



Pontificia Universidad
Católica del Ecuador | Sede
Ambato

ESCUELA DE PSICOLOGÍA

Tema:

**EL AUTOESTIMA Y ANSIEDAD EN ADOLESCENTES DE UN COLEGIO
PÚBLICO Y PRIVADO.**

Proyecto de Investigación previo a la obtención del título de Psicóloga Clínica.

Línea de Investigación:

SALUD INTEGRAL, DETERMINACIÓN SOCIAL Y DESARROLLO HUMANO.

Autora:

EVELYN GABRIELA GUEVARA REYES

Directora:

MG. JUANA ROSARIO LARA MACHADO

Ambato – Ecuador

Febrero 2021

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÒLICA DEL ECUADOR

SEDE AMBATO

HOJA DE APROBACIÒN

Tema:

“EL AUTOESTIMA Y ANSIEDAD EN ADOLESCENTES DE UN COLEGIO PÚBLICO Y PRIVADO”

Línea de Investigación:

Salud Integral, Determinación Social y Desarrollo Humano

Autora:

EVELYN GABRIELA GUEVARA REYES

Juana Rosario Lara Machado, Dra, Mg.

f. 

CALIFICADORA

Ana del Roció Martínez Yacelga, Dra, Mg.

f. 

CALIFICADORA

Carlos Rodrigo Moreta Herrera, Ps, Ms.

f. 

CALIFICADOR

Varna Hernández Junco, Ph.D.

f. 

DIRECTORA DE LA ESCUELA DE PSICOLOGÌA

Hugo Rogelio Altamirano Villarroel, Dr.

f. 

SECRETARIO GENERAL PUCESA

Ambato – Ecuador

Febrero 2021

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo: **EVELYN GABRIELA GUEVARA REYES**, con **CC. 180538616-4**, autora del trabajo de graduación intitulado: “EL AUTOESTIMA Y ANSIEDAD EN ADOLESCENTES DE UN COLEGIO PÚBLICO Y PRIVADO”, previa a la obtención del título profesional de **PSICÓLOGA CLÍNICA** en la escuela de **PSICOLOGÍA**.

- 1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tiene la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, de conformidad con el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.
- 2.- Autorizo a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador a difundir a través de sitio web de la Biblioteca de la PUCE Ambato, el referido trabajo de graduación, respetando las políticas de propiedad intelectual de Universidad

Ambato, febrero 2021



EVELYN GABRIELA GUEVARA REYES

CC. 180538616-4

AGRADECIMIENTO

Al Dios todo poderoso por darme la vida y la salud día a día con su infinita misericordia y todas sus bendiciones.

A mis padres por ser un ejemplo de perseverancia y aliento al brindarme todo su amor, comprensión, perseverancia a seguir en pie en mis estudios, sin importar lo difícil, al final siempre será la recompensa mucho mejor.

A mi hermano por estar muy pendiente de mí y alentarme a no rendirme jamás, es el motor para mis triunfos como derrotas.

A mi enamorado el amor de mi vida por estar para mí en todo tiempo así sea muy complicado el siempre encuentra una solución para mí.

A mi tutora quien tiene toda la paciencia del mundo y sabiduría me ha guiado eficazmente hacia un resultado exitoso de mi proyecto.

A la universidad por acogerme conjunto con mis maestros quienes con sus amplios conocimientos me han sabido enriquecer y lograr plantar una estudiante capaz de sobresalir en la sociedad gracias a su confianza.

A mis primos por abrirme las puertas de sus instituciones para poder realizar mi proyecto de investigación de principio a fin.

A mis compañeras con quienes he compartido la gran mayoría de la carrera universitaria, se han convertido en mis amigas incondicionales, en tiempos de tristeza, alegría, enojo, felicidad, con la cara en alto sin dejar una a la otra.

DEDICATORIA

Esta tesis quiero dedicarla a Dios por ser mi guía quien me ha brindado toda la sabiduría e inteligencia para así lograr una meta más en mi vida, a mis padres por ser incondicionales en conjunto con mi hermano a conseguir lo planteado con resultados exitosos.

A mi enamorado por ser el motor de mis sueños en cada etapa, es un apoyo único y llenarme con su amor.

A mis amigas por estar siempre pendientes de mí sin importar la distancia ni el tiempo.

RESUMEN

Esta investigación tiene como objetivo determinar el autoestima y ansiedad en los adolescentes de un Colegio Público y Privado de la ciudad de Ambato. La investigación es un estudio de enfoque no experimental, de modalidad cuantitativa, con un alcance exploratorio, descriptivo, correlacional de corte transversal adolescentes entre 13 a 17 años de edad, con una media de $M= 3,24$ con una desviación de $Ds = 1,12$, en el cual participaron 100 estudiantes de un colegio público y 100 de un colegio privado que cursan décimo año de básica a segundo bachillerato. Se utilizaron dos instrumentos: la Escala de Autoestima de Rosenberg y el Inventario de Ansiedad Estado y Rasgo IDARE. En relación, al primer reactivo, se obtuvo una predominancia con respecto al autoestima alta un 41%, un 36,5% referente al autoestima media, por último, un 22,5% correspondiente a una autoestima baja, es decir, no se evidencia mucho los niveles de baja autoestima. En relación, al segundo reactivo, en ansiedad estado, se obtuvo una mayor puntuación en ansiedad media de 57% y finalmente, en ansiedad rasgo su mayor puntuación es en ansiedad rasgo media de 54%. Los resultados del análisis de datos nos da un indicador que los estudiantes de la muestra presentan a mayor autoestima tienen menor ansiedad.

Palabras claves: autoestima, ansiedad, adolescentes, estudiantes, colegio.

ABSTRACT

The study aims to determine self-esteem and anxiety in adolescents at a Public and Private college in the city of Ambato. The research has a non-experimental, quantitative approach with an exploratory, descriptive and correlational scope in a cross sectional of adolescents between 13 and 17 years of age, with an average of $M = 3.24$ with a deviation of $Ds = 1.12$, in which 100 students each from public school and private schools at a tenth grade level participated. Two instruments were used: Rosenberg's Self-Esteem Scale and the IDARE State Anxiety and Trait Inventory. In the Rosenberg's Self-Esteem Scale, it was concluded that high self-esteem predominance was achieved by 41% of the students, while 36.5% for average self-esteem, and finally 22.5% low self-esteem. There is little evidence of low blood pressure in all levels of self-esteem. Furthermore, a state of anxiety with a greater score of 57% was achieved with an average of 54%. The results of the data analysis indicate that the students with greater self-esteem have lower levels of anxiety.

Keywords: self-esteem, anxiety, teens, students, school.

ÍNDICE DE CONTENIDO

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN	iii
AGRADECIMIENTO.....	iv
DEDICATORIA.....	v
RESUMEN.....	vi
ABSTRACT	vii
INTRODUCCIÓN	1
CAPITULO I. ESTADO DEL ARTE Y DE LA PRÀCTICA.....	5
1. Autoestima	5
1.1. Definición del autoestima.....	5
1.1.1. Elementos propios de autoestima	7
1.1.2. Niveles de autoestima.....	10
1.2. Ansiedad.....	13
1.2.1. Definición de ansiedad	13
1.2.2. Características de la Ansiedad.....	15
1.2.3. Ansiedad en la Adolescencia.....	16
1.2.5. Factores predisponentes en la ansiedad como trastorno	16
1.2.6. Criterios de ansiedad (DSM- V).....	17
1.2.7. Ansiedad estado y ansiedad rasgo	20
1.3. Intervención psicológica.....	26
1.3.1. Tipos de intervención psicológica	27
1.3.2. Asesoramiento y psicoterapia.....	28
1.3.3. Tiempo de duración de las intervenciones	34
1.3.4. Metodología de las intervenciones:	35
1.3.5. El proceso en relación a la persona	39
1.3.6. Orientaciones y modelos de intervención.....	44
1.3.7. Modelo integrativo de la corriente cognitivo constructivista (Argentina).....	46
1.3.8. Modelo integrativo focalizado en la personalidad (Ecuador).....	49
CAPÍTULO II. METODOLOGÍA	76
2.1. Paradigma, modalidad y alcance	76
2.2. Tipo de investigación	76
2.3. Técnicas e Instrumentos	77
2.3.1. Técnicas.....	77

2.3.2. Instrumentos	78
2.4. Participantes	83
2.5. Caracterización de la muestra.....	84
2.6. Procedimiento metodológico.....	86
2.7. Resultados	87
2.7.1. Análisis descriptivo de las evaluaciones psicológicas.....	87
2.7.2. Análisis de la escala de autoestima de Rosenberg.....	87
Gráfico 2.1. Representación gráfica de los participantes del estudio en función del tipo de autoestima	88
2.7.3. Análisis de la ansiedad estado y ansiedad rasgo	88
2.7.4. Análisis descriptivo del inventario ansiedad estado y ansiedad rasgo IDARE	88
Gráfico 2.2. Representación gráfica de la distribución de los participantes del estudio en función del tipo de ansiedad estado y ansiedad rasgo	89
2.7.5. Análisis correlacional de el autoestima y ansiedad estado, ansiedad rasgo	90
2.7.6. Análisis de las correlaciones por sexo.....	90
2.7.7. Análisis de las correlaciones por curso	91
2.7.8. Análisis de las correlaciones por edad.....	92
2.7.9. Análisis de las correlaciones por institución	93
CAPÍTULO III. PROGRAMA DE INTERVENCIÓN.....	94
GUÍA N°6 EVOLUCIÓN	109
GUÍA DE EVOLUCIÓN	110
GUÍA DE EVOLUCIÓN	111
CONCLUSIONES	125
RECOMENDACIONES	127
BIBLIOGRAFÍA.....	128
ANEXOS.....	137

INTRODUCCIÓN

En los últimos años, se han hecho estudios a nivel nacional como internacional sobre los niveles de autoestima en los adolescentes, así como una relación que existen con la ansiedad. Estos aportes constituyen referentes importantes para la fundamentación teórica y metodológica de la presente investigación. Un grupo de estudio, se realizó con 246 adolescentes, hombres y mujeres dentro de la parroquia urbana Yanuncay en la ciudad de Cuenca, los cuales, se evaluaron mediante la Escala de Autoestima de Rosenberg, los resultados obtenidos indican que existen niveles altos de autoestima con un 59% y no se hallaron diferencias significativas entre los niveles de autoestima por edad y género (Cárdenas, 2017). Es decir, el estudio arroja altos niveles de autoestima en los adolescentes sin tener incidencia la edad o sexo.

Un estudio, se desarrolló con una población de 983 estudiantes adolescentes de Bolivia de secundaria en la cual, se aplicó la Escala de Autoestima de Rosenberg para una medición de la autoestima, con el fin de obtener validez y confiabilidad, por medio de dos unidades educativas privadas de la ciudad de La Paz. Los resultados obtenidos nos dan a conocer que la escala psicométrica es muy satisfactoria con un alfa de Cronbach de 0.966, correspondientes a sexo y edad. Se considera a la adolescencia como uno de los periodos más fuertes durante el desarrollo humano, con un énfasis mayor con respecto a la autoestima los adolescentes necesitan formar de por sí su propia identidad, con virtudes, defectos de cada uno. Es así como una baja autoestima en esta etapa es sumamente perjudicial, causa trastornos tanto alimenticios o una depresión sumamente fuerte. Es así, como el desarrollo de esta investigación aportó de manera significativa a nivel social, con una validez y confiabilidad buena.

El poder de contar con instrumentos sensibles a las variaciones que presentan los comportamientos, pensamientos y emociones de las personas de culturas distintas resulta vital para fortalecer el desarrollo de una ciencia cuantificable (Gregory, 2011). Como, se evidencia, el nivel social en la investigación es basada por la pluriculturalidad en las personas y como ellas se desenvuelven. Se han encontrado investigaciones relacionadas con la autoestima y ansiedad en adolescentes.

Los juicios que el adolescente realiza por su personalidad, no son los únicos que inciden en el nivel de autoestima, la misma está en consonancia con las percepciones que los otros, es decir su familia, grupo de pares y los medios de comunicación, realizan sobre su persona (Moreno

&del Barrio, 2000). El autoestima, se desarrolla adecuadamente para cambiar ese vacío emocional del adolescente, que atraviesa diferentes condiciones. La ansiedad en muchas ocasiones, se confunde con la angustia, Alonso Álvarez, (2012). Es decir, la ansiedad, se interpreta varias de las veces como si la persona padeciera de angustia.

Por su parte, en Ecuador Castro, (2019), se realizó una investigación a un grupo de adolescentes en el cual, se aplicó el Inventario de Autoevaluación IDARE en el grupo de adolescentes institucionalizadas dieron promedios para ansiedad-estado de 61 y ansiedad-rasgo 55. En el grupo de adolescentes no institucionalizadas los resultados de estas variables fueron 63 y 55 respectivamente, lo que ubica a los dos grupos dentro del rango de severo. Es decir, que las adolescentes, que se encuentran dentro del rango de edad establecido, sin importar sus condiciones (institucionalizadas y no institucionalizadas) tienen características de personalidad con tendencia a reaccionar de forma ansiosa, tienen disposición a percibir situaciones como amenazantes, por lo que responden con alto grado de ansiedad.

En otra investigación realizada en Perú en donde, se trabajó con 318 estudiantes en los cuales, se aplicó el Inventario de Ansiedad Estado y Rasgo IDARE. La habilidad mental de cada adolescente es única, tiene una validez y confiabilidad muy adecuada (Anchate, 1993). Sin embargo, se evidencia las diferencias entre un colegio público y privado, con un factor de conciencia a nivel cultural, por género, la fuerte competitividad diariamente. Otro factor en algunos casos precede el lugar de residencia o su culturalidad de generación en generación. Como dato interesante nos dio que las mujeres presentan mayor problema de ansiedad por tener una facilidad de preocupaciones que le aquejan a comparación de los hombres. Así como la actitud que posee tanto el adolescente en su etapa de desarrollo con una mayor ansiedad con sus expectativas y logros planteados.

Situación problémica y planteamiento del problema

Se observó de manera no sistematizada en una población de estudiantes de décimo año de básica, primero y segundo bachillerato entre 13 a 17 años de edad de un colegio público y privado de la ciudad de Ambato, dificultades con respecto a niveles de autoestima y ansiedad. El autoestima tanto social en adolescentes tiene mucho que ver de acuerdo a su círculo social. Por lo tanto, el apoyo social tendría un efecto visible en los adolescentes con bajos niveles de autoestima podría actuar como un amortiguador de los eventos estresantes, en ausencia de un auto concepto y autovaloración elevados, por otro lado en los adolescentes con altos niveles de

autoestima el apoyo social sería menor, el sujeto es capaz de resolver sus problemas por el (Leiva, Loreto, Pineda, & Encina, 2013). Es decir, el apoyo social en los adolescentes es un factor detonante, en base a ello, se ven en una sociedad si los aprueban o rechazan.

El autoestima a nivel familiar, se evidencia por parte de los padres al ser sobreprotectores con sus hijos adolescentes. Por tal motivo “la baja autoestima, se produce primero en los padres, por un temor a una equivocación con los adolescentes y no comunicarse efectivamente” (Aquilino, 2004). Es por ello que tienden a vivir en sus hijos y como consecuencia los adolescentes, no tienen iniciativa personal, son indiferentes, dependientes, inseguros, por consiguiente, tienen baja autoestima. El autoestima a nivel interpersonal, según, Silva & Mejía (2015) “es en donde, se despabilan las emociones, se descubre el carácter y suscitan cambios en el sentido de la vida misma.” (p. 242). Es decir, el autoestima a nivel médico es de vital importancia al ser el detonante o no en la vida de los adolescentes por su impacto.

En el presente estudio, se analizó el nivel de autoestima y ansiedad en los estudiantes de decimo básico, primero, segundo bachillerato de una institución pública y privada. Por consiguiente, la hipótesis, que se plantea en la siguiente investigación es conocer si varían los niveles del autoestima y ansiedad entre un colegio público y privado, así alertar a las autoridades de las dos instituciones a través de los resultados obtenidos para que ellos puedan tener medidas preventivas y que puedan bajar los niveles de ansiedad, modificar la autoestima en los adolescentes.

OBJETIVOS

Objetivo General:

Determinar el autoestima y ansiedad en los adolescentes de un Colegio Público y Privado.

Objetivos Específicos:

1. Fundamentar bibliográficamente la ansiedad y autoestima en adolescentes de un colegio público y privado.
2. Evaluar los niveles de ansiedad y autoestima por medio de baterías psicométricas.
3. Realizar un análisis descriptivo, correlacional de los resultados de la ansiedad y autoestima en adolescentes de un colegio público y privado.
4. Proponer un programa de intervención para los adolescentes de un colegio público y privado.

Para la consecución de los objetivos planteados, se requiere una investigación descriptiva, de tipo correlacional y de corte transversal. La población de interés son 200 adolescentes de un colegio público y privado de la ciudad de Ambato que cursan décimo año de básica, primero y segundo año de bachillerato, entre los 13 a 17 años de edad. Sin diferenciar el estrato socioeconómico o étnico.

Justificación

Este trabajo de investigación, se justifica en virtud de que los adolescentes en esta etapa requieren de mucho dialogo y comprensión por parte de los padres o pares, que se encuentran a su alrededor, para no sentirse inferiores al resto de sus compañeros o por las condiciones, que se encuentra. Aun así, el suicidio e intentos de suicidio han aumentado en la población adolescente de numerosos países con problemas de salud pública, los adolescentes con problemas causan su daño propio. Evidentemente, el autoestima es un factor detonante en la adolescencia por su definición y valoración. Por otro lado, la ansiedad, se ve involucrada en los adolescentes, sea por su entorno, área académica, área familiar.

Se toma en cuenta que el principal propósito del estudio es realizar un análisis descriptivo, correlacional en función de los niveles de autoestima, ansiedad en los adolescentes de un colegio público y privado. Además, se recomendará, que se realice un programa de asesoramiento con ayuda del DECE para que ellos puedan tener medidas preventivas y que puedan bajar los niveles de ansiedad, modificar la autoestima a fin de obtener información relevante que contribuya a la toma de decisiones respecto a futuras intervenciones.

CAPITULO I. ESTADO DEL ARTE Y DE LA PRÀCTICA

1. Autoestima

1.1. Definición del autoestima

Se denomina autoestima a la consideración que nos damos nosotros, en sí, se basa profundamente de lo que queremos ser y mostrar a los demás, la determinación, que se ve del sujeto, se basa en los resultados obtenidos mediante sus metas planteadas (Monbourquette, 2008). Es decir, el autoestima, se define desde un largo periodo antiguo como la valoración, que se tiene hacia uno mismo, así como los demás tienen su criterio hacia el otro, son sujetos firmes ante cualquier situación.

Además, el autoestima es un detonante, ayuda a salir de situaciones peligrosas que atraviesa el sujeto en su diario vivir. Sin embargo, los sujetos son capaces de dar la propia aprobación y lograr los objetivos planteados. Es denominada el autoestima con distintas apariencias por lo que el estudio psicológico, se ha trabajado en sí mismo o similar, con términos muy parecidos, autoconceptos, autoeficacia propuestos por parte del sujeto como fin (Caso & Hernández ,2007). Dicho de otro modo, el autoestima tiene varios semblantes en el sujeto para realizar un trabajo a fondo.

Es así, como el autoestima, se conoce por tener varias maneras de acoplarlo al estilo de vida ya sea como el hecho de triunfar por sí mismo en algo que parecía imposible y con la motivación moral. Según, Mézerville (2004), “el autoestima es la percepción valorativa y confiada de sí misma, que motiva a la persona a manejarse con propiedad, manifestarse con autonomía y proyectarse satisfactoriamente en la vida” (p.3). Dicho de otro modo, el autoestima parte del sujeto en la manera de verse y aceptarse con defectos, virtudes equitativamente sin ocasionar una afectación negativa en el sujeto, con firmeza y estabilidad emocional para la salud.

El autoestima es fundamental y parte de dos factores, el amor propio que da a conocer su identidad en base de los sucesos que ha pasado en el ambiente y el concepto propio que da a conocer su respeto hacia el mismo, así como lo manifiesta como un ser de mucho valor y consideración especial (Papalia, 2010). Es decir, la autoestima parte de los sujetos, ese cariño, que se da a conocer sin reproche y así poder brindar un amor hacia los otros, transparente, sincero, único.

Evidentemente, el autoestima es la meta a llegar en los adolescentes. Por ejemplo, según Naranjo (2007),

El autoestima es la meta más alta del proceso educativo y quicio y centro de nuestra forma de pensar, sentir y actuar, es el máximo resorte motivador y el oculto y verdadero rostro de cada hombre esculpido a lo largo del proceso vital (p.4).

Dicho en otras palabras, se observa la autoestima como el escalón máspreciado en el ser humano tanto en el ámbito educativo, personal, laboral ya sea como lo afrontan emocionalmente sin afectación alguna que lleve a un decaimiento, asilamiento o falta de constancia propia con niveles emocionales bajos en el sujeto.

Otra definición del autoestima, se dice que es la respuesta que el sujeto realiza, se queda consigo mismo, sea con su consentimiento o rechazo por parte de la sociedad como individuo de carácter sociable, triunfante, admirable, apreciado en su entorno (Coopersmith 1967, citado en Valék de Bracho, 2007). Dicho de otro modo, el autoestima es considerada como el resultado que el ser humano logra y como los demás lo perciben, si es considerado como un sujeto que está acorde bajo los parámetros establecidos por su círculo social, si lo ven como un ejemplo de persona que cumple sus sueños sin decaer o retirarse del camino o seguir adelante sin importar las circunstancias.

De acuerdo a la pirámide de Maslow, se evidencia como tienen factores fundamentales para el sujeto con respecto al autoestima propia, viene arraigada consigo mismo y cumplir sus necesidades establecidas en la sociedad. El autoestima tiene elementos, que se integran a medida de sus experiencias de vida a lo largo de su proceso de crecimiento y maduración tanto de su estado mental, sus creencias, y diferentes procesos que atraviesa el sujeto. Por otro lado, se menciona que la autoestima, se basa a partir del propio concepto, que se tiene de uno, ya sea por el estilo de vida, que se basa por el tipo de criterio o manera de pensar, sentir ante diversas circunstancias buenas, malas y como enfrentarlos, buena manera o sin poder salir adelante, por ende, el sujeto lucha o decae, así demostrará a la sociedad que clase de persona es con una autoestima alta sin problema.

La autoestima tiene un significado complejo. Por ejemplo, según Naranjo (2007),

Se basa en cuatro componentes en su definición: Es una actitud, contempla las formas habituales de pensar, actuar, amar y sentir de las personas para consigo mismas. Tiene un componente cognitivo, se refiere a las ideas, opiniones, creencias percepciones y procesamiento de la información que posee la persona respecto de sí misma. Tiene un componente afectivo, que incluye la valoración de los positivo y negativo, involucra

sentimientos favorables y desfavorables, agradables o desagradables que las personas perciben de sí mismas. Tiene un componente conductual, porque implica la intención y decisión de actuar, de llevar a la práctica un comportamiento consecuente y coherente (p.5).

Dicho de otro modo, se dice que la autoestima, se basa por algunos factores en un orden establecido, en primer lugar, se basa por como el sujeto lo toma ya sea de buena manera, con una percepción positiva, emociones de felicidad, alegría primero consigo mismo, así como esto lo refleja hacia los demás.

Por otra parte, el segundo factor es el cognitivo por medio de pensamientos, ideologías, dogmas, tradiciones que cada persona tiene con su entorno y el sujeto como lo acepta. Asimismo, hay el otro factor emotivo, como lo toma emocionalmente, malo o bueno. Por último, existe el factor del comportamiento del ser humano, si lo afronta como una persona con madurez y responsabilidad, firmeza.

1.1.1. Elementos propios de autoestima

La autoestima, se basa por factores cognitivos, afectivos y conductuales los cuales tienen a su vez un apartado de los siguientes elementos, autoimagen, autovaloración, autoconfianza, autocontrol, autoafirmación (Naranjo, 2007). Dicho de otro modo, la autoestima está compuesta por elementos, los cuales son vitales para un correcto desenvolvimiento del sujeto en la sociedad como en su vida diaria.

Autoimagen:

La autoimagen del sujeto, se basa en el mismo. Por ejemplo, según Mézerville (2004), “la autoimagen, consiste en la capacidad de verse a sí mismo o a sí misma como la persona que realmente es, con sus virtudes y defectos.” (p.10). Por lo tanto, se alude a la autoimagen como uno lo ve o percibe correctamente, se acepta tal y como es o, se rechaza por dichas falencias como peso más a lo negativo. Esta hace énfasis a la imagen interna que fue hecha porque ha sido construida por amplitud de mirarse cada uno, encontrarse, tanto con sus habilidades como tal y sus carencias que posee. Se refiere al hecho de tener una impresión de las propiedades más notables de la persona con su personalidad y su medio (Santrock, 2002). Evidentemente, la autoimagen proviene de los factores en los cuales el sujeto parte de un orden para así poder cumplir a cabalidad ciertos parámetros que para él son esenciales para lograr una autoimagen acorde a la sociedad.

La autoimagen es la que el sujeto mismo lo impregna en sí. Por ejemplo, según Tarthan Tulku (2005),

La autoimagen, tiene características ya establecidas en él, es así el sujeto la persona que ya tiene fijado su autoimagen por las características que la sociedad y su entorno que lo rodea desde temprana edad, se manifiesta que los niños no tienen por qué realizar las tareas de la casa sino solo las mujeres, ya tienen arraigados su propia autoimagen y no la van a cambiar o va a ser difícil de cambiar la percepción.

Es decir, la persona logra visualizarse correctamente por medio de su autoimagen tal y como está creada desde un inicio, por la actitud que la sociedad demuestra que el sujeto tiene y no lo cambia por temor a ser criticado o burlado, sino más bien logra captar que el ser humano es firme en sus características implantadas desde siempre.

La autoimagen consiste en tener una propia aprobación de manera buena, se evidencia ante los demás, es uno mismo la persona que demuestra su manera de vestir, su cuidado personal como el sujeto tiene su cariño consigo mismo en pequeños detalles que el resto lo visualiza (Vernieri, 2006). De tal manera, se conoce a la autoimagen como la aceptación y el visto bueno, en primer lugar del sujeto, posterior a su círculo social, se muestra tal y como es, físicamente, emocionalmente sin aparentar cosa alguna.

Autovaloración:

Con el fin de poder afrontar las dificultades, que se evidencia en su diario vivir, el cual hace que la persona como tal pueda sobresalir por sí sola, sin importar la situación difícil. Según Mézerville (2004), “la autovaloración, se relaciona con otros aspectos como la auto aceptación y el auto respeto y significa, que se percibe con agrado la imagen que la persona tiene de sí” (p.10). Es decir, la autovaloración va en conjunto con otros conectores que son vitales en el ser humano como la auto aceptación del individuo, el auto respeto, que se tiene el sujeto ya sea como logra querer con todas las características suyas.

La autovaloración es la percepción está enfocada a las cualidades, capacidades, intereses, aptitudes, éxitos profesionales y personales, así como a las motivaciones, con las distintas esferas de la vida de la persona (Escámez, García, Pérez y Llopis, 2007). De esta manera, la autovaloración, se refiere a la organización de las connotaciones afectivas, tanto negativas como positivas, que son expuestas por el individuo en ciertas preguntas como quien soy, es la manera

de como el sujeto, se ve a través de una aceptación propia e importante para su vida con el fin de poder demostrar a los demás.

Es decir, se denomina autovaloración al hecho de como el sujeto, se desenvuelve en una situación ya sea complicada extremadamente y como logra superarlo por sí mismo. Además, desde hace años otros autores dan a conocer su definición de la autovaloración para poder tener un claro concepto del mismo y ver qué aspectos son los que causan dicho termino para ser verídico ante la sociedad y su entorno en el que está rodeado.

De acuerdo con Albert Bandura con respecto a la creencia y el aporte que el ser humano genera a través de sus propias metas establecidas con el fin de obtener el propósito planeado por el mismo su propia autovaloración (Núñez & Peguero, 2009). Evidentemente, la autovaloración, se crea a partir de que el ser humano logra superar cualquier situación con su propia ayuda y fortalezas adquiridas a lo largo de su vida de la mejor manera.

Autoconfianza:

La autoconfianza, se da en el sujeto al momento de resurgir de cualquier adversidad, que se presente en el camino y logra superarlo con virtudes, habilidades notablemente como una persona capaz de lograr dicho acto triunfal. Es decir, la autoconfianza es en sí desarrollado por el sujeto al manifestar seguridad, dicha meta u objetivo propuesto por el o la sociedad con una solución asertiva a dicha propuesta sin importar el costo de su fin.

La autoconfianza, se genera en uno mismo por los resultados. Por ejemplo, según Mézerville (2004),

La autoconfianza, se traduce en que la persona crea en sí misma y en sus propias capacidades para enfrentar distintos retos, lo que a su vez la motiva a buscar oportunidades que le permitan poner en práctica y demostrar sus competencias. (p.11).

Por lo tanto, la autoconfianza es denominada como el suceso que el sujeto posee en sí mismo gracias a su seguridad y confianza en continuar su objetivo bajo presión.

Autocontrol:

Se denomina autocontrol al hecho en el cual la persona genera en si sus propios parámetros, reglas, situaciones y como él pone un alto ya sea hacia sus impulsos generados en esa circunstancia. (Naranjo, 2007). Esto, se refiere al sujeto en cómo logra controlarse ya sea en su conducta si está molesta y poco a poco logra tener una calma, el hecho de como regularse en

espacios abiertos con otras personas de manera adecuada con sus pensamientos, actitudes entre otros. Es decir, el término autocontrol esta agrupado con otros factores esenciales para el sujeto, se conoce al autocontrol como el hecho que el ser humano logra en sí mismo controlarse ante hechos sumamente estresantes, fuertes en el cual bajo la presión sale airoso.

Autoafirmación:

Se conoce como el hecho, que se da en el ser humano al momento de generar habilidades por sí mismo con eficacia ante cualquier circunstancia sea buena o mala, de ahí parte su propia autoafirmación.

La autoafirmación es la característica propia del sujeto en el cual el mismo, se pone la meta de querer ser aceptado por los demás con una valoración justa (Prod´homme, 2000). De tal manera, la autoafirmación, se conoce como la capacidad que el sujeto tiene gracias a la independencia y el espacio al momento de realizar cualquier actividad difícil o no de lograr, una seguridad para cumplirlo de manera responsable, es así la persona capaz de cumplir.

Se evidencia la autoafirmación como uno de los componentes del autoestima en último lugar, el cual se basa en buscar otras maneras en las que el sujeto, se comunica ya sea con sus virtudes propias, su círculo social con el fin de presentarse como una persona que tiene un aporte por sus propios méritos, sin la necesidad de depender de alguien más.

1.1.2. Niveles de autoestima

Los sujetos con distintos niveles de autoestima: baja, media, alta presentarán distintos propósitos o metas en el futuro, en el cual cada sujeto tiene que sobrellevar el nivel de autoestima y como seguir firmes hacia su proyección sea solos o con ayuda.

Autoestima baja

La autoestima baja es producida por el sujeto en situaciones estresantes o situaciones que le den mucho temor, se muestra así vulnerable con carencias sin poder defenderse y rendirse fácilmente sin ayuda de los demás. Por ejemplo, según Molina (1996), “las personas con baja autoestima, presentan características emocionales tales como agresividad, timidez, alarde, impaciencia, competitividad, arrogancia, crítica, rebeldía ante figuras de autoridad y perfeccionismo, entre otras, las cuales propician conflictos en las relaciones interpersonales” (p.18). Dicho de otro modo, los sujetos, que se manifiestan con baja autoestima, se caracterizan

por mostrarse emocionalmente asilado, apagado, triste, agresivo, persuasivo entre otros, como factores característicos de las personas de baja autoestima para reconocerlos fácilmente.

La autoestima baja, se evidencia fácilmente. Por ejemplo, según Rojas (2007), la autoestima baja se evidencia a simple vista en la persona al no darse amor propio, se ve como alguien valorado, no se acepta tal y como es, siente que no es bueno para nada o que todo le va a salir mal, es inferior sea en conocimientos como en otras áreas, no se apoya, no existe motivación personal. Por lo cual, el sujeto se muestra con una baja autoestima al momento de darse a conocer con su poca estima, se denigra por sus falencias, se muestra ante la sociedad que no es útil.

Autoestima media

Autoestima media hace referencia al sujeto, el cual manifiesta una seguridad de sí mismo, no le afecta en su totalidad los criterios de otras personas hacia el con un entusiasmo aceptable. Por ejemplo, según (Pineda y Casas, 2015), la persona con autoestima media no es tan decaído o con emociones negativas como tristeza, agresión o aislamiento, son sujetos que no demuestran más que los otros, pero no tan conformes con ellos mismos en su totalidad. De tal manera, la persona con autoestima media, se conoce por las inseguridades a medias, tiene el sujeto fe en el pero no por completo, no se siente completamente capaz de lograrlo por sí solo.

Las personas con una autoestima media, se encuentran en un estado normal, se sienten completamente a gusto consigo mismas, pero en ciertas ocasiones son frágiles ante una situación complicada para ellos. Es decir, los sujetos, que se mantienen con autoestima media son consideradas en un rango bueno, sin embargo, si cometen algún fallo o mala decisión al no completar dicha situación suelen tener recaídas por la crítica de las personas de su medio social, con una baja autoestima por ciertos momentos.

Por lo tanto, se manifiesta que existe un estimado en la población que la gran parte de las personas tienen indicios a una autoestima media, pese a ese estimado no es tan satisfactorio, al estar en este nivel, no se encuentran con una estabilidad emocional, por lo que están moviéndose constantemente de estar seguros de sí mismo y en ocasiones con bajones e inseguridades de no poder lograr por sí solo o con la aprobación de las personas de su entorno social. Cabe recalcar que las personas con una autoestima media son personas autónomas, sea al momento de tener su propio criterio o pensamiento al momento de realizar alguna actividad o compartir en un grupo su aporte, esa persona, se da cuenta que tiene un gran valor enriquecido para su grupo,

es capaz de ayudar a su entorno, sin embargo, están dispuestos a cambiar o mejorar sin recordar los errores cometidos anteriormente sino más bien ser mejores para nuevas metas a futuro tanto personales como en situaciones que el grupo lo amerite.

Dicho de otra manera, estas personas si en algún momento no realizarían alguna actividad por si solas están prestas a buscar ayuda de otras personas sin menospreciar dicha ayuda, salir mucho mejor con el aporte de un trabajo colectivo. Esto no quiere decir que desconfíe o tenga inseguridad de su propio criterio o conocimiento, esa persona sabe, se mantiene firme de sus conocimientos.

Autoestima alta

Una persona con alta autoestima, no se considera a sí misma como el centro del universo y mejor que los demás y las demás. Simplemente conoce muchos aspectos de sí misma, tiene auto-respeto y tiene consciencia de su propio valor como persona única e irrepetible. Reconoce sus cualidades buenas, no se cree perfecta. Al contrario, tiene mucha consciencia sobre sus defectos y del hecho de que ella comete errores. Por lo tanto, los sujetos con autoestima alta, se caracterizan en muchas ocasiones por ser egocentristas o sentirse superior al resto de su entorno son personas que están sumamente bien y saben cómo actuar en situaciones difíciles para su vida y atraviesan con gran perseverancia, logra su triunfo y sigue con su vida con altos, bajos sin decaer emocionalmente por las circunstancias.

El sujeto con autoestima alta, se encuentra muy bien. Por ejemplo, según (Jourard y Landsman 1997) “la personalidad saludable corresponde a una persona con alta autoestima” (p, 14). Evidentemente, el sujeto, que se encuentra emocionalmente bien con sus 5 sentidos estables, con una aceptación físicamente con respecto a su cuerpo como en sus situaciones presentes y como logra superarlos y no los ve como un obstáculo se considera una persona con una alta autoestima en sí. Según Garay (2005) las personas con autoestima alta, se definen como sujetos capaces de realizar cualquier actividad o problema, que se los atravesase en el camino, desborda demasiada seguridad tiene los valores súper claros y como sujeto que los sigue a cabalidad, es una persona digna para cualquier situación, demuestra sus sentimientos hacia los demás con transparencia, sabe que es capaz de cualquier adversidad, cumplir por si solo dicho altercado gracias a su confianza en sí mismo.

Es una persona que logra sus metas desde principio a fin con la certeza de conseguirlo sin la ayuda alguna de otra persona, se considera capaz de hacerlo por su propia voluntad, un

excelente desenvolvimiento en cualquier área y con un nivel emocional bueno sin sentimientos negativos para el por el entorno. Por lo tanto, es una persona que no llega a afectar nada de lo que suceda a su alrededor, todo tiene controlado o sabe cómo enfrentarlo gracias a su autoconfianza y seguridad, sobresalir ante los demás como un ser autónomo e independiente desde un principio a fin.

1.2. Ansiedad

1.2.1. Definición de ansiedad

La ansiedad hace referencia a nuestro resultado emocional, que se da ante los problemas o circunstancias en las que el sujeto, se encuentra, ya sea por el temor o miedo, es difícil de afrontarlo de manera inmediata. La ansiedad, se da en los sujetos con desestabilización emocional, según Parrado (2008) “es una emoción normal que aparece en el sujeto como signo de alarma para advertir al individuo de algún peligro o adversidad” (p. 2). Evidentemente, la ansiedad consiste en explorar los sucesos que fueran afectar de alguna manera al sujeto de manera emocional, se evidencia en esas personas una desestabilidad fuerte con el fin de alertar a la persona que dicha situación o altercado le afecta de manera física como afectiva. Es así, como Navas (1989) manifiesta “la ansiedades una mezcla de sentimientos, conductas, reacciones o sensaciones fisiológicas” (p.32). Dicho de otro modo, estos sucesos son dados por el sujeto por la aglomeración de un desborde de emociones.

La ansiedad es un desencadenante problemático en las personas. Por ejemplo, según (Sierra, Ortega, y Zubeidat, 2003), afirman que “alude a la combinación de manifestaciones físicas, mentales que son atribuibles a peligros reales o imaginarios manifestados ya sea en forma de crisis o como un estado persistente y difuso” (p.14). De tal manera, la ansiedad es definida por un estado emocional cambiante a nivel psíquico, este suceso, se ve relacionado con la excesiva tensión que atraviesa el sujeto y el no poder contar con una solución rápida o efectiva con el fin de poder salir de la situación amenazante dentro de su espacio de confort habitual de la persona.

También, es importante mencionar a la ansiedad como una parte del sujeto tiene que enfrentar. Asimismo, Conti y Stagnaro (2007), “el término fue inventado en el siglo XVIII para describir a la ansiedad como una aflicción del sistema nervioso que produce nerviosismo, miedo, acompañado de conducta rígida y fracasada” (p.22). Por lo cual, se denomina la ansiedad como una incertidumbre en el que el sujeto pasa por una presión grave sea por algo preocupante o sumamente estresante en su vida diaria y no controla su reacción tan intensa.

Se menciona ansiedad como la encargada de tener un enlace con un suceso, que se va a dar a futuro, que será algo muy malo para la persona que es de mucho temor (Perls y Baungardner, 2006). Es decir, la ansiedad, se da en las personas por una inestabilidad o miedo desarrollado en el sujeto, se evidencia sus miedos más profundos o sucesos que le marcaron y le teme mucho. La ansiedad es considerada como un estado afectivo en lo cual la persona manifiesta una contestación ante un hecho altamente grave para la persona. Dicho de otra manera, la ansiedad es producida en la persona por un suceso desagradable en el cual le cambia su estado emocional normal a uno altamente anormal.

Evidentemente, la ansiedad como un estado emocional de completo temor, se da por situaciones agresivas para la persona, inclusive esto dura hasta después de dicho acontecimiento por un determinado tiempo y como la persona lo afronte, logre tranquilizarse (Pinel, 2007). Sin embargo, en algunas situaciones la persona no siempre logra superar la ansiedad y lo convierte en un trastorno de ansiedad, se logra así una afectación sumamente grave para la persona, inclusive tiene que consumir medicamentos o tratamientos con la ayuda de un especialista.

Es conocida la ansiedad por las personas como un término que altera a la persona, pero no siempre entiende su concepto realmente sino lo toman como algo malo en ese sujeto. (Jarne, Talarn, Armayones, Horta y Requena, 2006). Es decir, la ansiedad es generada en el ser humano por una irritación, desagrado de manera negativa gracias a una situación en el que el sujeto está mal ese momento por cambios de emociones negativas, esta persona se encuentra vulnerable con defensas bajas y solo desea huir de ese lugar para su propia seguridad, bienestar.

Otros autores como Baeza y Balaguer (2008) mencionan que la ansiedad tiene algunos síntomas y son estos distintos debido a su agrupación: física, psicológica, conducta, intelectuales, sociales.

Los síntomas físicos en la persona con ansiedad son: agitaciones, palpitación en el pecho, sudoración excesiva, alta de aire, ganas de vomitar, rigidez en sus extremidades. En situaciones mucho más graves la persona pierde el deseo sexual con su pareja, falta de sueño.

Los síntomas psicológicos en la persona afectada son: temor constante de algo o alguien, se siente amenazada, deseos de salir de ese lugar o querer defenderse a la vez, sosiego, miedo a no controlar la situación, falta de autoridad y seguridad para realizar alguna acción, no se siente bien.

Por otro lado, los síntomas de conducta, se dan en el sujeto con ansiedad, se evidencian mediante estados de shock, bloqueos, problemas al momento de realizar alguna actividad, dificultad a nivel corporal, suelen entumecerse cada parte del cuerpo. Los síntomas intelectuales del sujeto con una ansiedad, se logran ver por su falta de concentración, atención, estas personas suelen estar distraídas fácilmente, su cuerpo esta físicamente en ese lugar, pero su imaginación en otro lugar, inclusive olvida fácilmente ciertas cosas que eran importantes en ese momento.

Síntomas sociales en personas con ansiedad son las siguientes: enojo, fastidio, frustración, problemas para entablar un dialogo, falta de palabra en el momento, que se le pregunta algo, se olvida y se va con su imaginación a otro espacio, miedo de hablar y que las personas le digan que está mal.

1.2.2. Características de la Ansiedad

La ansiedad trata de varias respuestas desarrolladas por el sujeto, creadas a base de reflejos involuntarios, por el Sistema Nervioso por una alteración, se causa así una señal de alerta que algo va a pasar que le hará daño sea tanto verídico como no en su totalidad. Las manifestaciones ansiógenas, se originan por la activación del Sistema Nervioso Autónomo con un énfasis en el Sistema Nervioso Autónomo Simpático, cuya función radica en transmitir impulsos nerviosos con el fin de sobresaltar o alertar a todo el organismo para huir o defenderse en caso de peligro. Por otro lado, una vez concluido o alejado el elemento amenazante activador la tensión disminuye por acción del Sistema Nervioso Autónomo Parasimpático, se lleva al organismo a su estado natural de equilibrio.

De tal manera que, el temor, el miedo y la preocupación son características esenciales de la ansiedad debido a su valor adaptativo para la supervivencia de la especie. Consecuentemente, el miedo conjuntamente con otras emociones indispensables para el sujeto, como la ira representan el valor preventivo ante el daño que sufre el sujeto ante diferentes acontecimientos (García Morilla, 2015). Evidentemente, la ansiedad está compuesta por una serie de características ya sean por momentos estresantes, hechos sumamente peligrosos que el sujeto lo considere como amenaza para su bienestar tanto físico como psicológico.

La ansiedad tiende a presentar diversas manifestaciones que causan incomodidad en el sujeto debido a la alteración de la estabilidad afectiva, y fisiológica, que depende del contexto, que se encuentre el individuo. Por ejemplo, según Reyes Tejada (2003) “la respuesta ansiosa, se caracteriza por ser una reacción excesiva o desproporcionada, involuntaria, irracional,

persistente, no adaptativa y dependiente del entorno” (p. 51). Por lo cual, la ansiedad, se muestra en el ser humano bajo criterios fuertes o amenazantes que el sujeto le cause demasiada inseguridad, se llega a causar un desajuste en las emociones en el momento, que se presenta dicha situación traumática. La ansiedad en la persona, se da por temor constante ya sea una incomodidad en el lugar, que se encuentra ese rato o a su vez en alguna crisis sumamente fuerte, se logra en él un desequilibrio parcial e inclusive contagia de su malestar a la otra persona.

1.2.3. Ansiedad en la Adolescencia

Se determina la ansiedad en la adolescencia como predominante, los mismos cambios psicológicos, físicos, entre otros, con un desequilibrio en cuanto a sus emociones es un blanco fácil para adquirir ansiedad. Por ejemplo, según Polanczyk, Salum, Sugaya, Caye y Rohde (2015) se menciona en estudios realizados sobre los trastornos emocionales con un porcentaje de 6,5% los de ansiedad, los de depresión arrojaron un 2,6% en la población adolescente. Es decir, la mayoría de los adolescentes presentan trastornos emocionales en su vida diaria muchas de las veces desconociéndolo como personas que lo padecen o simplemente, se hacen a la idea y lo sobrellevan como algo normal en ellos.

1.2.4. Factores que lo determinan

Los factores que determinan la ansiedad en los sujetos son 3. Por ejemplo, según Díaz, Santos (2018), Los factores en los adolescentes con ansiedad son los síntomas físicos, psicológicos y conductuales. **Síntomas Físicos:** sudoración, náuseas, mareos, palpitaciones, disnea, dolor de cabeza, tensión muscular, diarrea entre otros. **Síntomas Psicológicos:** preocupación, miedo, sensación de muerte, poca concentración, pérdida de memoria entre otros. **Síntomas Conductuales:** fuerte tensión en los músculos, bloqueos, respuestas desproporcionadas ante lo exterior. Evidentemente estos factores son esenciales en los adolescentes para determinar si existe o no ansiedad.

1.2.5. Factores predisponentes en la ansiedad como trastorno

La ansiedad para ser considerada como trastorno tiene 3 componentes: predisponentes, activadores y de mantenimiento. Por ejemplo, según Muñoz (2013) se considera, en primer lugar, a los factores predisponentes a las situaciones biológicas, hereditarias y genéticas, las cuales generan en el sujeto ciertos cambios con su ansiedad como foco activador. Es decir, dichos sucesos podrían verse relacionados con la personalidad de cada persona y como él se relaciona con su entorno. Por lo cual, algunas personas tienen un mejor sistema de alarma y

ayuda rápida que otros sujetos con el fin de ayudarlo a salir de dicho altercado, que sea riesgoso para su seguridad.

Los factores activadores en los adolescentes van, en segundo lugar. Por ejemplo, según Muñoz (2013) los factores activadores en las personas, se producen durante los sucesos altamente fuertes y así prender el sistema de la persona como alarma ante dicha situación y solución a la misma. Es así, la ansiedad, se ve relacionada con el riesgo que la persona va a padecer en ese momento y como el sujeto logra afrontarlo. Como último grupo son los factores mantenedores, estos son los encargados de las situaciones iniciales de donde parte la ansiedad, pero no fue solucionada desde un inicio, es así una ansiedad maligna para la persona con su salud.

1.2.6. Criterios de ansiedad (DSM- V)

Trastornos:

El T.A. por separación, se caracteriza por frecuentes sensaciones de miedo, presencia de ansiedad ya sea al generar un temor demasiado fuerte al tener que alejarse por completo de una persona muy cercana a ella, esto, se observa por medio de factores evidentes en el sujeto como son cambios físicos como náuseas, jaquecas entre otros, al momento de salir a otro lugar sin ayuda de nadie, temor excesivo al pensar que le sucede algo o morir en casos extremos, esa persona no está más para él, problemas mentales, dificultad al dormir, pesadillas, falta de concentración en el trabajo o en el lugar que tenga que ir sin la ayuda de su persona vinculada siente que es inútil sin su persona, se genera así un aislamiento con su círculo social estos síntomas, se manifiestan en los adultos en seis meses por lo bajo y en niños como adolescentes un mes (Tortella, 2014). Evidentemente el trastorno de ansiedad por separación en la persona, se evidencia claramente, el sujeto los presenta en sus acciones.

Mutismo selectivo, se define en la persona por no poder expresarse mediante el lenguaje, existen causas externas del mismo, los cuales ocasionaron los daños en sí, a nivel social, o laboral, se entumece la persona, se queda sin habla durante ese lapso de tiempo de mucha presión para él, se menosprecia al pensar que no va lograr decir las cosas con exactitud y autoridad como lo requiera, el tiempo para lograr saber que tiene cierto trastorno es de un mes, sin embargo, se trata de niños en clases, se contaría desde el segundo mes por lo que el primer mes sería de adaptación al entorno nuevo (Tortella, 2014). Dicho de otra manera, el mutismo selectivo, se refleja en los adolescentes en ciertas situaciones específicas que le aturden y se bloquea.

Fobia específica, se caracteriza en el sujeto al momento de presentar un miedo fuertísimo acompañado de ansiedad, sea por el lugar en donde, se encuentre o la situación alarmante para el sujeto, para él está su vida en riesgo, de acuerdo a la persona como la fobia a los animales caracterizado uno en especial que la persona teme mucho, fobia a las inyecciones, heridas, se logra así en el sujeto un pavor demasiado fuerte, se niega rotundamente o a situaciones que la persona no tolera en si como otros tipos de fobias alarmantes para el sujeto, tendrían que estar seis meses por lo bajo en la persona como síntomas (Tortella, 2014). Evidentemente, la fobia específica, se ve en el sujeto al momento de estar en cierto lado y para el significa peligro y necesita irse inmediatamente.

T.A. Social, este trastorno ocurre al estar involucrado en el ámbito social o cultural, en el cual el sujeto tenga que expresarse de manera verbal y que tenga que la persona ser valorada por el oyente, tiene miedo de no ser aceptado o decir las cosas sumamente bien, así sea el hecho de alimentarse o realizar alguna acción, esto, se evidencia si existe la presencia durante seis meses por lo mínimo, no obstante, en lo niños es normal, que se dé el temor al estar en contacto con niños o adultos, sienten el miedo a lo nuevo (Tortella, 2014). Es decir, el trastorno de ansiedad social, se da en los sujetos al momento de tener que dialogar o dar un discurso ante otras personas y el inmediatamente siente un fracaso.

Trastorno de Angustia, se manifiesta en las personas que padecen crisis sea por alguna situación detonante o alarmante y esta persistente por lo bajo un mes en la persona, sintiéndose alterada o inquieta por cierta situación que lo tenga pensativo (Tortella, 2014). Dicho de otro modo, el trastorno de angustia, se logra visualizar en los sujetos en momentos de crisis fuerte y detonante para su vida.

Agorafobia, se da en la persona que presenta dos tipos de temores detonantes o más en el sujeto mediante una situación estresante para el sujeto son espacios tantos abiertos como cerrados, la persona ya genera un miedo al ir a ciertos lugares específicos como una parada de bus o un bus en sí o subirse a un tren con muchas personas entre otros factores que el sujeto ha desarrollado cierto temor total, además, no acepta que le da un miedo cierta situación y se queda consigo mismo dicha crisis, tiene pavor, que sepan lo que le ocurre, ser burlado por el resto, sumergiéndose en su burbuja, se cuida el mismo ,su tiempo de temor va de seis meses o mucho más e inclusive acarrea consecuencias con su cuerpo físicamente (Tortella, 2014). En otras palabras, la agorafobia, se muestra en las personas que tienen uno o varios miedos presenciados al mismo tiempo.

Trastorno de ansiedad generalizada, este tipo de trastorno conlleva ansiedad, temor fuerte, el sujeto no logra calmarse por sí mismo y constantemente tiene preocupaciones, le afecta más a esa persona dichos sucesos, catástrofes, en el cual piensa que todo le va a causar una amenaza para el sujeto y daño total sumergiéndose en temor constante, por lo bajo seis meses casi todos los días, además, le afecta tanto físicamente como detonante (Tortella, 2014). Es decir, el trastorno de ansiedad generalizada, se produce en el sujeto al sentirse constantemente amenazado y todo o todos lo van a atacar.

Trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos, la persona, se caracteriza por tener crisis de ansiedad constantemente ya sea por una afectación que le ocurrió en un determinado momento o circunstancia en la que el individuo está expuesto, sumergiéndose en un cuadro de intoxicación por consumir cierto medicamento ya sea por calmarlo de la crisis presente o por la falta de dicho medicamento en sí, cabe recalcar, no ocurre en la persona que tiene delirios (Tortella, 2014). No obstante, el trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos, el sujeto empieza a consumir más de lo recomendado y llega a sufrir sobredosis.

Trastorno de ansiedad debido a otra afección médica, esto ocurre en la persona que tiene ansiedad, temor, angustia, crisis recurrentes, a pesar de que la persona ya tenga una medicación establecida por su médico de cabecera, problemas mentales, pánico, malestar al momento de trabajar la persona, o si es estudiante, ciertas áreas no tienen su correcto funcionamiento, esto no ocurre si el sujeto tiene delirium y el encargado ve su cuadro clínico en ese momento delirios.

Otro trastorno de ansiedad especificado, se da al no cumplir ciertos parámetros requeridos para ser considerado ese trastorno y se ve o diferencia por el doctor al ver su caso, se da cuenta que no tiene todos los ítems requeridos, o se dé por más días de lo habitual de dicho trastorno, mencionar que no corresponde a ese trastorno por tales motivos como una crisis de angustia en el sujeto, el individuo presenta además, fallos a nivel laboral como social, se ve afectado poco a poco sus funciones.

Trastorno de ansiedad no especificado, esto, se da en los sujetos de igual manera sin cumplir los criterios asignados para ser parte de un trastorno de ansiedad, en lo cual, se evidencia mediante ciertos parámetros, sin cumplir inclusivamente nada de ansiedad, temor o crisis alguna, sin presentar un sustento que avale el trastorno.

1.2.7. Ansiedad estado y ansiedad rasgo

La ansiedad tanto estado y rasgo son condiciones permanentes o superficiales que caracterizan al sujeto mediante una serie de síntomas que lo acompañan. De acuerdo a lo mencionado por Spielberger, Gorsuch y Lushene (1997) “se habla de una personalidad ansiosa (AR) y en el segundo de una afectación ansiosa (AE)” (p.74). Por lo cual, ansiedad estado y ansiedad rasgo tienen una función muy esencial, los dos dan respuestas de las circunstancias que ameriten más exigencia por su condición tanto mental que atraviesa el sujeto y como el mismo logra afrontarlos con una respuesta inmediata. Es así como en los académico, se ven muchos más casos que presentan ansiedad sea por las calificaciones, por ser uno mejor que otro, por ser de diferentes clases sociales entre otros.

Ansiedad estado

Es por ello, que la Ansiedad Estado, se denomina como una alteración sensitiva, que tiende a fluctuar en temporalidad e intensidad caracterizado por los factores intrínsecos o conocidos como sentimientos subjetivos, que por lo general suele manifestarse en todas las actividades que realiza el individuo y se encuentra relacionado con sus rasgos de personalidad, esta variación es captada por medio de los órganos de los sentidos, los cuales a su vez sobreexcitan el SNA, se evidencia angustia, rigidez, desconfianza, temor e hiperactividad. Por ejemplo, según Rojas, Karmina (2010) la ansiedad estado, se produce en las personas en como hablan en un tiempo establecido. Se considera ansiedad estado en el que en algún momento la persona tiene una ansiedad episódica y el sujeto tuvo este tipo de ansiedad, es pasajero de tipo transversal.

La persona con ansiedad estado, se conoce por tener un estado emocional pasajero, acompañado de hiperactividad en el sujeto, lo que le moleste en esa situación lo desestabiliza.

Ansiedad rasgo

Por su parte la Ansiedad Rasgo es el hecho en el cual, se manifiesta la persona de manera incompleta ya sea por un impulso o suceso que hace que el sujeto sienta como peligrosa para él, con una alta ansiedad en su estado. El término de rasgo da a conocer la parte en como la persona afronta dicha situación. Según Martínez, Otero (2014) la ansiedad rasgo es producida ya sea por sucesos sumamente estresantes, el hecho de dar un examen, exposición, entrevista de trabajo entre otros. Por otro lado, Rojas, Karmina (2010) la ansiedad rasgo, se da en los sujetos en el momento exacto, que se encuentra su situación actual ya sea cómodo o incomodo por tal suceso. Sin embargo, la ansiedad rasgo, se da donde el sujeto ha incorporado en su vida,

el sujeto no está ansioso, sino que ya es ansioso y siempre va a tener esa persona como un factor que le acompañe en la personalidad.

Las personas que siempre tienen ansiedad son los imperativos, pero muchas de las veces, se diagnostican mal, se confunde con una persona ansiosa con imperativo en todas las personas de etapa evolutiva. La persona que padezca de ansiedad rasgo todo el tiempo está ansioso y cada cosa lo desequilibra o tiene miedo a que lo afecte fuertemente en su vida.

Etapas de la adolescencia

Los distintos cambios que atraviesan durante la adolescencia por medio de 3 fases según algunos autores: adolescencia inicial que empieza a los 10 años hasta los 14, la segunda es la adolescencia media que inicia a los 15 años hasta los 17 y la adolescencia tardía con un inicio de 18 años a 21 (Güemes et al., 2017). Dichas fases son del adolescente durante sus cambios físicos, psicológicos y sociales.

Adolescencia inicial

Se denomina como pubertad la primera fase de la adolescencia o pre-adolescencia y tiene sus inicios físicos como sexuales a los 8 años en niñas y los niños a los 9 años, se prolonga hasta los 13 y 14 años de edad (Güemes et al, 2017). El adolescente en esta fase atraviesa los cambios físicos, que se ven sumamente alterados durante el transcurso de su edad. Es ahí la procedencia del aviso que la pubertad tiene su inicio. Es por ello, que la adolescencia inicial, se da a partir de una temprana luego de la pubertad, sus primeros cambios físicos del hombre como de la mujer y una nueva apariencia física ante la sociedad como ellos mismo.

Los dos fenómenos durante la pubertad van juntos, desde las hormonas femeninas que manifiestan sus cambios desde los pezones, toda la parte genital, su ovulación, sus cambios dentro de ella acorde a su desarrollo y maduración (Bowen, 2017). Se evidencia la primera menarquia de la mujer, sus caderas empiezan a ensancharse más, toda la parte genital empiezan agrandarse, así como todo el órgano reproductor femenino (Papalia, 2010). Por otro lado, en los hombre las hormonas masculinas atraviesan sus cambios en volumen de sus testículos, y todo su aparato reproductor masculino (Craig y Baucum, 2009). De tal manera, se observa que tanto los hombres como las mujeres sufren cambios físicos, crecimiento del vello púbico, facial, axilar, el tono de voz, se torna grueso o fino varia del engrosamiento de las paredes de la laringe.

Los adolescentes en esta fase aprenden aceptarse con sus cambios producidos entre cada uno de ellos, descubrirse mutuamente con una atracción por el sexo opuesto y un deseo de

exploración. Es decir, en esta etapa la relación con sus padres, se ve afectada, empieza a cuestionarlos por las reglas y normas que antes solía acatarlas al no tener la aprobación de sus padres en actividades que él solicita, con una actitud desafiante y rebelde ante sus progenitores, se aleja de ellos al no estar en su mismo entorno, gustos. Los pares de su entorno social, se vuelven más cercanos al poder compaginar en los intereses y deseos planteados.

Adolescencia media

Tiene sus inicios la adolescencia media a los 14 años hasta los 17 años en el cual sufre de cambios biológicos, psicológicos y sociales. Durante esta etapa el cuerpo padece de cambios, peso, estatura, fuerza, dimensión del corazón y todo su desarrollo del sistema respiratorio (Papalia, 2010). De tal manera, la adolescencia media, se produce al pasar por sucesos ya no solo físicos sino biológicos, su manera de pensar, se cambia su círculo social y como el, se desenvuelve. Una de las etapas en la que la maduración sexual termina, tiene más cuidado por su aspecto físico, a sentirse más bella, con cuidados faciales, gimnasio, cuidados en la comida, con un peso ideal para ser atractivo al sexo opuesto con sus atributos más destacables (Weissmann, 2007). Evidentemente, se presentan mucho más desobedientes, indisciplinados, reacios tienen una conciencia más racional.

La adolescencia media, se caracteriza por generar cierto desorden o malestar al momento de decir o estar en contra de un criterio no parecido al del adolescente desde el hecho de la implementación de normas, de religión, etnia, discusión social o cosas que involucren un criterio persona en el cual a esa edad todo quiere cambiar a su manera (Restrepo, 2016). Dicho de otra manera, los adolescentes empiezan a analizar, juzgar cada cosa que la figura autoritaria les manifiesta si está bien o no un acto.

En esta etapa ellos tienen sus inicios de no obedecer a la autoridad al desear ser ya autónomos, pero les detiene el hecho de que los padres les dan dinero y son dependientes del mismo para sus necesidades (Papalia, 2010). Es decir, los adolescentes tienden a tener comportamientos sumamente rebeldes, a pensar que son independientes y que tienen ellos la razón tanto como un adulto o más, pero en hechos como de dinero ahí vuelven a ser frágiles y necesitan de un adulto, no tienen aún trabajo para pagar desde sus cosas personales como gustos que deseen, su ropa o pagar alguna salida planeada.

Los pares en los cuales, se rodea el adolescente es su mejor arma, convive con ellos mayor parte del tiempo, es parte de grupos de distintas culturas de su edad de su afinidad más allegada.

(Restrepo, 2016). Por lo tanto, los adolescentes dejan a un lado su vínculo con sus padres y se muestran más afectivos o cercanos con sus pares, piensan que los comprenden, se sienten más a gusto en compartir sus actividades, música o pasatiempos.

Sus grupos que elija van a determinar un poco con la forma de vestir, actuar, la música que escuchan, cultura entre otros factores. Es así como el adolescente promueve su identidad en la sociedad y su desenvolvimiento. Es por ello, que los adolescentes en esta etapa van suceden cambios con sus grupos de amigos o con los que verdaderamente, se sientan cómodos, sea por la cultura, genero, sintiéndose así parte de ellos, se ve como parte de un grupo en el cual la sociedad lo acepta. La propia identidad de los adolescentes, se da al cumplir una lista de metas propuestas, su aceptación personal y como los demás lo aceptan (Almonte y Montt, 2012). En esta fase son vitales las decisiones, trata de que sus pares le acepten, mediante una buena autoestima y seguridad firme en el mismo.

Adolescencia tardía

La adolescencia tardía tiene sus inicios a los 17 años hasta los 21 años. Al terminar esta fase ya el adolescente paso por todos los cambios físicos, biológicos, psicológicos y sociales. Durante esta fase aprende a vivir con los conflictos sean pequeños o grandes, el sujeto tiene una autosuficiencia y seguridad lo cual le permiten desarrollarse con normalidad en su entorno (Gómez, 2008). Por lo cual, la fase anterior nos hacía hincapié a las normas y reglas por la autoridad, en esta fase, el adolescente es el que respeta y acta las normas, reglas establecidas por la autoridad y se ve aceptado a cabalidad por la sociedad. Mientras tanto, en el aspecto sexual el adolescente, se relaciona de mejor manera hacia su pareja, cuidados y protección mutuamente, sin importar que no compartan lo mismos gustos sino como son cada uno. (Restrepo, 2016). En esta fase, se ve enmarcada la identidad sexual, su forma de relacionarse con sus amigos, pareja, conocidos, parientes entre otros.

El aspecto cognitivo, se caracteriza por tener una experiencia a nivel cognitivo, por tener mayor habilidad en su círculo social, la primera tiene una relación con desarrollo pre frontal y la segunda por el número de oportunidades y aprendizaje que tenga el mismo. Es así, como el adolescente capta la información posible y pueda el plantearse otras opciones y no solo una. Dichos adolescentes son cada vez más reflexivos, metódicos y tiene su propio criterio, sus cualidades para tener una aceptación en la sociedad, que se rodea como en su familia.

La autoridad o ley que existe para el adolescente, se ve convertida mediante el rol que abarca en el mismo, tanto su nivel de veracidad como la aceptación a su ley planteada o si en algún caso, se da al escuchar y ser escuchado por el adolescente con la autoridad (Restrepo, 2016). Es decir, los adolescentes ven a sus padres como una ley suprema, sin embargo, quieren tener su propia independencia ya sea al momento de tomar las decisiones, o manifestar cualquier cosa que le parezca o no buena, con el fin de ser tomado en cuenta.

Por lo cual, las disputas que atravesaba y le molestaba lo alejaban de sus progenitores, esto finaliza y volvían a llevarse nuevamente, se dan cuenta que son personas racionales y tiene que asumirlos como adultos, tienen su criterio propio y autonomía es así el capaz de aportar a los demás con sus cualidades para un bien común, criterios adecuados y metas a futuro como ir a la universidad y planes a largo plazo como un adulto responsable.

Contexto educativo

Los adolescentes atraviesan diversos cambios, atraviesan etapas, según su edad, estos son desde cambios físicos, conductuales, emocionales, psicológicos, es el adolescente capaz de tener ya su identidad, su propia autoconfianza y su toma de decisiones y que a la vez esta sea aceptada por el entorno que le rodea.

Es por ello, en el área educativa es sumamente primordial en el adolescente tener ya forjado su personalidad y como él logra acoplarse en nuevas instancias como escolares, tiene que socializar con sus compañeros, maestros, el hecho de acatar las reglas y disposiciones por parte de la institución educativa como hacer caso a la autoridad en este caso los docentes, se comporta a la altura con mucho respeto. Esto le forma al adolescente a ser un sujeto capaz de comportarse en la institución educativa como fuera de ella, en la calle, en su casa o con amigos en otros lugares.

En el área educativa desde pre-kínder, escuela, colegio existen tanto públicos como privados, los papás son los encargados de sus hijos y velar por ellos, su condición económica, nivel de enseñanza o que institución es reconocida como la mejor. Los padres en algunas circunstancias optan por cambiar de institución privada a pública por falta de dinero en su hogar sin darse cuenta que no todos los adolescentes, no se acoplan ya sea por el cambio de amigos y extrañan a los anteriores, por los maestros o como ellos, se desenvolvían a nivel social, o por el contrario, los cambian de instituciones públicas a privadas al tener mejores recursos económicos, los adolescentes no se logran acoplar, se encontraban bien en su anterior institución pero por la

presión de sus padres y por la mejor opción tomada por su autoridad tienen que tratar de acoplarse con el tiempo de ciertos beneficios, clubes, gimnasios, entre otros.

Es decir, los padres en ciertos casos piensan que los adolescentes al estar sean en una institución pública o privada ellos van a rendir totalmente y no necesitan apoyo de sus tutores, bajos rendimientos entre otros. Por ejemplo, según González (2017) el nivel de rendimiento del adolescente va de acuerdo a como él, se ve involucrado ya sea al 100% conjuntamente con el apoyo de su tutor, maestro si fuera necesario con tutorías externas o si su rendimiento académico decayera por falta de desinterés tanto del alumno, tutor a cargo o si es una persona conflictiva, rebelde, mala imagen propia hacia los demás. Por ejemplo, según Orjuela (2015) se dice que los hombres, no se enfocan tanto en el área académica sino más bien por otras áreas como deportivas, concursos en los cuales pueda sobresalir, las mujeres son más concentradas al área académica prestan mayor atención y dedicación, esperan una meta a futuro luego de su culminación paso a paso.

En conclusión, las mujeres son más enfocadas desde sus inicios escolares para lograr un prestigio académico mismo como personal al ser reconocida como alguien mejor en comparación a los hombres, no son tan concentrados sino buscan otras áreas a desarrollar con amigos.

Institución pública y privada

Es importante y vital la educación en los adolescentes, con ello aprenden no solo conocimientos educativos, sino información cultural, en el cual ellos abordan temas diversos para así tener temas de discusión como temas de enriquecimiento a nivel personal y social. Es decir, se toma en cuenta la diversidad cultural, no se hace ninguna discriminación o distinción alguna todos los adolescentes tienen derecho a la educación y va variar por su nivel económico si está en una institución pública o privada.

Pública

La institución educativa es la encargada de impartir conocimientos teóricos como prácticos hacia los estudiantes. Por ejemplo, según Unesco (2012) los colegios públicos son los encargados de brindar el servicio académico a todos los que necesiten sin distinción alguna, etnia, cultura, situación económica o nivel social, sin importar si sea cerca o lejos de donde viva la persona que desea estudiar. Los adolescentes, que se encuentran en clases no todos saben desenvolverse con un rendimiento bueno, por su situación sea económica o problemas

familiares tienen dificultades, pero no se rinden, ni se dan por vencidos y siguen sus estudios. En el área pública con respecto a la educación tienen como base el no haber distinción alguna por alguna razón, sino más bien una igualdad o equidad como uno de los derechos establecidos por el gobierno, educación gratuita, estas, se basan al gobierno nacional ecuatoriano.

Privado

Se manifiesta que la institución educativa privada tienen leyes sumamente estrictas ya sea al recibir a los estudiantes con distintos promedios, estudiantes que no tengan problemas de conducta, tengan las condiciones económicas sustentables para el pago de las mismas. Por ejemplo, según Unesco (2012) se dice que estas instituciones cuentan con mejores instalaciones, los docentes son más preparados para brindar una mejor enseñanza educativa, los docentes están con una mejor predisposición hacia cada estudiante con el fin de garantizar un excelente conocimiento, una educación personalizada. Sin embargo, se manifiesta que los adolescentes que están en clases tienen mayor concentración, captación con respecto a los contenidos, estudian a su ritmo, tienen exigencias, el docente está listo para responder cualquier inquietud, la institución educativa privada ve como lo mejor para su futuro o metas del estudiante, están a predisposición del adolescente para su desenvolvimiento académico.

1.3. Intervención psicológica

Conceptualización de un programa de intervención en psicología

Un programa de intervención psicológica es una aplicación que realiza el profesional certificado por medio de herramientas, técnicas con el fin de ayudar a otras personas a resolver sus dificultades para minimizar o extinguir el problema y mejorar su salud emocional.

Los programas de intervención en psicología son herramientas eficaces para contrarrestar el problema del sujeto. El programa, se realiza después de una investigación y un estudio para generar un resultado positivo luego mediante el material pertinente (Pérez, Llaves y Gutiérrez, 2009). Se podría realizar en una población que presenta algún tipo de problema que tiene solución. Por otro lado, el programa de intervención en psicología, se refiere a una efectividad que causa al sujeto o a los sujetos, que se van a tratar. Sin embargo, la persona que realiza la intervención por medio del programa, se basa en técnicas, estrategias a desarrollarse con un material que sustente su validez y eficacia al final del proceso.

Características de los programas

Los programas, se caracterizan por prestar un servicio óptimo al paciente que está sometido a una mejora de su problema mediante un tratamiento con herramientas de calidad.

Además, tanto el paciente como el que invierte en la realización del programa quiere seguir paga los gastos de la inversión y sobre todo si ve resultados desde el inicio del programa.

Se realizan algunos cambios en el programa para la meta con el paciente requerido de ser necesario para el correcto proceso.

El programa aplicarse es producido en varios sujetos, niños, adolescentes, adultos y en el ámbito del problema.

En este estudio la población arrojó resultados positivos respecto a la variable autoestima en el cual, se aplica el criterio de asesoramiento con el fin de potencializar la autoestima.

1.3.1. Tipos de intervención psicológica

Intervención a nivel de salud

La intervención a nivel de salud tiene relación con la psicología clínica, trata de la psicología en el área médica, tiene antecedentes sumamente antiguos con relación al psicoanálisis por los trastornos de sus conflictos psicológicos. El objetivo de la psicología de la salud es trabajar la correlación entre el área fisiológica y corporal del sujeto con anomalías o no anomalías e implementar la terapia somática y psicoterapia.

Intervención a nivel clínico

La intervención a nivel clínico, se basa en la utilización de los test, técnicas, pruebas, que se van a utilizar. Es decir, se trabaja en base a sus dificultades y fortalezas a emplearse durante la intervención es la identificación precoz en los estudiantes con alto riesgo o con inclinación a una patología, en la cual detecta los problemas.

Intervención a nivel educativo

Consiste en trabajar con el estudiante por medio de aprendizajes, se encarga de analizar y profundizar con el objetivo de diseñar y establecer métodos idóneos para que los estudiantes puedan desarrollar sus habilidades cognitivas (Mondragón y Trigueros, 2016).

La intervención educativa, se basa por medio de fases de planificación:

Fase preactiva, de actualización en clase fase interactiva y de evaluación de la actualización, fase postactiva. Ella es praxis que integra acción, práctica y reflexión crítica; es relación entre dimensiones didácticas (relación con saberes/saber), dimensiones psicopedagógicas (relación con los alumnos/alumno) y dimensiones organizacionales (la gestión de la clase en tanto que relación con el espacio clase, en tiempos y medios organizacionales puestos en marcha), todo esto anclado en una relación. (Spallanzani, y otros, 2002, p.30)

Intervención a nivel infantil

Trata de potenciar el bienestar en el área emocional, social del infante mediante el proceso terapéutico. Es un conjunto de herramientas en la cual el terapeuta trabaja mediante técnicas con el objetivo de ayudar al infante con las dificultades y conductas durante la intervención a desarrollarse.

Existen tres niveles de intervención a nivel infantil:

Se inicia con el nivel primario que realiza actuaciones de prevención y sensibilización dirigidas a la población en general, con el objetivo de evitar las condiciones que puedan llevar a la aparición de deficiencias o trastornos en el desarrollo infantil; el nivel secundario cuyas actuaciones están dirigidas a la población de riesgo, con el objetivo de realizar precozmente una detección y diagnóstico; el nivel terciario con actuaciones encaminadas a eliminar o reducir las consecuencias negativas de los trastornos o disfunciones, que se han detectado en la población infantil. (Martínez Moreno, Amparo y Calet, Nuria, 2015, p. 34)

1.3.2. Asesoramiento y psicoterapia

El asesoramiento enfatiza la potencialización de áreas que son positivas y están adecuadas por un bienestar y la salud mental de las personas que no tienen alguna patología. Por ende, el asesoramiento se da a las personas, que se sienten perdidos o no saben cómo afrontar o salir adelante por los problemas que atraviesan en ese momento y requieren la ayuda del profesional de la salud, no saben cómo afrontarlo o sienten que no hay escapatoria siente que el solo no podrá, pasa una parte del tiempo distraído con una falta de concentración en sus actividades diarias para que le brinde un programa mediante herramientas o estrategias con el fin de solucionarlo, con una estabilidad emocional adecuada con el paciente y por ende, se siente bien a nivel personal, se evidencia así ante la como una persona con una salud mental positiva.

Uno de los beneficios al trabajar asesoramiento en intervención es desarrollar por parte del profesional a la persona quien requiere un ayuda y apoyo en ciertas áreas que no sabe cómo mejorarlas para su beneficio personal. El psicólogo es un especialista capacitado, con bases teóricas, practicas, el cual presta sus servicios a las personas para poder sobreponerse de su situación basados en distintas técnicas, talleres, material necesario que el psicólogo aplica mediante las sesiones con el paciente.

Además, el profesional es capacitado en generar estrategias para el paciente, solucionar el problema que tenga, principalmente proponer objetivos claros de que quiere cambiar luego del proceso de ayuda que brinda en cada asesoría. Es esencial con los familiares, educadores realizar una correcta intervención a fin de suplir sus necesidades (Martín, 2013). Es decir, el asesoramiento en intervención es una herramienta fundamental, para el desarrollo personal del adolescente en su conformación de personalidad funcional, adaptable, flexible, y esta es una decisión propia para él y para su salud.

El asesoramiento en intervención propuesto, consiste en potencializar el autoestima en los adolescentes por medio de talleres o sesiones a impartirse con el fin de lograr un incremento en su autoestima para así para así generar en ellos una reducción respecto a su ansiedad moderada que afecte sus emociones, su ámbito personal, familiar, o en áreas, que se desenvuelvan. No obstante, el asesoramiento en intervención será de mucha ayuda para los adolescentes, se verán reflejados en los resultados de una salud emocional positiva gracias a las herramientas de apoyo durante el proceso a realizarse en el asesoramiento.

Como se hace la intervención psicológica en adolescentes

La intervención psicológica en adolescentes es distinta a la de niños y adultos, abarca un tratamiento diferente, tienen una inclinación a la adultez y la edad, que se acerca. La edad que atraviesan los adolescentes involucra cambiar técnicas a tratarse con el fin de proporcionar un tratamiento óptimo para su salud mental. Sin embargo, la problemática más común por los adolescentes es el cambio hacia la edad adulta, sus emociones y estado de ánimo cambian, padecen un desequilibrio, sienten que no encajan en algún lado o que van a hacer juzgados, aparecen los problemas de conducta como repercusión a nivel familiar.

Cabe recalcar que durante la intervención con los adolescentes es importante hacerlo sentir en un ambiente cómodo libre de juzgamientos.

Características de la intervención psicológica en adolescentes

- Hacerle sentir al adolescente que su problema, se ha resuelto
- Lograr un resultado favorable para él y la familia
- Realizar un encuadre físico y ético
- Proponer la duración y frecuencias de las sesiones.
- Encuadre

Lograr un rapport para que hable con seguridad y espontaneidad según Nahoul (2014).

Definición de psicoterapia

Psicoterapia, se enfoca en tratar a las personas con problemas mentales, desbalances emocionales que necesita ser tratado por el psicoterapeuta hacia su paciente mediante tratamientos psicológicos. Otro criterio respecto a la psicoterapia, se basa en el proceso donde el terapeuta da su tratamiento al paciente que tiene trastornos mentales graves que desestabilizan a nivel emocional, físico e inclusive a nivel laboral, es decir; la psicoterapia, se realiza en la persona con percances difíciles de sobrellevar por sí mismo para seguir con su vida. Otro aporte refiere, que se basa en la reducción del malestar emocional del paciente, que se presenta con fuerza y con una conducta mediante la terapia. Dicho de otro modo, la psicoterapia es el medio por el cual el terapeuta logra ayudar al paciente que padece trastornos mentales y un desequilibrio en sus emociones.

Por otro lado, la psicoterapia conlleva responsabilidad, ética, profesionalismo, experiencia profunda y conocimientos amplios en el tema para poder ayudar al paciente a solventar su situación nefasta por un largo periodo de sesiones y en ciertos casos con la ayuda de un psiquiatra.

Definición de asesoramiento psicológico

El asesoramiento tiene como objetivo apoyar a que la otra persona pueda entender y solucionar sus dificultades que padece en dicha situación.

El terapeuta interactúa con el paciente con la ayuda de métodos psicológicos sustentados para poder tratar al paciente y lograr una mejoría en su salud mental.

Es decir, el paciente no soluciona sus dificultades por si solo y necesita la ayuda de un profesional para solventar sus problemas mediante un correcto asesoramiento en un determinado tiempo.

Además, el asesoramiento, se trabaja de manera grupal

Es considerado el asesoramiento como sinónimo de consejería.

Es el proceso mediante el cual la estructura del yo, se relaja en el medio seguro de la relación con el terapeuta y se perciben experiencias previamente negadas, que se integran entonces en un yo modificado (Rogers, 1969).

Otro criterio respecto al asesoramiento, trata de brindar ayuda y resolver sus problemas por medio de métodos psicológicos. Por lo cual, el asesor da una facilidad de comprensión hacia el paciente sobre su dificultad que atraviesa.

Proceso que tiene lugar en una relación de persona a persona entre un individuo perturbado por problemas que no maneja solo y un profesional cuya formación y experiencia lo califican para ayudar a otros a alcanzar soluciones para diversos tipos de dificultades personales (Hahn & Meclean, 1995)

Es una relación en la que una persona, se esfuerza por ayudar a otra a comprender y resolver sus problemas de adaptación (English & English, 1958).

Proceso que implica relaciones interpersonales entre un terapeuta y uno o más clientes; el primero emplea métodos psicológicos basados en el conocimiento sistemático de la personalidad humana para tratar de mejorar la salud mental de los segundos (Patterson, 1967).

Semejanzas entre psicoterapia y asesoramiento

La psicoterapia como el asesoramiento tiene en común el dar una ayuda a las personas con dificultades que requieren del profesional calificado. Balarezo (2018) afirma:

1. Se refieren en términos generales, a la relación de ayuda, que se brinda a una persona o personas con problemas.
2. Se encuentran dentro del contexto de la conducta o comportamiento humano.
3. Manifiestan criterios sobre salud mental en mayor o menor medida en las fases respectivas.

4. Persiguen como meta influir en sentido positivo sobre la personalidad.
5. En todas, se privilegia la acción interpersonal sobre todo tipo verbal, como recurso a través del cual se brinda la ayuda (p.19).

Tanto en la psicoterapia como en el asesoramiento, se trabaja con niños, adolescentes, adultos. Los dos ámbitos trabajan con el paciente con el objetivo de cambiarle para bien su estilo de vida a nivel emocional.

Diferencias entre psicoterapia y asesoramiento

La psicoterapia, se enfoca más en los problemas con trastornos mentales, el asesoramiento y consejería, se da en las personas sin trastornos que tienen dificultades o conflictos intrapersonales e interpersonales, Balarezo (2018) concluye:

1. Psicoterapia supone el tratamiento de enfermedades psíquicas, hecho que conlleva implícitamente la noción de enfermedad por su propio concepto, el asesoramiento es aplicable a personas sin trastornos con problemas de adaptación o conflictos intrapersonales e interpersonales. No obstante, en muchos terrenos su aplicación no es excluyente sino complementaria, sin llegar a establecerse una delimitación precisa.
2. Existe diversa formación académica entre los profesionales que actúan en estas disciplinas; la psicoterapia, se relaciona con la psicología clínica y sus ramas afines, el asesoramiento tiene que ver con psicología organizacional, educativa y otras ramas relacionadas con estos campos. Sin embargo, el asesoramiento, es utilizado en el campo clínico.
3. Relativamente el contexto de trabajo suele ser diferente: la psicoterapia, se ejerce en el área de la salud, sean hospitales generales o psiquiátricos, unidades o centros de salud, el asesoramiento, se orienta más a la familia, la pareja, instituciones educativas y laborales.
4. La intensidad de la relación y el tiempo de contacto es diferente, pues la psicoterapia es un proceso más profundo y de mayor duración que el asesoramiento.

La psicoterapia, se inclina más hacia la salud, hospitales, psiquiátricos, el asesoramiento enfatiza el bienestar y trabajan la salud mental de las personas en condiciones de ausencia patológica.

Alcances y límites de la psicoterapia y el asesoramiento

Alcances:

- La psicoterapia no es tan conocida o entendida por la mayoría de las personas, tienen entendimiento los pacientes o profesionales.
- La psicoterapia frente a otras prácticas presenta alcances que le dan beneficios comparativos sin importar necesariamente su corriente, uno de los alcances más importantes, que se presenta es el del tiempo, debido a que su duración es menor a prácticas como el psicoanálisis, éste llevaría años, la psicoterapia maneja tiempos relativamente cortos donde el consultante obtiene resultados positivos (Calvopiña, 2011).
- Otro alcance que presenta la psicoterapia es que tiene efectos a largo plazo en los consultantes, que se involucran en el proceso.
- Los beneficios de haber realizado una terapia psicológica, se presentan tiempo después de haber finalizado el proceso, por lo que sus logros muchas veces llegan más lejos de lo que en un principio, se esperaba.
- Es bueno saber cómo es considerada a la psicoterapia y asesoramiento por parte las personas de afuera y profesionales, instituciones o entidades, que se practiquen las mismas. Por ende, las personas tienen una creencia sobre el profesional como un ser que alivia todo malestar, o afectación a nivel intelectual.
- Si el trabajo es efectivo los pacientes recomiendan. Sin embargo, el profesional de la salud mental posee experiencia, conocimientos los cuales, se proyectan sus resultados al brindar la ayuda al paciente.

Limitaciones

- La psicoterapia no profundiza necesariamente en aspectos que no son parte de los objetivos a cumplir dentro del proceso como lo hacen otras disciplinas que trabajan en la salud mental.
- Se considera como un limitante, la gran cantidad de prácticas esotéricas, físicas, religiosas, farmacológicas, etc. Se encuentran al alcance de muchos; mencionamos esto debido a que al tener tantas alternativas que prometen aliviar el malestar emocional, las personas eligen estas prácticas antes que a la psicoterapia (Calvopiña, 2011).

- Otra limitación en la ayuda psicológica, se evidencia por la cultura, economía, sociedad en la que el paciente mantiene su círculo social, en la cual, se investiga que tipo de limitaciones presenta cada paciente con el objetivo de solucionarlo de la mejor manera.
- La psicoterapia y el asesoramiento sirven de ayuda a los pacientes en la mayoría de los casos pero no en todos (Balarezo, 2018). Dicho de otro modo, la psicoterapia y el asesoramiento no soluciona la capacidad intelectual o su papel no es sobrenatural.
- Los primeros límites en la psicoterapia y asesoramiento parten por el grado de dificultad y trastorno que lo padecen. Determinar si aplicarían un asesoramiento o psicoterapia en la persona, se basa en sus problemas a nivel intrapersonal o interpersonal o si tiene trastornos severos.

Clasificación de la psicoterapia y el asesoramiento

Las variables parten a través del enfoque, la técnica, número de participantes, tiempo de duración, objetivo entre otros.

Formas de asesoramiento y psicoterapia: Orientación, tiempo de duración, contenido científico, grado de complejidad, número de participantes, objetivo perseguido, técnica utilizada (Balarezo, 2018).

1.3.3. Tiempo de duración de las intervenciones: se basa en un determinado tiempo a realizarse las intervenciones con el fin de ver los resultados.

Intervención de emergencia._ se trabaja en situaciones graves como catástrofes o experiencias traumáticas difíciles de sobrellevar en ese momento en el cuál la psicoterapia ayuda al sujeto a salir de su afectación.

Intervención breve._ son tratamientos cortos y rápidos con un tiempo más o menos de tres meses a seis meses o una o seis sesiones.

Se dan este tipo de intervención por un tiempo corto por su problema leve.

Intervención de mediana duración._ abarca un tiempo de siete y dieciocho meses.

Durante la intervención, se determinará cuanto tiempo, se necesitara por medio del el avance del tratamiento.

Intervención de larga duración._ es la que sobrepasa los dieciocho meses llamado tratamiento más extenso.

Tradicionalmente, se atribuye una mayor duración del tratamiento a ciertos grupos diagnósticos como la esquizofrenia, los trastornos por consumo de sustancias o de la conducta alimentaria.

1.3.4. Metodología de las intervenciones: conlleva técnicas con material metodológico.

Intervención implícita o intuitiva._ no tiene respaldo científico bueno y conciso, falta de contenido teórico, falta de técnicas variadas y en el cual el profesional no tiene los conocimientos necesarios para realizar la actividad.

Intervención explícita o científica._ tiene su respaldo tanto teórico como metodológico, técnicas por cada corriente para su tratamiento correspondiente a través del profesional.

Grado de complejidad de la intervención: la varianza de dos formas de intervención.

Intervención superficial._ abarca elementos superficiales, que se observan en la sintomatología del sujeto mediante sus expresiones, se obtiene un alivio sintomático por un determinado tiempo.

Intervención profunda._ es la resolución de conflictos causantes de patologías psíquicas en la cual la psicoterapia cambia para siempre.

Fisiológica._ se basa en el grado de complejidad en el que el terapeuta trabaje con el paciente en sus trastornos.

Intervención menor._ el terapeuta identifica en el paciente los síntomas y se considera fácil el tratamiento con la estabilización de sus funciones corticales para un alivio sintomático.

Intervención mayor._ se realiza un tratamiento mayor y fuerte por parte del profesional hacia el paciente con su trastorno.

Número de participantes: su punto de partida es el número de participantes en dicha actividad a tratarse.

Intervención individual._ se trabaja solo con el paciente y el profesional, se demuestra un tratamiento más confidencial.

Intervención de pareja._ abarca a dos personas con el terapeuta en la cual quieren resolver sus problemas afectivos.

Intervención vincular._ se realiza con dos personas de su mismo núcleo familiar sin tener relación de pareja.

Intervención grupal._ el profesional trabaja con varias personas durante la intervención mediante un dinamismo distinto.

Intervención comunitaria._ Se realiza con la colectividad por medio de un grupo seleccionado para su solución de problemas.

Intervención múltiple._ se trabaja con dos terapeutas para un mayor resultado a través de la verbalización y recursos con el paciente.

Objetivo perseguido: se trata de un objetivo planteado a realizarse y se lo envía hacia otro profesional de ser necesario.

Apoyo emocional._ se brinda afectividad al paciente para una mejor intervención, se observa así un mayor interés en el caso que el paciente tiene.

Consiste en brindar empatía, cuidado, amor y confianza al individuo.

Alivio sintomático._ se busca eliminar la sintomatología que tiene el paciente por medio de soluciones clínicas.

Cambio conductual._ se inserta conductas adaptativas y eliminación de conductas inadaptativas.

Adaptación al medio ambiente._ se estimula la adaptación del paciente con su alrededor por medio de la acomodación.

Resolución de conflictos._ se resuelve los conflictos tanto intrapersonales como interpersonales.

Conocimiento de rasgos de personalidad._ se da una introspección del paciente con sus rasgos de personalidad favoreciéndole su conducta.

Potenciación de rasgos de personalidad._ se trabaja con las fortalezas y debilidades de la personalidad del paciente a través del desarrollo personal con su círculo social.

Psicoeducación._ se trabaja con recursos en las cuales se modifican las actitudes, pensamientos o conductas en el paciente.

Cognitiva._ se utiliza la lógica en el sujeto mediante ideas irracionales o pensamientos distorsionados, se trabaja con el razonamiento, la toma de decisiones entre otros para la técnica con un mejor trabajo.

Sugestiva._ parte por el razonamiento del sujeto por medio de sugerencias a través de la verbalización ocultado la verdad, por medio del control de algunas condiciones del psicólogo.

Asertiva._ son comportamientos espontáneos y seguros en momentos en el que el sujeto, se relaciona con otros, vemos sus temores o miedos.

Aversiva._ se trabaja con estímulos dolorosos para buscar eliminar la conducta inadecuada para el sujeto por medio de castigos.

Hipnótica._ es un medio de disminución de conciencia para lograr resultados mediante técnicas y sugestionar al sujeto.

Relajamiento muscular._ se trabaja con el relajamiento muscular, contraer y calmar por medio de técnicas que favorecen al sujeto en la aplicación.

Condicionamiento operante._ se realiza la implantación de conductas para el sujeto con su alrededor.

Aprendizaje imitativo._ buscan comportamientos, que sean deseables para una práctica de la aplicación mediante el aprendizaje.

Desensibilización sistemática._ se trabaja en la reducción de temores frente a estímulos mostrados se elimina la angustia o fobia.

Sobresaturación._ se estimula al sujeto fuertemente para extinguir su respuesta ansiosa.

Analítica._ se busca cambios por medio de modificaciones en la personalidad, mediante el relato de los sueños o conductas.

Dialogo de la silla vacía o silla caliente._ se da un dialogo con una persona imaginaria, que no se encuentra y ha tenido un conflicto.

Hacer ronda._ son técnicas grupales y se repite frente al otro sujeto el sentimiento que tiene y confrontarlo.

Me hago responsable._ se pide que el sujeto repita frases, que sean favorables con su personalidad sobre el problema que atraviesa.

Terapia de aceptación y compromiso (ACT)._ tiene dos conceptos, la evitación experimental y valores personales con el objetivo de despreocupar y disminuir la sintomatología con metas a futuro.

Psicoterapia analítico-funcional._ se da mediante la verbalización del paciente en las sesiones con el profesional

Terapia dialéctica- conductual de Linchan._ regula la emoción grave del sujeto reduciéndolo a una conducta no desadaptativa por medio de su estado de ánimo.

Mindfulness._ se obtiene un estado de conciencia frente a su realidad.

En relación, con la categoría de habilidad, Linehan (1993) define el mindfulness como un repertorio de habilidades del “qué” y habilidades del “cómo”. Las primeras compuestas por los repertorios de observar, describir y participar.

Preguntas circulares._ se busca opiniones de los otros familiares para lograr solucionar su problema específico.

Escultura familiar._ es una técnica para generar un espacio familiar por medio de un miembro de los integrantes de la familia con los demás.

Uso de metáforas._ se relata cuentos por parte del profesional o algún miembro de la familia se logra una introspección buena.

Rituales curativos._ se da hechos relacionados con celebraciones, creencias, tradiciones que cambian en el sujeto por motivación.

Las técnicas curativas en los hombres están, como lo adelantáramos, en su gran mayoría limitadas al tratamiento de animales domésticos, sin embargo no difieren en cuanto al tipo de procedimientos realizados con las terapias apropiadas para las personas (Artega,2010).

1.3.5. El proceso en relación a la persona

Asesor o consejero

Se conoce como asesor al psicólogo con destrezas de utilización de técnicas para la persona que necesita de su ayuda, el asesor es el profesional que tiene conocimientos teóricos estudios en base a los temas que va a tratar, es decir; el asesor, se caracteriza por tener habilidades y destrezas cognitivas y como él se relaciona.

Características del asesor: se caracteriza por tener destrezas y generar resultados eficaces mediante las herramientas de trabajo con la persona. Además, se caracteriza por el grado de antigüedad, madurez, comprensión del profesional con el sujeto a tratarse.

Condiciones cognitivas._ es recomendable el proceso analítico en el cual, se da un juicio crítico, razonamiento, reacción ante estímulos verbales memoria de fijación e entre otras, existen diversas estrategias o cambios en la aplicación del tratamiento. Es decir, se basa por las circunstancias que atraviesa el sujeto por medio de técnicas cognitivas o racionales que el profesional las utiliza.

Formación académico- científica._ es fundamental que el profesional tenga estudios y una preparación buena para poder tratar al paciente mediante la utilización de varias corrientes.

Equilibrio y madurez emocionales._ tiene que ver con el control de la afectividad que el profesional posee a nivel personal, sin tener una proyección, se utiliza técnicas hacia el cliente.

Comprensión y capacidad empática._ se da en el área afectiva sin tener que confundir al otro sujeto con sus afectos, por medio de un tratamiento en el cual el profesional brinda su ayuda.

Integridad ética._ existen códigos, reglas y normas que el asesor cumple sin divulgar alguna información de su tratante ante los amigos u otras personas allegados al profesional.

Capacidad para establecer contactos interpersonales._ se da un contacto con el asesor, se brinda una facilidad y confianza al momento de hablar con el paciente sobre su vida cotidiana, sus relaciones personales.

Asesorado o cliente

El cliente ve los inconvenientes y soluciones durante la intervención. Las personas luego de la intervención han superado sus dificultades gracias al tratamiento. Otro criterio menciona que el cliente, se encuentra en un mundo físico, social, económico, cultural, familiar, y laboral, el punto de vista del asesorado dependerá del tipo de problema que atraviesa su paciente, su condición, edad, tiempo de duración del problema entre otros. Es decir, el asesorado tiene algunos factores de ayuda para su proceso.

Motivación a recibir ayuda._ varía por el grado de interés, necesidad, atención en cuanto a su proceso, él está en busca de ayuda con un profesional con el fin de solucionar sus conflictos.

Procesos cognitivos._ depende de las técnicas necesarias a emplearse con el paciente mediante la habilidad del asesor en su tratamiento con la capacidad cuantitativa, se logra un resultado bueno.

Nivel de integración de la personalidad._ hace énfasis al equilibrio durante el proceso psíquico, si la persona tiene cuadro psicótico o neurótico es vital la psicoterapia en primera instancia y si solo presenta dificultades leves el asesoramiento.

Capacidad de respuesta emocional._ el tono emocional, que se trabaja es esencial al momento de comunicarse en la intervención.

Flexibilidad._ son los cambios de pensamientos, actitudes, emociones, comportamientos en el cual el sujeto realiza como solución a su dificultad.

Espacio de trabajo

Es muy importante tomar en consideración el espacio de trabajo con el paciente, si afecta o no en las sesiones a tratarse en el tiempo acordado, es importante tomar en cuenta el color de paredes, la vestimenta del profesional, espacio del consultorio para una mejor intimidad entre otros. Dicho en otras palabras, cada detalle afectaría o facilitaría el desenvolvimiento del sujeto en las sesiones a trabajarse conjunto con el material a emplearse, por medio de una comodidad y seguridad al momento de hablar con el profesional.

Actitudes generales del asesor

La actitud del asesor depende del rol que emplea de manera directa o no. El trato que el asesor mantiene con su paciente. Además, se caracteriza por tener una deshumanización con

los sujetos. Otro criterio menciona que el paciente ha tenido que sufrir los maltratos por parte del profesional en muchas ocasiones, la comunicación verbal es el medio en el cual, se logra un resultado efectivo en el tratamiento. No es adecuado tomar una postura directiva sino la habilidad de ayudarlo al sujeto a una toma de decisiones apropiadas.

Fenómenos afectivos de la relación de ayuda

El profesional utiliza recursos psicológicos mediante sus habilidades con el objetivo de lidiar con los problemas del paciente y manejar su dificultad con la utilización de varias técnicas a emplearse. Según Balarezo (2018), los elementos de ayuda son el rapport, empatía, resistencia, transferencia, contratransferencia.

Rapport._ es la comodidad mutua entre el asesor como asesorado mediante la intervención, con el fin de obtener una cooperación, franqueza en las sesiones por parte del paciente.

El rapport para O'Connor y Seymour (1999), es el proceso por medio del cual, se establece y mantiene una relación de confianza mutua y comprensión entre dos o más personas y generar respuestas útiles de otros individuos.

Empatía._ se refiere a ponerse en el lugar del otro, sentir como su fuera el otro, se logra así una buena intervención y desenvolvimiento por parte del asesorado.

Es decir, ser capaz de entender la situación y los sentimientos que atraviesa la otra persona.

Resistencia._ es la oposición de dejar que el sujeto pase al inconsciente como mecanismo de defensa, es así el profesional encargado de realizar técnicas con el objetivo de guiarle hacia su comprensión, el paciente no quiere cambia su manera de pensar o sentir.

Transferencia._ es el proceso en el cual el profesional envía sus sentimientos aplicados a otros, son el conjunto de ideas del asesorado, en base al terapeuta antes de conocerlo. La transferencia, se da en base a los sentimientos irracionales que el cliente genera hacia el profesional, una repetición de prototipos infantiles donde los deseos inconscientes, se actualizan sobre ciertas relaciones objétales.

Contratransferencia._ es la expresión de sentimientos del profesional hacia el asesorado, hace referencia sobre las ideas que el asesor proyecta sobre su asesorado por medio de sus experiencias anteriores de manera inconsciente.

Ocurre por medio del psicoanalista al transferir elementos de sus problemas pasados o presentes al paciente que es objeto de análisis.

Etapas del proceso de ayuda

El proceso, se da antes del primer contacto con el asesorado y asesor como una resolución del problema con el fin de exponer una propuesta de las etapas del proceso a nivel personal.

Para Jung, son las fases de confesión, explicación, educación y transformación mediante un cambio de comportamiento.

Sullivan, sus fases son de inicio formal, exploración, interrogatorio detallado y terminación.

Rogers, presenta 12 fases la primera es la búsqueda de ayuda de parte del asesorado con una estructuración de la personalidad con el fin de amenorar la necesidad de ayuda y finalizar con la terminación, tiene siete etapas de transformaciones del terapeuta y asesorado durante la intervención.

Williamson, tiene la terapia de rasgos y factores que trata de un análisis, diagnóstico, pronóstico, asesoramiento y seguimiento en la intervención.

Wolpe, presenta la psicoterapia por inhibición recíproca, se da en la entrevista inicial, en cuanto a la duración y el material a darse durante la intervención.

Etapas del psicoanálisis: establecimiento del contacto, establecimiento de rapport, recopilación de la información, reducción de la ansiedad, establecimiento del contrato terapéutico

Establecimiento del contacto.- el contacto entre profesional y paciente, se da por unos factores con anterioridad, primer una resistencia y problemas internos con el fin de buscar ayuda.

Establecimiento de rapport._ el terapeuta controla los recursos en el área emocional para generar un contacto positivo con el paciente.

Recopilación de la información._ se da por medio de las dificultades que el paciente padece, se recopila la información que guía hacia la actividad analítica.

Reducción de la ansiedad._ se genera una tranquilidad en la cual el terapeuta transmite al paciente con mensajes de apoyo y solución a su trastorno.

Establecimiento del contrato terapéutico._ el analista luego de los pasos anteriores habla con el paciente de sus metas, objetivos planteados con sus actividad a desarrollarse.

Control de las defensas._ se identifica a los mecanismos de defensa generados en el paciente mediante la verbalización y conducta en la intervención.

Desarrollo y control de la transferencia._ se genera una transferencia positiva por medio del asesor al asesorado de forma amigable y dispuesto a resolver sus dificultades.

Prueba de la realidad._ es la confrontación del material con el comportamiento y actitud del paciente en su vida diaria.

Terminación._ una vez realizada una resolución de conflictos y reelaboración de significados llega a su fin el tratamiento sin ninguna interrupción.

Estrategias generales del proceso de ayuda

Presenta etapas que ayudan a una correcta orientación del asesor para un correcto trabajo con la ayuda de los siguientes pasos:

Investigación._ se inicia con el estudio integral del sujeto desde un punto de vista bio-psicosociocultura, mediante esquemas, recolección de datos, entrevista entre otros.

Planificación._ se procede por los objetivos y metas propuestas conjunto con el material a trabajar durante la intervención con el paciente.

Aplicación técnica._ se da mediante el trabajo dado por el asesor en los procedimientos, métodos y técnicas mediante un sistema fuerte y confiable.

Conducción del proceso

Es la actividad que el profesional realiza durante la intervención con una correcta verbalización. El asesoramiento varía por la corriente o teoría, que se va a desarrollar. Según Balarezo (2018), el asesoramiento basado en el cliente y el asesoramiento basado en el asesor por rasgos y elementos de manera frontal. Es decir, el asesor con conocimientos teóricos y prácticos sabe desenvolverse fácilmente en cualquier área con las herramientas necesarias. La conducción, se da con certeza y precisión mediante la verbalización entre los dos involucrados mediante la responsabilidad a darse y su solución.

Comunicaciones verbales y no verbales

El asesor como el asesorado tiene una verbalización relevante. Las técnicas a utilizarse mediante la comunicación tienen que ver por el tipo de corriente, que se vaya a desarrollar. Los tipos de niveles de comunicaciones son cognitivas y afectivas. Dicho de otro modo, la comunicación verbal no asegura la eficacia durante la intervención a darse, cambiaría la verbalización, las emociones, el tipo de conflicto, o en el tiempo, que se ocurre en el proceso. El asesor tiene experiencia, conocimientos a emplearse en cada proceso con su paciente con el fin de garantizar resultados increíbles.

1.3.6. Orientaciones y modelos de intervención

Psicoanalítica. _ se basa en la teoría psicoanalítica por el inconsciente y la resolución de conflictos intrapsíquicos mediante la asociación libre y los símbolos por medio de la palabra.

Características del modelo psicoanalítico:

- ✓ Psicoanálisis: Las características principales con respecto a Sigmund Freud es el aparato psíquico, la teoría de la libido, el tratamiento psicoanalítico.
- ✓ Psicología individual: Mientras tanto, la teoría de Alfred Adler habla sobre teoría del carácter y el estilo de vida, el carácter neurótico y el tratamiento.
- ✓ Psicología analítica: Por otro lado la teoría de Carl Jung habla de la libido, el inconsciente, los tipos psicológicos, el tratamiento.

En tanto estos enfoques proponen una explicación de lo psíquico, son perspectivas psicológicas, lo que nos habla de una orientación psicoanalítica en la psicología, al lado de

las orientaciones conductuales, experimentales, cognitivas, existenciales, humanistas, transpersonales (Ramírez, et al., 2015).

Cognitivo –conductual._ su énfasis parte del aprendizaje y eliminar los hábitos no correctos en el paciente, se basa en las ideas, pensamientos que desequilibran al sujeto.

Se basa en las dificultades que afectan actualmente a la persona y por esta razón, se pide una delimitación de los problemas a tratar (Muñoz, 2010).

Principales enfoques:

- ✓ Terapia de los constructos personales G.Kelly
- ✓ Terapia racional emotiva A. Ellis
- ✓ Terapia cognitiva de A. Beck
- ✓ El enfoque cognitivo conductual de D. Meichenbaum

Principales técnicas del modelo conductual:

- ✓ Desensibilización sistemática y entrenamiento asertivo de Wolpe
- ✓ Técnicas de relajación de Schultz, Jacobson
- ✓ Inundación e implosión de Satampfl
- ✓ Respecto al condicionamiento encubierto de J. Cautela
- ✓ Terapia aversiva
- ✓ Modelado de Bandura
- ✓ Biofeedback

Humanista._ se trata del trabajo en el área emocional como afectivo por parte del profesional y paciente, mejora su malestar.

Se basa en el individuo como un todo desde la salud, más que desde la enfermedad.

Principales enfoques:

- ✓ Análisis existencial de Bingswanger, May, Laing
- ✓ La psicología del ser de Abraham Maslow
- ✓ Psicoterapia gestáltica de Fritz Perls
- ✓ Logoterapia de Víctor Frankl
- ✓ Bioenergética de Alexander Lowen

- ✓ Análisis transaccional de Eric Berne
- ✓ Psicodrama de Jacob Moreno

Sistémica. _ se basa en los sistemas como en las ejecuciones del sujeto, familia o sus miembros que lo rodean, se trata como su sistema.

Es un conjunto de elementos en interacción organizado hacia un objetivo.

Principales enfoques:

- ✓ Escuela interaccional de Bateson, Watzlawick
- ✓ Escuelas estructural y estratégica de Minuchin Haley
- ✓ Escuela sistemática de Milán por Selvini-Palazzoli
- ✓ Enfoque ecosistémico de Shazer

Integrativa. _ se fundamenta en abarcar a varias corrientes, se consigue una solución, énfasis en las corrientes y sus técnicas.

Es una psicoterapia unificante que responde apropiada y eficazmente a la persona en los niveles de funcionamiento afectivos, conductuales, cognitivos y fisiológicos y se dirige, a la dimensión espiritual de la vida.

Modelo integrativo latinoamericano

1.3.7. Modelo integrativo de la corriente cognitivo constructivista (Argentina)

Su creador fue Héctor Álvarez en su fundación AIGLE en el año de 1977, este modelo, se basa en la corriente cognitivo-constructivista, asume la base epistemológica del constructivismo relativo lo que significa que el individuo construye su subjetividad; significa que sus experiencias pasadas las vincula con sus figuras representativas y el entorno; estas estructuras mentales, se transforman y manifiestan en el lenguaje funcional o disfuncional.

Primera Etapa

Respecto al procesamiento de la información el sujeto era considerado como una computadora desde la perspectiva mecanicista donde recibía y procesaba información. En el primer nivel, se encuentra la conciencia, la atención y las senso-percepciones, en el segundo nivel actúan la memoria, afectividad y emociones y en el último nivel, se encuentra la personalidad del sujeto.

Segunda Etapa

Se produce la revolución cognitiva donde, se considera al individuo creador de su propia realidad desde su individualidad. La construcción y el significado del lenguaje así como la proactividad son elementos destacados por Mahoney, Vygotsky y los constructos personales de George Kelly.

Fundamento teórico cognitivo-constructivista

Construcción de la experiencia psicológica._ la experiencia, se construye de conjuntos de operaciones externas e internas que realizan los seres humanos y su acción es el resultado de factores biológicos y sociales.

Construir la realidad es la forma de organizar la experiencia personal a través de los significados que cada persona expresa como construye el mundo.

Relacionar la cognición, el conocimiento y la construcción es necesaria en las personas. Al conocimiento, se llega por tres procesos intelectuales, emocionales y evaluativos, que se observan en la conducta humana; el conocimiento, se valora a través del lenguaje; las construcciones son estructuras de significados a experiencias funcionales o disfuncionales, las primeras producen bienestar las segundas sufrimiento y trastornos.

Estructuras de significado._ Los significados, se organizan alrededor de una estructura que implican elementos conectados entre sí.

Los contenidos de las estructuras representan las experiencias; los significados, se relacionan entre sí para dar sentido unos con otros.

Las estructuras lingüísticas, se modifican en forma permanente de acuerdo a tres procesos:

- a. Intercambio entre lo interno y externo
- b. Evolución asociada a los fenómenos de desarrollo que son complejos en el sistema
- c. Exigencia psicológica

Los contenidos mentales de las estructuras implican elementos intelectivos, afectivos, evaluativos. En la intervención terapéutica, se analizarían el proceso de acceso adecuado y respecto a las interconexiones de cada paciente.

Clasificación de las estructuras.

1. **Dimensiones** (personal, digital y analógico, denotación y connotación consciente e inconsciente)
2. **Planos** (asertividad, responsabilidad, expresividad, actividad, emotividad, afrontamiento, otros)
3. **Roles** (generacionales, sexuales, interpersonales, de cumplimiento y de actividades)

Tomado de:

Fernández, Álvarez, H. 1996. *Fundamentos de un modelo integrativo de psicoterapia*. Buenos Aires: Editorial Paidós, p.p. 161,167, 168,169.

Evolución de las construcciones._ Surge desde lo biológico, social, psicológico y estructura el guión parental; en lo posterior, se estructura el guion personal, que se desprende desde el guion parental en edad temprana entendiéndose con la realidad que cada ser humano le toca vivir.

El guion personal y las construcciones nuevas, se apoyan en las construcciones anteriores y tejen significados como mecanismos de protección en el entorno con el propósito de conservar el equilibrio. Las resistencias más poderosas, se encuentran en un nivel de conciencia e inconciencia

Jerarquía de las estructuras de significado._ El desarrollo del Self o el sí mismo presenta jerarquías estructuradas tales como las citadas, a continuación.

Niveles de complejidad del Self:

1. **Función discriminante básica** (Discriminación de los límites corporales)
2. **Filiación parentesco** (Diferenciación generacional y similaridad endogrupal)
3. **Dominación** (Legalidad, sistema de recompensas y castigos)
4. **Diferenciación sexual** (Diferenciación de las diferencias intersexuales)

5. **Reconocimiento** (Sentimiento de pertenencia)
6. **Autonomía** (Elaboración del guión personal)
7. **Transitividad** (Enlace amoroso)
8. **Productividad y perdurabilidad** (Despliegue de obra)
9. **Recogimiento** (Reelaboración reflexiva)

Tomado de:

Fernández, Álvarez, H. 1996. *Fundamentos de un modelo integrativo de psicoterapia*. Buenos Aires: Editorial Paidós, p.p. 200,201.

Fundamentos metodológicos y prácticos

Evolución de los procesos disfuncionales._ se expresan en diferentes grados y con varios estilos de afrontamiento en las personas.

Los cambios que son resultado de las experiencias, se producen en forma progresiva incrementado la complejidad, se expresan a través de regresión al mismo punto de partida o retornan a estructuras anteriores. El sujeto, se encuentra en una situación regresiva le es imposible asumir una actitud de cambio. Es ahí donde la consulta psicológica promueve una nueva construcción del guion personal y se hacen evidentes los componentes de defensa en el sujeto lo cual le impiden avanzar.

Respecto al modelo cognitivo constructivista la intervención psicoterapéutica, se basa en establecer el locus de control del paciente; las reglas de intervención, se vinculan con la delimitación de objetivos mismo, que se modifican si es necesario, la estrategia terapéutica varía en forma teórica, clínica y situacional.

1.3.8. Modelo integrativo focalizado en la personalidad (Ecuador)

La psicoterapia y el asesoramiento, se enfocan en un modelo humanista

Bases epistemológica el modelo integrativo

Engloba contribuciones desde la filosofía, física, biología, la cibernética, entre otras disciplinas más, la filosofía básica, se centra en explorar en forma multidisciplinaria el constructivismo a un nivel meta-teórico. Esta base meta-teórica tiene por objeto insertar el constructivismo en la

psicoterapia. En la fundamentación meta-teórica, se basan los aspectos más ordenados del desarrollo teórico, donde la idea a defender es que el conocimiento es un proceso dinámico e interactivo donde la información externa, se reinterpreta y construye progresivamente a través de modelos cada vez más complejos. Esto significa que los modelos siempre son sensibles a mejorar o modificarse.

En constructivismo recepta distintos cambios del conocimiento y ciencias como la filosofía, la física, biología y cibernética.

Antecedentes filosóficos

El pensamiento filosófico mantiene el criterio de reconocimiento de la realidad como algo tangible y la postura de creación o invención de esa realidad. El constructivismo, se preocupa por saber cómo conocemos y llegamos a conocer, por medio de la postura desde el observador quien construye su realidad externa.

En el renacimiento y la era moderna Descartes usa la duda metódica que trata de verdades intuitivas y obvias como método la deducción; el empirismo Locke le interesaba saber cómo funciona la mente humana, el único objeto inmediato de la mente son sus ideas a base de la experiencia; Berkeley manifiesta que las cosas existen al ser percibidas, asegura que lo único que conocemos son nuestras ideas; Vico afirma que el hombre solo entiende las cosas que el mismo hace; Kant percibe la experiencia como los objetos de la experiencia son el resultado de nuestra forma de experimentar por el espacio y tiempo; Husserl manifiesta que la conciencia es conciencia de una situación previa, la del sujeto en el mundo, finalmente, Sartre aporta con el alternativismo, toda actividad constructiva genera la posibilidad de construcciones infinitamente alternativas.

Planteamientos de la física cuántica

La física clásica tomaba la realidad objetiva y cognoscible exterior e independiente del observador, la física moderna, se basa en la teoría de la relatividad y mecánica cuántica con un interés al efecto del observador sobre lo observado (Balarezo, 2018).

La física clásica pensaba poder explicar todos los fenómenos observables de la materia mediante las leyes del comportamiento de las partículas de Newton y leyes del comportamiento

de las ondas electromagnéticas de Maxwell; la física moderna desafía la visión clásica que genera un efecto del observador sobre lo observado y cuestiona nuestro acceso a la realidad.

El constructivismo desde la biología

La biología, se encarga de estudiar los seres vivos desde su perspectiva en el estudio de la actividad constructiva humana. El filósofo Helmholtz mencionó que el conocimiento del espacio, se crea en el sujeto de la misma manera que los restantes datos relacionados al mundo material, se desarrolla la idea de inferencia inconsciente, mediante la utilización de conocimientos anteriores en el proceso de la percepción en vez de darles primicia a los estímulos exteriores.

Los constructivistas apoyan las tesis de Helmholtz entre los biólogos y defensores de la posición constructivista que destaca a Maturana y colaboradores; la conducta de los sujetos parte con el modo, que se establecen las conexiones internas.

Aportes de la cibernética al constructivismo

La cibernética es la ciencia del control y comunicación en animales y plantas, experimenta un desarrollo progresivo en su interés científico. La cibernética de primer orden a la cibernética de segundo orden conlleva una revolución en el quehacer científico y en la comprensión de las relaciones humanas cotidianas; el conocimiento no es recibido de buena manera sino construido por un sujeto cognoscente y la función de la cognición como adaptativa, sirve para organizar el mundo experiencial más no para descubrir la realidad objetiva ontológica.

Cibernética de primer Orden (es objetiva, utiliza el mecanismo de feedback o retroalimentación, el concepto principal es el de información y existe un intercambio de la misma, el proceso es lineal).

Cibernética de segundo Orden (es constructiva, utiliza el mecanismo de feed- forward o alimentación anticipativa, sitúa al observador como parte integral del sistema observado, trata las pautas de la relación en los procesos recursivos de la observación).

Aportes de la filosofía de la ciencia

Se encarga del estudio de la naturaleza íntima de la práctica científica, se ocupa de saber cómo, se desarrollan, evalúan y cambian las teorías científicas y si la ciencia es capaz de revelar la verdad oculta de las entidades y procesos de naturaleza.

En la década de los sesenta del siglo pasado existían explicaciones lógicas de la ciencia obtenida por el método experimental, su marco teórico, se basaba por las leyes, que se caracterizaban por: la universalidad, el determinismo, el reduccionismo, el objetivismo y el positivismo.

Aportes del desarrollo cognitivo constructivista

- Piaget con el proceso genético de la construcción
- Kelly con la teoría de los constructos personales
- La construcción social de la realidad de Bandura y Vygotsky
- Bateson y la terapia familiar sistémica
- Teoría de los procesos de cambio humano de Mahoney
- Enfoques psicoterapéuticos evolutivos: terapia evolutiva de Ivey, enfoque evolutivo- estructural de Guidano y Liotti
- Modelo de integración teóricamente progresivo de Neimeyer y Feixas

Constructivismo radical y moderado

Existen dos posiciones al interior del constructivismo, es necesario discutir y adoptar una de ellas, como premisa básica, en la apreciación del psiquismo su funcionamiento y en el quehacer psicoterapéutico.

Constructivismo radical

Es imposible acceder al conocimiento de la realidad, las ideas de la realidad solo, se compararían con las ideas y no con la que estas representan; el conocimiento es el resultado de una construcción del sujeto medido por aspectos fisiológicos, cognitivos y no una representación exacta de la realidad. Un conocimiento entra en contradicción con el mundo deja de ser adaptado a este y morirá, esto, se evidencia en las distintas posturas de la realidad.

Constructivismo moderado o relativo

La realidad no es más que un simple reflejo de la mente del que percibe; la verdad es construida como descubierta. Existe una realidad más allá del pensamiento o lenguaje del sujeto cognoscente.

Nuestro acceso a la realidad, se valida por el progreso científico y tecnológico; se accede al conocimiento de la realidad a través de unidades cognitivas biológico-ambientales que no permiten acceder a una objetividad plena.

El modelo de psicoterapia integrativa como constructivismo moderado y valida la construcción del sujeto en particular la percepción individual del mundo donde construye la realidad mediante el lenguaje misma realidad, que se determina en un contexto social; este proceso tiene un intercambio constante que modifica la conducta del sujeto a través del tiempo.

Desde esta posición permite entrar en contacto con el paciente de forma directa. Es la actitud del terapeuta la que aproxima al cambio y diferencia los otros elementos que interactúan en el proceso.

Bases metodológicas del modelo integrativo

En el modelo integrativo, se aborda la psicoterapia y el asesoramiento.

Definimos “psicoterapia como un método de tratamiento de enfermedades mentales, desajustes emocionales y problemas psíquicos, por medio de recursos psicológicos, sobre todo la palabra, en un marco de interacción personal positiva entre paciente y psicoterapeuta” (Balarezo, 2003).

El asesoramiento es conceptualizado como “una relación en la que un especialista ayuda a otra persona a comprender y resolver sus problemas de adaptación, se emplea recursos psicológicos” (Balarezo, 2003).

Respecto a los factores que intervienen en un proceso de intervención psicológica son los siguientes:

- El 30% de los resultados de la psicoterapia son atribuidos a los factores comunes.
- El 15% corresponde a las expectativas y a los efectos placebo.

- El 40% a los cambios extraterapéuticos
- El 15% se atribuye al efecto que producen las técnicas

Etapas del proceso

Primera etapa

Determinación de la demanda, expectativas, motivaciones e inicio del proceso:

Es necesario establecer las expectativas del origen de la demanda y lograr un acercamiento de los objetivos, se especifica las expectativas y motivaciones del paciente. Se genera estrategias durante la primera entrevista en el cual, se juzga el grado de interés del paciente y las restricciones, que se observan en la demanda; se busca el tipo y origen de la demanda ya sea implícita o explícita o de diversas personas o instituciones.

Es vital lograr un acercamiento entre los objetivos procedentes de diversas fuentes al ser antagónicos o contradictorios.

Expectativas y motivaciones del paciente

- Búsqueda de ayuda o demanda por supresión de síntomas.**_ la demanda es de tipo institucional y en segunda instancia personal (los estudiantes de la Institución Educativa “Huachi Grande y Ricardo Descalzi”). La supresión o reducción de los niveles de ansiedad. El DECE de la institución educativa para mostrar indicadores de trabajo y compromiso con los estudiantes presenta esto.
- Complacencia a familiares y allegados.**_ se trabaja con niños y adolescente o si son llevados en contra de su voluntad, ningún psicoterapeuta exige al paciente a un proceso.
- Remisión de otros profesionales.**_ Un paciente ha sido remitido por otro profesional y es necesario conocer cuál fue el procedimiento que realizaron con el paciente anteriormente y como lo manejo para lograr un cambio.
- Exigencia de status.**_ Las personas acuden a consulta por exigencia de su medio social, estos sujetos no son conscientes si necesitan verdaderamente la ayuda.
- Curiosidad.**_ se genera de manera casual por el sujeto, se podrían convertir en una necesidad real.

Expectativas y motivaciones del terapeuta

- a) **Vocación de ayuda.**_ es la principal motivación para el profesional, sin esto sería difícil que trabaje y disfrute su profesión al momento de sentirse complacido y ayudar a la otra persona mediante su trabajo adecuado.
- b) **Adquisición de experiencia.**_ es otro tipo de motivación que el terapeuta obtiene mediante la experiencia es indispensable para una mejor calidad de trabajo hacia sus clientes.
- c) **Fenómenos contra transferenciales.**_ se produce una influencia dentro del trabajo profesional de manera positiva o negativa con respecto a un paciente determinado.
- d) **Factores económicos.**_ es indispensable dentro el trabajo terapéutico, no solo por ser parte de los honorarios del profesional sino porque genera una mayor responsabilidad por parte del que paga sus servicios así como del que lo brinda.
- e) **Obligación institucional.**_ los reglamentos internos de la institución marcarían el trabajo clínico, el terapeuta podría realizar su trabajo solo por cumplir su obligación y actividades más que por su vocación.

ANÁLISIS DE LA DEMANDA

- **Procedencia de la demanda**
 - ✓ Paciente
 - ✓ Profesional
 - ✓ Familiar
 - ✓ Institución
 - ✓ Otros

TIPOS DE DEMANDA

- ✓ Explícita (manifiesta)
- ✓ Implícita (latente)

La demanda explícita, se denomina al motivo de consulta, dolencia psíquica o problema de ajuste, que la demanda implícita no siempre aparece en la primera sesión sino durante el proceso aunque en algunas ocasiones permanece hasta el final del tratamiento.

Segunda etapa

Investigación del problema o trastorno, la personalidad y el entorno:

Se diferencia el acercamiento entre consejería y psicoterapia, se incluye el asesoramiento que es considerado más que un nivel preventivo y en ocasiones, se requiere de una metodología diferente.

Para este enfoque, se utiliza el instrumento básico de recolección de información la “Ficha Integrativa de Evaluación Psicológica” (FIEPs) con adecuaciones a las características del paciente, su problemática.

Los componentes de la Ficha Integrativa son los siguientes:

1. Análisis de las expectativas.
2. Datos informativos.
3. Demanda y sus antecedentes.
4. Biografía psicológica personal y familiar (genograma)
5. Resultados de los reactivos psicológicos
6. Diagnóstico descriptivo del problema
7. Diagnóstico descriptivo de la personalidad
8. Criterios pronósticos
9. Recomendaciones

Estrategias de la primera y establecimiento de la relación terapéutica

En este modelo, se establece cambios en la entrevista inicial, el primero encuentro entre paciente y terapeuta está marcado por las experiencias anteriores y múltiples, la cual, se genera luego de la superación de las primeras resistencias por parte del paciente.

Tipos de primera entrevista:

Entrevista de psicodiagnósticos._ se evalúa al paciente para efectos de colaborar en diagnósticos diferenciales, peritajes o relación interpersonal; para la toma de datos del paciente, historia clínica o ficha integrativa.

Entrevista de consulta._ se acude a la consulta para satisfacer a otra persona o para conocer cómo podría darse el tratamiento y no realizarlo.

Entrevista única._ se da en caso de maltrato o abuso sexual mediante un protocolo y acuerdo con el implicado y familiares mediante los siguientes componentes:

- ✓ Conducción de la historia
- ✓ Interrogativo sobre aspectos específicos
- ✓ Preocupaciones sobre el cuerpo
- ✓ Información sobre el examen
- ✓ Conclusión

Entrevista de inicio de proceso._ durante el inicio de proceso, se recomienda establecer las siguientes estrategias:

- ✓ Establecimiento del rapport
- ✓ Aproximación diagnóstica
- ✓ Confesión y desinhibición emocional
- ✓ Estrategias de apoyo
- ✓ Estructuración y afianzamiento de la relación terapéutica

Tercera etapa

Planificación del proceso:

Los objetivos y técnicas del plan, se hablan con el demandante para acercarse a sus motivaciones y expectativas; se buscan las condiciones o características personales, ambientales y sociales que actuaran como facilitadores u obstaculizadores de la terapia.

Acercamiento de acuerdo a la personalidad

Personalidad:

- Afectiva (Histórica, ciclotímica)
- Cognitiva (Paranoide, anancástica)
- Comportamental (Inestable, TPD)

- Déficit relacional (Esquizoide, evitativa, dependiente)

Problemas básicos (acercamiento emocional, expresión afectiva, desconfianza, rigidez, impulsividad, agresividad, frialdad en el contacto, ansiedad en la relación, apego excesivo).

Estrategia (utilización de fenómenos afectivos, empleo de juicios y razonamientos, propuestas concretas y directas, manejo tolerante).

Táctica (distancia emocional, consideración del estado de ánimo, confianza, lógica, claridad, rigidez, respeto a la intidad, confianza social, control de la directividad).

Componentes de la etapa anterior:

Formulación dinámica del problema o trastorno._ constituye la interrelación del cuadro del paciente con los factores desencadenantes, determinantes, predisponentes, mantenedores de la patología.

Formulación dinámica de la personalidad._ es una síntesis de las áreas problemáticas como de aquellas que guardan adecuación al sujeto, permite predecir las condiciones, que se efectuara el proceso.

Señalamiento de objetivos._ la estructura del plan conlleva dos niveles, uno superficial relacionado con el problema o el trastorno y otro profundo vinculado con la personalidad subyacente.

Generalidades a considerarse en la precisión de los objetivos:

- Discusión y acuerdo de los objetivos con el paciente
- Acercamiento de la expectativa del paciente, familiar y terapeuta
- Evaluación durante el proceso de la consecución de objetivos y metas

Objetivos:

Objetivos de asesoramiento:

- Asesorar para la resolución de problemas y conflictos intrapersonales
- Resolver conflictos interpersonales

- Promover el desarrollo personal

Objetivos sintomáticos:

- Disminuir o eliminar síntomas específicos
- Disminuir o eliminar comportamientos desadaptativos
- Adquirir conductas adaptativas
- Apoyar emocionalmente

Objetivos orientados a la personalidad:

- Mejorar el awareness
- Promover insight
- Flexibilizar rasgos de personalidad
- Reelaborar cognitivamente experiencias pasadas
- Optimizar rasgos de personalidad

Señalamiento de técnicas

Las técnicas, se aplican de acuerdo a los objetivos y se considera los factores, que se detallan:

- Paciente
- Terapeuta
- Cuadro clínico
- Facilidades tecnológicas
- Experiencia anterior
- Condiciones socio- culturales

Técnicas de asesoramiento

- Resolución de problemas en conflictos interpersonales y frustraciones
- Resolución de conflictos familiares e interpersonales o negociación
- Modificación de actitudes
- Programas de crecimiento personal
- Autoestima
- Inteligencia emocional y hemisferio derecho

- PNL
- Resiliencia
- Asertividad
- Desarrollo de habilidades sociales
- Mentoring
- Coaching

Técnicas sintomáticas

- Relajamiento muscular
- Relajamiento con visualización
- Técnicas sugestivas en vigilia
- Técnicas sugestivas en sueño sugerido
- Procedimientos conductuales
- Aportes de otras corrientes

Técnicas para influir en la personalidad

- Procedimientos cognitivos
- Procedimientos constructivistas
- Técnicas retrospectivas
- Análisis de significados
- Análisis de rasgos de personalidad

Cuarta etapa

Ejecución y aplicación técnica:

La aplicamos en los recursos sintomáticos como en los relacionados con la personalidad; todo el proceso, se somete en forma permanente a evaluación crítica del terapeuta mediante las guías correspondientes. Si es factible, se procura el seguimiento del caso que confirmará el éxito del tratamiento y evitará las recidivas del cuadro.

Esquema de evolución

Fecha	Evolución	Actividad

Durante esta etapa ocurre cambios tanto en el planteamiento de objetivos como en el señalamiento de técnicas de acuerdo a su necesidad, no en todas las circunstancias nos ceñimos estrictamente al esquema planteado.

Quinta etapa

Evaluación del diagnóstico, el proceso y los resultados:

Se requiere una evaluación desde la primera sesión hasta la última con el fin de ver los cambios requeridos, se genera así una eficacia del tratamiento, el paciente aporta con sus criterios personales de que cambios él ha visto durante las intervenciones y la satisfacción que tiene en la actualidad gracias al profesional.

Se buscan criterios de familiares u otras personas que aporten desde su criterio el valor del trabajo que ellos ven en el paciente, no siempre los criterios son favorables, no obstante, son necesarios para así poder mejorar en futuras intervenciones.

Este modelo, se basa en llevar un registro del proceso desde su inicio hasta el final de la intervención con el fin de verificar si los resultados propuestos fueron los mismos.

La deserción durante el proceso terapéutico

Se trata del paciente al dejar el tratamiento sin que el mismo llegue a su finalización de lo planteado por el profesional, esto, se da en las personas luego de tres meses de tratamiento o en su quinta sesión y las mujeres son las que dejan más los tratamientos, esto ocurre por diversos factores que el paciente presenta en ese momento.

La deserción, se produce por condiciones dependientes del paciente, terapeuta o el entorno, que se desarrollan, a continuación:

Paciente:

Factores socioculturales._ se da en lugares donde, no se conoce sobre la psicología, es beneficioso por un lado al creer que los pacientes de ese lugar puedan durar todo el proceso a comparación de los que conocen de la psicología y sus procedimientos.

Características de personalidad._ son pacientes con rasgos histéricos, ciclotímicos, anancásticos, dependientes y evitativos mejores que los impulsivos, disociales, paranoides, esquizoides, para permanecer en el proceso.

Desmotivación por los resultados._ los pacientes tienen expectativas muy altas sobre la disolución de sus problemas y la reducción del síntoma, el cual desanima al paciente y saben que su tratamiento no será rápido.

Falsa percepción sobre la curación o solución._ en las primeras sesiones, se genera el efecto placebo de la confesión y desinhibición emocional, se reduce así la sintomatología con la que empezó el paciente.

Fenómenos transferenciales._ la transferencia negativa crea en la persona ponerse a la defensiva lo cual dejan el tratamiento en las primeras sesiones.

Terapeuta:

Errores técnicos.- los errores por parte del profesional al momento de abordar al paciente en alguno de los casos genera que el paciente deje las sesiones.

Encuadre incompleto o ausente._ la falta de información necesaria causa una conclusión errada por parte del paciente al no saber porque no fue trabajado todas sus áreas por parte del profesional.

Fenómenos contra-transferenciales._ El profesional, se traslada emocionalmente al lugar del paciente y genera así un tratamiento no adecuado con el paciente, no es profesional, sino se ve involucrado a nivel emocional.

Entorno:

Condiciones temporales o espaciales._ Las personas no son de la ciudad, que reciben su proceso terapéutico, se les complica los horarios o días para asistir a la terapia, su trabajo no da tiempo para su proceso continuo y deja la intervención.

Aspectos económicos._ las personas piensan que el tratamiento siempre será rápido y no tan extenso como caro, es por ello, que se sugiere ir a centros públicos, así no importa el tiempo de duración del tratamiento, no tendrá costo alguno.

Falta de privacidad._ en las áreas hospitalarias públicas no siempre existe un adecuado espacio para trabajar bien con la privacidad del paciente durante la intervención.

Control de la deserción:

- Juzgamiento de las reales expectativas del paciente y familiares y análisis de la motivación previa del paciente.
- Adecuación de la relación a la personalidad del paciente, se toma en cuenta que el abordaje es diferente en las personalidades afectivas, cognitivas, comportamentales y de escaso contacto social.
- Monitorear el proceso inexcusablemente y evaluarlo permanentemente

BASES METODOLÓGICAS DEL MODELO INTEGRATIVO, LA RELACION PSICOTERAPÉUTICA

Técnica y relación psicoterapéutica durante el proceso

Un problema no resuelto aún durante este proceso lleva a una deserción en el paciente con su tratamiento. La relación paciente terapeuta cuenta con principios que la guían y las distinguen de otras relaciones.

La técnica está representada por un conjunto de procedimientos específicos que el terapeuta utiliza sin importar la orientación a seguir; el manejo exitoso de la técnica depende de contar con una base teórica como de un ejercicio práctico que lo convierta en un experto.

La relación paciente terapeuta como forma de interrelación personal, se sujeta a los mismos principios y fuerzas actuantes de esta. En esta fase los pacientes, se transforman en clientes o casos.

Relación psicoterapeuta

Todas las corrientes psicológicas coinciden que la relación terapéutica es fundamental dentro del trabajo clínico sin importar el recurso técnico utilizado. Hartley y Luborsky manifiestan que esta relación, se relaciona con las características del terapeuta.

Hartley, nos habla de componentes de la alianza:

Relación real: se define como el vínculo humano entre paciente y terapeuta, se incluye componentes afectivos que nos llevan a cuestionarnos.

Alianza de trabajo: es la capacidad diádica para trabajar juntos hacia el objetivo planteado en la psicoterapia.

Luborsky, refiere dos tipos de alianza psicoterapéutica:

Alianza tipo 1

Es la experiencia del cliente con el terapeuta empático, cálido y comprensivo, características de las etapas iniciales del tratamiento (menos de 5 sesiones).

Alianza tipo 2

Relación en la que el paciente y terapeuta trabajan juntos para enfrentar la problemática, se comparte responsabilidades (características de las etapas más avanzadas).

Bordin, orientado en el modelo centrado en el cliente reconoce y resalta la participación del paciente-cliente en estos fenómenos.

La Cross, se refiere a la relación como influencia social, considera la posición del terapeuta como personaje experto y con recursos para influir sobre el cliente, es decir proponer una relación complementaria.

Desde la psicoterapia integrativa, Erskine define la necesidad de socialización como una determinación biológica del ser humano.

Condiciones que facilitan u obstaculizan el proceso psicoterapéutico

Condiciones ambientales externas

Dentro de estas, se considera algunos factores específicos como las características del consultorio, el lugar físico, adecuada infraestructura, grabación de las sesiones, posiciones entre paciente y terapeuta.

Actitudes relacionales del terapeuta

Posición humanista._ posibilita un respecto incondicional al paciente en su calidad humana, al ubicarle en una perspectiva simétrica y semejante frente a él.

Atención a pacientes y no a trastornos._ el tratamiento, se trabaja con la persona que presenta un trastorno, entendido al mismo desde su sufrimiento y el que produce a los otros.

Influencias de los valores y creencias del terapeuta._ la idoneidad personal, las posibilidades de atención, sus creencias, valores, cultura, son algunos dentro de los factores que dentro del terapeuta influiría de manera positiva o negativa durante el proceso.

El respeto._ es el trato interpersonal enmarcado en los derechos de todo sujeto, se supera cualquier diferencia social, cultural, económica u otra índole.

La aceptación y comprensión._ el terapeuta refleja una postura de aceptación, comprensión y respeto frente a cada uno de sus pacientes a través de gestos, posturas, actitudes, comportamientos para que el paciente perciba esta expresión.

Características del terapeuta, asesor o consejero

El modelo psicoterapéutico integrativo, se focaliza en la personalidad tanto del paciente- cliente como del terapeuta-asesor.

Las aptitudes y características son algunas cognitivas y otras vinculadas con sus aspectos emocionales y adecuación al grupo.

Aspectos cognitivos

Condiciones intelectivas._ los recursos intelectivos en el profesional son inequívocos.

Entre los aspectos cognitivos de tipo cualitativo recalcamos la función ejecutiva que le permita planear, planear, planificar, ejecutar y verificar los problemas cotidianos, potenciación analítica sintética, pensamiento teórico abstracto, creatividad, perspicacia ingenio, intuición, agudeza en las observaciones y anticipaciones, flexibilidad, fluidez verbal.

Formación académico- científica._ este requisito marca la diferencia entre el profesional preparado y el empírico. La formación académica comprende áreas conexas a las ciencias biológicas, por el contexto, que se desenvuelven las ciencias psicológicas y aquella filosófico-social durante su ejercicio técnico.

Aspectos no cognitivos

Dependen de las actitudes naturales e historia personal del terapeuta, se discute el valor real que tiene la formación en el desarrollo de algunos de ellos, sobre todo la empatía.

Equilibrio y madurez emocionales._ se refiere al grado de control de la vida afectiva del profesional en cuanto a su expresión personal.

Comprensión y capacidad empática._ en este fenómeno, se basa el reflejo de sentimientos como técnica de comunicación.

Integridad ética._ el comportamiento ético de cada sujeto está determinado por el entorno social, que se desenvuelve.

Capacidad para establecer contactos interpersonales._ el contacto psicoterapéutico es una forma de relación interpersonal en las que surgen circunstancias emocionales con el fin de obtener resultados positivos.

Motivación a brindar ayuda._ se refiere a la disposición natural de proporcionar apoyo a los demás sin esperar mayor recompensa alguna.

Autoestima alta._ es un sentimiento interno de aceptación, confianza, respeto y afecto hacia a sí mismo, que no se expresa en actitudes, vanidosas sobrevaloradas ante el paciente, sino dentro de parámetro de igualdad y correspondencia humana.

Resiliencia._ es la capacidad para enfrentar las adversidades, dificultades y problemas cotidianos del proceso sino para salir enriquecidos de los mismos.

Proactividad._ trata de pensar con características de superación, iniciativa, responsabilidad, se mantiene la posibilidad de libertad en la elección.

Capacidades grupales

Es la predisposición al liderazgo, la capacidad para tomar decisiones en consenso, la observación de la disciplina y normas grupales.

Características personales del terapeuta propuestas por Guy (1987), citadas por Consoli, A. y Machado, P. (2004) plantean los siguientes aspectos:

Motivadores funcionales para ser buen psicoterapeuta

- Curioso e interesado en adentrarse en la conducta humana
- Capaz de escuchar
- Se siente cómodo en la conversación
- Empático y comprensivo
- Mentalidad orientada hacia lo psicológico
- Emocionalmente perceptivo y capaz de sentirse cómodo ante una amplia gama de emociones
- Inclinado a la introspección
- Capaz de renunciar a la gratificación personal y de practicar auto abnegación
- Tolerante ante la ambigüedad
- Capaz de expresar calidez y preocupación
- Tolerante con la intimidad, el contacto y la cercanía
- Maneja el poder con comodidad
- Reír

Motivadores disfuncionales que impulsan a seguir una carrera en psicoterapia

- Malestar emocional
- Deseo de resolver problemas personales o trabajar con traumas emocionales a través del entretenimiento
- Enfrentamiento vicario
- Soledad profundamente enraizada
- Aislamiento social
- Ansias de poder
- Necesidad de amor
- Rebeldía vicaria

Características del paciente o cliente

Existe una diferencia en aquellos que han superado con mayor facilidad su patología luego de haberse sometido a un proceso de ayuda, en comparación con quienes han requerido un trabajo más intenso, duradero o que no han mejorado luego de varios intentos psicoterapéuticos.

La percepción del paciente o asesorado, se basaría mediante las características como el tipo de trastorno o conflicto que padece, su edad, el tiempo de duración del problema, el sexo, factores desencadenantes entre otros.

Motivación al tratamiento de ayuda._ la persona busca ayuda en un especialista, ha superado una variedad de obstáculos y resistencias personales y sociales, intentar una cantidad de soluciones y alternativas auto propuestas o recomendadas por otras personas. La motivación que demuestre el paciente, el trabajo de ayuda será favorecida o impedido.

Inferencia de los procesos cognitivos._ los recursos racionales, explicativos y persuasivos cobran mayor eficacia en capacidades normales y superiores, la discusión en términos de juicios y razonamientos requieren de mucha habilidad en la confrontación cliente- asesor.

Nivel de integración de la personalidad._ se basa al relativo equilibrio que poseen las funciones psíquicas en su acercamiento a la normalidad. Los trastornos son agudos, se pierde el funcionamiento armónico e integral de la personalidad, se mantiene limitadas expresiones

psíquicas, angustias o depresiones agudas requieren de otras medidas iniciales a fin de garantizar el tratamiento psicoterapéutico posterior.

Capacidad de respuesta emocional._ es innegable la intervención de factores afectivos durante el proceso. Durante el proceso de ayuda, se utilizan recursos emocionales conjuntamente con las expresiones textuales y conceptuales de la comunicación, se consigue cambios rápidos y permanentes.

Flexibilidad._ es la mayor factibilidad de cambio en lo referente a pensamientos, actitudes, emociones y comportamientos. En los niños, se encuentran mayor flexibilidad que en los adolescentes, en las mujeres en mayor medida que en los varones; en los adultos mejor que en los ancianos.

Locus de control._ el locus de control interno señala mayores ventajas para el éxito terapéutico por la responsabilidad que asume el paciente ante su problemática, condición que no ocurre en el locus de control interno, se exteriorice a través de sentimientos de culpa que demanden un abordaje terapéutico en el sentido de control este exceso.

Tipo y características de personalidad._ el modelo integrativo demanda un estudio y diagnóstico dinámico de las características del paciente en su actividad, permite prever las estrategias más apropiadas para cada caso.

La variable paciente desde el modelo integrativo Supraparadigmático

- Tendencia al crecimiento personal
- Necesidad de coherencia en el sistema self y los estímulos efectivos
- Características del desajuste
- Resistencia estructural al cambio
- Resistencia dinámica al cambio
- Teoría del paciente acerca de sus propios problemas
- Expectativas placebo
- Motivación al cambio
- Capacidad de insight y de autoexploración
- Capacidad para trabajar con propósito
- Aprecio del paciente por su terapeuta

- Estilo de atribución del paciente
- Factores de Resiliencia

Los fenómenos de relación

Contenidos racionales.- son representados por todos aquellos elementos que son visibles tanto para el terapeuta como para el paciente y son controlados por ellos.

Contenidos irracionales.- son contenidos inconscientes, pero con una concepción integral como modos inconscientes de la actividad nerviosa superior que determinan influencias sobre la conducta.

Abordaje de los fenómenos afectivos desde una perspectiva integrativa

Preguntar:

- La investigación parte de la premisa de que el terapeuta no conoce nada acerca de la experiencia del cliente y por lo tanto, se esforzarían continuamente y los procesos intrapsíquicos de este.
- Las preguntas del terapeuta serían empáticas con la experiencia subjetiva del cliente para ser efectivas y descubrir los fenómenos internos y externos del contacto.

Sintonizar:

- Relación empática inicial caracterizada por la sensibilidad del terapeuta con las sensaciones, necesidades o sentimientos del cliente-paciente.
- Comunicación de esa sensibilidad al cliente- paciente.

Implicarse:

- Incluye los procesos de reconocimiento, validación, normalización y presencia para disminuir los procesos defensivos internos: (Reconocimiento, Validación, Normalización, Presencia).

Rapport

“Condición especial para el establecimiento de una relación cómoda e incondicional entre el asesor y el asesorado” Shertzer y Stone (1972).

Es un estado permanente durante todo el proceso, este se inicia con las actitudes de cordialidad, interés, tono amistoso, confianza, sinceridad y cooperación del terapeuta hacia el paciente.

Condiciones generales

- Significa más que una técnica específica aislada de la primera entrevista.
- Es una condición permanente durante todo el proceso
- No es factible forzar ni crearlo artificialmente
- Se favorece por la presencia de fenómenos transferenciales positivos por parte del paciente y se controla los fenómenos contra transferenciales

Sugerencias para establecer el rapport

- Cordialidad y ausencia de conductas torpes
- Iniciación con temas neutros o sucesos conocidos por ambos
- Actitud amistosa, atenta e interesada
- Control de fenómenos transferenciales y contra transferenciales
- Juzgar por su presencia por el agrado, confianza, cooperación, sinceridad e interés del paciente

Empatía

Es la capacidad para situarse en una distancia emocional apropiada del paciente, para sentir como si fuese él, involucra el sentimiento humanista del terapeuta. Además, aparece como una característica natural humana más que aprendida y ser mejorada durante los procesos de supervisión y autoconocimiento pero con determinadas limitaciones dependientes de la condición personal del terapeuta.

Según Bucheimer (1961), en la empatía existen las siguientes dimensiones:

- Tono

- Ritmo
- Flexibilidad
- Percepción del marco de referencia del asesorado
- Repertorio de respuestas estimulantes

Consideraciones sobre la empatía

- Es una condición natural humana más que aprendida
- Los procesos de formación denotan escasos resultados en su desarrollo si los futuros terapeutas no poseen esta condición básica
- Es un rasgo evaluado en la selección
- Se mejora durante los procesos de supervisión y auto-conocimiento
- Inicialmente, se inducirían un adiestramiento en la sintonización afectiva del terapeuta con el paciente y posteriormente controlar la distancia emocional entre ellos
- Lo apropiado es saber mantener una distancia emocional apropiada entre paciente y terapeuta

Resistencia

Es la conducta del paciente y del terapeuta que es anti terapéutica para el logro de los objetivos de modificación cognitiva. También, se la considera como un elemento normal, que se genera al ser revisados los esquemas cognitivos tácticos y un proceso que hay que respetar, más que eliminar si, se pretende que el cambio sea progresivo en vez de regresivo (Guidano y Liotti, 1983).

Las resistencias son expresiones cognitivas y emocionales que impiden el cambio favorable del sujeto.

Condiciones generales

- Enfocarla como proceso consiente y /o inconsciente
- Emplear el concepto de mecanismos de defensa o pensamientos distorsionados para su identificación
- Considerar en su expresión los componentes cognitivos y afectivos en su estructura

- Identificar el predominio de mecanismos de defensa y pensamientos idiosincráticos de acuerdo al estilo de personalidad
- Manejarla de acuerdo al timing, el trastorno, las características de la verbalización y la tonalidad afectiva

Estrategias generales para el manejo de las resistencias

Estrategias de respeto

- Al inicio del proceso para facilitar el rapport
- Obedecen valores y creencias personales y culturales
- Su revelamiento sea riesgoso en el proceso

Estrategia de manejo

- Interpretación y confrontación para acceder a omisiones y contradicciones
- Sustitución de estructuras defensivas por resoluciones objetivas de problemas y conflictos
- El reforzamiento de los mecanismos de defensa solo, se emplea en psicoterapia breve o con propósitos coyunturales durante el proceso

Transferencia

Se denomina transferencia como el conjunto de ideas y esperanzas del paciente con el terapeuta antes de conocerlo o cualquier otro tipo de proyección sobre éste.

En el modelo focalizado de la personalidad, se la describe como los “sentimientos racionales e irracionales que surgen del paciente hacia el terapeuta y a sus necesidades actuales o experiencias del pasado” (Balarezo, 2001).

Indicadores de transferencia

No verbales

- Llegadas anticipadas o tardías a la consulta
- Demostraciones excesivas de puntualidad

- Modos especiales de arreglo personal
- Compostura insinuante durante la entrevista
- Posiciones corporales
- Gesticulaciones socialmente aceptables en filirteo
- Manifestaciones vegetativas
- Gestos auto dirigidos

Verbales

- Expresiones verbales sobre la ansiedad y tranquilidad que le suscitan las consultas
- Reiteraciones sobre temas superfluos
- Insinuaciones de acercamiento en la distancia social
- Verbalizaciones directas de las emociones
- Referencia sobre sueños relacionados con el terapeuta
- Expresiones verbales seductoras

Manejo de la transferencia

- Autoanálisis del terapeuta para juzgar su actitud
- Manejo con discusión e interpretación de la transferencia
- ✓ Frecuencia de sesiones
- ✓ Duración de sesiones
- ✓ Modificación de los temas de discusión
- Manejo con discusión e interpretación de la transferencia
- ✓ Personalidad del paciente
- ✓ Momento del proceso
- ✓ Condiciones técnicas
- ✓ Derivación del paciente a otro terapeuta

Contratransferencia

Se la define como el desplazamiento de los afectos inconscientes del terapeuta hacia el paciente o como la “percepción errónea del paciente por parte del terapeuta y lo que espera de éste, que le lleva a experimentar sentimientos positivos o negativos hacia él, de modo que su conducta resultaría improductiva para la labor terapéutica”. (Beck, 1979); (Ellis, 1989).

A continuación, mencionaremos algunos indicadores de contratransferencia y formas generales de cómo afrontarlas.

Expresiones de contratransferencia

- Afectos positivos y negativos
- Disgusto irrazonable
- Incapacidad para simpatizar
- Reacción hiperemocional ante la hostilidad del cliente
- Actitudes defensivas ante la crítica del paciente
- Excesiva atracción
- Insinuaciones verbales y no verbales
- Incomodidad o temor a la entrevista
- Preocupación excesiva por las necesidades del paciente
- Dificultades para prestarle atención
- Falta de puntualidad o prolongación de las sesiones
- Acercamientos afectivos y corporales

Manejo de la contratransferencia

- Proceso de terapia o auto-conocimiento previo, durante el proceso de formación como psicoterapeuta y en su vida profesional
- Identificación del fenómeno mediante la auto-observación
- Resolución de los conflictos personales el terapeuta
- Consulta profesional con colega
- Derivación del paciente a otro especialista

CAPÍTULO II. METODOLOGÍA

2.1. Paradigma, modalidad y alcance

El paradigma de la presente investigación es post positivista. En su estudio Hernández (2010) nos menciona que:

El “paradigma post-positivista” se evidencia en donde afirman que en éste la realidad es conocida de forma imperfecta, el investigador forma parte del fenómeno de interés, la teoría o hipótesis que sustenta la investigación influye en el desarrollo de la misma. (p. 11).

Es importante mencionar que el paradigma post positivista es de apoyo a la investigación. Rondón (2018) el post positivista “se caracteriza por ser inductivo, de realidad dinámica, con perspectiva holística, humanista, realista, adaptable a las verdaderas necesidades de la humanidad” (p. 95). Es por ello, el paradigma ayuda a comprobar la hipótesis planteada desde otra perspectiva cuantitativa.

Esta investigación tiene una modalidad cuantitativa, en este caso es necesario la recopilación de datos relevantes, los cuales serán detallados estadísticamente. El tipo de investigación cuantitativa trata de demostrar, pronosticar, vigilar el fenómeno mediante una orientación numérica. (Gay, 1996). Es así como esta modalidad permite tener una certeza exacta de nuestras variables de manera efectiva. Kerlinger y Lee (2002) esta modalidad cuantitativa” el problema es por una relación entre dos o más conceptos o variables, que son medidos con puntuaciones numéricas” (p.36). Es así como la modalidad cuantitativa aporta con un beneficio al evidenciar datos relevantes para determinar en si cuan fuerte es aporte por medio del documento de trabajo planteado.

2.2. Tipo de investigación

En el presente trabajo, se emplea un nivel no experimental. Hernández, Fernández y Baptista (2010) el nivel no experimental es el tipo de investigación en las que las variables, no se cambiarían deliberadamente más bien solo, se ve en su forma sencilla. Por lo cual, se observa los acontecimientos ya presentes, no intencionados en el proyecto por mi persona. Este tipo de investigación no experimental es adecuada para variables que en su totalidad no son modificadas.

Mi tipo de investigación tiene un alcance exploratorio, descriptivo, correlacional. Es exploratorio, tiene como fin investigar detenidamente un contenido o dilema de dicha tesis no tan examinada, es así como, se generan las inquietudes del tema convirtiéndose así en poco explorado (Hernández, Fernández y Baptista, 2004). Por lo cual, el alcance exploratorio se da desde lo más desconocido y con el tiempo de la investigación, que se realiza, se descubre nuevos ambientes para lograr en la finalización del proyecto un gran aporte de las variables establecidas.

También, esta investigación tiene un alcance descriptivo, se describe la condición de los sucesos que son de vital importancia en ese momento y se demuestra sus propiedades que posee (Hernández, Fernández y Baptista, 2004). Es así, descriptiva al momento de lograr saber las circunstancias sobresalientes de mi proyecto de investigación con un grado de influencia mayoritario mediante la descripción detallada, por el número de adolescentes, que realiza dicha investigación.

Además, esta investigación tiene un alcance correlacional. En su estudio Hernández (2004) nos menciona que:

El “alcance correlacional” mide cada variable para ver si existe o no relación entre ellas, este tipo de estudios son cuantitativos e intentan predecir el valor aproximado que tendrá un grupo de individuos o fenómenos en una variable, a partir del valor que tienen en la (s) variable(s) relacionada(s) (p.4).

Por lo tanto, el alcance correlacional es conocer tal proceder de la variable de autoestima hacia la otra de ansiedad al saber que tiene otra conducta.

2.3. Técnicas e Instrumentos

2.3.1. Técnicas

Se empleó dos técnicas para esta investigación, la primera es la observación científica por medio de los datos personales recolectados en los encabezados de los test psicométricos y la segunda es entrevista psicológica para la información respectiva. Por medio de estas técnicas, se probará, si se corrobora la hipótesis planteada o no, con el fin de establecer conclusiones y recomendaciones que aporten sobre el estudio realizado.

Observación Científica

Esta observación nos da nuevas alternativas de la hipótesis planteada junto con el problema establecido, con el fin de desarrollar información útil para las conclusiones. Esta técnica nos muestra “un objetivo claro, definido y preciso: el investigador sabe que es lo que desea observar y para que quiere hacerlo” (Díaz, 2011, p.7). Es decir, dicha técnica es aprobada para esta investigación por medio de los objetivos manifestados. Dicho proyecto nos demostrara la correlación en cuanto al autoestima, ansiedad estado y ansiedad rasgo en los adolescentes de un colegio Público y Privado. La información importante de nuestros participantes, se evidenciará en el encabezado de nuestros test psicométricos.

Entrevista psicológica estructurada

La entrevista psicológica estructurada es una de las técnicas las cuales, se basan en recabar la información primordial de la muestra de nuestro estudio. Por ejemplo, según Díaz y otros (2013), manifiestan que “las preguntas, se fijan de antemano con un determinado orden y contiene un conjunto de categorías u opciones para que el sujeto elija, se aplica en forma rígida a todos los sujetos del estudio” (p. 63). Es decir, esta entrevista es muy eficaz, ayuda a tener la información necesaria de manera segura y veraz, con una confiabilidad para el proyecto de investigación.

2.3.2. Instrumentos

En este proyecto de investigación, se realizó con la ayuda de algunas herramientas: consentimiento informado, no posee ficha sociodemográfica y test psicométricos: Escala de autoestima de Rosemberg, Inventario de ansiedad estado y rasgo IDARE.

Carta de Consentimiento Informado

De tal manera, que los adolescentes de la muestra eran menores de edad, se realizó un consentimiento informado hacia sus padres como tutores legales, ellos debían autorizar la aplicación de los test psicométricos, cabe mencionar que los test psicométricos son, se suma confidencialidad como con sus resultados obtenidos al final de la aplicación y de esta manera apoyar en el proceso psicopedagógico de su representado con miras al mejoramiento educativo.

Ficha sociodemográfica

No posee ficha demográfica, los datos personales, se implementaron al inicio de cada test psicométrico.

Escala de autoestima de Rosenberg

El instrumento aplicado es la escala de Autoestima de Rosenberg, el cual su objetivo es evaluar a cabalidad el sentimiento de regocijo que posee el sujeto del mismo. Fue creado por Morris Rosenberg, un profesor y doctor en sociología en el año de 1965 en Nueva York. Escala de autoestima de Rosenberg traducida al español por Rojas-Barahona et al. (2009); está constituida por diez afirmaciones con cuatro opciones de respuesta tipo Likert (4= muy de acuerdo, 3= de acuerdo, 2= en desacuerdo, 1= totalmente en desacuerdo); cinco afirmaciones tienen una dirección positiva y cinco una dirección negativa. En población chilena, el instrumento explica el 51.78% de la varianza total con un alfa de Cronbach de .75 (Rojas-Barahona et al., 2009).

La escala de autoestima de Rosenberg (EAR), se ha traducido y adaptado a 53 países en 23 distintos idiomas (Schmit, & Allik, 2005), entre ellos el español (Martín-Albo, Núñez, Navarro, & Grijalvo, 2007; Vázquez, Jiménez, & Vázquez, 2004), el portugués (Hutz, & Zanon, 2011; Burges, Ruschel, & Dalbosc, 2010; Moreira, Rodrigues, & Masako, 2004), el japonés (Mimura, & Griffiths, 2007), el italiano (Prezza, Trombaccia, & Armento, 1997), el griego (Galanou, Galanakis, Alexopoulos, & Darviri, 2014) y el francés (Vallieres, & Vallerand, 1990). Estas validaciones, se caracterizan por reportar apropiadas características psicométricas, con alfas de Cronbach que oscilan de .61 a .90, con varianzas explicadas de 29.8% a 54.4%. Por otra parte, la escala ha demostrado ser válida y confiable en poblaciones clínicas (Vázquez et al., 2004), en pacientes con diagnóstico de psicosis (Vázquez, Vázquez-Morejón, & Bellido, 2013) y en pacientes con depresión (Góngora, & Casullo, 2009).

Se obtuvo un estudio realizado en Cuenca perteneciente a Ecuador, adolescentes los cuales, se les hizo el estudio por medio de escala de autoestima de Rosenberg para determinar el nivel de autoestima que presentan, la población de casi doscientos cincuenta estudiantes, de una institución mixta, los resultados obtenidos de la aplicación fue de ciento treinta y ocho aproximadamente participantes hombres, ciento ocho participantes mujeres, es así un nivel superior a la autoestima alta correspondientes a la edad de 15 a 18 con un porcentaje mayor a la mitad y a su vez el restante corresponde a una autoestima baja que depende exactamente por el nivel tanto económico como cultural (Faicán, 2017).

A continuación, se evidencian los datos tanto de fiabilidad de la escala de autoestima de Rosenberg obtenidos por medio del coeficiente de confiabilidad Alfa de Cronbach (α). En lo cual podemos ver en nuestros participantes una regularidad en sus respuestas al reactivo psicométrico, sin importan algún factor que altere la respuesta.

Tabla 2.1. Fiabilidad de escala de autoestima de Rosenberg

Alfa de Cronbach	N de elementos
,728	10

Nota: 200 observaciones

En la tabla, se observa que la muestra presenta un Alfa de Cronbach de ,728 es aceptable, el máximo es 1, de acuerdo con el número de elementos los cuales son 10.

La escala consta de 10 ítems, frases de las que cinco están enunciadas de forma positiva y cinco de forma negativa para controlar el efecto de la aquiescencia Auto administrada. De los ítems 1 al 5, las respuestas A a D, se puntúan de 4 a 1. De los ítems del 6 al 10, las respuestas A a D, se puntúan de 1 a 4.

Solo posee una sola dimensión en la cual la calificación es dada por la suma de los 10 ítems:

De 30 a 40 puntos: Autoestima alta. Se manifiesta en el sujeto, se demuestra de por si como alguien capaz de asumir cualquier situación o circunstancia buena o mala, inclusive si es alterante para su vida, es así alguien autónomo y veraz al momento de salir victorioso en la situación, que se le atraviere, convirtiéndose en el ser humano lleno de destrezas y confianza en el mismo (Garay, 2005). Es así, el autoestima alta hace referencia a que los adolescentes están en un nivel excelente tanto en su ambiente como tal y la sociedad, a fin de poder relacionarse adecuadamente a nivel personal y demostrar así una autonomía óptima desenvolviéndose en su lugar de trabajo con una excelente predisposición y todos los miembros de su alrededor lo evidencian.

De 26 a 29 puntos: Autoestima media. Se da a partir en el cual el ser humano tiene ciertos desequilibrios emocionales, por medio de las situaciones detonantes o fuerte, en algún momento logra afrontarlo de manera exitosa, pero en otras circunstancias no y fracasa como persona, convirtiéndose en alguien vulnerable e indefenso ante la crisis, se necesita otra persona para que lo aliente o lo apruebe (Pineda & Casas, 2015). De tal manera, el autoestima media da a conocer al sujeto como una persona que tiene sus momentos altos como bajos en distintas situaciones de su vida y como él lo afronta o pierde.

Menos de 25 puntos: Autoestima baja. En este caso la persona tiene un poco valoración, amor, afecto hacia el mismo, haciéndose de menos en todo tiempo sin creer que podrá afrontar o lograr algo, que se plantee, no se interesa por tener mayor conocimiento o sobresalir ante otra persona,

siempre piensa que es un perdedor y no sirve de nada (Rojas, 2007). En este caso el autoestima baja la persona posee un nivel de inferioridad con respecto hacia como, se ve él y como tiene su propio valor ante los acontecimientos, que se presentan.

Inventario de ansiedad estado y rasgo IDARE

El instrumento evaluado es el inventario de ansiedad estado y rasgo IDARE su primera versión fue desarrollada entre los años 1964 y 1970 a cargo de Spielberger, Gorshuch y Lushene, en California, Estados Unidos (Spielberger, 1994). Su traducción al español es por Rogelio Díaz-Guerrero, la Aplicación es de tipo Individual o Colectivo. Desde la primera publicación, con el correr de los años el Inventario de Ansiedad Estado Rasgo, se ha utilizado en más de 14.000 estudios tanto en población adulta como infantil (STAI – STAIC) y ha sido adaptado a más de sesenta idiomas y/o dialectos (Spielberger, 2009). Los resultados de la subescala de ansiedad rasgo, fueron comparados con otros criterios externos que median la misma variable, tales como: MÁS de Taylor, ASQ de Cattell y Scheier y la escala de ansiedad de Gales, con los cuales, se correlacionaron significativamente (Spielberger, 1994; 2009). Es decir, estas escalas son comprobadas por medio de sus variables establecidas.

De la amplia cantidad de ítems, que se utilizaron durante la investigación, que contó con una muestra de más de 2000 estudiantes, se seleccionaron 20 reactivos, los cuales, se utilizaron para medir ambas dimensiones de la ansiedad, se conforma así la primera versión de STAI (Spielberger, 2003). Para la creación de la subescala STAI-T, se seleccionaron 20 elementos que tuvieran altas correlaciones con el MAS, ASQ y la Escala de Ansiedad de Gales y que presentaran mayor estabilidad en el tiempo, y aquellos 20 elementos que tuvieran mayor consistencia interna y validez de constructo, en referencia al estado de ansiedad, fueron seleccionados para la subescala STAI-S. Cabe destacar que las respuestas para los ítems de STAI-T fueron: a) almost never (casi nunca)., b) sometimes (a veces)., c) often (a menudo)., d) almost always (casi siempre)., en tanto las respuestas a los ítems de STAI-S fueron: a) not at all (nada)., b) somewhat (algo)., c) moderately so (moderadamente)., d) very much so (mucho) (Spielberger, 1994).

A continuación, se observan los datos tanto de fiabilidad de la escala del inventario de ansiedad estado y rasgo IDARE, obtenidos por medio del coeficiente de confiabilidad Alfa de Cronbach (α). En lo cual podemos evidenciar en nuestros participantes una regularidad en sus respuestas al reactivo psicométrico, sin importan algún factor que pueda cambiar la respuesta.

Tabla 2.2. Fiabilidad de inventario de ansiedad estado y rasgo IDARE

Alfa de Cronbach	N de elementos
,697	40

Nota: 200 observaciones

En la tabla, se observa que la muestra nos muestra un alfa de Cronbach de ,697 es cuestionable por lo cual el máximo es 1, de acuerdo al número de elementos y en este caso son 40.

Consta de 40 ítems, es aplicable a Adolescentes de 12 a 18 años, no posee límite de tiempo, pero aproximadamente, se ejecuta alrededor de 15 a 20 minutos, su finalidad es la evaluación de la ansiedad en sus dos dimensiones, tanto de A-Rasgo como A –Estado.

Para aquellos reactivos en los cuales una valoración alta indica poca ansiedad el valor numérico de la calificación es inverso. Así pues, el valor numérico de la calificación para las respuestas marcadas 1, 2, 3, o 4, en el caso de los reactivos inversos, viene a ser de 4, 3, 2 y 1 respectivamente La escala A-Rasgo del IDARE tiene 7 reactivos invertido y 13 reactivos de calificación directa. Los reactivos invertidos de las escalas del IDARE son los siguientes.

Los reactivos positivos y directos para la ansiedad en la escala de ansiedad - estado son: 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17 y 18. Los negativos e invertidos son: 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 y 20.

En la escala ansiedad-rasgo, los ítems positivos y directos son: 22, 23, 24, 25, 28, 29, 31, 32, 34, 35, 37, 38 y 40. Los negativos e invertidos son: 21, 26, 27, 30, 33, 36 y 39.

Para obtener la puntuación del sujeto en cada una de las escalas, se utilizaron los parámetros siguientes:

$$\text{Ansiedad-estado: } \sum RP - \sum RN + 50 = AE$$

$$\sum RP - \sum RN + 35 = AR$$

RP-Reactivos positivos

RN-Reactivos negativos

Las constantes, que se suman en ambas fórmulas (50 y 35), se obtienen al multiplicar el número total de reactivos inversos en cada escala por cinco.

A través de esta constante, se revierte automáticamente el peso de las respuestas para cada reactivo.

Una vez obtenida la puntuación requerida, se lleva a la siguiente escala:

Nivel de ansiedad:

- Baja (menos de 30 puntos)
- Media (30-44 puntos)
- Alta (más de 44 puntos)

Los coeficientes de confiabilidad alfa son típicamente más altos para la Escala A-Estado, se aplica bajo las condiciones de tensión psicológica es 0.92 y de 0.94 es aplicada inmediatamente después de ver una película generadora de ansiedad, y de 0.89 al ser aplicada por un periodo breve de entrenamiento de relajación.

A-Rasgo es relativamente alta. Los coeficientes de estabilidad para la escala de A-Estado tienden a ser baja como era de anticiparse en medida que ha sido diseñada para ser influenciada por factores situacionales, sea por catástrofe natural, pérdida de un familiar, pérdida de trabajo o despido a su vez, son factores brutalmente dañinos para el sujeto en ese momento.

2.4. Participantes

El estudio, se realizó con los representantes legales y estudiantes de la unidad educativa “Huachi Grande” como de la unidad educativa “Ricardo Descalzi” de la ciudad de Ambato.

Población

La población de interés son los estudiantes adolescentes que cursan décimo año de básica, primero bachillerato y segundo bachillerato, correspondientes a la edad de 13 a los 17 años con un total de 200, de un colegio público y privado de la ciudad de Ambato. Sin escoger o tener alguna preferencia para la aplicación de los test psicométricos ya sea por la etnia, nivel económico, cultura entre otras, con el fin de no menospreciar a nadie sino verificar que es lo que aborda los test.

Muestra

La muestra es entendida como la parte del estudio, que se va desarrollar a fondo para el proyecto de investigación. Además, se caracteriza por tener cierto margen de error, por un nivel de confianza, un nivel de probabilidad de la muestra del estudio (Morales, 2012). Dicho de otro

modo, se tomó en cuenta las evaluaciones aplicadas a 200 estudiantes por diversas razones como: espacios en blanco, llenar al azar entre otras. En la investigación, se hizo con dos Unidades Educativas de 200 estudiantes, 100 de cada una: “Unidad Educativa Huachi” correspondiente a la institución pública, dicha institución tiene escuela y colegio, la “Unidad Educativa Ricardo Descalzi” correspondiente a una institución privada, sin embargo este preste servicio educativo desde el pre kínder, escuela y colegio, las dos pertenecen a la ciudad de Ambato. Cabe recalcar que las dos instituciones varían sus niveles étnicos, niveles económicos entre otros.

Muestreo

El tipo de muestreo a utilizar es de tipo no probabilístico por conveniencia puesto que, se consideraron los siguientes parámetros: estudiantes de décimo año de básica, primero de bachillerato y segundo de bachillerato de un colegio público y privado, consentimiento informado de parte de los tutores. Autores como Lastra (2000), manifiesta que “encuestas probabilísticas tienen por objeto estudiar los métodos para seleccionar y observar una parte, que se considera representativa de la población, denominada muestra” (p. 5). Es decir, no todos los estudios demostrarán una misma probabilidad de ser seleccionada o no. Por ejemplo, según Fowler (1972), “Con este método es posible determinar la probabilidad que tiene cada elemento de la población de ser escogido en la muestra” (p. 4). Por tal motivo, en la investigación, se tomó en cuenta los parámetros dichos anteriormente.

2.5. Caracterización de la muestra

En el proyecto, se evidenciará los resultados en cuanto al análisis de las variables manifestadas, para manifestar las diferencias que muestran los participantes. Se tomó en cuenta los datos personales de los participantes en los encabezados de los test como son: sexo, edad, escolaridad, institución. No obstante, en el análisis, se realizó de manera descriptiva y correlacional en función del sexo, curso, edad, institución para ver si entre esos factores existen igualdad o desigualdad, se realizaron análisis estadísticos descriptivos por: frecuencia (f), desviación estándar (Ds) representación porcentual (%).

Tabla 2.3. Análisis estadístico de la edad y datos personales

Variabes	Media	Desviación
Edad	3,24	1,12
Variabes	Frecuencia	Porcentaje
Sexo		
Masculino	113	56,5 %
Femenino	87	43,5%
Edad		
13 años	5	2,5%
14 años	53	26,5%
15 años	70	35,0%
16 años	32	16,5%
17 años	40	20,0%

Nota: 200 observaciones.

La edad en la tabla 3, se encontró una M de 3,24 y una Ds de 1,12. En relación, a la variable de sexo en la tabla 4, se encontró en el caso de los hombres una representación porcentual del 56,5% y en mujeres una representación porcentual de 43,5%. Además, en la edad: existe un 2,5% correspondiente a 13 años, un 26,5% referente 14 años, 35% equivalente a los 15 años, un 16,5% perteneciente a los 16 años y un 20,0% a los 17 años. Es decir, existe una mayor población en los adolescentes de 14 años que al resto de la muestra.

Por tal razón, es importante mencionar que en estudios realizados en Ecuador mencionan que los niños y niñas de 5 a 11 años son los más numerosos y representan el 39% del total, y el 33% restante son adolescentes de 12 a 17 años (INEC, 2017). De acuerdo con lo mencionado, se evidencia que en el Ecuador existe un mayor indicio de niños, niñas en comparación a los adolescentes.

Tabla 2.4. Análisis estadístico de los datos personales por curso e institución

Variabes	Media	Desviación
Cursos	1,98	,746
	Frecuencia	Porcentaje
Institución		
Pública	100	50,0 %
Privada	100	50,0%
Distribución por curso		
Décimo Básico	57	28,5%
Cuarto Bachillerato	89	44,5%
Quinto Bachillerato	54	27,0%

Nota: 200 observaciones.

En la tabla 2.4, se compara con los cursos, se encontró una Media de $M=1,98$ y una Ds de, 746. En la variable de institución, se encontró un 50% correspondiente a la pública y un 50% con respecto a la privada. En relación, con el 28,5% fueron de décimo año de básica, el 44.5% fueron de cuarto bachillerato y el 27,0% de quinto bachillerato. Es decir, existe un mayor número en los adolescentes de cuarto bachillerato con relación a los de décimo año de básica y quinto bachillerato.

Por corroborar los resultados obtenidos, es posible manifestar que, en estudios realizados en el Ecuador, se evidencia un sistema educacional basado en la Ley Orgánica de Educación Intercultural (LOEI), vigente desde el 2011 y reformada en 2015. A través de ella, se busca garantizar “el derecho a la educación, determina los principios y fines generales que orientan la educación ecuatoriana en el marco del Buen Vivir, la interculturalidad y plurinacionalidad” (UNESCO, 2011). Es decir, todos los adolescentes tienen derecho a la educación sin importar su situación socioeconómica.

2.6. Procedimiento metodológico

La presente investigación es descriptiva, de tipo correlacional y de corte transversal. La cual tiene como objetivo determinar el autoestima y ansiedad en los adolescentes de décimo año de básica, primero bachillerato y segundo bachillerato de una institución pública y privada de la ciudad de Ambato, para su fundamentación teórica, se procedió a investigar en: artículos científicos, revistas, libros, documentos sobre el tema a tratar.

En cuanto a la selección de los participantes, se realizó un análisis a las instituciones educativas que dieron apertura para la realización del proyecto de investigación, las cuales fueron: Unidad Educativa Huachi Grande y Unidad Educativa Ricardo Descalzi.

Por otra parte, se realizó la selección de los instrumentos psicométricos para la investigación de las variables de estudio, se identificó su nivel de validez y confiabilidad.

Posteriormente, se procedió a la socialización del proyecto con el objetivo que los representantes legales autoricen la participación de sus hijos en la investigación, se da a conocer que la información obtenida era completamente para fines académicos. En primer lugar, se informó a los participantes que posean la autorización de sus tutores legales para poder colaborar en la presente investigación, todos eran menores de edad.

A continuación, se realizó la observación científica, la cual por medio de la observación nos da nuevas alternativas de la hipótesis planteada junto con el problema establecido, con el fin de desarrollar información útil para las conclusiones.

Después, se realizó una entrevista psicológica estructurada por medio de los encabezados de los test psicométricos, se insertó los datos para la recolección de información de cada participante y se evaluó por medio de los reactivos : Escala de Autoestima de Rosenberg y el Inventario de Ansiedad Estado y Rasgo IDARE, a un total de 200 estudiantes con edades entre 13 a 17 años de edad, no obstante, para esta entrevista los adolescentes presentaron la carta de consentimiento informado , son menores de edad y posterior a llenar los test, con un tiempo estimado de 30 minutos por ambos reactivos.

Posteriormente, de la aplicación de las pruebas, se procedió a tabular e interpretar los datos obtenidos a través del Sistema de Análisis Estadístico SPSS versión 21, el cual tiene como función analizar los datos y realizar ilustraciones gráficas, al contar con toda la información como de los reactivos aplicados y finalmente, se procedió a realizar un análisis descriptivo, correlacional.

2.7. Resultados

2.7.1. Análisis descriptivo de las evaluaciones psicológicas

A continuación, se realiza el análisis de los resultados obtenidos mediante el empleo de instrumentos psicológicos para las variables Escala de Autoestima de Rosenberg y el Inventario de Ansiedad Estado y Rasgo IDARE.

2.7.2. Análisis de la escala de autoestima de Rosenberg

Este instrumento de medición psicológica permite evaluar el autoestima con sus 3 tipos: baja, media, alta. Para el análisis, se exhibe los resultados a través de la media aritmética (M) y desviación estándar (Ds) de cada uno de los factores en función a la población (Ver tabla 2.5).

Tabla 2.5. Escala de autoestima de Rosenberg

Variables	Media	Desviación
Autoestima	2,18	,777
	Frecuencia	Porcentaje
Tipo		
A. Baja	45	22,5 %
A. Media	73	36,5%
A. Alta	82	41,0%

Nota: 200 observaciones.

En el análisis descriptivo de la escala de autoestima de Rosenberg, se evidencia una media de $M=2,18$ con una desviación de $Ds=,777$. Poseen autoestima baja un 22,5%, un 36,5% referente a la autoestima media y 41,0% concerniente a la autoestima alta (ver gráfico 2.1).

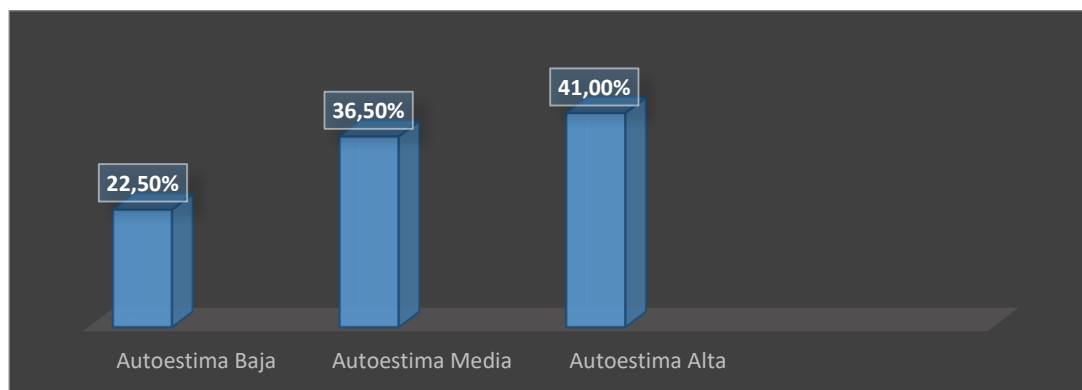


Gráfico 2.1. Representación gráfica de los participantes del estudio en función del tipo de autoestima

En el gráfico, se evidencia que existe una predominancia en el autoestima alta, sin embargo, se cambiaría la autoestima media para estar en su rango normal debido a su entorno en el cual los adolescentes, se encuentran. Sin embargo, una autoestima alta, se relaciona con una mayor satisfacción ante la vida y el propio sujeto, se muestra con buenas actitudes y habilidades que forjan un ser autónomo (Martínez, Buelga y Cava, 2007). Dicho en otras palabras, es bueno mantener una autoestima alta, sin crecer un ego ante los demás y generar en el sujeto un completo de superioridad.

2.7.3. Análisis de la ansiedad estado y ansiedad rasgo

2.7.4. Análisis descriptivo del inventario ansiedad estado y ansiedad rasgo IDARE

Este instrumento de medición psicológica permite evaluar los niveles de ansiedad estado y ansiedad rasgo. Para el análisis, se exhibe los resultados a través de la media (M) y desviación estándar (Ds) de cada uno de los factores en función a la población (Ver tabla 2.6).

Tabla 2.6. Ansiedad estado y ansiedad rasgo

Variables	Media	Desviación
A. Estado	2,23	,615
A. Rasgo	2,33	,594
		Frecuencia
		Porcentaje
Tipo		
A.E. Baja	20	10,0 %
A.E. Media	114	57,0%
A.E. Alta	66	33,0%
Tipo		
A.R. Baja	13	6,5%
A.R. Media	108	54%
A.R. Alta	79	39,5%

Nota: 200 observaciones.

Del análisis descriptivo inventario ansiedad estado y ansiedad rasgo IDARE, se obtuvo una media en ansiedad estado de $M=2,23$ con una desviación de $Ds=,615$. El tipo de ansiedad estado para este estudio fueron: un 10% correspondiente a una ansiedad estado baja, el 57,0% referente a una ansiedad estado media y finalmente, el 33,0% concerniente a una ansiedad estado alta. Por otro lado, concerniente ansiedad rasgo una media de $M=2,33$ con una desviación de $Ds=,594$. El tipo de ansiedad rasgo para este estudio fueron: un 6,5% correspondiente a una ansiedad rasgo baja, el 54% referente a una ansiedad rasgo media y un 39,5% concerniente a una ansiedad rasgo alta (ver gráfico 2.2).

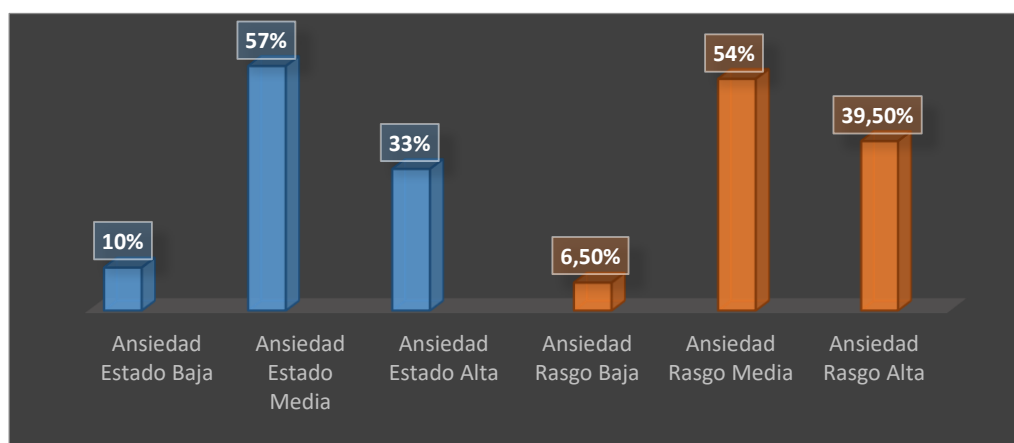


Gráfico 2.2. Representación gráfica de la distribución de los participantes del estudio en función del tipo de ansiedad estado y ansiedad rasgo

En el gráfico, se evidencia que existe una puntuación mayor con respecto ansiedad estado media, en segundo lugar, se encuentra ansiedad estado alta y finalmente, ansiedad estado baja,

sin embargo, se busca la manera en los cuales bajar al mínimo de ansiedad para un mejor estilo de vida en los adolescentes. No obstante, en el gráfico referente ansiedad rasgo su rango más alto, es así un poco problemático, se recomienda bajar al mínimo de la ansiedad con respecto al rasgo bajo para estar sin ningún altercado en la muestra de los adolescentes y ayudarlos a afrontar dicha situación.

2.7.5. Análisis correlacional de el autoestima y ansiedad estado, ansiedad rasgo

Esta área, se enfoca en determinar si las variables bajo análisis en qué nivel presentan una relación entre ellas. Es así, que se presenta, a continuación, cada una de las variables de estudio con los respectivos niveles de correlación significativa. (Ver tabla 2.7.).

Tabla 2.7. Matriz de correlaciones

	Autoestima	Ansiedad Estado	Ansiedad Rasgo
Autoestima	1	-,260**	-,270**
Ansiedad Estado	-,260**	1	-,766**
Ansiedad Rasgo	-,270**	-,766**	1

Nota: ** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

La tabla explica que existe una correlación significativa al nivel 0,01 (bilateral), en cuanto a las variables vemos que a mayor autoestima presenta menor ansiedad en los adolescentes de la muestra.

2.7.6. Análisis de las correlaciones por sexo

Se evidencia en la tabla el tipo de correlación por el género entre autoestima, ansiedad estado y ansiedad rasgo de nuestra muestra y se demuestra cual es el predominante (ver tabla 2.8).

Tabla 2.8. Matriz de correlaciones hombres y mujeres

Hombres	Autoestima	Ansiedad Estado	Ansiedad Rasgo
Autoestima	1	-,322**	-,264**
Ansiedad Estado	-,322**	1	,746**
Ansiedad Rasgo	-,264**	,746**	1
Mujeres	Autoestima	Ansiedad Estado	Ansiedad Rasgo
Autoestima	1	-,198	-,272*
Ansiedad Estado	-,198	1	,786**
Ansiedad Rasgo	-,272*	,786**	1

Nota: * La correlación es significante al nivel 0,05 (bilateral).

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Se observa que existe una correlación en la variable ansiedad estado y ansiedad rasgo en hombres como género predominante. Por otro lado, la autoestima, se relaciona con la ansiedad

rasgo en hombres, a mayor autoestima menor ansiedad rasgo. Es decir, las mujeres no tienen una correlación en cuanto a la variable ansiedad estado, pero sí abarcan una correlación en ansiedad rasgo. Además, la autoestima no tiene relación con la ansiedad de estado. La autoestima, se relaciona con la ansiedad rasgo en mujeres a mayor autoestima menor ansiedad rasgo. Sin embargo, en las mujeres, no se demuestra una correlación en cuanto, a las variables juntas, autoestima, ansiedad estado y ansiedad rasgo.

2.7.7. Análisis de las correlaciones por curso

Se evidencia en la tabla el tipo de correlación que existirá por el curso, que se encuentra el estudiante y veremos los niveles autoestima, ansiedad estado y ansiedad rasgo de nuestra muestra y se demuestra cuál es el mayoritario (ver tabla 2.9).

Tabla 2.9. Matriz de correlaciones por curso

Décimo año de básica	Autoestima	Ansiedad Estado	Ansiedad Rasgo
Autoestima	1	-,420**	-,485**
Ansiedad Estado	-,420**	1	,681**
Ansiedad Rasgo	-,485**	,681**	1
Cuarto bachillerato	Autoestima	Ansiedad Estado	Ansiedad Rasgo
Autoestima	1	-,130	-,140
Ansiedad Estado	-,130	1	,819**
Ansiedad Rasgo	-,140	,819**	1
Quinto Bachillerato	Autoestima	Ansiedad Estado	Ansiedad Rasgo
Autoestima	1	-,324*	-,274*
Ansiedad Estado	-,324*	1	-,761**
Ansiedad Rasgo	-,274*	,761**	1

Nota: ** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Se evidencia en la tabla que existe una relación en los estudiantes de décimo básico en las variables autoestima y ansiedad estado como ansiedad rasgo entre sí. Además, los estudiantes de cuarto bachillerato, se relacionan con el autoestima y ansiedad rasgo mas no presenta una correlación en la variable ansiedad estado. No obstante, en los estudiantes de quinto bachillerato posee relación a las variables autoestima y ansiedad estado como ansiedad rasgo, tienen en sí correlaciones significativas.

2.7.8. Análisis de las correlaciones por edad

Se observa en la tabla el tipo de correlación que tienen los adolescentes en cuanto a su edad y las variables autoestima, ansiedad estado y ansiedad rasgo de nuestra muestra y verificar cual incide más en ellos (ver tabla 2.10).

Tabla 2.10. Matriz de correlaciones por edades

13 años	Autoestima	Ansiedad Estado	Ansiedad Rasgo
Autoestima	1	-,512	-,721
Ansiedad Estado	-,512	1	-,829
Ansiedad Rasgo	-,721	,829	1
14 años	Autoestima	Ansiedad Estado	Ansiedad Rasgo
Autoestima	1	-,275*	-,376**
Ansiedad Estado	-,275*	1	,643**
Ansiedad Rasgo	-,376**	,643**	1
15 años	Autoestima	Ansiedad Estado	Ansiedad Rasgo
Autoestima	1	-,199	-,253*
Ansiedad Estado	-,199	1	-,834**
Ansiedad Rasgo	-,253*	-,834**	1
16 años	Autoestima	Ansiedad Estado	Ansiedad Rasgo
Autoestima	1	-,088	,139
Ansiedad Estado	,088	1	,750**
Ansiedad Rasgo	-,139	,750**	1
17 años	Autoestima	Ansiedad Estado	Ansiedad Rasgo
Autoestima	1	-,493**	-,240**
Ansiedad Estado	-,493**	1	,726**
Ansiedad Rasgo	-,440**	,726**	1

Nota: * La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

No hay correlación significativa en los estudiantes de 13 años, en ese rango de edad no crece o decrece el autoestima y la ansiedad estado como ansiedad rasgo. Mientras tanto, los de 14 años presentan una relación tanto en autoestima, ansiedad estado como ansiedad rasgo, se evidencia

una correlación más significativa en cuanto a la ansiedad rasgo. Por otro lado, en los adolescentes de 15 años si presentan una relación en el autoestima y ansiedad rasgo, en ansiedad estado no existe una relación. No obstante, en los adolescentes de 16 años, no se relacionan entre las variables autoestima, ansiedad estado y ansiedad rasgo. Sin embargo, existe una relación en ansiedad rasgo. Finalmente, se observa una correlación entre las variables autoestima y ansiedad estado como rasgo con respecto a los estudiantes de 17 años.

2.7.9. Análisis de las correlaciones por institución

Se observa en la tabla el tipo de correlación que tienen los adolescentes en cuanto a la institución educativa y las variables autoestima, ansiedad estado y ansiedad rasgo de nuestra muestra y evidenciar cual tiene mayor índice (ver tabla 2.11).

Tabla 2.11. Matriz de correlaciones Institución Pública

Institución Pública	Autoestima	Ansiedad Estado	Ansiedad Rasgo
Autoestima	1	-,376**	-,410**
Ansiedad Estado	-,376**	1	,662**
Ansiedad Rasgo	-,410**	,662**	1
Institución Privada	Autoestima	Ansiedad Estado	Ansiedad Rasgo
Autoestima	1	-,221*	-,203*
Ansiedad Estado	-,221*	1	,776**
Ansiedad Rasgo	-,203*	,776**	1

Nota: ** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Existen valores mucho más altos, que se relacionan entre sí, eso quiere decir, que se relacionan las variables autoestima, ansiedad estado como rango con respecto a la institución pública. Además, el puntaje más alto corresponde en la institución pública y la privada decae por poca diferencia.

CAPÍTULO III. PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

3.1.Objetivos del programa de intervención

- Potencializar la autoestima y disminuir o eliminar los niveles de ansiedad encontrados en el estudio.
- La intervención, se fundamenta en técnicas provenientes del modelo integrativo cuya base teórica proviene de la psicología cognitiva, conductual, constructivista y de la personalidad.

3.2.Características del programa de intervención

El programa está compuesto por guías, talleres, dinámicas que generan un óptimo resultado a la hora de observar una mejoría en los adolescentes por las actividades del programa.

GUÍA N° 1 FICHA INTEGRATIVA DE EVALUACIÓN PSICOLÓGICA FIEPS

- El objetivo de la Guía N°1 es recolectar información relevante en la primera fase de acercamiento para realizar una aproximación diagnóstica de las variables de estudio (ansiedad y autoestima en los adolescentes). El apartado de datos informativos involucran elementos sociodemográficos directos como residencia, instrucción, edad, religión que explican los niveles de ansiedad y autoestima encontrados en la muestra. El origen de la demanda es de tipo institucional por ser quienes realizan el acercamiento y expresan la necesidad de la intervención; es explícita porque claramente, se conoce la necesidad de intervenir en los niveles de ansiedad y autoestima en los adolescentes; la demanda implícita es una variable extraña que podría intervenir en las variables de estudio y surgir durante las sesiones de intervención.

Respecto a los antecedentes disfuncionales este apartado analiza a nivel grupal características psicológicas respecto a las variables asociadas al estudio u otras que pudieran ser relevantes para el mismo. En la biografía psicológica personal y familiar este apartado sistematiza por cursos, la intervención, se propone a nivel grupal; el apartado de pruebas psicológicas, se considera los resultados de las pruebas Escala de autoestima de Rosenberg e Inventario de Ansiedad Estado y Rasgo IDARE. Respecto a la descripción diagnóstica, se encontró niveles moderados de autoestima y ansiedad. En el diagnóstico descriptivo del problema, trastorno, personalidad, se evidencia en la falta de seguridad en el primer momento con el psicólogo al realizar las pruebas, a través de

la mirada evitativa, dudas en la entrega del reactivo, pregunta entre pares en vez de hacerlo al evaluador; se observó niveles de ansiedad y estrés al momento de la aplicación de reactivos. El apartado de criterios pronósticos respecto al grupo de estudio es favorable debido a un reporte temprano por parte de la institución, una intervención psicológica orientada a mejorar los niveles de autoestima y reducir los niveles de ansiedad por medio de un asesoramiento psicológico efectivo. En recomendaciones, se establece acuerdos previos al proceso con la institución para lograr la meta propuesta de la intervención tales como; facilitar un espacio físico permanente para impartir el programa de intervención en un ambiente favorable, respetar el tiempo establecido de las sesiones, los días fijos, facilitar la salida de los estudiantes a las sesiones, socializar con los padres de familia y docentes el programa a realizarse, motivar a los estudiantes en la participación del programa libres de sanciones o reconocimientos.

GUÍAS DEL PROCESO PSICOTERAPÉUTICO

GUÍA N°1

FICHA INTEGRATIVA DE EVALUACIÓN PSICOLÓGICA FIEPS

N°1

Fecha:**Elaborado por:** Evelyn Guevara

DATOS INFORMATIVOS

Nombre: Decimo Básico a Quinto Bachillerato

Edad: 13- 17 años **Estado Civil:** Soltero **Religión:** No refiere

Lugar y fecha de nacimiento: No refiere

Residencia: No refiere **Dirección:** Huachi Grande y Víctor Hugo **Telf:** No refiere

Instrucción: Secundaria **Ocupación:** Estudiante

Informante: Unidad Educativa Huachi Grande y Ricardo Descalzi **Parentesco:** No refiere

Tipo de consulta:

Ambulatorio	X	Acogida	
Hospitalizado		Consulta Privada	
Otros ¿Cuál?			

DEMANDA

ORIGEN			
Paciente		Familiar (s)	
Profesional		Institucional	X

EXPLÍCITA

La institución solicito de manera verbal la intervención psicológica externa.

IMPLÍCITA

ANTECEDENTES DISFUNCIONALES

- Rectora de la institución refiere que los estudiantes presentan riñas frecuentes entre ellos

- Presentan niveles de ansiedad y estrés altos y frecuentes
- Discriminación por diferencias sociales que afectan al grupo

BIOGRAFÍA PSICOLÓGICA PERSONAL Y FAMILIAR

- La mayoría de los estudiantes tienen padres agricultores/comerciantes
- La mayoría de estudiantes son responsables de sus hermanos menores/ cuidado y alimentación
- La idea del trabajo infantil y el comercio es prioritaria frente al estudio

RESULTADOS DE PRUEBAS PSICOLÓGICAS

Autoestima de Rosenberg = 36.5 %

Ansiedad Estado Idare = 57 %

Ansiedad Rasgo Idare = 54 %

DESCRIPCIÓN DIAGNÓSTICA

Los niveles de autoestima moderada y niveles de ansiedad estado moderado

DIAGNÓSTICO DESCRIPTIVO DEL PROBLEMA O TRASTORNO

Las condiciones socioeconómicas, familiares, laborales de la dinámica familiar y escolar incluyen los niveles de ansiedad y autoestima moderada

DIAGNÓSTICO DESCRIPTIVO DE LA PERSONALIDAD

Debido a los cambios neuroanatómicos y fisiológicos los niveles de activación conductual, se observan de que problemas de interacción social diarias

CRITERIOS PRONÓSTICOS

Adecuado, los adolescentes manejan sus niveles de ansiedad transitorios, se aprende técnicas psicológicas específicas.

RECOMENDACIONES

Trabajar frecuentemente la institución con talleres de apoyo para promover el desarrollo personal.

GUÍA N° 2 FICHA DE ANÁLISIS DE DEMANDA, EXPECTATIVAS Y MOTIVACIONES PREVIAS AL INICIO DEL PROCESO

Esta guía, se llena en la primera fase previa al proceso de intervención en la etapa diagnóstica para analizar las expectativas y motivaciones del grupo el psicólogo y la institución.

- Respecto al origen de la demanda psicológica cabe destacar que es de tipo institucional, se compromete el nivel de participación de los estudiantes, no se da por iniciativa propia y pudiera interferir como elemento de adhesión en el programa, es un dato a considerarse como relevante por lo que el psicólogo interventor trabajará con estrategias que fortalezcan alianzas y el vínculo relacional. El elemento explícito en la demanda facilita la intervención, se orienta a la ansiedad y a la autoestima; el tipo de demanda es de asesoramiento orientado a potencializar y promover la autoestima e intervenir en la ansiedad a nivel primario exclusivamente. En el análisis de las expectativas y motivaciones de los participantes (paciente/cliente), se recomienda facilitar este apartado por escrito para llenarlos y conocer sus niveles de motivación e interés respecto a la intervención, opciones de selección 1 muy bajo, 2 bajo, 3 medio, 4 alto, 5 muy alto en los elementos de: supresión de síntomas, complacencia, remisión institucional, exigencias del entorno, curiosidad, otros.

Respecto a las expectativas y motivaciones del (terapeuta/asesor) este apartado valora el nivel de expectativas y motivaciones del profesional en la intervención específica a desarrollarse; los criterios a considerar son: vocación de ayuda, adquirir experiencia, el manejo de elementos contra transferenciales, factor económico, cinco niveles de autoevaluación en este bloque 1 muy bajo, 2 bajo, 3 medio, 4 alto, 5 muy alto.

Respecto al apartado de (familiares/amigos/instituciones) corresponde a los pacientes o clientes donde llenarían el nivel de expectativas y motivación que tienen para cumplir la demanda y necesidad de otros en la intervención; es decir, se indaga si la expectativa y motivación del paciente es satisfacer las necesidad de familiares, amigos en la institución donde los criterios a considerarse son: afán de ayuda de familiares, sentimientos de ayuda de amigos, experiencias previas de familiares, exigencias familiares, engaño de familiares, exigencias

institucionales, intereses institucionales, otros y el nivel de evaluación es 1 muy bajo, 2 bajo, 3 medio, 4 alto, 5 muy alto.

GUÍA N°2 ANÁLISIS DE DEMANDA, EXPECTATIVAS Y MOTIVACIONES

PREVIAS AL INICIO DEL PROCESO

DEMANDA PSICOLÓGICA

ORIGEN	
Paciente/ cliente	
Familiar	
Profesional	
Institución	X

DEMANDA	
Explícita (manifiesta)	X
Implícita (latente)	
TIPO DE DEMANDA	
Asesoramiento	
Psicoterapia	X

EXPECTATIVAS Y MOTIVACIONES

PACIENTE/ CLIENTE	1	2	3	4	5
Asesoramiento					X
Supresión de síntomas					X
Complacencia a familiares y allegados	X				
Remisión de otros profesionales					X
Exigencia de status	X				
Curiosidad					X
Otras					

TERAPEUTA/ ASESOR	1	2	3	4	5
Vocación de ayuda					X
Adquisición de experiencia					X
Fenómenos contra- transferenciales	X				
Factores económicos	X				
Obligación institucional					X
Otros					

FAMILIARES, AMIGOS E INSTITUCIONES	1	2	3	4	5
Afán de ayuda de familiares	X				
Sentimientos de ayuda de amigos	X				
Experiencias previas de familiares	X				
Exigencias familiares	X				
Engaño de familiares	X				
Exigencias institucionales					X
Intereses institucionales					X
Otros					

Muy alta = 5 Alta = 4 Media = 3 Baja = 2 Muy baja = 1

GUÍA N° 3 TIPOS DE PRIMERA ENTREVISTA

En este apartado el psicólogo orienta en la fase de intervención con una entrevista de psicodiagnósticos con el grupo para establecer elementos de alianza y vínculo, para identificar las fortalezas del grupo, los rasgos de personalidad y los elementos a intervenir como la ansiedad y la autoestima en los participantes; la primera entrevista marca como un inicio de proceso terapéutico.

Al término de la primera entrevista el psicólogo responde cuestionamientos para autoevaluar sus habilidades necesarias, destrezas personales y relacionales previos al inicio del proceso; explicara en forma argumentativa el porqué de la ausencia o presencia de la habilidad interrogada; el objetivo es mantener las competencias consolidadas por parte del interventor y trabajar en el desarrollo de las habilidades pendientes a fin de garantizar su nivel óptimo de desempeño en la intervención. Estos criterios de la GUÍA N°3 serán utilizados al término de cada sesión por el psicólogo para autoevaluación y monitoreo de sus competencias relacionales con el grupo; son indicadores pronósticos de éxito en el proceso.

GUÍA N° 3 TIPOS DE PRIMERA ENTREVISTA

Entrevista de psicodiagnósticos	X
Entrevista de consulta	
Entrevista única	
Inicio de proceso psicoterapéutico	

INTERROGANTES AL FINALIZAR LA PRIMERA ENTREVISTA

	SÍ	NO	¿POR QUÉ?
¿Logré que el paciente/cliente hable con libertad sobre su problema?			
¿Tengo claridad en la concepción del trastorno/problema?			
¿He llegado a conclusiones apropiadas de personalidad?			
¿He identificado las facilidades y dificultades en la ayuda o tratamiento?			
¿Percibí su trastorno/ problema desde su propio punto de vista?			
¿Se sintió comprendido en su trastorno/ problema?			
¿Tengo claridad en las posibilidades de la ayuda o tratamiento?			
¿Terminó convencido sobre las posibilidades y objetivos de la psicoterapia o asesoramiento?			
¿Tiene confianza en mí como profesional y en la psicoterapia o asesoramiento?			
¿Se identificaron componentes de resistencia?			
¿Se identificaron componentes de transferencia?			
¿Se identificaron componentes de contratransferencia?			

GUÍA N°4 SÍNTESIS VALORATIVA Y DIAGNÓSTICA DE COMPONENTES BIOLÓGICOS, PSICOLÓGICOS Y SOCIALES

- Esta guía, se aplica al inicio del proceso terapéutico previo a la ejecución de las sesiones; el modelo integrativo considera relevantes los elementos de tipo biológicos, psicológicos y sociales en la descripción del trastorno, problema y la personalidad.

Este apartado involucra la descripción del trastorno y problema, en este caso particular de intervención los cambios psicofisiológicos, endocrinos de los adolescentes influyen en sus niveles de ansiedad y autoestima debido a la etapa de desarrollo evolutivo, que se encuentran. Mientras tanto, los factores sociales, familiares que influyen en el problema están relacionados con las características sociodemográficas del grupo de estudio como instrucción de los padres, nivel económico, residencia, el ambiente escolar en él, que se desempeñan; respecto a la atribución psicológica del trastorno o problema en este grupo de estudio los niveles de autoestima y ansiedad, se explican mejor por las características propias de la adolescencia.

Por otro lado, la descripción de la personalidad se la valora a nivel grupal en este caso particular como punto de apoyo en la preparación metodológica de las técnicas a utilizarse en la intervención, se requiere establecer elementos de rasgo y estilos cognitivos; potencializadores y limitantes que influyen durante el proceso.

El bloque sobre las decisiones del proceso psicoterapéutico hace referencia a la valoración precisa respecto a la susceptibilidad del grupo para iniciar el proceso de intervención, aquí se determina y pronostica la adherencia al proceso que tendrán o no los participantes; se establece las necesidades de un tratamiento mixto o no; es decir, el involucramiento de la familia o la institución y como elemento clave este apartado valora las posibles dificultades, que se van a presentar durante el proceso de intervención con el grupo. El psicólogo tiene en la guía °4 cinco opciones de escala Likert para valorar los niveles de los elementos mencionados anteriormente, tales como 1 insuficiente, 2 regular, 3 bueno, 4 muy bueno, 5 excelente.

GUÍA N°4 SÍNTESIS VALORATIVA Y DIAGNÓSTICA DE COMPONENTES BIOLÓGICOS, PSICOLÓGICOS Y SOCIALES

DESCRIPCIÓN DEL TRASTORNO o PROBLEMA	
Factores biológicos influyentes en el trastorno / problema	
Factores sociales y familiares influyentes en el trastorno/ problema	
Atribución psicológica del trastorno / problema	

DESCRIPCIÓN DE LA PERSONALIDAD	
Características de personalidad del paciente/ cliente	
Estilos cognitivos según la personalidad	
Rasgos potenciadores y limitantes	

DECISIONES SOBRE EL PROCESO PSICOTERAPÉUTICO

Paciente susceptible de proceso psicoterapéutico	1	2	3	4	5
Requiere tratamiento mixto (psicoterapia, biológico, social) Especifique.....	Si ()			No ()	

Paciente susceptible de proceso psicoterapéutico	1	2	3	4	5
Requiere tratamiento mixto (psicoterapia, biológico, social) Especifique.....	Si ()			No ()	
	Individual				
	De pareja				
	Familiar				
	Grupal				
	Institucional				
¿Qué dificultad se van a presentar en el proceso?					

Excelente = 5 Muy bueno = 4 Bueno = 3 Regular = 2 Insuficiente = 1

GUÍA N°5 PLANIFICACIÓN DEL PROCESO

- Aquí el psicólogo realiza a nivel administrativo la planificación metodológica a desarrollarse.

Respecto a la formulación de dinámica del trastorno o problema, se evidencian los cambios psicofisiológicos en la adolescencia son un factor predisponente, que se activa la ansiedad en los adolescentes de una forma más frecuente; los síntomas de miedo anticipado ansiedad cognitiva y fisiológica, se incrementan en época de exámenes; el estatus socio económico no permite el acceso a un servicio de salud para el manejo de la ansiedad; el consumo ocasional de sustancias incrementa los síntomas de ansiedad y la falta de habilidades sociales en actividades académicas incrementa la ansiedad en forma permanente.

Por otro lado, en la formulación dinámica de la personalidad los factores socio familiares son un factor predisponente para que la ansiedad, se eleve; el nivel de instrucción de los padres impide o no facilita dar la importancia necesaria a la salud mental y el proceso de construcción de su personalidad provoca niveles altos de frustración e ira.

En señalamiento de objetivos con respecto a la relación a la problemática, se aborda en forma específica los síntomas clínicos de la ansiedad, resultado de las evaluaciones; con relación a la sintomatología o trastorno el propósito es eliminar / reducir los niveles de ansiedad en los estudiantes; con relación al conocimiento de su personalidad y generación de cambios, se implementarían el autocontrol y práctica de las técnicas fuera de la institución y con relación al psicólogo interventor, se produce un manejo de fenómenos afectivos durante el proceso.

Finalmente, en señalamiento de técnicas con relación a la problemática, se desarrollan técnicas cognitivas y constructivistas; con relación a la sintomatología o trastorno, se realizan técnicas de relajamiento muscular, relajamiento con visualización; con relación al conocimiento de su personalidad y generación de cambios, se trata de promover el insight, mejorar el awareness y optimizar rasgos de personalidad; con relación al psicólogo interventor, se desarrollan técnicas de promoción del insight para que el psicológico realice su autoevaluación después de su intervención.

GUÍA N°5 PLANIFICACIÓN DEL PROCESO

1. Formulación Dinámica del Trastorno o Problema
2. Formulación Dinámica de la Personalidad
3. Señalamiento de Objetivos
<p>3.1. Con relación a la problemática</p> <p>3.2. Con relación a la sintomatología o trastorno:</p> <p>3.3. Con relación al conocimiento de su personalidad y generación de cambios:</p> <p>3.4. Con relación al psicólogo interventor</p>
4. Señalamiento de Técnicas
<p>4.1. Con relación a la problemática</p> <p>4.2. Con relación a la sintomatología o trastorno:</p> <p>4.3. Con relación al conocimiento de su personalidad y generación de cambios:</p> <p>4.4. Con relación al psicólogo interventor</p>

GUÍA N°6 EVOLUCIÓN/ EJECUCIÓN Y APLICACIÓN TÉCNICA

Fecha	Evolución	Actividad
	Apreciación del paciente 1.....10	
	Apreciación del paciente 1.....10	

**GUÍA N°6 EVOLUCIÓN
EJECUCIÓN Y APLICACIÓN TÉCNICA**

Fecha	Tiempo	Objetivos	Metodología	Recursos	Evaluación (Terapeuta y grupo)
	1 hora	Establecer la alianza terapéutica a través de la comunicación con el grupo	1. Dinámica de integración y presentación / Enrique Gonzales http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Dinamicas-de-Integracion-Grupal.pdf - Clima y espacio de confianza y seguridad - Enganche del proceso (criterio de confidencialidad)	Recurso humano Laptop Parlantes	Terapeuta (auto aplicación guía 3) Grupo (reporte verbal a través del termómetro emocional)
	1 hora	Identificar los sentimientos de ansiedad con recursos cognitivos	2. Reconocimiento emocional a través de tarjetas y juegos de roles con emociones - Diferenciar y nombrar emociones a través del juego - Mencionar experiencias de bienestar emocional - Establecer sentimientos de ansiedad, enfado, preocupación, depresión.	Tarjetas de expresión y emoción de afectos	Terapeuta (auto aplicación guía 3) Grupo (reporte verbal a través del termómetro emocional)
	1 hora	Hablar sobre las respuestas somáticas específicas de la ansiedad	3. Reconocimiento de reacciones corporales a través del dibujo de la silueta de su cuerpo y marcaciones en color de partes específicas - Asociar experiencias incómodas con sensaciones corporales específicas - Verbalizar sensaciones somáticas específicas - Valorar cuantitativamente el nivel de malestar	Dibujo del cuerpo humano Hoja Lápiz Borrador	Terapeuta (auto aplicación guía 3) Grupo (reporte verbal a través del termómetro emocional)
	1 hora	Establecer la aplicación de técnicas de relajación	4. Técnicas de imaginación - Técnicas de respiración profunda para producir sensaciones de relajamiento y tensión -Relajación muscular progresiva - Postura de cochero	Recurso humano Música Parlante Patio	Terapeuta (auto aplicación guía 3) Grupo (reporte verbal a través del termómetro emocional)

**GUÍA DE EVOLUCIÓN
EJECUCIÓN Y APLICACIÓN TÉCNICA**

Fecha	Tiempo	Objetivos	Metodología	Recursos	Evaluación (Terapeuta y grupo)
	1 hora	Identificar y afrontar pensamientos internos de ansiedad	5. Reconocimiento interno de pensamientos perturbadores <ul style="list-style-type: none"> - Identificar pensamientos de ansiedad en eventos específicos a través de recuerdos - Repaso de técnicas de respiración y relajación - Utilización de dibujos, fotos de revista que le produzcan ansiedad 	Recurso humano Fotos Revistas	Terapeuta (auto aplicación guía 3) Grupo (reporte verbal a través del termómetro emocional)
	1 hora	Practicar la resolución de problemas en situaciones de ansiedad	6. Define los problemas <ul style="list-style-type: none"> - Explora soluciones alternativas - Evalúa la posibilidad de evaluar las propuestas - Evalúa la posibles soluciones - Practica el procedimiento en condiciones de ansiedad mínima - Valora su nivel de bienestar con base a la decisión tomada 	Recurso humano Música Parlante Hojas Lápiz, borrador	Terapeuta (auto aplicación guía 3) Grupo (reporte verbal a través del termómetro emocional)
	1 hora	Autoevaluar las habilidades aprendidas	7. Describe su experiencia al desarrollar el plan de acción <ul style="list-style-type: none"> - Recompensa su esfuerzo y cooperación - Verbaliza su experiencia con las técnicas de relajación y respiración profunda - Muestra el uso de autoevaluación y recompensa 	Recurso humano Reloj de emociones Laptop (dibujo de reloj)	Terapeuta (auto aplicación guía 3) Grupo (reporte verbal a través del termómetro emocional)
	1 hora	Practicar situaciones que provocan ansiedad	8. Elabora situaciones imaginarias que provocan poca ansiedad <ul style="list-style-type: none"> - Elabora en situaciones reales que le provocan poca ansiedad - Repasa ejercicios de relajación - Piensa en maneras de enfrentarlo 	Recurso humano Música Parlante	Terapeuta (auto aplicación guía 3) Grupo (reporte verbal a través del termómetro emocional)

**GUÍA DE EVOLUCIÓN
EJECUCIÓN Y APLICACIÓN TÉCNICA**

Fecha	Tiempo	Objetivos	Metodología	Recursos	Evaluación (Terapeuta y grupo)
	1 hora	Realizar una actividad final de afrontamiento	9. Produce un video y habla acerca de su experiencia - Prepare el escenario - Repasa un guion - Viste de acuerdo a la situación - Interpreta el guion propuesto	Recurso humano Música Parlante Vestimenta Hojas	Terapeuta (auto aplicación guía 3) Grupo (reporte verbal a través del termómetro emocional)
	1 hora	Evaluar la efectividad de los talleres	- Reporte verbal y escrito de los participantes - Reporte escrito de los docentes - Reporte escrito del DECE	Auto informe	Terapeuta (auto aplicación guía 3) Grupo (reporte verbal a través del termómetro emocional)

Conclusiones de la propuesta

Este apartado, se escribe una vez aplicado la propuesta de intervención

Recomendaciones de la propuesta

Este apartado, se escribe una vez aplicado la propuesta de intervención

Elaborado por: Evelyn Guevara

Revisado por: Mg. Rosario Lara

Aprobado por: Lic. Myriam Andrade y Lic. Byron Barriga

GUÍA N°7 FENÓMENOS DE LA RELACIÓN TERAPÉUTICA CONDICIONES AMBIENTALES EXTERNAS

- Este apartado hace referencia en base a los elementos de relación terapéutica que intervienen en todo proceso de intervención, es así como las condiciones ambientales externas determinan el nivel de bienestar y colaboración de los participantes.

Las características del consultorio, sala, o ambiente donde, se impartan las sesiones tendrían privacidad, este elemento involucra en el paciente la sensación de seguridad, privacidad, que se enganche y se sienta seguro durante el proceso. Las condiciones ambientales en las, que se desenvuelve la intervención son un requisito indispensable en todo proceso sin este factor no hay ninguna intervención.

Otro elemento importante para mantener la relación terapéutica y cuidar las condiciones ambientales externas es la posición física que existe entre el psicólogo y los clientes, la existencia de muebles, sillas, mesas intervienen en los elementos de transferencia, así como la distancia equilibrada entre el cuerpo del psicólogo y el cuerpo del grupo o paciente.

Respecto a las características del terapéutica o asesor la guía N°7 mide aspectos cognitivos, no cognitivos, capacidad de trabajo en grupo y el nivel de integración en la personalidad, atribuye valoración cuantitativo en escala Likert 1 insuficiente, 2 regular, 3 bueno, 4 muy bueno, 5 excelente.

En adición a esto, los fenómenos afectivos durante el proceso son elementos como el rapport, empatía, resistencia, indicadores de la transferencia, manejo de la transferencia, contratransferencia y manejo de la contratransferencia.

GUÍA N°7 FENÓMENOS DE LA RELACIÓN TERAPÉUTICA
CONDICIONES AMBIENTALES EXTERNAS

Características del consultorio	PRIVACIDAD				TRANQUILIDAD			
	SI	X	NO		SI	X	NO	
Elementos accesorios	DESCRIBIR				EFECTO			
Grabación de las sesiones	SI		NO		EFECTO			
	Tipo de grabación							
Posición entre paciente/ cliente y terapeuta/ asesor	Vis a vis							
	Diván							
	Choisse Lone							
	Diagonal							
	Sin escritorio							
	Otro							

CARACTERÍSTICAS DEL TERAPÉUTA O ASESOR

ASPECTOS COGNITIVOS					
	1	2	3	4	5
Función ejecutiva					X
Pensamiento teórico-abstracto					X
Potencialidad analítico- sintética					X
Creatividad					X
Intuición					X
Perspicacia					X
Flexibilidad					X
Fluidez verbal					X

ASPECTOS NO COGNITIVOS					
	1	2	3	4	5
Adecuación de sus rasgos de personalidad al cliente				X	
Valores de solidaridad					X
Equilibrio psíquico					X
Capacidad de comunicación y relación interpersonal					X
Capacidad empática					X
Integridad ética					X
Motivación a brindar ayuda					X
Autoestima apropiada				X	
Resiliencia apropiada				X	
Proactividad				X	

CAPACIDADES GRUPALES					
	1	2	3	4	5
Aptitud para el trabajo en equipo					X
Capacidad para tomar decisiones en consenso					X
Disciplina grupal e individual					X
Capacidad de liderazgo					X

CARACTERÍSTICAS DEL PACIENTE/CLIENTE					
	1	2	3	4	5
Motivación al tratamiento					X
Factores cognitivos					X
Nivel de integración de la personalidad					X
Capacidad de respuesta emocional					X
Flexibilidad					X
Locus de control interno				X	

Excelente = 5 Muy bueno = 4 Bueno = 3 Regular = 2 Insuficiente = 1

FENÓMENOS AFECTIVOS DURANTE EL PROCESO

RAPPORT	SI	NO
Demostre inicialmente cordialidad y ausencia de conductas inapropiadas	X	
Inicie la sesión con temas neutros o sucesos conocidos por ambos	X	
Demostre una actitud amistosa, atenta e interesada con el cliente	X	
Controlé los fenómenos transferenciales y contra transferenciales	X	
Sentí agrado, confianza, cooperación, sinceridad e interés del paciente	X	
Locus de control interno	X	

EMPATÍA	SI	NO
Tuve sintonización con los afectos del paciente	X	
Demostre compasión de los afectos	X	
Controlé la distancia emocional	X	

RESISTENCIAS		
Mecanismos de defensa o pensamientos distorsionados predominantes		
Estrategias de respeto	SI	NO
Iniciales para facilitar el rapport	X	
Se respeta sus valores y creencias personales	X	
Se evita riesgos en el proceso	X	
Estrategias de manejo	SI	NO
Interpretación y confrontación para acceder a omisiones y contradicciones	X	
Sustitución de estructuras defensivas para resoluciones objetivas de los problemas y conflictos	X	
Reforzamiento de mecanismos de defensa por tratarse de un proceso breve de terapia	X	

INDICADORES DE TRANSFERENCIA		
NO VERBALES	SI	NO
Llegadas anticipadas o tardías a la consulta		X
Demostraciones excesivas de puntualidad		X
Arreglo personal especial		X
Compostura insinuante durante la entrevista		X
Posiciones corporales		X
Gesticulaciones socialmente aceptables en flirteo	X	
Manifestaciones vegetativas		X
Gestos autodirigidos		X
OTROS Cuáles.....		
VERBALES	SI	NO
Expresiones verbales sobre la ansiedad y tranquilidad que le suscitan las consultas	X	
Reiteraciones sobre temas superfluos		X
Insinuaciones de acercamiento en la distancia social		X
Verbalizaciones directas de las emociones		X
Referencia sobre sueños relacionados con el terapeuta		X
Expresiones verbales seductoras		X
OTROS Cuáles.....		

MANEJO DE LA TRANSFERENCIA	SI	NO
Análisis del terapeuta	X	
Manejo sin discusión ni interpretación de la transferencia	X	
Frecuencia de sesiones	X	
Duración de sesiones	X	
Modificación de los temas de discusión	X	
Manejo con discusión e interpretación de la transferencia	X	
Estrategia utilizada	X	
Derivación del paciente a otro terapeuta		X

CONTRANSFERENCIA		
EXPRESIONES DE CONTRATRANSFERENCIA	SI	NO
Afectos positivos y negativos		X
Disgusto irrazonable		X
Incapacidad para simpatizar		X
Reacción emocional ante la hostilidad del cliente		X
Actitudes defensivas ante la crítica del paciente		X
Excesiva atracción		X
Insinuaciones verbales y no verbales		X
Incomodidad o temor a la entrevista		X
Preocupación desmedida por las necesidades del paciente		X
Dificultades para brindarle atención		X
Falta de puntualidad o prolongación de las sesiones		X
Acercamientos afectivos y corporales		X

MANEJO DE CONTRATRANSFERENCIA	SI	NO
Auto-observación para identificarla		X
Necesidad de resolver conflictos personales del terapeuta		X
Consulta profesional con otro colega		X
Derivación del paciente a otro terapeuta		X

GUÍA N°8 APRECIACIÓN DEL GRUPO

- Esta guía hace referencia a la apreciación respecto del grupo, que se va trabajar, describe las características del grupo sobre el rango de edad si son niños, adolescentes, adultos o adultos mayores; si el grupo es de tipo abierto o cerrado, hace referencia al grado de instrucción de los participantes y la dinámica del grupo respecto a liderazgo, seguimiento de normas y reglas, niveles de comunicación de los participantes.

GUÍA N°8 APRECIACIÓN DEL GRUPO

CARACTERÍSTICAS DEL GRUPO	Abiertos	Cerrados	Homogéneos	Heterogéneos
				X
GRUPO	Niños	Adolescentes	Adultos	Adultos mayores
		X		
GRADO DE INSTRUCCIÓN	Primaria		Superior	
	Secundaria	X	Cuarto nivel	
NIVEL DE LOCUS DE CONTROL	Interno		Externo	
DINÁMICA GRUPAL	Liderazgo		Observaciones	
	Normas/ reglas		Observaciones	
	Comunicaciones		Observaciones	

GUÍA N°9 EVALUACIÓN FINAL DEL PROCESO PSICOTERAPÉUTICO

- Este apartado, se realiza en la última sesión o posterior al cierre del proceso, se valora la eficacia de la intervención de forma global, se analiza elementos como los objetivos establecidos, cumplimiento de los objetivos, el nivel de satisfacción por parte de la institución, los familiares, le psicólogo y el grupo; así como la eficacia de las técnicas empleadas a nivel de la problemática, los síntomas y la personalidad por medio de la escala Likert con equivalencia de 1 insuficiente, 2 regular, 3 bueno, 4 muy bueno, 5 excelente.

Finalmente, se establecen interrogantes al finalizar el proceso para el análisis argumentado respecto a los elementos no consolidados y respectiva supervisión por parte de un terapeuta experto.

GUÍA N°9 EVALUACIÓN FINAL DEL PROCESO PSICOTERAPÉUTICO

PROCESO				
Asesoramiento	X	Psicoterapia		
OBJETIVOS ESTABLECIDOS				
Asesoramiento	X	Sintomáticos		De personalidad
CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS				
Nivel de satisfacción (escala subjetiva de 1 a 10)				
Paciente		Observaciones		
Familiares		Observaciones		
Terapeuta		Observaciones		

TÉCNICAS EMPLEADAS Y GRADO DE EFICACIA (1 – 5)		
Asesoramiento		5
		5
Sintomáticas		
De personalidad		

Excelente = 5 Muy bueno = 4 Bueno = 3 Regular = 2 Insuficiente = 1

INTERROGANTES AL FINALIZAR EL PROCESO

		SI	NO	¿POR QUÉ?
Finalización del proceso				
Cumplimiento de expectativas	Paciente			
	Familiares			
	Instituciones			
	Otros			
	Terapeuta			
Tratamiento mixto				
Derivación del paciente a otro profesional				
Deserción del paciente				

4.5. Procedimiento metodológico para desarrollar el programa

El programa de intervención posee un encuadre metodológico y las variables son las siguientes:

Frecuencia de sesiones: En la aplicación de este programa, se propone una sesión semanal de 2 horas de duración.

Frecuencia espacio-temporal: Se propone realizar el mismo día cada semana en el mismo horario y en el mismo espacio físico asignado por la institución con los mismos participantes.

Rol del interventor: Las sesiones son dirigidas siempre por el psicólogo capacitador durante la ejecución de todo el programa debido a la relevancia de elementos transferenciales, de alianza y vínculo.

Frecuencia de la estructura o formato de la sesión: Cada sesión inicia con una breve dinámica de integración y aprestamiento cognitivo, conductual y emocional al tema de trabajo. Al término de la dinámica, se inicia con el objetivo de trabajo del día a través de las técnicas planificadas; durante la ejecución, se monitorea la comprensión de las actividades, se clarifica ideas y se solicita la participación activa para conocer las impresiones de los participantes respecto a la actividad realizada. Finalmente, se concluye con una dinámica para afianzar el vínculo y alianza terapéutica a nivel emocional.

CONCLUSIONES

A partir de los datos recabados en conjunto con su análisis de resultados, se concluye que:

- La fundamentación bibliográfica de la ansiedad y autoestima en adolescentes de un colegio público y privado refieren que la ansiedad es captada por los seres humanos como una sensación incomoda, que se da algunas veces por señales, nuestro cuerpo nos alarma por situaciones de peligro, estrés, miedo, se ocasiona reacciones a nivel cognitivo, fisiológico, motor, sin embargo, el autoestima es la percepción, señalamiento, valoración que nos damos nosotros mismo u otra persona, es positiva o negativa la caracterización ya sea por defectos, cualidades que en ciertas ocasiones nos dejamos llevar por estereotipos establecidos y mas no por lo que nosotros somos.
- La evaluación de los niveles de ansiedad y autoestima por medio de baterías psicométricas en el análisis de resultados del Inventario de Ansiedad Estado y Rasgo IDARE, da a conocer que 20 adolescentes obtuvieron ansiedad estado baja, 114 adolescentes presentaron ansiedad estado media y 66 adolescentes arrojaron ansiedad estado alta. Por otro lado, 13 estudiantes dieron ansiedad rasgo baja, 108 estudiantes concierne a una ansiedad rasgo media y 79 estudiantes referente a una ansiedad rasgo alta. Con respecto a los resultados obtenidos de la Escala de Autoestima de Rosenberg señalan, el tipo de autoestima que poseen los adolescentes se encontró que 45 estudiantes pertenecen a la autoestima baja, 73 estudiantes manifiestan autoestima media y 82 estudiantes tienen autoestima alta.
- En cuanto al análisis descriptivo de los participantes evaluados, se identificó la falta de seguridad desde el primer momento, que se procedió a realizar las pruebas, a través de la mirada evitativa, dudas en la entrega del reactivo, pregunta entre pares en vez de hacerlo al evaluador; se observó niveles de ansiedad y estrés al momento de la aplicación de reactivos. Sin embargo, el análisis correlacional con respecto a los resultados de las variables autoestima y ansiedad, se evidencia una correlación significativa, mayor autoestima presenta menor ansiedad los adolescentes. Evidenciando, una correlación en la variable ansiedad estado y ansiedad rasgo en hombres como género predominante.

- La propuesta de un programa de intervención para los adolescentes de un colegio público y privado con el fin de potencializar la autoestima y disminuir o eliminar los niveles de ansiedad encontrados en el estudio. En cuanto a la intervención, se fundamenta en técnicas provenientes del modelo integrativo cuya base teórica proviene de la psicología cognitiva, conductual, constructivista y de la personalidad.

RECOMENDACIONES

Con el fin de aportar hacia nuevas indagaciones a futuro, damos a conocer las recomendaciones respectivas:

- De acuerdo con los resultados obtenidos tras la aplicación de Escala de Autoestima de Rosenberg e Inventario de Ansiedad Estado y Rasgo IDARE, se recomienda al departamento del DECE realice aplicar el programa de asesoramiento en función de los resultados encontrados posteriores a mi estudio.
- Se sugiere realizar estrategias de intervención mediante un programa con el fin de ayudar a los adolescentes a tener espacios de apoyo, tanto para hombres como mujeres, los dos géneros son vitales en la adolescencia en las instituciones educativas y poder amenorar su ansiedad, ya sea por inicio de exámenes o algún factor que esté relacionado con la afectación.
- Se recomienda prestar más atención a los adolescentes, en esa etapa ellos atraviesan cambios y les afectan mucho más el criterio de otra persona aún más si es negativo, se logra así una baja autoestima y ansiedad.
- Se sugiere realizar un estudio con una población mucho más extensa para así poder cubrir todos los cursos respectivos del colegio desde octavo básico, noveno básico, décimo básico, cuarto bachillerato, quinto bachillerato y sexto bachillerato con el orden cronológico y poder descubrir si existen cambios y ver las afectaciones sobre el autoestima y ansiedad en los mismos.

BIBLIOGRAFÍA

- Almonte, C., & Montt, E. (2012). *Psicopatología infantil y adolescencia*. Buenos Aires: Mediterráneo.
- Arteaga, F. (2010). Rituales y remedios naturales: las prácticas del auto tratamiento en la pampa (Argentina). *Mitológicas*, XXV (), 9-26. [Fecha de consulta 20 de Noviembre de 2020]. ISS: 0326-5676. Disponible en:
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=146/14615247001>
- Baeza, J., & Balaguer, G. (2008). *Higiene y prevención de la ansiedad*. España: Díaz Santos.
- Balarezo, L. (2017). *Psicoterapia* (2a. ed.). Editorial de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Recuperado de:
<https://elibro.puce.elogim.com/es/ereader/puce/80160?page=1>
- Balarezo, L. (2018). *Psicoterapia, asesoramiento y consejería* (2a. ed.). Quito, Ecuador: Editorial de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Recuperado de:
<https://elibro.puce.elogim.com/es/ereader/puce/80166?page=180>.
- Bertalanffy, L. (1979). *Perspectivas en la Teoría General de Sistemas*. Alianza Universidad, número 203, Madrid.
- Bowen, R. (2017). *Hypertexts for biomedical sciences: Endocrine System: alive pathophysiology*.
- Burges, S., Ruschel, B., & Dalbosc, D. (2010). Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR): Validade fatorial e consistência interna. *Psico-USF*, 15(3), 395-403.
- Campo, M. (2004). Epistemología y Psicoterapia. *Opción*, 20(44), 120-137. [Fecha de Consulta 19 de Octubre de 2020]. ISSN: 1012-1587. Disponible en:
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=310/31004407>
- Cárdenas, M., & Ojeda, S. (2017). *El nivel de autoestima en adolescentes entre 15 a 18 años*. Universidad de Cuenca. Carrera de Psicología Educativa. Cuenca/Ecuador.
- Caso-Niebla, Joaquín, & Hernández-Guzmán, Laura (2007). Variables que inciden en el rendimiento académico de adolescentes mexicanos. *Revista Latinoamericana de*

- Psicología, 39(3), 487-501. [Fecha de Consulta 8 de Junio de 2020]. ISSN: 0120-0534.
Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=805/80539304>.
- Castro, K. (2019). Estudio comparativo del estado de ansiedad entre adolescentes de 15 a 18 años institucionalizadas con adolescentes del colegio particular los Ilinizas. Facultad de ciencias del trabajo y del comportamiento humano. Quito/Ecuador.
- Conti, N., & Stagnaro, J. (2007). Historia de la Ansiedad. En W. Cullen, Historia de la Ansiedad. Reino Unido. Buenos Aires: Polemos S.A.
- Craig, G., & Baucum, D. (2009). Desarrollo psicológico. México: Pearson.
- De Mézerville, Gastón. (2004). Ejes de salud mental. Los procesos de autoestima, dar y recibir afecto y adaptación al estrés. México: Trillas.
- Díaz, L. (2011). La Observación. México: UNAM.
- Díaz, C., & Santos, L. (2018). La ansiedad en la adolescencia. RqR Enfermería Comunitaria en educación médica, 2(7), 162-167. ISSN: 2007-865(Revista de SEAPA). 2018 Febrero; 6(1): 21-31
- Díaz, L., Torruco, U., Martínez, M., & Varela, M. (2013). La entrevista, recurso flexible y dinámico Investigación en Educación Médica. Revista de investigaciones
- Díaz, M., Ruiz, M., & Villalobos, A. (2017). Manual de técnicas y terapias cognitivo conductuales. Editorial Desclée de Brouwer. Referenciado:
<https://elibro.puce.elogim.com/es/ereader/puce/127910?page=1>
- Escámez, J., García, M., Pérez, C. & Llopis, A. (2007). El aprendizaje de valores y actitudes. Teoría y práctica. España: Octaedro-OEI.
- Faicán, Z. (2017). Nivel de autoestima y factores asociados en adolescentes escolarizados Parroquia Paccha, Cuenca-Azuay 2015 (Master's).
- Fernández, H. (1996). Fundamentos de un modelo integrativo de psicoterapia. Buenos Aires: Editorial Paidós, p.p. 161,167, 168,169.
- Gay, L.R. (1996). Educational Research. Competencies for Analysis and Alplication. USA. UK.

- Galanou, C., Galanakis, M., Alexopoulos, E., & Darviri, C. (2014). Rosenberg Self-Esteem Scale Greek validation on student sample. *UK. Psychology*, 5, 819-827.
- García, S. (2015). Cuando y por qué sufrimos Ansiedad. Recuperado de:
<http://www.psicosaludtenerife.com/ansiedad-y-termostatos/>
- Garay, J. L. (2005). Niveles de Depresión, Autoestima y Estrés en mujeres que tienen un trabajo remunerado y mujeres que tienen un trabajo no remunerado (amas de casa). *Universidad Iberoamericana*, 4-161.
- Gómez, E. (2008). Adolescencia y familia: revisión de la relación y la comunicación como factores de riesgo o protección. *Revista intercontinental de Psicología y Educación*, 10(2), 105-122. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/html/802/80212387006/>
- Góngora, V., & Casullo, M. (2009). Validation of the Rosenbergsself-esteem scale in general and clinical populations of Buenos Aires. *Reino Unido. RIDEP*, 27(1), 179-194.
- González, C. (2017). Factores que inciden en el rendimiento académico de los estudiantes de la Universidad Politécnica del Valle de Toluca. *Revista latinoamericana de estudios educativos*, 15(1), 91-95. ISSN: 0185-1284
- Gonzales, E. (2006). Recopilación 465 juegos y dinámicas de integración grupal. *Educación Integral. Técnicas de conducción grupal*. Recuperado de:
<http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Dinamicas-de-Integración-Grupal.pdf>
- Güemes, M., Gonzales, J., & Hidalgo, I. (2017). Pubertad y adolescencia. *Revista de Formación Continuada de la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia*, 5(1), 7-22. Recuperado de:
<https://www.adolescenciasema.org/ficheros/REVISTA%20ADOLESCERE/vol5num1-2017/07-22%20Pubertad%%20y%20adolescencia.pdf>
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2010). *Metodología de la Investigación*. México D.F.: Mcgraw-HILL / Interamericana Editores, S.A. de C.V
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2004), *Metodología de la Investigación*, México, McGraw Hill.

- Hutz, C., & Zanon, C. (2011). Revisão da adaptação, validação e normatização da escala de autoestima de Rosenberg. *Avaliação Psicológica*, 10(1) 41-49.
- INEC (2017). Censo del 2010, proyecciones poblacionales. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos [INEC]. Ecuador.
- Jarne, A., Talarn, A., Armoyones, M., Horta, E. & Requena, E. (2006). *Psicopatología*. Barcelona, España: Eureka Media, SL.
- Jourard, S., & Landsman, T. (1987). *La personalidad saludable. El punto de vista de la psicología humanista*. México: Trillas.
- Kemmis, S. & MacTaggart, R. (1988). *Cómo Planificar la Investigación-Acción*. Barcelona.
- Kerling & Lee (2002). *Metodología de la investigación: el proceso de la investigación cuantitativa*. México, D.F.: Interamericana Editores. Actualmente se publica la sexta edición por McGraw—Hill Interamericana.
- Lastra, P. (2000). Encuestas probabilísticas vs no probabilísticas Política y Cultura. *Revista de política y cultura*, 13(1), 263-276. ISSN: 0188-7742.
- Linehan, M. (1993). *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Martín, E. (2013). *Orientación educativa: modelos y estrategias de intervención*. Ministerio de Educación de España - Editorial GRAÓ, de IRIF, S.L.
<https://elibro.puce.elogim.com/es/ereader/puce/49258?page=200>
- Martín, J., Núñez, J., Navarro, J., & Grijalvo, F. (2007). The Rosenberg self-esteem scale: Translation and validation in university students. *UK. The Spanish Journal of Psychology*, 10(2), 458-467.
- Martínez, M., Buelga, S. M., & Cava, M. J. (2007). La satisfacción con la vida en la adolescencia y su relación con la autoestima y el ajuste escolar.
- Martínez, A & Calet, N. (2015). *Intervención en Atención Temprana: Enfoque Desde el Ámbito Familiar*. *Escritos de Psicología - Psychological Writings*, 8 (2), 33-42. [Fecha de Consulta 23 de Noviembre de 2020]. ISSN: 1138-2635. Disponible en:
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=2710/271041134006>

- Martínez, V. (2014). Ansiedad en estudiantes universitarios: estudio de una muestra de alumnos de la Facultad de Educación. *Revista de la Facultad de Educación de Albacete*, 2(29).
- Mimura, C., & Griffiths, P. (2007). A Japanese version of the Rosenberg Self-Esteem Scale: Translation and equivalence assessment. *UK. Journal of Psychosomatic Research*, 62(5), 589-94.
- Monbourquette, J. (2008). *Autoestima del Alma*. Ottawa: Bonum.
- Mondragón, J. & Trigueros, I. (2016). *Intervención con menores: acción socioeducativa*. Narcea Ediciones <https://elibro.puce.elogim.com/es/ereader/puce/45980?page=119>
- Molina, M., Baldares, T., & Maya, A. (1996). *Fortalezcamos la autoestima y las relaciones interpersonales*. San José: Impresos Sibaja.
- Morales, P. (2012). Tamaño necesario de la muestra: ¿Cuántos sujetos necesitamos? Obtenido de <http://www.upcomillas.es/personal/peter/investigacion/Tama%F1oMuestra.pdf>
- Moreira, G., Rodrigues, M., & Masako, L. (2004). Adaptação Cultural e Validação da Versão Brasileira da Escala de Auto-estima de Rosenberg. *Revista Brasileira de Cirurgia Plástica*, 19(1), 41-51
- Muñoz, A. (2013). Los síntomas de ansiedad. Recuperado de: <http://motivación.about.com/od/ansiedad/a/Los-Sintomas-De-Ansiedad.htm>
- Nahoul, V. (2014). *Técnica de la entrevista con adolescentes. Integrando modelos psicológicos*. Editorial Brujas. <https://elibro.puce.elogim.com/es/ereader/puce/78143?page=36>
- Naranjo, María Luisa. (2004). *Enfoques conductistas, cognitivos y racional emotivos*. San José: Universidad de Costa Rica.
- Naranjo, M. (2007). Autoestima: un factor relevante en la vida de la persona y tema esencial del proceso educativo. *Revista Electrónica "Actualidades Investigativas en Educación"*, 7(3), 0. [Fecha de Consulta 22 de Julio de 2020]. ISSN. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=447/44770311>
- Navas, J. (1989). Ansiedad en la toma de exámenes: Algunas explicaciones cognoscitivas-conductuales. *Revista Aprendizaje y Comportamiento*, 7(1), 21-41.

- Núñez, B., & Peguero, H. (2009). La autovaloración y su papel en el desarrollo profesional: Una experiencia. *Educación Médica Superior*, 23(2) Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412009000200002&lng=es&tlng=es.
- O'Connor, J., & Seymour, B. (1999). *PNL para Formadores*. Ediciones Urano. Barcelona, España.
- Orjuela, M. (2015). Liderazgo y género: barreras de mujeres directivas en la academia. *Revista científica pensamiento y gestión*, 14(2) 45-57. ISSN 1657-6276
- Papalia, D. (2010). *Desarrollo Humano*. Mexico: Mc Graw Hill.
- Parrado, A. (2008). Ansiedad (aspectos conceptuales) y Trastornos de Ansiedad en niños y adolescentes. Universidad Autónoma de Barcelona, Col·legi Oficial de Psicòlegs de Catalunya. *Familianova-Schola*.
- Pérez, M., & Gutiérrez, M. (2009). Evaluación de programas e intervenciones en psicología: salud, educación y organizaciones sociales. Dykinson. Recuperado de: <https://elibro.puce.elogim.com/es/ereader/puce/34334?pague=292>
- Perls, F. & Baungardner, P. (2006). *Gestalt therapy* (2a. ed). México: Editorial Tree.
- Pinel, J. (2007). *Biopsychology* (6a. ed.) España: Pearson Adison Wesley.
- Pineda, M., & Casas, S. (2015). Fortalecimiento de la autoestima como eje transversal del desarrollo humano de los niños de transición a, Institución Educativa Sofía Hernández Marín de Pereira. *Textos y Sentidos*.
- Polanczyk, G. V.; Salum, G. A.; Sugaya, L. S.; Caye, A., y Rohde L. A. (2015). "Annual research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents". *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56 (3):345-65. doi: 10.1111/jcpp.12381
- Prezza, M., Trombaccia, F., & Armento, R. (1997). La scala dell'autostima di Rosenberg: Traduzione e validazione italiana. *Bollettino di Psicologia Applicata*, 223, 35-44.
- Prod'homme, G. (2000). *Técnicas de autofirmación: guía fundamental para resolver conflictos y establecer relaciones positivas*. Madrid: Oberon.

- Ramírez, C., Lopera, J., Zuluaga, M., Henao, C., Ramírez, V., & Carmona, D. (2015). *Relaciones psicología-psicoanálisis*. Bogotá: San Pablo y Fondo Editorial EAFIT.
- Restrepo, O. (2016). Crecimiento y desarrollo en el adolescente. *Revista Reasearch Gate*, 1-16. Recuperado de: <https://www.researchgate.net/publication/301890766>
- Reyes, Y. (2003). Relación entre el Rendimiento Académico, la Ansiedad ante los Exámenes, los rasgos de Personalidad, el Autoconcepto y la Asertividad en los Estudiantes del Primer Año de Psicología de la UNMSM. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Psicología, Lima.
- Rogers, C. (1975). *Couselin & Psychoterapy y Client Centered Therapy*. Madrid: Rial.
- Rojas, E., & Karmina, E. (2010). Validación del Inventario de Ansiedad Rasgo- Estado en padres con un hijo en terapia intensiva. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 48(5), 491-946.
- Rondón, E (2018). Conocimiento Científico en la Investigación Postpositivista del Siglo XXI: De lo Externo a lo Interno del Ser. *Revista Scientific - Artículo Arbitrado - Registro nº: 295-14548 - pp. BA2016000002 - Vol. 3, Nº 8 - mayo-julio 2018 - pág. 79/99 ISSN: 2542-2987 - ISNI: 0000 0004 6045 0361*.
- Rojas, C., Zegers, B., & Förster, C. (2009). La escala de autoestima de Rosenberg: Validación para Chile en una muestra de jóvenes adultos, adultos y adultos mayores. *Revista médica de Chile*.
- Rojas, C, Zegers, B, & Förster, C (2009). La escala de autoestima de Rosenberg: Validación para Chile en una muestra de jóvenes adultos, adultos y adultos mayores. *Revista Médica de Chile*, 137, 791-800.
- Ruiz, M. (2012). *Manual de técnicas de intervención cognitiva conductuales*. Editorial Desclée de Brouwer. Recuperado de: <https://elibro.puce.elogim.com/es/ereader/puce/47976?page=1>
- Saldanha, T. (1989). *Terapia vivencial. Un abordaje existencial en psicoterapia*. Editorial Lumen.
- Sampieri, R. & otros (2016). *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill. Reino Unido.

- Schmitt, D., & Allik, J. (2005). Simultaneous Administration of the Rosenberg Self-Esteem Scale in 53 Nations: Exploring the Universal and Culture-Specific Features of Global Self-Esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, 89(4), 623-642. UK.
- Sierra, J., Ortega, V., & Zubeidat, I. (Marzo de 2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Mal-estar E Subjetividade*, 3(1), 10-59. Reino Unido.
- Spallanzani, C., Biron, D., Larose, F., Lebrun, J., Lenoir, Y., Masselier, G., & Roy, G. (2002): *Le rôle du manuel scolaire dans les pratiques enseignantes au primaire*, Sherbrook. Editions du CRP, Université de Sherbrooke.
- Spielberger, C., Gorsuch, R., & Lushene, R. (1997). *Cuestionario de ansiedad Estado-Rasgo, STAI*. Madrid: TEA.
- Tarhan, S. (2005). *El espejo de la mente. Enseñanzas del budismo tibetano y la psicología occidental*. México DF, México: Editorial Pax México, Librería Carlos Cesarman, S.A.
- Tortella, Miquel (2014). Los Trastornos de Ansiedad en el DSM- 5. *Revista Iberoamericana de psicopatología. C. Med. Psicosom*, N° 110.
- Unesco (2012). *Education for Sustainable Development Sourcebook*. Published in 2012 by the United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization 7, place de Fontenoy, 75352 Paris 07 SP, France.
- Unesco. (2011). *Datos Mundiales de Educación/ Ecuador. Replantear la educación. ¿Hacia un buen común mundial?* ISBN 978-92-3-300018-6.
- Válek, B. (2007). *Autoestima y motivaciones sociales en estudiantes de educación superior*. Universidad Rafael Urdaneta.
- Vallieres, E.F., & Vallerand, R. J. (1990). Traduction et validation Canadienne-Française de l'Echelle de l'Estime de soi de Rosenberg. *International Journal of Psychology*, 25, 305-316
- Vázquez, A., Vázquez-Morejón, J., & Bellido, G. (2013). Fiabilidad y validez de la Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR) en pacientes con diagnóstico de psicosis. *Apuntes de Psicología*, 31(1), 37-43.

Vázquez, A., Jiménez, R., & Vázquez, R. (2004). Escala de autoestima de Rosenberg:

Fiabilidad y validez en población clínica española. *Apuntes de Psicología*, 22(2), 247-255

Vernieri, M. (2006). *Adolescencia y autoestima*. 2ª ed. Buenos Aires: Bonum. Recuperado de:

<https://books.google.es/books?id=OScABwE5FREC&pg=PA5&dq=libros+de+autoestima+para+adolescentes&hl=es419&sa=X&ei=O9j7VL3wDLfIsAThxoBg&ved=0CCEQ6AEwAA#v=onepage&q=libros%20de%20autoestima%20para%20adolescentes&f=false>

Weissmann, P. (2007). *Adolescencia*. *Revista Iberoamericana de Educación*, 1-8. Recuperado de:

<https://www.google.com.ec/search?q=adolescencia+weissmann+pdf&oq=adolescencia+weissm&aqs=chrome.2.69i57j0l3.17047j0j7&sourceid=chrome&ie=UTF-8>

ANEXOS

Anexo 1. Carta de consentimiento informado



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo..... con Cédula de Identidad N°.....

como representante legal del Estudiante..... del curso..... paralelo/especialidad..... autorizo la aplicación de los instrumentos psicológicos para el desarrollo de la investigación, “El autoestima y ansiedad en adolescentes de un Colegio Público y Privado” y de esta manera apoyar en el proceso psicopedagógico de su representado con miras al mejoramiento educativo.

Ambato..... del mes de.....2020

FIRMA DEL REPRESENTANTE

Anexo 2. Escala de autoestima de Rosemberg

ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSEMBERG

Nombre: _____ Edad: _____

Estado civil: _____ Sexo: _____

Escolaridad: _____

Vive con sus padres: Si No Otros

Este test tiene por objeto evaluar el sentimiento de satisfacción que la persona tiene de sí misma.

Por favor, conteste las siguientes frases con la respuesta que considere más apropiada.

- A. Muy de acuerdo
- B. De acuerdo
- C. En desacuerdo
- D. Muy en desacuerdo

No		A	B	C	D
1.	Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás.				
2.	Estoy convencido de que tengo cualidades buenas.				
3.	Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente.				
4.	Tengo una actitud positiva hacia mí mismo/a.				
5.	En general estoy satisfecho/a de mí mismo/a.				
6.	Siento que no tengo mucho de lo que estar orgulloso/a.				
7.	En general, me inclino a pensar que soy un fracasado/a				
8.	Me gustaría poder sentir más respeto por mí mismo.				
9.	Hay veces que realmente pienso que soy un inútil.				
10.	A veces creo que no soy buena persona.				

Anexo 3. Inventario de Ansiedad Estado y Rasgo IDARE

IDARE

Nombre: _____ Edad: _____

Estado civil: _____ Sexo: _____

Escolaridad: _____ Ocupación: _____

Gracias por responder, los resultados de las preguntas son confidenciales-

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y marque la frase que indique como se siente en estos momentos. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos ahora.

No	Vivencias	No en lo absoluto	Un poco	Bastante	Mucho
1.	Me siento calmado				
2.	Me siento seguro				
3.	Estoy tenso				
4.	Estoy contrariado				
5.	Me siento a gusto				
6.	Me siento alterado				
7.	Estoy preocupado actualmente por algún posible contratiempo				
8.	Me siento descansado				
9.	Me siento ansioso				
10.	Me siento cómodo				
11.	Me siento con confianza en mí mismo				
12.	Me siento nervioso				
13.	Estoy agitado				
14.	Me siento a punto de explotar				
15.	Me siento relajado				
16.	Me siento satisfecho				
17.	Estoy preocupado				
18.	Me siento muy preocupado y aturdido				
19.	Me siento alegre				
20.	Me siento bien				

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y marque la frase que indique como se siente generalmente, habitualmente.

No	Vivencias	Casi nunca	Algunas veces	Frecuente mente	Casi siempre
21.	Me siento mal				
22.	Me canso rápidamente				
23.	Siento ganas de llorar				
24.	Quisiera ser tan feliz como otras personas parecen ser				
25.	Pierdo oportunidades por no poder decidirme				
26.	Me siento descansado				
27.	Soy una persona tranquila, serena, sosegada				
28.	Siento que las dificultades se me amontonan al punto de no poder superarlas				
29.	Me preocupo demasiado por cosas sin importancia				
30.	Soy feliz				
31.	Tomo las cosas muy a pecho				
32.	Me falta confianza en mí mismo				
33.	Me siento seguro				
34.	Trato de sacarle el cuerpo a la crisis y dificultades				
35.	Me siento melancólico				
36.	Me siento satisfecho				
37.	Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente				
38.	Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza				
39.	Soy una persona estable				
40.	Cuando pienso en los asuntos que tengo entre manos me tenso y altero				