



UNIVERSIDAD DEL
AZUAY

Universidad del Azuay

**Facultad de Filosofía, Letras
y Ciencias de la Educación**

Carrera de Psicología Clínica

**PROGRAMA DE INTERVENCIÓN GRUPAL
CON ENFOQUE COGNITIVO CONDUCTUAL
PARA EL DESARROLLO DE LA
AUTOESTIMA EN ADOLESCENTES DEL
COLEGIO CESAR DÁVILA.**

Autor: Nombre Pablo Pozo López

Director: Rene Zalamea Vallejo.

Cuenca – Ecuador

2016

DEDICATORIA

Dedico este gran logro alcanzado, a mi familia, mi esposa y mi hija que son el principal motor para continuar esforzándose en el camino, de igual manera dedico este trabajo a mis padres por el apoyo que me fue brindado y que gracias a ellos es quien hoy en día soy.

AGRADECIMIENTO

Quiero agradecer principalmente a mi esposa y mi hija por la paciencia que me han brindado durante esta prueba, que ahora brinda sus frutos, agradezco de igual forma a mis padres que fueron quienes apoyaron todo mi transcurso universitario, de igual forma agradezco inmensamente el apoyo de mi director Rene Zalamea y mi tribunal Anita Pacurucu y Mario Moyano, por el apoyo brindado durante la elaboración de mi tesis y por todo el apoyo que recibí de ellos desde mis inicios universitarios.

RESUMEN

En el presente estudio vamos a observar la influencia que tiene sobre un adolescente con problemas en su autoestima, un programa de intervención grupal con enfoque cognitivo conductual, esta investigación cualitativa, se llevó a cabo con una población focalizada de nueve participantes, los mismos que participaron en el proyecto durante un periodo de 12 sesiones terapéuticas, que constan de técnicas y herramientas psicológicas adecuadas para esta problemática, el participante fue evaluado a través del test de autoestima de Coopersmith antes del desarrollo del programa y un re test al finalizar el programa, lo que nos permitió obtener los datos que validan este estudio.

ABSTRACT

This study will analyze the influence of a group intervention program with a cognitive behavioral approach on teenagers who present self-esteem problems. This qualitative research was carried out with a targeted population of nine participants who were part of the project during 12 therapeutic sessions, which consisted of techniques and appropriate psychological tools to deal with this problem. Each participant was evaluated before the development of the program through the Coopersmith Self-Esteem Inventory, and at the end of the program with the application of a re-test; procedure that enabled us to obtain data to validate this study.

Keywords: Self-Esteem, Adolescence, Cognitive Behavioral Therapy



Translated by,
Lic. Lourdes Crespo

ÍNDICE	
Dedicatoria	I
Agradecimiento	II
Resumen	III
Abstrac	IV
Índice de Contenidos	V
Introducción	1
Capítulo 1: Autoestima Y Adolescencia	3
1. Introducción	3
1.1 Definiciones generales adolescencia y autoestima	3
1.2 Características de la autoestima en la adolescencia	5
1.3 Adolescencia y sus principales conflictos	6
1.4 Influencia familiar en el desarrollo de la autoestima	9
1.5 Etapa de la adolescencia y riesgos de un inadecuado desarrollo de la autoestima	12
1.6 Conclusiones	14
Capítulo 2: Intervención Grupal Con Enfoque Cognitivo Conductual	15
2. I Introducción	15
2.1 Concepto	15
2.2 Fundamentos teóricos de la Terapia Cognitivo – Conductual	16
2.3 Fundamentos teóricos de la Terapia Grupal	18
2.4 Características de la terapia grupal con enfoque cognitivo conductual en la actualidad	20
2.5 Conclusión	22
Capítulo 3: Metodología	23
3. Introducción	23
3.1.Tipo de Estudio y Muestra	23
3.2. Técnicas y Herramientas Utilizadas	23
3.2.1. Herramientas de evaluación	23
3.2.2. Técnicas de intervención cognitivo conductual	24
3.3. Desarrollo del programa	25
3.3.1 Problemática	25
3.3.3 Objetivos	25
3.3.3 Ejecución del Programa	26

3.4. Procedimiento del programa por sesión	26
3.5.Conclusión	34
Capítulo 4: Análisis De Resultados	35
4.1 Introducción	35
4.2 Análisis individual	37
4.3 Análisis General	50
CONCLUSIONES GENERALES	52
RECOMENDACIONES	53
BIBLIOGRAFÍA	54
ANEXOS	59
ÍNDICE DE GRÁFICOS.	
1. Grafico 1.	36
2. Grafico 2.	38
3. Grafico 3.	40
4. Grafico 4.	41
5. Grafico 5.	42
6. Grafico 6.	44
7. Grafico 7.	45
8. Grafico 8.	47
9. Grafico 9.	48
10. Grafico 10.	49
11. Grafico 11.	50

INTRODUCCION.

Al problema de la autoestima en adolescentes, no se le ha dado el lugar que debería dentro de las preocupaciones de los servicios de salud psicológica, ya que sobre todo la atención de los colegios se centran en la prevención del uso de drogas o prevención de enfermedades de transmisión sexual o embarazo adolescente, con resultados que no han sido los esperados de acuerdo a la metas propuestas en el Plan Nacional del Buen Vivir tal como se pone en evidencia en las cifras oficiales de la cuarta encuesta nacional sobre el consumo de drogas efectuada por el Consejo Nacional de Control de Sustancias Psicotrópicas y Estupefacientes (Consep).

Este estudio busca describir la influencia de un programa diseñado para adolescentes, que tiene como objetivo fortalecer su autoestima, a través de herramientas psicológicas fundamentadas en la corriente cognitivo – conductual, ya que este modelo se puede adaptar a cualquier tipo de población y problemática, mostrando resultados en periodos de tiempo breves, que han tenido resultados interesantes, respaldados por varias investigaciones, partiendo de la estructura más conocida de este enfoque para aterrizarla en un programa planteado para un grupo donde lo que va a constituir el trámite de integración es la baja autoestima y sus problemas subyacentes.

La autoestima es un tema muy controversial que ya es mencionado, aunque con otras palabras por el mismo Sigmund Freud, pero en este caso él se refiere a un “Sentimiento de si”, la autoestima ha sido estudiada durante todo el proceso de desarrollo de la psicología, por varios y muy reconocidos autores y desde distintos enfoques, a su vez un tema de mucho interés para muchos investigadores son, las posibles consecuencias de un desarrollo inadecuado de la misma durante su vida, dentro de las cuales se ubican el consumo de drogas, depresión, y varias otras alteraciones que pueden presentarse a futuro como consecuencia de una baja autoestima, esto lo podemos encontrar de manera detallada en el Capítulo Uno.

Una baja autoestima está relacionada con una percepción negativa de uno mismo, teniendo como consecuencia una autoimagen distorsionada, que desarrolla miedos y temores en el adolescente que lo llevan actuar posiblemente de manera errada, de esta manera, la mejor alternativa para desarrollar un cambio de manera rápida y duradera la mejor alternativa es la terapia grupal con enfoque cognitivo conductual, ya que un grupo

de iguales va a generar un proceso de identificación entre ellos, volviendo así las opiniones de cada uno de los integrantes muy importante para el grupo ayudando así a fortalecer su identidad, la corriente cognitivo – conductual nos presenta una amplia carta de técnicas y herramientas aplicables en una gran variedad de problemáticas, esto se encuentra más detallado en el capítulo dos de esta investigación.

Al trabajar la terapia cognitivo conductual un campo tan amplio, tenemos una variedad muy extensa de técnicas y herramientas para cada problemática, por lo tanto es labor del terapeuta el organizar las ideas con las técnicas y obtener los resultados que busca, en este estudio se inicia con una aplicación del test de Coopersmith a un grupo focalizado, esta evaluación del autoestima nos da valores correspondientes a las áreas de familiar, social y general y una puntuación total que será la que se tomara en cuenta para la comparación del grupo, después de su participación en el programa de intervención que se encuentra detallado actividad por actividad en el capítulo tres del presente estudio.

Finalmente, en el capítulo cuatro de este estudio se encontrará de manera detallada la comparación de los resultados obtenidos en Test y el Re-Test, que serán los encargados de validar el programa de intervención grupal con enfoque cognitivo conductual.

CAPITULO 1: Autoestima y adolescencia

1. Introducción:

En este capítulo se aborda la autoestima en relación al proceso evolutivo del adolescente, su constitución, los tipos, teorías que sustentante su desarrollo, causas y consecuencias de los problemas de la autoestima, también se reflexiona acerca de la autoestima como un factor de protección frente a problemas de consumo, problemas psicológicos y en general como un elemento importante para la salud mental.

1.1. Definiciones generales adolescencia y autoestima.

La acción para la educación, relaciones públicas, investigación e información, (Costa, 2009) define a la adolescencia como la construcción social a la par de las transformaciones biológicas que caracterizan una etapa del desarrollo, y que son consideradas universales, en esta intervienen directamente elementos culturales que varían a lo largo del tiempo, de una sociedad a otra y, de un grupo a otro y de esto dependerá las responsabilidades y los derechos que tendrá a la persona que se considere adolescente. (Costa, 2009)

La adolescencia es una de las etapas con mayor trascendencia en la persona ya que en ella se atraviesan cambios físicos y cognitivos, la adolescencia tiene como característica la aparición de importantes variaciones en la estructura del pensamiento, esto fue llamado por Piaget como “periodo de las operaciones formales”, otro importante cambio es la configuración de los procesos de identificación tanto individual como grupal, estos son los encargados de generar una comprensión del yo y de la sociedad, siendo ésta la principal herramienta para la adquisición de habilidades sociales, normas y valores, así se da a la vez el desarrollo moral y personal de un individuo (Moreno & Barrio, 2000).

Teniendo en cuenta estas definiciones que ubican el concepto de adolescencia en esta investigación, abordaremos uno de los pilares fundamentales en la transición de esta etapa, siendo esta la autoestima a la cual se le entenderá como la capacidad de autovaloración que tiene una persona de sí mismo, se le puede comprender también como la opinión emocional que tiene la persona sobre su propio ser. (Sendra, 2009).

Aunque el término “autoestima” tiene su mayor impacto en el siglo XX, Freud habla de esto en 1914, es su escrito “introducción al narcisismo”, el cual habla del “sentimiento de sí” como la expresión del grado del yo, este sentimiento de sí está compuesto por las posesiones y logros de cada individuo y a su vez por todos sus sentimientos de superioridad, que, al ser gratificadas por sus experiencias, contribuyen a incrementar el sentimiento de sí. (Freud, 1914)

Este enfoque incorpora rasgos corporales, mentales y hasta espirituales que también forman las características de la personalidad, factores que no son estáticos y podrán ir transformando con el tiempo, dependiendo esencialmente del medio en el que se desenvuelve cada persona, y como es lógico el primer medio en el cual se desarrolla el adolescente desde que es un niño es su ambiente familiar, cuando este ambiente no es el apropiado puede generarse daños irreparables en la salud psicológica del individuo y por tanto en su autoestima. (Sendra, 2009)

A la autoestima se le puede relacionar con el término autoconcepto que hace referencia netamente a la perspectiva que tiene el individuo sobre él como persona, alimentadas por las relaciones con los demás y las atribuciones que él mismo hace sobre su conducta, en este sentido al tener una adecuada y organizada percepción, tendrá a su vez un funcionamiento correcto de en el área cognitiva, afectiva y social, así el auto concepto es considerado por varios autores como un importante correlato del bienestar psicológico y de ajuste social. (Góngora & Casullo., 2009)

Se entiende así que el auto concepto es uno de los componentes esenciales del self, desde esta perspectiva el auto concepto sería la imagen que se tiene de uno mismo que integra en ella la información tanto interna como externa, que a su vez es juzgada y valorada por el mismo, esta información proviene entonces de lo que el sujeto dispone y de lo nuevo que deberá integrar, por esta razón se afirma que el auto concepto es una de las variables centrales del ámbito de la personalidad. (Gonzales & Nuñez, 1997)

De esta forma para que esta actitud se genere, será necesario que la conciencia de sí mismo relacionada con su auto percepción, sean internas, extensa y desarrollada, esto se debe a que existen varios niveles de conciencia que desarrollan distintos modos de desenvolverse en el medio. (Ramírez, 2013)

El auto concepto y la autoestima son fundamentales en la vida de las personas, ya que toda acción que realizamos sea positiva o negativa llevara impregnada su marca, siendo un nivel alto de autoestima y de auto concepto una de las principales metas de las personas, al ser estos el centro de acontecer tanto personal como social en cada uno (Delgado, Márquez, & Sánchez, 2009)

Cava, Musiti y Vera en el 2000 presentan el tema de la autoestima en relación a la adolescencia señalando que un adolescente pueda tener una imagen general de sí mismo favorable o desfavorable, como consecuencia de sus principales relaciones intrapersonales (familia), sin embargo, el proceso de incorporación de un concepto se va desplazando hacia las referencias sociales de los pares, en este momento de transición la opinión de los amigos es crucial y central, la autoestima es expresada por el adolescente <en diversos contextos como el familiar, el escolar y el social, también desarrolla una imagen de sí mismo específica en cada uno de ellos. (Cava, Musitu, & Vera, 2000)

Entonces dicho de otra manera se puede considerar a la autoestima como “actitud general o global hacia uno mismo, así como actitudes hacia aspectos específicos que no son equivalentes ni intercambiables. (Urquijo, 2002)

1.2. Características de la autoestima en el adolescente

Coopersmith, (1976), en su libro “Estudio sobre la estimación propia” habla de la autoestima conformada por cuatro áreas, las mismas que se encuentran conformadas por:

1. Área personal relacionada directamente con su auto evaluación en base a sus cualidades, capacidades y aspecto físico, el desarrollo adecuado de esta área fortalecerá su seguridad propia y la actitud con la que se muestra ante los demás
1. Área académica la cual se relaciona con la evaluación propia que el individuo hace con respecto a su desempeño escolar, aquí influirá de manera directa la capacidad del individuo para desenvolverse en el ámbito escolar, las actitudes recibidas por parte de los profesores y compañeros influyen directamente sobre esta área.
2. Área familiar es su auto evaluación de la persona en relación al grupo familiar, considerando aquí su capacidad, productividad, importancia y dignidad que a su juicio mantiene dentro del ambiente familiar.

3. El área social, que de igual forma considera su auto valoración en relaciones a su ambiente social en relación a sus capacidades, productividad, importancia y dignidad, que serán atribuidas a juicio propio.

1.3. La adolescencia y sus principales conflictos

La etapa de la adolescencia es un puente que conecta a la niñez con la adultez, en el cual en su camino la persona forma su madurez, responsabilidad y creatividad. la adolescencia es un periodo muy tormentoso y de estrés inevitable, sufrimiento, pasión y rebelión en contra de la autoridad de los adultos, por todas estas características observamos la complicitad de esta etapa del desarrollo, la cual cuando se relaciona con un ambiente desfavorable, producirá complicaciones en su transición. (Gallardo, 2012)

Castillo (1999) Indica que durante la adolescencia se presentan tres significativos cambios en la persona, estos son el crecimiento físico, el cambio afectivo, este se puede observar como una inconformidad hacia los adultos y consigo mismo, y el más significativo será el cambio en la sexualidad, estos cambios serán vividos por el adolescente como etapas de crisis, que al finalizar darán lugar a una independencia del YO, sin embargo si estas crisis se vuelven muy agudas podría dar paso a una depresión o problemas escolares, por esta razón durante esta etapa del desarrollo es fundamental que el adolescente tenga una autoestima bien conformada que le permita tener seguridad para así afrontar estas crisis. (Castillo, 1999)

La etapa de transición de la infancia hacia la adolescencia, es decisiva para el desarrollo de la persona, y la construcción de su personalidad, ya que es aquí donde se desarrollaran sus actitudes, la manera en la cual se desenvuelve con su entorno y su vida intrapersonal, esto también dependerá de sus recursos internos y los vínculos generados dentro del hogar, cuando la persona ha tenido una mala relación con la madre durante la infancia, su relación interpersonal se distorsiona, generando una percepción negativa de sí mismo y de su entorno, evitando de esta manera desarrollar de manera adecuada su propia identidad. (Nava, 2010)

Erikson, (2004), propone una de los principales aportes sobre el desarrollo de la identidad en la adolescencia, en su teoría evolutiva describe ocho etapas asociadas a crisis que compondrían el germen para el desarrollo de la personalidad, en cada etapa se

desplegarán distintos factores que aportan al desarrollo psicosocial. En la adolescencia de acuerdo a este autor, se trata de una etapa de identidad vs difusión de roles que se compone de las siguientes dimensiones:

1. Dimensión comunitaria: es aquí donde Erickson indica que se genera una fusión entre lo que le es propio (temperamento, talento, carácter) y las decisiones y elecciones que se llega a tomar y como esto se acopla al ambiente social y cultural, esto significa que el adolescente teniendo de base su personalidad prueba con elecciones que finalmente tiene un impacto en su mundo social que va influir en su manera de concebirse.
2. Dinámica del conflicto: el adolescente aquí tendrá conflicto por la presencia de sentimientos contradictorios, por un lado todo lo que se le indica que debe hacer y la necesidad de cumplir perspectivas individuales frente a los nuevos mecanismos cognitivos que le otorgan una manera diferente y más elaborada de pensar, esta dinámica de conflicto es una lucha entre los propios deseos o impulsos del adolescentes, sus análisis y lo que la sociedad representada por las figuras de autoridad le imponen o le señalan y que ahora es susceptible de ser rebatido.
3. Periodo evolutivo personal: haciendo referencia a los cambios, biológicos, psicológicos y sociales que enfrenta a un adolescente a nuevos desafíos e incertidumbres y preguntas a ser contestadas.
4. Modelos recibidos: En esta etapa es donde la influencia de los modelos parentales y los comunitarios van a aportar para la construcción del Yo y de una identidad, es decir, el adolescente va a tener varias figuras con las que intentará identificarse.
5. Aspectos históricos: son las vivencias y pasado de cada persona y relación de estas con su desarrollo de la identidad, Erickson no descarta la influencia de las historias del adolescente que va a tener en definitiva un impacto a lo largo de la vida, sin embargo, en la adolescencia este cúmulo actuará de una manera muy particular condicionando algunas de sus elecciones.

De acuerdo con esta propuesta una crisis resuelta tendría como resultado una identidad propia o una confusión de roles, esta confusión se desarrolla en la medida en la cual el adolescente empieza a dejar de lado sus valores y creencias propias de su identidad, y en su lugar intervienen las creencias que él considera que tendrán mayor aceptación en el nuevo entorno en el cual se está desarrollando, ya que este ambiente está

ahora en relación a sus pares, los mismos que tendrán una significativa importancia, por esta razón el adolescente busca alternativas en su comportamiento que lo alejen de cualquier tipo de humillación en su medio, llevándolo así a tomar una posición de rebeldía y actuar de manera errónea (Ives, 2014)

El desarrollo adecuado de la identidad dependerá de una correcta identificación de un rol y de una orientación sexual, en el mundo en construcción del adolescente este debe posicionarse en función de una perspectiva de futuro así sea incipiente, elige si será profesional o no, debe encajar en algún lugar del entramado social, en algún eslabón del tejido social, las elecciones que debe incorporar están atravesados por temores que se hacen presentes en diferente medida en todo este proceso y que puede coincidir con mucha confusión, incertidumbre y vulnerabilidad en este contexto debe elegir una carrera universitaria por ejemplo. (Romero, 2006)

Piaget (2004), indica que durante la adolescencia se da el inicio de las operaciones formales, esta es una fase de colaboración en la cual el adolescente comienza a dar su opinión propia y defender sus ideologías, durante este periodo el adolescente se abre a conocer distintos puntos de vista dentro de su entorno, dándole mayor flexibilidad a su pensamiento, y a consecuencia de esto el adolescente va construir sus propias teorías.

La actitud de los adolescentes hacia las reglas y figuras de autoridad cambian, ya que empieza a comprender que las normas son impuestas por los adultos, y que las mismas pueden variar dependiendo del ambiente en el que fueron generadas, y a su vez estas pueden llegar a ser modificadas, es por esto que, durante esta etapa del desarrollo de las operaciones formales, el adolescente toma una actitud de rebeldía hacia la autoridad. (Beard, 1971)

De esta manera los cambios psicológicos y sociales, que se generan durante la adolescencia, van a formar una identidad propia, sin embargo el desarrollo de su físico será uno de los cambios más importantes ya que no solo implica cambio de su aspecto físico y de los caracteres sexuales secundarios, sino la rapidez con la que su apariencia física y sus pensamientos se modifican, a su vez inicia aquí la curiosidad por las relaciones íntimas debido a la carga hormonal que se presenta en la persona, al presentarse estos

cambios de manera súbita, da como resultado, sentimientos y emociones difíciles de asimilar para la persona. (Páez, 2001)

Estos significativos cambios por los que atraviesan los adolescentes tendrán gran incidencia en el ámbito sexual, es aquí donde inicia la incertidumbre sobre la sexualidad y el deseo sexual, al no estar aún preparado para explorar en las relaciones íntimas, el adolescente busca satisfacción a través de la masturbación, este auto erotismo en el adolescente, es una vía de descarga de tensiones tanto físicas como psicológicas, generándole así una relajación que le permite desarrollarse de mejor manera en actividades tanto escolares como sociales. (Gonzales A. , 2001)

Los cambios que se desarrollan tanto física, cognitiva y emocionalmente en el adolescente, desarrollaran su autoimagen, que estará influenciada por sus experiencias, conflictos y sus satisfacciones, las mismas que actuaran de manera directa en el desarrollo de su autoestima, ya sea para fortalecerla o para debilitarla, si un adolescente considera que alguna parte de su cuerpo, no le agrada o no es como se supone seria atractivo, generara en él un sentimiento de insatisfacción, este sentimiento deberá ser manejado por las figuras superiores que se encuentren a tutela del adolescente, de lo contrario se podría desarrollar una personalidad débil, volviéndose retraído y demasiado tímido. (Batista, 2009)

Frente a todos estos procesos de cambio expuestos, el adolescente precisará de herramientas que le permitan atravesarlos con mayor facilidad, la autoestima es un factor de apoyo durante el proceso de desarrollo, existen antecedentes de que la autoestima se forma por el histórico de la persona y durante esta etapa se potencia, es decir, se afirma o por el contrario puede sufrir un grave deterioro.

1.4. Influencia familiar en el desarrollo de la autoestima

Para Nava (2010) la autoestima del adolescente se va a desarrollar fundamentalmente por su interacción familiar, es su estudio sobre “Factores que Influyen en la Adicción Adolescente” indica que esto se da principalmente con las figuras con las que establece sus vínculos primarios, en este sentido la madre o la figura que hace de ella, es fundamental para el desarrollo de la autoestima ya que después de estas primeras

interacciones se aprende a generar vínculos con los demás miembros de la sociedad, para que esta autoestima se desarrolle de la manera adecuada, deberá haber tenido una infancia en la cual sus padres o cuidadores primarios hayan brindado amor y apoyo que le den seguridad personal, si existe agresión hacia el niño, el desarrollará un rechazo hacia la autoridad y los valores familiares, el maltrato infantil es una de las principales causas de baja autoestima en los adolescentes.

El artículo nueve del código de la niñez y la adolescencia expresa, “La ley reconoce y protege a la familia como el espacio natural y fundamental para el desarrollo integral del niño, niña y adolescente.” Entendiendo con esto, que la familia es la encargada de cumplir con las necesidades fundamentales para el desarrollo de la persona (Asamblea Nacional, 2003)

La construcción de la conducta de cada individuo en las primeras etapas de la vida se caracteriza esencialmente con el estilo de paternidad y unión familiar que es percibida, se observa incluso que a pesar de que no exista un vínculo fuerte con las figuras paternas, siguen siendo estas las principales contribuyentes en el comportamiento del adolescente. (Buchanan, 2003)

De cada hogar nace la primera influencia para moldear los valores y patrones de conducta de la persona, por esta razón el medio familiar ejercerá una gran influencia en el mismo, teniendo esto mayor importancia en la adolescencia debido a los múltiples factores y situaciones de riesgo por la cuales se atraviesa durante esta etapa, se ha identificado mediante varios estudios que estas situaciones de riesgo en la adolescencia se potencializan cuando la persona se desenvuelve en un ambiente familiar poco favorable. (Portillo M. N., 2002)

De igual manera la autoestima no es algo que se hereda de los padres, es algo que se aprende con la percepción que tenemos de nuestro ambiente, con una valoración de nuestras propias conductas y la manera en la cual asimilamos la opinión de los demás, hacia nosotros, la importancia de la autoestima es que funciona como un motor que impulsa a la persona a salir adelante ante la presencia de diversos obstáculos y así lograr cumplir con sus objetivos (Salazar, 2005)

En relación a esto, la familia es la encargada de instruir en el adolescente sus propios valores, y el únicamente los reproducirá en su vida diaria, por esta razón, la familia cumple importantes funciones en el desarrollo adolescente, siendo así el que garantiza su preparación en la vida y su manera en la cual se va a desenvolver (Louro, 2003)

Al ser la familia su primer ambiente social el individuo va a modelar los sentimientos observados y los reproducirá en diferentes patrones de conducta, lo cual le permitirá o no alcanzar el normal crecimiento y desarrollo como ser humano, y por esta razón algunos adolescentes al atravesar por esta etapa, pueden presentar una crisis evolutiva, en esta etapa con grandes cambios, aquí la familia deberá tener una variación en el desempeño de los roles y así asumir distintos modos de funcionamiento (Infante, 2001)

Un ambiente familiar negativo influirá directamente sobre la autoestima que se encuentra desarrollándose en el adolescente, lesionándola de manera grave, generando así inseguridad en la persona en relación a su autopercepción, esto a su vez influye indirectamente, en las actitudes y comportamientos negativos que va a desarrollar el adolescente, alimentados por factores externos que se encuentran presentes en el nuevo ambiente social en el cual participa. (Fagan, Brook, Rubenstone, & Zhang, 2005)

La adolescencia es un proceso, en el cual se presentan significativas crisis, que darán paso a la transición a la edad adulta, por esta razón es una etapa que demanda mucha atención, debido a su complejidad de cambios biológicos y psicológicos, que se encuentran en conflicto con los factores sociales y culturales, el apoyo de la familia en esta proceso, ayudará al adolescente aclarar dudas y fortalecer sus ideales, brindándole la seguridad y confianza necesaria, lo que le permitirá desempeñarse satisfactoriamente en el entorno social del cual forma parte ahora, ya que será este ambiente el que permita su desarrollo personal (Gallardo, 2012)

1.5. Etapa de la adolescencia y riesgos de un inadecuado desarrollo de la autoestima

La familia, al ser la fuente principal para la formación de la autoestima, es el principal contexto en el que se han centrado la mayoría de las investigaciones, ya que es el área más importante en el momento de generar factores de riesgo y a su vez de protección en relación al consumo de sustancias en hijos adolescentes, en estos estudios

se encuentra que los adolescentes consumidores perciben a su familia con un contexto negativo de interacción familiar, en la cual se presentan frecuentes conflictos, mala comunicación, castigos excesivos y en la mayoría de los casos padres consumidores, observando esto como el principal detonante del consumo adolescente. (Fagan, Brook, Rubenstone, & Zhang, 2005)

Las crisis familiares como, las separaciones, necesidades económicas, falta de comprensión entre sus miembros, generan una inseguridad familiar y en el adolescente, aumentando las probabilidades de que este se refugie en las drogas, la drogadicción en los adolescentes es más frecuente cuando la familia está formada por una pseudocomunidad. (Nava, 2010)

A la adolescencia se le considera como el periodo más crítico en el inicio de consumo de sustancias que ha sido foco de interés científico y profesional, en cuanto a su prevención, ya que el consumo de distintas sustancias impide el desarrollo psicosocial adecuado en los adolescentes, y esta preocupación se agrava al ser el consumo el causante de otras situaciones de riesgo como las conductas violentas y relaciones sexuales no seguras. (Prado & Pantin, 2011)

Se puede observar en el análisis de varios estudios, dos tipos de resultados en relación al constructo de la autoestima, dentro de estos resultados debemos resaltar que las investigaciones que utilizan medidas globales, obtienen una relación de protección, lo cual significa que hay una clara relación entre la alta autoestima y el bajo consumo de sustancias. (Moral & Ovejero, 2005)

A su vez en otros estudios con medidas multidimensionales, podemos evidenciar que una puntuación elevada en áreas de la autoestima como es el autoestima social y física, constituirán un factor de riesgo elevado en el desarrollo de problemas de carácter externalizaste, con estos datos podemos entender que la problemática no recae únicamente en la baja autoestima sino a su vez en el desarrollo inadecuado de la misma (Jimenez, Murgui, & Musitu, 2007)

De esta forma entendemos que una baja autoestima no solo es un factor de riesgo para el consumo de sustancias, también existen otros problemas desencadenados por una baja autoestima, y en este caso haremos referencia a la autoimagen ya que es una clara

medida de la autoestima y la satisfacción con su propia imagen. (Montero, Morales, & Carbajal, 2004)

Una baja autoestima es el principal síntoma de las personas con un trastorno de la conducta alimenticia, expresando inseguridad y falta de aprobación, la preocupación excesiva por la imagen corporal y la insatisfacción por su propia imagen, serán las que den su base a la baja autoestima, a consecuencia de las distorsiones de este trastorno. (Moreno & Ortiz, 2009)

Moreno, M y Ortiz, G (2009) en su estudio de Trastorno Alimentario y su Relación con la Imagen Corporal y la Autoestima en Adolescentes, indica que la autoimagen y la autoestima tienen una relación negativa, indicado que ha mayor preocupación por su autoimagen, menor es la autoestima, los resultados de esta investigación indican también, que mientras mayor es la edad del adolescente, existe mayor preocupación por su autoimagen. (Moreno & Ortiz, 2009)

En un estudio realizado por Chavez (2007) sobre, Actitudes y conductas alimentarias en adolescentes y su relación con índice de masa corporal, en México, indica que las actitudes y conductas alimenticias equivalen a un 18% de 227 adolescentes, siendo el sexo femenino el que muestra mayores alteraciones, comprendiendo así también que los desórdenes de la conducta alimenticia generan un 64% de impacto en variaciones del peso, depresión y baja autoestima. (Chávez, 2005)

La adolescencia es una etapa de desarrollo muy importante en lo que se refiere a la predicción de psicopatologías, muchos autores consideran que en esta se presenta la adquisición y mantenimiento de prototipos de comportamiento saludable, que a su vez reducirá el riesgo de presentar trastornos clínicos durante su desarrollo o en su edad adulta, se ha logrado identificar que los adolescentes con historicidad de depresión tienden a presentar un cuadro depresivo grave en su adultez. (Pardo, Sandoval, & Umbarila, 2004)

En este sentido varios autores consideran que la autoestima es un claro recurso de defensa ante problemas del estado de ánimo como es la depresión, en donde se puede observar claramente que los adolescentes con un nivel de autoestima bajo obtienen una puntuación elevada en los reactivos de sintomatología depresiva. (Jimenez, Murgui, & Musitu, 2007)

De esta forma una baja autoestima es un factor de riesgo en la adolescencia ya que no solo puede llegar a provocar trastornos clínicos como la depresión, tal como lo señala Pardo, (2004), Los adolescentes son uno de los grupos con mayor posibilidad de sufrir una depresión, esto se debe a la cantidad de cambios que se presentan durante este período tanto en los cambios físicos, psicológicos, cognitivos y los socioeconómicos, los mismos que al relacionarse con el aumento de la curiosidad y el interés por otras experiencias, pueden llevarlo actuar de manera insegura, asumiendo riesgos para sentirse parte de un grupo social, sin embargo estos cambios exigen en el adolescente un desarrollo de habilidades de afrontamiento que les permitan crear su sentido de identidad, autonomía y del éxito personal y social, actuando así como factores de protección. (Pardo, Sandoval, & Umbarila, 2004)

Al hablar de los factores protectores, mencionamos las características que pueden ser detectables en la persona, familia o su grupo social, los cuales favorecerán el desarrollo personal y a su vez el estado de su salud, y estos deberán servir para evitar los posibles factores y conductas de riesgo, reduciendo así la vulnerabilidad de la persona. (Paramo, 2011)

Cuando existe un vínculo adecuado entre los padres y su hijo, este genera respuestas cognitivas de los adolescentes ante situaciones negativas, si este vínculo es favorable representará un soporte emocional muy importante en la persona, sin embargo, si el vínculo existente es negativo representa una variable para experimentar un consumo de drogas o para el desarrollo de depresión, en la etapa de la adolescencia. (Barra, Cerna, M, & Véliz, 2006)

De esta forma la función familiar, genera las condiciones que influyen de manera directa o indirecta a que los adolescentes lleguen a desarrollar algún problema psicológico o experimentar un consumo de drogas, tanto legales como ilegales, el núcleo familiar al igual que la enseñanza impartida por los padres, es la base del desarrollo tanto psíquico y social de la persona, los padres deberán cumplir esta misión exitosamente, y tomar en cuenta los riesgos a los que los hijos se presentaran. (Córdoba & Reyes, 2003)

1.6. Conclusión:

La autoestima no solo es un constructo teórico que se refiere a la cualidad de una persona en un momento dado, es considerada también con un factor importante en el desarrollo de la identidad de cada persona, es decir, es causa y consecuencia teniendo un carácter profundamente recursivo, por un lado aumenta con la eficacia en el desarrollo social y por otro lado la baja autoestima misma afecta la eficacia social, de esta manera no solo debe ser fomentada en el ámbito escolar sino que además se la debe entender como un factor de protección para prevenir dificultades que pueden estar asociadas al consumo de drogas, depresión, embarazo precoz y otros problemas de salud pública, que abarcan casi en su totalidad las problemáticas de más alto riesgo dentro de la adolescencia y la educación.

CAPITULO 2: Intervención grupal con enfoque cognitivo conductual

2. Introducción

En este capítulo se abordará generalidades de la terapia grupal con enfoque cognitivo conductual, considerando los aspectos metodológicos de la misma tales como es la selección del grupo con sus criterios de inclusión y exclusión, y algunas de las técnicas de esta corriente psicológica, que se adapten a la problemática, analizando una propuesta para el desarrollo de la autoestima con sus principales ventajas y desventajas.

2.1. Concepto

La terapia cognitivo conductual es un modelo psicoterapéutico, orientado a la modificación de patrones comportamentales que generan un malestar en el funcionamiento adecuado de la persona, siendo esta corriente psicológica la que ha generados los mejores resultados en los problemas relacionados con las conductas y pensamientos distorsionados. (Rivadeneira, Dahab, & Minici, 2010)

Este modelo psicoterapéutico va a centrarse en las áreas que intervienen directamente en el comportamiento humano, se basa principalmente en las emociones, experiencias y creencias que la persona ha ido atravesando durante el transcurso de su vida y en la actualidad generan malestar en su ritmo normal de vida, en esta corriente psicológica, la manera en la cual la persona se percibe a sí misma y a su entorno, será de gran importancia, ya que esta percepción actúa de manera directa en la forma en la que él piensa y se comporta. (Llorente del Pozo & Iraurgi Castillo, 2008)

La terapia cognitivo conductual genera cambios notables en un periodo corto de tiempo, comparada con otras corrientes psicológicas, en este modelo de psicoterapia existe una relación más dinámica entre el paciente y el terapeuta, los objetivos del tratamiento se definen previamente, y en el proceso terapéutico se van a desarrollar estrategias y habilidades cognitivas y comportamentales, las mismas que le permitirán al paciente alcanzar las metas establecidas de su tratamiento. (Llorente del Pozo & Iraurgi Castillo, 2008)

2.2. Fundamentos teóricos de la terapia cognitivo – conductual.

Los principales aportes que dieron origen a lo que hoy conocemos como la terapia cognitivo conductual fueron los realizados por Albert Ellis, en 1956, este autor propone un nuevo enfoque terapéutico denominado, Terapia Racional Emotiva (TRE), el cual se esfuerza por lograr un cambio emocional y conductual profundo. (Lega, Caballo, & Ellis, 2002)

En la terapia racional emotiva, se considera que el conocimiento que es adquirido por la persona está influenciado de manera directa por la manera en la cual se interpretan las distintas percepciones, estas interpretaciones serán la concepción que la persona tendrá sobre el entorno, desarrollando así su sistema de creencias. (Oblitas, A. 2008)

Ellis expresa que gran parte de los problemas de las personas, se relacionan con que las personas se califican así mismas y a los demás como “buenas” o “malas”, este tipo de categorización que es otorgada por la propia persona, le obliga a comportarse de tal manera que este pueda obtener la aprobación de los demás, y si esta no es conseguida dará lugar a una autodevaluación, la misma que para este autor es “la miseria del ser humano” ya que le genera una dificultad que le incapacita para actuar de manera objetiva y racional. (Oblitas, 2008)

La terapia racional emotiva propuesta por Ellis, busca que la persona desarrolle un nivel psicológico adecuado, que le permita una mejoría emocional, la misma que a su vez le dará una óptica distinta en relación a sus experiencias pasadas presentes y las futuras, modificando de esta forma la perspectiva que la persona tiene de sí, evitando así el desarrollo de problemas emotivos. (Lega, Caballo, & Ellis, 2002)

Ellis propone dentro de la terapia racional emotiva, una teoría en relación a los trastornos emocionales, a la cual denominará ABC, que va constar de una consecuencia ya sea de tipo emocional o conductual (C), Un suceso activador (A), y las creencias de la persona (B), de esta forma “A” sería el detonante de “C”, sin embargo, en la TRE las creencias de la persona “B” en este caso sobre el suceso “A”, generan que se produzca la consecuencia ya sea emocional o conductual “C”. (Oblitas, 2008)

Al igual que Ellis, Aaron Beck, fue formado a través de la corriente psicoanalítica, sin embargo, sus estudios sobre la depresión lo encaminaron hacia la teoría cognitiva conductual, en sus investigaciones el plantea una triada cognitiva, la misma que se encuentra influenciada por tres patrones cognitivos distorsionados. (Oblitas, 2008)

La triada propuesta por (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1983), en su libro “terapia cognitiva de la depresión” se formula a través de tres patrones conductuales, que intervienen directamente en la manera en la cual la persona se considera a sí mismo, a su futuro y a sus experiencias de una manera de una manera distorsionada, los tres componentes de esta triada son:

- El visón negativo de sí mismo, aquí la persona se va a observar a sí misma como alguien lleno de defectos, y estos supuestos defectos para el serán la causa de las experiencias desagradables por las cuales pueda a travesar, y esta visión negativa de sí mismo genera una desvalorización de si, generando continuas autocríticas.
- Interpretación de las experiencias de manera negativa, esto genera en la persona una percepción de que el mundo le hace demandas demasiado exageradas y le pone demasiados obstáculos para realizarlas, esto es muy claro en los pacientes depresivos cuando estos construyen una historia siempre en dirección negativa, sin embargo, puede ser modificable si se le permite a la persona reflexionar de otra manera la situación, brindándole así un nuevo esquema sobre su experiencia.
- El último componente de esta triada es la visión negativa en relación al futuro, aquí la persona que tiene planes o ideas para su futuro, va a incluir en las mismas ideas negativas ya sean tristeza, frustración u obstáculos, en el momento en que una idea de un plan de su futuro se le presenta, se acompaña inmediatamente de una idea de fracaso.

Siendo así Aaron Beck y Albert Ellis, los principales autores que darán el pilar de lo que hoy en día es la psicoterapia cognitivo conductual, que a pesar de haber atravesado por ciertas variaciones y haberse subdividido en más ramas, aún sigue manteniendo la esencia de estos dos autores en sus tratamientos.

2.3 fundamentos teóricos de la terapia grupal.

El principal autor en trabajar con grupos es sin duda Hersey Pratt quien en 1905 forma las “clases de control de pensamiento” dirigida a los pacientes con tuberculosis del

hospital general de Boston, ya que Pratt indica que el trabajo grupal, parecía tener un abordaje terapéutico, sirviendo de apoyo a los pacientes para que estos puedan cuidar mejor de sí mismos y de su enfermedad, y a su vez desarrollaba un ambiente de solidaridad y cooperación entre sus miembros. (Portillo I. , 2000)

Posteriormente en 1920, Trigant Burrow, discípulo de Jung y fundador de la Asociación Psicoanalítica Americana, a través de sus fundamentos psicoanalíticos introduce un método a manera de intercambio social que le permitía descubrir tanto el contenido manifiesto como el latente, generando en la persona una capacidad de libre expresión. (Portillo I. , 2000)

Burrow ve al grupo como una totalidad, por esta razón decidió integrar a los grupos a sus colegas y familiares de pacientes, desarrollando así el término de “análisis de grupo”, este autor observa que uno de los mayores beneficios de los grupos terapéuticos la capacidad de disminuir la resistencia del paciente, esto se daba al descubrir que no es la única persona que atraviesa por ese problema, siendo esta estrategia terapéutica la hoy conocida como “universalización”. En el grupo la mayor importancia se centraba en el “aquí y ahora” de la situación que surgían durante el trabajo grupal. (Portillo I. , 2000)

Si bien fue, Burrow, quien da los principales pasos en la formación de los grupos terapéuticos, fue Jacob Levy Moreno quien introduce en 1923 el término “psicoterapia de grupo”, forma en 1942, la Sociedad Americana De Psicoterapia De Grupo y Psicodrama, convirtiéndose así en el principal precursor de la psicoterapia grupal. (Portillo I. , 2000)

Moreno era el director de una escuela de arte dramático, en la cual se empleaba la dramatización e improvisación de los problemas diarios con una finalidad educativa, indica que la dramatización de los problemas facilitan su solución, ya que permite el desarrollo de percepciones y conductas distintas, generado en la persona una modificación de los viejos patrones cognitivos, de esta manera el sociodrama será una herramienta para aclarar y resolver problemas del grupo en su totalidad. (Portillo I. , 2000)

De esta manera los aportes de estos tres autores son el fundamento de la terapia de grupo, dichos aportes fueron indispensables durante la época de auge de la terapia grupal, la cual tuvo su inicio durante la segunda guerra mundial, ya que la demanda de atención psiquiátrica y los escasos profesionales de la psiquiatría, llevaron al desarrollo

de grupos terapéuticos que satisfagan dicha demanda, esto a su vez llevo a que tanto los psiquiatras, como los aspirantes reciban formaciones exhaustivas en terapia grupal que permitan cumplir con las necesidades existentes. (Portillo I. , 2000)

Aunque fue la segunda guerra mundial un acontecimiento que generó una gran demanda de herramientas y profesionales de la terapia grupal, fue de cierta forma una necesidad situacional, sin embargo en la década de los sesenta, durante la presidencia de Kennedy, el uso de las técnicas y grupos terapéuticos obtuvo gran importancia, debido a la necesidad de estos tanto en pacientes externos, internos, hospitales del día y programas de prevención, esto debido al incremento excesivo de consumo de drogas durante esta época. (Portillo I. , 2000)

2.4. Características de la terapia grupal con enfoque cognitivo conductual en la actualidad

El modelo cognitivo-conductual constituye un movimiento contemporáneo de integración mucho más amplio que un paquete de técnicas. Posee lineamientos éticos y bases filosóficas y metodológicas determinadas, acordes a la precisión y especificidad de las ciencias del comportamiento. (Soria, 2011)

La Terapia Cognitiva está basada en el modelo cognitivo que postula que las emociones y conductas de las personas están influidas por su percepción de los eventos. No es una situación por sí misma la que determina lo que una persona siente, sino más bien la forma en que ella interpreta la situación. Por lo tanto, la forma en que se sienten las personas está asociada a la forma en que interpretan y piensan sobre una situación. La situación por sí misma no determina directamente cómo se sienten; su respuesta emocional está mediada por su percepción de la situación. (Beck j. , 2011)

“La Psicoterapia Cognitiva destaca que lo que las personas piensan y perciben sobre sí mismos, su mundo y el futuro es relevante e importante y tiene efecto directo en cómo se sienten y actúan.”. (Dattilio, 2010)

El objetivo principal de la terapia cognitiva conductual es aliviar los síntomas y cambiar el estilo de presentación del mundo del paciente a través de tareas que el terapeuta

propone. Este tipo de tratamiento se basa sobre el supuesto de que el pensamiento lógico asegura la mejor forma de enfrentarse a los problemas, cambiando las creencias y los pensamientos que lleva a la persona a la depresión. El terapeuta ayuda al paciente a que este cambie sus actitudes negativas sobre sí mismo, al mundo y al futuro. (Morris, 1992)

El modelo de la psicología cognitiva consiste en el principio de la mediación cognitiva. Sintéticamente: La reacción o respuesta emotiva o conductual ante una situación, está mediada por el proceso de significación en relación a los objetivos de cada persona. (Segal, Williams, & Teasdale, 2006)

Se ha comprobado que el enfoque cognitivo conductual, ha demostrado tener un alto nivel de efectividad, la Asociación de Psicólogos Americanos, comenta que más del 90% de la lista de tratamientos utilizados son a través de la terapia cognitivo conductual, en las cuales no resultó necesario conocer las causas inconscientes de la persona, en este enfoque terapéutico se toma en cuenta principalmente las causas funcionales para la elección de estrategias, es decir que busca modificar los comportamientos problemáticos. (Mantilla, 2011)

La eficacia de los tratamientos cognitivo conductuales, han demostrado ya su eficacia en distintas áreas de la psicopatología, dando resultado a las problemáticas a corto plazo, como lo señalan las guías clínicas y las revisiones más autorizadas. Por ejemplo: con relación al tratamiento de la depresión existen ocho de cada diez revisiones realizadas corroboran su eficacia (Moreno, Méndez, & Sánchez, 2000)

La terapia de grupo cognitivo conductual, es un tratamiento a los problemas en el área emocional, social o conductual, la terapia será guiada por un terapeuta, que ayudará a desarrollar en el paciente nuevas conductas y cogniciones que se van desarrollando en su relación con su ambiente, en los grupos cognitivo conductuales, el aporte que existe entre los integrantes es muy beneficioso, ya que muchos de los consejos durante la terapia, van a desarrollar en el paciente nuevas habilidades de refuerzo, es decir que aprenda a apoyar a otras personas. (Reynoso & Seligson, 2005)

La terapia grupal le da a cada paciente la oportunidad de desarrollarse en un medio más similar a la vida misma y así no generar una dependencia al terapeuta, de esta manera los grupos sirven como una fuente de reforzamiento para los demás participantes, una

terapia grupal sirve como una extensión de una terapia individual, ya que sirve para que la persona aprenda a reforzar su relación con las demás personas. (Gonzalez, 2004)

(Carranco & León, 2011) En su investigación sobre “La comorbilidad del trastorno Hipercinético para presentar problemas de adaptación social”, el autor dice que es el terapeuta quién ayudará a cada paciente a modificar los pensamientos y comportamientos que le sean perjudiciales, este cambio va a precisar de varias herramientas psicológicas, entre ellas, las “tareas intercesión”, que después de haber identificado que es lo que se puede cambiar, el autor menciona que dependiendo de cada situación el paciente podrá:

- Comenzar a realizar una autocrítica sobre que es lo que le genera tristeza, y reemplazar con un pensamiento positivo que le brinde seguridad.
- Cuando el paciente este muy cerca de realizar algo, que él sabe que después le hará sentirse aun peor, pero reacciona y en su lugar hace algo que le resulte positivo

De esta forma observamos como una tarea intercesión ayuda a continuar aplicando las técnicas aprendidas en terapia en su vida diaria, durante cada sesión, el terapeuta deberá preguntar cómo le fue a cada participante durante toda la semana antes de la terapia y hacer participar a todo el grupo, al igual que ayudará a resolver las inquietudes que se puedan presentar en cualquier paciente, esto ayudará para prevenir que un problema pueda presentarse a futuro. (Carranco & León, 2011)

2.5. Conclusión.

La etapa de la adolescencia tiene como una de sus principales características el contacto social, de esta forma un grupo de adolescentes que comparten una problemática común, al ser adecuadamente guiados puede llegar a formar red de apoyo entre ellos que les ayude a desarrollar nuevas habilidades y encontrar nuevas posibles soluciones a sus problemas, de esta forma, la terapia grupal aporta con una gran identificación entre sus miembros que facilita la adquisición de nuevos conocimientos y habilidade

CAPITULO 3: MÉTODOLOGIA

3. Introducción

Este capítulo abordara la aplicación de un programa de intervención grupal con enfoque cognitivo conductual para el desarrollo de la autoestima en adolescentes del colegio César Dávila,

3.1. Tipo de estudio y Muestra

Esta investigación es cualitativa de corte transversal de modalidad de estudio de caso, desarrollará una programa de intervención grupal para el desarrollo de la autoestima en adolescentes identificados por el DECE, el cual constituirá una muestra de 9 participantes, teniendo como criterios de exclusión que, los estudiantes no se encuentren cursando el último año lectivo y que no presenten trastornos de tipo psiquiátrico, los criterios de inclusión que se aplicaron son, que los estudiantes presenten algún problema dentro del área del autoestima y que tengan un rango de edad entre 14 y 18 años de edad. Los adolescentes y los padres o representantes de los mismos firmarán un consentimiento informado autorizando la utilización de fotografías para evidencia de trabajo, las cuales serán autorizadas durante las 12 sesiones que equivalen a la duración del proyecto.

Luego de seleccionada la muestra, se efectuará un estudio a profundidad de los participantes a través de entrevistas clínicas, la aplicación del test de autoestima de Coopersmith al inicio del proyecto y un re test al finalizar el proyecto, identificado así el objetivo de generar un impacto en el desarrollo de la autoestima y de esta manera se logrará obtener datos de los cambios generados.

3.2. TECNICAS Y HERRAMIENTAS UTILIZADAS

3.2.1. Herramientas de evaluación.

La principal herramienta psicológica es la historia clínica, siendo esta de fundamental importancia ya que es el primer contacto del terapeuta con el paciente del grupo, esta primera sesión será la responsable de una buena empatía y adherencia del integrante en el grupo, y de igual manera la información que contiene permite comprender y formular hipótesis sobre la problemática de cada paciente.

Posteriormente se encuentra la aplicación del cuestionario de autoestima de Coopersmith, a cada participante, que como menciona, (Miranda, Miranda, & Enríquez,

2011) en su investigación sobre “Adaptación del Inventario de Autoestima Coopersmith para alumnos mexicanos de educación primaria”, en el cual indica que este instrumento tiene una precisión muy aceptable en su versión traducida al español, teniendo una exactitud de más del 80%.

El cuestionario de autoestima, desarrollado por Coopersmith, está compuesto por un total de 25 ítems, que serán contestado como verdadero, o falso, el cálculo de las respuestas dará como resultado una puntuación total, y una puntuación individual para cada una de las tres áreas de la autoestima que plantea Coopersmith, que son General, Social, y Familiar. Obteniendo así los resultados en cada una de las áreas de cada participante.

Seguido de la aplicación del test, se encuentra la aplicación del “programa de intervención grupal con enfoque cognitivo conductual para el desarrollo de la autoestima en adolescentes del colegio Cesar Dávila”, que estaba establecido como base 12 sesiones, cada una con un objetivo específico.

3.2.2. Técnicas de intervención cognitivo conductuales.

Una de las técnicas fundamentales de la terapia cognitivo conductual es, la reestructuración cognitiva, propuesta por Ellis (1990), la importancia de esta técnica es que los pensamientos de una persona, actúan directamente sobre su estado emocional, generándole así malestares en su normal funcionamiento, de esta forma a través de la reestructuración cognitiva la persona, identificará, analizará y modificará los pensamientos errados que se le presentan en diferentes situaciones.

Por lo tanto, esta herramienta psicológica es fundamental ya que la autoestima, es una percepción errada de nosotros mismos, si esa percepción distorsionada se modifica de manera positiva, la persona sabrá cómo valorarse y podría llevar un ritmo de vida armonioso.

El castigo y refuerzo positivos son esenciales durante todo el programa, siendo estos dirigidos a la participación, a la realización de las tareas inter sesión y en ocasiones durante la terapia, reforzando de esta manera que se promuevan las conductas y creencias correctas, a su vez estos estímulos, iban disminuyendo, dándonos así el efecto de

“extinción” en el cual, el estímulo disminuye después de la conducta, eso beneficiará la duración de la conducta al acabar el proceso.

De esta forma un grupo de participantes con características similares, al encontrarse motivado, va a motivar a sus demás compañeros, produciendo así el “modelado” o proceso de identificación con los miembros del grupo, esto a su vez motiva a que la conducta adquirida perdure.

3.3 DESARROLLO DEL PROGRAMA

3.3.1 Problemática.

El colegio César Dávila de la ciudad de Cuenca es un establecimiento educativo fiscal, que a pesar de tener una amplia variedad de estudiantes que se han destacado en distintos ámbitos del colegio, también existe un elevado número de estudiantes vulnerables, la participación de distintas universidades en el aspecto psicológico con estos estudiantes ha sido muy limitada, enfocándose únicamente a la aplicación de reactivos y charlas sobre consumo de drogas, o la prevención de enfermedades de transmisión sexual o embarazo no deseado.

Sin embargo, mediante la realización en conjunto con la psicóloga del establecimiento de un árbol de problemas, se pudo identificar que la problemática general en los estudiantes de la institución es el incorrecto desarrollo del autoestima que genera problemas como, la inadecuada identificación con sus iguales, aislamiento en el colegio, trastornos de la conducta y en menor cantidad consumo de drogas, esto generalmente se debe a una crisis de identidad que se atraviesa durante la adolescencia, y que por este motivo debe ser bien guiada para lograr así la formación de una autonomía adecuada.

3.3.2 OBJETIVO GENERAL

Fortalecer la autoestima del grupo de adolescentes seleccionados para el programa de intervención grupal cognitivo – conductual.

3.3.2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS DEL PROGRAMA

1. Evaluar la autoestima de los adolescentes del colegio César Dávila mediante la aplicación del test de Coopersmith para identificar la problemática planteada (Sesión Introductoria).
2. Desarrollar una perspectiva de trabajo en grupo, presentación de participantes y objetivos, cohesión de grupo y rapport (Sesión 1 y 2).
3. Construir participativamente un concepto de identidad y autonomía que facilite la adaptabilidad y autonomía en los adolescentes focalizados. (Sesiones: 3, 5, 6, 8, 10)
4. Fortalecer en cada participante el auto concepto para el desarrollo de habilidades sociales (Asertividad e Inteligencia Emocional) que le permitan mejorar sus interrelaciones. (Sesiones: 4, 7, 9)
5. Generar en cada participante un sentimiento de autoeficacia, mediante el desarrollo cognitivo conductual, que le permita plantearse metas a mediano plazo. (Sesiones 11 y 12)

3.3.3 EJECUCION DEL PROYECTO.

El “Programa de intervención grupal con enfoque cognitivo conductual para el desarrollo de autoestima en adolescentes del colegio Cesar Dávila.” Se realizó en las instalaciones del mismo plantel en un aula destinada para tal efecto por resolución de las autoridades, se contaba con el permiso respectivo para cada estudiante seleccionado por el DECE, y con los consentimientos informados tanto del participante como de los Representantes, las sesiones grupales tuvieron una duración aproximada de 2 horas y se llevaron a cabo un día a la semana, en un periodo de tiempo de 10 semanas consecutivas y las dos últimas sesiones con un mes de espera por vacaciones de fin de año.

3.4 PROCEDIMIENTO DEL PROYECTO POR SESIÓN.

Sesión 1

Objetivos.

Promover en los participantes la cohesión grupal, a través de la universalización de la problemática de la autoestima.

Actividades.

Se inició con la dinámica de la tempestad (Gonzalez, 2000), esta técnica se fusionó con la técnica de “presenta un amigo” (Gonzalez, 2000), se procedió enseguida con la socialización grupal sobre el proyecto, aclarando dudas y realizando un conversatorio sobre la autoestima, y se aplicó una técnica de relajación (anexo 3) y posteriormente una retroalimentación sobre lo expuesto.

Evolución

Se buscó socializar con los participantes una problemática que ellos comparten para que así logren identificarse entre ellos observando a través de la universalización y ayudando a desarrollar un clima grupal adecuado, los participantes no mostraron mucho interés en la sesión terapéutica, esto puede deberse a que no se conocían previamente y aun no comprende bien el objetivo del programa, quizá por esta razón no se mostraron muy colaboradores.

Sesión 2**Objetivos.**

Desarrollar entre los participantes una nueva perspectiva sobre el concepto de la autoestima socializando entre ellos sus creencias, generando una cohesión grupal adecuada, que permita dar mayor fluidez a las siguientes sesiones terapéuticas.

Actividades.

inició con una dinámica llamada “los números” (Gonzalez, 2000), se habló sobre la importancia del trabajo y el apoyo del grupo, posterior a esta actividad se realizó un taller con participación de los integrantes del grupo sobre la autoestima, como cierre la actividad de "yo soy, yo valgo" (Machargo, 1996).

Evolución.

Esta sesión tuvo buen impacto en los adolescentes, ya que fue más fácil integrarse y formar grupos pequeños en los cuales compartían opiniones, esto ayudo a mejorar el ambiente grupal, el defender sus ideas ayuda a fortalecer su identidad y genera herramientas para continuar moldeándola.

Sesión 3

Objetivos.

Fortalecer el auto concepto de los participantes a través de nuevos conceptos que le permitan desarrollar las herramientas adecuadas para relacionarse en su ambiente social.

Actividades.

Comenzamos la terapia grupal con una actividad llamada “¿quién soy?” (Machargo, 1996), seguido se realizó una dinámica llamada ejercicio de confianza, finalmente se trabajó a modalidad de lluvia de ideas sobre la importancia de un auto concepto adecuado, como tarea intercesión fue enviada la técnica del espejo que ayude a mejorar la confianza del participante.

Evolucion.

En esta sesion la dinamica de “ejercicio de confianza” tuvo mucha importancia ya que generó mucha participacion grupal que ayudó a la participacion activa del tema principal que busca mejorar en los participantes la percepcion que tienen de si mismos, mediante la socializacion, de su auto concepto y el porque cree que este es adecuado.

Sesión 4.

Objetivos.

Socializar herramientas que permitan desarrollar adecuadamente el auto concepto, para así mejorar la seguridad de cada participante.

Actividades.

se inician con la dinámica llamada "juego de la verdad" (Gonzalez, 2000), seguido a la dinámica se realizó el análisis de un video llamado "la oveja pelada" (anexo 1), a manera de lluvia de ideas, se socializaron los resultados que obtuvo cada participante en la tarea inter sesión.

Evolución.

Esta dinámica tuvo buen impacto, ya que logro desinhibir a los participantes para lograr un diálogo amplio, que nos permita observar las pseudopercepciones que tienen los participantes sobre ellos, modificando estas falsas creencias y fortaleciendo su seguridad, el apoyo audiovisual ayuda a mejorar la atención de los participantes hacia el tema a tratar.

Sesión 5**Objetivos.**

Desarrollar en los participantes el sentido de identidad a través de la toma de decisiones, Modificando los esquemas mentales erróneos en los participantes que evitan que él pueda solucionar o a travesar problemas de manera adecuada.

Actividades.

Se inició la sesión terapéutica con la dinámica llamada "ejercicio de consenso" (Gonzalez, 2000), despues se realizó una técnica llamada "mapa de problemas" (Machargo, 1996)

Evolución.

Las técnicas aplicadas tuvieron buen efecto sobre el grupo, sin embargo, la realización del psicodrama no tuvo una colaboración tan grande, esta actividad hubiese logrado mejores resultados en una sesión más avanzada.

Sesión 6**Objetivos.**

Promover en los participantes la motivación y confianza, que ayuda al desarrollo de la identidad adecuadamente.

Actividades.

La sesión terapéutica inicio con una dinámica de integración llamada “mírate a ti mismo” (Gonzalez, 2000), posteriormente se trabajó en un conversatorio a modo de mesa redonda, finalmente para el cierre observamos un video “Cerebro Dividido” (anexo1)

Evolución.

Durante esta sesión los participantes experimentaron una motivación a futuro, a través de la visualización positiva a futuro que le permite proponerse metas alcanzables, lo mismo que va a desarrollar un sentimiento de responsabilidad lo cual es fundamental en el desarrollo de la identidad, esta sesión tuvo buena acogida por parte de los participantes, talvez al iniciar con una dinámica más participativa hubiese generado mayor participación en las demás actividades.

Sesión 7**Objetivos.**

Identificación por parte de los participantes de cuáles son las situaciones que le generan un malestar en relación a su autoestima y como evitarlas, para así fortalecer el auto concepto a través de la modificación cognitiva.

Actividades.

Se inició la sesión terapéutica con una dinámica llamada "teléfono descompuesto" (Gonzalez, 2000), se realizó posteriormente la dinámica de "¿cómo soy? (Machargo, 1996), se realizó una lluvia de ideas sobre este tema.

Evolución.

Esta sesión terapéutica tuvo mucha acogida por parte de los integrantes, la dinámica de “el teléfono descompuesto” motivó mucho al grupo, esto ayudó en la participación de la lluvia de ideas, la técnica se ajustó bien a las necesidades los participantes.

Sesión 8

Objetivos.

Promover el desarrollo de habilidades sociales y familiares, poniendo énfasis en las normas de estas, ayudándolos a desarrollar herramientas psicológicas dinámicas, que permiten moldear la autonomía e identidad.

Actividades.

la sesión terapéutica inicio con la dinámica llamada "esto me recuerda" (Gonzalez, 2000), posteriormente se aplicó la autoevaluación llamada "normas de la familia" (Machargo, 1996),y después se realizó un análisis de un corto llamado "estrellas en la luna" (anexo 1).

Evolución.

La utilización de herramientas dinámicas y entretenidas para el grupo, logró captar de manera muy positiva su interés, influyendo de manera directa en la asimilación adecuada del tema, en este caso la importancia de aprender a seguir las normas familiares en beneficio de su propia identidad, y como fortalecer la autonomía con sus gustos y creencias, las dinámicas utilizadas en esta sesión terapéutica dejaron en los participantes una idea clara de cómo se debe desarrollar de la mejor manera nuestra identidad.

Sesión 9

Objetivos.

Desarrollar en los participantes, a través de las herramientas aprendidas, la motivación adecuada que permita mejorar su auto concepto, de manera que esto le permita tener mayor seguridad.

Actividades.

Se inició la sesión terapéutica con una dinámica llamada la máscara (Gonzalez, 2000), se realizó seguido una aplicación de una autoevaluación, llamada "para gustos se

han hecho los colores" (Machargo, 1996), continuando con la temática se hizo un análisis grupal sobre un corto animado llamado "la mujer en el espejo" (anexo 1) .

Evolución.

Las dinámicas se enfocaron en el tema del auto concepto y dieron un excelente resultado, ya que la dinámica inicial motivo al grupo y lo hizo participar activamente en los demás ítems, el mensaje fue asimilado en su totalidad, Generando en los participantes las herramientas necesarias que le permita a cada uno evidenciar de qué manera las creencias equivocadas que ellos tenían pueden estar afectado su auto concepto, y como este puede fortalecerse de maneras muy fáciles.

Sesión 10

Objetivos.

Romper en los participantes los esquemas mentales rígidos que no le permiten un cambio, motivándolos a plantearse metas a corto y mediano plazo, desarrollando así su identidad.

Actividades.

Se inició la sesión terapéutica con la dinámica llamada "cadena de asociaciones" (Gonzalez, 2000) posterior a esto se realizó una autoevaluación llamada "el tiempo es oro" (Machargo, 1996), seguido se realizó un análisis del corto animado llamado "el despertador (anexo 1)" .

Evolución.

Se motivó a los participantes a desarrollar al máximo su potencial aprendiendo a manejar de manera adecuada su tiempo, la sesión terapéutica cumplió con el objetivo de enviar el mensaje, en relación a que se necesita para cambiar, sin embargo, una dinámica más lúdica hubiese ayudado a generar mayor impacto.

Sesión 11

Objetivos.

Retroalimentar la información para fortalecer en los participantes las herramientas aprendidas durante el programa que le permitirán desenvolverse de manera satisfactoria en su ambiente social y familiar.

Actividades.

Se inició la sesión con una dinámica llamada "lo que me gusta de mi cuerpo" (anexo 3), posterior se realizó una autoevaluación llamada "¿cómo reacciono cuando" (Machargo, 1996), y concluyó con una retroalimentación sobre todo el programa terapéutico a manera de mesa redonda.

Evolución.

La sesión terapéutica obtuvo mucho interés por parte de los integrantes, ya que al exponerlos de manera imaginaria a una situación que normalmente les causaría ansiedad, podemos posiblemente disminuirla de manera razonable si se presentase a futuro, los participantes tuvieron una participación activa durante todo el proceso, aportando con soluciones positivas a distintas situaciones que podrían enriquecer la solución de ese problema en la realidad.

Sesión 12

Objetivos.

Recordar todas las posibles herramientas, aclarando las dudas y refrescar los conceptos del programa que pueden ayudarnos a mantener una buena autoestima y permitan desarrollar su auto eficacia.

Actividades.

Se inició la sesión terapéutica con una dinámica llamada "lo que soy para ti" (Gonzalez, 2000), se realizó el análisis del corto llamado "circo de las mariposas" (Anexo 1) y se realizó la aplicación del Re-Test.

Evolución.

La última sesión ayudo a motivar a los participantes gracias a los comentarios positivos de integrantes del grupo, esto contribuyó a que la emotividad del cortometraje promoviera en el grupo cambios positivos, a través de recordar todo lo trabajado durante el programa, esto, aunque es bueno para los participantes, tuvo mucha influencia en la puntuación del Re test, ya que las puntuaciones fueron muy altas.

CONCLUSIÓN.

La metodología que se utilizó, fue preparada anticipadamente para lograr de esta manera que cada sesión terapéutica, abarque una temática general, brindándonos así una asimilación que se pone en práctica y en evidencia en cada uno de los resultados, esta metodología cumplió con sus objetivos y demostró a través de una variable medible sus resultados.

CAPITULO 4: Análisis de Resultados

4.Introducción.

La autoestima es un tema de mucha importancia, sobre todo en el período de la adolescencia, ya que es la encargada de formar nuestra identidad como personas e influirá de manera directa en nuestros rasgos de personalidad y formación de la misma, sin embargo, a pesar de ser tan importante, el interés que se le presta por parte de las instituciones y en muchas ocasiones de los mismos cuidadores es casi nula.

Teniendo en cuenta que el período de la adolescencia es una etapa de cambios bruscos de todo tipo tanto cognitivos como físicos y hormonales, los mismos que ponen al adolescente en conflicto continuo, y la manera en la cual se expresa, en muchas ocasiones se relaciona con la rebeldía hacia las figuras de autoridad, convirtiéndose en una falta de comprensión entre adolescente y adulto.

De esta forma, si el adolescente muestra rechazo hacia la figura adulta, la interacción con sus pares servirá para que pueda promoverse un cambio en cada uno, ya que al ser personas con características similares va a identificarse entre ellos y van a compartir una problemática en común llegando a generar una universalización, esto es de mucha importancia ya que va brindar a cada adolescente la seguridad necesaria, al identificar que no es el único que ha pasado por ese problema y encuentra en los demás integrantes nuevas alternativas para superar sus problemas.

Si a esta interacción grupal le sumamos el programa expuesto, con las 12 sesiones que engloban los pilares más fuertes de la autoestima y sobre todo los más importantes considerando la edad de los adolescentes, daría como resultado un repertorio de herramientas muy bueno, que le permita a cada uno de los adolescentes afrontar de manera adecuada cualquier situación agobiante, desarrollando en cada uno mayor seguridad y confianza, la herramientas que fueron adquiridas por los participantes podrán ser puestas en práctica en el día a día.

En este estudio la aplicación del programa se realizó en un grupo focalizado, que fue ya designado por el DECE, siendo los participantes designados por la psicóloga de la institución, adolescentes que compartían una problemática similar que es una baja autoestima, lo que se evidencia en la puntuación del test de Coopersith para evaluar la

autoestima (tabla 1), las puntuaciones que se obtuvieron en el Re-Test fueron de valores muy elevados (tabla 1), lo cual nos indica que la información del programa generó gran impacto en los participantes, generando un aumento muy bueno en el porcentaje total de la autoestima de cada participante (tabla 1).

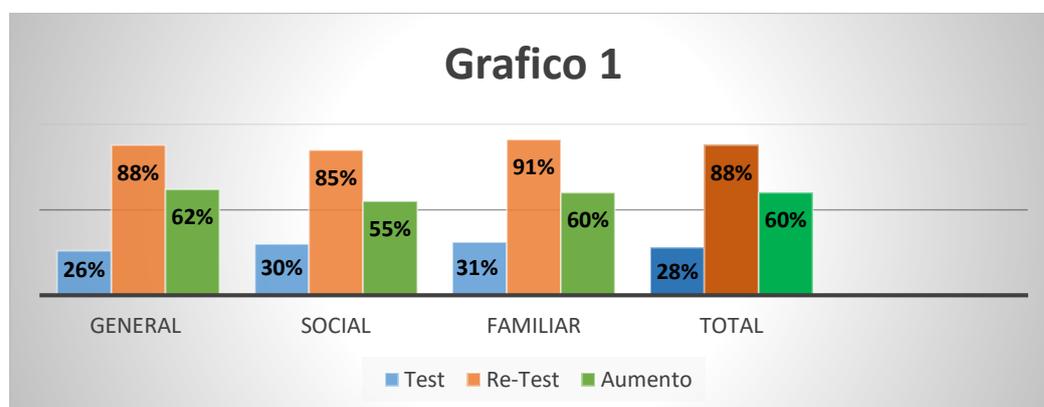
Esto indica que esta intervención grupal puede generar en grupos similares de adolescentes cambios de igual manera significativos, que ayuden a que los adolescentes se desarrollen de manera adecuada en su entorno.

4.1 Análisis de resultados

Los resultados obtenidos en el Re-Test, muestran un aumento significativo en el porcentaje de la escala total de todos los participantes. Estos resultados pueden tener varias interpretaciones lo cual se puede deber a varios factores como puede ser: la calidad del material utilizado en el programa brindaba a cada participante mucha información sobre la autoestima, la misma que es fácilmente aplicable en el test, también se debe considerar que al ser un grupo que generó una buena cohesión de sus integrantes y una adecuada empatía con el terapeuta, puede existir una necesidad quedar bien ante el grupo, e intentar dar una impresión positiva en el test, sin embargo la puntuación cumple con el objetivo de brindar a través del conocimiento adquirido en el programa, la herramientas necesarias para fortalecer el autoestima de cada participante.

Grafico 1.

En esta grafico se expresan la diferencia entre el porcentaje total de la puntuación de evaluación de la autoestima que se realizó al inicio del programa, la puntuación de la evaluación al finalizar el programa y cuál fue su aumento.



Autor: El Investigador Pablo Pozo

En este grafico se describe el porcentaje de la puntuación total por áreas, de cada uno de los participantes, se puede observar que el porcentaje inicial de la puntuación en el área de General es de 26% y este porcentaje en el Re-Test es de 88%, mostrando un aumento de 62%, en el área social la puntuación inicial fue equivalente a 30% y la puntuación en el Re-Test es de 85% obteniendo un aumento del 55% en esta área, en área Familiar la puntuación inicial es la correspondiente 31% y la puntuación en el Re-Test es de 91% aumentando 60%, finalmente en el Grafico podemos observar la puntuación total de todas las áreas, en la cual se observa que el porcentaje total de autoestima en los adolescentes es de 28% y obtienen como resultado en el Re-Test 88%.

4.2 Análisis individual

Participante 1.

HISTORIA CLINICA ADOLESCENTES

Datos del paciente.

Nombre: Participante 1

Sexo: femenino

Edad:16

Escolaridad: bachillerato

Fecha de nacimiento: 9 de octubre de 1999

Lugar de nacimiento: cuenca

No. De hermanos y lugar que ocupa entre los hermanos: 3 hermanos ella es la 3ra

Dirección actual: las minas de nulti

Teléfono: XX

Fecha de la entrevista: 12/05/2016

Nombre del Psicólogo: Pablo Pozo

Nombre de la persona por la que fue remitido: Marcia Verdugo Psicóloga DECE

Motivo de consulta:

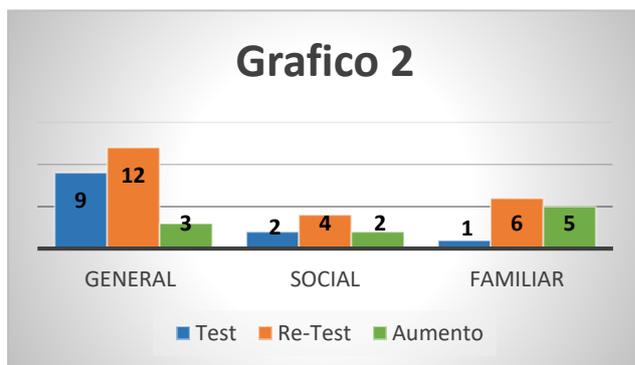
La adolescente es seleccionada por la psicóloga del DECE debido a que presenta problemas con sus calificaciones desde casi mediados del año lectivo, y ha faltado mucho al colegio, la adolescente a asistido algunas veces al DECE por estas razones.

Información directa.

La paciente remite que en los últimos 3 meses ha sentido mucha dificultad para concentrarse y también mucho cansancio, en relación a carácter ella expresa ser muy tímida y callada, afirma que desconfía mucho de sus compañeros porque siempre le molestan.

Puntuación del test y Re-Test.

Grafico 2. En esta tabla se expresa la diferencia en la puntuación de las áreas de calificación del Test el Re-Test.



Autor: El Investigador Pablo Pozo

En el gráfico 2 se describe el proceso de cambio por áreas en la aplicación del Test y Re-Test del caso 1 con una puntuación inicial en el Área de General de 9 y un resultado de 12 en el Re-Test, esto en relación a una puntuación máxima de 13 en esta área, en el área social la puntuación inicial fue de 2 puntos y la puntuación del Re-Test fue de 4 en relación a la puntuación máxima de esta área equivalente a 6 esta área, en el área Familiar la puntuación inicial es de 1 y aumenta a 6 en el Re-Test, obteniendo la máxima puntuación en esta área.

Participante 2.**HISTORIA CLINICA ADOLESCENTES****Datos del paciente.**

Nombre: paciente 2

Sexo: femenino

Edad:16

Escolaridad: bachillerato

Fecha de nacimiento: 29 de mayo del 200

Lugar de nacimiento: cuenca

No. De hermanos y lugar que ocupa entre los hermanos: 4, es la 2da

Dirección actual: Mariano Cueva y Eugenio Espejo

Teléfono: XX

Fecha de la entrevista: 12/05/2016

Nombre del Psicólogo: Pablo Pozo

Nombre de la persona por la que fue remitido: Marcia Verdugo Psicóloga DECE

Motivo de consulta:

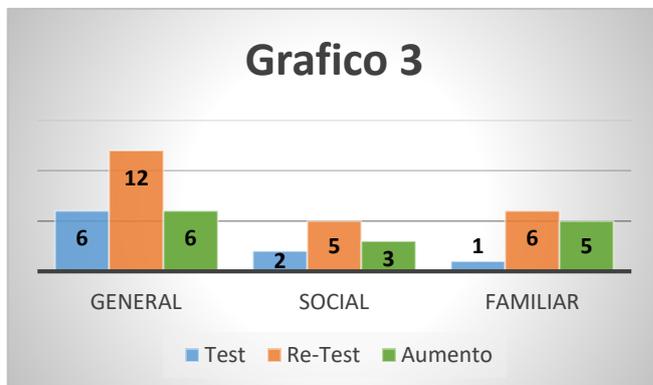
La adolescente es seleccionada por la psicóloga del DECE debido a que menciona que a esta chica se le dificulta mucho relacionarse con los demás compañeros, menciona que permanece gran parte de los recreos en su aula y que no se relaciona con los demás.

Información Directa.

La paciente comenta que le gusta más estar sola porque los demás en el colegio le molestan demasiado y siempre terminan lastimando a las personas y que por esa razón ella cree que la psicóloga del DECE piensa que me pasa algo.

Puntuación del test y Re-Test.

GRAFICO 3. En esta tabla se expresa la diferencia en la puntuación de las áreas de calificación del Test y el Re-Test.



Autor: El Investigador Pablo Pozo

En el gráfico 3 se describe el proceso de cambio por áreas en la aplicación del Test y Re-Test del caso 2 con una puntuación inicial en el Área de General de 6 y un resultado de 12 en el Re-Test, esto en relación a una puntuación máxima de 13 en esta área, en el área social la puntuación inicial fue de 2 puntos y la puntuación del Re-Test fue de 5 en relación a la puntuación máxima de esta área equivalente a 6 esta área, en el área Familiar la puntuación inicial es de 1 y aumenta a 6 en el Re-Test, obteniendo la máxima puntuación en esta área.

Participante 3

Historia clínica.

Datos del participante

Nombre: Participante 3

Sexo: masculino

Edad: 15

Escolaridad: bachillerato

Fecha de nacimiento: 23 de 08 de 2000

Lugar de nacimiento: Cuenca

No. De hermanos y lugar que ocupa entre los hermanos: 2 es el último

Dirección actual: calle Cali y OEA

Fecha de la entrevista: 12/05/2016

Nombre del Psicólogo: Pablo Pozo

Nombre de la persona por la que fue remitido: Marcia Verdugo Psicóloga DECE

Motivo de consulta

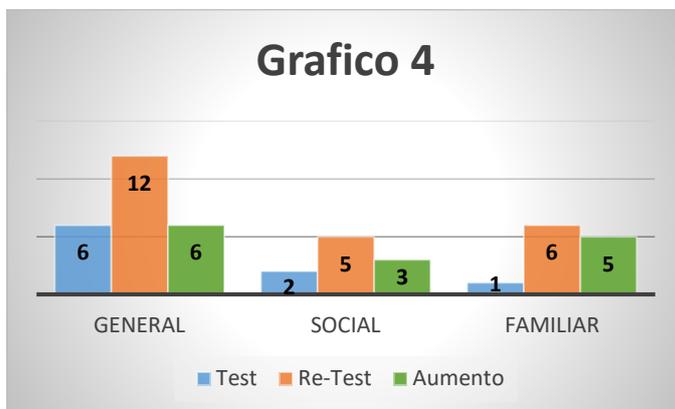
El adolescente es seleccionado por la psicóloga del DECE debido a que sus calificaciones y su relación con los demás compañeros ha disminuido de manera considerable

Información directa.

El participante remite sentirse así actualmente porque en su hogar están pasando por distintos inconvenientes que no le permiten concentrarse.

Puntuación del test y Re-Test.

Grafico 4. En esta tabla se expresa la diferencia en la puntuación de las áreas de calificación del Test y el Re-Test.



Autor: El Investigador Pablo Pozo

En el gráfico 4 se describe el proceso de cambio por áreas en la aplicación del Test y Re-Test del caso 3 con una puntuación inicial en el Área de General de 6 y un resultado de 12 en el Re-Test, esto en relación a una puntuación máxima de 13 en esta área, en el área social la puntuación inicial fue de 2 puntos y la puntuación del Re-Test fue de 5 en relación a la puntuación máxima de esta área equivalente a 6 esta área, en el área Familiar la puntuación inicial es de 1 y aumenta a 6 en el Re-Test, obteniendo la máxima puntuación en esta área.

Participante 4

Historia clínica.

Nombre: Participante 4

Sexo: femenino

Edad: 18

Escolaridad: bachillerato

Fecha de nacimiento: 27 de abril 1998

Lugar de nacimiento: España

No. De hermanos y lugar que ocupa entre los hermanos: 1, ella es la primera

Dirección actual: calle vieja, mercedes quinde

Motivo de Consulta.

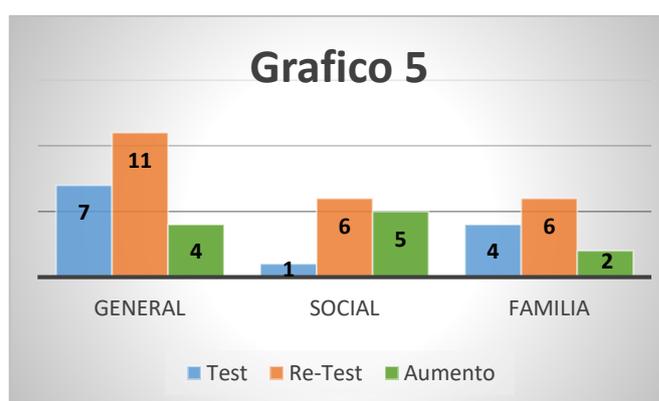
La adolescente es seleccionada por la psicóloga del DECE, ya que presenta problemas en su adaptación, debido a que ingresó este año lectivo después de haber vivido por 9 años en España.

Información directa.

La participante dice que le ha resultado muy difícil hacer nuevos amigos, ya que las chicas de su colegio pelean demasiado y por esa razón ella prefiere la amistad de los hombres.

Puntuación del test y Re-Test.

Gráfico 5. expresa la diferencia en la puntuación de las áreas de calificación del Test y el Re-Test.



Autor: El Investigador Pablo Pozo

En el gráfico 5 se describe el proceso de cambio por áreas en la aplicación del Test y Re-Test del caso 4 con una puntuación inicial en el Área de General de 7 y un resultado

de 11 en el Re-Test, esto en relación a una puntuación máxima de 13 en esta área, en el área social la puntuación inicial fue de 1 puntos y la puntuación del Re-Test fue de 6 en relación a la puntuación máxima de esta área equivalente a 6, en el área Familiar la puntuación inicial es de 4 y aumenta a 6 en el Re-Test, obteniendo la máxima puntuación en esta área.

Participante 5

Historia Clínica

Nombre: Participante 5

Sexo: femenino

Edad: 16

Escolaridad: bachillerato

Fecha de nacimiento: 23/11/1991

Lugar de nacimiento: Cuenca

No. De hermanos y lugar que ocupa entre los hermanos: 4 hermanos, es la segunda primer hijo solo de madre

Dirección actual: Narancay bajo

Motivo de consulta

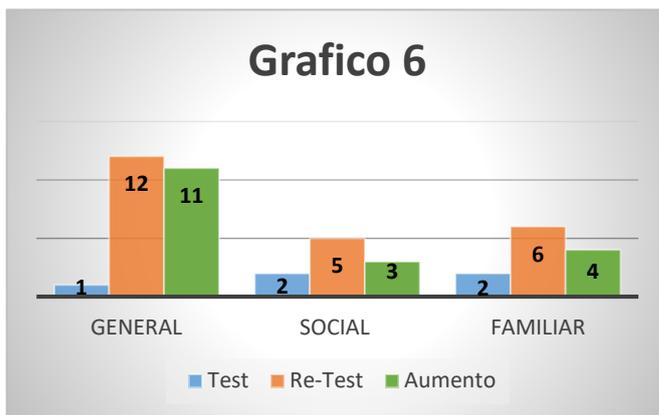
La adolescente es seleccionada por la psicóloga del DECE, debido a que esta se comenzo a aislar del entorno escolar desde hace aproximadamente 3 semanas, permaneciendo la mayoría de sus recreos en su curso.

Información directa.

La participante comenta haber discutido con sus amigas hace aproximadamente un mes, menciona haber sido una discusión fuerte, aunque no quiere hablar sobre el tema, desde esa fecha dice ya no querer salir con nadie y afirma sentirse muy triste.

Puntuación del test y Re-Test.

Grafico 6. En esta tabla se expresa la diferencia en la puntuación de las áreas de calificación del Test y el Re-Test.



Autor: El Investigador Pablo Pozo

el gráfico 6 se describe el proceso de cambio por áreas en la aplicación del Test y Re-Test del caso 5 con una puntuación inicial en el Área de General de 1 y un resultado de 12 en el Re-Test, esto en relación a una puntuación máxima de 13 en esta área, en el área social la puntuación inicial fue de 2 puntos y la puntuación del Re-Test fue de 5 en relación a la puntuación máxima de esta área equivalente a 6 esta área, en el área Familiar la puntuación inicial es de 2 y aumenta a 6 en el Re-Test, obteniendo la máxima puntuación en esta área.

Participante 6

Historia clínica.

Nombre: Participante 6

Sexo: Femenino

Edad: 17

Escolaridad: bachillerato

Fecha de nacimiento: 14/11/1998

Lugar de nacimiento: cuenca

No. De hermanos y lugar que ocupa entre los hermanos: 4 hermanos ella la primera

Dirección actual: av. Baños

Motivo de consulta

La adolescente es seleccionada por la psicóloga del DECE ya que en las 2 últimas semanas se ha descuidado mucho de sus estudios y muestra una actitud de rebeldía hacia los maestros.

Información Directa.

La participante relaciona inmediatamente su participación en el programa por causa de sus calificaciones, a lo que afirma ser buena estudiante, sin embargo, está pasando por muchos problemas dentro de su hogar que no le permiten concentrarse.

Puntuación del test y Re-Test.

Grafico 7. En esta tabla se expresa la diferencia en la puntuación de las áreas de calificación del Test y el Re-Test.



Autor: El Investigador Pablo Pozo

En el gráfico 7 se describe el proceso de cambio por áreas en la aplicación del Test y Re-Test del caso 6 con una puntuación inicial en el Área de General de 2 y un resultado de 11 en el Re-Test, esto en relación a una puntuación máxima de 13 en esta área, en el área social la puntuación inicial fue de 2 puntos y la puntuación del Re-Test fue de 6 en relación a la puntuación máxima de esta área equivalente a 6 esta área, en el área Familiar la puntuación inicial es de 2 y aumenta a 6 en el Re-Test, obteniendo la máxima puntuación en esta área.

Participante 7

Historia Clínica.

Nombre: Participante 7

Sexo: femenino

Edad: 16

Escolaridad: bachillerato

Fecha de nacimiento: 22/07/1999

Lugar de nacimiento: Cuenca

No. De hermanos y lugar que ocupa entre los hermanos: 2 hermanos, es la segunda

Dirección actual: Miraflores

Motivo de consulta

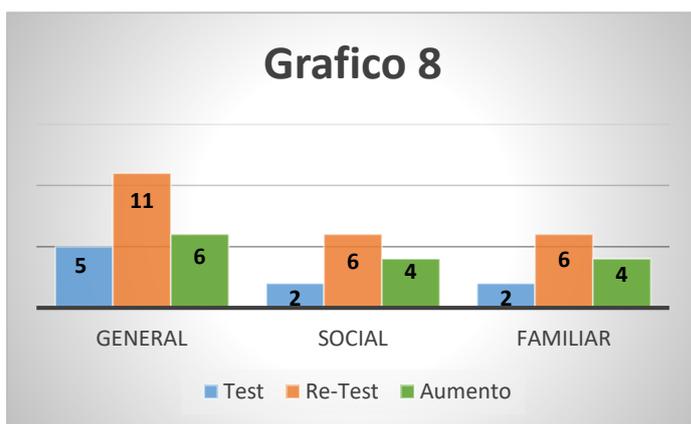
La adolescente fue seleccionada por la psicóloga del DECE, debido a sus continuas peleas y discusiones con otras chicas que estudian en la institución, estos problemas según expresa la psicóloga son provocados por la adolescente.

Información directa.

La participante habla sobre las discusiones y los conflictos con las demás estudiantes de la institución, a lo que le atribuye que ellas son las que provocan los problemas porque tienen envidia de que ella es del grupo de animadoras del colegio.

Puntuación del test y Re-Test.

Grafico 8. En esta tabla se expresa la diferencia en la puntuación de las áreas de calificación del Test y el Re-Test.



Autor: El Investigador Pablo Pozo

En el gráfico 8 se describe el proceso de cambio por áreas en la aplicación del Test y Re-Test del caso 7 con una puntuación inicial en el Área de General de 5 y un resultado de 11 en el Re-Test, esto en relación a una puntuación máxima de 13 en esta área, en el área social la puntuación inicial fue de 2 puntos y la puntuación del Re-Test fue de 6 en relación a la puntuación máxima de esta área equivalente a 6 esta área, en el área Familiar la puntuación inicial es de 2 y aumenta a 6 en el Re-Test, obteniendo la máxima puntuación en esta área.

Participante 8

Historia clínica.

Nombre: Participante 8

Sexo: masculino

Edad: 16

Escolaridad: bachillerato

Fecha de nacimiento: 11/11/1999

Lugar de nacimiento: cuenca

No. De hermanos y lugar que ocupa entre los hermanos: 2 hermanos, es el 2do

Dirección actual: calle del obrero 2-46

Motivo de Consulta.

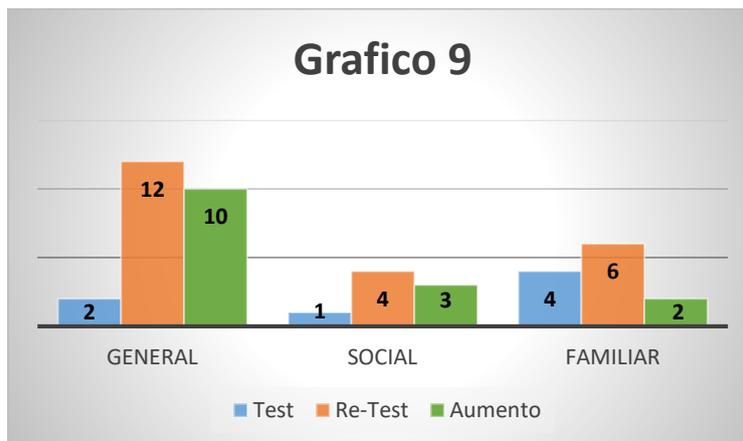
El adolescente es seleccionado por la psicóloga del DECE, ya que este no busca relacionarse con sus demás compañeros y siempre se mantiene aislado y no participa en las actividades de la institución.

Información directa.

El participante dice que él se considera a sí mismo como una persona tímida, sin embargo, dice que esto no le afecta porque de igual forma a él le gusta más pasar tiempo a solas.

Puntuación del test y Re-Test.

Grafico 9. En esta tabla se expresa la diferencia en la puntuación de las áreas de calificación del Test y el Re-Test.



Autor: El Investigador Pablo Pozo

En el gráfico 9 se describe el proceso de cambio por áreas en la aplicación del Test y Re-Test del caso 8 con una puntuación inicial en el Área de General de 2 y un resultado de 12 en el Re-Test, esto en relación a una puntuación máxima de 13 en esta área, en el área social la puntuación inicial fue de 1 puntos y la puntuación del Re-Test fue de 4 en relación a la puntuación máxima de esta área equivalente a 6 esta área, en el área Familiar la puntuación inicial es de 4 y aumenta a 6 en el Re-Test, obteniendo la máxima puntuación en esta área.

Participante 9

Historia Clínica.

Nombre: Participante 9

Sexo: masculino

Edad: 16

Escolaridad: bachillerato

Fecha de nacimiento: 10/07/1999

Lugar de nacimiento: Cuenca

No. De hermanos y lugar que ocupa entre los hermanos: 5 hermanos, es el 2do

Dirección actual: Monay

Motivo de Consulta

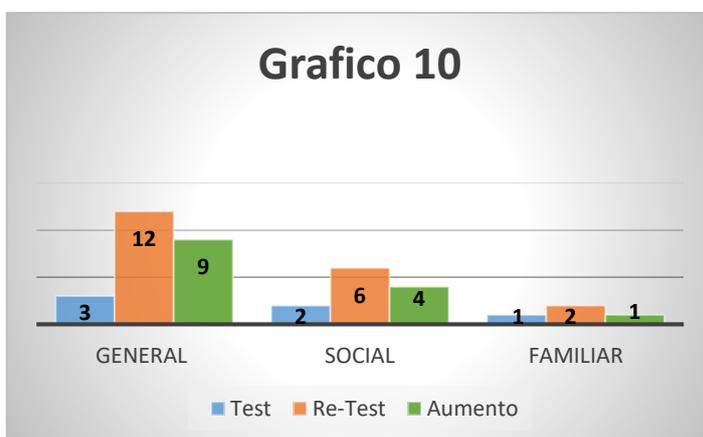
El adolescente es seleccionado por la psicóloga del DECE, debido a que presenta muchos problemas de tipo comportamentales en su aula de clases y no respeta a los maestros.

Información Directa.

El participante dice ser una persona sociable que no tiene problemas con sus compañeros, indica también que tiene muchas discrepancias con sus abuelos con los que vive y con sus maestros.

Puntuación del test y Re-Test.

Grafico 10. En esta tabla se expresa la diferencia en la puntuación de las áreas de calificación del Test y el Re-Test.

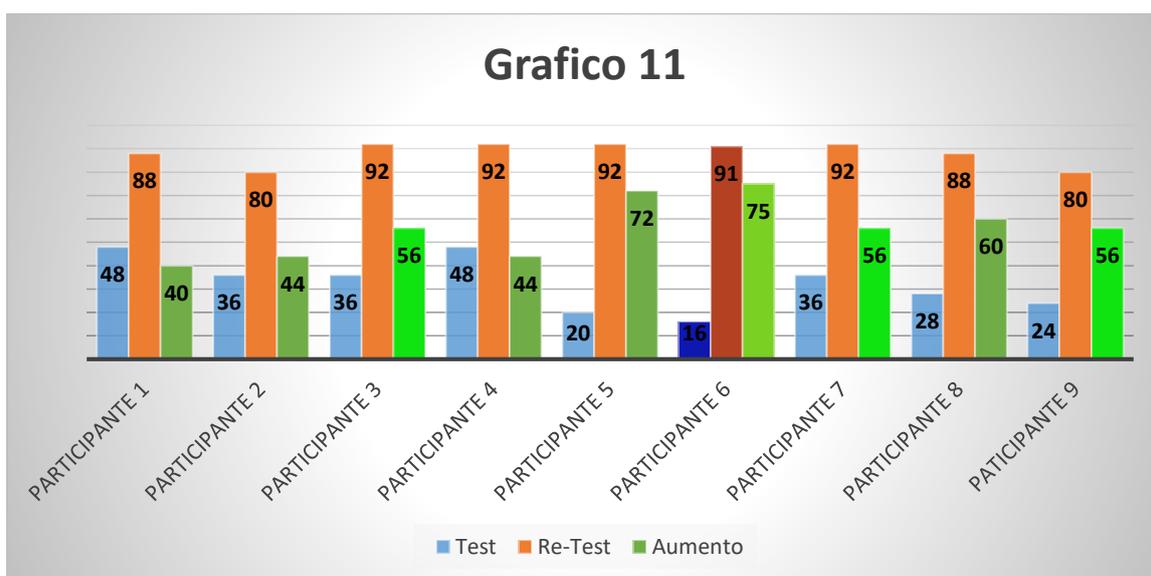


Autor: El Investigador Pablo Pozo

En el gráfico 10 se describe el proceso de cambio por áreas en la aplicación del Test y Re-Test del caso 9 con una puntuación inicial en el Área de General de 3 y un resultado de 12 en el Re-Test, esto en relación a una puntuación máxima de 13 en esta área, en el área social la puntuación inicial fue de 2 puntos y la puntuación del Re-Test fue de 6 obteniendo de esta forma la máxima puntuación dentro de esta área, en el área Familiar la puntuación inicial es de 1 y aumenta a 2 en el Re-Test, en relación a la máxima puntuación equivalente a 6 en esta área.

3.4 ANALISIS GENERAL DE LOS RESULTADOS DE LAS AREAS DEL TEST Y RE-TEST.

Se observar en el gráfico (Gráfico 1), que el área General de la evaluación de la autoestima es la que muestra el aumento más significativo, con un porcentaje sobre la primera evaluación del 62%, sin embargo, la puntuación más elevada en el Re-Test es la correspondiente al área Familiar, que obtiene un promedio general de 91%, se puede buscar una relación entre este valor y el hecho de que 6 de los participantes estaban reportaron en sus historias clínicas problemas dentro de su hogar, el aumento significativo en el porcentaje total de las calificaciones del Re-Test, pueden expresar que el material que obtienen los participantes les permite aumentar el entendimiento de los conceptos relacionados con la autoestima.



Autor: El Investigador Pablo Pozo

En el Grafico11, se puede observar que en relación a la puntuación global del Test y Re-Test el participante 6 obtiene el aumento más alto, si esto es relacionado con la calificación por áreas (Gráfico 7) muestra que el participante tuvo un aumento de 18 puntos de los cuales 5 de 6 puntos de aumento son pertenecientes al área familiar, que en el test inicial puntuó con 0, lo cual explica el alto porcentaje en la sumatoria total del Re-Test, y a su vez el bajo porcentaje total en la sumatoria del Test, se debe tomar en cuenta en la historia clínica de la participante menciona estar atravesando problemas familiares, lo cual puede significar que el programa facilitó una representación de familia más relacionada con sus realidades y el establecimiento de normas de este tipo de familias no tradicionales que con esquemas idealizados de familias no reguladoras y occidentalizadas (Padre – Madre) que no es una situación común en los participantes como en el caso 5 (Grafico 6).

Al considerar los incrementos más bajos, se observa los participantes 1, 2, 4 (Gráfico 11) que representa un incremento menor al 50%, sin embargo, en esta misma tabla observamos que los participantes tanto 1 como 3, tienen una puntuación inicial en su test que está muy próxima al 50% de la puntuación total de esta evaluación, sin embargo, el aumento en estos participantes de igual forma indica que hubo un fortalecimiento muy significativo en su autoestima.

Considerando la medida en relación a la puntuación total de los participantes (Grafico 11) observamos que ambas coinciden con el valor, siendo esto 56%, este valor correspondería al aumento promedio de la autoestima del grupo y también definen la Media y la Moda, a su vez si analizamos la puntuación por áreas en los participantes 3, 7, 9 (Gráficos 4, 8, 10), y el participante 8 (Grafico 9) cuya puntuación se acerca mucho a la de la media y moda, observamos que, el área con mayor aumento fue la de la autoestima social, esto puede ser debido a la interacción grupal en la cual cada participante aprende a ser asertivo y desenvolverse de manera adecuada en un su entorno habitual.

CONCLUSIONES.

La comparación entre las puntuaciones indica que el objetivo que se buscó lograr con el grupo fue el adecuado, indicando que existió un fortalecimiento en la autoestima de todos los integrantes, presentando un aumento significativo en cada una de las áreas evaluadas.

Se observó ya en sesiones avanzadas a un grupo más participativo y cooperador, lo cual indica un notable cambio en relación al grupo inicial muy introvertido, evidenciando una mejoría en la seguridad de los integrantes del grupo ayudando de esta manera a fortalecer su identidad, que es uno de los principales objetivos del programa.

Los nuevos conocimientos que recibieron los participantes no solo ayudan a entender nuevos conceptos relacionados a la autoestima, también ayudaron posiblemente a cambiar las ideas distorsionadas o erradas que tenían antes, permitiéndoles romper con antiguos esquemas mentales, beneficiando de esta manera el fortalecimiento de la autoeficacia de cada integrante.

De esta manera el programa diseñado para el fortalecimiento de la autoestima, tuvo el resultado que se buscaba, ya que comprueba a través de la puntuación del Test y el Re-Test que los participantes asimilaron y aprendieron herramientas necesarias para el fortalecimiento de la autoestima, las mismas que al ser muy prácticas y sencillas pueden ser puestas en práctica en el día a día, la brevedad de los resultados, aunque demuestran que el programa fue un punto a favor para los participantes, por las habilidades que lograron desarrollar pudo haber afectado de manera variable a la exactitud de la puntuación del re-test a consecuencia del tiempo de su aplicación.

RECOMENDACIONES

Para que la aplicación del programa sea la adecuada se deberá tomar aproximadamente 3 a 4 sesiones en las cuales se buscara desarrollar una empatía con el grupo, para que se desarrolle un clima grupal adecuado y poder observar su nivel de extroversión o introversión, una vez que se ha analizado esto se podrán organizar de mejor manera las actividades y dinámicas de las siguientes sesiones, ya que si las actividades son de naturaleza muy dinámica y el grupo es demasiado extrovertido, la dinámica no cumple a cabalidad se objetivo y puede poner una barrera en durante la sesión, por lo tanto es recomendable analizar la dinámica y observar si se pueden hacer ciertas modificaciones que se acoplen mejor al grupo sin perder su enfoque terapéutico, así como se realizó en algunas de las dinámicas de este programa.

El programa de intervención grupal con enfoque cognitivo conductual está diseñado para trabajar específicamente con la población adolescente, debido a que las técnicas y actividades están diseñadas en función de su problemática, edad y pensamiento por lo que es recomendable sea aplicado a esta población, de la misma manera para que el programa trabaje adecuadamente se deberá buscar la mayor homogeneidad en sus participantes, ya que esto es lo que genera la identificación entre sus miembros lo cual es la primera herramienta psicológica utilizada en esta investigación.

Aunque el programa cumplió con el objetivo planteado, sería bueno en una aplicación futura tener un lapso de tiempo más amplio para la aplicación del Re-Test, ya que esto ayudaría a verificar la duración de lo aprendido durante el programa de intervención grupal con enfoque cognitivo conductual.

BIBLIOGRAFIA.

- Asamblea Nacional. (2003). *codigo de la niñez y adolescencia*. Quito: editorial juridica del Ecuador.
- Barra, E., Cerna, R., M, D. K., & Véliz, V. (2006). Problemas de Salud, Estrés Afrontamiento, Depresión y Apoyo Social en Adolescentes. *Terapia psicológica*.
- Batista, S. (2009). Adolescentes de secundaria urbana con baja percepcion de si mismo. *linstituto Superior Minero Metalurgico MOA*.
- Beard, R. (1971). *Psicologia Evolutiva De Piaget*. Buenos Aires: Kapelusz.
- Beck, A., Rush, J., Shaw, B., & Emery, G. (1983). *Terapia cognitiva de la depresión*. Desclée de Brouwe.
- Beck, j. (2011). *cognitive behavior therapy, basics and beyond. second edition*. New York: Guilford Publications .
- Buchanan, E. F. (2003). The Role of Mother Involvement and Father Involvement in Adolescent Bullying Behavior. *Revista de Violencia Interpersonal*.
- Carranco, O., & León, D. (2011). La comorbilidad del trastorno Hipercinético para presentar problemas de adaptación social. *Universidad Central del Ecuador, Carrera de Psicologia Clinica*.
- Castillo, G. (1999). *el adolescente y sus retos* . España: ediciones Piramide.
- Cava, M., Musitu, G., & Vera, A. (2000). Efectos Directos e Indirectos de la Autoestima en el Animo Depresivo. *Revista Mexicana de Psicologia*, 17, 151 - 161.
- Chávez, A. (2005). Actitudes y Conductas Alimentarias en Adolescentesysu Relacion con Índice de Masa Corporal. *Universidad Autonoma de Nuevo Leon, Facultad de Enfermeria*.
- Coopersmith, S. (1976). *Estudio sobre la estimación propia*. Madrid : Psicología Contemporánea, Selections Scientifics American.

- Córdoba, M., & Reyes, P. (2003). La familia como factor de protección contra la fármaco dependencia y conductas de riesgo. *Revista de la Universidad Cristóbal Colón* .
- Costa, M. (2009). Representaciones sociales de los adolescentes en el trabajo doméstico y. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*.
- Dattilio, F. M. (2010). *Cognitive-Behavioral Therapy with Couples and Families*. New York: The Guilford press.
- Delgado, E., Márquez, M., & Sánchez, D. (2009). *Autoestima, Habilidades Sociales y Toma de Decisiones*. España: Junta de Andalucía.
- Ellis, A. (1990). *Manual De Terapia Racional Emotiva. Vol 2*. España: Desclee de Brouwer, S. A. .
- Erikson, E. (2004). *Sociedad y Adolescencia*. Mexico: Siglo XXI.
- Fagan, P., Brook, J., Rubenstone, E., & Zhang, C. (2005). Parental occupation, education, and smoking as predictors of offspring tobacco use in adulthood: A longitudinal study. *Addictive Behaviors*.
- Freud, S. (1914). *Introduccion al narcisismo*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Gallardo, J. (2012). descripcion de la crisis personal, que puede dar en los hijos adolescentes despues del divorcio de los padres. *Universidad de las Americas*, 52.
- Góngora, V., & Casullo., M. (2009). Factores protectores de la salud mental: Un estudio comparativo sobre valores, autoestima e inteligencia emocional en población clínica y población general. *Interdisciplinaria*.
- Gonzales, A. (2001). la sexualidad del adolescente. *revista de sexologia y sociedad*.
- Gonzales, J., & Nuñez, C. (1997). Autoconcepto, Autoestima. *Psicothema*.
- Gonzalez, E. (2000). *456 Juegos y Dinámicas de Integral Grupal*. Santiago de Chile: Universidad de Concepcion.
- Infante, O. (2001). *psicologia de las edades*. Habana: ciencias medicas.
- Ives, E. (2014). la identidad del adolescente. como se construye. *Revista de Formación Continuada de la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia*.

- Jimenez, T., Murgui, S., & Musitu, G. (2007). Comunicación Familiar y Comportamientos Delictivos en Adolescentes Españoles: El Doble Rol Mediador de la Autoestima. *Revista Latinoamericana de Psicología*.
- Lega, L., Caballo, V., & Ellis, A. (2002). *Teoria y Practica de la Terapia Racional Emotivo - Conductual*. Madrid: Siglo XXI de España Editores, S.A.
- Llorente del Pozo, J. M., & Iraurgi Castillo, I. (2008). Tratamiento cognitivo conductual aplicado en la deshabituación de cocaína. *Trastornos adictivos: Organo Oficial de la Sociedad española de Toxicomanías*,.
- Louro, I. (2003). La Familia en la Determinacione de la Salud. *revista cubana salud publica*.
- Machargo, J. (1996). *Programa De Actividades Para El Desarrollo De La Autoestima*. Madrid: Editorial Escuela Española.
- Mantilla, M. (2011). Programa cognitivo-conductual para el desarrollo de habilidades psicosociales en los jugadores élite de las divisiones inferiores de LDUQ. *Pontificia Universidad Catolica Del Ecuador*.
- Miranda, J., Miranda, J., & Enríquez, A. (2011). Adaptación del Inventario de Autoestima Coopersmith para alumnos. *PRAXIS INVESTIGATIVA*, 5 - 14.
- Montero, P., Morales, E. M., & Carbajal, Á. (2004). Valoración de la percepción de la imagen corporal mediante modelos anatómicos. *Antropo*.
- Moral, M., & Ovejero, A. (2005). Modificación de las Actitudes, Hábitos y Frecuencia de Consumo de Alcohol y Otras Sustancias Psicoactivas en Adolescentes Españoles a Partir de un Programa Educativo-Preventivo. *Revista Colombiana de Psicología*.
- Moreno, A., & Barrio, C. D. (2000). *La Experiencia Adolescente: a la Búsqueda de un Lugar en el Mundo*. Buenos Aires: AIQUE.
- Moreno, M., & Ortiz, G. (2009). Trastorno Alimentario y su Relación con la Imagen Corporal y la Autoestima en Adolescentes. *terapia psicológica*.
- Moreno, P., Méndez, X., & Sánchez, J. (2000). Eficacia de los tratamientos cognitivo-conductuales para la fobia social: una revision meta analitica. *Psicothem*.

- Morris, C. (1992). *Psicología: un nuevo enfoque*. Mexico D.F.: Prentice-Hall Hispanoamericana.
- Nava, C. (2010). Factores que Influyen en la Adicción Adolescente. *Contribuciones a las Ciencias Sociales*.
- Oblitas, L. (2008). *Psicoterapias contemporaneas*. Mexico: Cengage Learning Latin America,.
- Páez, D. R. (2001). el desarrollo de la identidad y los estilos de apego en adolescentes hispanicos colombianos. *Universidad de la Sabana*.
- Paramo, M. d. (2011). Factores de Riesgo y Factores de Protección en la Adolescencia: Análisis de Contenido a través de Grupos de Discusión. *Terapia Psicológica*.
- Pardo, G., Sandoval, A., & Umbarila, D. (2004). Adolescencia y depresión. *Revista Colombiana de Psicología*.
- Piaget, J. (2004). *The Psychology of Intelligence*. Taylor & Francis.
- Portillo, I. (2000). *Bases De La Terapia De Grupo*. Mexico D.F.: EDITORIAL PAX MEXICO.
- Portillo, M. N. (2002). Autoestima del adolescente y riesgo de consumo de alcohol. *Fundacion de Investigacion Social A.C.*
- Prado, G., & Pantin, H. (2011). Reduciendo las Desigualdades en Salud por Consumo de. *Psychosocial Intervention*.
- Ramírez, A. (2013). *Autoestima para Principiantes* . Mexico: Ediciones Díaz de Santos.
- Reynoso, L., & Seligson, I. (2005). *Psicología clínica de la salud: un enfoque conductual*. Mexico D.F.: Editorial El Manual Moderno.
- Rivadeneira, C., Dahab, J., & Minici, A. (2010). La aplicación de la terapia cognitivo conductual a los cuadros clínicos. *Revista de Terapia Cognitivo Conductual*.
- Romero, H. (2006). Características de los Integrantes a la Universidad. *V Encuentro Nacional y II Latinoamericano La Universidad como objeto de investigación*. Buenos Aires: Universidad Nacional de Río Cuarto.
- Salazar, D. C. (2005). papa y mama responsables de la autoestima de su hijo. *Universidad Pedagogica Nacional*.

Segal, Z., Williams, M., & Teasdale, J. (2006). *Terapia Cognitiva De La Depresion Basada en La Conciencia Plena*. DESCLÉE DE BROUWER.

Sendra, j. (2009). *Apoyo psicosocial, atención relacional y comunicativa en instituciones* (primera ed.). (I. E. S.L., Ed.) Madrid, España: Ideaspropias Editorial S.L. Obtenido de *Sendra, J. A. (2009). Apoyo psicosocial, atención relacional y comunicativa en instituciones. Ideaspropias Editorial SL.*

Soria, C. (2011). INCIDENCIAS DEL DIVORCIO EN LA AGRESIVIDAD DE LOS NIÑOS DE 6 A 10 AÑOS QUE ACUDEN AL JUZGADO PRIMERO DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA (JPNNA) DE LA CIUDAD DE AMBATO. *UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO*.

TERESA JIMÉNEZ2, S. M. (s.f.).

Urquijo, S. (2002). Auto-concepto y desempeño académico en adolescentes. Relaciones con sexo, edad o intuición. *Psico-USF*.

ANEXOS.

Anexo 1 (videos)

https://www.youtube.com/watch?v=t1u_4T3_9XE (oveja pelada, corto para trabajar el auto concepto)

<https://www.youtube.com/watch?v=eObbU-uUaa0> (estrellas en la luna, corto animado enfocado a la formación de identidad y autonomía en la persona)

<https://www.youtube.com/watch?v=lwrNhQVpOCc> *“la mujer en el espejo” somos nuestros propios enemigos*

<https://www.youtube.com/watch?v=XIMprqXfrCo> *“El Despertador” corto animado sobre la motivación al cambio en la actitud.*

<https://www.youtube.com/watch?v=lwrNhQVpOCc> *“Cerebro Dividido” Corto Animado sobre cómo podemos perjudicarnos a nosotros mismos*

Anexo2

Bibliografía de las autoevaluaciones y las dinámicas aplicadas.

Machargo Salvador, J. (1997). Programa de actividades para el desarrollo de la autoestima 2. *Editorial Escuela Española. Madrid.*

Burns, D. D. (2000). *Autoestima en 10 días: diez pasos para vencer la depresión, desarrollar la autoestima y descubrir el secreto de la alegría.* Grupo Planeta (GBS).

González, E. (2000). RECOPIACION 456 JUEGOS Y DINAMICAS DE INTEGRACION GRUPAL. *U. Concepción. Santiago de Chile.*

Anexo 3(dinámicas)

- **LA TEMPESTAD:** Todos los participantes forman un círculo con sus respectivas sillas. Quien dirija el juego se coloca a la mitad y dice: “Un barco en medio del mar, viaja a rumbo desconocido. Cuando yo diga OLA A LA DERECHA, todos cambian de puesto a la derecha; cuando yo diga, OLA A LA IZQUIERDA, todos cambian de puesto hacia la izquierda, cuando yo diga TEMPESTAD, todos deben cambiar de puesto, mezclándose en diferentes direcciones. Se dan varias órdenes, intercambiando a la derecha y a la izquierda, cuando se observe que los participantes estén distraídos, el dirigente dice:
TEMPESTAD, en ese momento las personas participantes tendrán 5 minutos para conversar con la persona de su derecha, preguntándole lo que gusten
- **Presenta a un amigo:** en fusión con la técnica de la TEMPESTAD, utilizamos esta técnica para que el estudiante presente y genere vínculo con otro participante extraño
- **Relajación progresiva de Jakobson** mediante la utilización de música de relajación se va realizando una relajación progresiva mediante la contracción muscular, que inicia desde los músculos superiores hasta los inferiores, esto será combinado con ejercicios de relajación.
- **Los números:** da a los participantes a elegir un número del uno al diez, posteriormente se da un valor, y los integrantes deberán formar grupos que den dicho valor, esto ayudara a formar el grupo para la siguiente actividad
- **Yo soy, yo valgo:** en esta actividad los integrantes tendrán que decir sus mejores características y porque cree que son buenas

Anexo 4
Historia clínica.

FECHA:

NOMBRE: **EDAD:** **SEXO:**

OCUPACIÓN: **ESCOLARIDAD:**

DOMICILIO: **REMITIDO POR:**

MOTIVO:

TELEFONO:

MOTIVO DE PARTICIPACION

.....

CUADRO CLINICO

¿CUAL CREES QUE ES TU PRINCIPAL PROBLEMA?

.....

¿CUALES SON LAS SITUACIONES QUE TE GENERAN ESTE MALESTAR?

.....

¿CUALES CREES QUE SON LAS CAUSAS DE QUE TENGAS ESE PROBLEMA?

.....

ANTECEDENTES PERSONALES

INFANCIA.....

ADOLESCENCIA.....

ANTECEDENTES FAMILIARES

GENOGRAMA.....

CRISIS VITALES

CRISIS ACCIDENTALES

ESTRUCTURA DEL CONFLICTO

Anexo 5**MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA GRABACIÓN DE LAS SESIONES DE PSICOTERAPIA**

Este documento intenta explicarle todas las cuestiones relativas a la utilización que se realizaría de sus datos de participación en la grabación de las sesiones de psicoterapia. Léalo atentamente y consulte con el terapeuta todas las dudas que se le planteen.

1. INFORMACIÓN ACERCA DE LA GRABACIÓN DE LAS SESIONES

Desde las instalaciones del colegio Cesar Dávila de la ciudad de Cuenca se llevara a cabo el Programa de intervención grupal con enfoque cognitivo conductual para el desarrollo de autoestima en adolescentes focalizados por el DECE del colegio, en el cual se realizaran grabaciones y se tomaran fotografías de los estudiantes participantes, con fines investigativos, formativos y de desarrollo profesional para el estudiante que realiza su labor en el centro, dichas grabaciones serán de utilidad para la supervisión que se realizara por parte del tutor del estudiante para asegurar su eficacia y desempeño como profesional

2. USO Y CONFIDENCIALIDAD DE LOS DATOS

Los datos que se obtengan de su participación serán utilizados únicamente con fines investigativos y formación del estudiante que se encuentra realizando el proyecto

3. REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Si, en el caso de decidir participar y consentir la colaboración inicialmente, en algún momento de la intervención usted desea dejar de participar en la grabación de las sesiones, deberá ser comunicado y a partir de ese momento se dejarán de utilizar las grabaciones con fines de investigación, formación y desarrollo profesional.

4. DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Yo, con numero de C.I.....representante de..... Estudiante del Colegio Cesar Dávila y participante del Programa de intervención grupal con enfoque cognitivo conductual para el desarrollo de autoestima en adolescentes focalizados por el DECE del colegio, he leído el documento de consentimiento informado que me ha sido entregado, he comprendido las explicaciones sobre la grabación de sesiones de psicoterapia y el uso de datos personales, he podido resolver mis dudas y preguntas planteadas, tomando todo esto en consideración, consiento la participación en grabaciones de las sesiones y que sus datos sean utilizados para los objetivos que se proponen.

Cuenca, 12 De mayo Del 2016. _

Firmado Representante: _____