estudiante en cuanto a la concepción de sí mismo, relaciones interpersonales, estrategias de afrontamiento y solución de conflictos, así como en las principales características que comprende la autoestima.

**Palabras claves:** Autoestima, Preadolescencia, Terapia Grupal, Cognitivo-Conductual.

## ABSTRACT

### ABSTRACT

The theme of this project is the proposal of a Group Cognitive Behavioral Intervention Plan for 11 to 12 years old students with low self-esteem, enrolled at "República de Chile" Elementary School.

Based upon the results obtained in the diagnostic phase, and sustained on the Coopersmith Self-Esteem Inventory and in a complementary psychological profile, a proposal centered on the Cognitive-Behavior approach was presented. This plan was performed in 8 sessions, with a weekly frequency of application, aimed at strengthening self-esteem among pre-adolescents.

Finally, the implementation of a re-test was carried out; evidencing through its qualitative and quantitative results, the progress of each student in regard to the perception of themselves, interpersonal relationships, coping strategies and conflict resolution, as well as in the main features that make up self-esteem.

**Keywords:** Self-Esteem, Preadolescence, Group Therapy, Cognitive-Behavior.



Translated by:  
Lic. Lourdes Crespo

## ÍNDICE DE CONTENIDOS

<b>DEDICATORIA.....</b>	<b>ii</b>
<b>AGRADECIMIENTO .....</b>	<b>iv</b>
<b>RESUMEN .....</b>	<b>v</b>
<b>ABSTRACT.....</b>	<b>vi</b>
<b>INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>5</b>
<b>CAPÍTULO I.....</b>	<b>7</b>
<b>La preadolescencia.....</b>	<b>7</b>
1.    Introducción .....	7
1.1    Definición de la preadolescencia .....	7
1.2    Características de la preadolescencia .....	8
1.2.1.    A nivel físico.....	8
1.2.2    A nivel psicológico .....	13
1.2.2.1 Aspectos cognitivos y afectivos .....	14
1.2.3    Cambios sociales.....	15
1.3    Búsqueda de la identidad .....	17
1.4    Conclusiones.....	18
<b>CAPÍTULO II .....</b>	<b>20</b>
<b>Autoestima.....</b>	<b>20</b>
2    Introducción .....	20
2.1    Concepto .....	20
2.2    Factores de la autoestima .....	22
2.3    Tipos de autoestima .....	25
2.4    Aspectos que influyen en el desarrollo adecuado de la autoestima.....	27
2.5    Autoestima en la preadolescencia .....	30

2.6	Consecuencias de la baja autoestima .....	32
2.6.1	Problemas conductuales que genera la baja autoestima .....	35
2.7	Conclusiones.....	36
<b>CAPÍTULO III.....</b>		<b>37</b>
<b>Terapia de Grupo Cognitivo-Conductual.....</b>		<b>37</b>
3	Introducción .....	37
3.1	Concepto.....	37
3.2	Aspectos metodológicos.....	38
3.2.1	Selección.....	38
3.2.2	Tipos de grupo.....	39
3.2.3	Objetivos .....	40
3.2.4	Fases o etapas del proceso grupal.....	41
3.2.5	Eficacia.....	42
3.2.6	Factores terapéuticos .....	44
3.2.7	Técnicas Cognitivo–Conductuales.....	46
3.2.7.1	Modelado.....	47
3.2.7.1.1	Fases del modelado .....	47
3.2.7.2	Relajación.....	48
3.2.7.3	Autocontrol .....	50
3.2.7.4	Exposición .....	52
3.2.7.5	Reestructuración cognitiva.....	53
3.2.7.6	Habilidades sociales .....	54
3.2.7.7	Solución de problemas .....	57
3.3	Conclusiones .....	59
<b>CAPITULO IV .....</b>		<b>60</b>
	<b>Plan de Intervención Grupal Cognitivo-Conductual para estudiantes que presentan baja autoestima en la Escuela “República de Chile” .....</b>	<b>60</b>
4	Introducción .....	60
4.1.	Metodología.....	60

4.1.1.	Población .....	60
4.1.2.	Fases de intervención del proceso grupal.....	61
4.1.2.1.	Fase de evaluación.....	61
4.1.2.2.	Fase de planificación .....	63
4.1.2.2.1.	Composición .....	63
4.1.2.2.2.	Objetivo General.....	63
4.1.2.2.3.	Técnicas Cognitivo-Conductuales .....	63
4.1.2.3	Fase de ejecución y cierre .....	73
4.1.2.3.1	Lugar.....	73
4.1.2.3.2	Duración .....	74
4.1.2.3.3	Número de sesiones.....	74
4.1.2.3.4	Evaluación de las sesiones .....	74
4.2	Conclusiones .....	74
<b>CAPÍTULO V .....</b>		<b>75</b>
<b>Análisis de resultados .....</b>		<b>75</b>
5.	Introducción .....	75
5.1	Análisis de resultados cualitativos.....	75
5.1.1	Informes por sesión .....	75
5.1.2	Informe final .....	92
5.2	Análisis de resultados cuantitativos .....	94
5.2.1	Diagnóstico inicial .....	94
5.2.2	Análisis comparativo inicial-final .....	96
5.3	Conclusiones de resultados .....	96
<b>Conclusiones Generales.....</b>		<b>98</b>
<b>Recomendaciones generales .....</b>		<b>99</b>
<b>Bibliografía .....</b>		<b>101</b>
<b>ANEXOS.....</b>		<b>107</b>

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Diagnóstico inicial.....	94
Gráfico 2: Diagnóstico final.....	95
Gráfico 3: Cuadro comparativo .....	96

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Cambios físicos que experimentan los niños y las niñas durante la preadolescencia ....	12
Tabla 2: Interpretación de puntajes T .....	62
Tabla 3: Técnicas objetivo 1 .....	64
Tabla 4: Técnicas objetivo 2.....	67
Tabla 5: Técnicas objetivo 3.....	69
Tabla 6: Técnicas objetivo 4.....	72

## ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO 1: Ficha psicológica .....	108
ANEXO 2: Inventario de autoestima-coopersmith.....	115
ANEXO 3: Cronograma de actividades.....	120
ANEXO 4: Evidencias de las sesiones de trabajo .....	122

## INTRODUCCIÓN

En la actualidad la autoestima es un tema de vital importancia en la preadolescencia, es un período de grandes transformaciones donde el individuo busca construir la mayor parte de su identidad, se desarrolla a lo largo del proceso vital, implica las valoraciones, experiencias, sentimientos positivos o negativos que el individuo tiene sobre sí mismo y los demás. Una autoestima deficiente puede generar pensamientos inadecuados, concepto negativo de sí mismo, dificultades en las relaciones interpersonales, falta de estrategias para solucionar conflictos, entre otros. Por lo tanto un nivel razonable de autoestima es un factor elemental para el desarrollo de una adecuada autovaloración, donde el individuo será capaz de superar dificultades que se presentan, mejorar sus relaciones, ser autosuficiente y se planteará diferentes metas y proyectos para su vida adulta.

En la Escuela “República de Chile” se ha detectado por medio del diagnóstico inicial la presencia de estudiantes con baja autoestima, quienes a decir de los representantes y docentes, manifiestan ciertas conductas problemáticas como: agresividad, inhibición, dificultades interpersonales, bajo rendimiento académico, entre otros.

El desarrollo del programa comprende cinco capítulos:

En el primer capítulo se da a conocer sobre la preadolescencia, período de transición que abarca cambios psicológicos, biológicos, sociales; además la búsqueda de identidad lo cual permite conocerse a sí mismo e intentar desde lo personal y social alcanzar el desarrollo y maduración.

En el segundo capítulo se desarrolla el tema de la autoestima la cual se refiere a la forma de considerarse del individuo de acuerdo a sus cualidades y capacidades personales. Se recalca la importancia de promover una autoestima alta, ya que le permite al individuo tener confianza en sí

mismo, ser asertivo y siempre buscar el éxito; además se considera las consecuencias que genera la baja autoestima.

En el tercer capítulo se aborda la terapia de grupo Cognitivo-Conductual, con técnicas y métodos que permiten alcanzar una meta conductual establecida, como también las fases y factores terapéuticos que intervienen en el proceso grupal.

El cuarto capítulo se centra en la elaboración del programa de intervención grupal Cognitivo-Conductual en baja autoestima, aplicado en la escuela “República de Chile” a estudiantes de edades entre 11 y 12 años que presentan baja autoestima, el cual comprende 3 fases: a) Evaluación: mediante la aplicación del inventario de autoestima de Coopersmith, b) Planificación: técnicas utilizadas para el logro de los objetivos terapéuticos, c) Ejecución y cierre: se detalla la ejecución del proceso desarrollado en ocho sesiones con una duración de una hora treinta minutos a dos horas aproximadamente, con una frecuencia semanal de aplicación.

En el quinto capítulo se evidencia el análisis de los resultados obtenidos del programa por medio de informes por sesión y final de tipo cualitativo y los aspectos cuantitativos por medio de los resultados de la re-aplicación del test; a través de los cuales se comprueba la efectividad del programa de intervención, ya que los resultados indican el cumplimiento de los objetivos. Los estudiantes mejoraron el concepto de sí mismo, mostrando cambios significativos en las relaciones interpersonales.

Finalmente se expondrán las respectivas conclusiones y recomendaciones sobre el presente trabajo investigativo.

## **CAPÍTULO I**

### **La preadolescencia**

#### **1. Introducción**

En el presente capítulo se abordará acerca de la preadolescencia, las principales características y cambios que se presentan a nivel psicológico, biológico y social, incluyendo aspectos cognitivos, afectivos y sociales; así como la búsqueda plena de la identidad.

La preadolescencia es considerada una etapa que se presenta después de la niñez y se inicia con la pubertad, es un período de transición que abarca cambios biológicos, psicológicos y sociales, como también transformaciones cognitivas. Es importante mencionar que es una etapa temporal del ser humano.

#### **1.1 Definición de la preadolescencia**

A continuación, considerando el aporte de varios autores se dará a conocer algunas definiciones sobre la etapa de la preadolescencia:

Para Piaget la preadolescencia es considerada como: “la etapa de las operaciones concretas, cuando están en posibilidades de realizar operaciones mentales para resolver problemas concretos (reales)” (Papilia, Olds, & Feldman Ruth, 2005, pág. 359).

Según García Grau (2011) la etapa de la preadolescencia:

Coincide biológicamente con el inicio de la adquisición de la maduración fisiológica y del nivel cognoscitivo de las personas. Se trata de una época delicada donde se llevan a cabo transformaciones profundas, donde intervienen factores tanto de carácter biológico

como psicosocial y que originan un titubeo total de las estructuras comportamentales de la persona. (pág. 18)

De Acevedo (2014) define la preadolescencia como: “una etapa que tiene lugar entre los 10 y los 13 años más o menos. Es el momento en el cual los jóvenes dejan atrás su niñez y empiezan a tener cambios hormonales, de actitudes y de valores” (pág. 35).

Otro aporte que coincide con las definiciones dadas anteriormente lo realiza Mietzel (2005) quien manifiesta que la adolescencia temprana “comienza con los indicios físicos de la madurez sexual y acaba alrededor de los trece años. Éste periodo comprende el desarrollo corporal claramente visible” (pág. 419).

Por lo tanto, la preadolescencia se considera como una etapa que inicia aproximadamente a los 10 años y dura hasta los 13 años, es una época donde se experimenta cambios a nivel biológico, social y psicológico, además se presentan transformaciones cognitivas a nivel de las estructuras de comportamiento. Este período se caracteriza por la aparición de las operaciones concretas, durante el mismo se desarrolla un pensamiento lógico.

## **1.2 Características de la preadolescencia**

Es importante conocer algunos elementos de cambio a nivel físico, psicológico y social, características indispensables en la preadolescencia:

### **1.2.1. A nivel físico**

Las características básicas del desarrollo físico se manifiestan claramente al final de la etapa de la infancia, al comienzo de la preadolescencia, tanto en hombres como en mujeres.

Según Mietzel (2005) los cambios rápidos del aspecto físico indican tanto al preadolescente como a su entorno que la época de la niñez ha terminado, además revelan en el chico o la chica que muy pronto tendrán nuevas experiencias.

Uno de los principales cambios en la preadolescencia a nivel físico es la aceleración del crecimiento, en este período se evidencia el aumento de peso y estatura tanto en el hombre como en la mujer, se da la segregación de hormonas, así mismo la aparición del vello corporal en la zona de los genitales y las axilas; en el caso del hombre también se presenta en la cara y a menudo en el pecho. Al inicio de la pubertad en las chicas empiezan a desarrollarse los senos, mientras que en los chicos los testículos.

El mismo autor manifiesta que por lo general las niñas no tienen su primera menarquia hasta que el cuerpo supere su punto máximo de crecimiento, por otro lado, en los chicos no importa que la primera eyaculación sea más tarde o más pronto; para hombres y mujeres estos cambios suelen ser acontecimientos dramáticos que a su vez generan problemas, sobre todo si no se han preparado de manera adecuada.

Bernal, Aurora, Rivas, & Sonia (2013) por su parte manifiestan que desde un punto de vista evolutivo existen evidentes diferencias entre niñas y niños en el momento de las transformaciones que trae consigo la preadolescencia y consideran importante mencionar los cambios de forma individual:

- A) En la preadolescencia femenina: los cambios suelen iniciarse entre los 8 y 13 años aproximadamente con el estirón corporal, que se caracteriza por aumento en la talla y peso de forma precipitada como primera señal de que la niña ha iniciado su pubertad, además es importante mencionar que en la infancia tardía o prepubertad se presentan

algunos cambios a nivel hormonal en el organismo, así mismo Tanner en 1973 manifiesta que la máxima velocidad del estirón en las niñas se suele situar alrededor de los 12 años. El crecimiento corporal viene acompañado de un crecimiento interno del organismo, en especial aquellas partes relacionadas con los órganos reproductores femeninos, otros órganos y sistemas del cuerpo (corazón, pulmones, hígado, riñones, útero y los ovarios) aumentando su tamaño, peso, circulación sanguínea y redistribución de grasas corporales. Estos cambios en el organismo, especialmente el aumento de grasas corporales, pueden causar perturbaciones justamente en el momento del desarrollo, en que la imagen corporal constituye su principal referencia de identidad personal.

Por otro lado en lo que refiere a la maduración sexual de las niñas, es importante tomar en cuenta tres factores:

1. El desarrollo mamario: que se caracteriza por la presencia de vello púbico, axilar y la menarquia.
  2. El aumento corporal: la primera manifestación relacionada más directamente con la maduración sexual es la aparición del primer brote mamario o telarquia, manifestado generalmente con la aparición de un botón o pequeño bulto en alguno de los senos (estadios M1 y M2 de Tanner).
  3. Factor acompañando al desarrollo mamario: se presentan las distintas fases de aparición de vello púbico y axilar, estos dos factores pueden iniciarse aproximadamente hasta dos años antes de la menarquia o primera menstruación.
- B) En la preadolescencia masculina, la madurez física y sexual se produce durante la pubertad y se caracteriza por cambios hormonales, la glándula pituitaria del cerebro aumenta la secreción de la hormona foliculoestimulante (FSH), que es responsable de la

producción de esperma. El inicio de la pubertad se presenta de 9 hasta los 14 o 15 años; por tanto, se sitúa entre uno y dos años después de la pubertad femenina.

Los cambios físicos que se presentan son: el estirón corporal, rasgos de la maduración sexual caracterizados por la aparición del vello púbico, axilar y facial; crecimiento de los órganos sexuales como son: escroto, testículos y pene; además se presenta la primera eyaculación nocturna, crecimiento de la laringe y notable cambio de la voz (se agranda la nuez), cambio de la musculatura.

Las mismas autoras mencionan que otra de las diferencias consiste en que los niños a diferencia de las niñas crecen más tardíamente y presentan dificultades de integración entre iguales, así como en el desarrollo interno del organismo, ya que en las chicas el aumento de talla va asociado a un aumento de peso y de crecimiento de los principales órganos, así como aumento en la circulación sanguínea y en el caso de los chicos el aumento de glóbulos rojos y el de la presión arterial diastólica son muy superiores al de las chicas, probablemente debido al mayor aumento de fuerza y resistencia física que alcanzan gracias al aumento de musculatura masculina.

Sin embargo un rasgo común y principal para ambos sexos es la preocupación por la imagen corporal, ya que las chicas se preocupan por el peso y los chicos por la talla, siendo ésta la preocupación común en esta etapa.

Además de los rasgos principales de la maduración sexual, aparecen otras modificaciones secundarias como es: aumento de la sudoración y producción de grasa en la piel con la aparición típica del acné juvenil en la cara, que requieren un refuerzo de la higiene corporal diaria, aparición gradual del vello axilar, facial y en otras partes del cuerpo con diferencias individuales marcadas (pecho, piernas, espalda).

Sintetizando la información mencionada anteriormente, se establece una tabla comparativa, entre cambios físicos masculinos y femeninos.

**Tabla 1:** Cambios físicos que experimentan los niños y las niñas durante la preadolescencia

Mujer (Inicio de cambios entre 8-13 años)	Hombre (Inicio de cambios entre los 9 - 14 o 15 año)
Presencia de acné	Presencia de acné
Aparición de vello púbico y axilar	Aparición de vello púbico, axilar y facial
Desarrollo mamario	
Aparición de la menarquia	Crecimiento de los órganos sexuales (Escroto, testículos y pene)
Estirón corporal	Presencia de la primera eyaculación
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumento de talla y peso</li> </ul>	Aumento de talla y peso
Crecimiento interno del organismo	Crecimiento de la laringe
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Órganos reproductores(aumento del tamaño del útero)</li> <li>• Órganos del sistema del cuerpo(corazón, pulmones, hígado, útero y ovarios)</li> </ul>	Crecimiento interno del organismo
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cambio de la voz (se agranda la nuez)</li> <li>• Órganos del sistema del cuerpo(corazón, pulmones, hígado)</li> </ul>
Distribución de grasas corporales	Desarrollo de la musculatura
Cambios hormonales	Cambios hormonales

**Fuente:** (Mietzel, 2005); (Bernal & Rivas, 2013).

**Elaborado:** Andrea Sanmartín (A, S); Mónica Sanmartín (M, S)

Por lo tanto se puede establecer que existe una variedad de cambios que se presentan tanto en hombres como en mujeres, los cuales son visibles en la preadolescencia, éstos pueden darse de forma individual y también pueden presentarse como rasgos comunes en ambos sexos, por lo que, el individuo que atraviesa por esta etapa debe estar preparado de forma adecuada para afrontarlos.

### **1.2.2 A nivel psicológico**

Santrock (2003) manifiesta que existen características a nivel psicológico que se presentan en la etapa de la preadolescencia, una de ellas se refiere a la imagen corporal que está acompañada por cambios físicos, existe preocupación por el cuerpo y se desarrolla una imagen individual de su aspecto corporal, por lo que constantemente se miran al espejo para comprobar los cambios que se generan durante esta etapa.

Según Krauskopof (1999) el hecho de atravesar cambios en la adolescencia temprana genera preocupaciones en la parte física y emocional, los adolescentes atraviesan por una etapa de duelo debido a su cuerpo y por la relación infantil con los padres.

Esta pérdida del cuerpo infantil indica la necesidad de dejar atrás la niñez, abandonar identificaciones infantiles y encontrar nuevas orientaciones de conducta; así en esta etapa prevalece el duelo por la pérdida del cuerpo y el status infantil así como de la imagen de los padres seguros y protectores de la niñez (Aberastury, 1971).

El autor manifiesta también que durante la preadolescencia entre los 10 y 14 años, está presente la preocupación psicológica por la parte física y emocional, por lo que se da una reestructuración cognitiva acerca de la imagen corporal, el ánimo es cambiante, existe la necesidad de apoyo y comprensión por parte de los mayores, así como la posibilidad de poder compartir sus problemas a pesar de no ser estos la fuente de fomento de su autoestima ya que esta cualidad la asumen las amistades durante esta etapa.

Por otro lado Santrock (2003) manifiesta que los cambios se dan a nivel psicológico, tanto en hombres como en mujeres, ya que las chicas a lo largo de la pubertad manifiestan insatisfacción

por su imagen corporal, se sienten menos satisfechas con su cuerpo, posiblemente por el aumento de grasa en el organismo, por lo que tienen una imagen más negativa que los chicos.

En este mismo sentido manifiesta que se han detectado algunas preocupaciones tanto en hombres como en mujeres respecto a su imagen corporal, por lo general en las mujeres se da la preocupación por estar delgadas, debido a que se identifica a la delgadez extrema con la belleza.

De acuerdo a lo establecido, una de las preocupaciones principales de los preadolescentes en este ámbito es su imagen corporal, el ánimo durante esta etapa es cambiante por lo que necesitan apoyo y comprensión constante por parte de los que forman parte de su contexto.

#### **1.2.2.1 Aspectos cognitivos y afectivos**

Desde el punto de vista cognitivo Gardner (2005) manifiesta que el desarrollo no resulta de la aparición de nuevas estructuras mentales, sino de la reorganización de las estructuras ya existentes. Los estadios del desarrollo cognitivo de Piaget han intervenido de forma determinante en la psicología evolutiva; la aparición del pensamiento formal se da en la etapa de la adolescencia, cuando el individuo empieza a realizar operaciones abstractas bajo un enfoque hipotético-deductivo que le permite empezar a formular proposiciones. Por otro lado el desarrollo afectivo es el camino de una vida interior que permite elaborar el autoconcepto y restablecer la autoestima.

Hall, menciona la preadolescencia como un período de estrés emocional, que se genera por cambios psicológicos presentes en la pubertad; Eric Ericsson por su parte entiende el desarrollo como un proceso psicosocial que continúa a lo largo de toda la vida. El objetivo psicosocial del adolescente es la evolución desde una persona dependiente hasta otra independiente, cuya identidad le permita relacionarse con otros de un modo autónomo (Camejo Lluch, 2006).

Así, (Bernal & Rivas, 2013) mencionan que la crisis que el preadolescente atraviesa se centra básicamente en su mundo interior de afectos y sentimientos, la capacidad reflexiva del preadolescente le permite adentrarse en el mundo de los sentimientos profundos, de la introspección del yo.

Por ello desde un punto de vista afectivo, es importante que en esta etapa intermedia se reafirme la autoestima y autonomía con mayor objetividad y realismo para crecer en personalidad y seguridad, aprendiendo a distinguir entre lo que se posee por naturaleza, lo que viene dado y lo que se adquiere por mérito; esa mayor seguridad que proviene del valor de una autoestima verdadera, repercutirá en cuestiones tan variadas como el rendimiento académico, la salud mental, la autonomía o la integración social.

Por lo tanto se puede manifestar que los cambios cognitivos y afectivos que se dan en la preadolescencia provienen de la reorganización o modificación de las estructuras mentales existentes, lo que permite elaborar un autoconcepto adecuado para crecer en personalidad y lograr seguridad en sí mismo.

### **1.2.3 Cambios sociales**

Al inicio de la adolescencia, los hombres y mujeres generalmente forman grupos separados, poco a poco los hombres se aproximan a las chicas y las chicas a estos; las palabras, las actividades comunes y más adelante los contactos físicos, les permiten descubrirse; en esta etapa los sentimientos son más importantes que la búsqueda del placer físico.

Los cambios a nivel social se pueden evidenciar con claridad al momento que los chicos ya no quieren confiar en sus padres, sino en los chicos o chicas de su edad, la amistad cumple una función

indispensable en la vida de cada uno. Esta época está caracterizada por horas en el teléfono, risas irresistibles, modas, etc. (Yanes García & Morales Okata, 2004).

Mietzel (2005) refiere que durante las primeras etapas de la adolescencia los chicos y chicas se dirigen en mayor medida a los miembros de su generación, en busca de información y consejos, un claro ejemplo se puede evidenciar en el caso de un adolescente que desea saber cómo instalar un programa en su ordenador, pregunta a sus amigos no a sus padres ni mucho menos a sus abuelos, sin embargo, los padres en esta etapa juegan un papel muy importante, brindando apoyo emocional a sus hijos en calidad de consejeros.

En este mismo sentido García Barthe, Mónica (2010) manifiesta que el preadolescente y su grupo de pares poseen intereses como: música, cine, literatura, salidas nocturnas, situaciones de riesgo y exposición, además una de las características más relevantes de esta etapa es la separación del grupo familiar primario y la búsqueda de vínculos interpersonales fuera del mismo.

La familia ya no es el único referente de ideas y valores por lo que el joven buscará, comparará, cuestionará y resignificará lo aprendido en el seno familiar, fundamentalmente buscará la compañía de sus iguales además busca entre sus pares su propia identidad, ya que los otros son el espejo en el cual se mira y se busca, por lo que es primordial el vínculo con los iguales en el proceso de búsqueda de sí mismo.

Asimismo en los inicios de la adolescencia se da una tríada inseparable entre música, amigos y adolescencia, entre las muchas pasiones durante esta etapa hay dos fundamentales: el grupo de amigos y la música, los adolescentes se sienten identificados con los distintos ritmos musicales, también definen un estilo de vida, una forma de pensar y de vestirse, por lo tanto si este aspecto se puede combinar con los amigos se convierte en una situación ideal para el preadolescente.

Por ello se puede manifestar que los preadolescentes consideran a sus iguales como amigos incondicionales, ya que manifiestan que los amigos y amigas respetan el punto de vista del otro, se confiesan sus sentimientos y se muestran vulnerables confiando en encontrar apoyo y protección en estos, por lo que los padres ya no son el punto central, sino sus amigos.

### **1.3 Búsqueda de la identidad**

El desarrollo de la identidad se da cuando la persona ha pasado por un periodo de inseguridad y experimentación, ya que esto le permite adoptar decisiones personales claras en relación con sus metas, valores y sus convicciones políticas y religiosas (Mietzel, 2005).

Según Saavedra (2004) la búsqueda de la identidad empieza en la niñez, prevalece con mayor intensidad durante la adolescencia y se desarrolla a lo largo de toda la vida; para la construcción de la identidad el yo garantiza las habilidades, las necesidades y los deseos de la persona para adaptarlos a las exigencias de la sociedad.

El mismo autor considera la adolescencia como un periodo evolutivo y simbólico en el cual el individuo se encuentra de manera particular con la búsqueda de su identidad y en un proceso de construcción de la misma, lo que le permite en algunas ocasiones conocerse a sí mismo e intentar desde lo personal y social alcanzar el desarrollo y maduración como sujeto.

Así mismo, manifiesta que en la primera etapa de la adolescencia es donde el individuo comienza a socializar y a construir de forma independiente y crucial su propia identidad, además atraviesa por la búsqueda de sí mismo, va de tendencias individuales a tendencias grupales, un comportamiento en el que busca uniformidad y una contención a tantos cambios; tiene necesidad

de intelectualizar y fantasear, sufre crisis de actitudes sociales y religiosas, atraviesa por una evolución sexual, la cual conlleva a la aparición de algunos trastornos afectivos.

Marcia, Gilligan y otros investigadores encontraron diferencias en la adquisición de la identidad en el hombre, y en la mujer, por lo que se puede manifestar que las relaciones íntimas son las más importantes para las mujeres y los logros son lo más importante para los hombres (Papalia & Olds, 1998).

Por ello se puede manifestar que una de las tareas más difíciles en la preadolescencia es la búsqueda o la construcción de la identidad, por lo que se necesita desarrollar valores y opiniones propias y no limitarse a lo que dice la sociedad; el deseo de sentirse libres, el hecho ser uno mismo, conducen hacia una identidad adecuada.

#### **1.4 Conclusiones**

Es importante mencionar que la preadolescencia abarca el periodo de la niñez a la adolescencia, va de los 10 a los 13 años aproximadamente de acuerdo a lo establecido por varios autores, aunque por otro lado se manifiesta también que no existe una edad específica para ésta; se presenta primero en las mujeres y posteriormente en los hombres; esta etapa es considerada una época de transición donde el individuo experimenta cambios muy significativos, a nivel físico, psicológico y social; es importante mencionar que no todos los individuos se enfrentan a esta etapa de la misma manera, en algunos puede ser una época difícil y otros pueden adaptarse con facilidad a los cambios que se generan. Los cambios que se dan en la etapa de la preadolescencia son muy relevantes, ya que traen consigo nuevas experiencias independientemente en cada individuo, que

a su vez genera crisis en algunos de ellos, debido a que no se logra la adaptación a los mismos. Por ello la importancia de abordar esta etapa del ciclo vital.

## CAPÍTULO II

### Autoestima

#### 2 Introducción

Por medio de este capítulo se abordará sobre la autoestima, diferenciándola del autoconcepto, se plantearán algunas definiciones, factores que intervienen en la misma y características presentes dentro de éstos.

De igual forma, se determinará los tipos de autoestima que se pueden presentar en un individuo de acuerdo a la concepción de sí mismo, algunas pautas importantes de la autoestima en la preadolescencia, así como las condiciones necesarias para lograr una adecuada autoestima y cómo el desajuste de la misma genera consecuencias negativas que podrían desencadenar en problemas futuros.

#### 2.1 Concepto

Para referirse a la autoestima se debe conocer:

“El término *autoestima* es la traducción del término inglés *self-esteem*, que inicialmente se introdujo en el ámbito de la Psicología social y en el de la personalidad; denota la íntima valoración que una persona hace de sí misma” (Polaino-Lorente, 2004, pág. 17).

La autoestima, se puede confundir con el autoconcepto, es necesario por lo tanto diferenciar estos términos: el autoconcepto se considera como una forma de describirse a sí mismo y la autoestima correspondería a la evaluación de la información contenida en el autoconcepto (Pope, McHale, & Craighead, 1996).

Un importante exponente sobre la autoestima es Abraham Maslow, quien manifiesta que en la autoestima intervienen dos tipos de necesidades de estima: la estima propia y la que proviene de los demás (Álvarez Insua, Rivero Rivero, & Castro Alegret, 2009).

Algunos conceptos para referirse a la autoestima:

Stanley Coopersmith, quien realiza estudios investigativos sobre la autoestima, la cataloga como “Un juicio personal sobre la dignidad de uno, expresado en las actitudes que el individuo mantiene hacia sí mismo” (La Rosa & Díaz Loving, Evaluación del autoconcepto: Una escala Multidimensional, 1991, pág. 17).

Satir (1991) establece que “La autoestima es un concepto, una actitud, un sentimiento, una imagen, y está representada por la conducta” (pág. 34).

De acuerdo a Vallés Arándiga (1998), la autoestima es “La dimensión afectiva de nuestro comportamiento en la medida en que nos estamos gustando o no, agradando o no, valorando positiva o negativamente nuestro autoconcepto y nuestra autoimagen” (pág. 16).

Según Branden (2011) “La autoestima es la predisposición a experimentarse como competente para afrontar los desafíos de la vida como merecedor de felicidad” (pág. 41).

Otro aporte refiere que la autoestima es “La capacidad para hacer valoraciones de uno mismo verídicas y justas al margen de la opinión excesiva o desvalorizante, interesada, manipuladora, halagadora o bien objetiva, acertada y válida, que otras personas o grupos puedan efectuar sobre un sujeto” (Ramírez Villafañez, 2014, pág. 31).

De acuerdo a lo manifestado, se puede decir que la autoestima se refiere a la forma de considerarse del individuo, atribuciones que se hace a sí mismo, en base a sus cualidades,

características, potencialidades personales, que pueden manifestarse a través de sus pensamientos en forma de valía o percepción negativa y expresarse por medio de actitudes que la persona mantiene en relación a sí mismo y con los demás; por lo tanto, es considerada como un factor de vital importancia, ya que corresponde a la capacidad que tiene el individuo de evaluarse en diferentes ámbitos de su vida y de reconocer el contenido de sus concepciones.

## **2.2 Factores de la autoestima**

De acuerdo a Gastón de Mézerville, se señalan dos componentes básicos de la autoestima: dimensión actitudinal inferida, formada por la autoimagen, autovaloración y autoconfianza; dimensión conductual observable conformada por autocontrol, autoafirmación y autorrealización (Naranjo Pereira, 2007).

### **A) Dimensión actitudinal**

La autoimagen: consiste en la capacidad de verse así mismo, de poder reconocerse con cualidades y defectos, dicho reconocimiento se lo puede realizar por las experiencias vividas del sujeto en los diferentes ámbitos en los que se desarrolla.

La autovaloración: comprende el grado en el que la persona es capaz de considerarse importante para sí mismo y para los demás, valoración que se hace de acuerdo al conocimiento personal.

La autoconfianza: se da cuando una persona cree que puede realizar bien las actividades en cualquier ámbito y en la seguridad que proyecta en ésta realización, es una dimensión importante porque motiva a las personas a la superación, a la búsqueda de nuevos retos, oportunidades, que le permitan desarrollar todo su potencial, para así creer en sí mismo y en sus propias capacidades.

B) Dimensión conductual observable:

El autocontrol: aquella capacidad de manejarse adecuadamente dentro de la dimensión personal, por medio de una adecuada organización que permite el bienestar tanto personal como en general, en el ambiente en el que se desenvuelve, a través del dominio propio, la misma que puede ser limitada en personas con autoestima baja; esta dimensión a su vez considera 3 aspectos importantes: autocuidado, autodisciplina y manejo de sí mismo.

La autoafirmación: es aquella que hace énfasis en la toma de decisiones, lo que permite que el sujeto pueda actuar con autonomía y madurez, en este sentido el individuo puede expresar sus pensamientos, para ser más asertivo en sus decisiones.

La autorrealización: se la puede considerar cómo la búsqueda del individuo por desarrollar sus capacidades, expresarlas adecuadamente, para tener una vida satisfactoria con respecto a sí mismo y a los demás, ya que a través del cumplimiento de las metas puede complementar su proyecto vital de forma positiva.

Otros aspectos a considerar como componentes de la autoestima, relacionados con lo expuesto anteriormente, los propone (Branden, 2011) quien indica que la autoestima tiene dos aspectos que se encuentran interrelacionados: la autoeficacia y la autodignidad, a la autoeficacia la define como la confianza en las capacidades propias, el momento de entender los hechos presentes en la realidad y a la autodignidad como la actitud afirmativa hacia el derecho de vivir satisfactoriamente expresando ideas y sentimientos.

Cortés de Aragón por su parte propone una clasificación de los tipos de autoestima en la cual el autor considera un componente cognoscitivo, un componente emocional-evaluativo y un componente conductual, en los cuales destaca ciertos factores (Válek de Bracho, 2007).

1. Componente cognoscitivo: aquel que de acuerdo al autor se denomina también, autoconocimiento, autoconcepto, autocomprensión, autoimagen, y autopercepción, los cuales son las representaciones mentales que se hace el individuo sobre sí mismo.
2. Componente emocional-evaluativo: es necesario fusionar estos dos elementos debido a que no se puede concebir por separado las emociones y las necesidades del individuo; los sentimientos que el individuo tiene respecto a sí mismo son los que influyen para que el individuo consiga su autorrealización; estos sentimientos se los denomina: autoevaluación, autoaceptación, autovaloración y autoaprecio, si estos sentimientos son adecuados el individuo puede ser asertivo y capaz de reconocer sus cualidades y defectos y abrirse a la ayuda cuando la considere necesaria.
3. Componente conductual: la autoestima responde también a la interacción y adaptación del individuo con el medio, por ello, si el individuo posee una adecuada autoestima la manifestará por medio de una actividad permanente definida como: conducta coherente, congruente, responsable, autodirigida, autonomía, autodirección, entre otras.

Por tanto, de acuerdo a lo antes mencionado, los factores o componentes de la autoestima comprenden dimensiones influenciadas por elementos que presentan características necesarias para su adecuado desarrollo, comprenden aspectos enfocados hacia el reconocimiento de capacidades, proyección de metas, capacidad de la persona de autovalorarse, confiar en sí mismo, en sus cualidades; con el fin de que el individuo desarrolle habilidades que le permitan afrontar situaciones de mejor forma, a través de actitudes positivas así como asertividad en sus conductas, para lograr un adecuado y óptimo desarrollo personal.

Es también importante enfatizar que el no poseer los elementos que conforman una autoestima adecuada, puede generar situaciones negativas como resultado de creencias inadecuadas que la persona puede hacer de sí mismo o por influencia de los demás.

### **2.3 Tipos de autoestima**

Para determinar los tipos de autoestima es necesario considerar las definiciones dadas anteriormente, ya que surgen a partir de la valoración que el sujeto se haga a sí mismo, por lo que no se la puede considerar como un factor estable, como lo indica (Ramírez Villafañez, 2014, págs. 16,17) “La autoestima no es un valor estable excepto ni siquiera en el caso de que la persona haya alcanzado una amplitud de conciencia integral”.

Una primera clasificación de la autoestima la proponen (Verduzco Álvarez Icaza & Moreno López, 2001), quienes la clasifican en:

- I. Autoestima alta: se refiere al reconocimiento y aceptación de las cualidades, habilidades así como defectos, valorando siempre los aspectos positivos desde lo personal, siendo auténtico, seguro, libre para expresar sus propias ideas, capaz de adoptar alternativas adecuadas ante las situaciones, evitando ser vencido por ellas y buscando aprender de las mismas, sin buscar la aceptación de los demás, sino con un criterio propio, asumiendo responsabilidades y retos.
- II. Autoestima baja: se presentan características como inseguridad, necesidad de aprobación constante, desvalorización de las habilidades, sentimiento de incapacidad para realizar las cosas bien, inhabilidad de abrirse a la crítica dejando que ésta actúe de forma negativa,

falta de criterio para creer que lo que se hace está bien, incapacidad para afrontar situaciones.

Dentro de esta misma idea se encuentra el aporte de Stanley Coopersmith, quien plantea tres niveles de autoestima, cada uno con sus características (Válek de Bracho, 2007).

- a) Personas con autoestima alta: tienen confianza en sí mismo, son asertivas, expresivas, siempre buscan el éxito, mantienen el autorrespeto, son creativas, se plantean metas a futuro, etc.
- b) Personas con autoestima media: necesitan la aceptación social, son expresivas, tienen afirmaciones positivas, sus expectativas son menos en relación a las personas con autoestima alta.
- c) Personas con autoestima baja: tienen pensamientos negativos, se aíslan, no son expresivos, sienten debilidad al momento de afrontar sus deficiencias, no poseen herramientas internas para tolerar diversas situaciones.

James por su parte propone una nueva clasificación, en la que refiere tres tipos de autoestima (Polaino-Lorente, 2004).

- Autoestima material: se refiere al orgullo por la riqueza, miedo a la pobreza, vanidad personal.
- Autoestima social: referida a la vanagloria, orgullo social y familiar, vergüenza, humildad.
- Autoestima espiritual: sentimiento de superioridad moral o mental, sentido de inferioridad.

Frente a estas clasificaciones que manifiestan la importancia de desarrollar una autoestima positiva en el individuo con el fin de lograr una vida exitosa y satisfactoria, existe la controversia que la proponen Seligman y Braumeister, quienes establecen que no es necesario mejorar la

autoestima sino más bien las habilidades de una persona, ya que coinciden en que no existe evidencia alguna de que mejorando la autoestima, se mejore el funcionamiento de un individuo. (Reeve, 2010).

Por todo aquello, a pesar de existir ciertos criterios que expresan que una buena autoestima no es primordial para lograr una vida exitosa, la mayoría de investigadores hacen su clasificación y refieren la importancia de la misma, así como la ventaja y necesidad de apuntar hacia la búsqueda de una autoestima positiva o alta, que ayude a los individuos a su reconocimiento y validez en todos los aspectos; así como a proyectarse hacia el logro de metas y oportunidades futuras, tener mayor asertividad al momento de solucionar problemas, con el propósito de lograr que la visión que tienen sobre sí mismo y que proyectan a los demás sea real, no sea exageradamente buena ni mala, sino que mantenga un punto de equilibrio que permita funcionar de mejor manera.

#### **2.4 Aspectos que influyen en el desarrollo adecuado de la autoestima**

Dentro de estos aspectos se puede considerar lo que propone (Ramírez Villafañez, 2014), quien señala las raíces para una autoestima sana:

- Refuerzo familiar adecuado: se considera a la familia como un factor importante que está llamado a fortalecer la autoestima en todas las etapas por las que atraviesa el sujeto.
- Confianza y percepción de poder: se refiere a los aspectos contrarios a la duda, ya que se enfoca en la capacidad de logro del individuo para alcanzar sus metas, con los medios y los esfuerzos necesarios para hacerlo.
- Considerarse apropiado y merecedor: es necesario que el hogar brinde las condiciones necesarias para que el sujeto se sienta merecedor de las actitudes señaladas como adecuadas

dentro del mismo, ya que facilitarán la confianza en sí mismo, seguridad, respeto, tolerancia, etc.

- Ser asertivo: poseer la capacidad de expresar su criterio de forma neutral o en contra a un determinando comportamiento o actitud, sin dejarse influenciar por la perspectiva de los demás sino el poder decir no cuando la situación así lo amerite, manteniendo los criterios propios, buscando así el logro del equilibrio en el comportamiento.
- Capacidad para aplazar refuerzos: hace referencia a la capacidad del ser humano a hacer las cosas necesarias para resolver situaciones y resistir a dichas situaciones de carencia, esperando pacientemente la resolución y desarrollando resistencia a la frustración.
- Adquirir criterio propio: se refiere a la necesidad de adquirir un punto de vista o criterio propio sin dejarse llevar por pensamientos establecidos por figuras que se consideran un líder a seguir, para así poder exponer criterios adecuados y sobre lo que el sujeto piensa ante una determinada situación que domina, e implica también el saber no opinar cuando no se tenga el conocimiento necesario del tema.
- Asumir la propia vulnerabilidad: consiste en cada día ir desarrollando el pensamiento de valía que la persona tiene de sí mismo, sin necesidad de estar pendiente de lo que los demás hacen o dicen, sino validando las cualidades y potencialidades personales.
- Conocer límites: comprende la necesidad de reconocer que cada persona es distinta, que nunca se puede pretender hacer lo que hace el otro ni dejarse llevar por apariencias, porque cada uno tiene habilidades diferentes y los objetivos que se traza cada persona también son diferentes.
- Esforzarse en alcanzar logros: las personas por naturaleza buscan el logro de objetivos, para tratar de conseguirlos se esfuerzan y esto no necesariamente conduce al éxito, por lo

que es necesario desarrollar un aspecto importante como es la “confianza”, que ayudará a la persona a la búsqueda de una adecuada autoestima.

- Rendirse a lo inalcanzable y aceptar: se refiere a la importancia del individuo de aprender a fracasar, a la capacidad de desarrollar la aceptación como una actitud necesaria para enfrentarse a las situaciones de la vida que se consideran difíciles y que requieren de esta característica.

Christophe & Francois (2009) por su parte menciona los tres pilares de la autoestima:

1. El amor a sí mismo: se refiere a la capacidad del individuo de quererse, respetarse, reconociendo sus límites y defectos, reponiéndose ante los fracasos, sin impedir el sufrimiento sino evitando dejarse llevar por la desesperación ante situaciones que generen ansiedad.
2. La visión de sí mismo: habla sobre la evaluación que hace la persona de sus cualidades y defectos, se trata de la convicción que tiene el individuo para reconocer que es portador de dichas cualidades, defectos, potencialidades o limitaciones.
3. La confianza en sí mismo: significa el pensar que se es apto para comportarse o actuar de modo adecuado ante situaciones importantes.

Otra propuesta es la de Coopersmith, quien revela la existencia de cuatro factores que contribuyen al desarrollo de la autoestima (Saffie Ramírez, 2000).

1. La cantidad de aceptación, respeto y preocupación que el individuo recibió del mundo externo y que tuvo un papel significativo en su vida.
2. La historia de los éxitos logrados y el lugar que ocupa la persona dentro de la comunidad.

3. La forma en la que el individuo interpreta las experiencias y las modifica de acuerdo a sus valores y aspiraciones.
4. La manera en la que el individuo responde a la evaluación.

Se puede establecer por lo tanto, que los tipos de autoestima se dan como resultado de los pensamientos del individuo, de la concepción de sí mismo; se distinguen dos niveles fundamentales a través de los cuales el individuo debe lograr mantener el equilibrio que le permitirá tomar decisiones adecuadas y acertadas ante una determinada situación, reconociendo sus recursos, necesidades, potencialidades personales; con el fin de concientizar sobre sus aspectos positivos.

## **2.5 Autoestima en la preadolescencia**

Feldman (2005) expresa que la autoestima se forma desde la niñez y se establece como baja o alta durante los periodos posteriores, refiere que ésta comprende mucho más que sentirse atractivo; hace una comparación y manifiesta que los niños que forman una autoestima alta tienen sentimientos de confianza, optimismo, seguridad, disponibilidad para asumir riesgos, son autodirectivos e independientes a diferencia de los que presentan baja autoestima que poseen características como: timidez, conductas cambiantes, inseguridad, bajo rendimiento escolar, egocentrismo, agresividad, dificultad para llevarse bien, etc.

Stenberg (2002) señala que durante la etapa de la adolescencia inicial se presentan los niveles más bajos de autoestima, debido a que en esta etapa se producen cambios significativos, que pueden ser físicos o la desvinculación de sus padres; por ello se considera una etapa importante

para que el preadolescente establezca un buen concepto de sí mismo, lo que le permitirá desarrollar una buena autoestima (García Grau, 2011).

López Jordán & Gonzáles Medina (2006 ) por su parte manifiestan que durante la etapa de la preadolescencia el individuo empieza a centrarse en sí mismo, conocerse para tratar de entender o descubrir su identidad, lo que puede generar inestabilidad y hacer que la persona desarrolle sus propios recursos. Los cambios que se dan en esta etapa no son solamente físicos sino también pueden ser psicológicos, lo que puede desestabilizar al individuo y generar sentimientos de inseguridad y dificultades en la autoestima.

Por su parte Santrock (2003) manifiesta que entre los aspectos más relevantes para determinar la autoestima en esta etapa, está el aspecto físico, señala la importancia de este, porque no se limita a la adolescencia sino que se mantiene durante la mayor parte del ciclo de vida del sujeto.

Manifiesta también la importancia de la influencia que tienen los padres en el desarrollo de ésta, ya que son fuentes de apoyo social que influyen sobre la autoestima del preadolescente.

Este mismo autor habla sobre la importancia de elevar la autoestima durante esta etapa, para lo cual sugiere cuatro formas de hacerlo:

- A) Identificar las causas de la baja autoestima.
- B) Brindar apoyo emocional y aprobación social.
- C) Ayudar en la consecución de logros.
- D) Mejorar habilidades de afrontamiento.

Se debe entonces trabajar en estas características con el objetivo de elevar la autoestima en la etapa de la preadolescencia y lograr que el individuo genere pensamientos de carácter positivo

pueda enfocarse hacia el logro de metas y objetivos, que le permitan el desarrollo adecuado de su identidad, la cual está íntimamente ligada con la comprensión de sí mismo.

Por lo tanto, es importante el desarrollo de la autoestima en esta etapa, porque se la considera un factor de vital importancia para que la persona pueda desempeñarse de mejor manera tanto de forma individual como en sus relaciones interpersonales, para así evitar posibles problemas futuros en el individuo y este se sienta con la capacidad de ser asertivo a la hora de resolver problemas, asumiendo responsabilidades y el logro de una identidad adecuada.

## **2.6 Consecuencias de la baja autoestima**

La baja autoestima se refiere a aquellas personas que desconfían de sus propias capacidades, fortalezas, habilidades, que se muestran inseguras en diferentes situaciones, que necesitan por lo general la aprobación de los demás ante sus actos, tienen sentimientos de inferioridad y timidez al momento de establecer relaciones interpersonales, así como pensamientos negativos que incluso pueden llevar a la depresión, por la falta de seguridad en sí mismo (Alvarado Sánchez, Guzmán Benavides, & González Ramírez, 2005).

Peralta, Quezada & Quezada (2005) por su parte señalan que “la baja autoestima radica en la capacidad humana de juicio y deriva en problema pues el juzgarse y rechazarse a sí mismo produce enorme dolor, dañando considerablemente las estructuras psicológicas que nos mantienen vivos” (pág. 132).

Así es como lo plantean también López Jordán & Gonzáles Medina (2006 ), quienes señalan que las personas que poseen baja autoestima se sienten inferiores, limitadas en todos los aspectos de su vida, no se sienten merecedores de logro, se sienten limitados al momento de mantener

contactos emocionales constructivos, por lo que pueden establecer relaciones destructivas en las cuales se puede presentar problemas de abuso físico o emocional.

De esta misma forma (Brown, 1998; Harter, 1990) manifiestan que la baja autoestima va acompañada de un estado de depresión, que puede provocar disminución del rendimiento escolar, esto hace que el individuo se valore cada vez menos centrándose solo en sus aspectos débiles o negativos (Mietzel, 2005).

Cuando existe baja autoestima, de acuerdo a (Castanyer, 2007), se pueden presentar 5 formas de pensar de los individuos:

1. Autorreferencial: se preocupan mucho por sí mismas y creen que cuando llegan a algún lugar o alguien les ve están pendientes de ellos, piensan algo negativo y los están evaluando de esa misma forma.
2. Adivinatoria: creen siempre que los demás tienen sentimientos negativos hacia ellos, rechazando los positivos y creyendo que los demás los juzgan, se burlan de ellos.
3. Se confunde la conducta con la valía humana: la persona siente que no merece ser querida y aceptada por los demás y cree que debe estar siempre haciendo méritos para hacer que los demás la valoren.
4. A la hora de sacar conclusiones, hay un excesivo centramiento en el momento presente: si hicieron algo que les hace sentir mal sienten que son un fracaso y no toman en cuenta las veces que han hecho las cosas correctamente.
5. Hay una constante sensación de transparencia: creen que todos pueden darse cuenta como se están sintiendo, están conscientes de su inseguridad y creen que todos la notan y que están pendientes de aquello.

La misma autora dentro de la baja autoestima trae a relucir el término distorsión, y manifiesta al respecto, que todas las personas tienen un “crítico interno negativo”, que actúa haciendo ver lo negativo de las situaciones y que todo lo mal que se puede sentir una persona ante una determinada situación es producto de la distorsión que él mismo hace de la realidad, pues responde a un esquema mental irracional.

Señala que todas las personas pueden cometer estas distorsiones y que lo ideal sería cambiarlas por un pensamiento objetivo, porque al no hacer esto genera baja autoestima y se convierte en un problema que puede desencadenar pensamientos como: nadie me quiere, soy un fracaso, no valgo nada, etc.

Por su parte Satir (1991) refiere que las personas que no se aman pueden convertirse en instrumentos de odio, se pueden manifestar problemas en sus relaciones interpersonales, se sentirán más demandados de los demás, por lo que no sentirán confianza en sí mismos y esto generará incapacidad al momento de amar.

Llanes & Castro (2002) señalan algunos indicadores de baja autoestima en la preadolescencia como son: mentiras, necesidad de competir y de ganar, timidez, dificultad para tomar decisiones, conductas antisociales, autocrítica en exceso, necesidad de llamar la atención a través del uso de un lenguaje grotesco.

Por lo antes mencionado es necesario reconocer la importancia de fomentar una autoestima adecuada en el individuo, ya que la falta de la misma genera pensamientos negativos que pueden traer problemas como: depresión, negación de sí mismo, rechazo a lo que el individuo considera una situación problemática; por lo que se debería apuntar hacia el cambio de estos pensamientos

para que el individuo pueda generar pensamientos adecuados a través de la percepción real de las situaciones.

### **2.6.1 Problemas conductuales que genera la baja autoestima**

A decir de López Jordán & Gonzáles Medina (2006 ) las personas que poseen una autoestima inadecuada o baja autoestima son más propensas a experimentar situaciones de depresión o ansiedad, quizá por las vivencias negativas que hayan experimentado y que influenciaron notoriamente en el individuo, esto puede generar con facilidad comportamientos de agresividad, actitudes de ansiedad, en general problemas conductuales, lo que puede ser un predictor del éxito o fracaso de un individuo.

Santrock (2003) por su parte manifiesta indicadores negativos conductuales de la baja autoestima:

- ✓ El individuo arremete contra los demás a través de insultos, descalificaciones.
- ✓ Realiza gesticulación excesiva o que está fuera de contacto.
- ✓ Evita el contacto corporal o toca excesivamente.
- ✓ Se excusa por los errores.
- ✓ Intenta controlar lo que hacen los demás, mirando siempre lo que hacen.
- ✓ Se descalifica verbalmente.
- ✓ Habla demasiado alto o de forma brusca.
- ✓ No expresa sus ideas, puntos de vista, a pesar de que se lo pidan.

## **2.7 Conclusiones**

Es importante recalcar la importancia de trabajar en fomentar la autoestima en los individuos, ya que es la base para un mejor desarrollo personal; la autoestima en sus niveles adecuados permite una mejor comprensión de sí mismo, una mejor relación con el mundo exterior, la capacidad de ser asertivo, es decir aquellos elementos fundamentales para que el proceso vital pueda seguir su curso de la mejor manera y evitar que se genere una situación de carácter negativo que puede desencadenar en problemas futuros.

Las personas con una autoestima adecuada se muestran como individuos mejor expuestos a las relaciones sociales, con mejores propósitos en la vida, con un nivel elevado de confianza en sí mismo y en sus capacidades, en general con mejores condiciones para enfrentarse al mundo.

## CAPÍTULO III

### Terapia de Grupo Cognitivo-Conductual

#### 3 Introducción

En el presente capítulo se abordará algunos conceptos acerca la Terapia de Grupo Cognitivo-Conductual, como también la parte metodológica incluyendo aspectos de selección, tipos de grupo, objetivos y eficacia. Por otro lado, se darán a conocer algunas técnicas de este enfoque teórico tales como: modelado, relajación, autocontrol, exposición, reestructuración cognitiva, habilidades sociales y solución de problemas.

La Terapia Grupal Cognitivo-Conductual consiste en la utilización de técnicas de este enfoque aplicadas a un grupo de pacientes de acuerdo a las necesidades que estos presenten, con el objetivo de lograr una meta conductual previamente establecida, donde el grupo servirá como un instrumento de cambio.

#### 3.1 Concepto

A continuación se dará a conocer algunos conceptos de la Terapia de Grupo Cognitivo-Conductual:

“La terapia Cognoscitivo-Conductual puede discutirse en términos de las habilidades que se enseñan, los problemas que se atienden o las técnicas conductuales específicas que se utilizan” (Alonso & Swiller, 1995, pág. 444).

Ortiz Salinas (2010) manifiesta que la terapia de Grupo Cognitivo-Conductual “es aquella terapia donde se utiliza técnicas y métodos Cognitivo-Conductuales, entre los cuales se pueden

manifestar: modelamiento, reestructuración de pensamientos, entrenamiento en habilidades de comunicación, entrenamiento en relajación, con el fin de alcanzar una meta conductual establecida”.

Kaplan & Sadock (1996) consideran que la Terapia de Grupo Cognitiva-Conductual “es útil tanto en niños como en adultos para: tratamiento y reducción de estrés, entrenamiento en habilidades sociales, efectos que causa la depresión, reducción de la ansiedad, control de la agresividad, etc”. (pág. 224).

Según Vinogradov & Yalom (2008) la Psicoterapia de Grupo “es la aplicación de técnicas psicoterapéuticas a un grupo de pacientes, donde se evidencia la interacción paciente-paciente así como también la interacción paciente-terapeuta, además el grupo sirve como instrumento de cambio por lo que se da un excepcional potencial terapéutico” (pág. 15).

Por lo tanto, la Terapia de Grupo Cognitivo-Conductual consiste en la aplicación de técnicas de este enfoque a un grupo de pacientes, donde se evidencia la interacción entre los mismos, como también entre terapeuta-paciente, logrando que el grupo sirva como un instrumento de cambio en las diferentes conductas, fomentando el desarrollo de habilidades sociales.

## **3.2 Aspectos metodológicos**

### **3.2.1 Selección**

Vinogradov & Yalom (2008 ) refieren que a la hora de la selección de los pacientes se debe crear un grupo que forme una unidad; manifiestan que el criterio de selección más importante dentro de cualquier grupo es la capacidad de realizar la tarea grupal, así mismo establecen criterios de inclusión y exclusión a tomar en cuenta al momento de la selección del grupo a trabajar.

- A. Criterios de inclusión: capacidad de realizar la tarea de grupo, motivación para la participación en el tratamiento, áreas problemáticas compatibles con los objetivos del grupo, compromiso de asistir a las sesiones y la permanencia durante toda la sesión.
- B. Criterios de exclusión: incapacidad de tolerancia al escenario de grupo, tendencia a asumir un papel desviado, extrema agitación, inconformidad con las normas grupales, incompatibilidad con uno o varios miembros del grupo.

Ortiz Salinas (2010) por su parte refiere que los grupos pueden estar conformados por clientes con problemas diversos o pueden a su vez enfocarse en clientes con problemas específicos.

Kaplan & Sadock (1996) en cambio señalan que para realizar la planificación de la terapia grupal se debe tomar en cuenta los déficit comunes en un grupo determinado.

Manifiestan también que al momento de organizar los grupos se debe tomar en cuenta características como: la duración total, el número de sesiones a trabajar, el número de terapeutas, el lugar en el que se va a desarrollar la intervención, también establecen que la terapia a corto plazo tiene una duración de 6 a 12 sesiones, las mismas que se organizarán alrededor de un tema específico.

Otro autor coincide con el establecimiento de sesiones y manifiesta que la mayoría de grupos se conducen semanalmente durante 8 a 12 sesiones con una duración de una hora y media a dos horas (Alonso & Swiller, 1995).

### **3.2.2 Tipos de grupo**

Alonso & Swiller (1995) manifiestan que existen características para determinar los tipos de grupos, que pueden ser similares a las de otra orientación como son: tamaño de los grupos, grupos

homogéneos y heterogéneos (con respecto a la naturaleza o gravedad del problema, edad de los pacientes, si la terapia es abierta o por tiempo limitado, si presenta un solo líder o colíderes, si el tratamiento individual es concurrente para los miembros del grupo y la confidencialidad y reglas que se establecen dentro y fuera del grupo).

Dentro de este mismo sentido (Vinogradov & Yalom, 2008 ) manifiestan que el concepto clave para la composición del grupo es la cohesión y establecen ciertas características de grupos homogéneos y heterogéneos.

1. Grupos heterogéneos: aquellos miembros que presenten una gama de orígenes y dolencias diferentes, se formarán grupos con muchas vías potenciales de exploración.
2. Grupos homogéneos: los pacientes presentan una misma situación problemática importante.

### **3.2.3 Objetivos**

Torras de Beà (2014) manifiesta que los grupos terapéuticos, buscan generar una experiencia social de comunicación e interacción a través del intercambio verbal y de actividades, donde cada participante puede aprender de los otros escuchándose mutuamente.

Así mismo la Terapia Grupal permite modificar las relaciones interpersonales negativas, optimizando la capacidad de compartir y aprender uno del otro, promoviendo hacia la evolución, donde el tratamiento grupal se centra en los problemas y los estados emocionales que los participantes comparten. El grupo por sus características atiende la problemática de cada miembro en forma distinta.

Por otro lado según Sophia & Irvin (2008) el objetivo terapéutico de la gran mayoría de los grupos de psicoterapia es el mantenimiento del rendimiento psicosocial adecuado; los grupos de entrenamiento en habilidades sociales y los grupos especializados de autoayuda proporcionan educación, socialización y apoyo.

Por lo descrito anteriormente se puede manifestar que los objetivos de la terapia grupal Cognitivo-Conductual están enfocados directamente al aprendizaje mutuo que se genera entre los participantes del grupo, por otro lado se centra en modificar las relaciones sociales negativas, promoviendo hacia el crecimiento, además es importante mencionar que el grupo atiende a problemáticas de forma distinta en cada individuo, proporcionando educación, socialización y apoyo.

### **3.2.4 Fases o etapas del proceso grupal**

Para una mejor y adecuada ejecución del tratamiento, se puede establecer cuatro fases: (Fernández-Álvarez, 2008).

1. Fase Inicial: durante esta primera etapa se trabaja con las ideas, mitos y creencias del individuo, en esta etapa es importante que el terapeuta logre la cohesión grupal, el sentido de pertenencia, aceptación y subrayar la importancia de respetar la confidencialidad, ser puntual y de esta forma lograr una adecuada motivación para el desarrollo de las actividades.
2. Fase de Sostenimiento: es la fase más difícil porque pueden surgir complicaciones por no haber logrado los objetivos de la fase anterior; en esta fase se intensifican los factores terapéuticos de apoyo como: infundir esperanza, aceptación, universalidad y altruismo así como otros

principios de cambio que adquieren relevancia: motivadores incentivos, motivadores vicarios y aprendizaje por observación.

3. Fase Final: corresponde a la culminación del tratamiento, los resultados que se pudo haber obtenido, se modifica la percepción de sí mismo, se logra la responsabilidad de las nuevas conductas, las sesiones en esta fase son menos frecuentes, se da la consecución de objetivos.
4. Fase de seguimiento: los encuentros son periódicos al mes, a los tres, seis y doce meses, para ello se establecerá o se acordará la realización de actividades durante esta fase.

### 3.2.5 Eficacia

Irwin G & Barbara R (2006) mencionan que una característica central de la terapia de grupo es que los pacientes pueden aprender por medio de la observación de las conductas adaptativas o desadaptativas de otros miembros y a través de la comparación de sus propias relaciones con el terapeuta y con la de los otros miembros.

La psicoterapia grupal es muy rentable, a pesar de ello sus ventajas van más allá debido a que se apoya en una herramienta muy poderosa que es el escenario grupal, así se puede destacar la importancia de la interacción interpersonal en el desarrollo psicológico (Vinogradov & Yalom, 2008).

Según Harold .I & Benjamín J (1996) la eficacia de la terapia está asociada al incremento de la cohesión del grupo, para ello John Flowers, Cutis Booraem y Karen Hartman (1988) identificaron ocho correlatos de la cohesividad:

1. Incremento de la atención hacia el orador.
2. Incremento de la espontaneidad para transmitir los problemas.

3. Incremento de la proporción de feedback negativo.
4. Decremento de la frecuencia de roles (de estímulo o respuesta) negativos en los pacientes.
5. Incremento de la flexibilidad del rol durante las sesiones.
6. Incremento de las interacciones entre pacientes.
7. Incremento del grupo de auto-informes satisfactorios sobre la sesión de grupo.
8. Incremento del número de auto-informes satisfactorios sobre la sesión o el grupo.

El aporte de Alonso & Swiller (1995) coincide con lo mencionado anteriormente, ya que manifiestan que una de las ventajas del trabajo en grupo es que los participantes aprenden y practican conductas y cogniciones en grupo, además se da un elemento muy importante como es el feed-back entre los mismos, lo que facilita la oportunidad de refuerzo por parte de los compañeros participantes.

Además mencionan que a través de la terapia de grupo se puede utilizar de mejor forma el tiempo y esfuerzo del terapeuta, así como promover el contrato terapéutico con un elevado número de personas que necesitan ayuda; así mismo en los grupos se ofrece a los participantes una forma de aprendizaje adecuado a un modelo de cambio conductual para aumentar o potenciar el desarrollo de habilidades interpersonales adaptativas; de igual forma, se puede mostrar las conductas de manera más verídica que en la terapia individual, esto permite que los miembros aprendan y adopten nuevas conductas a través del apoyo que proporciona la retroalimentación y el reforzamiento apropiado por parte de los participantes.

Otro punto importante que manifiestan Vinogradov & Yalom (2008) es que el trabajo en grupo permite tener oportunidades para practicar el aprendizaje y desaprendizaje de diversas respuestas; así como la mayor facilidad para los pacientes de llevar a cabo tareas conductuales en vivo, ya sea en parejas o en grupos más grandes.

Por ello la eficacia de la terapia grupal, produce mayores resultados que la terapia individual, los grupos son eficaces cuando ofrecen a los participantes la oportunidad de adquirir nuevas habilidades sociales mediante el modelamiento; las oportunidades de ensayar y practicar habilidades sociales en grupo aumentan las probabilidades de que los participantes utilicen las habilidades recién adquiridas en la vida diaria.

Es importante mencionar que la terapia grupal es eficaz, ya que se puede tratar a un elevado número de participantes utilizando eficientemente tiempo, espacio, personal y otros recursos; una reunión de grupo permite que se dé una psicoterapia útil.

### **3.2.6 Factores terapéuticos**

Vinogradov & Yalom (2008) desarrollaron once factores terapéuticos que explican la forma en como el grupo ayuda a cambiar a cada uno de los participantes, como también a identificar lo que sucede en cada uno de ellos dentro del grupo:

- **Infundir esperanza:** terapéuticamente es eficaz la fe en el tratamiento, cuando el paciente posee altas expectativas de ayuda como cuando el terapeuta cree en sí mismo y en la eficacia del tratamiento de grupo. Además es importante mantener la esperanza en todas las psicoterapias en un escenario grupal.
- **Universalidad:** se asocia con la experimentación de alivio que los pacientes poseen al momento que descubren que no están solos con sus problemas, sino que estos son de tipo universal y que comparten otros miembros del grupo; se relaciona con la capacidad que los pacientes tienen para descubrir la similitud con los otros y compartir sus preocupaciones más profundas.

- Transmitir información: es la instrucción didáctica que los terapeutas proporcionan a los pacientes sobre el funcionamiento mental o físico, como también los líderes u otros miembros del grupo dan consejos y orientación directa sobre problemas vitales.
- Altruismo: dinámica que se genera dentro del grupo donde los pacientes se ayudan entre sí, comparten problemas similares, además se ofrecen ayuda, sugerencias e insights, tranquilizándose unos a otros. La experiencia de los pacientes de ser útil para los otros, resulta gratificante, por ello la terapia de grupo ayuda a que los pacientes incrementen su autoestima.
- Desarrollo de técnicas de socialización: el aprendizaje de las técnicas de socialización y el desarrollo de habilidades sociales básicas, es un factor terapéutico que se utiliza en todas las terapias, aunque el proceso varía dependiendo del tipo de grupo.
- Comportamiento imitativo: durante la terapia de grupo los participantes se benefician de la observación de la terapia del otro paciente que tiene problemas similares; muchas veces los pacientes pueden adquirir valores terapéuticos, además perciben que al cambiar su conducta puede producir en los otros efectos favorables y deseables.
- Catarsis: actor terapéutico que está asociado con los procesos grupales, especialmente con la universalidad y la cohesión. Es una fuerte expresión de las emociones, donde los participantes comparten con los demás el mundo interior, con el fin de ser aceptados dentro del grupo, expresan fuertes sentimientos mutuos y analizan sinceramente estos sentimientos desarrollando vínculos.
- Recapitulación correctiva del grupo familiar primitivo: el grupo es similar a la familia en muchos aspectos, se dice que muchos de los pacientes inician su terapia con una historia insatisfactoria dentro de su familia, gracias a la terapia de grupo los pacientes pueden

empezar a interactuar con los líderes o con otros miembros tal y como interactuaron con sus familias, por el hecho de que la terapia permite una recapitulación amplia, de forma correctiva; el terapeuta debe examinar y cuestionar los roles existentes dentro del grupo y alentar continuamente a los miembros para que prueben nuevos comportamientos.

- Factores existenciales: la relación sólida y confiada entre los pacientes, como también el encuentro básico e íntimo posee un valor intrínseco, ya que proporciona una presencia y un “estar con” frente a las duras realidades existenciales.
- Cohesión de grupo: es uno de los factores más importantes dentro de la terapia de grupo, se refiere al atractivo que los participantes ejercen sobre el grupo y el resto de los miembros; los participantes de un grupo cohesivo se aceptan, forman relaciones significativas, ofrecen condiciones de aceptación y de comprensión; cuando un grupo es cohesivo genera mejores resultados terapéuticos, además los pacientes tienden a expresarse y examinarse a sí mismos.
- Aprendizaje interpersonal: es utilizado para comprender como también para tratar trastornos psicológicos, con el objeto de entender la utilización del aprendizaje interpersonal es importante conocer las relaciones interpersonales, el desarrollo de la psicopatología y los síntomas presentes.

### **3.2.7 Técnicas Cognitivo–Conductuales**

A continuación se dará a conocer brevemente algunas técnicas Cognitivo-Conductuales que serán empleadas para el desarrollo del proceso grupal.

### **3.2.7.1 Modelado**

Kazdin (2000) manifiesta que el modelamiento u aprendizaje vicario, “se refiere al aprendizaje que se logra al observar la ejecución de alguien que participa en las conductas que se desea desarrollar”.

En este mismo sentido menciona a Albert Bandura (1977) quien propone el modelamiento como un proceso que logra sus efectos alterando los procesos cognoscitivos; por ello se menciona que las conductas modeladas se adquieren al momento de modificar los procesos mentales cognoscitivos. Además es importante mencionar que para que la conducta se repita va a depender de muchas circunstancias como de los reforzadores que se ejecuten.

Este mismo autor manifiesta que existen muchas variantes del modelamiento, uno de los más usuales son los modelos filmados o en vivo, con el objetivo de transmitir las conductas deseadas. Por otro lado puede ejecutarse el modelamiento utilizando la imaginación, en el cual los clientes imaginan en lugar de observar modelos; es eficaz para entrenar adultos tímidos con el objetivo de que puedan actuar de manera asertiva en situaciones sociales.

#### **3.2.7.1.1 Fases del modelado**

1. Exposición y observación: se refiere a la observación de la conducta, acciones u opiniones del modelo real o simbólico.

2. Adquisición: lograr que el observador adquiriera la conducta del modelo, para ello es importante asegurarse que preste atención al modelo, pueda retener la conducta o secuencia de conductas que el modelo está llevando a cabo y sea capaz de reproducirla posteriormente.

3. Aceptación/ejecución: realización de las conductas observadas y adquiridas. Es necesario señalar que la exposición al modelo y la adquisición de las conductas por parte del observador no garantiza que las ejecute posteriormente o si las realiza, sean similares a las esperables.

En el mismo texto Spiegler y Guevremont (2010) señalan cuatro tipos de ejecución de conductas del observador después de haber sido presentado al modelo:

- Imitación específica: donde el observador realiza la misma conducta del modelo.
- Imitación general: el observador se comporta de forma similar al modelo pero no idénticamente.
- Contra-imitación específica: el observador realiza justo la conducta contraria a la observada en el modelo.
- Contra-imitación general: el observador se comporta diferente al modelo aunque no necesariamente en la dirección opuesta.

Además según Ruiz Fernández, Díaz García, & Villalobos Crespo (2012) es importante reconocer los procesos implicados en el aprendizaje observacional según Bandura (1988) que son cuatro procesos básicos: a) atención, b) retención, c) reproducción, d) motivación.

Por lo mencionado anteriormente es significativo reconocer que el individuo no puede verse influido por la conducta del modelo, ya que depende de los factores nombrados anteriormente.

### **3.2.7.2 Relajación**

Ruiz Fernández et al. (2012) manifiestan que la técnica de relajación es la más utilizada en las intervenciones psicológicas, ya que es un elemento fundamental en algunos procedimientos como el caso de la técnica de desensibilización sistemática.

La relajación tiene como objetivo reducir el estado de activación fisiológica, facilitando la recuperación de la calma, el equilibrio mental y la sensación de paz inferior.

Además manifiestan que dentro de la Terapia Cognitivo-Conductual la relajación es importancia, ya que Wolpe encuentra la relajación como la respuesta eficaz para utilizarla como estrategia de contracondicionamiento en su técnica de desensibilización sistemática.

Morales, Gallego, & Prior (2002) manifiestan que la desensibilización sistemática es un procedimiento que facilita el proceso de descondicionamiento, mediante la percepción vivida de las situaciones a descondicionar, en el cual desde un estado relajado, se facilita la imaginación vívida de los estímulos asociados con la situación temida.

Dentro del ámbito de la Terapia Cognitivo-Conductual, son dos los procedimientos estructurados que han cobrado mayor relevancia y tienen mayor aplicación:

1. Relajación Progresiva (Jacobson, 1939) tiene como objetivo principal reducir los niveles de activación mediante una disminución progresiva de la tensión muscular. El procedimiento consiste en tensar y destensar los diferentes músculos tomando conciencia de las sensaciones que se producen en cada situación.
2. Relajación Autógena (Schultz, 1931) se basa en el descubrimiento de que la mayoría de las personas son capaces de alcanzar un estado de relajación profunda a través de representaciones mentales de las sensaciones físicas, especialmente de las sensaciones de peso y calor. Este procedimiento parece actuar a través del sistema nervioso autónomo, restableciendo el equilibrio entre las ramas simpática y parasimpática y tiene mayores efectos que otras técnicas de relajación en los trastornos asociados con la disfunción autónoma como la hipertensión o las migrañas Ruiz Fernández et al. (2012).

Payne (2005) manifiesta que de acuerdo Titlebaum (1988) que la relajación tiene tres objetivos:

1. Como medida de prevención: para proteger a los órganos del cuerpo de desgaste innecesario y a los órganos implicados en las enfermedades relacionadas con el estrés (Selye, 1956, 1974).
2. Como tratamiento para facilitar el alivio del estrés.
3. Como una técnica para poder hacer frente a las dificultades, calmar la mente y permitir que el pensamiento sea más claro y eficaz.

### **3.2.7.3 Autocontrol**

Las técnicas de autocontrol ayudan a entrenar a los individuos para controlar su propia conducta y lograr metas seleccionadas; además intentan maximizar el control de los individuos sobre el cambio conductual (Kazdin, 2000).

Se menciona autocontrol a aquellas conductas que una persona emprende de manera voluntaria para el logro de resultados seleccionados por ella misma.

Los procedimientos de autocontrol en modificación conductual se refieren principalmente a técnicas en las cuales el cliente juega una parte activa y en ocasiones es el único en la administración del tratamiento.

El autocontrol puede desarrollarse mediante técnicas de modificación conductual para lograr fines terapéuticos específicos. Algunas de las técnicas de autocontrol que ayudan a los individuos a controlar sus conductas son:

- Control de estímulos: permiten a los individuos controlar su propia conducta alterando los eventos ambientales y situacionales que sirven como señales para la conducta.
- Automonitoreo: requiere que el individuo lleve un registro cuidadoso de las respuestas que emite ante una situación, ya que el hecho de observar la propia conducta suele conducir a un cambio sistemático.
- Autoreforzamiento y autocastigo: requieren que los individuos apliquen en sí mismo ciertos eventos luego de la conducta, el aspecto importante sería la libertad para tomar parte del reforzador o para no aplicar el evento castigante.
- Entrenamiento de respuesta alternativa: requiere que el cliente participe en una respuesta que interfiere o reemplaza a la que el cliente desea controlar.
- Procedimientos biorretroalimentación: brindan información a los clientes sobre sus procesos fisiológicos, donde pueden controlar los procesos corporales relacionados con el problema para el que buscaron modificaciones.
- Manuales de autoayuda: poseen una variedad de técnicas, donde los clientes reciben material escrito en forma de libro o folleto, que indican el procedimiento de la técnica.

Este mismo autor menciona que la técnica de autocontrol conduce al cliente hacia el involucramiento de manera directa en la aplicación de la técnica, por lo que incrementa el apego a los procedimientos, fomentando así su efectividad.

#### **3.2.7.4 Exposición**

Ruiz Fernández et al. (2012) manifiestan que el origen de las técnicas de exposición tiene que ver con el desarrollo y la técnica de desensibilización sistemática propuesta por (Wolpe, 1958, 1969) para el tratamiento de la ansiedad y miedo clínico.

Consiste en exponer al individuo con el estímulo temido, para así lograr el establecimiento de nuevas asociaciones y facilitar un nuevo aprendizaje relacionado con el estímulo que produce ansiedad.

Las intervenciones que se realizan mediante el uso de esta técnica están indicadas en dos tipos de casos:

- a) En personas que padecen ansiedad independientemente de cumplir o no con los criterios diagnósticos para considerarlo como trastorno.
- b) En personas que mantienen conductas de escape o evitación, lo que ocasiona impacto negativo en sus vidas.

El modelo conductual establece que la técnica de la exposición lleva a la reducción de la ansiedad ya que se promueve procesos de habituación y extinción: el proceso de habituación consiste en la familiarización con el estímulo que produce malestar, de tal forma que se responda cada vez menos a dicho estímulo; la extinción por su parte se refiere al debilitamiento de las respuestas ante un estímulo que produce malestar debido a la eliminación de refuerzos.

Se mencionan los tipos de exposición:

- A. Exposición en vivo: consiste en tomar contacto directo con aquella situación temida de una manera gradual, el individuo debe mantenerse expuesto a la situación que le genera

ansiedad evitando abandonarla así se produzca un incremento de la misma, esto permite que el sujeto busque y utilice una estrategia moduladora para que se vaya eliminando dicha ansiedad.

- B. Exposición simbólica: se refiere a la exposición al estímulo temido por medio de la imaginación, se puede aplicar especialmente cuando existe miedo ante una determinada situación, cuando el miedo se refiere a un hecho pasado que se puede producir en el futuro.
- C. Exposición en grupo: se refiere a planificar y evaluar las sesiones de exposición en un contexto grupal, en un grupo de pacientes con problemas similares, con el objetivo de que puedan beneficiarse de la experiencia y retroalimentación de otros, además del beneficio de los efectos motivacionales que en general manifiestan las intervenciones grupales.

La exposición en grupo es útil cuando el individuo mantiene relaciones conflictivas o carece de apoyo social, ya que es favorable el efecto motivador que tiene en este tipo de exposición.

### **3.2.7.5 Reestructuración cognitiva**

Se refiere al proceso de identificar y evaluar las condiciones propias del individuo, reconociendo los efectos negativos de las mismas y reemplazándolas por otras más apropiadas (Kaplan & Sadock, 1996).

Esta técnica fue propuesta por Mahoney (1978) quien refiere cinco elementos como componentes:

1. Reconocer la sensación de malestar: consiste en la capacidad de reconocimiento del problema.

2. Discriminar los eventos privados: es decir el sistema de creencias que posee el individuo.
3. Evaluar las bases lógicas y la función adaptativa: permiten al individuo buscar alternativas de solución.
4. Presentar alternativas: obtenidas mediante la discusión socrática guiada por el terapeuta.
5. Premiarse: si los resultados son los que se esperaban.

(Reynoso Erazo & Seligson Nisenbaum, 2005)

Autores como Hidalgo y Abarca establecen pasos para el logro de objetivos de la reestructuración cognitiva:

- Identificar las situaciones en las que se presentan déficit en habilidades sociales.
- Identificar cuáles son los pensamientos que interfieren en el adecuado desarrollo de la interacción social.
- Identificar las creencias que se relacionan con el fracaso social.
- Identificar el procesamiento cognitivo que subyace a la deficiente interacción social.
- Incorporar estrategias de intervención conductual y cognitiva que permitan la modificación del estilo cognitivo. (Rosentreter, 1996).

### **3.2.7.6 Habilidades sociales**

Ruiz Fernández et al. (2012) mencionan a (Segrin, 2009) quien manifiesta que el entrenamiento en habilidades sociales consiste en la aplicación de un conjunto de técnicas para el mejoramiento de las relaciones interpersonales y de comunicación.

Kaplan & Sadock (1996) las habilidades sociales de acuerdo a Melinda Combs y Diana Slaby (1977) se definen como “la capacidad para interactuar con los demás en un contexto social dado,

de forma específica socialmente aceptable y al mismo tiempo, beneficiosa para el individuo, mutuamente, o para un tercero” (pág. 229).

Las habilidades sociales incluyen cuatro supuestos críticos:

1. La conducta interpersonal se basa en un conjunto de habilidades sociales que corresponden a conductas aprendidas: es decir la forma de comportarse del individuo depende del repertorio de conductas sociales que posee.
2. Las conductas sociales apropiadas son específicas para cada situación: los factores culturales y situacionales determinan las normas sociales y lo que los individuos creen que se espera de ellos.
3. El funcionamiento eficaz en determinadas circunstancias sociales: se convierte en un refuerzo para el mantenimiento en circunstancias similares.
4. La deficiencia en ciertas habilidades genera la evitación de situaciones sociales similares.

Dentro de este sentido se puede identificar una serie de habilidades para el logro de percepciones acertadas: capacidad de escucha, aclaración, de mantener la relevancia, y de identificar emociones; las mismas que al aplicarlas de forma grupal permiten a los compañeros la realización de un feedback de manera oportuna.

Rosentreter (1996) por su parte manifiesta algunas técnicas más utilizadas en el desarrollo de habilidades sociales:

- Role-playing o ensayo conductual: se refiere a la práctica del comportamiento objetivo observado en los modelos.

- Modelado: indica que es la exposición del individuo a modelos por medio de los cuales se pretende el logro de comportamientos requeridos.
- Instrucciones: consiste en informar a los sujetos acerca de que es lo necesario para la ejecución de una conducta adecuada.
- Feedback: consiste en otorgar información al sujeto de su desempeño conductual anterior, con el fin de que pueda identificar cuáles han sido sus conductas adecuadas y cuáles no, para modificar las conductas inadecuadas.
- Reforzamiento social: consiste en la motivación hacia los cambios, con el fin de que el individuo valore y se sienta valorado hacia los cambios positivos de su desempeño.
- Estrategias de generalización: se refiere a la generalización de las conductas aprendidas en situaciones distintas.
- Tareas: consiste en otorgarle al individuo la responsabilidad de continuar con el aprendizaje, fuera del ámbito establecido.

Ruiz Fernández et al. (2012) citan a Caballo (1997, 2010) quien manifiesta que para establecer el entrenamiento en habilidades sociales es necesario trabajar en ciertos aspectos:

- Entrenamiento en habilidades: de las conductas específicas que se enseñan, practican y se integran en el repertorio conductual del sujeto.
- Reducción de la ansiedad: en situaciones sociales que generan un alto grado de ansiedad es necesario que esta se reduzca y se establezca una conducta adaptativa.
- Reestructuración cognitiva: la necesidad de modificar creencias, cogniciones o actitudes presentes al momento de establecer el entrenamiento.

- Entrenamiento en solución de problemas: percibir adecuadamente las situaciones relevantes, procesar dicha percepción, generar alternativas de solución, seleccionar la más adecuada y ejecutarla con el fin de lograr el objetivo propuesto.

### **3.2.7.7 Solución de problemas**

Ruiz Fernández et al. (2012) mencionan a (D’Zurilla y Nezu, 2010) quienes manifiestan que la terapia de solución de problemas es una intervención Cognitivo-Conductual enfocada al incremento de las habilidades de un individuo para la solución de problemas, es decir para afrontar las situaciones estresantes de la vida y lograr identificar y llevar a cabo las opciones de afrontamiento más adaptativas.

Se plantea también objetivos a alcanzar a través de la terapia:

- Reducir la psicopatología.
- Optimizar el funcionamiento psicológico y conductual.
- Prevenir recaídas y el desarrollo de nuevos problemas.
- Maximizar la calidad de vida del sujeto.

De igual forma se establece el planteamiento de objetivos específicos a tratar con esta terapia:

- Incrementar la orientación positiva hacia los problemas y reducir la orientación negativa.
- Promover la aplicación y desarrollo de estrategias específicas de carácter racional dirigidas hacia la solución de problemas.
- Minimizar la tendencia a establecer alternativas de solución disfuncionales a los problemas.

Se menciona también que la técnica de solución de problemas es un proceso que se adapta al individuo, es decir a los problemas que generan cierta sintomatología desadaptativa; para el logro de este proceso es necesario contar con elementos como: psicoeducación, ejercicios de resolución de problemas interactivos, tareas inter-sesión con objetivos motivacionales, para que de esta forma el individuo pueda identificar sus emociones, elegir una alternativa de solución adecuada, reducir el malestar psicológico y así lograr un sentimiento de bienestar.

Para el procedimiento de la terapia se establecen tres etapas:

- A. Evaluación.
- B. Intervención.
- C. Mantenimiento y generalización.

D’Zurilla y Goldfried (1971) determinaron cinco fases a tomarse en cuenta para el entrenamiento en solución de problemas:

1. Orientación hacia el problema: desarrollar en el individuo una actitud positiva hacia el problema y la capacidad que tiene el individuo para afrontarlo.
2. Definición y formulación del problema: recoger la información relevante sobre el problema para la clarificación del mismo.
3. Generación de alternativas de solución: desarrollar estrategias que permitan generar diversas alternativas sobre el problema.
4. Toma de decisiones: valorar las diferentes alternativas de solución analizar las combinaciones posibles, que lleven a una solución adaptativa, así como descartar aquellas no realistas.

5. Implementación de la solución y verificación: planificar la ejecución de la solución estableciendo pasos y recursos necesarios.

### **3.3 Conclusiones**

La terapia grupal Cognitivo-Conductual es útil ya que le permite al terapeuta observar las formas de interacción, de comportamiento de los individuos, en un medio social determinado; así como a los individuos aprender nuevas formas de conducta, practicarlas ante un grupo de compañeros y poder recibir aportes de los mismos a través de la retroalimentación o feedback.

Las técnicas que se utilizan deberán siempre estar focalizadas hacia el logro de objetivos planteados para el grupo, para la superación de un problema común determinado, esto permitirá una intervención adecuada en la que todos los participantes podrán beneficiarse de las mismas, ya que podrán cambiar pensamientos inadecuados, controlar sus conductas, exponerse a situaciones que les producen ansiedad, mejorar sus relaciones interpersonales, afrontar de mejor manera las situaciones problemáticas que se presentan, con el fin de lograr una mejor calidad de vida.

## CAPITULO IV

### **Plan de Intervención Grupal Cognitivo-Conductual para estudiantes que presentan baja autoestima en la Escuela “República de Chile”**

#### **4 Introducción**

En el presente capítulo se desarrollará un programa de intervención grupal con el manejo de técnicas Cognitivo-Conductuales destinado a fortalecer la autoestima en preadolescentes de edades comprendidas entre 11 y 12 años, que cursan el séptimo y octavo año de Educación General Básica (E.G.B) de la escuela “República de Chile”.

#### **4.1. Metodología**

##### **4.1.1. Población**

El universo fue de 66 estudiantes, 33 de séptimo y 33 de octavo año de EGB y bajo los elementos de inclusión y exclusión se determinó la muestra:

Criterios de inclusión:

- Uno de los progenitores está ausente por divorcio/separación.
- Presentan dimensiones de autoestima: media, baja, y muy baja en el Inventario de Autoestima de Coopersmith.
- Consentimiento de los padres.

Criterios de exclusión:

- Ausencia de progenitor por migración o muerte.

- Presentan dimensiones de autoestima: alta y muy alta en el Inventario de Autoestima de Coopersmith.
- No consentimiento de los padres.

Luego de realizar el análisis correspondiente del Inventario de Autoestima de Coopersmith, la muestra quedó establecida con un número de 13 estudiantes destinados a participar dentro del Plan de Intervención Grupal.

#### **4.1.2. Fases de intervención del proceso grupal**

##### **4.1.2.1. Fase de evaluación**

A continuación se detalla técnicamente los instrumentos utilizados para la recolección de información de los participantes dentro del proceso grupal.

Instrumentos de evaluación psicológica:

- a) Entrevista estructurada: basada en una serie de preguntas predefinidas por las autoras, con elementos pautados, que tuvo una duración aproximada de 45 minutos, a través de la cual se pudo obtener información relevante para llenar la ficha psicológica elaborada por las autoras.
- b) Ficha Psicológica (elaborada por las autoras): aplicada a padres de familia/representantes, que permite explorar las siguientes áreas: personal, familiar, socioeconómica, de salud, académica, historia vital, así como la detección de ciertas conductas problemáticas que manifiesta el estudiante, relaciones interpersonales, concepto de sí mismo, lo cual permite elaborar una hipótesis presuntiva relacional. (Ver *ANEXO I: Ficha psicológica*)
- c) Inventario de Autoestima de Coopersmith: estandarizado y adaptado en Chile por Brinkmann, Segure y Solar (1989).

Es un instrumento que consta de 58 ítems de auto reporte, frente a los cuales el sujeto debe decidir si cada afirmación es “igual que yo” o “distinto a mí”. El inventario consta de 4 sub-escalas que corresponden a: autoestima general, autoestima escolar, autoestima social y autoestima en el hogar; de las cuales realizando la sumatoria se puede obtener un puntaje de autoestima total y además incluye una escala de mentira.

En lo que respecta a sus propiedades psicométricas, los índices de confiabilidad para las distintas escalas oscilan entre 0.81 y 0.93, mientras que su validez se determinó examinando las correlaciones con las dimensiones del Test de Personalidad de California, encontrándose relaciones significativas tanto con adaptación personal como con adaptación social (Olivari Medina & Barra Almagiá, 2005). (Ver *ANEXO 2: Inventario de Autoestima de Coopersmith*)

A continuación se presenta la tabla de interpretación de puntajes del Inventario de Autoestima de Coopersmith:

**Tabla 2:** Interpretación de puntajes T

Puntaje	Autoestima
39 o menos	Muy baja
40 -47	Baja
48-54	Media
55-59	Alta
60 o mas	Muy alta

**Fuente:** (Mazzei, 2009)

#### **4.1.2.2. Fase de planificación**

##### **4.1.2.2.1. Composición**

El grupo está conformado por estudiantes que manifiestan una problemática común como es dificultad en la autoestima, sin embargo se considera un grupo heterogéneo debido a que presentan diferentes dimensiones de autoestima (media, baja, muy baja), poseen edades diferentes (11 - 12 años) y está conformado tanto por hombres como mujeres.

##### **4.1.2.2.2. Objetivo General**

- Fortalecer la autoestima de los estudiantes para lograr una valoración objetiva y realista de sí mismo y de los demás.

Objetivos específicos:

- Modificar los pensamientos negativos sobre su autoconcepto que causan emociones y conductas problemáticas.
- Mejorar la valoración de sí mismo y de los demás.
- Resolver conflictos interpersonales (padres/ compañeros/ profesores/ otros).
- Proveer estrategias de afrontamiento para la resolución de conflictos.

##### **4.1.2.2.3. Técnicas Cognitivo-Conductuales**

De acuerdo a los objetivos planteados para el proceso grupal se determinó las técnicas a utilizarse, para lo cual se elaboró un cronograma de actividades que sirvió de guía durante el proceso. (Ver *ANEXO 3: Cronograma de actividades*)

**Objetivo:** modificar los pensamientos negativos sobre su autoconcepto que causan emociones y conductas problemáticas.

**Tabla 3:** Técnicas objetivo 1

<b>Técnica</b>	<b>Autor</b>
Técnica del monigote.	David Burns
Tic-Toc.	David Burns
Buenas cosas más	Jorge Barudy; Maryorie, Dantagnan
Modelado pasivo	Bandura

**Fuente:** (Burns, 2000); (Barudy & Dantagnan, 2011); (Ruiz Fernández et al. 2012)

**Elaborado:** A. S; M. S.

### **Técnica del monigote** (Burns, 2000)

El objetivo de esta técnica es que los participantes puedan reconocer los pensamientos negativos que tienen de sí mismo ante una determinada situación y que puedan modificarlos por pensamientos positivos a través del reconocimiento de las emociones que generan aquellos pensamientos.

Para la ejecución de la técnica:

1. Se pide a los participantes que imaginen una situación, que dibujen un monigote de expresión triste con un globo sobre su cabeza, a través del cual se representará cada uno y que escriban dentro del mismo los pensamientos negativos que les genera la situación imaginada, a través de esto se manifestará porqué el monigote es infeliz.

2. Luego se realiza una reflexión sobre la importancia de poder cambiar aquellos pensamientos por pensamientos adaptativos y convertirlos en positivos.
3. Posterior a esto se pide que se realice el gráfico del monigote feliz, que corresponde a escribir en la nube situada por encima de la cabeza del monigote, los pensamientos positivos que puedan generarse ante la situación imaginada anteriormente, es decir cambiar aquellos pensamientos negativos por positivos.
4. Finalmente se comparte la experiencia con los compañeros de grupo.

### **Tic-Toc (Burns, 2000)**

El objetivo de la técnica es que los participantes identifiquen ciertos pensamientos negativos relacionados al autoconcepto por medio de un listado que se entregará, así como las ventajas y desventajas de los mismos, que puedan ver las situaciones de mejor manera y modificar aquellos pensamientos negativos por otros positivos.

Para la ejecución de la técnica:

1. Se entrega a los participantes un listado de pensamientos negativos sobre el autoconcepto y se pide que los analicen detenidamente.
2. Luego se pide que verbalmente expresen las ventajas o desventajas que se presentan ante aquellos pensamientos y se hará una breve reflexión.
3. Posterior a esto, se pide que en la hoja de trabajo modifiquen el listado de pensamientos negativos por positivos.
4. Para finalizar se pide que compartan los pensamientos positivos que pudieron transformar.

### **Buenas cosas mías (Barudy & Dantagnan, 2011)**

El objetivo de esta técnica es poder promover la autoestima en los participantes, logrando que puedan hacer énfasis en las cualidades positivas que pueden percibir de sí mismo.

Para la ejecución de la técnica:

1. Los terapeutas entregan a los participantes una hoja en blanco y piden que la dividan en tres partes.
2. Luego de esto se entrega láminas con dibujos de las que se pedirá que recorten una representación de su familia, amigos y de sí mismo.
3. Posterior a esto se pide que escriban cosas buenas que su familia piensen de ellos, que sus amigos piensen de ellos y las cosas buenas que ellos mismo piensan que tienen o que son. Si es que se les hace difícil se les indicará que deben imaginar lo bueno que dicen de ellos y escribir.
4. Se realizará el cierre de la sesión, pidiendo a los participantes que compartan su trabajo con sus compañeros de grupo.

### **Modelado pasivo de Bandura** (Ruiz Fernández et al. 2012)

El objetivo de esta técnica es desarrollar nuevas conductas en los participantes por medio de un aprendizaje observacional a un modelo.

Para la ejecución de la técnica:

1. Los participantes se exponen al modelo y observan.
2. Aprenden su conducta mediante el modelado que puede ser simbólico o in vivo.
3. Se da la fase de ejecución en la cual los participantes sin la ayuda del terapeuta o modelos llevan a cabo la conducta observada.

**Objetivo:** mejorar la valoración de sí mismo y de los demás.

**Tabla 4:** Técnicas objetivo 2

<b>Técnica</b>	<b>Autor</b>
Rey o reina	Jorge Barudy; Maryorie Dantagnan
La técnica del espejo	David Burns

**Fuente:** (Burns, 2000); (Barudy & Dantagnan, 2011).

**Elaborado:** A. S; M. S.

### **Rey o reina** (Barudy & Dantagnan, 2011)

El objetivo de la técnica es lograr que los participantes puedan mejorar la valoración que tienen de sí mismo así como facilitar la internalización de mensajes positivos.

Para la ejecución:

1. Los terapeutas entregan el material previamente elaborado (coronas, capas) para que los participantes puedan decorarlo.
2. Luego de esto se pide que se coloquen las coronas, se indica que deberán pasar aleatoriamente uno por uno a ocupar el lugar de rey o reina en la “silla real”.
3. Los terapeutas deben promover la participación de todos y es importante que mientras los participantes ocupan el puesto de rey o reina, los demás compañeros elogien sus cualidades mediante expresiones positivas.
4. Finalmente se realizará un compartir con el grupo simulando un banquete real, para luego realizar la retroalimentación del proceso, utilizando preguntas como: ¿Cómo te sentiste

cuando estuviste en la silla real?, ¿Te gustó que tus compañeros te elogien?, ¿Crees que es verdad todas las cosas que tus compañeros dijeron de ti?, etc.

**La técnica del espejo** (Barudy & Dantagnan, 2011).

El objetivo de esta técnica es lograr que los participantes puedan cuestionar los pensamientos negativos acerca de si mismo (aspecto físico, cualidades).

Para la ejecución de la técnica:

1. Primero se pide a los participantes que internalicen algunos pensamientos negativos que poseen sobre sí mismo (aspecto físico, cualidades).
2. Luego de esto se pide que cada participante se vaya colocando frente al espejo, se mire en él y exprese algunos pensamientos negativos que han venido a su mente, utilizando la primera persona, por ejemplo “yo pienso que soy.....”.
3. Posterior a esto, la misma persona debe defenderse a sí mismo ante sus pensamientos negativos, utilizando la segunda persona “tú debes.....”, deberán hablarse a sí mismo con la misma comprensión que tuvieran a un amigo íntimo con un problema o pensamiento similar.
4. Para la parte final se debe realizar la correspondiente reflexión del objetivo de la sesión.

**Objetivo:** resolver conflictos interpersonales (padres/ compañeros/ profesores/ otros).

**Tabla 5:** Técnicas objetivo 3

<b>Técnica</b>	<b>Autor</b>
Tarjetas sorpresa	Jorge Barudy; Maryorie, Dantagnan
Reforzadores positivos	M <sup>a</sup> Rosa Buxarrais
Sopa de letras	Jorge Barudy; Maryorie, Dantagnan

**Fuente:** (Barudy & Dantagnan, 2011); (Buxarrais, 1993)

**Elaborado:** A. S; M. S.

**Tarjetas sorpresa** (Barudy & Dantagnan, 2011).

El objetivo de esta técnica es enseñar y modelar a través de role playing y verbalizaciones, destrezas comunicativas y habilidades sociales necesarias en la cotidianidad de los participantes para su proceso de socialización.

Para la ejecución de la técnica:

1. Primero se divide a los participantes en grupos pequeños y se pide que elijan un líder dentro de cada grupo.
2. Se realiza el juego de competición que consiste en recorrer un camino de casilleros con el uso de un dado, el mismo que tiene un inicio y una meta; mientras se va avanzando existen una serie de obstáculos como: actividades por cumplir, avanzar casilleros, retroceder, etc.
3. Los terapeutas deben guiar el juego utilizando reforzadores positivos (sociales), así como promover la interacción entre el grupo.

4. Una vez terminada la actividad se invita a los participantes a conversar sobre las tareas que les tocó realizar, para esto se puede utilizar preguntas como:  
  
¿Qué fue lo más entretenido del juego?, ¿Fue difícil alguna tarea?, ¿Porque es necesario aprender a.....(alguna tarea específica)?

### **Reforzadores positivos** (Buxarrais, 1993)

Esta técnica tiene como objetivo desarrollar habilidades, aumentar la frecuencia de una conducta deseada en los participantes.

Para la ejecución:

1. Se debe presentar una recompensa o premio, inmediatamente después de la emisión de una conducta adecuada, aumentando así la probabilidad de que la conducta se repita.
2. El reforzador se utiliza cuando se quiere desarrollar una nueva habilidad, aumentar la frecuencia de una conducta o cuando el refuerzo de esa conducta disminuye la aparición de una conducta incompatible no deseada.
3. La recompensa tiene que estar en relación con el comportamiento, ser contingente a éste (inmediato)
4. La recompensa debe ir acompañada de la especificación de la contingencia y de refuerzo social.
5. La recompensa debe ser cognitiva y emocionalmente apropiada para la persona, y evitar caer en el error de “saciar” a los individuos con la recompensa.

### **Sopa de letras** (Barudy & Dantagnan, 2011)

El objetivo de esta técnica es facilitar la oportunidad de intercambiar las percepciones que tiene el grupo de cada uno de los participantes incluidos los terapeutas, aquellas percepciones tienen que ver con las cualidades y virtudes que cada uno de los participantes ve de los demás y los demás de éste.

Para la ejecución:

1. Se pide a los participantes que se sienten en círculo, los terapeutas entregarán a cada uno una hoja cuadriculada y se pedirá que escriban su nombre fuera de la zona cuadriculada.
2. Luego de esto debe pasar la hoja al compañero que se encuentra a su lado derecho, para que escriba 2 cualidades o virtudes de ese compañero en la zona cuadriculada, ya sea de forma horizontal, vertical o diagonal.
3. Se va recorriendo la hoja hacia cada uno de los compañeros del lado derecho hasta que escriban todos los compañeros.
4. Posterior a esto se procede a entregar la hoja a los terapeutas para que escriban cualidades o virtudes de cada participante y llenen los espacios en blanco con letras al azar y así completar la sopa de letras, que luego se entregará a los participantes.
5. Para finalizar se pide que los participantes descubran las cualidades que los demás les han otorgado y se realiza la retroalimentación de la actividad con la participación de todos.

**Objetivo:** proveer estrategias de afrontamiento para resolver situaciones problemáticas.

**Tabla 6:** técnicas objetivo 4

<b>Técnica</b>	<b>Autor</b>
Mapa del problema	Eduardo Bunge; Martin Gomar; Mandil
	Javier
Parar y pensar	Julio Machargo Salvador

**Fuente:** (Bunge, Gomar, & Mandil, 2009); (Machargo Salvador, 1996).

**Elaborado:** A. S; M. S.

### **Mapa del problema** (Bunge, Gomar, & Mandil, 2009)

El objetivo de la técnica es determinar que la forma en cómo se percibe o se afronta los problemas es diferente en cada individuo, en algunos casos puede generar dificultades y en otros no, por lo tanto es importante poder hacer un mapa del problema.

Para la ejecución:

1. Se explica brevemente que cada persona puede afrontar las situaciones de una forma diferente.
2. Luego de esto se pide que los participantes anoten en una hoja de trabajo en qué situaciones se han sentido fuertes y le han ganado al problema y en cuáles el problema les ha ganado a ellos.
3. Se realiza un análisis de lo expuesto por los participantes sobre la importancia de luchar contra el problema para poder ganarle terreno.

4. Se pide que el individuo liste las cosas que no le han dado resultado para ganarle al problema y de igual manera las cosas que hace y que le dan resultado.
5. Para finalizar se pide que compartan sus trabajos con sus compañeros y se realiza la respectiva retroalimentación.

### **Parar y pensar** (Machargo Salvador, 1996).

Esta técnica tiene como objetivo generar en los participantes pensamientos alternativos ante una situación conflictiva, que pueda detenerse a pensar y pueda reflexionar sobre una determinada situación.

Para la ejecución:

1. Se plantea una situación conflictiva de una determinada situación.
2. Luego se pide a los participantes que propongan lo que el harían para resolver si formaran parte de aquella situación.
3. Luego los participantes deben plantear otras situaciones alternativas en las cuales deberán analizar y describir lo que harían si estuvieran inmersos en aquellas situaciones.
4. Finalmente se compartirán las experiencias con el grupo.

### **4.1.2.3 Fase de ejecución y cierre**

#### **4.1.2.3.1 Lugar**

El plan de intervención se llevara a cabo en las instalaciones de la Escuela “República de Chile”, específicamente en el aula del DECE.

#### **4.1.2.3.2 Duración**

La ejecución de cada sesión tendrá una duración de 1 hora 30 minutos a 2 horas como máximo, con una frecuencia de 1 o 2 sesiones semanales de aplicación.

#### **4.1.2.3.3 Número de sesiones**

El proceso se llevará a cabo en un número total de 8 sesiones.

#### **4.1.2.3.4 Evaluación de las sesiones**

Para la evaluación del proceso se realizará un informe luego de la ejecución de cada sesión, en el cual se detallará los resultados obtenidos y se expondrá un informe final sobre el proceso grupal realizado.

Para verificar los resultados obtenidos del plan de intervención se realizara el retest del Inventario de Autoestima de Coopersmith.

Finalmente se elaborará un informe final del proceso.

## **4.2 Conclusiones**

La fase diagnóstica fue parte importante para la planificación de las sesiones, ya que permite detectar las necesidades del grupo, para posterior a ello realizar la programación de las técnicas Cognitivo-Conductuales a utilizarse de acuerdo a los objetivos terapéuticos planteados que finalmente ayudaran para la ejecución el programa de intervención grupal.

## **CAPÍTULO V**

### **Análisis de resultados**

#### **5. Introducción**

A continuación se detallará los resultados obtenidos de forma cualitativa y cuantitativa, por medio de informes por sesión, aplicación de re-test y un informe final del proceso.

#### **5.1 Análisis de resultados cualitativos**

##### **5.1.1 Informes por sesión**

#### **SESIÓN #1**

**Fecha:** 04 /01/2016

**Tiempo:** 1 hora 10 minutos

**Objetivos:**

Establecer el encuadre terapéutico.

Modificar los pensamientos negativos sobre su autoconcepto que causan emociones y conductas problemáticas.

**Actividades:**

Bienvenida a los participantes e introducción al proceso terapéutico.

Presentación de los participantes.

Explicación del objetivo a lograr en esta sesión.

Ejecución de las técnicas “Tic-Toc” y “El monigote”.

Recapitulación de la sesión.

### **Evolución o desarrollo:**

En esta primera sesión se pudo evidenciar que algunos participantes llegaron cohibidos, otros animados e interesados por lo que se va a realizar; existió colaboración por parte del grupo, interés por realizar las actividades propuestas, sin embargo la participación de forma verbal fue mínima, ya que manifestaban que tenían vergüenza de expresarse.

Se realizó la presentación de los facilitadores y de los participantes, luego se establecieron algunas pautas generales de cómo se va a trabajar durante el proceso terapéutico, recalando la importancia del compromiso durante el mismo.

Se inició la sesión con la explicación del objetivo a trabajar para luego ejecutar la técnica “Tic-Toc” donde se canalizaron algunos aspectos personales en grupo, como pensamientos positivos frente a pensamientos negativos, los cuales están relacionados directamente con los pensamientos característicos de una persona con baja autoestima. Los participantes lograron convertir sus pensamientos negativos en positivos, algunos manifestaron: “si hago las cosas bien siempre me van a apreciar y no van a hablar mal de mí, así me sentiré muy bien”, “si converso con mis amigos tendré un grupo de amigos y así no estaré solo”, “si participo en clase el profesor me tomará en cuenta”, “desde hoy voy hacer las cosas bien”, etc. Posteriormente se ejecutó la técnica del “monigote” donde los participantes representaron por medio de un monigote triste como se sentían al tener un pensamiento negativo como: “no puedo hacer mi deber porque soy un inútil”, “no puedo estudiar”, “las cosas me salen mal siempre”; luego modificaron dichos pensamientos y los

representaron a través de un monigote feliz, con expresiones como: “yo puedo”, “soy capaz”, “las cosas nos siempre me salen mal”, entre otras.

Finalmente se estableció el cierre donde se pudo hacer la retroalimentación sobre los aspectos trabajados en la sesión, algunos participantes manifestaron: “me gustó mucho todo lo que he realizado”, “me siento bien cuando modifico mis pensamientos”, “quiero practicarlo en mi casa”, etc. De esta forma, por medio de las hojas de trabajo y las manifestaciones verbales, se pudo evidenciar el cumplimiento del objetivo de la sesión.

**Observaciones generales:**

Las hojas de trabajo reflejan que la mayoría de los participantes realizaron la actividad adecuadamente.

El grupo que participó de esta sesión fue un número de 12 estudiantes, debido a la ausencia de un estudiante de séptimo de básica por problemas de salud.

## **SESIÓN # 2**

**Fecha:** 08/01/2016

**Tiempo:** 1 hora 40 minutos

### **Objetivos:**

Modificar los pensamientos negativos sobre su autoconcepto que causan emociones y conductas problemáticas.

### **Actividades:**

Recapitulación de la sesión anterior.

Explicación del objetivo de la sesión.

Análisis grupal del video “El circo de la mariposa”.

Ejecución de la técnica “Buenas cosas mías”

Retroalimentación de la sesión.

### **Evolución o desarrollo:**

Para esta sesión los participantes llegaron tranquilos, preguntaban ¿Qué es lo que vamos hacer hoy?, se mostraron interesados por saber sobre las actividades planificadas.

Se inició la sesión con la participación voluntaria de algunos miembros, quienes comentaron lo que recuerdan de la sesión anterior, manifestaron expresiones como: “no debemos pensar solo en las cosas negativas”, “hay que cambiar lo negativo y hacerle positivo”, entre otras.

Luego se realizó la proyección del video “el circo de la mariposa”, donde se relata la importancia de valorarse a sí mismo y a los demás, sin importar cuál sea su condición física. Los participantes miraron atentamente el video, al finalizar se realizó una reflexión donde algunos manifestaron: “no se debe juzgar a los demás”, “hay que quererse”, “no importa como sea la persona, puede hacer muchas cosas”, etc. Posteriormente los terapeutas recalcaron la importancia de valorarse a sí mismo y a los demás.

Inmediatamente se llevó a cabo la ejecución de la técnica “buenas cosas mías”, se pidió a los participantes que en un papel escriban sus cualidades buenas o positivas teniendo en cuenta lo que piensan los amigos, la familia y ellos mismos, se entregó el material y llevaron a cabo la técnica de forma cooperativa. Al terminar se realizó la recapitulación de la sesión, pidiendo que compartan sus trabajos, cada uno fue manifestando lo que había escrito, en cuanto a lo que piensan los amigos indicaron: “que soy bueno”, “colaborador”, etc. Con respecto a lo que piensa su familia manifestaron: “soy responsable”, “ayudo en la casa” “soy bonita”, etc. Y en lo referente a lo que piensan de sí mismo expresaron: “soy bueno”, “soy capaz”, etc. Algunos se resistieron a compartir lo que piensan de sí mismo, expresaron solamente lo que piensa su familia y sus amigos.

Para finalizar se realizó la retroalimentación del trabajo realizado haciendo énfasis en la importancia de la valoración positiva de sí mismo y de los demás, se pudo evidenciar que los participantes modificaron sus pensamientos negativos por medio del reconocimiento de las cualidades positivas de sí mismo y de los otros.

### **Observaciones generales:**

En esta sesión se trabajó con la participación de 12 estudiantes, debido a la ausencia de 1 estudiante de Séptimo de EGB por problemas familiares.

### **SESIÓN # 3**

**Fecha:** 13/01/2016

**Tiempo:** 1 hora 25 minutos

**Objetivos:** Mejorar la valoración de sí mismo y de los demás.

**Actividades:**

Recapitulación de la sesión anterior.

Introducción del objetivo a trabajar en la sesión.

Desarrollo de la técnica “Rey o Reina”.

Retroalimentación de la sesión.

**Evolución o desarrollo de la sesión:**

En esta sesión los participantes llegaron inquietos, exhaustos por lo que se vio la necesidad de realizar una actividad previa (dinámica) para captar la atención y mantener el orden para posteriormente ejecutar la técnica.

Posterior a esto, se explicó el objetivo a trabajar, los terapeutas manifestaron la consigna, cada participante tuvo una perspectiva clara de la actividad, luego de esto para la ejecución de la técnica “rey o reina” se pidió a los participantes que primero adornen sus coronas, luego cada participante pasó al frente se le colocó la corona y la capa para representar a un rey o reina y los demás participantes manifestaron sus cualidades positivas, elogiándolo como a un rey o reina, expresaron cualidades como: “buenos amigos”, “responsables”, “bonitos”, “respetuosos”, entre otras.

Luego se realizó la verbalización de cómo se sintieron al ser reyes y reinas, donde manifestaron expresiones tales como: “fue lindo porque mis compañeros me respetan”, “piensan bien de mi”, “dicen cosas buenas”, “tengo cosas buenas”, entre otras. Se culminó la sesión con un compartir simulando un “banquete real” en el que todos se mostraron alegres y satisfechos por las actividades realizadas, además se realizó la retroalimentación de la sesión recalando la importancia de reconocer las cualidades positivas de sí mismo y de los demás. Se evidenció en los participantes alegría al escuchar sus cualidades positivas, ganas de participar y manifestar las cualidades de sus compañeros.

**Observaciones generales:**

Uno de los participantes se mostró un tanto incómodo e inicialmente manifestó “yo no valgo para ser rey” por lo que no quiso decorar la corona, se respetó su posición, pero posteriormente por medio de la motivación a participar se logró que lo hiciera ya cuando había participado todo el grupo él se animó a hacerlo.

## SESIÓN # 4

**Fecha:** 20/01/2016

**Tiempo:** 1 hora 40 minutos

**Objetivos:**

Mejorar la valoración de sí mismo y de los demás.

**Actividades:**

Recapitulación de la sesión anterior.

Desarrollo de la técnica “el espejo”.

Retroalimentación de la sesión.

**Evolución o desarrollo:**

Los participantes acudieron a la sesión, animados, con buena energía y muy curiosos, ya que observaron varios espejos dentro del aula.

Para iniciar la sesión se pidió algunos comentarios sobre la sesión anterior, los estudiantes expresaron “me gustó mucho”, “tengo que ver mis cualidades buenas”, “debo ver lo bueno de mis compañeros”, etc.

Para la ejecución de la técnica primero se explicó el objetivo y la actividad a realizar, en la que cada estudiante debía pararse frente al espejo mirándose fijamente y reconocer sus cualidades positivas, físicas y también sus aspectos internos que debían ser expresados en voz alta.

A algunos estudiantes les fue fácil realizar la actividad manifestaron expresiones como: “soy bonito”, “me gustan mis ojos”, me gusta mi cabello”, tengo un corazón puro”, tengo buenos

sentimientos”, “me gusta mirarme y ver que soy bonita”, etc. Sin embargo para otros fue difícil, ya que cerraron los ojos y manifestaron: “no me gusta mirarme al espejo”, “no veo nada bueno” entre otros comentarios. Por lo que se pidió que los compañeros manifiesten las cualidades positivas que observan en ellos y a la vez los terapeutas hacían que reconozcan dichas cualidades pidiendo que se miren al espejo, lo que motivo al estudiante a reconocer dichos aspectos y manifestar algunas cualidades positivas: “soy inteligente”, “me gusta mi cuerpo”, etc.

Finalmente se realizó la recapitulación de la sesión donde los terapeutas realizaron algunas preguntas a los participantes: ¿Cómo se sintieron? Expresaron: “me dio vergüenza”, “fue bonito”, “nunca me mirado tanto tiempo en un espejo”, etc. ¿Fue fácil mirarse al espejo y ver las cosas buenas de uno? Expresaron: “no, porque es difícil decir que soy bonito”, “me da vergüenza”, “no, porque los demás me pueden molestar”, etc. ¿Por qué creen que a algunos se les dificulta reconocer las cualidades positivas? Expresaron: “porque nunca me he visto como soy”, “porque tengo miedo de ver lo que no soy”, etc. ¿Cómo se sintieron al escuchar a sus compañeros decir cosas buenas de ustedes? Expresaron: “bien”, “alegres”, “es bonito que hablen bien de mí”, etc. Luego de esto se realizó la retroalimentación del trabajo realizado, donde se recalcó lo importante que es reconocer cada una de las cualidades de uno mismo y de los demás, asimismo se evidencio en los participantes gran interacción entre todos como también alegría. De esta forma se realizó el cierre de la sesión agradeciendo por la participación y pidiendo que esta técnica la apliquen constantemente en casa.

### **Observaciones generales:**

El material utilizado fue de gran ayuda para el logro del objetivo planteado ya que podían observarse completamente.

## SESIÓN # 5

**Fecha:** 27/01/2016

**Tiempo:** 1 hora 25 minutos

**Objetivos:**

Resolver conflictos interpersonales (padres/compañeros/profesores/otros).

**Actividades:**

Recapitulación de la sesión anterior.

Introducción del objetivo que se va a trabajar en la sesión.

Desarrollo de las técnicas “tarjeta sorpresa” y “reforzadores positivos”.

Retroalimentación de la sesión.

**Evolución o desarrollo:**

En esta sesión los participantes se mostraron interesados y entusiastas, por dar inicio con la sesión, debido al material didáctico que pudieron observar en el aula.

Para dar inicio al trabajo se pidió que aleatoriamente compartan lo que recuerdan de la sesión anterior, se pudo evidenciar la participación de gran parte del grupo quienes manifestaron: “todos tenemos cosas buenas”, “debemos aceptarnos como somos”, “debemos mirarnos en el espejo y reconocer lo que tenemos”, etc.

Luego se explicó brevemente el objetivo de la sesión y la explicación de la técnica que consistió en un juego de competición, para lo cual debían conformar pequeños grupos y elegir un líder que guíe al grupo y coordine la participación de todos.

En el desarrollo de la técnica se evidenció que los estudiantes estaban atentos esperando su turno para participar, cada grupo se mostraba ansioso por ganar coordinando e interactuando entre sí, alentándose durante el juego y realizando las actividades propuestas por los terapeutas; existió interacción entre grupos al realizar las actividades, los terapeutas reforzaban las acciones con el uso de reforzadores sociales (elogios, aplausos, abrazos) de igual manera al grupo ganador se le otorgó un premio simbólico “diploma por ser el más rápido” con el objetivo de elogiar su desempeño. Para finalizar la actividad se motivó a todos los participantes a seguir interactuando con sus compañeros y se les entregó reforzadores comestibles.

Para finalizar con la sesión se hizo una retroalimentación recalcando la importancia de las relaciones interpersonales, el trabajo en grupo, la buena comunicación, etc; para de esta manera lograr una mejor interacción social. Durante el desarrollo de la sesión se evidenció el trabajo compartido e interacción entre todos.

**Observaciones generales:**

En esta sesión fue necesario manejar el comportamiento del grupo ya que la actividad les gustó mucho y estuvieron muy inquietos durante la ejecución.

## SESION # 6

**Fecha:** 03/02/2016

**Tiempo:** 1 hora 20 minutos

**Objetivos:** Resolver conflictos interpersonales (padres/compañeros/profesores/otros).

### **Actividades:**

Recapitulación de la sesión anterior.

Introducción del objetivo a trabajar en la sesión.

Desarrollo de la técnica “sopa de letras”

Retroalimentación de la sesión.

### **Evolución o desarrollo de la sesión:**

Los participantes acudieron a esta sesión preocupados, ya que salieron de un examen, sin embargo estaban interesados por la actividad a realizarse.

Para llevar a cabo la técnica se explicó primero el objetivo de la misma, luego se entregó la hoja de trabajo (hoja cuadriculada) en la que debían registrar las cualidades positivas de los compañeros del grupo de forma repetida hasta obtener una sopa de letras. En este sentido algunos participantes lo hacían más rápido que otros, sin embargo todos pudieron identificar cualidades positivas de sus compañeros.

Al final de la actividad los terapeutas también registraron cualidades positivas de cada uno de los participantes y llenaron los espacios vacíos con letras obteniendo así una sopa de letras, luego se

entregó a cada participante la hoja cuadriculada donde identificaron las cualidades que sus compañeros habían escrito. Se pudo evidenciar dentro del grupo mayor aceptación e integración.

Para cerrar la sesión se realizó la retroalimentación donde los terapeutas motivaron a los participantes a apropiarse de cada una de las cualidades que pudieron identificar sus compañeros así como a la interacción con los mismos.

**Observaciones generales:**

Los participantes llegaron a la sesión con un retraso de 15 minutos, debido a que estuvieron rindiendo un examen.

Un estudiante estuvo ausente en esta sesión debido a problemas familiares.

## **SESION # 7**

**Fecha:** 08/02/2016

**Tiempo:** 1 hora 10 minutos

### **Objetivos:**

Proveer estrategias de afrontamiento para resolver situaciones problemáticas

### **Actividades:**

Recapitulación de la sesión anterior.

Introducción del objetivo a trabajar en la sesión.

Desarrollo de la técnica “Parar y pensar”

Retroalimentación de la sesión.

### **Evolución o desarrollo de la sesión:**

En esta sesión los participantes llegaron inquietos, sin mucho interés por trabajar ya que todos los estudiantes de la institución se encontraban en hora libre realizando actividades recreativas, sin embargo los terapeutas motivaron hacia la participación.

Se inició la sesión con la respectiva recapitulación del trabajo en la sesión anterior, donde manifestaron algunos comentarios como: “es lindo saber lo que los otros piensan de mí”, “me gustó mucho porque tengo muchas cualidades”, “estuvo divertido, también interesante”, etc. Posteriormente se dio la explicación del objetivo a trabajar, en la que se invitó a los participantes a concientizar sobre la importancia del pensar antes de actuar, luego se entregó la hoja de trabajo y se expuso la consigna de la actividad que consistía en analizar algunos casos problema y

determinar cuál sería la solución más acertada tomando en cuenta las explicaciones previas, de igual manera se pidió que identifiquen las cosas que les hacen perder el control y algunas de sus experiencias en las que hayan podido controlarse y hacer lo correcto ante una determinada situación. En algunos casos los participantes manifestaron que pierden el control cuando: “mis compañeros me molestan”, “cuando me pegan”, “cuando me dicen cosas feas”, “cuando se cogen las cosas sin pedir”, entre otras. Luego de esto se pidió que compartan con los compañeros alguna experiencia y lo que hicieron para controlarse, se pidió que el grupo exprese otras alternativas que se podía haber utilizado para resolver tal situación. Mientras cada estudiante iba compartiendo su experiencia se pudo evidenciar las alternativas de solución positivas que se generaban.

En la parte final de la sesión se realizó una reflexión del trabajo realizado en la que se recalcó la importancia del objetivo y posterior a esto se dio por culminada la sesión.

**Observaciones generales:**

Existieron ciertos distractores externos que a momentos interfirieron en el desarrollo de la sesión, como: ruido ya que algunos estudiantes se encontraban jugando carnaval, alumnos que querían observar por la ventana.

## **SESION # 8**

**Fecha:** 12/02/2016

**Tiempo:** 2 horas

### **Objetivos:**

Proveer estrategias de afrontamiento para resolver situaciones problemáticas.

Finalizar el programa de intervención

### **Actividades:**

Recapitulación de la sesión anterior.

Introducción del objetivo a trabajar en la sesión.

Desarrollo de la técnica “mapa del problema”.

Retroalimentación de la sesión.

Cierre del proceso

### **Evolución o desarrollo de la sesión:**

Los participantes llegaron a la sesión animados, con ganas de trabajar y conscientes de que era la sesión final del programa de intervención.

Se dio inicio a la sesión con la aplicación de la técnica que consistía en identificar un problema y anotar en que situaciones el estudiante le gana al problema y cuando le gana el problema, de igual forma se pidió que registren las cosas que hacen y no les ayuda a ganarle al problema, así como las cosas que hacen y les da resultado para ganarle al problema. Para algunos estudiantes les resulto

fácil externalizar el problema y pudieron compartirlo luego con sus compañeros, otros no lograron cumplir con la consigna ya que les resultó difícil.

Posteriormente se realizó la recapitulación de la misma, donde se pidió a los participantes que reflexionen sobre la importancia de ganarles a los problemas. Luego de esto se efectuó la retroalimentación del proceso, en la que se pidió que cada uno comparta algo de lo que se ha trabajado y que considere importante dentro de todo el proceso, manifestaron: “fue lindo compartir con mis compañeros”, “pudimos hacernos amigos”, “debemos ver las cosas positivas de nosotros”, “hay que cambiar lo negativo a positivo”, “debo pensar antes de hacer las cosas mal”, “no ver las cosas malas”, entre otros. Luego se realizó una reflexión sobre todo el proceso, recalcando aspectos importantes y motivando a tener presente los aprendizajes.

Para finalizar se efectuó el cierre del proceso, con la realización de un programa de despedida que consistió en la entrega de un presente a cada estudiante y un compartir con todo el grupo.

**Observaciones generales:**

Los participantes estuvieron pensativos, tristes por culminar el proceso, ya que se estableció un buen rapport y empatía con el grupo.

*(Ver ANEXO 4: Evidencias de las sesiones de trabajo)*

### **5.1.2 Informe final**

El proceso de intervención grupal se ejecutó con el fin de lograr los siguientes objetivos terapéuticos:

- Modificar los pensamientos negativos sobre su autoconcepto que causan emociones y conductas problemáticas.
- Mejorar la valoración positiva de sí mismo y de los demás.
- Resolver conflictos interpersonales (padres/compañeros/profesores/otros)
- Proveer estrategias asertivas de afrontamiento para resolver situaciones problemáticas.

Para el cumplimiento de los objetivos se aplicaron técnicas Cognitivo-Conductuales, mediante las cuales se pudo evidenciar la interacción paciente-paciente así como la interacción paciente-terapeuta, donde cada participante pudo aprender de las experiencias de los otros escuchándose mutuamente.

En relación a los factores terapéuticos se evidenció la orientación directa sobre el problema de los participantes; los pacientes pudieron darse cuenta que no están solos y que comparten los mismos problemas con otros miembros del grupo; la experiencia de los pacientes pudo ser útil para los otros, ya que no se buscaba el bienestar de forma personal sino colectiva; se promovieron las relaciones interpersonales; se dio un proceso de catarsis, donde los participantes pudieron identificar sus emociones, exteriorizarlas y compartir con los demás; por lo que se puede establecer que se creó un clima de confianza y de interés recíproco entre los miembros.

En cuanto a la evolución del proceso algunos participantes al inicio tenían problemas para exteriorizar sus pensamientos y compartir sus experiencias, pero a medida que se iba desarrollando

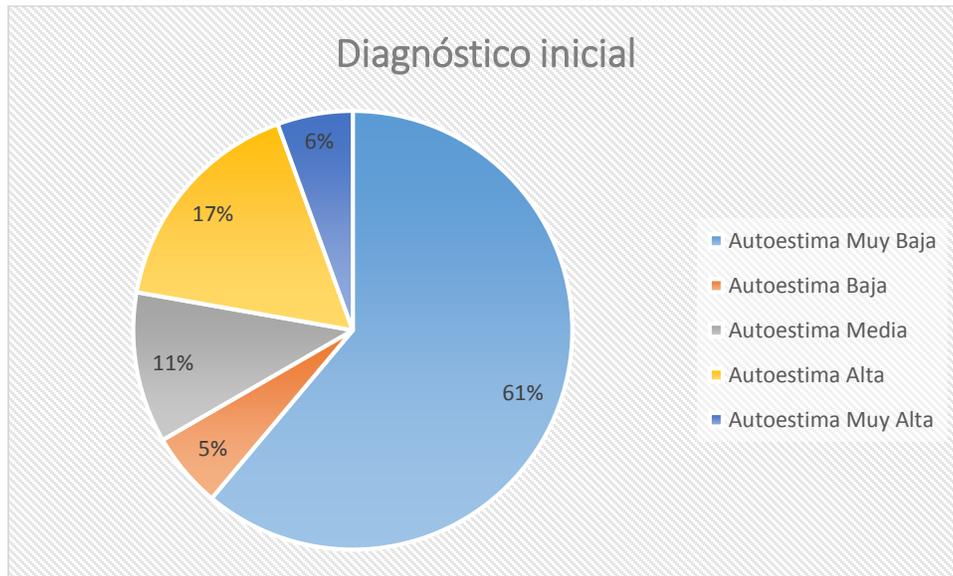
el programa se comprobó que por medio de la motivación y feedback se lograba una participación activa, de igual manera la interacción dentro del grupo en las primeras sesiones fue limitada ya que solamente compartían con los compañeros más cercanos y en el transcurso de las sesiones se pudo notar cambios significativos, ya que se logró una adecuada alianza terapéutica, no existió el fenómeno de resistencia por parte de los participantes, el grupo pudo compartir mediante las actividades propuestas, por lo que se puede determinar que los objetivos planteados para el programa de intervención grupal fueron logrados significativamente, ya que la mayoría de los participantes pudieron reconocer y expresar los aspectos positivos de sí mismo, modificar sus pensamientos negativos, establecer mejores relaciones con sus compañeros de grupo, incorporar en sus esquemas cognitivos estrategias de afrontamiento para solución de problemas, lo que permitió optimizar la autoestima.

Al finalizar el proceso terapéutico y tomando en cuenta los resultados obtenidos se evidenció que la terapia Cognitivo-Conductual grupal es un método eficaz para elevar la autoestima, ya que los pacientes mediante el aprendizaje social han podido identificar pensamiento distorsionados y modificar sus estructuras cognitivas, logrando así la valoración propia y la aceptación de los demás; por tanto se considera probable que los participantes puedan mantener los aprendizajes en diversos contextos lo que permitirá una vida más satisfactoria. Se puede establecer que el pronóstico del tratamiento es considerado como favorable.

## 5.2 Análisis de resultados cuantitativos

### 5.2.1 Diagnóstico inicial

**Gráfico 1:** Diagnóstico inicial



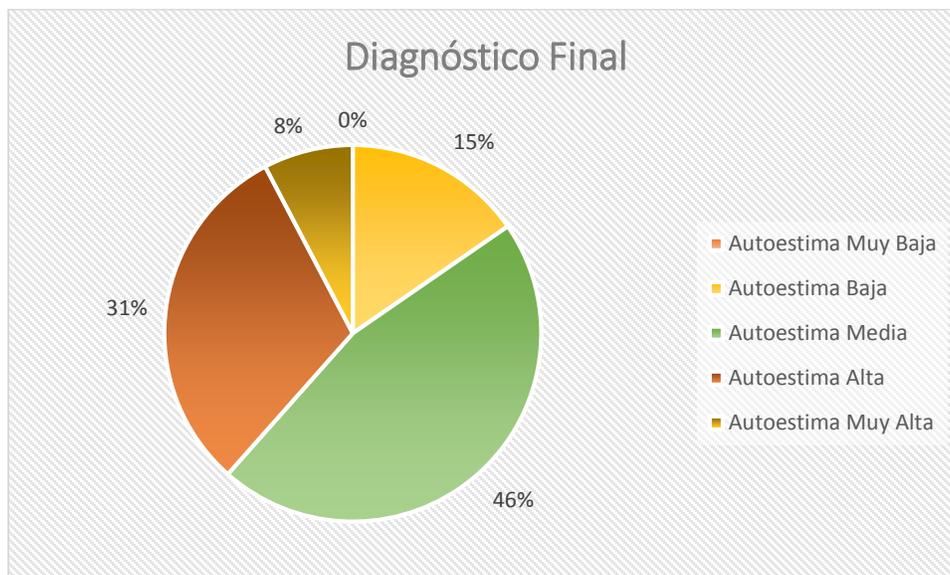
**Elaborado:** A. S; M. S.

Como se puede observar en el gráfico, del total de alumnos a quienes se aplicó el Inventario de autoestima de Coopersmith el 61% presenta una dimensión de autoestima muy baja, el 5% autoestima baja y el 11% autoestima media, que corresponde al 77% de la muestra que formaran parte del programa de intervención grupal Cognitivo-Conductual en baja autoestima.

Por otro lado el 6% presenta autoestima muy alta y el 17% autoestima alta, por lo que no se les incluirá dentro del programa ya que su autoestima se encuentra dentro de los niveles adecuados.

### 5.2.1. Diagnóstico final

**Gráfico 2:** Diagnóstico final

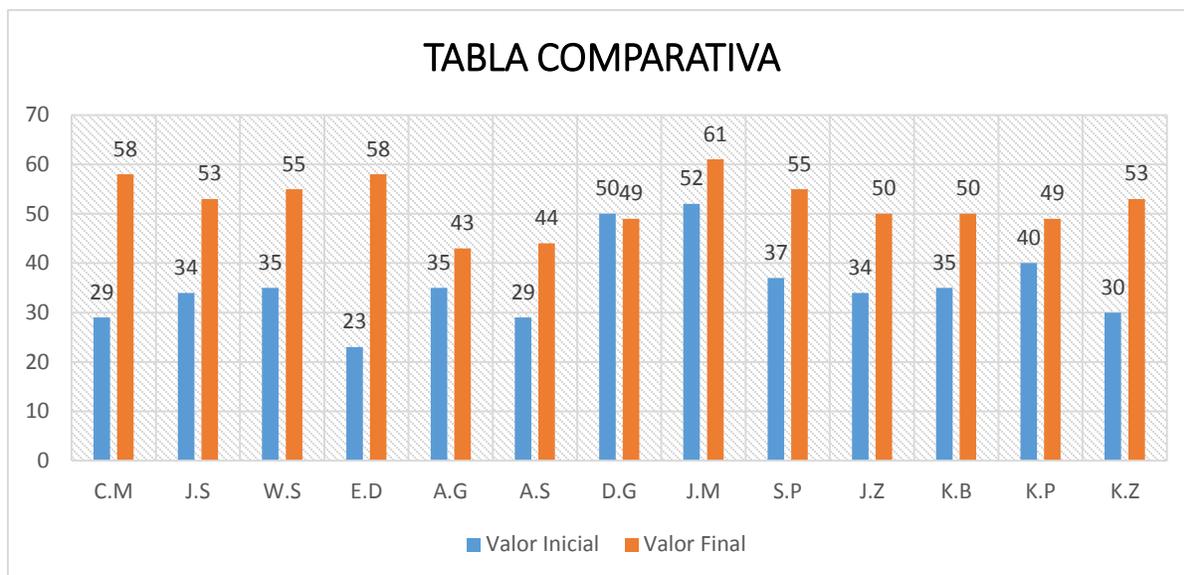


**Elaborado:** A. S; M. S

Según los resultados del gráfico se puede establecer que el 46% de la muestra presenta una dimensión de autoestima media, el 31% una autoestima alta, el 15% una autoestima baja y el 8% una autoestima muy alta, lo que corresponde al 85%. No se evidencian datos de autoestima muy baja.

### 5.2.2 Análisis comparativo inicial-final

**Gráfico 3:** Cuadro comparativo



**Elaborado:** A. S; M. S

Por medio del gráfico se puede evidenciar el grado de incidencia del programa de intervención grupal Cognitivo-Conductual en cada uno de los participantes, debido a la diferencia que existe en los resultados del inventario de autoestima de Coopersmith obtenidos de la fase inicial y final lo que en términos generales demuestra la efectividad del programa en un 92,30% que equivale a 12 de 13 estudiantes que formaron parte de la muestra.

### 5.3 Conclusiones de resultados

En el transcurso de las sesiones grupales se pudo evidenciar importantes cambios en los preadolescentes, ya que lograron modificar sus pensamientos negativos, tener una adecuada autovaloración, mejorar sus relaciones interpersonales. La alianza terapéutica ha sido fundamental para el logro de los objetivos del programa lo que ha motivado la participación activa de cada uno

de los miembros, de igual forma las técnicas Cognitivo-Conductuales utilizadas en el programa estuvieron enfocadas hacia el logro de los objetivos terapéuticos; convirtiéndose en factores importantes durante el proceso de cambio.

Por otro lado en los resultados obtenidos de la aplicación del retest se demuestra la efectividad del programa en un 92,30% que corresponde a 12 de los 13 estudiantes de la muestra.

De la muestra participante del proceso terapéutico se evidencian cambios significativos, ya que en el fase de evaluación inicial se pudo observar la prevalencia de la dimensión de autoestima muy baja en un 61%, baja en un 5% y media en un 11% que corresponden al 77% ; a diferencia de la fase de evaluación final en la que prevalece las dimensiones de autoestima baja en un 15%, media en un 46% y alta en un 31% lo que corresponde a un 85% de la muestra.

## Conclusiones Generales

- La estructura metodológica del programa de intervención grupal se adaptó adecuadamente en el fortalecimiento de la autoestima, ya que por medio del trabajo realizado en cada sesión los estudiantes mostraron una mejor valoración de sí mismo y de los demás, mejores relaciones interpersonales, mayor seguridad al momento de compartir sus experiencias y mejores alternativas para el manejo de situaciones problemáticas; que indica el cumplimiento de los objetivos planteados.
- En base a los resultados obtenidos se puede establecer que la efectividad del proceso terapéutico se evidencia en el 92,30 % que equivale a 12 de 13 estudiantes que formó parte de la muestra, ya que se observa diferencia entre el puntaje inicial y final de acuerdo a la re-aplicación del inventario de autoestima de Coopersmith, por lo que se puede decir que se obtuvieron resultados terapéuticos satisfactorios.
- El modelo Cognitivo-Conductual grupal elegido para el trabajo en autoestima con los preadolescentes fue relevante en la modificación de pensamientos inadecuados sobre su autoconcepto, en la integración entre los miembros y el aprendizaje por medio de las experiencias.
- En la institución educativa se han evidenciado ciertos factores que influyen en el contexto escolar del estudiante tales como: falta de atención o abandono por parte de algunos progenitores-cuidadores, agresiones verbales y no verbales, acoso escolar, falta de interés por parte de algunos docentes hacia las necesidades personales, familiares y sociales de los estudiantes, etc.; los mismos que pueden ser activadores de: dificultades en las relaciones interpersonales, falta de asertividad al momento de solucionar conflictos, inhibición, inseguridad, entre otros, que son características de un individuo con baja autoestima.

## **Recomendaciones generales**

### **A la institución educativa**

- Atender a los factores de riesgo social que se presentan dentro del contexto educativo, para así evitar dificultades que pueden estar asociadas con la baja autoestima.
- Propiciar un ambiente de calidez, respeto y confianza, buenas relaciones, aceptación mutua; para de esta manera motivar al estudiante a la participación activa en clases logrando así un mejor autoconcepto.
- Tener en cuenta ciertas conductas características de la baja autoestima que pueden presentar los estudiantes, las mismas que pueden posteriormente generar problemas de autoestima, para de esta forma lograr una intervención oportuna y efectiva.
- Comprometer a los padres de familia-cuidadores en la educación de los estudiantes, para que de esta forma estén informados y participen activamente en el desarrollo socio-afectivo de los mismos.
- Implementar normas que regulen el comportamiento de los estudiantes, no solo dentro del aula sino en los diferentes espacios de la institución.

### **A los psicólogos educativos**

- Aplicar el programa de intervención grupal Cognitivo-Conductual para el fortalecimiento de la autoestima en grupos de estudiantes que presenten características generadas por la baja autoestima debido a los resultados positivos obtenidos.
- Profundizar en el área de la autoestima en la preadolescencia, ya que es un factor importante en el desarrollo integral del individuo.

- Capacitar a los docentes sobre la importancia de promover una adecuada autoestima dentro del área de clases.
- Realizar seguimientos continuos del proceso.

### **A la sociedad**

- Romper esquemas y etiquetas hacia los individuos que presentan características relacionadas con la baja autoestima, ya que de esta manera no se contribuye al mejoramiento de la misma sino a su devaluación.
- Mostrar mayor interés hacia las necesidades que demandan los individuos con dificultades en aspectos como: interacción social, problemas de conducta, falta de asertividad para la solución de problemas, que pueden ser indicadores de dificultades en la concepción de sí mismo.

## Bibliografía

- Albert, M. (2007). *Técnicas de modificación de conducta*.
- Alonso, A., & Swiller, H. (1995). *Psicoterapia de grupo en la práctica clínica*. México, D.F. : El Manual Moderno .
- Alvarado Sánchez, A. M., Guzmán Benavides, E., & González Ramírez, M. T. (2005). Obesidad: ¿Baja autoestima? Intervención Psicológica en pacientes con obesidad. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 10(2). Obtenido de <http://www.redalyc.org/pdf/292/29210214.pdf>
- Álvarez Insua, M., Rivero Rivero, M., & Castro Alegret, P. L. (2009). *Proyecto de mejoramiento educativo para la educación de la autoestima en función del desarrollo intelectual de los escolares con diagnóstico de retraso mental leve*. La Habana , Cuba : Editorial Universitaria. Obtenido de <http://site.ebrary.com/lib/uasuaysp/reader.action?docID=10272186>
- Ángel, A. B. (2009). *Psicología de la adolescencia*. España: Marcombo.
- Balarezo CH, L. A. (2004). *Psicoterapia*. Quito-Ecuador : Qualityprint Cía. Ltda.
- Barudy, J., & Dantagnan, M. (2011). *La fiesta mágica y realista de la resiliencia infantil Manual y técnicas terapéuticas para apoyar y promover la resiliencia de los niños, niñas y adolescentes*. Barcelona: gedisa.
- Beauregard, L. A., Bouffard, R., & Duclos, G. (2005). *Autoestima: para quererse más y relacionarse mejor*. Madrid: Narcea, S.A. de ediciones.
- Bernal, A., & Rivas, S. (2013). *Educación familiar: infancia y adolescencia*. España: Larousse - Ediciones Pirámide. Obtenido de <http://site.ebrary.com/lib/uasuaysp/detail.action?docID=11059240>
- Branden, N. (2011). *El poder de la autoestima*. Barcelona: Espasa Libros, S.L.U.
- Bunge, E., Gomar, M., & Mandil, J. (2009). *Terapia Cognitiva con Niños y Adolescentes*. Buenos Aires: Librería Akadia.
- Burns, D. (2000). *Autoestima en 10 días*. Buenos Aires : Paidós .
- Buxarrais, M. R. (1993). *Procedimientos y métodos en la educación moral*. Revista Aula de Innovación Educativa.
- Cabra, J., & Sarasibar, X. (1995). No digas que sí, cuando quieras decir que no. Taller de habilidades sociales. *Aula Material*, 15.
- Camacho Gómez, C., & Camacho Calvo, M. (2005). Habilidades sociales en adolescencia: un programa de intervención. *Revista Profesional Española de Terapia Cognitivo-Conductual*, 15-16.

- Camejo Lluch, R. (2006). *La adolescencia y sus peculiaridades en el ser humano*. Argentina : El Cid Editor .
- Castanyer, O. (2007). *Yo no valgo menos: sugerencias cognitivo-humanistas para afrontar la culpa y la vergüenza (2a. ed.)*. España: Desclée de Brouwer. Obtenido de <http://site.ebrary.com/lib/uasuyasp/detail.action?docID=10479313&p00=yo+no+valgo+menos>
- CHALA, L. D., & Matoma, L. V. (Junio de 2013). La construcción de la identidad en la adolescencia. *La construcción de la identidad en la adolescencia*. Bogotá.
- Christophe, A., & Francois, L. (2009). *La Autoestima: gustarse a sí mismo para mejor vivir con los demás*. Barcelona, España: Kairós. Obtenido de <https://books.google.com.ec/books?id=FQ1II6AdILMC&printsec=frontcover&dq=la+autoestima+gustarse&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwjcsdr8hILLAhVCXR4KHbAiDioQ6AEIzAA#v=onepage&q=la%20autoestima%20gustarse&f=false>
- De Acevedo, A. (2014). *La buena crianza*. Grijalbo. Obtenido de [https://books.google.com.ec/books?id=CUvTAGAAQBAJ&pg=PT193&dq=annie+de+acevedo+la+buena+crianza&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwjhmuc7y\\_\\_KAhWCkx4KHazEATMQ6AEIGjAA#v=onepage&q=annie%20de%20acevedo%20la%20buena%20crianza&f=false](https://books.google.com.ec/books?id=CUvTAGAAQBAJ&pg=PT193&dq=annie+de+acevedo+la+buena+crianza&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwjhmuc7y__KAhWCkx4KHazEATMQ6AEIGjAA#v=onepage&q=annie%20de%20acevedo%20la%20buena%20crianza&f=false)
- Delgado, C. (2014). Diseño de trabajos de grado. En C. Delgado, *Diseño de trabajos de grado* (pág. 7). Cuenca.
- Eulàlia, T. d. (2014). *Psicoterapia de grupo: para niños, adolescentes y familias*. Ediciones Octaedro, S.L.
- Feldman, J. R. (2005). *Autoestima ¿cómo desarrollarla?: juegos, actividades, recursos, experiencias...* (vol. 3). madrid, españa: narcea, S.A. de ediciones. Obtenido de [https://books.google.com.ec/books?id=dW7Zr4v6WEIC&printsec=frontcover&dq=feldman&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwi-\\_5XdhoLLAhVC1B4KHQeICMwQ6AEIHTAA#v=onepage&q=feldman&f=false](https://books.google.com.ec/books?id=dW7Zr4v6WEIC&printsec=frontcover&dq=feldman&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwi-_5XdhoLLAhVC1B4KHQeICMwQ6AEIHTAA#v=onepage&q=feldman&f=false)
- Fernández-Álvarez, H. (2008). *Integración y salud mental*. Bilbao : Desclée de brouwer, S.A .
- Gabalda, I. C. (2009). *Manual Teórico-Práctico de Psicoterapias Cogniitivas (2a. ed.)*. Sevilla : Desclée De Brouwer.
- Gaona Figeroa, L. (2006). *Psicopatología: psicología anormal : el problema de la conducta inadaptada*. México: Pearson Educación. Obtenido de <https://books.google.com.ec/books?id=U9aZ9cSXuRoC&printsec=frontcover&dq=psicopatologia+psicologia+anormal+el+problema+de+la+conducta+inadaptada&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwj5puekrILLAhWCGR4KHQUMA1sQ6AEIzAA#v=onepage&q=psicopatologia%20psicologia%20anormal%20e>

- García Barthe, M. S. (2010). *Adolescencia y pubertad: problemática actual*. Argentina : MV Ediciones S.R.L. Obtenido de <http://site.ebrary.com/lib/uasuaisp/reader.action?docID=10405700>
- García Grau, P. (2011). Autoconcepto y deporte extraescolar en preadolescentes valencianos . *máster de investigación e intervención en ciencias*, 18-19. (P. García Grau, Ed., & P. García Grau, Recopilador) Valencia: Universidad de Valencia. Obtenido de <http://mobiroderic.uv.es/bitstream/handle/10550/25858/Autoconcepto%20y%20deporte%20extraescolar%20en%20preadolescentes%20valencianos.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Gerd, M. (2005). *Claves de la Psicología Evolutiva*. Barcelona: Herder.
- Gonzalez, N. I., & López Fuentes, A. (2001). *La autoestima: medición* . Toluca: UAEM.
- Greta, V. (2010). *Otra aplicación de un plan de intervención se realizó en la Universidad Central del Ecuador, y se refirió a la efectividad de la terapia cognitivo conductual con técnicas basadas en el condicionamiento operante y en la modificación de conducta para mejora*. Cuenca .
- Guerrero, M. (Mayo de 2006). Propuesta de un taller para fortalecer la construcción del autoconcepto en el adolescente. México .
- Harold .I, K., & Benjamín J, S. (1996). *Terapia de grupo* . Madrid : Medica Panamericana,S.A.
- Irwin G, S., & Barbara R, S. (2006). *Psicopatología, Psicología anormal: el problema de la conducta inadaptativa*. México: Pearson educación. Obtenido de [https://books.google.com.ec/books?id=U9aZ9cSXuRoC&printsec=frontcover&dq=psicopatolog%C3%ADa+psicolog%C3%ADa+anormal+el+problema+de+la+conducta+inadapta&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwj3mp\\_PtILLAhWDGx4KHbAmBHkQ6AEIGjAA#v=onepage&q=psicopatolog%C3%ADa%20psicolog](https://books.google.com.ec/books?id=U9aZ9cSXuRoC&printsec=frontcover&dq=psicopatolog%C3%ADa+psicolog%C3%ADa+anormal+el+problema+de+la+conducta+inadapta&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwj3mp_PtILLAhWDGx4KHbAmBHkQ6AEIGjAA#v=onepage&q=psicopatolog%C3%ADa%20psicolog)
- Kaplan, H. I., & Sadock, B. J. (1996). *Terapia de grupo* . Madrid : Medica Panamericana, S.A. .
- Kazdin, A. E. (2000). *Modificación de la conducta y sus aplicaciones prácticas*. México: El Manual Moderno. S.A de C.V.
- Krauskopof, D. (1999). El desarrollo psicológico en la adolescencia: las transformaciones en una época de cambios. *Scielo, 1*. Obtenido de [http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1409-41851999000200004](http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-41851999000200004)
- La Rosa, J., & Díaz Loving, R. (1991). Evaluación del autoconcepto: Una escala Multidimensional. *Revista Latinoamericana de Psicología, 23*(1). Obtenido de <http://www.redalyc.org/pdf/805/80523102.pdf>
- López Jordán, M. E., & Gonzáles Medina, M. F. (2006 ). *Autoestima e inteligencia emocional en los niños* . Colombia : Ediciones Gamma, S.A. .

- Llanes, J., & Castro, M. E. (2002). *Cómo proteger a los preadolescentes de una vida con riesgos* (1 ed.). México D.F., México: Pax México. Obtenido de <https://books.google.com.ec/books?id=hPG65CEFiM0C&printsec=frontcover&dq=como+proteger+a+los+preadolescentes+de+una+vida+con+riesgos&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwizuL6uo4LLAhWGPB4KHSROA-4Q6AEIGjAA#v=onepage&q=como%20proteger%20a%20los%20preadolescentes%20de%20un>
- Machargo Salvador, J. (1996). *Programa de actividades para el desarrollo de la Autoestima*. Madrid : Escuela Española, S.A.
- Mazzei, J. (2009). Inventario de coopersmith. Chile . Obtenido de inventario de coopersmith: <http://www.jmazzeim.cl/test/CooperSmith.htm>
- Mietzel, G. (2005). *Claves de la Psicología Evolutiva Infancia y Juventud*. Barcelona : Herder.
- Morales, G., Gallego, L. M., & Prior, C. (2002). Aplicaciones de la relajación y del entrenamiento sugestivo de autocontrol en el tratamiento grupal de las toxicomanías. Obtenido de [http://bscw.rediris.es/pub/bscw.cgi/d4417661/Morales-Aplicaciones\\_relajacion\\_entrenamiento\\_sugestivo\\_autocontrol\\_toxicomanias.pdf](http://bscw.rediris.es/pub/bscw.cgi/d4417661/Morales-Aplicaciones_relajacion_entrenamiento_sugestivo_autocontrol_toxicomanias.pdf)
- Naranjo Pereira, M. L. (Septiembre- Diciembre de 2007). Autoestima: Un factor relevante en la vida de la persona y tema esencial del proceso educativo. *Revista Electrónica "Actualidades Investigativas en Educación"*, 7(3). Obtenido de <http://www.redalyc.org/pdf/447/44770311.pdf>
- Olivari Medina, C., & Barra Almagiá, E. (2005). Influencia de la autoeficacia y la autoestima en la conducta de fumar en adolescentes. *Terapia psicológica*, 23, 8. Obtenido de <http://www.redalyc.org/pdf/785/78523201.pdf>
- Olmedo, M., Del Barrio, V., & Santed, M. Á. (1998). Prevención de emociones negativas en la adolescencia: valoración de técnicas cognitivo-conductuales. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*.
- Ortiz Salinas, M. E. (2010). *APA Diccionario conciso de psicología*. Mexico, D.F.: El Manual Moderno. Obtenido de <https://books.google.com.ec/books?id=GIX7CAAAQBAJ&pg=PT5&dq=ortiz+salinas+APA&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwim0LXoqYLLAhVFdR4KHWQ-AfAQ6AEIGzAA#v=onepage&q=ortiz%20salinas%20APA&f=false>
- Padrón, A., Hernández, R., & José, A. (2009). *La autoestima en la educación*. Arica : Red Límite .
- Papilia, D. E., & Olds, S. W. (1998). *Desarrollo humano*. Colombia: D´vinni.
- Papilia, D. E., Olds, S. W., & Feldman Ruth, D. (2005). *Psicología del Desarrollo de la infancia a la adolescencia* (9 ed.). México D.F: Mc Graw Hill Interamericana .

- Payne, R. A. (2005). *Técnicas de relajación*. España: Paidotribo. Obtenido de [https://books.google.com.ec/books?id=N2XMMtYpMvUC&printsec=frontcover&dq=payne+t%C3%A9nicas+de+relajaci%C3%B3n&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwjVp\\_bvwITLAhWCqx4KHU3xDtMQ6AEIGjAA#v=onepage&q=payne%20t%C3%A9nicas%20de%20relajaci%C3%B3n&f=false](https://books.google.com.ec/books?id=N2XMMtYpMvUC&printsec=frontcover&dq=payne+t%C3%A9nicas+de+relajaci%C3%B3n&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwjVp_bvwITLAhWCqx4KHU3xDtMQ6AEIGjAA#v=onepage&q=payne%20t%C3%A9nicas%20de%20relajaci%C3%B3n&f=false)
- Peralta, P., Quezada, E., & Quezada, S. (2005). Proyecto para aplicar técnicas de PNL. *Revista Semestral de la Universidad de las Americas*, 132. Obtenido de <http://site.ebrary.com/lib/uasuaysp/reader.action?docID=10148174>
- Pérez Pérez, N., Navarro Soria, I., & Cantero Vicente, M. P. (2012). *Psicología del desarrollo humano: del nacimiento a la vejez*. ECU.
- Polaino-Lorente, A. (2004). *En busca de la autoestima perdida (3a. ed.)*. Bilbao: Desclée de Brouwer, S.A. Obtenido de <http://site.ebrary.com/lib/uasuaysp/reader.action?docID=10527093>
- Pope, A. W., McHale, S. M., & Craighead, W. E. (1996). *Mejora de la autoestima: Técnicas para niños y adolescentes*. Barcelona : Martínez Roca. S.A.
- Ramía Guerra, M. (2002). La autoestima en los estudiantes de la mención Educación Preescolar y Primera Etapa de Educación Básica de la Escuela de Educación de la Universidad Central de Venezuela. *Revista de Pedagogía*.
- Ramírez Villafañez, A. (2014). *Autoestima para principiantes*. España: Ediciones Díaz de Santos. Obtenido de <http://site.ebrary.com/lib/uasuaysp/reader.action?docID=10877164>
- Reeve, J. (2010). *Motivación y emoción (5 ed.)*. México, D.F.: The McGraw-Hill.
- Reynoso Erazo, L., & Seligson Nisenbaum, I. (2005). *Psicología clínica de la salud: un enfoque conductual*. México, D.F.: El Manual Moderno, S.A. Obtenido de <https://books.google.com.ec/books?id=Te75iok5oAgC&printsec=frontcover&dq=psicolog%C3%ADa+cl%C3%ADnica+de+salud+reynoso+erazo&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwjK94niwoTLAhVDJh4KHedqDwcQ6AEIJTAA#v=onepage&q&f=false>
- Rodríguez Biglieri, R., & Giselle, V. (2011). *Manual de Terapia Cognitiva Conductual de los trastornos de la ansiedad*. Buenos Aires: Polemos.
- Rodríguez Naranjo, C., & Caño González, A. (2012). Autoestima en la adolescencia: análisis y estrategias de intervención. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*.
- Rosentreter, J. (1996). Habilidades sociales y salud mental. Un enfoque comunitario. *Última Década*, 18. Obtenido de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=19500413>
- Ruales, V. (2012). Efectividad en la terapia cognitivo conductual con técnicas basadas en el condicionamiento operante para el mejoramiento de autoestima en niños con TDAH. *Repositorio Digital UCE*.

- Ruiz Fernández, M. Á., Díaz García, M. I., & Villalobos Crespo, A. (2012). *Manual de Técnicas de intervención cognitivo conductuales*. Desclée De Brouwer, S.A .
- Saavedra, M. (2004). *Cómo entender a los adolescentes para educarlos mejor*. México D.F.: Pax México.
- Saffie Ramírez, N. (2000). *Valgo o no valgo?: autoestima y rendimiento escolar*. Santiago, Chile: LOM. Obtenido de <https://books.google.com.ec/books?id=8jEOo0KNScMC&pg=PA3&dq=saffie+ramirez&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwji06TihYLLAhXLXR4KHQkuDD0Q6AEIGjAA#v=onepage&q=saffie%20ramirez&f=false>
- Santrock, J. (2003). *Psicología del Desarrollo en la Adolescencia*. Madrid: McGRAW-HILL/Interamericana de España,S.A.U.
- Satir, V. (1991). *Nuevas relaciones humanas en el núcleo familiar*. México, D.F. : Pax México .
- Stallard, P. (2007). *Pensar bien-Sentirse bien: manual práctico de terapia cognitivo-conductual para niños y adolescentes* . Sevilla : Desclée De Brouwer.
- Torras de Beà, E. (2014). *Psicoterapia de grupo: para niños, adolescentes y familias*. España : Ediciones Octaedro, S.L. Obtenido de <http://site.ebrary.com/lib/uasuaysp/reader.action?docID=11002527>
- Válek de Bracho, M. (2007). *Autoestima y motivaciones sociales en estudiantes de Educación Superior*. Maracaibo, Venezuela: Universidad Rafael Urdaneta. Obtenido de <http://site.ebrary.com/lib/uasuaysp/reader.action?docID=10576739>
- Vallés Arándiga, A. (1998). *Cómo desarrollar la autoestima de los hijos* . Madrid: EOS.
- Verduzco Álvarez Icaza, M. E., & Moreno López, A. (2001). *Autoestima para todos*. México, D.F., México: Pax México. Obtenido de [https://books.google.com.ec/books?id=SER7quxlXaUC&printsec=frontcover&dq=autoestima+para+todos&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwjEx6-zgYLLAhXC9h4KHaO\\_CYgQ6AEIizAA#v=onepage&q=autoestima%20para%20todos&f=false](https://books.google.com.ec/books?id=SER7quxlXaUC&printsec=frontcover&dq=autoestima+para+todos&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwjEx6-zgYLLAhXC9h4KHaO_CYgQ6AEIizAA#v=onepage&q=autoestima%20para%20todos&f=false)
- Vinogradov, S., & Yalom, I. D. (2008 ). *Guía breve de psicoterapia de grupo* . Barcelona : Paidós Ibérica, S.A., .
- Yanes García, M., & Morales Okata, M. (2004). *Algunas características de la adolescencia*. Cuba: Centro Provincial de las Ciencias Médicas en Cienfuegos.

# ANEXOS

ANEXO 1: Ficha psicológica

ESCUELA DE EDUCACIÓN GENERAL BÁSICA  
"REPÚBLICA DE CHILE"  
FICHA ACUMULATIVA  
AÑO LECTIVO 2015-2016

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN/ INFORMACIÓN

APELLIDOS Y NOMBRES DEL/ LA ESTUDIANTE:
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO: (dd/mm/aa)
ESCOLARIDAD:
DOMICILIO:
TELÉFONOS:
FECHA DE ENTREVISTA:

2. REFERENCIAS DE LA HISTORIA VITAL

2.1 Trastornos de tipo afectivo de la madre durante el embarazo

Si..... No.....

Intento de aborto.....

Maltrato físico: a la madre..... al padre..... a los hijos.....

Abandono: Padre..... Madre..... Ambos.....

Existió contacto afectivo: Madre hijo/a Si..... No.....

Existió contacto afectivo: ~~Padre~~ hijo/a Si..... No.....

2.2 Embarazo y parto

Edad en la que estuvo embarazada la madre:

.....

Accidentes en el embarazo:

.....

Medicamentos durante el embarazo:

.....

Al término  Prematuro   
Cesárea  Parto Normal

Especificar cualquier otra dificultad en el embarazo (preclamsia, hipoxia, etc.)

.....  
.....

### 3. REFERENCIAS FAMILIARES

Nombre de la madre:	Edad	Estado civil	Instrucción	Profesión u ocupación	Lugar de trabajo

Teléfonos de contacto: .....

Nombre del padre:	Edad	Estado civil	Instrucción	Profesión u ocupación	Lugar de trabajo

Teléfonos de contacto: .....

Nombre del representante legal en la Institución	Parentesco	Edad	Profesión u ocupación	Teléfono de contacto	Lugar de trabajo

#### 3.1 CONDICIONES FAMILIARES ACTUALES

##### 3.1.1 Personas con quien vive el estudiante:

NOMBRE	EDAD	PARENTEZCO

#### 3.2 Historia familiar

¿Cómo describe a su hijo/a?

.....

¿Qué actividades hace usted con su hijo/a?

.....

¿Cómo se llevan entre padres?

.....

¿Cómo se ha llevado con su/s hermano/a/s a lo largo de su infancia?

.....

Usted. ¿Tiene preferencia por alguno de sus hijos/as?

Sí .....No.....

Si es así, ¿por quién y por qué?

.....

#### 4. REFERENCIAS SOCIOECONÓMICAS GENERALES

MIEMBRO	INGRESOS	EGRESOS
Padre		
Madre		
Otros		
Total		

##### 4.1 Condiciones de vivienda

Propia  Arrendada  Prestada

Con préstamo

Breve descripción de la vivienda: (casa, departamento, cuarto, etc)

.....  
.....

Servicios: Luz eléctrica  Agua potable  SSHH  Pozoséptico

Teléfono  Cable  celular  Computadora/ Internet

#### 5. REFERENCIAS DE SALUD:

El estudiante tiene algún tipo de discapacidad: SI  NO

Determinar cuál

.....

El estudiante tiene alguna condición médica específica: SI  NO

Determinar cuál:

Especifique si utiliza medicamentos:

.....

¿El estudiante presenta algún trastorno?

.....

## 6. REFERENCIAS ACADÉMICAS

El estudiante ha repetido años (especificar cuál/es):

.....

El estudiante tiene dificultades de aprendizaje? Determinar cuál?

.....

## 7. REFERENCIAS CONDUCTUALES

### 7.1 Descripción conductual

CONDUCTA EMOCIONAL	EN EL HOGAR	EN LA ESCUELA	CONDUCTA SOCIAL	EN EL HOGAR	EN LA ESCUELA
Tranquilo/a			Obediente		
Inquieto/a			Desobediente		
Ansioso/a			Dependiente		
Autoritario/a			Independiente		
Emotivo/a			Comunicativo/a		
Lábil			Introvertido/a		
Estable			Extrovertido/a		
Seguro/a			Retraído/a		
Desconfiado/a			Sociable		
Alegre			Agresivo/a		
Triste			Cooperador/a		
Quejumbroso/a			Peleón/a		
Llorón/a			Aislado/a		
Miedoso/a					
Sugestionable					

**¿Cree usted que es necesario utilizar el castigo para que los hijos obedezcan?**

Si..... No.....

**¿Cómo les castiga a sus hijos?**

No les deja ver Tv.....

Les quita el dinero del luch.....

Les encierra en el cuarto.....

Utiliza la correa.....

Les golpea.....

Otros.....

**¿Con que frecuencia lo hace?**

Siempre..... Rara vez..... Nunca.....

**¿Qué está prohibido para su hijo?**

.....  
.....

## **7.2 Relaciones interpersonales del estudiante**

¿Hace amigos/as fácilmente?

.....

¿Cuántos amigos/as íntimos tiene?

.....

¿Se siente cómodo en situaciones sociales?

.....

¿Expresa sus sentimientos, opiniones y deseos fácilmente?

.....

¿A cuántas personas les cuenta sus secretos más íntimos?

.....

### 7.3 Concepto de sí mismo

¿Cómo se describe su hijo/a a sí mismo?

.....

¿Cuáles son sus características positivas?

.....

¿Cuáles son sus características negativas

.....

¿Cómo dice que le gustaría ser?

.....

### 7.4. Situación problemática

Usted, ¿Ha notado ciertas conductas inadecuadas en su hijo? Determinar cuáles.

.....

.....

¿En qué circunstancias se han presentado estas conductas?

.....

.....

¿Podría describirme la primera vez que ocurrieron dichas conductas?

.....

.....

Si existen conductas inadecuadas: se ha buscado ayuda para resolver esta situación?

.....

.....

¿A qué cree que se deba estos problemas?

.....

.....

¿Presenta su hijos/a alguna otra situación problemática o manifestación de conductas inadecuadas?

.....  
.....

Ha tenido en otras ocasiones algún tipo de problemas psicológicos/conductuales distintos.

.....  
.....

**Diagnóstico**

.....  
.....  
.....  
.....

**Observaciones**

.....  
.....  
.....  
.....

**RESPONSABLES DE LA ENTREVISTA**

.....

**Mónica Sanmartín**

.....

**Andrea Sanmartín**

**ESTUDIANTES DE PSICOLOGÍA EDUCATIVA TERAPÉUTICA DE LA UDA**

**ANEXO 2: Inventario de autoestima-coopersmith**

**COOPERSMITH'S SELF-ESTEEM INVENTORY**

**IAE DE COOPERSMITH**

Versión en español del Dr. Joseph O. Prewitt-Díaz  
Pennsylvania State University, 1984

Adaptación para Chile (1989): Hellmut Brinkmann  
Teresa Ségure  
M. Inés Solar

**INSTRUCCIONES:**

Aquí hay una serie de declaraciones. Por favor responde a cada declaración del modo siguiente:

- Si la declaración **describe cómo te sientes usualmente**, pon una "x" en el paréntesis correspondiente en la columna debajo de la frase "**igual que yo**" (columna A) en la hoja de respuestas.
- Si la declaración **no describe como te sientes usualmente**, por una "x" en el paréntesis correspondiente en la columna debajo de la frase "**distinto a mi**" (columna B) en la hoja de respuestas.
- No hay respuestas correctas o incorrectas, buenas o malas. Lo que interesa es solamente conocer qué es lo que habitualmente piensas o sientes.

Ejemplo:

Me gustaría comer helados todos los días.

Si te gustaría comer helados todos los días, pon una "x" en el paréntesis debajo de la frase "igual que yo", frente a la palabra "ejemplo" en la hoja de respuestas.

Si no te gustaría comer helados todos los días, pon una "x" en el paréntesis debajo de la frase "distinto a mi", frente a la palabra "ejemplo", en la hoja de respuestas.

**MARCA TODAS TUS RESPUESTAS EN LA HOJA DE RESPUESTAS**

**NO ESCRIBAS NADA EN ESTE CUADERNILLO**

**No olvides anotar tu nombre, fecha de nacimiento y la fecha de hoy en tu hoja de respuestas.**

1. Paso mucho tiempo soñando despierto
2. Estoy seguro de mí mismo
3. Deseo frecuentemente ser otra persona
4. Soy simpático
5. Mis padres y yo nos divertimos mucho juntos
6. Nunca me preocupo por nada
7. Me da bochorno (me da "plancha") pararme frente al curso para hablar
8. Desearía ser más joven
9. Hay muchas cosas acerca de mí mismo que me gustaría cambiar si pudiera
10. Puedo tomar decisiones fácilmente
11. Mis amigos gozan cuando están conmigo
12. Me incomoda en casa fácilmente
13. Siempre hago lo correcto
14. Me siento orgulloso de mi trabajo (en la escuela)
15. Tengo siempre que tener a alguien que me diga lo que tengo que hacer
16. Me toma mucho tiempo acostumbrarme a cosas nuevas
17. Frecuentemente me arrepiento de las cosas que hago
18. Soy popular entre mis compañeros de mi misma edad
19. Usualmente mis padres consideran mis sentimientos
20. Nunca estoy triste
21. Estoy haciendo el mejor trabajo que puedo
22. Me doy por vencido fácilmente
23. Usualmente puedo cuidarme a mí mismo
24. Me siento suficientemente feliz
25. Preferiría jugar con niños menores que yo
26. Mis padres esperan demasiado de mí
27. Me gustan todas las personas que conozco
28. Me gusta que el profesor me interrogue en clase
29. Me entiendo a mí mismo
30. Me cuesta comportarme como en realidad soy
31. Las cosas en mi vida están muy complicadas
32. Los demás (niños) casi siempre siguen mis ideas
33. Nadie me presta mucha atención en casa

34. Nunca me regañan
35. No estoy progresando en la escuela (en el trabajo) como me gustaría
36. Puedo tomar decisiones y cumplirlas
37. Realmente, no me gusta ser un muchacho (una muchacha)
38. Tengo una mala opinión de mí mismo
39. No me gusta estar con otra gente
40. Muchas veces me gustaría irme de casa
41. Nunca soy tímido
42. Frecuentemente me incomodo en la escuela (en el trabajo)
43. Frecuentemente me avergüenzo de mí mismo
44. No soy tan bien parecido como otra gente
45. Si tengo algo que decir, usualmente lo digo
46. A los demás "les da" conmigo
47. Mis padres me entienden
48. Siempre digo la verdad
49. Mi profesor (jefe) me hace sentir que no soy gran cosa
50. A mí no me importa lo que me pase
51. Soy un fracaso
52. Me siento incómodo fácilmente cuando me regañan
53. Las otras personas son más agradables que yo
54. Usualmente siento que mis padres esperan más de mí
55. Siempre sé qué decir a otra persona
56. Frecuentemente me siento desilusionado en la escuela (en el trabajo)
57. Generalmente las cosas no me importan
58. No soy una persona confiable para que otros dependan de mí.

**HOJA DE RESPUESTAS**  
**IAE – COOPERSMITH**

NOMBRE: \_\_\_\_\_  
FECHA DE NACIMIENTO : \_\_\_\_\_ EDAD : \_\_\_\_\_  
FECHA DE APLICACION: \_\_\_\_\_

	A		B		A		B	
	Igual que yo		Distinto a mí		Igual que yo		Distinto a mí	
Ejemplo ( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
Preg.								
1.	( )	( )	( )	( )	30.	( )	( )	( )
2.	( )	( )	( )	( )	31.	( )	( )	( )
3.	( )	( )	( )	( )	32.	( )	( )	( )
4.	( )	( )	( )	( )	33.	( )	( )	( )
5.	( )	( )	( )	( )	34.	( )	( )	( )
6.	( )	( )	( )	( )	35.	( )	( )	( )
7.	( )	( )	( )	( )	36.	( )	( )	( )
8.	( )	( )	( )	( )	37.	( )	( )	( )
9.	( )	( )	( )	( )	38.	( )	( )	( )
10.	( )	( )	( )	( )	39.	( )	( )	( )
11.	( )	( )	( )	( )	40.	( )	( )	( )
12.	( )	( )	( )	( )	41.	( )	( )	( )
13.	( )	( )	( )	( )	42.	( )	( )	( )
14.	( )	( )	( )	( )	43.	( )	( )	( )
15.	( )	( )	( )	( )	44.	( )	( )	( )
16.	( )	( )	( )	( )	45.	( )	( )	( )
17.	( )	( )	( )	( )	46.	( )	( )	( )
18.	( )	( )	( )	( )	47.	( )	( )	( )
19.	( )	( )	( )	( )	48.	( )	( )	( )
20.	( )	( )	( )	( )	49.	( )	( )	( )
21.	( )	( )	( )	( )	50.	( )	( )	( )
22.	( )	( )	( )	( )	51.	( )	( )	( )
23.	( )	( )	( )	( )	52.	( )	( )	( )
24.	( )	( )	( )	( )	53.	( )	( )	( )
25.	( )	( )	( )	( )	54.	( )	( )	( )
26.	( )	( )	( )	( )	55.	( )	( )	( )
27.	( )	( )	( )	( )	56.	( )	( )	( )
28.	( )	( )	( )	( )	57.	( )	( )	( )
29.	( )	( )	( )	( )	58.	( )	( )	( )

<b>M</b>	<b>S</b>	<b>E</b>	<b>H</b>	<b>G</b>	<b>Total</b>
PB PS					



INVENTARIO DE AUTOESTIMA DE COOPERSMITH											
Escala General		Escala Social		Escala Escolar		Escala Hogar		Escala Mentira		Escala Total	
PB	T	PB	T	PB	T	PB	T	PB	T	PB T	
8	10	0	17	0	24	0	24	0	32	20 18	
10	21	2	24	2	29	2	30	2	39	22 20	
12	23	4	30	4	35	4	36	4	45	24 21	
14	25	6	36	6	41	6	42	6	51	26 23	
16	28	8	43	8	47	8	48	8	58	28 24	
18	31	10	49	10	53	10	55	10	64	30 26	
20	33	12	55	12	59	12	61	12	71	32 27	
22	36	14	62	14	65	14	67	14	77	34 29	
24	38	16	68	16	71	16	73			36 30	
26	40	<p style="text-align: center;">Abreviaturas Utilizadas</p> <p>G = Escala General</p> <p>S = Escala Social</p> <p>FH = Escala Familiar Hogar</p> <p>M = Escala de la Mentira</p> <p>E = Escala Escolar</p> <p>NOTA:</p>								38	32
28	43									40	34
30	45									42	35
32	48									44	37
34	50									46	38
36	53									48	40
38	55									50	41
40	58									52	43
42	60									54	44
44	62									56	46
46	65									58	47
48	67									60	49
50	70									62	50
52	72									64	52
Si la casilla en que se encuentra la letra coincide con la preferencia indicada por el encuestado se le asignará un punto, de lo contrario no llevará puntaje.										66	53
Se sumarán sólo los puntajes correspondientes a la casilla indicada por sólo una de las letras; G, S, FH, M, E, según corresponda.										68	55
Una vez realizada la suma, según la letra correspondiente, se multiplica por dos, obteniendo PB con lo cual se puede observar T.										70	56
										72	58
										74	59
										76	61
										78	63
										80	64
										82	66
										84	67
										86	69
										88	70
										90	72
										92	73
										94	75
										96	76
<b>Interpretación de Puntajes T</b>											
		T		AUTOESTIMA							
		39 o menos		MUY BAJA							
		40 - 47		BAJA							
		48 - 54		MEDIA							
		55 - 59		ALTA							
		60 o más		MUY ALTA							

**ANEXO 3:** Cronograma de actividades

**CRONOGRAMA PARA EL DESARROLLO DEL PLAN DE PLAN DE INTERVENCIÓN GRUPAL COGNITIVO-CONDUCTUAL PARA ESTUDIANTES QUE PRESENTAN BAJA AUTOESTIMA EN LA ESCUELA “REPÚBLICA DE CHILE”**

<b>OBJETIVO GENERAL:</b> Fortalecer la autoestima de los estudiantes para lograr una valoración objetiva y realista de sí mismo y de los demás.				
<b>SESIÓN</b>	<b>OBJETIVO TERAPEUTICO</b>	<b>TÉCNICAS</b>	<b>FECHA</b>	<b>DURACIÓN</b>
<b>Sesión 1</b>	Modificar los pensamientos negativos sobre su autoconcepto que causan emociones y conductas problemáticas.	Tic-Toc “El Monigote”	4 de Enero del 2016	1 hora 10 minutos
<b>Sesión 2</b>	Modificar los pensamientos negativos sobre su autoconcepto que causan emociones y conductas problemáticas.	Modelado pasivo (video “El circo de la mariposa”)  “Buenas cosas mías”  “La flecha descendente”	8 de Enero del 2016	1 hora 40 minutos
<b>Sesión 3</b>	Mejorar la valoración positiva de sí mismo y de los demás	“Rey y Reina”	13 de Enero del 2016	1 hora 45 minutos

<b>Sesión 4</b>	Mejorar la valoración positiva de sí mismo y de los demás	“La técnica del espejo”	20 de Enero del 2016	1 hora 45 minutos
<b>Sesión 5</b>	Resolver conflictos interpersonales (padres/compañeros/profesores/otros)	“Tarjetas sorpresa” “Reforzadores positivos”	27 de Enero del 2016	1 hora 40 minutos
<b>Sesión 6</b>	Resolver conflictos interpersonales (padres/compañeros/profesores/otros)	Sopa de Letras	3 de febrero del 2016	1 hora 20 minutos
<b>Sesión 7</b>	Proveer estrategias asertivas de afrontamiento para resolver situaciones problemáticas.	“Mapa del problema”	8 de Febrero del 2016	1 hora 15 minutos
<b>Sesión 8</b>	Proveer estrategias asertivas de afrontamiento para resolver situaciones problemáticas.	“Parar y pensar”	12 de Febrero del 2016	1 hora 45 minutos

**ANEXO 4:** Evidencias de las sesiones de trabajo



