



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

INFORME DE INVESTIGACIÓN SOBRE:

**“ACTITUDES DISFUNCIONALES Y SU RELACIÓN EN EL
AUTOCONCEPTO DE LOS ADOLESCENTES DE BACHILLERATO DE
LA UNIDAD EDUCATIVA ELOY ALFARO”**

Requisito previo para optar por el Título de Psicóloga Clínica

Autora: Cabrera Cabrera, Diana Elizabeth

Tutora: Psc. Betancourt Ulloa, Nancy del Carmen

Ambato – Ecuador

Febrero, 2016

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de Tutora del Trabajo de Investigación sobre el tema:

“ACTITUDES DISFUNCIONALES Y SU RELACIÓN EN EL AUTOCONCEPTO DE LOS ADOLESCENTES DE BACHILLERATO DE LA UNIDAD EDUCATIVA ELOY ALFARO” de Diana Elizabeth Cabrera Cabrera estudiante de la Carrera de Psicología Clínica, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la evaluación del jurado examinador designado por el H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Ambato, octubre 2015

LA TUTORA

.....
Psc. Betancourt Ulloa, Nancy del Carmen

AUTORÍA DE TRABAJO DE GRADO

Los criterios en el Trabajo de Investigación “**ACTITUDES DISFUNCIONALES Y SU RELACIÓN EN EL AUTOCONCEPTO DE LOS ADOLESCENTES DE BACHILLERATO DE LA UNIDAD EDUCATIVA ELOY ALFARO**” como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuesta son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autora de este trabajo de grado.

Ambato, octubre de 2015

LA AUTORA

.....

Cabrera Cabrera, Diana Elizabeth

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que haga de esta tesis o parte de ella un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación.

Cedo los derechos en línea patrimoniales de mi tesis, con fines de difusión pública, además apruebo la reproducción de esta tesis, dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando esta reproducción no ponga en ganancia económica y se realice respetando mis derechos de autora.

Ambato, octubre de 2015

LA AUTORA

.....

Cabrera Cabrera Diana Elizabeth

APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Informe de Investigación, sobre el tema “**ACTITUDES DISFUNCIONALES Y SU RELACIÓN EN EL AUTOCONCEPTO DE LOS ADOLESCENTES DE BACHILLERATO DE LA UNIDAD EDUCATIVA ELOY ALFARO**” de Diana Elizabeth Cabrera Cabrera, estudiante de la Carrera de Psicología Clínica.

Ambato, febrero 2016

Para constancia firman

.....
PRESIDENTE/A

1^{er} VOCAL

2^{do} VOCAL

DEDICATORIA

Dedico este presente trabajo a la persona que velo mis pasos y me impulso para ver culminada esta importante etapa de mi vida; porque adopto como misión lograr que culmine mis estudios profesionales, para ti mamá.

Sin ser menos importante, quiero dedicar este trabajo investigativo a Dios pues permitiste que no cese el trabajo y lucha para el cumplimiento de uno de mis mayores deseos.

A las personas que se van integrando en el trascurso de la vida, junto a las cuales compartí momentos importantes dentro de tantas alegrías y tristeza, mil gracias por su paciencia, amistad y afecto.

Diana Cabrera

AGRADECIMIENTO

Quiero dar gracias, a todas esas personas que de una u otra manera colaboraron en la realización de este trabajo. Especialmente a ti Dios porque siempre supiste poner a las personas correctas con las palabras de aliento que requerí.

Aquellos que fueron parte de mi formación académica, maestros y amigos, quienes formaron pilar fundamental en la instrucción profesional y personal.

A aquellas personas que me recordaron el significado de compañerismo, solidaridad, perseverancia y el valor del esfuerzo personal.

A mi familia y amigas, gracias por darme una mano cuando lo necesite.

Diana Cabrera

ÍNDICE GENERAL DE CONTENIDOS

PORTADA.....	i
APROBACIÓN DEL TUTOR.....	ii
AUTORÍA DE TRABAJO DE GRADO.....	iii
DERECHOS DE AUTOR.....	iv
APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR.....	v
DEDICATORIA.....	vi
AGRADECIMIENTO.....	vii
ÍNDICE GENERAL DE CONTENIDOS.....	viii
ÍNDICE DE TABLAS.....	xi
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	xii
RESUMEN.....	xiii
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I.....	3
EL PROBLEMA.....	3
1.1 TEMA.....	3
1.2 PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA.....	3
1.2.1 Contextualización.....	3
ÁRBOL DE PROBLEMAS.....	13
1.2.2 ANÁLISIS CRÍTICO.....	14
1.2.3 PROGNOSIS.....	15
1.2.4 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	16
1.2.5 PREGUNTAS DIRECTRICES.....	16
1.2.6 DELIMITACIÓN TEMPORAL.....	16
1.3 JUSTIFICACIÓN.....	17
1.4 OBJETIVOS.....	19
1.4.1 Objetivo General.....	19
1.4.2 Objetivos Específicos.....	19
CAPÍTULO II.....	20
MARCO TEÓRICO.....	20
2.1 ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS.....	20
2.2 FUNDAMENTACIÓN FILOSÓFICA.....	24

2.3 FUNDAMENTACIÓN LEGAL.....	25
2.4 FUNDAMENTACIÓN PSICOLÓGICA.....	26
2.5. CATEGORÍAS FUNDAMENTALES	28
2.6. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA DE VARIABLES.....	29
2.6.1 VARIABLE INDEPENDIENTE	29
2.6.2 VARIABLE DEPENDIENTE	38
2.7 HIPÓTESIS.....	51
2.7.1 Hipótesis Alterna.....	51
2.7.2 Hipótesis Nula	51
2.8 SEÑALAMIENTO DE VARIABLES DE LA HIPÓTESIS.....	51
2.8.1 Unidades De Observación	52
2.8.2 Variable Independiente.....	52
2.8.3 Variable Dependiente	52
2.8.4 Término De Relación	52
CAPÍTULO III.....	53
METODOLOGÍA	53
3.1. ENFOQUE.....	53
3.2. MODALIDAD BÁSICA DE LA INVESTIGACIÓN.....	53
3.2.1. Investigación de Campo	53
3.2.2. Investigación documental – bibliográfica	54
3.3 NIVEL O TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	54
3.4 POBLACIÓN Y MUESTRA.....	55
3.5 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	56
3.6. PLAN DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	58
3.7. PLAN DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	60
3.8 PLAN DE PROCESAMIENTO	60
CAPÍTULO IV.....	61
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS	61
4.1 ANÁLISIS CUANTITATIVOS DE DATOS PERSONALES	61
4.1.1. Datos Sociodemográficos.....	61
4.2 ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LA VARIABLE INDEPENDIENTE. ..	63
4.3 ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LA VARIABLE DEPENDIENTE.....	65

4.4 VERIFICACIÓN DE HIPÓTESIS	70
4.4.1. Hipótesis General	70
CAPÍTULO V	77
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	77
5.1. CONCLUSIONES	77
5.2. RECOMENDACIONES	78
CAPÍTULO VI.....	79
PROPUESTA DE SOLUCIÓN	79
6.1 DATOS INFORMATIVOS	79
6.1.1 Tema:	79
6.1.2. Institución Ejecutora.....	79
6.1.3 Beneficiarios.....	79
6.1.4 Ubicación.....	80
6.1.5 Tiempo Esperado para la Ejecución.....	80
6.1.6 Equipo Técnico Responsable	80
6.2 ANTECEDENTES.....	80
6.3. JUSTIFICACIÓN	82
6.4 OBJETIVOS	83
6.4.1 Objetivos Específicos.....	83
6.5 FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA.....	84
6.6 Cronograma de actividades	96
6.7 Administración de la Propuesta.	102
6.8 Cronograma.....	103
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	104
BIBLIOGRAFÍA.....	104
ANEXO II.....	117

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N° 1. Variable Independiente: Actitudes Disfuncionales.	56
Tabla N° 2. Variable Dependiente: Autoconcepto.....	57
Tabla N° 3. Plan de Recolección de Información	60
Tabla N° 4: Datos sociodemográficos	61
Tabla N° 5: Sexo de los estudiantes.....	62
Tabla N° 6: Actitudes disfuncionales.....	63
Tabla N° 7: Autoconcepto.....	65
Tabla N° 8: Cuadro relación entre actitudes disfuncionales con autoconcepto de los adolescentes.....	67
Tabla N° 9: Prueba de Chi-cuadrado Área de aprobación	70
Tabla N° 10: Prueba de Chi-cuadrado Área de amor.....	71
Tabla N° 11: Prueba de Chi-cuadrado Área de derechos sobre otros	72
Tabla N° 12: Prueba de Chi-cuadrado Área de perfeccionismo.	73
Tabla N° 13: Prueba de Chi-cuadrado Área de derechos sobre otros.....	74
Tabla N° 14: Prueba de Chi-cuadrado Área de omnipotencia.	75
Tabla N° 15: Prueba de Chi-cuadrado Área de autonomía.....	76
Tabla N° 16: Registro de pensamientos automáticos.....	88
Tabla N° 17: Registro de Triple columna	89
Tabla N° 18: Formulario de autoayuda.....	95
Tabla N°19: Intervención en actitudes disfuncionales: Terapia cognitiva conductual	99
Tabla N° 20: Intervención en autoconcepto de los adolescentes. Terapia Racional Emotiva	101
Tabla N° 21. Presupuesto.....	102
Tabla N° 22. Cronograma	103

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico N° 1. Árbol de Problemas	13
Gráfico N° 2. Categorías Fundamentales.....	28
Gráfico N° 3: Datos sociodemográficos	61
Gráfico N° 4: Sexo de los estudiantes.....	62
Gráfico N° 5: Actitudes disfuncionales	63
Gráfico N° 6: Autoconcepto.	66
Gráfico N° 7: Grafico relacional entre actitudes disfuncionales y autoconcepto de los adolescentes.....	68

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

**“ACTITUDES DISFUNCIONALES Y SU RELACIÓN EN EL
AUTOCONCEPTO DE LOS ADOLESCENTES DE BACHILLERATO DE
LA UNIDAD EDUCATIVA ELOY ALFARO”**

Autora: Cabrera Cabrera, Diana Elizabeth

Tutora: Psc. Cl. Betancourt Ulloa, Nancy del Carmen

Fecha: Octubre de 2015

RESUMEN

El presente trabajo investigativo tuvo como objetivo principal, “Analizar las actitudes disfuncionales y su relación en el autoconcepto de los adolescentes de bachillerato de la Unidad Educativa Eloy Alfaro” de la Provincia de Tungurahua cantón Ambato, relacionado con las alternativas de un adecuado afrontamiento.

La investigación fue de carácter cuantitativo para lo cual se evaluó a 100 alumnos de bachillerato de la Institución Educativa cuyas edades fluctúan entre los 15 y 18 años de edad, compuesta por 58 mujeres (58%) y 42 (42%) hombres.

Los datos fueron obtenidos mediante la Escala de Actitudes Disfuncionales de Weissman y Beck y el cuestionario de Autoconcepto (SC1) ¿Cómo soy? Para eso, mismos que fueron procesados estadísticamente, interpretados y analizados dando resultados con correlación nula. Sin embargo, se evidencian problemas en las diferentes áreas de actitudes disfuncionales como: en el área de ejecución, perfeccionismo, amor, aprobación y autonomía. Por lo que se plantea una propuesta de tratamiento enfocada en Terapia Cognitiva y Terapia Racional Emotiva, con el fin de instruir al adolescente sobre la génesis de dichas actitudes, así como, sus causas y consecuencias.

PALABRAS CLAVES:

ACTITUDES_DISFUNCIONALES, COGNITIVO, AFECTIVO,
CONDUCTUAL, AUTOCONCEPTO, AUTOESTIMA, ADOLESCENTES.

**TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO
FACULTY OF HEALTH SCIENCES
CLINICAL PSYCHOLOGY RACE**

**"DYSFUNCTIONAL ATTITUDES AND THEIR RELATIONSHIP IN THE
TEEN SELF BACHELOR OF EDUCATIONAL UNIT ELOY ALFARO"**

Author: Cabrera Cabrera Diana Elizabeth

Tutor: Psc. Cl. Betancourt Ulloa Nancy del Carmen

Date: October 2015

ABSTRACT

This research work had as main objective, "Analyze dysfunctional attitudes and their relationship in the self-concept of adolescents of high school of the Education Unit Eloy Alfaro" in the Province of Tungurahua Ambato, related to a suitable alternative coping.

The research was quantitative in nature for which 100 high school students of School whose ages range between 15 and 18 years old, composed of 58 women (58%) and 42 (42%) men were evaluated.

The data were obtained by the Dysfunctional Attitudes Scale of Weissman and Beck and questionnaire Autoconcepto (SC1) How am I? For that, all of which were statistically processed, interpreted and analyzed yielding results with no correlation. However, problems are evident in the different areas of dysfunctional attitudes as in the area of enforcement, perfectionism, love, approval and autonomy. So a treatment proposal focused on Cognitive Therapy and Rational Emotive Therapy, in order to instruct adolescents about the genesis of these attitudes, as well as its causes and consequences arise.

KEYWORDS:

Dysfunctional attitudes, cognitive, affective, behavioral, self-concept, esteem, adolescents.

INTRODUCCIÓN

Las actitudes disfuncionales hacen referencia a lo que Beck, Wright, Newman, & Lisse (1993) llaman creencias disfuncionales, creencias desadaptativas o creencias irracionales que son las responsables, en gran medida, de formar las expectativas que moldean los impulsos, las afinidades o aversiones, comportamientos y conductas favorables o desfavorables; se busca entonces a través del modelo conductual identificar aquellas creencias irracionales que puedan presentar los adolescentes mediante la refutación y técnicas cognitivas asertivas.

Habitualmente, los adolescentes presentan actitudes inapropiadas en su proceso de autoafirmación puesto que están rodeados de conflictos y resistencias en la búsqueda de alcanzar su independencia. En la mayoría de la literatura en la psicología social, las actitudes son tratadas como una fuente interna de conocimiento verdadero. Las expresiones actitudinales simplemente revelan un estado de actitudes almacenadas, ellas son reportes verbales de las predisposiciones emocionales de una persona hacia un objeto o evento Guerin (citado en Moreno & Gil, 2003).

Por otro lado, y parte fundamental en la formación de la personalidad del sujeto, se encuentra el autoconcepto, se interpreta a este como conceptualización de la propia persona hecha por el individuo, siendo así considerado como adornado de connotaciones emocionales y evaluativas poderosas puesto que las creencias subjetivas y el conocimiento fáctico que el individuo se atribuye son enormemente personales, intensos y centrales, en grados variables a su identidad única; este a su

vez dirige la conducta de los individuos mediante el mecanismo de selección y procesamiento de la información a través de un marco interpretativo de las consecuencias de esas conductas Burns (citado en Ramírez Salguero & Herrera Clavero, s.f.)

La información que adquiere el adolescente se traduce en formas de comportamiento o nuevas actitudes, en donde el adolescente tiende a compararse para determinar si la perspectiva de la realidad social es o no la correcta estableciéndose como base para la concepción del autoconcepto; de ahí que el logro de un equilibrio socio afectivo a partir de una imagen ajustada y positiva de sí mismo sea uno de los objetivos primordiales (Esnaola, Goñi, & Madariaga , 2008).

Para el estudio de la relación entre estas dos variables se ha realizado una investigación con una muestra de 100 estudiantes, midiendo cada variable y aplicando la fórmula de chi-cuadrado y arrojando finalmente una propuesta de intervención, misma que se ha considerado como la más adecuada en relación a los resultados obtenidos.

El adolescente reacciona frente a algo con emociones fuertes y ambivalentes, ante esto es importante enseñar y fortalecer una actitud y conducta asertiva, es decir, una expresión adecuada dirigida hacia otra persona, de cualquier emoción que no sea la respuesta de ansiedad. Consecuentemente se propone técnicas conductuales, el cual pretende enseñar y fortalecer actitudes positivas y autoconcepto.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1 TEMA

Actitudes disfuncionales y su relación en el autoconcepto de los adolescentes de bachillerato de la Unidad Educativa Eloy Alfaro

1.2 PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA

1.2.1 Contextualización

La adolescencia para Erickson (citado en Roselló & Barrios, 2004); es el período dónde se establece el sentido de la vida y la identidad propia, a través de las cuales se superan la difusión de roles y la confusión de identidad.

A nivel de Europa, en Madrid se realizó un estudio sobre “Cronicidad de los trastornos de estado de ánimo: relaciones con actitudes cognitivas disfuncionales con la alteración de la personalidad” El objetivo del trabajo fue evaluar la triple relación entre la cronicidad de trastornos del estado de ánimo, actitudes cognitivas disfuncionales y comorbilidad con alteraciones de personalidad. Se obtiene que no

se encontraron diferencias significativas generales en ninguna de las tres condiciones (comorbilidad, cronicidad, interacción o covariante), la mayoría presentan una alta comorbilidad (el 86% de los pacientes) con personalidades del grupo A (paranoide, esquizoide y esquizotípico) y C (por evitación, por dependencia, compulsivo y pasivo-agresivo). Es el trastorno Esquizoide el responsable de la comorbilidad, los trastornos por Evitación y por Dependencia los que explican gran parte de la comorbilidad. Asimismo, un alto porcentaje (62%) presenta comorbilidad con ambos grupos. En síntesis; no hubo diferencias entre los grupos en la Escala de Actitudes Disfuncionales y se encontró una alta comorbilidad entre trastornos de personalidad y depresivos (Prieto , Vera, Marfil, & Ramírez, 2007).

En Grana España, el estudio relacionado con actitudes disfuncionales bajo el tema: Papel de las Cogniciones Disfuncionales Sobre el Sueño en la Baja Calidad del Sueño Informada por los Pacientes con Fibromialgia, se obtiene como resultados que estos pacientes presentan más creencias disfuncionales sobre la consecución del insomnio en el funcionamiento y en la salud sobre el control y predicción del sueño; presentaron depresión, ansiedad, culpa y menor nivel de funcionamiento diario (Miró, Martín, Sánchez, Prados , & Diner , 2012).

En Estados Unidos, Eagly & Chaiken (s.f.) en su trabajo: “Investigaciones en Actitudes en el siglo xxi: el estado del arte”, se desarrolla el análisis de la génesis, integración con las teorías y características de las actitudes;

- Parten por establecer que definiciones han sido consistentes con la concepción de Campbell (1963) de disposición conductual adquirida, que es, estados de las personas que suceden sobre la base de alguna transacción con el ambiente. De modo consistente con muchos otros teóricos (Zanna & Rempel, 1988), planteamos que las actitudes pueden formarse mediante procesos cognitivos, afectivos o conductuales y que puede expresarse mediante respuestas cognitivas, afectivas y conductuales.
- Desarrolla la idea de las actitudes pueden ser duales o múltiples en base al concepto de ambivalencia actitudinal, según el cual el individuo puede mantener una actitud positiva y una negativa en relación al mismo objeto.
- Elabora la diferenciación entre actitudes implícitas (dirige las respuestas conductuales espontáneas) y explícitas (son activadas de forma deliberada, requiere esfuerzo cognitivo).

Se concluye que el estudio de actitudes no se desarrolla solo en torno a la psicología social sino que también se vincula su análisis a la psicología cognitiva y de la personalidad.

En Puerto Rico la investigación sobre “Ideación suicida: síntomas depresivos, pensamientos disfuncionales, autoconcepto, y estrategias de manejo en adolescentes puertorriqueños”. En este estudio se evaluó el valor predictivo de algunas variables cognitivas, conductuales y afectivas para explicar ideas de suicidio desde una perspectiva cognitivo-conductual. La muestra estuvo conformada por 179 adolescentes (edades 13-18) los mismo que indican que aproximadamente el 17% de la muestra informó de pensar en el suicidio "a

veces" o "con mucha frecuencia". Estos adolescentes fueron más deprimidos, tenía pensamientos más disfuncionales, bajo autoconcepto y las estrategias de afrontamiento menos saludables que los que no informaron ideación suicida. Estos resultados apoyan el modelo teórico cognitivo conductual como una forma de explicar la ideación suicida en adolescentes ya que este plantea la ideación suicida como el resultado del proceso interactivo entre pensamientos, sentimientos y acciones. De acuerdo a los resultados, se puede explicar, por ejemplo, que los adolescentes con pensamientos disfuncionales también se inclinarán a visualizarse a sí mismos y a sus circunstancias bajo una óptica negativa y rígida, lo cual podría provocar sentimientos de tristeza y un enfrentamiento pobre e inadecuado a situaciones problemáticas, como puede ser el aislarse de su familia, y recurrir al consumo de cigarrillos y alcohol (Duarte, Lorenzo-Luaces, & Rosselló, 2012).

Gordillo , Castro, Gómez, & Sánchez (2011) examinan las “Diferencias en el autoconcepto de adolescentes extremeños en función del género, el nivel socioeconómico-cultural y la población de pertenencia” hallaron que en relación a las diferencias de género las alumnas muestran menor ansiedad que los alumnos, con respecto a la dimensión física ellos poseen una mejor percepción de sí mismos, por esta razón son los chicos quienes muestran una autoestima global más alta, al igual que su autoconcepto. De este modo la baja autoestima en las chicas será el resultado de la discrepancia entre lo deseado y la competencia percibida. La alta autoestima de los chicos se debe a que ellos presentan una mayor seguridad en su estatus intelectual y escolar. En lo

referente al nivel socioeconómico se evidencia que este factor no es influyente sobre el autoconcepto/autoestima de los adolescentes, esto podría deberse a que a esta edad ellos no tienen poder adquisitivo y mayormente se desenvuelven en los mismos contextos.

El estudio realizado a 355 adolescentes de 12 a 22 años en España con el tema “Clima familiar deportivo y autoconcepto físico en la adolescencia” se analizan las relaciones entre las actitudes, valores e intereses familiares percibidos sobre la actividad físico-deportiva en general de los hijos e hijas en particular, la autopercepción física y la actividad físico-deportiva realizada por los adolescentes; los resultados indican que un clima familiar deportivo favorable se relaciona con un autoconcepto físico más elevado y con una mayor frecuencia de actividad físico-deportiva; así mismo, aparecen diferencias en cuanto al clima familiar deportivo en función del sexo de los participantes; los hijos de familias en las que sólo había chicos percibieron climas familiares deportivos más positivos que aquellos pertenecientes a familias en las que había chicos y chicas, siendo las percepciones más desfavorables las de las chicas que sólo tenían hermanas o eran hijas únicas (Revuelta & Esnaola, 2011).

Investigaciones como: “Actitudes, autoconcepto y expresión emocional en América” realizada a 12 naciones americanas muestran que en los países individualistas y con baja distancia jerárquica se expresan más las emociones. Las personas que viven en sociedades individualistas presentan un

autoconcepto más expresivo o femenino que los individuos socializados en culturas colectivistas. Los indicadores psicológicos y culturales en relación con la expresión emocional muestran que las mujeres muestran una mayor expresión, tanto de las emociones positivas como de las negativas, en comparación con el género masculino. En cuanto a los indicadores psicológicos que guardan relación con las actitudes de auto-suficiencia, así como los auto-conceptos de interdependencia, instrumentalidad y expresividad, los resultados señalan que las personas caracterizadas por una mayor auto-suficiencia con éxito van a expresar menos las emociones negativas de tristeza y enojo. Respecto a los constructos culturales se constata que las emociones negativas se dan en mayor medida en aquellas sociedades caracterizadas por el individualismo y la baja distancia jerárquica, en este tipo de culturas las personas tienen una mayor libertad para poder expresar la tristeza y el enfado (Fernández , Alvarez, Velásquez, & Ruíz, s.f.).

Aportes bajo el tema “Patrón de conducta tipo a en trabajadores de la ciudad de San Luis (Argentina), su relación con actitudes disfuncionales”. Los resultados señalan que la muestra estudiada presenta niveles significativos de Actividad (conductas esforzadas dirigidas a metas concretas), Ausencia de Represión (expresión libre de emociones y pensamientos) y Ambición (expectativas de poder y reconocimiento). Respecto a las diferencias de media halladas según sexo, se encontró que los varones poseen valores más elevados en la variable Ambición. Esto encuentra consonancia con lo señalado por Eysenck y Fulker (1983) y por Romero y León (1989) respecto a que generalmente los varones

tienden a percibirse más ambiciosos y competitivos que las mujeres. De manera concordante Cantero-Garlito, Émeric-Méaulle, Zango-Martín y Domínguez-Vega (2012), expresaron que lo masculino ha sido tradicionalmente vinculado con la agresividad, el dominio, la fortaleza, la ambición y el individualismo (García-Sorrentino & Fantin-Salas, 2013).

Los valores obtenidos mediante la Escala de Actitudes Disfuncionales evidencian en la muestra niveles más bajos, que deben ser entendidos como áreas de debilidad psicológica, en los factores: Derecho sobre los demás (propensión a desconocer sus propios límites en la interacción con otras personas, desconociendo las necesidades de los otros) y Omnipotencia (creencia irracional y desajustada respecto a sus propias limitaciones). Al respecto, Rodríguez-Suárez (2010) consideró que este tipo de personas tienden a verse más pendientes del grado de competencia alcanzado en el desarrollo de sus tareas, más vulnerables a los fracasos laborales, más centrados en la realización de sus actividades laborales y menos interesados por aspectos tales como la socialización, el ocio y la diversión. Beck y Emery (1985) habían señalado que estas actitudes disfuncionales están vinculadas a temas relacionados con el logro personal y que suponen reglas absolutistas basadas en la fatalidad de los resultados (García-Sorrentino & Fantin-Salas, 2013).

Garzón Vallejo & Martínez (s.f.) presentan un estudio llevado a cabo en Pasto (Nariño-Colombia) que tuvo como objetivo, establecer la relación entre las Actitudes y Estrategias Cognitivas Sociales con lo que se ha denominado

Desempeño Académico. Los resultados mostraron correlación entre el desempeño académico y las estrategias cognitivas sociales, se observó correlación positiva entre el desempeño académico de algunas asignaturas y sensibilidad social, seguridad y firmeza, liderazgo pro social, ansiedad y timidez, percepción y expectativas negativas sobre la relación social, percepción positiva del modo como ejercen sus padres la autoridad en el hogar. Se concluye que factores como el liderazgo, la seguridad, la timidez, la desconfianza, la aceptación de sus padres, la dificultad para buscar soluciones, la dificultad para mirar las consecuencias, influyen en el rendimiento académico de los estudiantes, si los factores son positivos el estudiante tendrá mejores resultados dentro de la institución, si son negativos los resultados no serán los esperados.

A nivel nacional existen con gran variedad de investigaciones con respecto a la adolescencia tanto en características, desarrollo típico y atípico, problemas comunes, manejo de los padres durante esta etapa, sin embargo investigaciones con respecto a relacionar las actitudes disfuncionales en sus diferentes componentes; cognitivo, afectivo y conductual con el autoconcepto son mínimas.

Por lo que se realizó la entrevista al Doctor Villa Jorge Psicólogo Clínico presidente del Colegio de Psicólogos de Latacunga en el 2014, mismo que supo manifestar: “la adolescencia es la época donde mayor intervención psicológica debe existir debido a los cambios importantes por los que pasa el adolescente,

en la consulta clínica que he podido atender con relación a la etapa de la adolescencia durante estos cinco primeros meses del 2014 son 37 casos de adolescentes que presentan baja autoestima, severos cuadros depresivos y un autoconcepto bajo, entre otros. Lo que se ha podido identificar en varios casos son errores en la cogniciones las cuales han generado pensamientos irracionales e incluso actitudes disfuncionales tanto en el ámbito personal, familiar y académico” (Villa, 2014)

Por otro lado en 2015 en la provincia de Tungurahua la investigación del Autoconcepto, en las conductas desadaptativas en niños; evidencian que si existe influencia del autoconcepto en la conducta el niño; el 50% de niños que mostraron un autoconcepto negativo presentan conductas desadaptativas frecuentes. La evaluación sobre el autoconcepto muestra que estos niños piensan que sus habilidades y destrezas no son lo suficientemente buenas para realizar una tarea, su sí mismo se ve afectado por una imagen desvalorizada. La interacción que tiene con sus pares y adultos se ve reflejada por la opinión de tal forma que se sienten con una desventaja en su rol social para desenvolverse con seguridad lo que se puede ver afectado su identidad personal en el futuro (Argotti Pilataxi, 2015).

Como se ha podido evidenciar se dispone de investigaciones previas de cada variable, es decir, se cuenta con estudios que relacionan aspectos de las variables que se pretenden investigar, de ahí radica la importancia del desarrollo de esta investigación, debido que el no hacerlo contribuirá con el

desarrollo de problemas de autoestima, en la formación de actitudes desfavorables así como en el desarrollo de pensamientos o ideas irracionales que se evidenciaran en el comportamiento del adolescente.

ÁRBOL DE PROBLEMAS

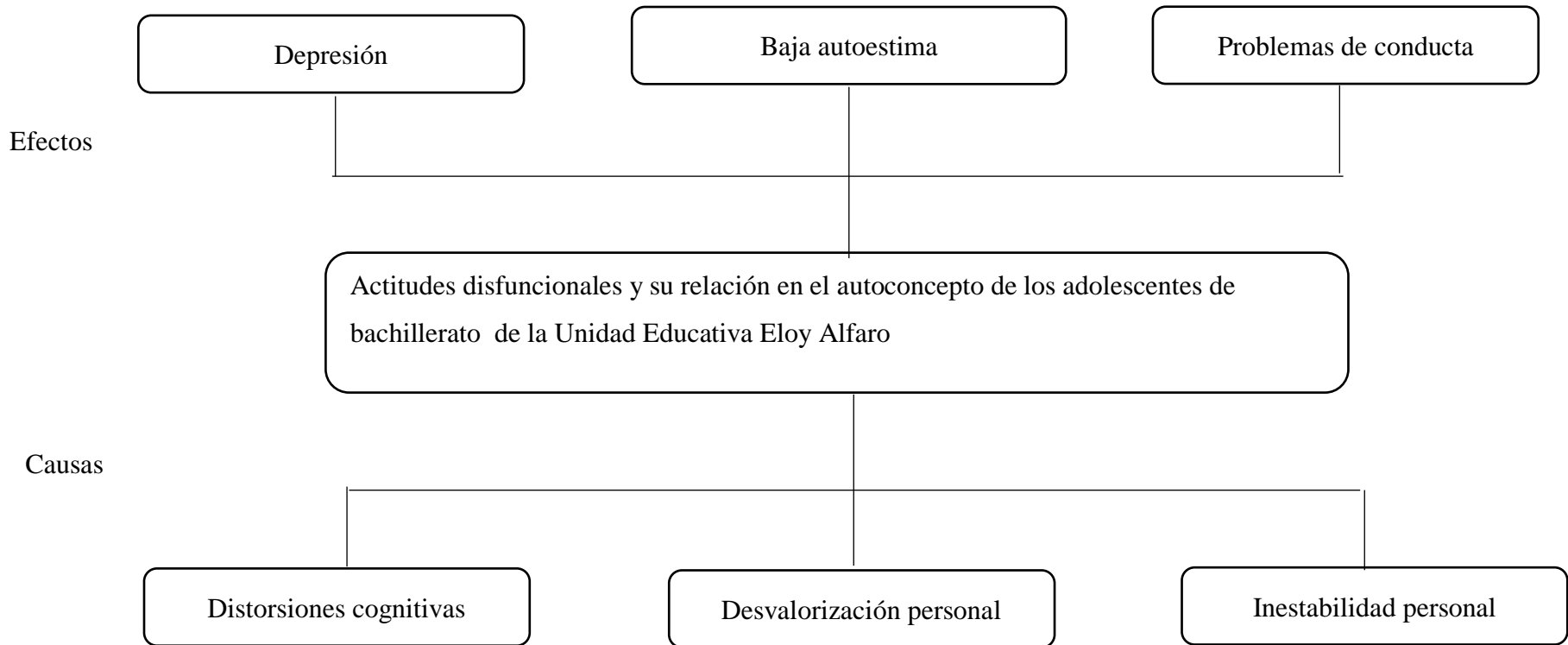


Gráfico N° 1. Árbol de Problemas

Fuente: Árbol de problemas.

Elaborado por: Cabrera Diana, 2015

1.2.2 ANÁLISIS CRÍTICO

La psicología social define a las actitudes como creencias y sentimientos que predisponen nuestras reacciones ante objetos, personas y acontecimientos (Myers, s.f.).

Puesto que las actitudes son predisposiciones para comportarse de manera adecuada o inadecuadamente ante un determinado objeto, sujeto o situación; se establece como grupo vulnerable a los adolescentes ya que son estos los que atraviesan un periodo transitorio de constantes cambios e inestabilidades y experimentan sensaciones como la autonomía, aprobación, derechos sobre otros, autorrealización, amor, ejecución, cambios físicos y emocionales lo cual va influir en la manera en que ellos actúan ante situaciones estresante o de riesgo. Factores como la sociedad juegan un papel importante es la concepción de las actitudes, pues son parte fundamental en la formación de sus pensamientos y consecuentemente en la formación de sus creencias (Enciclopedia de psicología , 1999).

Es fundamental para los adolescente conseguir una adecuada visión y concepción de sí mismo para un correcto desarrollo, aquellas sujetos que no lo hagan se vuelve más vulnerables y tienden a desarrollas estrategias de afrontamiento inadecuadas, puesto que todo individuo adopta un sistema de categorías sobre las que basa sus percepciones, influenciadas por el entorno social en el que se desarrolla.

Por otro lado, tanto en actitudes como autoconcepto se puede generar distorsiones cognitivas generados por los constructos mentales inflexibles y rígidos basados en pensamientos negativos sobre sí mismo que en ocasiones son sostenido por los entornos en los que se desenvuelve generando en ellos ideas como que para ser felices depende de otros, o que su valor personal viene de los demás, pensar que tienen que hacer todo perfecto, etc. Ocasiona que el adolescente tenga problemas en el ámbito afectivo, cognitivo y conductual.

1.2.3 PROGNOSIS

La atención psicológica de los adolescentes de bachillerato que presenten actitudes disfuncionales y un pobre autoconcepto es fundamental para evitar alteraciones emocionales que afecten el desarrollo de la autoestima, es fundamental para que la persona sea capaz de enfrentarse que debe con éxito a las diferentes situaciones del día a día. El adolescente que tiene una actitud y autoconcepto realista, integrada y adaptado se comporta generalmente de forma sana, confiada y constructiva; pues se siente menos amenazado por los otros además se relaciona de mejor manera, percibe la realidad más correctamente y es más respetuoso y tolerante consigo mismo y con los demás.

Al plantear esta investigación se pretende hacer un estudio exploratorio para conocer las actitudes disfuncionales más frecuentes de los adolescentes y el nivel del autoconcepto que poseen los adolescentes y de esta manera identificar un

modelo de intervención conforme las necesidades intra e interpersonales del adolescente.

Si esta investigación no se desarrolla los adolescentes evidenciarán sintomatología como autoestima baja, emociones negativas, creencias irracionales polarizadas provocando inestabilidad en la salud mental del adolescente.

1.2.4 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Las actitudes disfuncionales se relacionan en el autoconcepto de los adolescentes de bachillerato de la Unidad Educativa Eloy Alfaro?

1.2.5 PREGUNTAS DIRECTRICES

- ¿Qué actitudes disfuncionales están presentes adolescentes de bachillerato de la Unidad Educativa Eloy Alfaro?
- ¿Cuáles son los niveles del autoconcepto en los adolescentes estudiados?
- ¿Es posible desarrollar una propuesta de intervención psicoterapéutica con los pacientes investigados?

1.2.6 DELIMITACIÓN TEMPORAL

Delimitación De Contenido

CAMPO: Educación

ÁREA: Psicología Clínica

ASPECTO: Actitudes disfuncionales y su relación en el autoconcepto de los adolescentes.

Delimitación Espacial

Adolescentes de Bachillerato comprendidos entre 15 a 18 años de la Unidad Educativa Eloy Alfaro.

Delimitación Temporal

Esta problemática será investigada en el período marzo a septiembre del 2014.

1.3 JUSTIFICACIÓN

La adolescencia es un periodo de constantes cambios e inestabilidades, por ello es importante que el individuo tenga recursos personales que le permita una adaptación psicosocial positiva a lo largo de dicha etapa. Todos esos cambios que viven los adolescentes hacen que en muchos casos sea un periodo difícil tanto para ellos como para sus familias. Uno de dichos cambios son los que atraviesan las actitudes pues estas no son persistentes, a lo largo de la vida del individuo pueden modificarse dependiendo de la relación que tenga con el ambiente y las experiencias del sujeto; una vez instauradas requerirán asimilar nuevas experiencias para poder modificarlas, pues estas tienen una relación bilateral entre persona y objetos, de esta correlación se obtendrán actitudes favorables o desfavorables hacia los objetos, situaciones, grupos, entre otros.

De la misma manera, el autoconcepto o conjunto de sentimientos, percepciones y valores que el individuo tiene sobre sí mismo, es parte fundamental en el desarrollo de la personalidad; un autoconcepto positivo está en la base de un buen funcionamiento personal, social y profesional (Zulaika, s.f.). Existe una correlación significativa entre la autovaloración que hace la persona y el locus de control, a medida que mejora la autoestima mejorara la atribución causal. Los adolescentes con una baja visión sobre ellos mismo realizan comportamientos de riesgo para salud, en esto radica la importancia de realizar una intervención psicoterapéutica tanto en los adolescentes como en el medio que se rodean es de gran importancia el logro de un equilibrio socioafectivo considerando que este disminuiría problemas afectivos, cognitivos y conductuales.

El tema de estudio es auténtico pues es surgió del interés de la investigadora basado en una problemática real y actual que se ha evidenciado en los resultados de los instrumentos aplicados.

Los beneficiarios directos serían los adolescentes, debido que se pretende mejorar su autoconcepto así como sus habilidades intra e interpersonales, y reestructurar su cogniciones para un afrontamiento asertivo de las actitudes, tomando como punto relevante la importancia de la estabilidad emocional durante este periodo de la adolescencia como forma preventiva dentro de la salud mental, física, social y familiar. Los beneficiarios indirectos serán las personas que formen parte de su entorno social, familiar y académico.

Dicha investigación es factible ya que se cuenta con la colaboración y autorización de la Unidad Educativa Eloy Alfaro, la cooperación de los adolescentes, motivo de estudio, además que se cuenta con material bibliográfico suficiente, elementos esenciales que permitirán que el desarrollo de la investigación alcance la viabilidad requerida.

1.4 OBJETIVOS

1.4.1 Objetivo General

- Analizar las actitudes disfuncionales y su relación con el autoconcepto de los adolescentes de bachillerato de la Unidad Educativa Eloy Alfaro.

1.4.2 Objetivos Específicos

- Identificar cuáles son las actitudes disfuncionales en los adolescentes de bachillerato de la Unidad Educativa Eloy Alfaro.
- Determinar los niveles de autoconcepto en la población de estudio.
- Establecer una propuesta de intervención psicoterapéutica para la intervención del problema de investigación planteado.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

Referente a las actitudes disfuncionales se han podido recopilar las diferentes investigaciones, las cuales nos ayuda a visualizar mejor el tema investigativo.

La investigación tomada como referencia es: *“Personalidad Y Actitudes Disfuncionales De Los Estudiantes De La UPSE”* (Ponce, 2012).

El objetivo central de esta investigación es mejorar progresivamente la calidad de la educación superior, con enfoque de derechos, para fortalecer la unidad en la diversidad e impulsar la permanencia de los estudiantes en el sistema educativo y la culminación. Se encuentra que los estudiantes (el 75%) no reunirían los perfiles que se necesitan porque tienen situaciones personales específicas no resueltas en cuanto a duelos, situaciones de tensión familiar, de religión y estado civil; indicadores que disminuyen la objetividad en el trabajo profesional práctico; denotan actitudes de incomodidad en situaciones que no son el centro de atención, conductas inapropiadas en su interacción, expresión de emociones plana, son sugestionables y fáciles de influenciar (p.l.).

Del trabajo investigativo titulado “*Actitudes Disfuncionales En Personas Adictas A Sustancias Psicoactivas*” (García & Gimón, 2010).

Concluye: Se evidencian altas tendencias cognitivas y conductuales para los que aparentemente no se presentan actitudes disfuncionales cognitivas en la personas farmacodependientes; las personas no se valoran por los resultados obtenidos sino por la sensación de placer, de la misma manera su autoestima (componente afectivo) no se ve afectada por la ausencia de amor ya que el sujeto no se encuentra a merced de sus sentimientos (p. 64).

El estudio de “*Actitudes y estrategias cognitivas sociales y el desempeño académico*” (Garzón Vallejo & Martínez, s.f.).

Los resultados mostraron correlación entre el desempeño académico y las estrategias cognitivas sociales en especial en seis de las diecinueve sub-escalas de EAECS. Como conclusión obtienen que el rendimiento académico tienen que ver con las numerosas variables, que van desde la parte motivacional, emocional e inteligencia hasta incluso lo político; una persona educada debe poseer técnicas para enfrentar y resolver problemas; debe tener la habilidad para hacer conjeturas, de deducir las implicaciones de hipótesis y de verificarlas empíricamente.

Como refiere Goñi (citado en Agapito Romero, Calderon Callejo, Cobo Jarones, & Rodriguez , s.f.) la importancia del autoconcepto, es que este juega un papel central en el desarrollo de la personalidad, tal como lo destacan las principales teorías psicológicas; haciendo hincapié en que un autoconcepto positivo está en la

base del buen funcionamiento personal, social y profesional dependiendo de él, en buena medida, la satisfacción personal del individuo, el sentirse bien consigo mismo (Palacios, 2009).

En cuanto a investigaciones de autoconcepto bajo el tema “*El Autoconcepto Personal: Estructura interna, medida y variabilidad*” (Goñi, E, 2010).

La finalidad de este estudio era esclarecer la naturaleza interna del autoconcepto personal y, al mismo tiempo, se aspiraba precisar las relaciones de éste con el desarrollo personal, con el bienestar psicológico, con la satisfacción con la vida o con la inteligencia emocional (p. 251).

Uno de los trabajos que ha sido guía para esta investigación es: “*Ideación Suicida: Síntomas Depresivos, Pensamientos Disfuncionales, Autoconcepto, Y Estrategias De Manejo En Adolescentes Puertorriqueños*” (Duarte, Lorenzo-Luaces, & Rosselló, 2012).

Alguna de las conclusiones más importantes:

Estos jóvenes en promedio de uno de cada diez tenían más síntomas de depresión, más pensamientos disfuncionales, un autoconcepto más bajo y menos estrategias de manejo saludables que los que no reportaron ideas suicidas (p.12).

El estudio desarrollado bajo el tema “*Relación Entre Autoconcepto, Ansiedad E Inteligencia Emocional*” (Sosa, 2014).

Concluye que: no hay una estrecha relación entre autoconcepto, ansiedad e inteligencia emocional, sin embargo se muestra relación entre algunas de sus dimensiones como; ansiedad y las diferentes dimensiones del autoconcepto, estos resultados sugieren que los adolescentes con alta autoestima muestran bajos niveles de ansiedad (p. 163).

En el trabajo investigativo cuyo tema fue “*Caracterización Del Autoconcepto En Adolescentes Con Intento Suicida*” (Balsa, Naranjo, & Rodríguez, 2011).

Cuyo objetivo fue caracterizar el autoconcepto con intento suicida. Se obtuvo como resultados generales que los adolescentes presentan dificultades en el autoconcepto, poseen sentimientos de inadecuación y actitudes negativas hacia sí mismos y hacia los demás. Las características del contexto familiar, las dificultades en la funcionabilidad, los estilos educativos afectan el autoconcepto de los adolescentes. Se evidencia además que los grupos sociales repercuten desfavorablemente en el autoconcepto, ya que muestran dificultades en las relaciones interpersonales.

La investigación con tema “*Autoconcepto En Adolescentes De 14 A 18 Años*” (Madrigales, 2012).

Concluye que: los niveles de autoconcepto de los evaluados manifiestan un nivel medio (44%), un nivel bajo (36%) y alto (22%). Se obtuvieron resultados de niveles: bajo en autoconcepto familiar, medio en autoconcepto social, medio en autoconcepto académico (p. 86).

De aquí radica la importancia de investigar la influencia de las actitudes disfuncionales de los adolescentes en su autoconcepto, que área se ve mayormente afectada, así como determinar el nivel de autoconcepto que presentan los adolescentes.

2.2 FUNDAMENTACIÓN FILOSÓFICA

El paradigma epistemológico de la investigación es crítico, porque en este estudio se cuestionará cada una de las actitudes disfuncionales de los adolescentes de bachillerato y la relación de estas en el autoconcepto, así como la forma apropiada de intervenir psicoterapéuticamente como promotor de salud mental para mejorar la calidad de vida de dichas personas; puesto que en la etapa de la adolescencia se produce una ampliación de los sistemas de actividad y comunicación que determinan el surgimiento de un conjunto de particularidades psicológicas características de este período que requiere la búsqueda de identidad y establecer un autoconcepto en el cual el pasado, presente y futuro se unen para formar un todo.

Propositiva, porque conjuntamente con la población investigada se elaboraran métodos y alternativas de solución para trabajar en las actitudes disfuncionales identificadas y mejorar el autoconcepto y a la vez desarrollar capacidades intra e interpersonales.

2.3 FUNDAMENTACIÓN LEGAL

En nuestro país en el año 2013 se estableció en la Constitución Política del Ecuador y en el Plan Nacional para el Buen Vivir, es así que uno de los grupos de atención prioritaria determinado en la Constitución son los niños, niñas y adolescentes.

El Art. 44 establecido en esta norma determina que “El Estado, la sociedad y la familia, promoverán de forma prioritaria el desarrollo integral de niños y adolescentes y asegurarán el ejercicio pleno de sus derechos; se atenderá al principio del interés superior y sus derechos prevalecerán sobre los de las demás personas”. Así mismo el Art. 45 define que “Las niñas, niños y adolescentes gozarán de los derechos comunes del ser humano además de los específicos de su edad. El Estado reconocerá y garantizará la vida, incluido el cuidado y protección desde la concepción” El inciso segundo señala que los niños, niñas y adolescentes tienen derecho....A tener una familia y disfrutar de la convivencia familiar y comunitaria.....” Es deber del Estado, la sociedad y la familia, asegurar que la niñez y adolescencia reciban una información adecuada, veraz y pluralista; y proporcionarles orientación y una educación crítica que les permita ejercitar apropiadamente los derechos señalados en el inciso anterior (Ecuador, 2008)

El código de la niñez y la adolescencia tiene como fin garantizar los derechos de los niños de manera integral, para lo cual están involucrados el estado, la sociedad y la familia. A pesar de lo propuesto, existen factores de riesgo que pueden atentar al bienestar de los niños, niñas y adolescentes y ocasionar la separación temporal de su propia familia. En los casos previstos por la ley, tienen derecho a otra familia a través del acogimiento familiar temporal, el acogimiento institucional que debe aplicarse como última y excepcional medida de protección y la adopción cuando se ha determinado la inexistencia de familia que asuma la tutela y protección y siempre que exista la declaratoria de adoptabilidad emitida por la autoridad competente.

2.4 FUNDAMENTACIÓN PSICOLÓGICA

El trabajo investigativo planteado bajo el tema, “Actitudes disfuncionales y su relación en el autoconcepto de los adolescentes de bachillerato de la Unidad Educativa Eloy Alfaro” fundamenta sus bases teóricas en la psicología evolutiva, psicoterapia cognitiva y racional emotiva; puesto que estas ramas de la psicología abarcan el estudio de aspectos relacionados con la evolución del adolescente en la etapa media y final así como sus características, tratan además sobre el abordaje de actitudes y percepciones de sí mismo, considerando que estos aspectos son el objetivo de estudio conjuntamente con disminuir las probabilidades y porcentajes de trastornos psicológicos.

La corriente psicológica en la que se apoya el proyecto funda sus bases en la teoría Cognitiva de Beck y Racional emotiva de Albert Ellis, quienes considera que el núcleo de su teoría está representado por una frase sencilla atribuida al filósofo estoico griego Epícteto: "Las personas no se alteran por los hechos, sino por lo que piensan acerca de los hechos". El modelo de terapia cognitiva de Beck mantiene que los trastornos psicológicos provienen con frecuencia de maneras erróneas de pensar concretas y habituales, maneras que conforman distorsiones cognitivas (Benenti, s.f.).

El enfoque de esta corriente es viable para proveer de una mejor salud mental al grupo de estudio y a la vez sembrar relaciones socialmente aceptables, considerando que continuamente las personas hacen evaluaciones positivas y/o negativas de la gente, los lugares, los objetos e ideas que salen espontanea e instantáneamente. Por otro lado, dichas evaluaciones poseen una carga emocional en base a la que se actúa y es bajo esta premisa que trabaja.

2.5. CATEGORÍAS FUNDAMENTALES

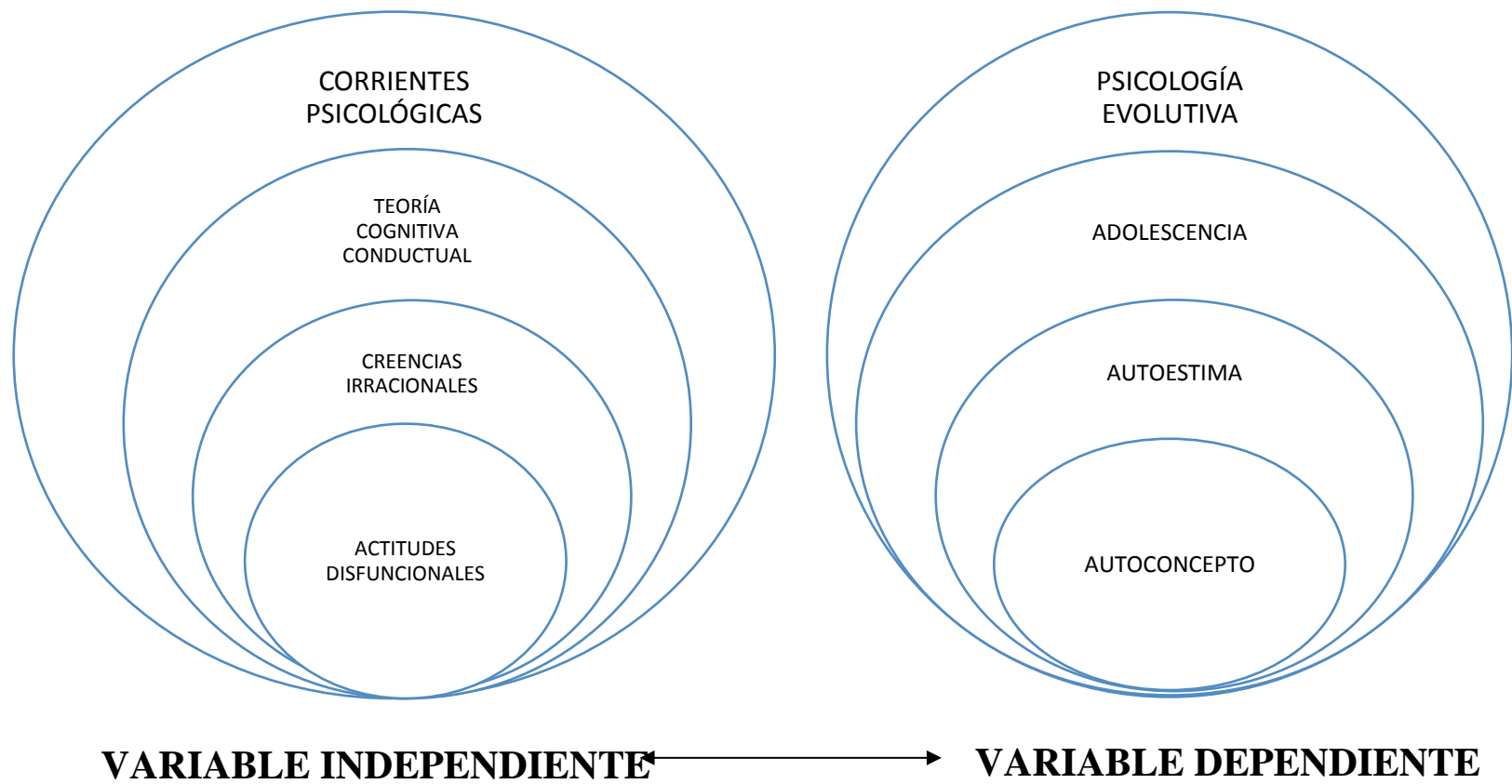


Gráfico N° 2. Categorías Fundamentales
Fuente: Red de inclusiones conceptuales.
Elaborado por: Cabrera Diana, 2015

2.6. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA DE VARIABLES

2.6.1 VARIABLE INDEPENDIENTE

CORRIENTES PSICOLÓGICAS

Son distintas escuelas, teorías y sistemas psicológicos que han centrado sus esfuerzos en diversas áreas, concentra en distintos tipos de problemas y sirve para tratar a distintos pacientes. Es importante comprender y analizar las corrientes psicológicas que usan hoy en día, para así ver la que más encaja con el problema a tratar y de esta manera realizar una intervención eficaz.

Es importante considerar las primeras corrientes psicológicas junto con sus principales exponentes, pues son la base científica de la psicología.

- El estructuralismo, su representante es Wundt y Titchener, las investigaciones de esta escuela son puramente teórico-estructural, pues para muchos pensadores de aquel entonces la ciencia se debería mover únicamente a ese nivel. Wundt (1832-1920) elaboro el primer sistema científico psicológico apoyándose en un método experimental introspectivo. No se interesa por la sustancia espiritual alma, sino por las experiencias psicológicas en cuanto a procesos mentales inmediatos, consientes, simultáneos o sucesivos y también como sus relaciones y conexiones mutuas se combinan para formar la totalidad de la vida mental (Erique, 2005).

- El funcionalismo tiene como centro de estudio el hábito ya que según William James (el primer “maestro” de esta escuela) permite responder al organismo responder con más precisión y rapidez y además liberar la mente de la mayor parte de actividades cotidianas automáticas para poder dedicarse a actividades superiores. Esta escuela se interesa por la funcionalidad del acto de conciencia, consecuencia lógica del sistema de vida y pensamiento pragmático de esta sociedad y sus investigaciones se mueven dentro del ámbito evolucionista de los procesos psicológicos dando importancia suprema al ambiente.
- La reflexología de Pávlov utiliza el reflejo condicional como instrumento para estudiar los procesos y leyes de la actividad cerebral (cuya manifestación externa es la conducta).
- El psicoanálisis, su fundador fue Sigmund Freud, su postura es que la motivación principal del hombre es búsqueda de placer y evitar el dolor, creer en el determinismo psíquico y hablar de desarrollo sexual. Su principio establece que no es la lógica de la razón la que explica la actividad del hombre sino aspectos irracionales del psiquismo. Esta psicología se asienta sobre el inconsciente del ser humano. Para Freud la energía del aparato psíquico tiene su origen en los instintos, categorías biológicas. La interpretación de los fenómenos para su comprensión.
- El conductismo clásico cuyos fundadores principales son Watson, Skinner y Pavlov, para ellos solo existe lo que es comprobable, habla del aprendizaje. Watson lucha a comienzos de la década de 1910 por una psicología que tan solo trabaje con variables objetivas y manipulables, para poder controlar

científicamente la conducta de los organismos (incluido el hombre). Propone una psicología científica, objetiva y experimental.

- En los años sesenta surgen las siguientes corrientes: Gestalt, fundada por Frederick Peris y el Humanismo instituida por Rogers, la doctrina rogeriana se centra en la trama de la relación terapéutica (psicólogo-cliente) y parte de la idea de que el individuo tiene dentro de sí mismo recursos suficientes que pueden ser movilizados, con tal de que el psicólogo consiga crear el clima adecuado. Busca la realización personal favoreciendo la superación de las necesidades básicas hasta llegar a moverse uno dentro de la satisfacción de las necesidades superiores de autorrealización (Erique, 2005).

Las principales corrientes psicológicas modernas son:

- **Psicoanálisis:** Esta teoría de la personalidad, se basa en la creencia de que los problemas psicológicos son síntomas de conflictos internos, reprimidos durante la infancia en donde la tarea del psicoanalista es ayudar al paciente a traer estos conflictos ocultos a la conciencia para de esta forma abordarlos de manera efectiva. En esta corriente se indaga mucho en el pasado de la persona para buscar el origen del problema que le afecta.
- **Conductismo:** Esta es la filosofía la filosofía especial de la psicología como ciencia del comportamiento, entendiendo este como la interacción entre individuo y su contexto físico, biológico y social. Básicamente busca cambiar la conducta del paciente.
- **Humanista:** Esta corriente trata de sacar lo mejor del individuo para así tratar de devolverle su calma interior. El paciente es guiado para que pueda

encontrar por sí mismo las causas de sus males. La idea es que la persona logre conectarse consigo misma para alcanzar una vida más feliz.

- **Gestalt:** Aquí los sentimientos juegan un papel muy importante. El paciente debe aprender a comprobar sus emociones para ser consciente de las mismas. Esto le ayuda a conocerse a sí mismo a nivel sentimental e intelectual principalmente.
- **Cognitivo conductual:** Corriente moderna que se enfoca en tratar de cambiar la forma de pensar y de razonar de la persona; de tal manera que al cambiar la forma de pensar también se cambian las emociones. A medida que se adopta un pensamiento más racional, los sentimientos del individuo pueden cambiar (McDuglas, 2013).

TEORÍA COGNITIVA CONDUCTUAL

Esta corriente psicoterapéutica surge en la década del 50 e incorpora paulatinamente estrategias y procedimientos de la Psicología cognitiva (Bandura, Ellis, Beck, Meichenbaum), hasta adoptar la denominación que posee actualmente, Terapia Cognitivo-Conductual (Avila Labastida, 2012).

Los fundadores modernos de esta psicoterapia son Albert Ellis y Aarón Beck; ambos se formaron en el psicoanálisis abandonaron esta escuela al observar que tanto la investigación de determinados procesos psicológicos como la práctica psicoterapéutica no se correspondían a los postulados de aquel modelo (Ruiz Sánchez & Cano Sánchez , s.f.). La Terapia Cognitivo-conductual considera que

las personas nacemos con una herencia y un determinado temperamento, con los cuales comienza a interactuar con su entorno, aprendiendo pautas de comportamiento, que resultaran beneficiosas como perjudiciales para sí mismo y para los de su entorno. Dicha teoría considera que; la interacción familiar temprana y en el intercambio social y cultural posterior, donde se produce el proceso de adquisición de nuestra manera habitual de pensar, sentir y actuar (Portugal, Pérez, & Iglesias, 2003).

El objetivo de la intervención es la modificación de conductas desadaptadas, este modelo está centrado en el aquí y en el ahora, realizando un énfasis en los determinantes actuales de la conducta, por tanto, acepta la tesis conductista de que la conducta humana es aprendida, pero este aprendizaje no consiste en un vínculo asociativo entre estímulos y respuestas sino en la formación de relaciones de significado personales, esquemas cognitivos o reglas.

Características de la terapia cognitivo-conductual

- Es activo-directiva, esto significa que los cambios requieren compromiso y un rol protagónico del paciente, quien no se limita a concurrir a las sesiones, sino que además va produciendo cambios graduales en su vida cotidiana. El terapeuta es más directivo: complementa la escucha con intervenciones que promueven no solo la reflexión sino además la acción.
- Se incluyen tareas para realizar entre las sesiones, como forma de poner en práctica los aspectos trabajados en la consulta.

- Se genera una relación colaboradora entre terapeuta y paciente, en la que el rol del terapeuta consiste en asesorar y acompañar en el camino hacia los cambios que se deseen promover.
- Está orientada al presente. La reflexión sobre el pasado tiene como finalidad generar cambios en el presente en pro de una vida más plena y gratificante.
- Se considera que la terapia fue efectiva en la medida que el paciente logre las metas que se propuso y mejore su calidad de vida.
- Es de corta duración, en comparación con otras modalidades de psicoterapia.
- Los consultantes pueden ser una persona, una pareja, una familia o un grupo (Cajas, 2011).

CREENCIAS IRRACIONALES

Oblitas (2010), refiere a Beck y a Ellis quienes informan de algunos tipos de pensamiento que son considerados deformados, estos son creados por interpretaciones incorrectas que llevan a sentimientos depresivos, coléricos o en general negativos. Se hace necesario diferenciar los hechos que suceden en la realidad (propios y de otras personas) de las reacciones cognitivas, también de las reacciones emocionales que nacen de las formas individuales de interpretación

Las creencias pueden entenderse como un marco de referencia o conjunto de reglas que determinan nuestra forma de ser en el mundo, el modo en que evaluamos las situaciones a los otros y a nosotros mismos y la forma en que interactuamos con los demás. Beck utiliza la etiqueta «disfuncional» e «inadaptada»

para referirse a las creencias que pueden subyacer a los problemas emocionales. Las asunciones y creencias dañinas frecuentemente están compartidas con la familia o reforzadas culturalmente, manteniendo estereotipos de sexo o culturales que hacen difícil para la persona identificar las y modificarlas Fennell (citado en Calvete & Cardeñoso, 2001).

Por otro lado las creencias irracionales son absolutas (o dogmáticas) por naturaleza y se expresan en términos de “Tengo que”, “Debo”, “Debería”, “Estoy obligado a” y provocan emociones negativas que interfieren en la persecución y obtención de metas (por ej. depresión, ansiedad, culpabilidad, miedo).

Se conoce que hay una tendencia humana a pensar irracionalmente en diferente grado y una frecuencia alta es un síntoma de patología, más aun si este estilo de pensamiento impide llevar una vida con normalidad. Existen tres tipos de criterios que definen una creencia o idea irracional:

- No responden a la lógica, es un pensamiento en modo invasivo.
- Son automáticos e inconsistentes, no se tiene control sobre ellos.
- Obstaculizan la consecución de metas.

Por ejemplo la TREC resalta cuatro formas de pensamiento irracional:

- a. Demandas o exigencias.
- b. Catastrofismo.
- c. Baja tolerancia a la frustración.
- d. Depreciación o condena global de la vida humana.

De la misma manera Ellis destaca once ideas irracionales básicas:

- La persona adulta necesita ser amada y aprobada por todo el que le rodea.
 - Sólo se es valioso cuando se es muy competente, autosuficiente y capaz de conseguir cualquier cosa.
 - Cada persona tiene lo que se merece.
 - Si las cosas no van por el camino que deseamos, debemos sentirnos tristes y apenados.
 - La desgracia humana viene del exterior y las personas tienen poca o ninguna capacidad para controlarla o superarla.
 - Si algo terrible va a suceder o puede ocurrir debemos inquietarnos y no dejar de pensar en ello.
 - Es más fácil evitar ciertas responsabilidades y dificultades de la vida, que hacerlas frente con la disciplina de uno mismo.
 - Debo depender de los demás y necesito a alguien más fuerte en quien confiar.
 - Lo que me ocurrió en el pasado, seguirá afectándome siempre.
 - Tenemos que depender de los demás, concretamente de alguien más fuerte.
 - Es inevitable que lo que nos ocurrió en el pasado siga afectándonos
- (Morris, 2013)

ACTITUDES DISFUNCIONALES

Las actitudes han sido definidas principalmente por varios psicólogos sociales; una de las concepciones determina que las actitudes son predisposiciones

aprendidas para responder en forma favorable o desfavorable ante una persona, comportamiento, creencia u objeto particular (Eagly A. y., 1993).

Las actitudes son abstractas. Por ejemplo: al pensar en las distintas personas vinculadas a su vida, indudablemente se tiene diversas actitudes hacia cada una de ellas, dependiendo de la naturaleza de sus interacciones con ellas; estas actitudes pueden ir desde la más positiva hasta la más negativa. La mayoría de los psicólogos consideran que las actitudes siguen el modelo ABC de las actitudes, el cual sugiere que una actitud posee tres componentes: afecto, comportamiento y cognición (Rajecki, 1989).

- Componente Cognoscitivo: Está compuesto por las creencias, conocimientos y elementos de índole cognitivo indispensables pues estos son necesarios para existan una carga afectiva positiva o negativa ante un objeto.

La evaluación positiva o negativa ha sido designada en los estudios como creencias, en este sentido incluyen tanto los pensamientos como las ideas dichas; dentro de este componente encontramos dos áreas: Aprobación y Perfeccionismo (Rajecki, 1989).

- Componente Afectivo: Se refiere a las emociones, es decir a los sentimientos vinculados a un determinado objeto vivenciado como placentero o displacentero haciendo expresar su respuesta emocional ligada al objeto de la actitud. Dentro de este componente se encuentran las áreas de: Amor, Autonomía y Derechos sobre otros (Rajecki, 1989).

- **Componente Conductual:** Denominado también reactivo e implica una predisposición para actuar y responder en forma determinada ante ciertas situaciones u objetos. Se encuentran las áreas de Ejecución y Omnipotencia (Rajecki, 1989).

Las actitudes no son innatas ya que dependerán de la relación que tiene el individuo con su entorno social, tampoco son persistentes puesto que a lo largo de la vida pueden modificarse dependiendo de la relación que tenga con el ambiente así como de sus experiencias. Todas las actitudes obedecen a la interacción con estos componentes, aunque varían en cuanto el objeto predominante y a la naturaleza de sus relaciones. Todas las actitudes se forman, mantienen y cambian de acuerdo con principios generales como el aprendizaje. (Feldman, s.f.)

2.6.2 VARIABLE DEPENDIENTE

PSICOLOGÍA EVOLUTIVA

También llamada “psicología del desarrollo”, estudia el comportamiento humano a lo largo de las diferentes etapas por las que transcurre la vida de una persona. En donde el psicólogo del desarrollo enfoca su atención en un aspecto específico del comportamiento, como los que se refieren al desarrollo del pensamiento o la percepción, o en un período específico de la vida, como la niñez o la adolescencia (García, 1970).

Se consideran que el desarrollo humano surge a raíz del cambio sistemático de carácter psicológico que ocurre a lo largo de toda la existencia del individuo como un proceso continuo y global; en ese proceso, el sujeto accede a estados cada vez más complejos. Dicho de otro modo, la psicología evolutiva se encarga de explicar las transformaciones que las personas sufren con el paso del tiempo, estos cambios pueden ser explicados por medio de factores que suelen enfrentarse por oposición: continuidad/ discontinuidad, herencia-ambiente, etc. (La educación y el desarrollo , s.f.).

El psicólogo estadounidense de origen alemán Erik Erikson contempla ocho etapas básicas en el desarrollo del ser humano:

- La denominada etapa incorporativa, que consiste en la fase oral que empieza en el nacimiento y se prolonga hasta el primer año de edad, en la cual el niño depende por completo de su medio ambiente;
- La etapa de la niñez temprana, entre el año y los tres años de edad, conocida como la fase muscular anal y determinada por el control de los esfínteres y de los músculos;
- El periodo de latencia o escolar, entre los seis y los doce años;
- La etapa de la adolescencia, que se extiende entre los doce y los veinte años y donde se consolida la identidad;
- La etapa adulto joven, de los veinte a los cuarenta años y donde se suele constituir una familia propia;
- El periodo adulto medio o maduro, de los cuarenta a los sesenta años, donde se facilita el progreso de las generaciones más jóvenes; y

- La etapa adulto tardío o adulto mayor, donde la integridad gira en torno a la aceptación de la finitud natural de la vida humana (Definición de Términos Psicológicos, s.f.).

Además del citado Erik Eriksson, dentro de esta corriente no podemos pasar por alto el nombre de otros autores que igualmente dejaron su honda impronta en la misma. Este sería el caso, por ejemplo, del afamado médico y neurólogo Sigmund Freud. Este ha pasado a la historia no sólo por ser uno de los mayores intelectuales del siglo XX sino también por estar considerado el padre del psicoanálisis (Psicología evolutiva , s.f.).

Lev Vygotski, psicólogo ruso, destacado por ser el fundador de la llamada psicología histórico-cultural; explica el desarrollo del ser humano como parte de una interacción social (Psicología evolutiva , s.f.).

Jean Piaget, es un autor fundamental para comprender la psicología evolutiva del siglo XX. Gracias a su formación como biólogo siempre pensó que lo orgánico (la herencia) tenía mucho que ver con el desarrollo de los niños y de las niñas. Para él el ser humano es un organismo complejo que crece en un medio muy diverso y caótico al cual debe adaptarse, esa adaptación es la que causa la evolución de la inteligencia (Psicología evolutiva , s.f.).

Muy influido por este citado autor se encuentra Lawrence Kohlberg, un doctor que se centró básicamente en lo que se conoce con el nombre de desarrollo del

juicio moral. Término bajo el cual se engloba el conjunto de razones que tienen las personas para llevar a cabo unas u otras acciones (Definición de Términos Psicológicos, s.f.).

ADOLESCENCIA

Usaremos el término adolescencia para referirnos a la etapa de vida comprendida entre los 12 y 20 años, etapa que se caracteriza por rápidos y significativos cambios como alteraciones de la personalidad y dificultad con la interacción con los adultos (Vergara, 2014).

Es la época de la vida, que marca la transición entre la infancia y el estado adulto varían según una serie de factores, como pueden ser el sexo (doce a dieciocho años por término medio, en ellas; trece a diecinueve en ellos), el tipo individual, la raza, las condiciones geográficas, el medio socioeconómico, etc. Es un período de profundas transformaciones fisiológicas, que se caracteriza a la vez por importantes cambios en las estructuras mentales, por el intento de liquidar el estadio infantil, en un plano afectivo y, en el social, por los difíciles ensayos de inserción en la sociedad adulta. Algunos autores, como Piaget, señalan dos etapas: la pre-adolescencia (hasta los quince años) y la adolescencia propiamente dicha (a partir de esa edad hasta los dieciocho) Joseph (citado en Sotomayor Calva , 2013).

Se pueden sintetizar los principales eventos que caracterizan a la adolescencia, con relativa independencia de las influencias sociales, culturales y étnicas, en los siguientes puntos:

Aspectos biológicos:

Crecimiento corporal dado por aumento de peso, estatura y cambio de las formas y dimensiones corporales. Aumento de la masa y de la fuerza muscular, más marcadas en el varón. Aumento de la capacidad de transportación de oxígeno, incremento de los mecanismos amortiguadores de la sangre, maduración de los pulmones y el corazón, dando por resultado un mayor rendimiento y recuperación más rápida frente al ejercicio físico. Al incrementarse la velocidad del crecimiento se cambian las formas y dimensiones corporales, esto no ocurre de manera armónica, por lo que es común que se presenten trastornos como son: torpeza motora, incoordinación, fatiga, trastornos del sueño, esto puede ocasionar trastornos emocionales y conductuales de manera transitoria. Desarrollo sexual caracterizado por la maduración de los órganos sexuales, aparición de caracteres sexuales secundarios y se inicia la capacidad reproductiva. Es fundamental siempre considerar que la biología tiene un valor relativo en cuanto a predisposición, pero que debe tenerse en cuenta siempre la interrelación con los niveles psicosociales. (Silva Diveiro , s.f.)

Aspectos psicológicos:

Búsqueda de sí mismos, de su identidad, necesidad de independencia, tendencia grupal, evolución del pensamiento concreto al abstracto, manifestaciones y

conductas sexuales con desarrollo de la identidad sexual y fluctuaciones del estado anímico; los y las adolescentes se hacen más analíticos, formulan hipótesis, corrigen falsos preceptos, consideran alternativas y llegan a conclusiones propias. Tendencia a la elección de una ocupación y la necesidad de capacitación para su desempeño. Necesidad de formulación y respuesta para un proyecto de vida. Se constata que la mayoría de los autores coinciden en estos aspectos que fueron en su mayoría planteados por Aberastuy y Nobel (1972).

Como se sabe en la adolescencia se establecen los ejes básicos para la constitución de la identidad juvenil y adulta. Ejes, que responden a su vez a los lineamientos generales de estructuración de la personalidad que se han ido delineando en la infancia. Por ello se hace necesario revisar los conceptos de socialización y constitución de la identidad.

También es de gran importancia considerar la gran influencia de los mitos, estereotipos respecto al género y a otras múltiples variables intervinientes en el proceso de socialización y en la adquisición de una identidad adulta. Identidad adulta acerca de la cual es importante recordar que también está sujeta a la interrelación con él y los distintos entornos. (Silva Diveiro , s.f.)

AUTOESTIMA

La idea de Autoestima varía en función del paradigma psicológico que lo aborde. Desde el punto de vista del psicoanálisis, la autoestima está íntimamente

relacionada con el desarrollo del ego. Sigmund Freud puntualiza dos significados: conciencia de una persona respecto de sí misma (sentimiento de sí), y vivencia del propio valor respecto de un sistema de ideales (sentimiento de estima de sí). Este "sentimiento de estima de sí" que describe Freud es la Autoestima.

Rogers, explica que nuestra sociedad nos reconduce con sus condiciones de valía. A medida que crecemos, nuestros padres, maestros, familiares, la "media" y demás solo nos dan lo que necesitamos cuando demostremos que lo "merecemos", más que porque lo necesitemos. A medida que pasa el tiempo, este condicionamiento nos conduce a su vez a tener una autovalía positiva condicionada.

Por su parte Monbourquette (citado en Sparisci, 2013) nos habla de que el psicólogo Abraham Maslow, en su jerarquía de las necesidades humanas, describe la necesidad de aprecio, que se divide en dos aspectos, el aprecio que se tiene uno mismo (amor propio, confianza, pericia, suficiencia, etc.), y el respeto y estimación que se recibe de otras personas (reconocimiento, aceptación, etc.). La expresión de aprecio más sana, según Maslow, es la que se manifiesta en el respeto que les merecemos a otros.

Entonces puede definirse la autoestima como el sentimiento de aceptación y aprecio hacia uno mismo, que va unido al sentimiento de competencia y valía personal. El concepto que tenemos de nosotros mismos no es algo heredado, sino

aprendido de nuestro alrededor, mediante la valoración que hacemos de nuestro comportamiento y de la asimilación e interiorización de la opinión de los demás respecto a nosotros. La importancia de la autoestima radica en que nos impulsa a actuar, a seguir adelante y nos motiva para perseguir nuestros objetivos y alcanzar metas (Resines Ortiz, s.f.).

Las personas con alta autoestima se caracterizan por: superan sus problemas o dificultades personales, afianzar su personalidad, favorecen su creatividad, son más independientes y tienen más facilidad a la hora de tener relaciones interpersonales. La alta autoestima es, entre otras características, lo que da pie a una mayor autenticidad en la forma de vincularse (Resines Ortiz, s.f.).

Si nuestra tendencia es a sobrevalorar las dificultades o defectos sin valorar las propias capacidades o posibilidades, la suma global (la percepción de uno mismo) hace que nos sintamos insatisfechos. Si esta forma de pensar está generalizada, nuestras actuaciones van a estar sesgadas o actuaremos con temor y hay más posibilidades que los fallos se repitan en el futuro (Resines Ortiz, s.f.).

También podemos tener un pensamiento distorsionado en el sentido contrario, si lo que tenemos es un sentimiento exagerado de autoestima, nos puede crear problemas, lo cual ocasionará que no podamos resolver los problemas de forma adecuada. Como refiere Resines, necesitamos aceptarnos como un todo, con límites y capacidades. Querernos sin condiciones. Sólo así sentiremos el aumento

de la autoestima. Necesitamos estimar lo mejor de nosotros y lo menos bueno.
(Ortiz, 2010)

Hay, según postula Martin Ross en "El Mapa de la Autoestima", tres estados de la Autoestima:

Autoestima derrumbada: Es el estado de la persona que no se aprecia a sí misma, se odia a sí misma. Se observa que tanto la edad como el género cambian la posición en el Mapa de la Autoestima: mientras que para la adolescente mujer el exceso de peso puede ser una anti-hazaña muy grave, para el hombre de edad el exceso de peso no lo es pero si lo es el no alcanzar cierto éxito en la vida que considera importante.

Autoestima vulnerable: Aquí la persona se respeta a sí misma, pero tiene una autoestima frágil a la posible llegada de anti-hazañas (derrotas, vergüenzas, motivos de desprestigio) y por eso siempre está nervioso y utiliza mecanismos de defensa. Un típico mecanismo de protección consiste en evitar tomar decisiones: en el fondo se tiene demasiado miedo a tomar la decisión equivocada.

Autoestima fuerte: La autoestima fuerte es la de aquellos que tienen una buena imagen de si y fortaleza, menor miedo al fracaso. Son las personas que se ven humildes, alegres, y esto demuestra cierta fortaleza para no presumir de las hazañas. Puede animarse a luchar con todas sus fuerzas para alcanzar sus proyectos porque, si le sale mal, eso no compromete su autoestima. Puede

reconocer un error propio justamente porque su imagen de si es fuerte y este reconocimiento no la compromete. (Anonimo, 2013)

AUTOCONCEPTO

El autoconcepto es definido como un esquema cognitivo, organizado y estructurado, que contiene la totalidad de las creencias de un individuo sobre sus propias características, así como también roles, valores y metas personales Campbell, Steffgen y otros (citado en Castro Valdez, 2015).

El Autoconcepto ha sido concebido por mucho como un constructo unitario, William James hace distinción entre el “ego” que debe ser atendido por la filosofía y el “self” que corresponde a la psicología dentro del cual se diferencian tres tipos organizados jerárquicamente: el self materia, el self social y el self espiritual con ello se esboza a lo que se denominará concepción multidimensional del autoconcepto (La "Conciencia del Self" de William James, s.f.).

La posición adoptada por James, está determinada por la percepción que el individuo tiene de su grado de logro. Así pues, los individuos que poseen un buen concepto de sí mismos, tienden a aumentar el valor de su rendimiento, mientras que, por el contrario, los individuos con bajo autoconcepto, tienden a subestimar sus resultados (Matorrel citado en Sebastián, 2012).

La primera teorización clásica del autoconcepto como constructo multidimensional fue llevada a cabo por Fitts (citado en Goñi, 2009). Este define el autoconcepto como un constructo multidimensional con tres componentes internos (identidad, autosatisfacción, y conducta) y cinco externos (físico, moral, personal, familiar y social).

Ante la evidencia empírica Shavelson define el autoconcepto como la percepción que una persona tiene de sí misma, que se forma a partir de la experiencia y relaciones con el medio, en donde juegan un importante papel tanto los esfuerzos ambientales como los otros significativos (Shavelson, Hubner, & Stanton, 1976).

Para determinar que es el autoconcepto se puede realizar las siguientes preguntas: ¿Quién soy?, ¿Cómo me describo y me defino?, ¿Qué siento a como soy? Como resultado se obtiene un conjunto de sentimientos y valoraciones con respecto a uno mismo que lo podríamos definir también como autoestima (Goñi, E, 2010).

Dimensiones del Autoconcepto

Estévez (2012), considera que no existe una autoimagen unificada, lo único que tenemos son imágenes parciales y momentáneas de nosotros mismos.

Según refiere Branden (2010 citado en Sosa, 2014), es preciso conocer las diferentes dimensiones que lo conforman el autoconcepto, puesto que no es innato, sino adquirido y es de carácter dinámico por lo que puede mejorar o debilitarse y como todo lo aprendido es susceptible de cambio y progreso.

García & Musitu (2001), Señalan que el autoconcepto cuenta con las siguientes dimensiones:

- Dimensión emocional: se refiere a todo lo que tiene que ver con cómo se ve la persona a sí misma y cómo define sus rasgos de personalidad, el sujeto tiende a hacer estas evaluaciones en forma dicotómica así: afectuoso-frío, pesimista-optimista, valiente-temeroso, tierno-agresivo, etc.
- Dimensión física: está relacionado con la valoración que el sujeto hace de todo lo que tiene que ver con su físico, se considera también al conjunto de percepciones que se tiene sobre sus habilidades y apariencia física.
- Dimensión social: incluye el sentimiento de pertenencia a un grupo social y lo hábil que se considere la persona para relacionarse con otros y resolver problemas, dicho de otra manera, sería la opinión que las personas creen que los otros tienen sobre los ellos, la popularidad entre los demás.
- Dimensión académica: se basa en cómo se percibe el sujeto en el ámbito escolar, si cree que va a ser capaz de cumplir con las exigencias del medio escolar, constituye una fuente de motivación que influye directamente sobre los logros.
- Dimensión familiar: se refiere a como se percibe el sujeto como parte de un entorno. Las relaciones establecidas en el seno familiar juegan un papel importante para el aprendizaje de la regulación emocional, ya que es este el sistema primario de vínculos de apego.

Autoconcepto personal

De autoconcepto personal hablan varios autores clásicos como Fitts y otros más recientes como Garcia y Musitu (2001 citado en Goñi, 2009). El autoconcepto incluye referencias a cómo se autopercibe la persona no sólo en lo físico, en lo académico y en lo social sino también en su esfera más privada o personal, no es posible responder a la pregunta de quién soy yo sin considerar la autopercepción como individuo singular. (Goñi, E, 2010)

Hablar de autoconcepto personal no impide afirmar que se conforma en la relación con los demás, pero alude a los diferentes aspectos que interesan a la persona en su esfera particular, hace referencia a la idea que cada persona tiene de sí misma en cuanto ser individual tales como el autoconocimiento, la autoestima, el ajuste emocional, la elección vocacional o el proyecto individual de felicidad. (Shavelson, Hubner, & Stanton, 1976)

Características del autoconcepto

Shavelson, Hubner y Stanton (1976) destacan las siguientes características del autoconcepto:

- a. Es una realidad organizada en categorías que tienen un significado personal.
El modo de organización es singular para cada individuo.
- b. Es multidimensional; al principio el autoconcepto es global, y poco a poco, con la edad y con la acumulación de experiencias, se van diferenciando distintas dimensiones del autoconcepto que dependen básicamente de la edad, del sexo, de los conocimientos que posee.

- c. Es jerárquico; las distintas dimensiones del autoconcepto se organizan jerárquicamente según su nivel de generalidad. En la parte inferior se encuentran los componentes específicos correspondientes a las situaciones concretas, mientras que en la cúspide se situaría el autoconcepto general
- d. Tiende a ser estable; aunque no por eso deja de ser modificable. Dentro de la organización de las creencias que tiene un individuo no todas tienen un mismo grado de significación: las situadas en la zona nuclear del yo serán más resistentes; las que pertenecen a las zonas periféricas serán más inestables.
- e. Es una realidad aprendida; se aprende y modifica a través de las experiencias que el individuo tiene en los distintos ambientes en los que se desenvuelve, y depende principalmente de sus experiencias de éxito y de fracaso en las tareas a las que se enfrenta.

2.7 HIPÓTESIS

2.7.1 Hipótesis Alternativa

Las actitudes disfuncionales se relacionan en el autoconcepto de los adolescentes de bachillerato de la Unidad Educativa Eloy Alfaro.

2.7.2 Hipótesis Nula

Las actitudes disfuncionales no se relacionan en el autoconcepto de los adolescentes de bachillerato de la Unidad Educativa Eloy Alfaro.

2.8 SEÑALAMIENTO DE VARIABLES DE LA HIPÓTESIS

2.8.1 Unidades De Observación

Adolescentes de Bachillerato de la Unidad Educativa Eloy Alfaro.

2.8.2 Variable Independiente

Actitudes disfuncionales.

2.8.3 Variable Dependiente

Autoconcepto

2.8.4 Término De Relación

Relación

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1. ENFOQUE

La investigación es de carácter cualitativo, pues mediante la observación, grupos de discusión se identificó la problemática planteada como tema de estudio de esta investigación; al determinar que el adolescente se desarrolla como parte de un entorno social se pretende abordar la relación existente entre actitudes y autoconcepto.

Es cuantitativa, porque sus variables son medibles con instrumentos que permiten su tabulación a través de la aplicación del chi cuadrado, aspecto que mejora la factibilidad dada por los resultados cualitativos, los mismos que posteriormente se someten a análisis e interpretación.

3.2. MODALIDAD BÁSICA DE LA INVESTIGACIÓN

3.2.1. Investigación de Campo

La investigación es de campo ya que la información es obtenida directamente de la fuente, es decir, de los adolescentes de bachillerato de la Unidad Educativa

“Eloy Alfaro”, se trabajó en el lugar de los hechos con el fin de recolectar información sociodemográfica, se aplicó los reactivos psicológicos para la obtención de datos y síntomas de posibles trastornos psicológicos, como: problemas de autoestima, síntomas depresivos e identificación de creencias irracionales.

3.2.2. Investigación documental – bibliográfica

Esta forma de investigación tuvo como propósito ampliar y sustentar teóricamente el tema de investigación. Estableciendo así una base teórica sobre los diferentes enfoques, conceptualizaciones, criterios y resultados obtenidos de los estudios previos relacionados con las variables de investigación. Información necesaria para armar el marco teórico.

La investigación se realizó a estudiantes entre 15 y 18 años, se utilizó dos test; uno de Actitudes Disfuncionales de Weissman y Beck que identifica siete áreas de posibles problemas en base a las ideas irracionales y el Cuestionario Autovalorativo del Concepto de sí Mismo, ¿CÓMO SOY? (SC1) que da una imagen general del autoconcepto que tiene el sujeto de sí mismo.

3.3 NIVEL O TIPO DE INVESTIGACIÓN

El tipo de investigación pretende llegar al de nivel de asociación de variables, puesto que, busca analizar la correlación entre actitudes disfuncionales y

autoconcepto, de igual forma a nivel descriptivo porque a través del análisis se pretende clarificar las actitudes disfuncionales según ciertos criterios.

3.4 POBLACIÓN Y MUESTRA

Esta investigación fue dirigida a los adolescentes de bachillerato de la Unidad Educativa Eloy Alfaro con el fin de investigar la relación de las actitudes disfuncionales en el autoconcepto de los mismos, de acuerdo a los datos proporcionados por la Institución la población de estudiantes adolescentes del bachillerato es de 100 estudiantes por lo que se aplicará la batería psicológica a toda la población. La muestra está compuesta por 58 mujeres (58%) y 42 (42%) hombres, la edad de los adolescentes de Bachillerato fluctúa entre 15 a 18 años.

3.5 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable Independiente: Actitudes Disfuncionales.

CONCEPTUALIZACIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	ÍTEMS	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS
Actitudes son evaluaciones globales y relativamente estables que las personas hacen sobre otras personas, ideas o cosas que, técnicamente, reciben la denominación de objetos de actitud. Al hablar de actitudes se hace referencia al grado positivo o negativo con que las personas tienden a juzgar cualquier aspecto de la realidad Eagly y Chaiken (citado en Briñol & Falces , s.f.)	<ul style="list-style-type: none"> - Componente cognitivo - Componente Afectivo - Componente Conductual 	Aprobación Perfeccionismo Amor Derechos sobre otros Autonomía Ejecución Omnipotencia	<ul style="list-style-type: none"> - Ser criticado hace que la gente se sienta mal. - Si no puedo hacer algo bien, es mejor que lo deje. - No puedo ser feliz sino me ama alguien. - Si creo firmemente que creo algo, tengo razones para esperar conseguirlo. - Mi felicidad depende, en gran medida, de lo que me suceda. - Si fallo en mi trabajo soy un fracasado. - Tengo que ser capaz de agradecer a todo el mundo 	<p>Técnica: Encuesta</p> <p>Instrumento: Escala de Actitudes Disfuncionales de Weissman y Beck.</p>

Tabla N° 1. Variable Independiente: Actitudes Disfuncionales.

Fuente: Matriz de Operacionalización de Variable Independiente Actitudes Disfuncionales.

Elaborado por: Cabrera Diana, 2015

Variable Dependiente: Autoconcepto

CONCEPTUALIZACIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	ÍTEMS	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS
Son aquellas percepciones y valores consientes de “mi” o “yo” (características físicas, intelectuales, afectivas, sociales, etc.) que conforman la imagen que el sujeto tiene de sí mismo e incluye la conciencia de lo que es y de su capacidad para sus ejecuciones y sus logros. Shavelson, (1976)	Emocional Física Académica Social Familiar	Muy Alto Alto Medio Bajo Muy Bajo	<ul style="list-style-type: none"> - A menudo me gustaría ser diferente de como soy. - Me resulta difícil hablar delante de la clase. - A los demás les resulta divertido estar con migo. - Suelo ceder con facilidad. - Mis padres esperan mucho de mí. - Es complicado ser como soy. 	<p>Técnica: Encuesta</p> <p>Instrumento: Cuestionario Autovalorativo del Concepto de sí mismo, ¿Cómo Soy? (SC1)</p>

Tabla N° 2. Variable Dependiente: Autoconcepto

Fuente: Matriz de Operacionalización de Variable Dependiente Autoconcepto.

Elaborado por: Cabrera Diana, 2015

3.6. Plan De Recolección De Información

- Se aplicará la Escala de Actitudes Disfuncionales de Weissman y Beck (DAS, Disfuncional Actitudes Scale; Weissman y Beck, 1978; versión de Burns, 1980). (ANEXO 1), mismo que evalúa siete tipos de creencias (aprobación, amor, ejecución perfeccionismo, derechos sobre otros, omnipotencia y autonomía) que pueden predisponer a una persona a padecer algún trastorno psicológico.

Esta escala se diseñó con la finalidad de evaluar las actitudes disfuncionales como estructuras preexistentes de vulnerabilidad depresiva. Además mide cómo valora una persona los procesos de interacción social, qué espera de ellos, qué está dispuesto a dar a cambio, etc. determina si se es o no vulnerable al fracaso, a la frustración, a la depresión, etc. porque la interiorización de los conceptos sociales son sometidos previamente a un razonamiento basado en la experiencia y en sus resultados. La escala tiene una consistencia moderada (α Cronbach = .84).

El test consta de 35 afirmaciones (versión reducida Burns, 1980), distribuidas en grupos de cinco en base a siete tipo de creen encías en donde cada afirmación planteada se puntuara entre 1y 5 ítems según cada paciente.

- 1: Completamente de acuerdo
2. Moderadamente de acuerdo
3. Dudoso
4. Moderadamente en desacuerdo
5. Totalmente en desacuerdo

Según las puntuaciones obtenidas en cada dimensión se confecciona un perfil de vulnerabilidad cognitiva que facilita el diseño de intervención específico según las distintas áreas problema.

- Cuestionario Autovalorativo del Concepto de sí Mismo, autoconcepto general (SC1) (ANEXO 2), bajo el título ¿CÓMO SOY? es la adaptación (Self Concept) de Rodríguez Espinar, S. del denominado SEI. (Self-Steem Inventory) de Stanley Coopersmith, en su forma reducida de 25 ítems. Nos ofrece una imagen general del autoconcepto que tiene el sujeto de sí mismo. SC1 ofrece la valoración del autoconcepto que se tiene de sí mismo, tanto desde su perspectiva como desde la percepción que tienen los demás. Coopersmith obtuvo una consistencia moderada (alfa Cronbach = .88).

El sujeto responde con verdadero o falso de acuerdo con lo que opina de sí mismo, se otorga un punto por cada respuesta que coincida con el resultado. La puntuación total se obtiene sumando los ítems verdaderos y falsos que coincidan con la plantilla; posteriormente las puntuaciones obtenidas se las ubica en rangos desde muy alto hasta muy bajo respectivamente.

3.7. PLAN DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

PREGUNTAS BÁSICAS	EXPLICACIÓN
1. ¿Para qué?	Para alcanzar los objetivos de la investigación.
2. ¿De qué personas u objetos?	Adolescentes que se encuentran cursando el bachillerato en edades de 15 a 18 años.
3. ¿Sobre qué aspectos?	Actitudes Disfuncionales y su influencia en el autoconcepto.
4. ¿Quién – Quienes?	Investigador activo Diana Elizabeth Cabrea.
5. ¿Cuándo?	Periodo mayo – noviembre 2014.
6. ¿Dónde?	Unidad Educativa Eloy Alfaro.
7. ¿Cuántas veces?	Según el número de aplicaciones de los instrumentos
8. ¿Qué técnicas de recolección?	Encuesta, entrevista, test psicológicos.
9. ¿Con qué?	Cuestionario y una batería psicológica
10. ¿En qué situación?	De acuerdo a la facilidad

Tabla N° 3. Plan de Recolección de Información

Fuente: Plan de recolección de información.

Elaborado por: Cabrera Diana, 2015

3.8 PLAN DE PROCESAMIENTO

Los datos obtenidos se analizarán siguiendo el siguiente procedimiento:

- Tabulación e interpretación de las variables de cada hipótesis.
- Obtención de cuadros estadísticos.
- Emisión de gráfica de datos.
- Análisis e Interpretación de resultados.

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

4.1 ANÁLISIS CUANTITATIVOS DE DATOS PERSONALES

4.1.1. Datos Sociodemográficos

Edad de los estudiantes

Rango de edades	Estudiantes	Porcentaje
15-16	40	40%
17-18	60	60%
TOTAL	100	100 %

Tabla N° 4: Datos sociodemográficos

Fuente: Investigación realizada a los adolescentes del Colegio Eloy Alfaro

Elaborado por: Cabrera Diana, 2015

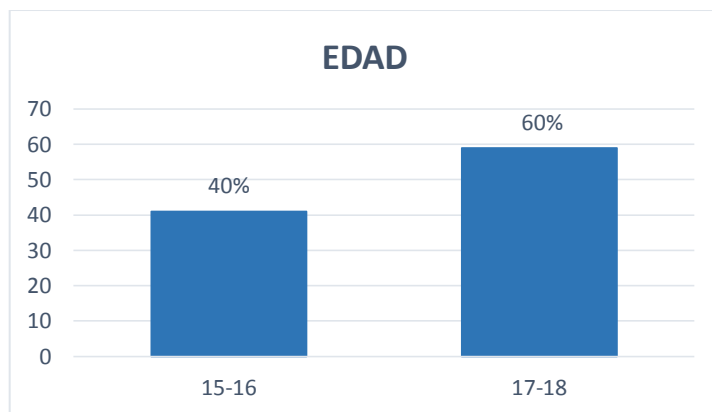


Gráfico N° 3: Datos sociodemográficos

Fuente: Investigación realizada a los adolescentes del Colegio Eloy Alfaro

Elaborado por: Cabrera Diana, 2015

Análisis e Interpretación

De los 100 estudiantes encuestados, la edad con mayor predominio es de 17 a 18 años con un 60%, estudiantes que corresponden a 2do y 3ro de bachillerato, y por último las edades de 15 a 16 años con un 40% correspondiente a 1ro y 2do de bachillerato de la Unidad educativa Eloy Alfaro.

Sexo de los estudiantes

Indicadores	Estudiantes	Porcentaje
Hombres	58	58%
Mujeres	42	42%
TOTAL	100	100 %

Tabla N° 5: Sexo de los estudiantes

Fuente: Investigación realizada a los adolescentes del Colegio Eloy Alfaro

Elaborado por: Cabrera Diana, 2015

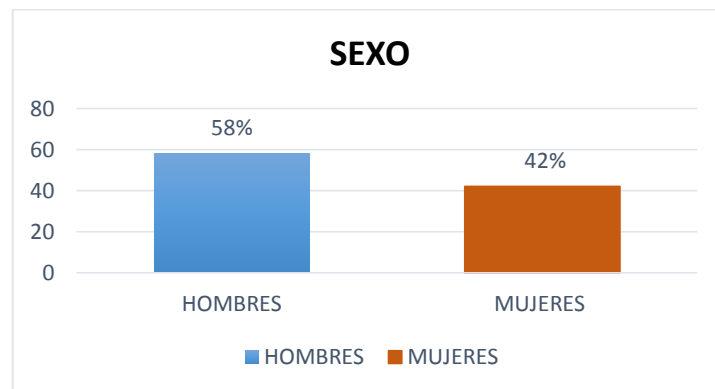


Gráfico N° 4: Sexo de los estudiantes

Fuente: Investigación realizada a los adolescentes del Colegio Eloy Alfaro

Elaborado por: Cabrera Diana, 2015

Análisis e Interpretación:

De los 100 estudiantes, se encontró 58 hombres que corresponde a un 58% y 42 mujeres que representa un 42%. A través der esto se puede observar que la mayor parte de los evaluados son varones.

4.2 ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LA VARIABLE INDEPENDIENTE.

Actitudes disfuncionales: Escala de Actitudes Disfuncionales de Weissman y Beck

Objetivo del test: Identificar cuáles son las actitudes disfuncionales más frecuentes en los adolescentes.

ACTITUDES DISFUNCIONALES	FRECUENCIA		TOTAL DE ESTUDIANTES
	PROBLEMA	NO PROBLEMA	
APROBACION	85	15	100
PERFECCIONISMO	86	14	100
AMOR	86	14	100
AUTONOMIA	80	20	100
DERECHOS	67	33	100
EJECUCION	91	9	100
OMNIPOTENCIA	65	35	100

Tabla N° 6: Actitudes disfuncionales

Fuente: Investigación realizada a los adolescentes del Colegio Eloy Alfaro

Elaborado por: Cabrera Diana, 2015

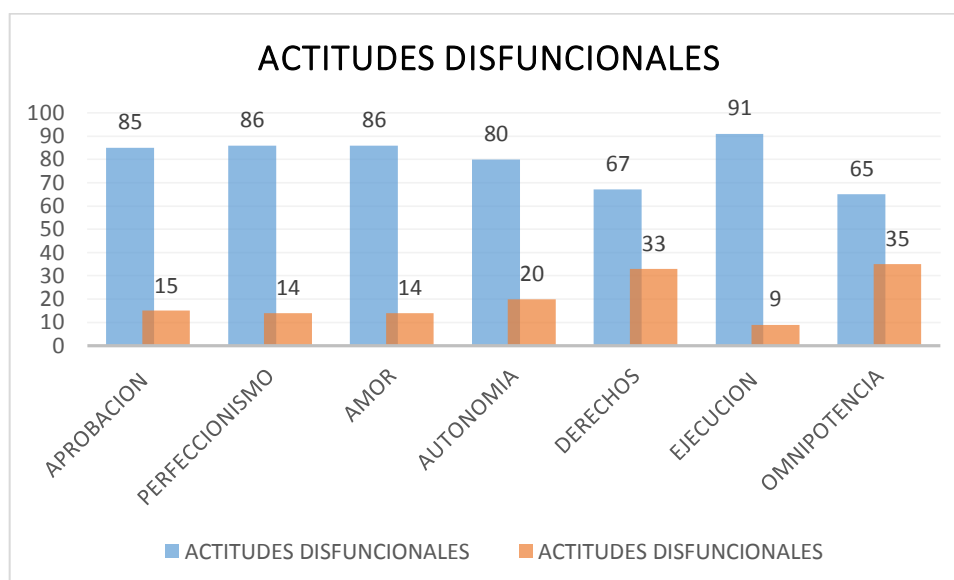


Gráfico N° 5: Actitudes disfuncionales

Fuente: Investigación realizada a los adolescentes del Colegio Eloy Alfaro

Elaborado por: Cabrera Diana, 2015

Análisis

De los cien adolescentes evaluados se identifican problemas en las siete áreas de las actitudes disfuncionales que mide el test, de esta manera se identifica mayor problema en el área de ejecución con el 91% de los adolescentes, seguido de un 86% en el área de perfeccionismo y amor, 85% en el área de aprobación, 80% en el área de autonomía, 67% en el área de derechos sobre otros y un 85 % en el área de omnipotencia.

Interpretación:

Los resultados muestran que la actitud disfuncional que predomina es la de ejecución o motivación de logro, lo que indica que el adolescente ha puesto su valor como persona en manos de los resultados obtenidos, es decir, que su capacidad de júbilo dependerá más de su productividad (éxito) por lo que teme al fracaso. Dicha distorsión cognitiva esta originada por creencias como: “Debo ser útil, productivo o creativo, o la vida no tiene sentido”; “Las personas que tienen buenas ideas son más dignas que quienes no las tienen”; “Si fallo en mi trabajo soy un fracasado”.

Perfeccionismo, los estudiantes que presentan esta actitud disfuncional revela que los errores y fracasos están prohibidos, se exige pensar, sentir y comportarse espléndidamente en todo momento poseen la idea irracional de que el “No hacer las cosas tan bien como los demás significa ser inferior”. Se exige tanto a si mismo que sus satisfacciones son escasas. Su problema no radica en su actitud personal sino en el criterio que utiliza para medirla.

En la actitud de amor el adolescente ve al amor como una necesidad sin la cual no podría ser feliz. Ello le genera una extrema dependencia y una baja autoestima cuando cree no ser amado o rechazado. Se manifiesta con frecuencia con rasgos de dependencia, pérdida de respeto, él o ella necesitan recibir continuamente muestras de afecto y son generalmente solitarias ya que las personas se alejan por esa exagerada adicción al amor. Esta necesidad suele presentarse frecuentemente junto con la necesidad de aprobación, aunque tienen límites diferenciables entre ellos.

4.3 ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LA VARIABLE DEPENDIENTE

Autoconcepto: Cuestionario de Autoconcepto (SC1) adaptación (Self Concept) de Stanley Coopersmith, en su forma reducida de 25 ítems.

Objetivo: Determinar el nivel más frecuente del autoconcepto en los adolescentes.

Autoconcepto		Frecuencia	Porcentaje
	Muy bajo	1	1%
	Bajo	33	33%
Válidos	Medio	61	61%
	Alto	4	4%
	Muy alto	1	1%
	Total	100	100
Perdidos	Sistema	0	0
	Total	100	100

Tabla N° 7: Autoconcepto.

Fuente: Investigación realizada a los adolescentes del Colegio Eloy Alfaro

Elaborado por: Cabrera Diana, 2015

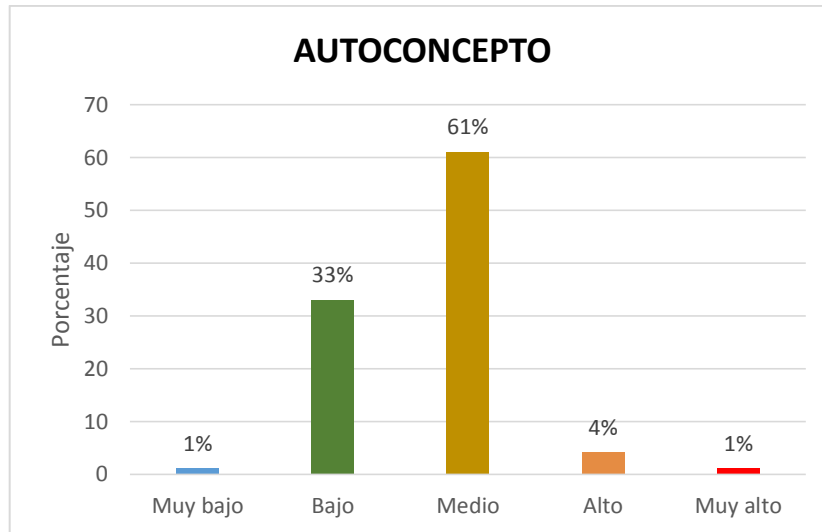


Gráfico N° 6: Autoconcepto.

Fuente: Investigación realizada a los adolescentes del Colegio Eloy Alfaro

Elaborado por: Cabrera Diana, 2015

Análisis:

De los 100 estudiantes encuestados 61 correspondiente al 61% presentan un nivel medio, 33 estudiantes correspondiente al 33% presentan un nivel bajo, 4 estudiantes correspondiente al 4% presentan un nivel alto, 1 estudiante correspondiente al 1% presentan un nivel muy alto y de igual manera 1 estudiante correspondiente al 1% presentan un nivel muy bajo.

Interpretación:

Lo que indica que un número considerable de adolescentes poseen una percepción positiva de sí mismos, su juicio personal es consistente con las concepciones de su Yo, pues se conoce y define acorde a su etapa transitoria del ser adolescente.

No obstante se encontró personas que revelan un autoconcepto bajo y muy bajo respectivamente, lo cual indica que la persona tendrá complicaciones en el ámbito emocional y un notable deterioro en las actividades de la vida diaria, con

repercusiones sociales. Poseen características como ser más pasivo, más vergonzosos, tímidos con sentimientos de incompetencia e ineffectividad, además de una baja autoestima y autoimagen.

4.4 Cuadro Relacional entre Actitudes Disfuncionales con Autoconcepto de los Adolescentes

ACTITUDES DISFUNCIONALES		AUTOCONCEPTO					Total
		Muy bajo	Bajo	Medio	Alto	Muy alto	
APROVACION	Problema	1	28	52	3	1	85
	No problema	0	5	9	1	0	15
	Total	1	33	61	4	1	100
PERFECCIONISMO	Problema	1	27	54	3	1	86
	No problema	0	6	7	1	0	14
	Total	1	33	61	4	1	100
AMOR	Problema	1	30	52	2	1	86
	No problema	0	3	9	2	0	14
	Total	1	33	61	4	1	100
AUTONOMIA	Problema	0	26	49	4	1	91
	No problema	1	7	12	0	0	9
	Total	1	33	61	4	1	100
DERECHOS	Problema	1	22	41	3	0	67
	No problema	0	11	20	1	1	33
	Total	1	33	61	4	1	100
EJECUCION	Problema	1	30	55	4	1	91
	No problema	0	3	6	0	0	9
	Total	1	33	61	4	1	100
OMNIPOTENCIA	Problema	1	23	38	2	1	65
	No problema	0	10	23	2	0	35
	Total	1	33	61	4	1	100

Tabla N° 8: Cuadro relación entre actitudes disfuncionales con autoconcepto de los adolescentes.

Fuente: Investigación realizada a los adolescentes del Colegio Eloy Alfaro

Elaborado por: Cabrera Diana, 2015

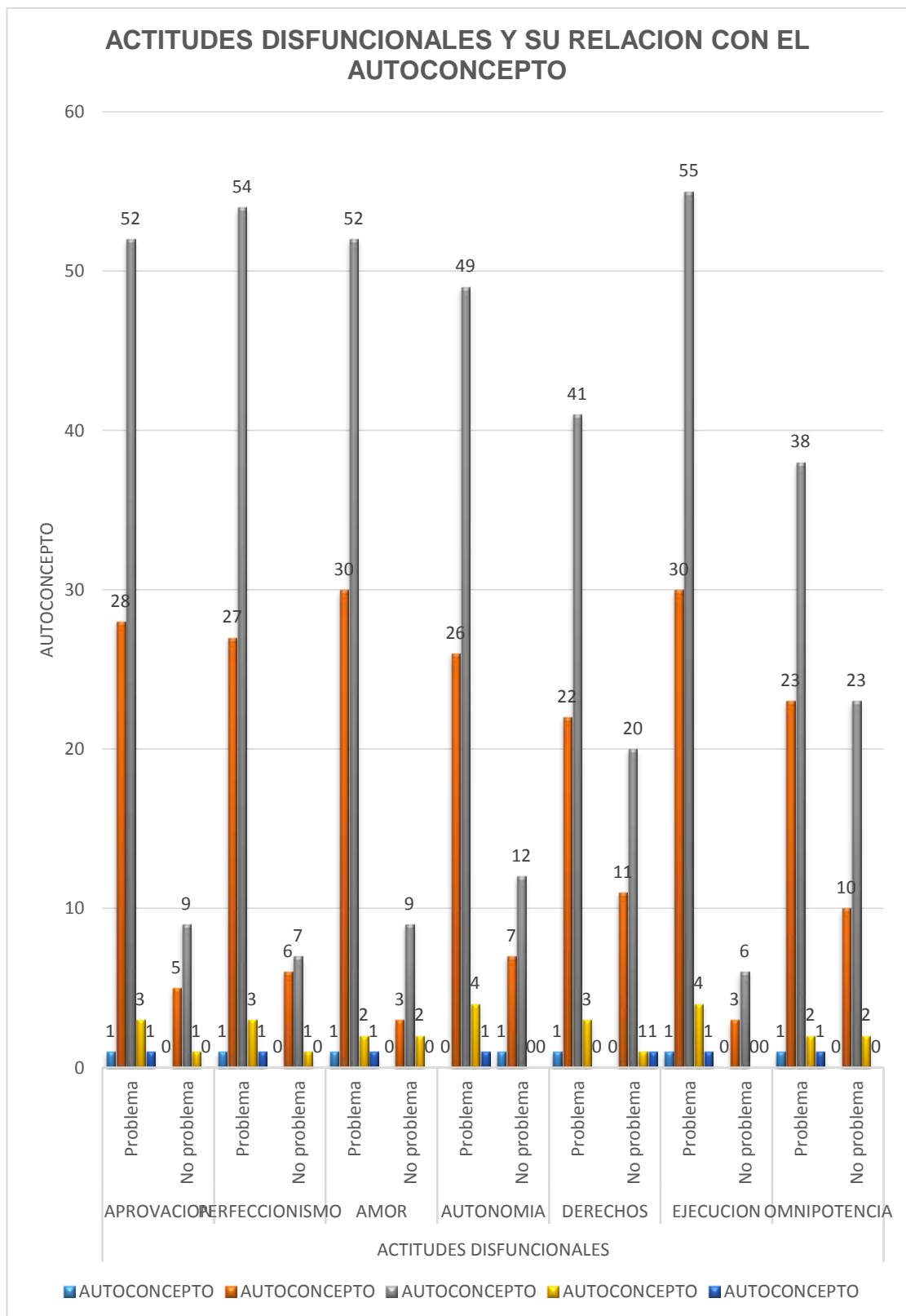


Gráfico N° 7: Grafico relacional entre actitudes disfuncionales y autoconcepto de los adolescentes.

Fuente: **Investigación realizada a los adolescentes del Colegio Eloy Alfaro**

Elaborado por: Cabrera Diana, 2015

Análisis:

Se obtiene puntuaciones altas en las diferentes áreas de las actitudes disfuncionales, lo que se traduce en problemas en las siete áreas evaluadas, se determinan con mayor problema al área de ejecución 55% seguida del área de perfeccionismo 54% y al área de aprobación y amor 52%, el área de autonomía con 49%, derechos sobre otros con el 41% y omnipotencia con el 38%.

En cuanto al autoconcepto se obtiene como el nivel predominante al nivel medio con el 55% que está relacionado con la actitud disfuncional de ejecución que es la que se identifica con mayor problema.

Interpretación:

A través de esto se puede entender que los adolescente que presentan un autoconcepto medio, que los aleja de una mala percepción de sí mismo, posee problemas en las siete áreas del autoconcepto principalmente en el área de ejecución la cual determina que la persona otorga su valía a los resultados de su trabajo, entendiéndose a este como la realización de sus diversas actividades y las metas que se planteó en cada una de ellas.

4.4 VERIFICACIÓN DE HIPÓTESIS

4.4.1. Hipótesis General

Hipótesis alterna

Las actitudes disfuncionales se relacionan en el autoconcepto de los adolescentes de bachillerato de la Unidad Educativa Eloy Alfaro.

Hipótesis nula

Las actitudes disfuncionales no se relacionan en el autoconcepto de los adolescentes de bachillerato de la Unidad Educativa Eloy Alfaro.

ACTITUD DISFUNCIONAL DE APROBACIÓN Y ACUTOCONCEPTO

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)	Probabilidad en el punto
Chi-cuadrado de Pearson	,670 ^a	4	,955	1,000		
Razón de verosimilitudes	,924	4	,921	1,000		
Estadístico exacto de Fisher	1,966			,772		
Asociación lineal por lineal	,026 ^b	1	,872	1,000	,524	,180
N de casos válidos	100					

a. 7 casillas (70,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,15. b. El estadístico tipificado es ,161.

Tabla N° 9: Prueba de Chi-cuadrado Área de aprobación

Fuente: Investigación realizada a los adolescentes del Colegio Eloy Alfaro

Elaborado por: Cabrera Diana, 2015

A través de la aplicación de la prueba Chi-cuadrado de Pearson con el estadístico exacto de Fisher se encuentra que no existe una asociación estadísticamente significativa entre aprobación y autoconcepto $X^2(4) = 1,966$, $p > 0,05$

ACTITUD DISFUNCIONAL DE AMOR Y AUTOCONCEPTO

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)	Probabilidad en el punto
Chi-cuadrado de Pearson	5,321 ^a	4	,256	,322		
Razón de verosimilitudes	4,294	4	,368	,368		
Estadístico exacto de Fisher	5,437			,266		
Asociación lineal por lineal	2,104 ^b	1	,147	,160	,112	,065
N de casos válidos	100					

a. 7 casillas (70,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,14. b. El estadístico tipificado es 1,451.

Tabla N° 10: Prueba de Chi-cuadrado Área de amor.

Fuente: Investigación realizada a los adolescentes del Colegio Eloy Alfaro

Elaborado por: Cabrera Diana, 2015

A través de la aplicación de la prueba Chi-cuadrado de Pearson con el estadístico exacto de Fisher se encuentra que no existe una asociación estadísticamente significativa entre amor y autoconcepto $X^2(4) = 5,437, p > 0,05$

ACTITUD DISFUNCIONAL DE EJECUCIÓN Y AUTOCONCEPTO

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)	Probabilidad en el punto
Chi-cuadrado de Pearson	,646 ^a	4	,958	1,000		
Razón de verosimilitudes	1,183	4	,881	1,000		
Estadístico exacto de Fisher	1,943			1,000		
Asociación lineal por lineal	,050 ^b	1	,823	1,000	,530	,227
N de casos válidos	100					

a. 7 casillas (70,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,09. b. El estadístico tipificado es -,224.

Tabla N° 11: Prueba de Chi-cuadrado Área de derechos sobre otros

Fuente: Investigación realizada a los adolescentes del Colegio Eloy Alfaro

Elaborado por: Cabrera Diana, 2015

A través de la aplicación de la prueba Chi-cuadrado de Pearson con el estadístico exacto de Fisher se encuentra que no existe una asociación estadísticamente significativa entre derechos sobre otros y autoconcepto $X^2(4) = 2,520, p > 0,05$

ACTITUD DISFUNCIONAL DE PERFECCIONISMO Y AUTOCONCEPTO

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)	Probabilidad en el punto
Chi-cuadrado de Pearson	5,321 ^a	4	,256	,322		
Razón de verosimilitudes	4,294	4	,368	,368		
Estadístico exacto de Fisher	5,437			,266		
Asociación lineal por lineal	2,104 ^b	1	,147	,160	,112	,065
N de casos válidos	100					

a. 7 casillas (70,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,14. b. El estadístico tipificado es 1,451.

Tabla N° 12: Prueba de Chi-cuadrado Área de perfeccionismo.

Fuente: Investigación realizada a los adolescentes del Colegio Eloy Alfaro

Elaborado por: Cabrera Diana, 2015

A través de la aplicación de la prueba Chi-cuadrado de Pearson con el estadístico exacto de Fisher se encuentra que no existe una asociación estadísticamente significativa entre perfeccionismo y autoconcepto $X^2(4) = 5,437, p > 0,05$

ACTITUD DISFUNCIONAL DE DERECHOS SOBRE OTROS Y AUTOCONCEPTO

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)	Probabilidad en el punto
Chi-cuadrado de Pearson	2,642 ^a	4	,619	,766		
Razón de verosimilitudes	3,143	4	,534	,766		
Estadístico exacto de Fisher	2,520			,781		
Asociación lineal por lineal	,302 ^b	1	,583	,605	,354	,119
N de casos válidos	100					

a. 6 casillas (60,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,33. b. El estadístico tipificado es ,549.

Tabla N° 13: Prueba de Chi-cuadrado Área de derechos sobre otros.

Fuente: Investigación realizada a los adolescentes del Colegio Eloy Alfaro

Elaborado por: Cabrera Diana, 2015

A través de la aplicación de la prueba Chi-cuadrado de Pearson con el estadístico exacto de Fisher se encuentra que no existe una asociación estadísticamente significativa entre derechos sobre otros y autoconcepto $X^2(4)= 2,520, p>0,05$

ACTITUD DISFUNCIONAL DE OMNIPOTENCIA Y AUTOCONCEPTO

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)	Probabilidad en el punto
Chi-cuadrado de Pearson	1,989 ^a	4	,738	,853		
Razón de verosimilitudes	2,622	4	,623	,853		
Estadístico exacto de Fisher	2,105			,832		
Asociación lineal por lineal	,550 ^b	1	,458	,495	,285	,104
N de casos válidos	100					

a. 6 casillas (60,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,35. b. El estadístico tipificado es ,741.

Tabla N° 14: Prueba de Chi-cuadrado Área de omnipotencia.

Fuente: Investigación realizada a los adolescentes del Colegio Eloy Alfaro

Elaborado por: Cabrera Diana, 2015

A través de la aplicación de la prueba Chi-cuadrado de Pearson con el estadístico exacto de Fisher se encuentra que no existe una asociación estadísticamente significativa entre omnipotencia y autoconcepto $X^2(4) = 2,105$, $p > 0,05$

ACTITUD DISFUNCIONAL DE AUTONOMÍA Y AUTOCONCEPTO

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)	Probabilidad en el punto
Chi-cuadrado de Pearson	5,284 ^a	4	,259	,315		
Razón de verosimilitudes	5,484	4	,241	,330		
Estadístico exacto de Fisher	4,144			,421		
Asociación lineal por lineal	1,732 ^b	1	,188	,220	,132	,070
N de casos válidos	100					

a. 6 casillas (60,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,20. b. El estadístico tipificado es -1,316.

Tabla N° 15: Prueba de Chi-cuadrado Área de autonomía.

Fuente: Investigación realizada a los adolescentes del Colegio Eloy Alfaro

Elaborado por: Cabrera Diana, 2015

A través de la aplicación de la prueba Chi-cuadrado de Pearson con el estadístico exacto de Fisher se encuentra que no existe una asociación estadísticamente significativa entre autonomía y autoconcepto $X^2(4)= 4,144, p>0,05$

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

- Se logró determinar estadísticamente (Chi-cuadrado de Pearson) que las Actitudes Disfuncionales no se relacionan en el Autoconcepto de los adolescentes, de tal manera se puede ver que existe un $p > 0,05$. Sin embargo, los adolescentes muestran problemas en las distintas áreas de actitudes disfuncionales.
- Con respecto las actitudes disfuncionales en los adolescentes investigados se obtuvo que: la actitud disfuncional de ejecución fue la más frecuente con un 91%, le sigue amor y perfeccionismo con un 86%, aprobación con un 85%, autonomía con un 80%, derechos sobre otros 67% y omnipotencia con un 65%. Datos que se evidencian a través de la Escala de Actitudes Disfuncionales de Weissman y Beck aplicado a los 100 estudiantes con edades comprendidas entre 15 a 18 años.
- Respecto a los niveles de Autoconcepto, medidos con el Cuestionario de Autoconcepto (SC1), se concluye que: el nivel más frecuente es el medio, tuvo mayor porcentaje con 61%, le sigue el nivel bajo con un 33%, nivel alto con 4%, nivel muy bajo y muy alto con 1% siendo el porcentaje más bajo.

5.2. RECOMENDACIONES

- Debido que se evidenciaron distintas Actitudes Disfuncionales con problemas en los adolescentes de la Unidad Educativa Eloy Alfaro, se recomienda realizar intervención en cada una de ellas respectivamente, principalmente en el área de ejecución empleando terapia cognitivo - conductual (T.C.C); puesto que esta distorsión cognitiva desencadena en el adolescente creencias altas de auto expectativas y auto exigencias con pensamientos como “para ser valioso debo conseguir todo lo que me propongo”, ante lo cual se pretende conseguir pensamientos más racionales y constructivos respecto a su valía como persona. Es recomendable abordar la disfuncionalidad en el área de perfeccionismo ya que estas están asociada comúnmente, comparten pensamientos negativos de tipo polarizados y generalizados.
- Intervenir en los adolescentes cuyos niveles de autoconcepto fueron bajos y muy bajos, utilizando la terapia racional emotiva (TRE) para identificar pensamientos, sentimientos y conductas afectivas negativas o de autosabotaje que quebrantan el bienestar de la persona y de esta manera favorecer el sentido de identidad.
- Diseñar estrategias para fortalecer el autoconcepto, pues un autoconcepto adecuado influye positivamente en las expectativas y motivación de logro de las metas futuras y fomenta el bienestar emocional.

CAPÍTULO VI

PROPUESTA DE SOLUCIÓN

6.1 DATOS INFORMATIVOS

6.1.1 Tema:

Terapia cognitiva conductual para la reestructuración de actitudes disfuncionales y terapia racional emotiva para optimizar el autoconcepto de los adolescente de 15 a 18 años de la Unidad Educativa Eloy Alfaro.

6.1.2. Institución Ejecutora

Unidad Educativa Eloy Alfaro ubicada en la Provincia de Tungurahua de la ciudad de Ambato.

6.1.3 Beneficiarios

- **Directos:** Estudiantes de Bachillerato de la Unidad Educativa Eloy Alfaro ubicada en la Provincia de Tungurahua de la ciudad de Ambato.
- **Indirectos:** Familiares de los pacientes, entorno social y académico.

6.1.4 Ubicación

Instalaciones de la Unidad Educativa Eloy Alfaro ubicada en la Provincia de Tungurahua cantón Ambato.

6.1.5 Tiempo Esperado para la Ejecución

El tiempo estimado es de 4 meses.

6.1.6 Equipo Técnico Responsable

- Autor de la Investigación: Diana Cabrera

6.2 ANTECEDENTES

García-Bardón (2006) manifiesta que; la intervención psicológica tiene como principal objetivo controlar los aspectos emocionales (ansiedad y depresión, principalmente), cognitivos (la percepción de la propia eficacia, la creencia sobre la capacidad personal para sobreponerse), conductuales (actividades ordinarias que se ven reducidas o eliminadas) y sociales (malestar clínicamente significativo en la esfera socio familiar del paciente).

A nivel global se han enfatizado en la importancia del adecuado manejo de las actitudes, de la relación de esta entre sujeto-objetos y la integración de experiencias; de igual manera fomentar el autoconcepto o percepción personal y autoestima para que el sujeto esté capacitado para alcanzar sus metas, lo cual redundara en una mejora social.

Concretamente esta propuesta responde al problema de investigación estudiado que tuvo como tema “Actitudes Disfuncionales y su relación en el autoconcepto de los adolescentes de bachillerato de la Unidad Educativa Eloy Alfaro”. Del cual se pudo determinar que:

En las actitudes de los adolescentes se evidencian problemas en sus tres componentes, ejecución con un 91% (componente conductual), amor (componente afectivo) y perfeccionismo (componente cognitivo) con un 86%, aprobación (componente cognitivo) con un 85%, autonomía (componente afectivo) con un 80%. De la misma manera presentan un nivel de autoconcepto medio con 61% y bajo con 33% siendo los más relevantes dentro de la investigación.

Las actitudes del adolescente no son persistentes, pues se van formando a lo largo de su vida, dependiendo de la relación con el ambiente y de sus experiencias. Generalmente el adolescente es preso de ideas irracionales que lo llevan a actuar desafortunadamente, atribuyendo a los demás la potestad de determinar su valor como persona, desencadenando problemas cognitivos, afectivos y conductuales. Los niveles de autoconcepto en la adolescencia surgen como indicador de bienestar psicológico y medidor de la conducta, un autoconcepto negativo se interpreta como un factor de vulnerabilidad que predispone al sujeto a un desajuste en su comportamiento y plano afectivo o baja autoestima.

6.3. JUSTIFICACIÓN

Dulany (citado en Albarracín, Blair T, & Mark P, s.f) Al entender que las actitudes son un indicador de la conducta e intenciones de las personas que sirven como base de los comportamientos y que estas a su vez se ejercen efectos sobre las creencias; se considera esta propuesta como mejor alternativa de solución ya que se trabajara a través del modelo teórico practico de la terapia cognitiva conductual cuestionando la idea o creencia irracional que genera la actitud disfuncional identificada con el objetivo de generar nuevas creencias más flexibles.

A través del enfoque cognitivo conductual se hará una evaluación cognoscitiva, afectiva y conductual de las actitudes para identificar la vulnerabilidad psicológica. Identificar de manera oportuna sus creencias irracionales, como refiere Weissman, permite descubrir las suposiciones silenciosas que originan cambios en el estado de ánimo y de esta manera poder intervenir oportunamente. El adolescente que es consciente de sus emociones le resulta más sencillo evaluar la situación en la que se encuentra, modular sus sentimientos y subordinar sus impulsos a las metas que se propone, aumentando las probabilidades de alcanzarlas.

Dado que se identifica un considerable número de adolescentes con niveles bajo y muy bajo de autoconcepto se pretende intervenir con terapia racional emotiva TRE que teóricamente parte de que los seres humanos tienen cuatro procesos

fundamentales: percepción, movimiento, pensamiento y emoción, es decir, que considera que una idea irracional no solo implica disfunciones a nivel emocional y conductual sino que esta interfiere en la realidad que suscita alrededor de la persona; que puede obstruir en la calidad y propósito de vida. En base a esto esta terapia busca incrementar el sentido de auto estima del individuo y su potencial para auto realizarse al deshacerse de los sistemas de falsas creencias que bloquean su crecimiento personal Gerrig & Zimbard (citado en Mayorga Peña , 2014).

Esta propuesta es factible debido a que la institución cuenta con el espacio físico y la colaboración de los profesionales encargados de la salud mental y bienestar psicológico de los adolescentes.

6.4 OBJETIVOS

Intervenir en las actitudes disfuncionales en base a la Terapia Cognitiva conductual y en autoconcepto utilizando la Terapia Racional Emotiva en los adolescentes de bachillerato de la Unidad Educativa Eloy Alfaro en la Provincia de Tungurahua de la ciudad de Ambato.

6.4.1 Objetivos Específicos

- Enseñar a los adolescentes los tipos de actitudes.
- Diferenciar actitudes disfuncionales de actitudes funcionales.
- Intervenir actitudes disfuncionales identificadas como mayor problema.

- Desarrollar un plan de intervención utilizando Terapia Racional Emotiva para mejorar el autoconcepto.
- Modificar la percepción que tienen de sí mismo.
- Establecer unidades informativas y grupos de discusión con la finalidad de efectuar cambio y mantenimiento de actitudes y autoconcepto positivos.

6.5 FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA

Terapia cognitiva conductual

"La Terapia Cognitiva está basada en el modelo cognitivo que postula que las emociones y conductas de las personas están influidas por su percepción de los eventos. No es una situación en y por sí misma la que determina lo que una persona siente, sino más bien la forma en que ella interpreta la situación (Ellis, 1962; Beck, 1964). Por lo tanto la forma en que se sienten las personas está asociada a la forma en que interpretan y piensan sobre una situación. La situación por sí misma no determina directamente cómo se sienten; su respuesta emocional está mediada por su percepción de la situación." Beck, J. (citado en Ortíz Galarza, 2010).

El concepto de estructura cognitiva o esquema cognitivo y en el ámbito clínico el de supuestos personales. Equivalen también a las creencias según la concepción de A. Ellis; con todos estos términos equivalentes nos referimos a la estructura del pensamiento de cada persona, a los patrones cognitivos estables mediante los que conceptualizamos de forma propia nuestra experiencia. Se refiere a una

organización conceptual abstracta de valores, creencias y metas personales, de las que podemos, o no, ser conscientes.

El modelo propuesto por Beck afirma que ante una situación, los individuos no responden automáticamente, sino que antes de emitir una respuesta emocional o conductual perciben, clasifican, interpretan, evalúan y asignan significado al estímulo en función de sus supuestos previos o esquemas cognitivos (también llamados creencias nucleares) (García Allen , s.f).

Los esquemas cognitivos

El concepto de estructura cognitiva suele recibir otros nombres como el de esquema cognitivo y en el ámbito clínico el de supuestos personales (Beck, 1979).

En la teoría de Beck, los procesos cognitivos son los mecanismos de codificación, almacenamiento y recuperación de la información existentes en las estructuras cognitivas (esquemas) (Jiménes Martín, 2011).

Los esquemas provienen en gran medida de experiencias previas de aprendizaje (en general, tempranas) y pueden permanecer latentes hasta ser activadas por un evento significativo que interactúa con ellos.

Las creencias

Las creencias son los contenidos de los esquemas, y son el resultado directo de la relación entre la realidad y éstos. Es todo aquello en lo que uno cree, son como mapas internos que nos permiten dar sentido al mundo, se construyen y generalizan a través de la experiencia.

Beck (citado en García Allen , s.f) distingue dos tipos de creencias:

- Creencias centrales o nucleares: Se presentan como proposiciones absolutas, duraderas y globales sobre uno mismo, los demás o el mundo. Por ejemplo, “soy un incompetente”. Representan el nivel cognitivo más profundo, son difíciles de cambiar, dan el sentido de identidad y son idiosincrásicas.
- Creencias periféricas: Son influidas por las nucleares, por tanto, están ubicadas entre las éstas y los productos cognitivos o pensamientos automáticos. Consisten en actitudes, reglas y presunciones (o supuestos). Por lo tanto, influyen en la forma de ver la situación, y esa visión influye en cómo se siente, actúa o piensa un individuo.

Los productos cognitivos

Los productos cognitivos hacen referencia a los pensamientos e imágenes que resultan de la interacción de la información proporcionada por situación, los esquemas y creencias y de los procesos cognitivos. Los contenidos de los productos cognitivos suelen ser más fácilmente accesibles a la conciencia que los esquemas y los procesos cognitivos.

Distorsión cognitiva y pensamientos automáticos

Los errores en el procesamiento de la información derivados de los esquemas cognitivos o supuestos personales recibe el nombre de distorsión cognitiva. Básicamente serían errores cognitivos Beck, Terapia Cognitiva de la Depresión (citado en Ortíz Galarza, 2010).

- Inferencia arbitraria: Se refiere al proceso de adelantar una determinada conclusión en ausencia de la evidencia que la apoye (Anónimo, s.f).

- Abstracción selectiva: Consiste en centrarse en un detalle extraído fuera de contexto, ignorando otras características más relevantes de la situación, y valorando toda la experiencia en base a ese detalle (Jiménes Martín, 2011).
- Sobregeneralización: Se refiere al proceso de elaborar una conclusión general a partir de uno o varios hechos aislados y de aplicar esta conclusión a situaciones no relacionadas entre sí (Cano & Ruíz, s.f.).
- Maximización y minimización: Se evalúan los acontecimientos otorgándole un peso exagerado o infravalorado en base a la evidencia real (Anonimo, s.f).
- Personalización: Se refiere a la tendencia excesiva por la persona a atribuir acontecimientos externos como referidos a su persona, sin que exista evidencia para ello (Cano & Ruíz, s.f.).
- Pensamiento dicotómico o polarización: Se refiere a la tendencia a clasificar las experiencias en una o dos categorías opuestas y extremas saltándose la evidencia de valoraciones y hechos intermedios (Anonimo, s.f).

Beck, en la Terapia Cognitiva de la Depresión (citado en Ortíz Galarza, 2010) refiere que “Los pensamientos automáticos serían los contenidos de esas distorsiones cognitivas derivadas de la confluencia de la valoración de los eventos y los supuestos personales”. Las características generales de los pensamientos automáticos son:

- Son mensajes específicos, a menudo parecen taquigráficos,
- Son creídos a pesar de ser irracionales y no basarse en evidencia suficiente,
- Se viven como espontáneos o involuntarios, difíciles de controlar,
- Tienden a dramatizar en sus contenidos la experiencia, y

- Suelen conllevar una visión de túnel: tienden a producir una determinada percepción y valoración de los eventos.

Técnicas cognitivas

Detección de pensamientos automáticos: Se utilizan situaciones (pasadas y presentes) donde el sujeto ha experimentado un cambio de humor y se le enseña a generar sus interpretaciones (pensamientos automáticos) y conductas a esa situación o evento. En ocasiones se pueden representar escenas pasadas mediante rol-playing, o discutir las expectativas terapéuticas para detectar los pensamientos automáticos. La forma habitual de recoger estos datos es mediante la utilización de autorregistros como tarea entre sesiones.

Instrucciones: Cuando usted note que su estado de ánimo empeora, pregúntese: “¿Qué está pasando por mi mente en este momento?” y, tan pronto como sea posible, consigne por escrito el pensamiento o la imagen mental en la columna correspondiente a Pensamiento automático.					
Día/hora	Situación	Pensamiento(s) automático(s)	Emoción(es)	Respuesta adaptativa	Resultado
	¿Qué acontecimientos reales, pensamientos, ensoñaciones o recuerdos lo llevaron a esa emoción desagradable?	1.- ¿Qué pensamientos y/o imágenes pasaron por su mente? ¿En qué medida creyó en cada uno de ellos en ese momento?	¿Qué emoción/es (tristeza, angustia, ira) sintió en ese momento? ¿Qué grado de intensidad (0 a 100%) tenía cada emoción?	¿Cuánto cree usted en cada respuesta?	¿Cuánto cree usted ahora en cada pensamiento automático? ¿Con qué grado de intensidad (0 a 100%)? 2.- ¿Qué hará (o hizo)?

Tabla N° 16: Registro de pensamientos automáticos

Fuente: <http://sesionesdelaterapiacognitiva.blogspot.com/2014/03/combatir-los-pensamientos-automaticos.html>

Técnica de la triple columna:

Sobre el autoregistro la paciente aprende a cuestionarse la evidencia que tiene para mantener un determinado pensamiento automático y a generar interpretaciones más realistas o útiles. Para ello se suele llevar un autoregistro con tres columnas: en la primera anota la situación desencadenante del sentimiento desagradable, en la segunda los pensamientos automáticos relacionados con esa situación y esas emociones negativas, y en la tercera pensamientos alternativos tras valorar las evidencias para los pensamientos automáticos anteriores.

Situación	Emoción	Pensamiento inicial	Modificación pensamiento	Conducta consecuencia
“Mi amiga no me saluda”	Tristeza	“No le importo nada”	“NO tengo prueba de que no le importe, ha tenido atenciones”	“conversar con él”

Tabla N° 17: Registro de Triple columna
Elaborado: Cabrera Diana, 2015

Manejo de supuestos personales: se intenta que el paciente se cuestione y replantee lo que piensa (método saocratico).

a) Uso de preguntas:

- Preguntar si la asunción le parece razonable, productiva o de ayuda.
- Preguntar por la evidencia para mantenerla.

b) Listar las ventajas e inconvenientes de mantener esa asunción.

c) Diseñar un experimento para comprobar la validez de la sunción.

Preguntas metódicas:

a) Comprensión de significados asociados a los pensamientos automáticos:

. "¿Qué quiere decir con...?"

- . "¿Por qué razón piensa o cree eso?"
- . "¿Por qué es tan importante eso que piensa para ud.?"
- b) Cuestionamiento de evidencias:
 - . "¿Qué pruebas tiene para creer eso?"
- c) Reatribución:
 - . "¿Pueden haber otras causas que expliquen ese suceso?"
 - . "¿Ha pensado usted en la posibilidad de que influyera..?"
- d) Examen de opciones alternativas de interpretación:
 - . "¿Puede haber explicaciones distintas para ese suceso, otras formas de verlo?"
 - . "¿Son posibles otras interpretaciones?"
 - . "¿Qué otras cosas pensó ante ese suceso?. Veamos las evidencias para cada interpretación y sus consecuencias."
- e) Examen de consecuencias anticipadas:
 - . "¿A qué le lleva pensar eso?"
 - . "¿Le es de alguna utilidad?"

Terapia Racional Emotiva (TRE)

Este modelo fue desarrollado por Albert Ellis en el que se enfoca en debatir las creencias irracionales del paciente, en este caso una vez identificadas las actitudes disfuncionales y el área mayormente afectada, se pretende intervenir y cuestionar sus pensamientos distorsionados así como sus esquemas cognitivos ; según el artículo “Crecimiento personal” de la IAFI consideran que las personas contamos con una serie de esquemas que nos permiten seleccionar, organizar y categorizar

los estímulos, a su vez también posibilitan identificar y seleccionar las estrategias de afrontamiento que llevaremos a la acción (Blanco, s.f.).

Básicamente la propuesta de la TREC es que pensamientos, sentimientos y conductas actúan como de forma integrada en el individuo, y que la perturbación emocional proviene, no de los hechos en sí, sino de la evaluación que hacemos de esos hechos, según los estamos percibiendo. Por lo tanto, si ocurre algo que no nos gusta y por lo tanto lo evaluamos como malo (cognición), nos sentiremos mal al respecto, ya sea enojados, o tristes (sentimientos) y haremos algo al respecto, llorar o evitar la situación (conducta).

El ABC del TREC

Legu, Caballo y Ellis (1999), proponen (Ferrer Botero, 2010)

- A (situación, estímulo activador): Acontecimientos activadores (problemas familiares, traumas infantiles tempranos, etc.). ante la demanda de un problema se debe pensar en tres elementos:
 - a) ¿Qué sucedió?
 - b) ¿Cómo percibió la persona lo que sucedió?
 - c) ¿Cómo evaluó la persona lo que sucedió?
- B (pensamiento, cogniciones): Creencias, manera de interpretar la realidad y pensamientos sobre los acontecimientos activadores (irracionales y auto acusatorias que provocan los sentimientos de infelicidad actuales. Algunas características de las creencias irracionales, que pueden ayudar a su detección son:

- a) No tienen una lógica consistente.
 - b) No se pueden probar a través de la realidad empírica.
 - c) Son absolutistas y dogmáticas.
 - d) Como consecuencia provocan emociones que perturban a la persona.
 - e) No ayudan a conseguir los objetivos trazados.
- C (consecuencias, conducta): Consecuencias emocionales y conductuales (emociones negativas tales como el pánico depresivo y la rabia). Por ejemplo: Hay personas que pueden hablar sin problemas de sus emociones y conductas, debido a ciertos hechos o acontecimientos activantes, porque de acuerdo a su forma de pensar, su malestar emocional se debe a esos hechos o situaciones.

El modelo de Ellis introduce como nuevos elementos a “D” y “E”, siendo D el método de debate e instrumento de análisis y cuestionamiento de los pensamientos irracionales identificados, como fase previa para llegar a una nueva filosofía cognitiva (E).

Estilos de debate según Lega, Caballo y Ellis (citado en Ferrer, 2010):

- Estilo socrático: Cuestiona la funcionalidad, lógica y consistencia de las ideas del paciente, permitiéndole la libertad de sacar sus propias conclusiones más allá de aceptar las críticas del terapeuta
- Estilo didáctico: Proporciona información comprensible sobre las desventajas y perjuicios que ocasionan las ideas irracionales, y la importancia de ser sustituidas o modificadas

- Estilo chistoso–juguetón: Introduce el humor como técnica terapéutica ya que la exageración puede ofrecer resultados paradójicos en el paciente, sin embargo requiere ser empleada con medida
- Estilo revelador de sí mismo: El terapeuta expone como ejemplo problemas similares y la forma de solución utilizada para que el paciente pueda analizarlos para confrontar sus propias ideas irracionales

Curso de la terapia

Elia Roca, en su artículo basado en el “Manual de RET-1” de Rusell Grieger, describe la estructura del proceso terapéutico en tres etapas (Roca, s.f.)

Primera Etapa: Psicodiagnostico

Su objetivo es:

- Identificar el tipo de creencia “irracionales”, que causan actitudes disfuncionales, en base a las áreas evaluadas, que causan actitudes perturbadoras;
- Determinar cómo influyen en las actitudes;
- Señalar metas (acuerdo terapeuta paciente);

Tareas:

- Clasificar los problemas del paciente;
- Descubrir, a través del relato del paciente, sus creencias irracionales;
- Detectar los “problemas sobre los problemas” (problemas secundarios) que son la ideas irracionales sobre sus problemas primarios (ej. Preocupación extrema por cometer errores) y

- Establecer objetivos y/o metas flexibles, conceptualizar el cuadro sintomático en términos ABC y comentar al paciente las opciones posibles y las recomendaciones (Roca, s.f.)

Segunda Etapa: Insight Intelectual (Roca, s.f.)

Supone llegar a tener claros los siguientes conceptos:

- Las creencias irracionales actuales son el principal determinante de sus problemas emocionales y conductuales;
- Deducir que creencias irracionales causan sus problemas;
- Tomar conciencia de que no existen pruebas que apoyen las ideas irracionales. Explicar que si existe evidencia de que el mantener esas actitudes son perjudiciales; y
- Autoaceptarse, aunque haya creado y siga manteniendo su problema (Roca, s.f.).

Tercera Etapa: Insight Emocional (Roca, s.f.)

Lograr un cambio de actitudes: de creencias, emociones y conductas. Esto implica, según Ellis, una creencia muy fuerte y la creencia alternativa es sana. Enseña a razonar. Usa la por ejemplo: persuasión y los diálogos socráticos para enseñar al paciente a:

- Crear ideas o filosofías racionales y actuar en contra de las creencias irracionales y a favor de las nuevas filosofías racionales hasta automatizarlas; y

- En esta etapa se utiliza el autoregistro más competente que incluye pensamientos racionales alternativos (casilla D) y las consecuencias deseables de las mismas (casilla E) (Roca, s.f.).

Técnicas de la TRE:

Reducción al absurdo: se emplea este método para demostrar que una creencia es irracional, asumiendo la creencia irracional como correcta y llevándola hasta su extremo lógico, de tal manera que lo ilógico se muestre patente y lleve a que el cliente vea la necesidad de reformularla.

Como una forma de afianzar el aprendizaje y la reestructuración cognitiva, también son importantes, en esta fase, los. Ellis los denomina: Formularios de autoayuda de la terapia racional-emotiva y tienen la forma de un diario con columnas para escribir, de izquierda a derecha, el día, la hora y la situación (A), el pensamiento irracional (B), las consecuencias (C), el debate y sustitución por un pensamiento racional (D) y los efectos de dicha sustitución (E) .

Día y hora	Situación (A)	Pensamiento irracional (B)	Consecuencias emocionales y de conducta (C)	Refutación y Creencia racional eficaz (D)	Sentimientos y conductas experimentados con la nueva creencia racional (E)

Tabla N° 18: Formulario de autoayuda
Elaborado por: Cabrera Diana, 2015

6.6 Cronograma de actividades

ETAPA	OBJETIVO	ACTIVIDADES	RECURSOS	INSTRUMENTOS	RESPONSABLES	TIEMPO
Preparación y logística	Identificar el espacio físico y los recursos humanos donde se aplicará el método.	Preparación del material teórico práctico.	Instalaciones	Observación	Investigadora	Una semana
Presentación	Determinar conocimientos previos de actitudes disfuncionales y enfocarlos científicamente. Despejar dudas y confusiones	Auto evaluaciones Charla explicativa	Instalaciones Material de apoyo	Entrevistas	Investigadora	Una semana
Encuadre	Orientar sobre el modelo Cognitivo conductual	Explicaciones teóricas sobre actitudes disfuncionales (ejecución, perfeccionismo y amor).	Instalaciones Material de oficina. Material bibliográfico. Humano.	Terapia racional explicativa	Investigadora	

	Determinar técnicas específicas para identificar cogniciones	Identificar pensamientos automáticos negativos	Instalaciones Humanos Material didáctico	Técnica de detección de pensamientos. Autoregistros	Investigadora	
Reestructuración cognitiva	En base a los pensamientos identificados determinar el tipo de creencias.	Analizar autoregistros. Por ejemplo: Establecer las causa por la que se atribuye al trabajo la valía de la persona. Señalar las razones de su perfeccionismo. Identificar la génesis de los pensamientos automáticos	Instalaciones Humanos Material didáctico	Autoregistros Cuestionar pensamientos usando el Dialogo socrático Someter a pruebas de la realidad a los pensamientos automáticos Técnica de la flecha vertical	Investigadora	Una semana
Entrenamiento conductual	Poner a prueba las creencias nucleares	Establecer evidencias o experiencias que siguieran que una creencia nuclear en 100% en todos los casos	Instalaciones Humanos Material didáctico	Registros diarios de pensamientos	Investigadora	Una semana

	Modificar creencias nucleares o centrales	Cuestionar las evidencias que mantienen la creencia. Generar interpretaciones más realistas.	Instalaciones Humanos Materiales de oficina	Técnica de la triple columna Manejo de supuestos personales	Investigadora	Una semana
	Identificar y fortalecer creencias nucleares alternas	Recoger evidencias que apoyen nuevas creencias. Estimar la confianza en nuevas creencias	Instalaciones Humanos Materiales de oficina	Registros Experiencias previas que sean consistentes con las nuevas creencias nucleares.	Investigadora	Una semana
	Desarrollar habilidades de sociabilización Promover cambios de actitudes.	Establecer técnicas y estrategias de afrontamiento psicológico ante actitudes disfuncionales.	Instalaciones Material de oficina. Material bibliográfico. Humano	Técnicas en entrenamiento en habilidades sociales Ensayo conductual Role-playing	Investigadora	Una semana

Evaluación empírica de sus pensamientos	Mostrar la incongruencia entre actitud disfuncionales, pensamientos e instauración de creencias	Descatastrofizar haciéndole preguntas del tipo: ¿Qué es lo peor que pudiera pasar si ocurriese lo que temas? Uso de paradojas.	Instalaciones Humanos	Técnica de auto instrucciones a través de la lista de frases auto inducidas	Investigadora	Una semana
Compromiso de cambio Seguimiento	Fomentar una actitud activa y responsable	Promover actitudes favorables. Identificar cambios de actitudes. Reforzar actitudes positivas	Instalaciones Humanos	Proponer la práctica de las técnicas empleadas Aprendizaje vicario a través de la observación. Acuerdos y compromisos	Investigadora	Una semana

Tabla N° 19: Intervención en actitudes disfuncionales: Terapia cognitiva conductual

Intervención en actitudes disfuncionales: Terapia cognitiva conductual

ETAPA	OBJETIVO	ACTIVIDADES	RECURSOS	INSTRUMENTOS	RESPONSABLES	TIEMPO
-------	----------	-------------	----------	--------------	--------------	--------

Elaborado por: Cabrera Diana, 2015

<p>Comprender sus quejas y transfórmalas en síntomas-objetivos</p>	<p>Detección de creencias irracionales</p>	<p>Identificar las causas de su bajo autoconcepto. Diferenciar problemas internos de problemas externos</p>	<p>Instalaciones Humanos</p>	<p>Esquema A B C</p>		
<p>Demostrarle cómo influye las cogniciones en la percepción de la persona (autoconcepto)</p>	<p>Debate y cambio de las ideas irracionales</p>	<p>Dialogo didáctico para entender el papel que tienen las ideas irracionales en sus problemas emocionales. Aceptarse incondicionalmente sin depender de aceptación y logros</p>	<p>Instalaciones Material de oficina. Humano</p>	<p>Refutación de creencias: detección, refutación y discriminación Neutralizar supuestos relacionados con la autoestima.</p>		<p>Dos semana</p>

<p>Debatir y eliminar ideas irracionales</p>	<p>Cuestionar la veracidad de sus pensamientos irracionales</p>	<p>Establecer aspectos a favor y en contra. Señalar el argumento ilógico que mantienen esos pensamientos.</p>	<p>Instalaciones de Material oficina. Humano</p>	<p>Destacar la arbitrariedad de supuestos desadaptativos Método hipotético deductivo Reducción al absurdo</p>		<p>Una semana</p>
<p>Aprendizaje de una nueva filosofía de vida</p>	<p>Establecer las nuevas creencias racionales</p>	<p>Encontrar y convencer al adolescente el valor pragmático de lo aprendido en la TRE</p>		<p>Fortalecer el habito</p>		

Tabla N° 20: Intervención en autoconcepto de los adolescentes. Terapia Racional Emotiva
Elaborado por: Cabrera Diana, 2015

6.7 Administración de la Propuesta.

Recursos Físicos:

- Instalaciones de la Institución educativa
- Aulas de clases
- Departamento de orientación
- Personal de la Institución

Recursos Materiales:

- Material del Departamento Psicológico
- Útiles de Oficina
- Sillas

Recursos Humanos:

- Tutor: Dra. Nancy Betancourt.
- Coordinador: Diana Cabrera

Presupuesto:

Rubro de gastos	Valor
Instalaciones	\$ 0.00
Personal técnico	\$ 800
Enseres de oficina	\$ 200
Material didáctico	\$ 100
Material de oficina	\$ 100
Imprevistos	\$ 100
Total:	\$ 1.300

Tabla N° 21. Presupuesto

Fuente: Presupuesto.

Elaborado por: Cabrera Diana, 2015

6.8 Cronograma

N	Mes	Mayo				Junio				Julio				Agosto			
		Semana				Semana				Semana				Semana			
		Día	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3
1	Preparación y logística																
2	Presentación de T.C.C. para actitudes disfuncionales y encuadre																
3	Reestructuración cognitiva																
4	Entrenamiento conductual																
5	Compromiso de cambio. Seguimiento																
6	T. R. E. debate y cambio de creencias (autoconcepto)																
7	Debatir y eliminar ideas irracionales																
8	Aprendizaje de una nueva filosofía de vida																

Tabla N° 22. Cronograma

Fuente: Cronograma.

Elaborado por: Cabrera Diana, 2015

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BIBLIOGRAFÍA

- Aberastury, & Nobel. (1972). *La Adolescencia normal*. Paidós.
- Beck, Wright, Newman, & Lisse. (1993). *Terapia cognitiva de la drogodependencia*. Buenos Aires y Mexico : Paidos Barcelona.
- Eagly, A. y. (1993). *The psychology of attitudes*. Fort Wor.
- Enciclopedia de psicología*. (1999). España: Oceano.
- Erique, O. N. (2005). *Guia Didactica. Historia de la Psicología*.
- Feldman, R. S. (s.f.). *Psicología con Aplicación a Países de Habla Hispana*. (4ª. Ed.). University of Massachusetts at Amherst.
- Friedman, R. A. (1995). *Social and occupational adjustment in chronic depression*. En J. H. Kocsis y D. N Klein (Eds.), *Diagnosis and treatment of chronic depression*.
- Myers, D. G. (s.f.). *Psicología Social*. 5ª ed.).
- Oblitas, L. (2010). *Psicología de la salud y calidad de vida* (Tercera ed.). Mexico: Cengage Learnin.
- OMS. (1998). Madrid: Médica Panamericana, S. A.
- Palacios, E. (Junio de 2009). *El Autoconcepto Personal: Estructura Interna, Media y Variabilidad*. España.
- Psicología evolutiva*. (s.f.). Obtenido de <http://definicion.de/psicologia-evolutiva/>
- Rajecki, D. W. (1989). *ACTITUDES*. 2ª ed. Sunderland, MA: Sinauer.
- Rodriguez, & Colbs. (1990). *Psicología social*. Caracas, Venezuela: Tillas.
- Villa, J. (21 de enero de 2014). *ADOLESCENCIA*. (C. Diana, Entrevistador)

LINKOGRAFÍA

- Agapito Romero, M., Calderon Callejo, A., Cobo Jarones, B., & Rodriguez, L. (s.f.). Relación entre autoconcepto y el rendimiento académico en adolescentes. Obtenido de <http://digibug.ugr.es/bitstream/10481/27760/1/ReiDoCrea-Vol.2-Art.25-Agapito-Calderon-Cobo-Rodriguez.pdf>
- Albarracín, D., Blair T, J., & Mark P, Z. (s.f). *Manual de las Actitudes*. Obtenido de <https://psicologiaexperimental.files.wordpress.com/2010/03/albarracin-traduccion.pdf>
- Álvarez, A., Caicedo, L., Palacios, & Ramirez. (2015). *Mdelo de psicoeducación*. Obtenido de <https://prezi.com/7pvj4o7jxmlq/modelo-psicoeducacion/>
- Álvarez, A., Caicedo, L., Palacios, P., & Ramirez, M. (2015). *Modelo de psicoeducación*. Obtenido de <https://prezi.com/7pvj4o7jxmlq/modelo-psicoeducacion/>
- Anonimo. (25 de Septiembre de 2013). *Autoestima*. Obtenido de <http://informatica101t.blogspot.com/2013/09/autoestima.html>
- Anonimo. (s.f). *Los fundadores de la psicoterapia cognitiva: ellis y beck*. Obtenido de <http://www.redsanar.org/dr/fobia/Terapias/manual2b.htm>
- Anonimo. (s.f). *Definicion de la terapia cognitiva*. Obtenido de <http://www.cat-barcelona.com/pdf/filosofia/deftcog.pdf>
- Argotti Pilataxi, S. K. (Febrero de 2015). *Autocopncepto, en las conductas desadaptativas en niños de siete a doce años de las instituciones de acogimiento temporal del canton Ambato*. Obtenido de <http://repositorio.uta.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/9285/1/Argotti%20Pilataxi%2cShirley%20Katherine.pdf>
- Avila Labastida, K. (2012). *Terapia cognitivo conductual*. Obtenido de <http://myslide.es/documents/enfoque-cognitivo-conductual-final.html>
- Balsa, A., Naranjo, R., & Rodríguez, Y. (2011). *Caracterización del autoconcepto en adolescentes con intento suicida del ares de salud de Manicaragua*. Obtenido de <http://www.eumed.net/rev/cccss/13/apl.html>
- Benenti, N. (s.f.). *Las distorciones cognitivas. Inventario de pensamientos automaticos*. Obtenido de

<http://repositorio.ub.edu.ar:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/3598/3319-Principios%20de%20psicologia%20-%20%20-%20Benenti.pdf?sequence=1>

Bertrando , P., & Toffanetti, D. (2004). *Historia de la terapia familia: los personajes y las ideas*. Obtenido de http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0034-74502006000400003&script=sci_arttext

Blanco, H. (s.f.). *Terapia racional emotivo-conductual (TRE)*. . Obtenido de [http://www.centrolezahbi.org/docs/Terapia-Racional-Emotivo-Conductual-\(TREC\).pdf](http://www.centrolezahbi.org/docs/Terapia-Racional-Emotivo-Conductual-(TREC).pdf)

Briñol, P., & Falces , C. (s.f.). Obtenido de <https://www.uam.es/otros/persuasion/papers/Actitudes.pdf>

Caicedo, L., Palacios , P., & Ramírez, M. (2015). *La psicoeducacion conductual* . Obtenido de <https://prezi.com/7pvj4o7jxmlq/modelo-psicoeducacion/>

Cajas, D. R. (2011). *La comorbilidad del trastorno hiperactivo para presentar problemas de adaptacion social. (Trabajo de grado académico)*. Obtenido de <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/1558/1/T-UCE-0007-18.pdf>

Calvete, E., & Cardeñoso, O. (2001). *Creencias, resolucion de problemas sociales y correlatos psicologicos*. Obtenido de <http://www.psicothema.com/pdf/419.pdf>

Cano, & Ruíz. (s.f.). *La terapia cognitiva de Aaron Beck*. Obtenido de <http://www.psicologia-online.com/ESMUbada/Libros/Manual/manual2b.htm>

Clinica y Salud. (2007). *vol.23 no.3*. Obtenido de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742012000300002&lng=es. <http://dx.doi.org/10.5093/c12012a13>.

Crecimiento personal. (s.f.). Obtenido de <http://www.iafi.com.ar/post/crecimiento->

Duarte, Y., Lorenzo-Luaces, L., & Rosselló, J. (2012). *Ideación suicida: Síntomas depresivos, pensamientos disfuncionales, autoconcepto, y estrategias de manejo en adolescentes puertorriqueños/as*. Obtenido de <http://www.redalyc.org/pdf/2332/233228917001.pdf>

- Eagly , A., & Chaiken, S. (s.f.). *Investigaciones En Actitudes En El Siglo XXI: El Estado Del Arte*. Obtenido de <https://psicologiaexperimental.files.wordpress.com/2011/03/investigaciones-en-actitudes-en-el-siglo-xxi-el-estado-del-arte-1eagly-y-chaiken-2005.pdf>
- Ecuador, C. P. (2008). Obtenido de Capitulo Segundo, Derechos del Buen Vivir: <http://biblioteca.espe.edu.ec/upload/2008.pdf>
- Esnaola, I., Goñi, A., & Madariaga , J. M. (2008). *El autoconcepto: Perspectivas de invetigación*. Obtenido de <http://www.redalyc.org/pdf/175/17513105.pdf>
- Estévez, M. (2012). *Relación entre la insatisfacción con la imagen corporal, autoestima, autoconcepto físico y la composición corporal en el alumnado en el segundo ciclo de la educación secundaria de la ciudad de Alicate. (Tesis doctoral)* . Obtenido de <http://www.hera.ugr.es/tesisurg/21453743>
- Feldman, R. S. (s.f.). *Psicología con Aplicación a Países de Habla Hispana*. (4ª. Ed.). University of Massachusetts at Amherst.
- Fernández , I., Alvarez, J., Velásquez, & Ruíz. (s.f.). *Actitudes, auto-conceptos y expresiones emocionales en América*. Obtenido de <http://www.uned.es/dpto-psicologia-social-y-organizaciones/paginas/profesores/Itziar/Sociotam-2002.pdf>
- Ferrer Botero, A. (2010). *Las Terapias Cognitivas: mitos y aspectos controvertidos*. *Revista de Psicología Universidad de Antioquía*, 2(1), 73-93. Obtenido de <http://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/psicologia/article/view/10232/9460>
- Garcia Allen , J. (s.f). *Terapia cognitiva de Aaron Beck*. Obtenido de <https://psicologiamente.net/clinica/terapia-cognitiva-aaron-beck#!>
- Garcia, C. (1970). *Psicología y sociología*. Obtenido de <http://psicodm.com/temas/11-la-psicologia-evolutiva/>
- García, F., & Musitu, G. (2001). *Autoconcepto forma 5*. Obtenido de http://dehesa.unex.es:8080/xmlui/bitstream/handle/10662/1678/TDUEX_2014_Sosa_Baltasar.pdf?sequence=1

- García, R., & Gimón, M. (2010). *Actitudes disfuncionales en personas adictas a sustancias psicoactivas. (Tesis de grado)*. Obtenido de <http://200.35.84.131/portal/bases/marc/texto/3201-07-01597.pdf>
- García-Bardón. (2006). *Intervencion psicologica* . Obtenido de <http://www.psicologia-online.com/articulos/2011/tratamientos-en-fibromialgia-una-revision/intervencion-psicologica.html>
- García-Sorrentino, H. D., & Fantin-Salas, M. B. (2013). *Patron de conducta tipo A en trabajadores de la ciudad de San Luis, su relacion con actitudes disfuncionales*. Obtenido de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2007-07802013000200009&script=sci_arttext
- Garzón Vallejo, J. B., & Martínez, J. C. (s.f.). *Actitudes y estrategias cognitivas sociales y el desempeño académico*. Obtenido de http://ridum.umanizales.edu.co:8080/xmlui/bitstream/handle/6789/868/%28Julio_Cesar_martinez_2013.pdf%29.pdf?sequence=1
- Goñi, E. (2010). *El autoconcepto personal: estructura interna, medida y variabilidad. (Tesis de Doctorado)*. Obtenido de <https://addi.ehu.es/bitstream/10810/12241/1/go%C3%B1i%20palacios.pdf>
- Goñi, E. (2009). *El autoconcepto personal: estructura interna, medida y variabilidad*. Obtenido de <https://addi.ehu.es/bitstream/10810/12241/1/go%C3%B1i%20palacios.pdf>
- Gordillo , M., Castro, F., Gómez, M., Gordillo, T., & Sánchez, S. (2011). *Diferencias en el autoconcepto de adolescentes extremeños en función del genero, el nivel socioeconómico-cultural y la poblacion de pertenencia*. Obtenido de <http://mascvuex.unex.es/revistas/index.php/campoabierto/article/view/1753/1105>
- Jiménes Martín, F. (2011). *Breve Resumen De Las Modalidades De Psicoterapia. terapia Conductual*. Obtenido de <http://psicologocartagena.es/files/breve-resumen-de-las-modalidades-de-psicoterapi1.pdf>
- La "Conciencia del Self" de William James. (s.f.). Obtenido de http://biblioteca.itam.mx/estudios/estudio/estudio07/sec_12.html
- La educacion y el desarrollo . (s.f.). Obtenido de [www.waece . Org/forma - docente/informe/](http://www.waece.org/forma-docente/informe/)

- Madrigales, C. (2012). *Autoconcepto en adolescentes de 14 a 18 años. (Tesis de Grado)*. Obtenido de <http://biblio3.url.edu.gt/Tesis/2012/05/42/Madrigales-Ceily.pdf>
- Mayorga Peña , T. (octubre de 2014). *Aplicación de la terapia racional de Ellis para el fortalecimiento en pacientes adultos con insuficiencia renal, atendidos en la clinica de los riñones MENYDIAL de la ciudad de Ambato.* Obtenido de <http://repositorio.pucesa.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/1011/1/80222.pdf>
- McDuglas, J. (2013). Obtenido de <http://www.psicologiahoy.com/corrientes-psicologicas/>
- Mendoza, B. (2014). *E- libro.* Obtenido de <http://site.ebrary.com/lib/utasp/docDetail.action?docID=10890052&p00=bullying>
- Miró, E., Martínéz, P., Sánchez, A., Prados , G., & Diner , F. (2012). *Papael de las cogniciones disfuncionales sobre el sueño en la baja calidad del sueño.* Obtenido de http://go.galegroup.com/ps/retrieve.do?sort=DA-SORT&docType=Report&tabID=T002&prodId=GPS&searchId=R1&resultListType=RESULT_LIST&searchType=BasicSearchForm&contentSegment=¤t
- Moreno, E., & Gil, J. (2003). *El modelo de creencias de salud: Revisión teórica, consideración crítica y propuesta de alternativa. I:Hacia un analisis funcional de las creencias en salud.* Obtenido de <http://www.ijpsy.com/volumen3/num1/59/el-modelo-de-creencias-de-salud-revisi-ES.pdf>
- Morris, P. (2013). Obtenido de <http://trastornobipolarbao.com/portal/wp-content/uploads/2013/06/pensamientos-irracionales-de-ellis.pdf>
- Ocio, S. (s.f.). *Psicoeducación* . Obtenido de <http://www.unioviedo.es/psiquiatria/docencia/material/CIENCIASPSICOSOC/2011-12/15PC-PSICOEDUCACION.pdf>
- OMS. (2008). *OMS.* Obtenido de http://www.who.int/topics/adolescent_health/es/
- Ortíz Galarza, M. G. (2010). *Aplicación de la Terapia Cognitiva para tratar depresion en una ama de casa.* Obtenido de <http://dspace.uazuay.edu.ec/bitstream/datos/1220/1/07735.pdf>

- Ortiz, R. (2010). Obtenido de <http://www.xtec.cat/~cciscart/annexos/queesautoestima.htm>
- Ponce, R. (2012). *Personalidad y actitudes disfuncionales de los estudiantes de la UPSE. Proyecto de perfil epidemiológico de salud mental en la Provincia de Santa Elena.* Obtenido de <http://www.incyt.upse.edu.ec/revistaupse/images/pdf/CongresosSimposios/1presentacion.pdf>
- Portugal, F., Pérez, J., & Iglesias, M. (2003). *Clinica PSINCO.* Obtenido de http://www.clinicapsinco.com.uy/articulos/terapia_cognitivo_conductual.htm
- Psicología evolutiva* . (s.f.). Obtenido de <http://definicion.de/psicologia-evolutiva/>
- Ramírez Salguero, M. I., & Herrera Clavero, F. (s.f.). *Autoconcepto.* Obtenido de <http://www.ugr.es/~iramirez/Autoconcepto.htm>
- Resines Ortiz, R. (s.f.). *Que es la autoestima.* Obtenido de http://www.ifejant.org.pe/Aulavirtual/aulavirtual2/uploaddata/18/Unidad1/Tema3/Que_es_la_Autoestima.pdf
- Revuelta, L., & Esnaola, I. (2011). *Clima familiar deportivo y autoconcepto físico en la adolescencia.* Obtenido de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=129318734002>
- Roca, E. (s.f.). *La terapia racional emotiva (TRE).* Obtenido de <http://www.cat-barcelona.com/pdf/biblioteca/terapia-racional-emotiva/tre7.pdf>
- Rodríguez, A. (2010). *Autoconcepto físico y bienestar/malestar psicológico en la adolescencia.* Obtenido de <http://www.redalyc.org/pdf/175/17512723011.pdf>
- Rodriguez, Arántzazu, Goñi, & Ruiz de Azua. (2006). *Autoconcepto físico y estilos de vida en la adolescencia.* Obtenido de Http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-05592006000100006&lng=es&nrm=iso.
- Roselló, J., & Barrios, M. (2004). *Ideación suicida, depresión, actitudes disfuncionales, eventos de vida estresantes y autoestima en una muestra de adolescentes Puertorriqueños/as.* Obtenido de <http://www.psicorip.org/Resumos/PerP/RIP/RIP036a0/RIP03831.pdf>

- Ruiz Sánchez, J. J., & Cano Sánchez, J. J. (s.f.). *Las psicoterapias. Introducción a las orientaciones psicoterapéuticas para profesionales sanitarios*. Obtenido de <http://www.psicologia-online.com/links/JG/ESMUbeda/Libros/ProfSanitarios/profesionales3e.htm>
- Salud, C. y., Prieto, M., Vera, M. N., Marfil, M. N., & Ramírez, I. (2007). *Cronicidad de los trastornos del estado de ánimo: relaciones con actitudes cognitivas disfuncionales y con alteraciones de la personalidad*. Obtenido de scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742007000200005
- Sebastián, V. H. (2012). *Autoestima y autoconcepto docente*. Obtenido de <http://www.unife.edu.pe/publicaciones/revistas/filosofia/Phainomenon/2012/articulo%202.pdf>
- Shavelson, R. J., Hubner, J. J., & Stanton, J. C. (1976). *Self concept: Validation of construct interpretations. Review of Educational Research*. Obtenido de <http://revistaselectronicas.ujaen.es/index.php/reid/article/viewFile/991/818>
- Silva Diveiro, I. (s.f.). *La adolescencia y su interrelacion con el entorno*. Obtenido de http://www.injuve.es/sites/default/files/LA%20ADOLESCENCIA%20y%20entorno_completo.pdf
- Sosa, D. (2014). *Relación entre autoconcepto, ansiedad e inteligencia emocional: Eficacia de un programa de intervención en estudiantes adolescentes (Tesis de Doctorado)*. Obtenido de http://dehesa.unex.es:8080/xmlui/bitstream/handle/10662/1678/TDUEX_2014
- Sotomayor Calva, D. E. (2013). *Incorporación de la rendición de cuentas en materia de alimentos, en el código de la niñez y adolescencia Ecuatoriano*. Obtenido de <http://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/6743/1/Diana%20Elizabeth%20Sotomayor%20Calva.pdf>
- Sparisci, M. V. (2013). *Representación de la autoestima y la personalidad en protagonistas de anuncios audiovisuales de automoviles*. Obtenido de <http://imgbiblio.vaneduc.edu.ar/fulltext/files/TC113919.pdf>
- Vecina, M. L. (s.f.). *Apuntes de psicología comunitaria*. Obtenido de <http://amayacollantes.atwebpages.com/DreamHC/Page7.html>

Vergara, M. (2014). *Psicología del adolescente. Aspectos distintivos edad juvenil*. Obtenido de <http://ctmelpere.blogspot.com/2014/03/reproduccion-sexual-adolescencia.html>

Videra, A., & Garrido, R. (2013). *Autoconcepto físico, percepción de salud y satisfacción vital en una muestra de adolescentes*. Obtenido de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-97282013000100017&lang=pt

Villa, J. (21 de enero de 2014). ADOLESCENCIA. (C. Diana, Entrevistador)

Zas Ros, B. (s.f). *La prevención en salud. Algunos referentes conceptuales*. Obtenido de <http://www.psicologia-online.com/colaboradores/barbara/prevencion/>

Zulaika, L. M. (s.f.). *Mejora del autoconcepto desde el área de educación física. Propuestas didácticas para la intervención*. Obtenido de <http://cienciadeporte.eweb.unex.es/congreso/04%20val/pdf/c72.pdf>

CITAS BIBLIOGRÁFICAS BASE DE DATOS UTA

EBSCO: Castro Valdez, J. (2015). *Identidad vocacional, claridad del autoconcepto y autoestima en adolescentes peruanos*. Obtenido de <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=3fef8d85-d392-4149-8fa5-111071e1d01b%40sessionmgr4005&vid=1&hid=4109>

EBSCO: Contreras Lozano, C., & López Ramírez, E. O. (2011). *Representación conceptual y el significado de la autoestima y el autoconcepto en jóvenes*. Obtenido de <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=4540eb51-a80b-4dcd-b197-85d285bb34d0%40sessionmgr4003&vid=1&hid=4109>

EBSCO: Prieto M., Vera M. N., & Ramirez I. (2007). *Clínica y Salud. Cronicidad de los trastornos del estado de ánimo: relacionados con actitudes cognitivas disfuncionales y con alteraciones de la personalidad*. <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=7dbb221a-bc46-4827-8032-0eae57c86cd%40sessionmgr115&vid=1&hid=128>

EBRARY: Mendoza, B. (2014). *E- libro*. Obtenido de <http://site.ebrary.com/lib/utasp/docDetail.action?docID=10890052&p00=bullying>

BVS: Beck, Judith. Terapia Cognitiva conceptos básicos y profundización, Obtenido de: <http://www.casadellibro.com/libro-terapia-cognitiva-conceptos-basicosyprofundacion/9788474327359/740484>

REPOSITORIO DIGITAL UTA: Argotti Pilataxi, S. K. (Febrero de 2015). *Autocopncepto, en las conductas desadaptativas en niños de siete a doce años de las instituciones de acogimiento temporal del canton Ambato*. [Tesis de grado]. Recuperado de base de datos U.T.A.



ANEXOS



ANEXO I

ESCALA DE ACTITUDES DISFUNCIONALES DE WEISSMAN Y BECK

Señale el grado de acuerdo con estas actitudes. Asegúrese de elegir solo una respuesta para cada frase. No hay respuestas “acertadas” ni “equivocadas”. Solo queremos saber lo que usted piensa acerca de estos temas.

- **Totalmente en desacuerdo** = 0
- **Moderadamente en desacuerdo** = 1
- **Dudoso** = 2
- **Moderadamente de acuerdo** = 3
- **Completamente de acuerdo** = 4

N.-	PREGUNTA	RESPUESTA				
		0	1	2	3	4
1	Ser criticado hace que la gente se sienta mal	0	1	2	3	4
2	Es mejor que renuncie a mis propios intereses para agradar a otras personas	0	1	2	3	4
3	Para ser feliz necesito que otras personas me aprueben y acepten	0	1	2	3	4
4	Si alguien importante para mi espera que yo haga algo determinado, debo hacerlo	0	1	2	3	4
5	Mi valor como persona depende, en gran medida, de lo que los demás piensen de mí.	0	1	2	3	4
6	No puedo ser feliz si no me ama alguien.	0	1	2	3	4
7	Si a otras personas no les gustas, serás menos feliz	0	1	2	3	4
8	Si la gente a la que quiero me rechaza, es porque me estoy equivocando en algo.	0	1	2	3	4
9	Si una persona a la que amo, no me corresponde, es porque soy poco interesante.	0	1	2	3	4

10	El aislamiento social conduce a la infelicidad.	0	1	2	3	4
11	Para considerarme una persona digna, debo destacar, al menos, en algún área importante de mi vida.	0	1	2	3	4
12	Debo ser útil, productivo o creativo, o la vida no tiene sentido	0	1	2	3	4
13	Las personas que tienen buenas ideas son más dignas que quienes no la tienen	0	1	2	3	4
14	No hacer las cosas tan bien como los demás significa ser inferior	0	1	2	3	4
15	Si fallo en mi trabajo soy un fracasado	0	1	2	3	4
16	Si no puedo hacer algo bien, es mejor que lo deje	0	1	2	3	4
17	.Es vergonzoso exhibir las debilidades de uno	0	1	2	3	4
18	Cualquier persona debería intentar ser la mejor en todo lo que hace	0	1	2	3	4
19	Si cometo un error debo sentirme mal	0	1	2	3	4
20	Si no tengo metas elevadas es posible que acabe siendo un segundón	0	1	2	3	4
21	Si creo firmemente que creo algo, tengo razones para esperar conseguirlo	0	1	2	3	4
22	Si encuentras obstáculos para conseguir lo que deseas, es seguro que te sentirás frustrado	0	1	2	3	4
23	Si antepongo las necesidad de los demás a las mías, me ayudaran cuando necesite algo de ellos	0	1	2	3	4
24	Si soy un buen marido (o esposa), mi cónyuge debe amarme	0	1	2	3	4
25	Si hago cosas agradables para los demás, ellos me respetarán y me tratarán tan bien como yo les trato	0	1	2	3	4
26	Debo asumir responsabilidades de cómo se comporta y siente la gente cercana a mí	0	1	2	3	4
27	Si critico a alguien por su forma de hacer algo y se enfada o se deprime, esto quiere decir que le he trastornado	0	1	2	3	4

28	Para ser una persona buena, valiosa, moral, tengo que tratar de ayudar a cualquiera que lo necesite	0	1	2	3	4
29	Si un niño tiene dificultades emocionales o de comportamiento, esto significa que sus padres han fallado en algo importante	0	1	2	3	4
30	Tengo que ser capaz de agradar a todo el mundo	0	1	2	3	4
31	No creo que sea capaz de controlar mis sentimientos si me ocurre algo malo	0	1	2	3	4
32	No tiene sentido cambiar las emociones desagradables, puesto que son parte valida e inevitable de la vida diaria	0	1	2	3	4
33	Mi estado de ánimo se debe, fundamentalmente, a factores que están fuera de mi control, tales como el pasado	0	1	2	3	4
34	Mi felicidad depende, en gran medida, de lo que me suceda	0	1	2	3	4
35	La gente señalada con la marca del éxito está destinada a ser más feliz que aquellas personas que no presentan esas marcas	0	1	2	3	4



ANEXO II



CUESTIONARIO AUTOVALORATIVO DEL CONCEPTO DE SI MISMO, ¿CÓMO SOY? (SC1)

Instrucciones:

Marca cada una de las frases del modo siguiente.

- Si la frase describe cómo eres tú o sientes con frecuencia, marca con un aspa (X) en la columna de verdadero (V).
- Si la frase no describe cómo eres tú o sientes generalmente, marca con un aspa (X) en la columna de falso (F).
- No existen respuestas correctas o incorrectas. Por favor, contesta a TODOS los apartados con sinceridad.

N.	ENUNCIADO	V	F
1	A menudo me gustaría ser diferente de como soy		
2	Me resulta muy difícil hablar delante de la clase		
3	Hay muchas cosas acerca de mí mismo/a que me gustaría cambiar si pudiera		
4	Puedo concentrar mi atención sin demasiado esfuerzo		
5	A menudo me siento a disgusto en casa		
6	A los demás les resulta divertido estar conmigo		
7	Me cuesta bastante familiarizarme con algo nuevo		
8	Soy popular entre los chicos/as de mi edad		
9	Mis padres generalmente tienen en cuenta mis sentimientos		
10	Suelo ceder con facilidad		
11	Mis padres esperan mucho de mí		
12	Es complicado ser como soy		
13	Las cosas están bastante desorganizadas en mi vida		
14	Generalmente los compañeros/as siguen mis ideas		

15	Tengo una baja opinión de mí mismo/a		
16	Muchas veces me gustaría abandonar mi casa		
17	A menudo me siento a disgusto en la escuela		
18	No soy tan bien parecido/a como otras personas		
19	Si tengo algo que decir, generalmente lo digo		
20	Mis padres me comprenden		
21	La mayoría de las personas son más apreciadas que yo		
22	Generalmente siento como si mis padres estuvieran siempre encima de mí		
23	A menudo me desanimo en la escuela		
24	Normalmente las cosas no me preocupan		
25	No se puede confiar en mí		