



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

**TESINA DE GRADO PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE PSICÓLOGO CLÍNICO**

TÍTULO:

LA TERAPIA DEL BIENESTAR Y EL MANEJO DE LA
AUTOESTIMA EN ADOLESCENTES DEL
BACHILLERATO DE LA UNIDAD EDUCATIVA
SALESIANA "SANTO TOMÁS APÓSTOL RIOBAMBA",
PERÍODO MARZO-AGOSTO 2013.

AUTOR (S): Fabricio Eduardo Espín Villarroel
Mirian Del Rocío Sisa Llumitaxi

TUTORA: Dra. SOLEDAD FIERRO

RIOBAMBA, ECUADOR

2013

ACEPTACIÓN DEL TUTOR

Por medio de la presente, hago constar que he leído el protocolo del Proyecto de Grado. Presentado por: Fabricio Espín Villarroel y Mirian Sisa Llunitaxi para optar por el título de Psicólogo Clínico, y que acepto asesorar a los estudiantes en calidad de tutor, durante la etapa de desarrollo del trabajo hasta su presentación y evaluación.

Riobamba, 13 de marzo del 2013

Ps.Cl. Soledad Fierro.

DERECHO DE AUTORÍA

Nosotros, Fabricio Espín y Mirian Sisa somos responsables de todo el contenido de este trabajo investigativo, los derechos de autoría pertenecen a la Universidad Nacional de Chimborazo.

DEDICATORIA

A mi madre, por su fuerza y valentía extraordinaria, a mi padre, por su responsabilidad y su sacrificio, a mis hermanos, por su apoyo incondicional y su alegría

Fabricio

DEDICATORIA

Este logro lo dedico a mi amada e incondicional hermana Marina quien depositó en mí su confianza a lo largo de mi vida estudiantil y ha estado apoyándome totalmente desde que era una niña hasta el día de hoy, este logro es nuestro, ñaña.

Mirian

AGRADECIMIENTO

Extiendo mi agradecimiento a Dios, por haber guiado cada uno de mis pasos, y por haberme conducido hacia la consecución de mis sueños. A mi madre por inculcarme los valores que me permitirán triunfar en la vida. A mi padre, que con su esfuerzo incansable sacó adelante a mi familia. A mis hermanos que siempre me han acompañado en mis proyectos y mis logros. A todos mis amigos que han estado junto a mí en las buenas y en las malas. A la Comunidad Salesiana de Riobamba, en cuyo seno me formé, desarrollé mis potencialidades, descubrí mi vocación de servicio a los demás y asimilé las sabias enseñanzas de Don Bosco. Y finalmente a la Universidad Nacional de Chimborazo, mi Alma Mater, mi núcleo de desarrollo académico y científico, en donde nació mi sed de conocimiento.

Fabricio

AGRADECIMIENTO

Quiero agradecer de manera infinita a mi Padre Celestial por iluminar y fortalecerme durante el camino, a mis amados padres por su amor inalcanzable hacia mí, a mi ñaño Miguel por despertar en mí dulzura y sensibilidad hacia los demás, de manera muy especial a mis hermanos desde de fondo de mi corazón gracias por apoyarme y ser los mejores hermanos del mundo.

A mis queridos maestros quienes me impartieron sus conocimientos, sabiduría y pasión por esta profesión, de manera especial a nuestra tutora Dra. Soledad por su predisposición paciencia, calidez humana gracias por confiar en nosotros y guiarnos acertadamente durante la elaboración de este trabajo investigativo.

Mirian.

ÍNDICE GENERAL

PORTADA	i
ACEPTACIÓN DEL TUTOR	ii
DERECHOS DE AUTORÍA	iii
DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTO	v
ÍNDICE GENERAL	vi
ÍNDICE DE CUADROS	x
ÍNDICE DE TABLA	xii
RESUMEN	xiii
SUMMARY	xiv
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I	
PROBLEMATIZACIÓN	3
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	5
OBJETIVOS	5
OBJETIVO GENERAL	5
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	5
JUSTIFICACIÓN	5

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO	8
LÍNEA DE INVESTIGACIÓN	8
POSICIONAMIENTO PERSONAL	8
FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	9
ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	9
TERAPIA DEL BIENESTAR	10
Bienestar	11
Bienestar Hedónico	12
Bienestar Eudaimónico	14
Relación entre el Bienestar Psicológico y el Bienestar Subjetivo	16
Modelo Multidimensional del Bienestar	17
Protocolo de la Terapia del Bienestar	21
Bienestar Psicológico en la Adolescencia	26
Bienestar Psicológico y Autoestima	27
AUTOESTIMA	30
Importancia de la Autoestima	31
Componentes de la Autoestima	32
Formación de la Autoestima	32
Bases de la Autoestima	35
Características de la Autoestima	35

Dimensiones de la Autoestima	36
Niveles de la Autoestima	37
Beneficios de la Autoestima	39
ADOLESCENCIA	42
Etapas de la Adolescencia	43
Crisis en la Adolescencia	47
Factores de Riesgo en la Adolescencia	53
Factores de Protección en la Adolescencia	57
Teorías y Modelos Positivos sobre la Adolescencia	63
DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS	67
HIPÓTESIS Y VARIABLES	72
HIPÓTESIS	72
VARIABLES	72
OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	73
CAPÍTULO III	
MARCO METODOLÓGICO	74
MÉTODO	74
TIPO DE INVESTIGACIÓN	74
DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	74
TIPO DE ESTUDIO	74
POBLACIÓN Y MUESTRA	74

POBLACIÓN	74
MUESTRA	74
Inclusión	75
Exclusión	75
TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOPIACIÓN DE DATOS	75
TÉCNICAS	75
INSTRUMENTOS	76
TÉCNICAS PARA EL ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	77
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	77
ANÁLISIS ESTADÍSTICO	78
COMPROBACIÓN DE LA HIPÓTESIS	90
CAPÍTULO IV	
CONCLUSIONES	91
RECOMENDACIONES	92
BIBLIOGRAFÍA	94
ANEXOS	107

ÍNDICE DE CUADROS

DATOS ESTADÍSTICOS

CUADRO N° 1

Resultados autoestima global de la población 78

CUADRO N° 2

Aceptación de la terapia 80

CUADRO N° 3

Culminación de la terapia 81

CUADRO N° 4

Porcentaje de retest válido 82

CUADRO N° 5

Test y retest, autoestima global 83

CUADRO N° 6

Test y retest, área social 85

CUADRO N° 7

Test y retest, área escolar 86

CUADRO N° 8

Test y retest, área hogar 87

CUADRO N° 9

Test y retest, área general 89

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA N° 1

Componentes del Bienestar Subjetivo	14
-------------------------------------	----

TABLA N° 2

Dimensiones del Modelo de Ryff	20
--------------------------------	----

TABLA N° 3

Fortalezas Personales	59
-----------------------	----

TABLA N° 4

Características de contextos escolares positivos	62
--	----

TABLA N° 5

Competencias del Modelo de Florecimiento	64
--	----

TABLA N° 6

Recursos externos para el desarrollo	65
--------------------------------------	----

TABLA N° 7

Recursos internos para el desarrollo	66
--------------------------------------	----

RESUMEN

El presente trabajo de investigación se ejecutó debido a la importancia de desarrollar aspectos psicológicos positivos como el bienestar. Se realizó en la Unidad Educativa Salesiana “Santo Tomás Apóstol Riobamba”, puesto que 29% de los adolescentes obtuvieron puntuaciones bajas y muy bajas en el Test de Autoestima de Coopersmith, esto a consecuencia de la carencia de niveles adecuados de bienestar subjetivo y psicológico. Se abordó esta problemática desde el enfoque de la Psicología Positiva, aplicando en 8 sesiones la Terapia del Bienestar de Fava y Ruini, caracterizada por ser breve, directiva, cognitiva y sobre la base del Modelo Multidimensional del Bienestar Psicológico propuesto por Carol Ryff. La muestra que se tomó en cuenta fue de 11 adolescentes de entre 15 y 16 años, que cursaban el primer año de Bachillerato, cuya puntuación en el Test de Autoestima de Coopersmith fue Muy Baja y que aceptaron asistir a las sesiones psicoterapéuticas. Luego de la terapia se logró determinar la influencia de ésta en la autoestima de los adolescentes en las áreas social, escolar, familiar, general y global obteniendo como resultado que su efectividad es mayor en el área general y en la autoestima global, donde se logró una transición de un 100% con nivel deficitario a un 100% con nivel óptimo de autoestima; y también se demostró su eficacia en el área familiar, ya que de un 72% con un nivel deficitario, luego de la aplicación de la terapia, logró un 100% con un nivel óptimo de autoestima, mostrando efectos sumamente favorables. Finalmente se demostró que potenciar el disfrute de los episodios de bienestar y trabajar en las dimensiones del bienestar psicológico, conlleva efectos positivos en la autoestima de los adolescentes, siendo esto fundamental en la formación de su identidad y en la consolidación de sus fortalezas personales.

ABSTRACT

INTRODUCCIÓN

Durante muchos años el objetivo de la Psicología se centró en la patología, poniendo poco énfasis en temas como las fortalezas humanas, el optimismo, la resiliencia, el *fluir* (*flow*), la satisfacción vital y la constante evolución como seres humanos. De este precepto nacen nuevos enfoques terapéuticos, que buscan potenciar los comportamientos positivos y funcionales del individuo, este es el caso de la Terapia del Bienestar, que busca que el sujeto alcance un óptimo bienestar psicológico y el pleno disfrute de los episodios de bienestar del diario vivir (Fava, y otros, 2005).

La autoestima y el bienestar, son conceptos teóricos que se encuentran intimidante correlacionados, ya que ambos nacen de interpretaciones que el sujeto hace sobre sí mismo y sobre el contexto en el que interactúa. La autoaceptación, las relaciones positivas con los demás, la autonomía, el crecimiento personal, el dominio del entorno, y el propósito en la vida son variables que se engloban en la concepción eudaimónica de la felicidad (Ryff & Keyes, 1995), definición aportada por Aristóteles, y que ahora se desarrolla en el marco de la Psicología Positiva.

La autoestima es un elemento de suma importancia en la vida del individuo, ya que se desarrolla gradualmente, empezando en la infancia y pasando por diversas etapas de progresiva complejidad, cada una aporta impresiones, sentimientos e incluso complicados razonamientos a cerca de su valía personal, que en ocasiones, generan actitudes y comportamientos propios de sujetos con baja autoestima. Esto se manifiesta en forma de asilamiento, incapacidad para expresar su desagrado o inconformidad, debilidad para vencer sus deficiencias, sensibilidad a la crítica, dificultad en las relaciones interpersonales e inseguridad (Coopersmith, 1995), siendo más evidentes estas características durante la adolescencia.

Los adolescentes atraviesan por una serie de cambios físicos, sociales y psicológicos, que en ocasiones, los vuelve vulnerables de presentar signos de baja autoestima, siendo ésta una problemática que merece absoluta atención a nivel familiar, escolar y social. Así mismo, los factores de protección o de riesgo que estén presentes durante esta etapa, influirán positiva o negativamente en la consolidación de su identidad personal,

predisponiendo al individuo a niveles de mayor bienestar en las siguientes etapas vitales, o por otro lado dificultando el pleno desarrollo de sus potencialidades.

De lo anteriormente expuesto, surge la necesidad de abordar la problemática de la baja autoestima en la adolescencia, desde una perspectiva positiva, encaminada hacia identificar, desarrollar y potencializar fortalezas personales en el individuo, que permitan incrementar los niveles de bienestar psicológico, y por consiguiente influir en la evaluación personal sobre sí mismo en las diferentes áreas en que se desarrollan los adolescentes, este es el objetivo del presente trabajo investigativo.

Esta investigación consta de IV capítulos:

El capítulo I detalla la problematización, justificación y los objetivos de este estudio.

En el capítulo II se analiza la fundamentación teórica de la Terapia del Bienestar, enmarcándola dentro de las concepciones sobre el bienestar, se explica el modelo teórico de Carol Ryff y se detalla el protocolo que se desarrolla a lo largo de las sesiones terapéuticas. Se conceptualiza la autoestima, sus bases, áreas y niveles, y las variables que la influyen, y finalmente se aborda la adolescencia y sus respectivas etapas, la crisis que generan los múltiples cambios que surgen en este período vital, los factores de riesgo, los factores de protección y enfoques positivos sobre la adolescencia.

En el capítulo III, se realiza un análisis obtenido de la presente investigación, mediante la utilización de gráficos y cuadros estadísticos.

Y en último lugar en el capítulo IV se recogen las conclusiones y recomendaciones logradas luego del trabajo psicoterapéutico con los adolescentes de la Unidad Educativa Salesiana “Santo Tomas Apóstol Riobamba”.

CAPÍTULO I

1. PROBLEMATIZACIÓN

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Un segmento poblacional que merece especial atención, es la adolescencia, ya que según datos estadísticos 1 de cada 5 personas en el mundo es un adolescente, de los cuales el 85% vive en países en vías de desarrollo, de estos, el 20% sufrirá, en algún momento de esta etapa, una enfermedad mental; y además, 2/3 de las muertes prematuras y 1/3 de la carga de morbilidad en la edad adulta se deberá a conductas que tendrán su inicio en la adolescencia (O.M.S., 2008).

En Ecuador los datos son similares, el 16,10% de la población atraviesa la adolescencia media, donde las estadísticas arrojan resultados críticos: la segunda causa de muerte en este periodo vital se debe al suicidio (O.D.N.A., 2012) y 2 de cada 10 embarazos son de adolescentes (O.P.S., 2010).

Al ser la adolescencia una etapa de transición entre la pubertad y la juventud; en la cual se produce una crisis de identidad caracterizada por: vulnerabilidad, conductas de riesgo, conflictos familiares, escolares y sociales; que el adolescente, en muchas ocasiones no puede afrontar, sin comprometer su integridad física y psicológica; se produce malestar emocional, mostrándose en forma de rabia, ansiedad, tristeza, confusión, inseguridad, irritabilidad, agresividad, entre otras. La vivencia diaria del adolescente se caracteriza por su reactividad emocional, afectando a sus relaciones interpersonales, en incongruencia con su búsqueda de aceptación. Esto provoca sentimientos de baja autoestima ante el rechazo y la crítica; llevándolos a la adopción de modelos aceptados por su grupo de pares, relacionados específicamente con la moda y medios de comunicación. El sentimiento valorativo del individuo deja de depender exclusivamente de su familia y comienza a depender del contexto social en el que interactúa, incrementando el riesgo de tener una baja autoestima.

A pesar de esto, la familia juega un papel preponderante en la formación de la autoestima, ya que el autoconcepto se forma, principalmente, por juicios que personas

significativas hacen sobre el adolescente. Por lo tanto, un ambiente familiar carente de afectividad y comunicación influirá negativamente. Otro factor importante es el área escolar, donde los docentes inciden de forma significativa en la competencia social, la actitud hacia las tareas académicas y el comportamiento en clase (Naranjo, 2007).

Las personas con baja autoestima son más vulnerables a desarrollar depresión (Torrente F. , 2013). La depresión es una enfermedad frecuente en todo el mundo y se calcula que afecta a unos 350 millones de personas (O.M.S., 2008). En Ecuador, podemos encontrar que por cada 100.000 personas existen 113 casos de depresión, muchos de los cuales terminan en intentos o en actos consumados de suicidio. En el 2010, se calcula que más de 1.400 adolescentes a nivel nacional se quitaron la vida intencionalmente (I.N.E.C., 2010). Estadísticas del año pasado afirman que cada 3 días un adolescente de 12 a 17 años se quitó la vida (O.D.N.A., 2012). En Chimborazo, los casos registrados sobre suicidio se han incrementado precipitadamente, por lo que se ha convertido en la primera causa de fallecimiento en la adolescencia (Reed, 2013).

La Unidad Educativa Salesiana “Santo Tomás Apóstol Riobamba”, tiene una trayectoria de 115 años en esta ciudad, está regida por la Congregación Salesiana, cuya misión es desarrollar la espiritualidad, promoviendo a Jesucristo como un modelo de vida, clave de sentido, como felicidad y plenitud (U.E.S.T.A.R., 2010). La investigación está enfocada en los alumnos y alumnas de 1ro de Bachillerato de esta Institución, debido a que se han observado conductas que manifiestan niveles bajos de autoestima en los estudiantes. Lo anterior se evidencia en la carencia de una correcta autoaceptación por su parte, la falta de autonomía e independencia para tomar decisiones libres de la presión grupal, la ausencia de relaciones interpersonales positivas, la falta de determinación y liderazgo para controlar las situaciones estresantes de las que son presa día a día. Si a ello se añade la confusión propia de esta etapa que hace que los adolescentes no tengan objetivos, ni metas claras a largo plazo, surge la necesidad de trabajar sobre estas áreas de su vida, las mismas que se abordan de forma específica en la Terapia del Bienestar.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es la influencia que tiene la Terapia del Bienestar en la autoestima de adolescentes que cursan el primer en año del bachillerato en la Unidad Educativa Salesiana “Santo Tomas Apóstol Riobamba”, durante el período marzo-agosto 2013?

1.3. OBJETIVOS

1.3.1. OBJETIVO GENERAL

- Evaluar la influencia de la Terapia del Bienestar en la autoestima de adolescentes diagnosticados con autoestima de nivel muy bajo que cursan el primer en año del bachillerato en la Unidad Educativa Salesiana “Santo Tomas Apóstol Riobamba”, durante el período marzo-agosto 2013.

1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar los niveles de autoestima en los adolescentes del bachillerato de la Unidad Educativa Salesiana “Santo Tomas Apóstol Riobamba”, período marzo-agosto 2013.
- Aplicar la Terapia del Bienestar en los adolescentes de la muestra de la Unidad Educativa Salesiana “Santo Tomas Apóstol”, durante el período marzo-agosto 2013.
- Analizar los resultados de la Terapia del Bienestar en las diferentes áreas que componen la autoestima en el adolescente, bajo el enfoque de Coopersmith.

1.4. JUSTIFICACIÓN

La presente investigación se realizó debido a la importancia que tiene la autoestima durante la adolescencia, ya que en este período vital es donde se cimientan las bases de la identidad personal, la relación consigo mismo y con los demás; por lo tanto, es necesario realizar intervenciones dirigidas a fortalecer estos aspectos, además potenciar las capacidades y habilidades que poseen los adolescentes, para que así

puedan gozar de una salud mental plena, contribuyendo de esta manera a la promoción, de una adecuada autonomía social y niveles significativos de bienestar.

Por lo tanto se ha visto la necesidad de analizar la problemática de la baja autoestima en la adolescencia desde un enfoque positivo, que estudie aspectos como la autoaceptación, las fortalezas, el crecimiento personal, el propósito en la vida y otras variables psicológicas que potencien factores de protección y que sirvan como un escudo ante las situaciones estresantes que se atraviesan en esta etapa y en los siguientes períodos de la vida del individuo. Todo esto genera un giro en cuanto al enfoque centrado en el déficit o en la carencia tradicionalmente abordado por la psicología, por lo tanto otorgando mayor relevancia al presente trabajo investigativo.

La autoestima es el sentimiento auto-valorativo que tiene el sujeto que impregna cada una de las áreas de su vida, consecuentemente los resultados que obtenga en cuanto a estas áreas, se verán reflejados directamente en la forma de percibirse a sí mismo y esto repercutirá incrementando o reduciendo su grado de bienestar. Dado esto, la autoestima se relaciona significativamente con el bienestar que experimenta el sujeto.

Dentro de este contexto la Terapia del Bienestar puede lograr que el adolescente reconozca y valore sus habilidades e identifique y trabaje en sus limitaciones; mantenga relaciones afectivas de un modo equilibrado con su familia, grupo de pares y maestros; tome decisiones con libertad ante las presiones sociales; cree, influya y elija ambientes que favorezcan su desarrollo tanto en el hogar como en la escuela; establezca metas trascendentales para su vida centrándose en valores, fortalezas y creencias personales y finalmente sea consciente de que, como ser humano, puede crecer positivamente y por tanto, generar que los logros anteriores estén desarrollándose constantemente. Y además que logre disfrutar intensamente los episodios de bienestar que día a día ocurren en su vida.

Los adolescentes dividen mayoritariamente su tiempo entre familia y colegio, consecuentemente estas áreas suponen retos, conflictos y logros cuya interpretación influirá en su autoestima. El ambiente escolar generalmente está lleno de múltiples factores como incertidumbres, presiones sociales, miedos, prejuicios, entre otros, ante

los cuales en este periodo es difícil responder; pero también está plagado de momentos de felicidad que marcaran de una u otra manera su forma de ver el mundo.

Las reacciones emocionales durante esta etapa vital se distinguen por ser complejas y tener una infinidad de matices, pero sobre todo, por ser de gran importancia subjetiva para los adolescentes. Cualquier experiencia vivida que vaya acompañada de intensas emociones, es probable que ejerza una profunda influencia sobre sus actitudes, valores y conductas futuras. En ocasiones los adolescentes muestran una marcada falta de “insight” para reconocer sus potencialidades, de ahí la necesidad de desarrollar y optimizar intervenciones que promuevan el bienestar, otorgándoles recursos a través del proceso terapéutico para afrontar las adversidades propias de su edad.

La perspectiva Salesiana sobre la educación está basada en la alegría, el crecimiento personal, el amor y la responsabilidad, proporcionando un soporte escolar previo y fortaleciendo los conceptos que describe el Modelo Teórico de Ryff. La Terapia del Bienestar y la Espiritualidad Juvenil Salesiana buscan un mismo objetivo: el bienestar, entendido culturalmente como felicidad.

Durante la recopilación de información, se ha encontrado diversa información bibliográfica, previa que correlaciona los elementos que forman parte del presente estudio que ha aportado para la fundamentación teórica. La Rectora de la Unidad Educativa Salesiana “Santo Tomás Apóstol Riobamba” facilitó el desarrollo de la recolección de datos así como la aplicación de la terapia. El test de Coopersmith (1981) se ha utilizado como instrumento para la evaluación de la autoestima y ha sido ampliamente validado y tiene un alto grado de confiabilidad. Finalmente se contó con una ficha de registro y seguimiento psicoterapéutico, y un diario de registro de episodios de bienestar que era necesario para el correcto desenvolvimiento de la terapia.

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1. LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

Esta investigación va enfocada hacia la línea macro de salud integral, puntualizando la sublínea de conducta, salud mental, social familiar e individual.

2.2. POSICIONAMIENTO PERSONAL

El presente trabajo investigativo se realizó debido a la importancia que tiene la búsqueda del bienestar en los seres humanos, en este caso específico, en los adolescentes, por este motivo este estudio está basado en los estudios de Carol Ryff acerca del bienestar, quien lo define como una dimensión fundamentalmente evaluativa que tiene que ver con la valoración del resultado logrado con un determinada forma de haber vivido. Este modelo teórico ofrece una interesante perspectiva uniendo las teorías del desarrollo humano óptimo, el funcionamiento mental positivo y las teorías del ciclo vital. Mediante un análisis factorial confirmatorio, se pudo verificar la existencia de las 6 dimensiones del bienestar según este modelo, que son: autoaceptación, relaciones positivas, dominio del entorno, autonomía, propósito en la vida y crecimiento personal (Keyes & Ryff, 1995)

Continuando con la misma línea del pensamiento, para la investigación se escogió la Terapia del Bienestar, desarrollada por Fava G. y Ruini Ch. que plantean una estrategia psicoterapéutica a corto plazo, que se caracteriza por ser directiva, breve y cognitiva; esta se extiende a lo largo de 8 a 12 sesiones, cada una con una duración de 30 a 50 minutos, en las que se trabaja las 6 dimensiones del bienestar de Ryff y en el disfrute de los episodios de bienestar (Fava, y otros, 2005)

Para abordar la autoestima se utilizó el enfoque proporcionado por Coopersmith, ya que la división por áreas que presenta el autor, permite evaluar los efectos de la Terapia en relación al contexto familiar, escolar y social, así como en su apreciación personal (área general). Además brinda una categorización por niveles que permite medir el

progreso, retroceso o mantenimiento de los mismos al finalizar las sesiones terapéuticas.

2.3. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

2.3.1. Antecedentes de la Investigación

Los autores de la Terapia del Bienestar, han realizado diferentes investigaciones en relación a diferentes trastornos como la ansiedad generalizada. A una población de 20 pacientes se los asignó al azar a 2 grupos de estudio, el primero recibió un paquete de tratamiento que incluía 8 sesiones de Terapia Cognitivo-Conductual en combinación con la Terapia del Bienestar, y el segundo recibió únicamente Terapia cognitivo-Conductual. Ambas intervenciones dieron lugar a una reducción estadísticamente significativa de la ansiedad. Sin embargo, la aplicación secuencial de la combinación de Terapia Cognitivo-Conductual y Terapia del Bienestar, dio lugar a resultados superiores a la Terapia Cognitivo-Conductual, tanto en términos de reducción de síntomas como en la relación a las mejorías observadas en el bienestar psicológico. Estos resultados preliminares sugieren que añadir la Terapia del Bienestar al tratamiento del trastorno de ansiedad generalizada es eficaz y conlleva ventajas clínicas. Una posible explicación de estos resultados es que la auto-observación de los episodios de bienestar puede dar lugar a una identificación más completa de las creencias irracionales y pensamientos automáticos, que aquella que se obtienen mediante la monitorización tradicional de episodios de malestar en la terapia cognitiva pudiendo resultar así una reestructuración cognitiva más eficaz (Fava, y otros, 2005).

En un estudio preliminar 3 pacientes con trastorno de estrés postraumático que fueron tratados mediante técnicas que no incluían exposición a señales directas del trauma, exposición a señales relacionadas con el estresor, exposición a estímulos relacionados y a otras señales, seguida de terapia del bienestar, y solo terapia del bienestar, mejoraron significativamente tras la intervención, manteniéndose los resultados a los 3, 4 y 5 años de seguimiento. Dichos resultados además de confirmar que la exposición a huellas de memorias centrales respecto al trauma no es necesaria, sugieren que la

Terapia del Bienestar puede ser una prometedora alternativa para abordar los síntomas del trastorno de estrés postraumático (Fava, y otros, 2005).

Para validar la presente investigación se debió buscar investigaciones en las que la Terapia del bienestar fuera utilizada como enfoque único dentro de la terapia y no como complemento dentro de un paquete de tratamiento. Se pudo hallar un estudio en el que fue utilizada para el tratamiento de la depresión. La muestra fue de 40 pacientes, 20 fueron tratados con la Terapia del Bienestar y 20 fueron tratados con Terapia cognitivo-Conductual y se evaluó el nivel de bienestar psicológico, antes y después de las intervenciones, obteniendo como resultados que se mostraron diferencias significativas entre las puntuaciones pre y post tratamiento, en la que la Terapia del Bienestar se muestra más eficaz que la Terapia Cognitivo Conductual. En conclusión los resultados sugieren la viabilidad y las ventajas clínicas de usar la terapia del Bienestar como una técnica de tratamiento (Moeenizadeh & Kumar, 2010)

Finalmente se presenta un estudio de tipo correlacional transeccional, donde se examinó la influencia de la autoestima y del apoyo social percibido sobre el bienestar psicológico, en una muestra de 450 estudiantes de ambos sexos de la Universidad de Concepción, Chile, quienes respondieron las Escalas de Autoestima de Rosenberg, de Bienestar Psicológico de Ryff y el Cuestionario de Apoyo Social Percibido. Se encontró que la autoestima tenía una influencia mayor sobre el bienestar psicológico que el apoyo social percibido. Aunque no hubo diferencias de sexo en el bienestar psicológico global, se observaron diferencias a favor de los hombres en las dimensiones de autoaceptación y autonomía, y a favor de las mujeres, en crecimiento personal, así como diferencias a favor de los hombres en autoestima y a favor de las mujeres en apoyo social percibido (Barra, 2011).

2.3.1. TERAPIA DEL BIENESTAR

Es un programa de intervenciones positivas basado en la teoría del bienestar de Carol Ryff, que busca el reconocimiento de recuerdos de eventos positivos y en las dificultades que el paciente tiene para recordarlos.

Probablemente, uno de los desarrollos más influenciados por el paradigma salugénico en la terapia cognitivo-comportamental, sea la “Terapia del Bienestar” desarrollada por Ruini y Fava (2003). Dicho tratamiento se ha mostrado beneficioso en la reducción de recaídas en la depresión crónica y se está empezando a investigar como complemento en el abordaje del tratamiento de ansiedad generalizada. En este modelo además de trabajar los aspectos usuales que en la conceptualización cognitiva se señalan como potenciales factores de manutención de las dificultades: creencias y pensamientos distorsionados, ausencia de actividades placenteras y autoreforzantes, se enfatiza en la reorientación perceptiva del paciente hacia las experiencias de bienestar. El uso de registros para identificar experiencias positivas pasadas y presentes, y los factores contextuales, cognitivos y comportamentales que las posibilitaron y/o posibilitan y la identificación de los obstáculos que dificultan su manutención y generalización se han demostrado, de acuerdo a los autores, como potentes ingredientes activos en el tratamiento (Vásquez & Hervás, 2008).

Antes de continuar con el desarrollo teórico sobre la Terapia del Bienestar, se debe aclarar conceptos como el bienestar propiamente dicho entendido desde sus 2 concepciones principales que son la hedónica (subjetivo) y la eudaimónica (psicológico), y además comprender el Modelo Multidimensional de Carol Ryff.

Bienestar

Al igual como sucede con muchas otras dimensiones psicológicas, existen distintos enfoques para conceptualizar y evaluar el bienestar individual. Esta diversidad de aproximaciones al concepto de bienestar se debería a que este constructo puede abarcar un amplio rango de componentes tanto cognitivos como afectivos y referirse a distintos aspectos, entre ellos calidad de vida, felicidad, satisfacción con la vida, balance afectivo y también ausencia de estrés o depresión.

Diversos autores distinguen dos grandes perspectivas en el estudio del bienestar: el enfoque hedónico centrado en la felicidad y que define el bienestar en términos de obtención de placer y evitación del dolor, y el enfoque eudaimónico centrado en la autorrealización que define el bienestar en términos de desarrollo del potencial

humano y funcionamiento psicológico pleno. Respecto a estos grandes enfoques se ha planteado que la perspectiva hedónica ha sido representada durante mucho tiempo por el concepto de bienestar subjetivo, mientras que el enfoque eudaimónico estaría mejor representado por el concepto más reciente de bienestar psicológico (Keyes, Ryff, & Shmotkin, 2002). Mientras que el bienestar subjetivo (hedónico) se refiere a la felicidad, satisfacción vital y balance afectivo, el bienestar psicológico (eudaimónico) se refiere a la evaluación del individuo de su desarrollo personal.

Bienestar Hedónico.- El enfoque hedónico entiende la felicidad como un estado psicológico positivo caracterizado por un mayor número de emociones positivas y un nivel bajo de emociones negativas; felicidad y bienestar subjetivo serían equiparables, de tal manera que las personas orientan sus acciones hacia la búsqueda de sensaciones placenteras y la evitación o minimización de experiencias que les provoquen sensaciones displacenteras.

Sin embargo, evolutivamente esto no resulta fácil, desde el punto de vista del desarrollo la felicidad se enfrenta a muchos obstáculos, por lo que la premisa hedónica de la satisfacción del deseo como pauta organizativa de la felicidad está condicionada, de acuerdo con las teorías evolucionistas (Buss, 2000).

La felicidad entendida como resultado de la satisfacción de deseos ha de afrontar diversos obstáculos:

- Tendencia a habituarse con rapidez a las situaciones placenteras; lo que supuso una ventaja en el pasado filogenético, hoy se vuelve desventaja en una sociedad consumista.
- Inclínación a evaluarse a sí mismo y las circunstancias en función de las comparaciones sociales; los modelos que se exhiben en los medios de comunicación induce a sectores de la población, especialmente los más vulnerables como es la adolescencia a forjarse deseos irreales o superficiales que inciden en la autoestima y dañan la felicidad.
- Propensión a reaccionar de diferenciado ante pérdidas y ganancias; la pérdida o frustración por no lograr lo deseado puede provocar un decremento en la

felicidad con más intensidad que un logro moderado de los deseos, al parecer, para lograr una satisfacción más intensa o profunda se necesita ver cumplidos muchos deseos.

- La herencia de un pasado evolutivo de emociones displacenteras como: miedo, tristeza, ira afecta el bienestar del individuo.

Si la felicidad y, con ello, la vida buena en su aceptación hedónica se entiende, como ausencia o evitación del dolor y la maximización o búsqueda del placer orientado al desarrollo positivo humano consecuentemente esto implicara fortalecer los recursos personales conducentes a maximizar y optimizar los estímulos que le reporten experiencias placenteras, centrándose en el desarrollo de habilidades emocionales basadas en la afectividad positiva y la autorregulación emocional.

Se puede conceptualizar el Bienestar Hedónico o Subjetivo describiéndolo como la percepción propia, personal, única e íntima que el individuo hace sobre su situación física y psíquica, lo cual no necesariamente coincide con la apreciación concreta y objetiva que se genera de la evaluación que desde el exterior se hace de aquellos indicadores de ambas situaciones (Anguas, 2000). Se lo propone como un modelo explicativo sobre el balance emocional y los factores cognitivos que hacen de mediadores del proceso de evaluación personal en relación al individuo y su satisfacción vital.

Las investigaciones han centrado sus intereses en los elementos que constituyen al bienestar subjetivo; con base en los estudios realizados, se afirma que son tres los principales, los cuales, se consideran independientes unos de los otros (Diener, Suh, & Lucas, 1999); el primero, refiere al aspecto cognitivo, denominado satisfacción con la vida, mientras que los otros dos, hacen referencia al marco de las emociones, es decir, el afecto positivo y afecto negativo, constituyendo éstos últimos, el balance de los afectos, es decir, la preponderancia relativa de la experiencia emocional placentera sobre la no placentera o desagradable (Diener, 1984)

La distinción entre la valoración afectiva (emociones) y cognitiva (racional) en la evaluación sobre el bienestar subjetivo suele hacerse cuando se hace referencia al foco

de evaluación (García, 2002). Así cuando éste, es la satisfacción con la vida como un todo, se considera la evaluación cognitiva, mientras que cuando se centra en las experiencias emocionales de la vida diaria, la evaluación es calificada de afectiva, es decir, no implica el uso de los procesos cognitivos a fin de lograr conclusiones valorativas, sino, simplemente hace recuento de la presencia-ausencia o bien de la frecuencia de las emociones presentes. En un análisis más profundo del componente cognitivo, algunos autores han propuesto el uso de diferentes dominios a la hora de descomponer los juicios que las personas realizan sobre sus vidas (Cummins, McCabe, Romeo, & Gullone, 1994).

Afecto Positivo	Afecto Negativo	Satisfacción con la vida	Dominios de satisfacción
Alegría	Culpa y Vergüenza	Deseo de cambiar la vida	Trabajo
Euforia	Tristeza	Satisfacción con la vida actual	Familia
Satisfacción	Ansiedad y Preocupación	Satisfacción con el pasado	Ocio
Orgullo	Enfado	Satisfacción con el futuro	Salud
Cariño	Estrés	Satisfacción con como otros ven la vida del individuo	Ingresos
Felicidad	Depresión		Con uno mismo
Éxtasis	Envidia		Con los demás

Tabla N° 01: Componentes del Bienestar Subjetivo

Fuente: (Diener, Suh, & Lucas, 1999)

Todo esto evidencia la dificultad de reducir un concepto tan complejo y multifacético como éste. En un intento de concreción, si se atiende al consenso generado en torno a los dos grandes componentes mencionados, el bienestar subjetivo se podría definir como el resultado de la valoración global mediante la cual, a través de la atención a elementos de naturaleza afectiva y cognitiva, el sujeto repara tanto en su estado anímico presente como en la congruencia entre los logros alcanzados y sus expectativas sobre una serie de dominios o áreas vitales así como, en conjunto, sobre la satisfacción con su vida (Diener, Suh, & Lucas, 1999).

Bienestar Eudaimónico.- El bienestar psicológico es el representante de la tradición eudaimónica, idea originaria de Aristóteles (Villar, Solé, & Osuna, 2003), quien consideraba que la felicidad consistía en la realización del *daimon* o verdadera naturaleza de cada persona. Esta tradición diferencia la felicidad del bienestar, y propone que, a pesar del placer que produzca el logro de cosas valoradas por la persona, éste no siempre conduce al bienestar. Esta concepción sitúa al bienestar, no

en las actividades que proporcionan placer o nos alejan del dolor, sino en el proceso y consecución de aquellos valores que nos permiten ser auténticos y crecer como personas (Villar, Solé, & Osuna, 2003).

La idea clave del concepto de eudaimonía, plasmada en la definición de bienestar psicológico, tiene que ver con la autorrealización del individuo producto del desarrollo de sus potencialidades. Esta visión del bienestar psicológico es respaldada por los aportes de la psicología humanista y existencial, que resalta la importancia de la búsqueda de significado y propósito en la vida como componentes claves de la autorrealización (Keyes, Ryff, & Shmotkin, 2002).

La definición del bienestar psicológico ha surgido a partir del desarrollo de las sociedades industrializadas y del interés por las condiciones de vida favorable, dando origen a una serie de estudios relacionados con el bienestar. Inicialmente, se asociaba el sentirse bien con la apariencia física, la inteligencia o el dinero, pero actualmente, como resultado de diversas investigaciones en el tema, se sabe que el bienestar psicológico es distinto de las categorías del bienestar subjetivo, porque la satisfacción no es el elemento articulador, sino más bien la realización del potencial humano, el cual se logra a través del propósito en la vida, logro de metas y el establecimiento de relaciones de confianza con los demás (Ryff & Singer, 1998). Existen diversas investigaciones (Keyes, Ryff, & Shmotkin, 2002), que resaltan que sentirse satisfecho con la vida y tener predominancia de afecto positivo, no es condición necesaria para sentirse realizado.

El bienestar psicológico es entendido como el esfuerzo por perfeccionarse y la realización del propio potencial (Ryff & Singer, 1998). Entendido así, el bienestar psicológico estaría estrechamente relacionado con tener un propósito en la vida, con un esfuerzo por afrontar las dificultades que se presenten y por conseguir las metas propuestas, mientras que el bienestar subjetivo está relacionado con sentimientos de relajación, ausencia de problemas y de presencia de sensaciones positivas (Villar, Solé, & Osuna, 2003). De esta manera el bienestar psicológico centra su atención en el desarrollo de las capacidades y el crecimiento personal, concebidas ambas como los

principales indicadores del funcionamiento positivo. El bienestar psicológico varía según la edad, el sexo y la cultura; algunas dimensiones del bienestar psicológico, como propósito en la vida y crecimiento personal disminuyen a medida que aumenta la edad, mientras que las dimensiones del dominio del entorno y relaciones positivas aumentan con ésta (Ryff, Corey, & Hughes, 2003). Estos resultados son respaldados por las investigaciones realizadas por Cruz, Maganto, Montoya y González (2002), quienes encontraron que las puntuaciones totales en las escalas de bienestar aplicadas a adolescentes españoles, disminuían en los que tenían menor edad y aumentaba en aquellos de mayor edad, esto les permitió concluir que el bienestar tiene un componente evolutivo.

En este contexto, han sido numerosos los intentos de definir de una manera más sólida los conceptos relacionados con el bienestar psicológico o eudaimónico, y así delimitar el campo de estudio, operacionalizar las variables y hallar sus relaciones con otras áreas de estudio de la Psicología Clínica y de la Psicología positiva.

Relación entre el Bienestar psicológico y el Bienestar Subjetivo.- Se ha tratado de hacer una distinción entre el bienestar psicológico y el bienestar subjetivo, y explorar su posible relación. A continuación se presentan algunas investigaciones con éste propósito. Los datos de los que se dispone hasta el momento parecen indicar que el bienestar psicológico tal y como es medido por Ryff es un concepto relacionado, aunque distinto del bienestar subjetivo.

Desde un enfoque cuantitativo, se ha demostrado que algunas dimensiones del bienestar psicológico (en concreto, la autoaceptación y el dominio del ambiente) parecen estar relacionadas con medidas de felicidad y satisfacción con la vida (es decir, con medidas de bienestar subjetivo), mientras que las dimensiones que quizá representan de manera más genuina el sentido del bienestar psicológico (propósito en la vida y el crecimiento personal) no muestran apenas relación con las medidas de bienestar subjetivo (Ryff & Keyes, 1995). Este planteamiento fue corroborado posteriormente mediante un análisis factorial confirmatorio (Keyes, Ryff, &

Shmotkin, 2002), que demostró que el modelo de relación que más se ajustaba a los datos era el indicado por Ryff y Keyes (1995), que se observa en la siguiente figura:

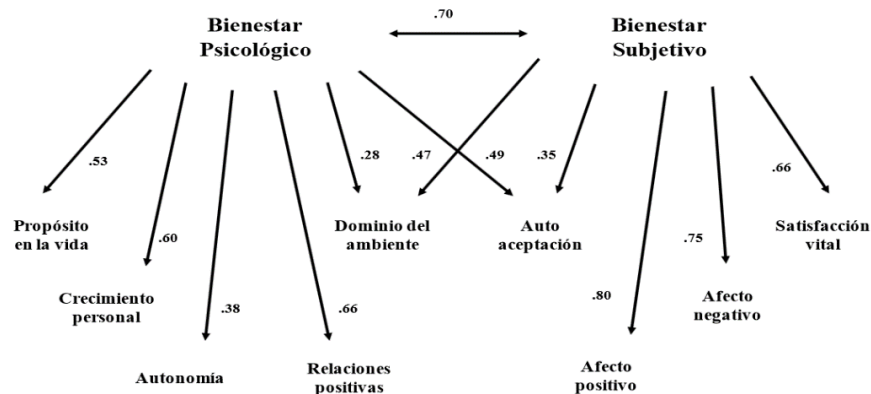


Figura N° 01: Características de contextos escolares positivos
Fuente: (Ryff & Keyes, 1995)

Respecto a las medidas de bienestar psicológico de las dimensiones propuestas por Ryff, algunas dimensiones muestran claros efectos de la edad, mientras otras permanecen estables. En concreto, y dentro de las dimensiones que permanecen relativamente estables, encontramos la “autoaceptación”, precisamente una de las dimensiones más relacionadas con el bienestar subjetivo. Junto con ella, en la dimensión “relaciones positivas con los demás” tampoco se aprecian diferencias entre grupos de edades diferentes. Por lo que respecta a la dimensión “dominio del ambiente” (la otra que parece estar más relacionada con el bienestar subjetivo), tiende a ser menor en la adolescencia, pero permanece estable de la mediana edad a la vejez. Un patrón similar sigue la dimensión “autonomía”, aunque en este caso el crecimiento de la juventud a la mediana edad es menos acusado. Por último, las restantes dos dimensiones (“propósito en la vida” y “crecimiento personal”) muestran un crecimiento a lo largo de la adolescencia y juventud, posteriormente dando paso a un decrecimiento especialmente acusado al comparar personas de mediana edad y personas mayores (Ryff C. , 1989).

Modelo Multidimensional del Bienestar

Carol Ryff, psicóloga y psicogerontóloga, conceptualiza el bienestar psicológico partiendo desde las concepciones filosóficas clásicas del bienestar como virtud, en el sentido de búsqueda constante de la excelencia personal y que coincide con una

concepción normativa que define lo que es bueno, deseable y aceptable, y no la vivencia solamente de sentimientos de alegría.

Desde una perspectiva quizá más amplia se podría definir al bienestar como una caracterización más ajustada del más alto de los bienes humanos, es delimitarlo como el esfuerzo por perfeccionarse y la realización del propio potencial (Ryff C. , 1995). Por poner un ejemplo extremo, una persona que esté experimentando sufrimiento y dolor (es decir, un bajo bienestar subjetivo) podría al mismo tiempo experimentar un gran bienestar psicológico si contempla ese sufrimiento como algo con significado desde su perspectiva que le hace convertirse en mejor persona. En resumen, la perspectiva del bienestar psicológico enfatiza el funcionamiento positivo más que los sentimientos positivos.

A la hora de sistematizar que se entiende por bienestar psicológico, Ryff (1989) desarrolla uno de los primeros trabajos y de mayor relevancia en la comunidad científica al respecto de la estructura del bienestar psicológico, donde se intenta encontrar criterios y cualidades concretas y estables que permitan hablar de bienestar y explorar en qué medida la persona cumple esos criterios o posee esas cualidades, mientras que en el caso del bienestar subjetivo, la única medida es la experiencia subjetiva. Para establecer estos criterios se fundamenta en distintos precedentes, recogiendo corrientes tanto médicas como psicológicas, que abogan por la definición positiva de la salud más allá de la ausencia de enfermedad, que analizan no tanto la patología sino más bien la posibilidad de alcanzar un funcionamiento psicológico pleno (Jahoda, 1958), o que se basan en una concepción evolutiva que enfatiza el cambio y el progreso de la persona a lo largo de la adultez (Erickson E. , 1959). Pero, posiblemente, el cambio central fue integrar todas estas perspectivas en algo coherente en su conjunto, identificando los puntos de convergencia de todas estas formulaciones de pensamiento positivo. Así, y a partir de estos antecedentes, se definen seis dimensiones de las que constata el bienestar psicológico y se construye un instrumento para poder medirlas. Las dimensiones identificadas a partir de las fuentes antes mencionadas son seis: autoaceptación, relaciones positivas con los demás, dominio del ambiente, autonomía, crecimiento personal y propósito en la vida (Ryff C. , 1995).

Autoaceptación.- Es uno de los criterios centrales del bienestar. Significa algo más que conocerse a sí mismo y tener una percepción precisa de las propias acciones, motivaciones y sentimientos; incluye la necesidad de alcanzar una visión positiva de uno mismo. Esta dimensión implica el mantenimiento de una actitud positiva hacia sí mismo, reconociendo y aceptando la multiplicidad de aspectos que lo componen, incluyendo componentes positivos y no tan positivos (Triadó, 2003). De este modo, se parte de que las personas intentan sentirse bien consigo mismas, incluso siendo conscientes de sus propias limitaciones.

Relaciones positivas con los demás.- El afecto a los demás es una de las fuentes principales del bienestar, siendo la capacidad de amar el componente central de la salud mental positiva (Jahoda, 1958). Esta dimensión implica la capacidad de mantener unas relaciones estrechas con otras personas, basadas en la confianza mutua y la empatía, así como ser capaz de preocuparse genuinamente por el bienestar del otro. Es decir, relaciones estables, socialmente significativas, vínculos psicosociales, confianza en las amistades y en la capacidad de amar. Desde este enfoque se considera que el aislamiento social, la soledad y la pérdida del apoyo de otras personas afectan negativamente la salud física y al tiempo de vida (Vielma & Alonso, 2010).

Dominio del ambiente.- Se refiere a la existencia de un sentido de dominio y control en el manejo de los entornos en los que se está implicado. Las personas con un alto dominio del entorno poseen una mayor sensación de control sobre el mundo y se sienten capaces de influir sobre el contexto que les rodea. Es la capacidad de manejar de forma efectiva el medio y la propia vida y la habilidad personal para elegir o crear entornos favorables y satisfacer los propios deseos o necesidades.

Autonomía.- Se relaciona con las cualidades de autodeterminación y la capacidad para resistir la presión social y evaluarse a sí mismo y las situaciones en las que se está en función de criterios personales. Para poder sostener su propia individualidad en diferentes contextos sociales, las personas necesitan asentarse en sus propias convicciones (autodeterminación), y mantener su independencia y autoridad personal (Ryff & Keyes, 1995). Las personas con autonomía son capaces de resistir en mayor

medida la presión social y auto-regulan mejor su comportamiento (Ryff & Singer, 1998).

Propósito en la vida.- Definido como el sentido de que la vida tiene significado, y que este significado es capaz de integrar las experiencias pasadas con el presente y lo que traerá el futuro. Incluye la presencia de objetivos vitales definidos. Para percibir que la vida tiene significado hace falta tener una sensación de dirección e intencionalidad y hacer que la vida resulte productiva, creativa y emocionalmente integrada. Generalmente, las metas y las expectativas sobre la vida se modifican según las prioridades de cada etapa del ciclo vital. El éxito con que se logre esta adaptación se relaciona directamente con los niveles de bienestar psicológico experimentados (Ryff & Singer, 1998).

Crecimiento personal.- Que haría referencia a la visión de uno mismo como abierto a nuevas experiencias que nos enriquezcan y permitan realizar todo nuestro potencial. Así, de todos los aspectos del bienestar, este es el más cercano al significado de la eudaimonía, relacionado explícitamente con la autorrealización del individuo. Una característica central del crecimiento personal desde la comprensión del modelo de Ryff es un carácter dinámico, ya que enfatiza en el desarrollo de las potencialidades como un proceso continuo.

DIMENSIÓN	NIVEL ÓPTIMO	NIVEL DEFICITARIO
Control ambiental	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sensación de control y competencia ▪ Control de actividades ▪ Saca provecho de oportunidades ▪ Capaz de crearse o elegir contextos 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sentimientos de indefensión ▪ Locus externo generalizado ▪ Sensación de descontrol
Crecimiento personal	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sensación de desarrollo continuo ▪ Se ve a sí mismo en progreso ▪ Abierto a nuevas experiencias ▪ Capaz de apreciar mejoras personales 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sensación de no aprendizaje ▪ Sensación de no mejora ▪ No transferir logros pasados al presente
Propósito en la vida	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Objetivos en la vida ▪ Sensación de llevar un rumbo ▪ Sensación de que el pasado y el presente tienen sentido 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sensación de estar sin rumbo ▪ Dificultades psicosociales ▪ Funcionamiento premórbido bajo
Autonomía	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Capaz de resistir presiones sociales ▪ Es independiente y tiene determinación ▪ Regula su conducta desde dentro ▪ Se autoevalúa con sus propios criterios 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bajo nivel de asertividad ▪ No mostrar preferencias ▪ Actitud sumisa y complaciente ▪ Indecisión
Autoaceptación	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Actitud positiva hacia uno mismo ▪ Acepta aspectos positivos y negativos ▪ Valora positivamente su pasado 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Perfeccionismo ▪ Más uso de criterios externos
Relaciones positivas con otros	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Relaciones estrechas y cálidas con otros ▪ Le preocupa el bienestar de los demás ▪ Capaz de fuerte empatía, afecto e intimidad 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Déficit en afecto, intimidad, empatía

Tabla N° 02: Dimensiones del Modelo de Ryff
Fuente: (Ryff & Keyes, 1995)

Protocolo de la Terapia del Bienestar

La Terapia del Bienestar es una estrategia psicoterapéutica de corta duración que se extiende a lo largo de ocho sesiones. La duración de cada sesión puede oscilar entre los 30 y 50 minutos, se trata de una técnica que enfatiza la auto-observación, mediante el uso de un diario estructurado y la interacción paciente-terapeuta. Se basa en el Modelo cognitivo de Ryff sobre el bienestar psicológico (Ryff C. , 1989). Se eligió dicho modelo en base a su fácil aplicabilidad con población clínica (Fava, y otros, 2005). Es, por otra parte, una terapia estructurada, directiva, orientada hacia el problema y basada en un modelo educativo.

El objetivo del terapeuta es llevar al paciente de un nivel de deterioro a un nivel óptimo en las seis dimensiones del bienestar psicológico. No se recomienda que los pacientes simplemente persigan los más altos niveles de bienestar psicológico en todas las dimensiones, sino que obtengan un funcionamiento equilibrado. Este nivel óptimo equilibrado de bienestar podría variar de un paciente a otro, dependiendo de factores tales como los rasgos de personalidad, roles sociales y los contextos culturales y sociales (Ryff, Corey, & Hughes, 2003). Por ejemplo, un paciente con un diagnóstico de fobia social y con bajos niveles de extraversión, podría mejorar sus relaciones interpersonales, su capacidad para expresar su opinión e incrementar su autonomía, pero es clínicamente poco realista esperar que este paciente se transforme en una persona extrovertida, amable y totalmente independiente. Si esto ocurriera, probablemente el paciente tendría que pagar un alto costo en términos de estrés y carga alostática mantener estos altos estándares interpersonales (Fava & Ruini, 2013). A continuación se expone el desarrollo del protocolo de la Terapia del Bienestar:

Sesión 1.- El terapeuta tiene como responsabilidad inicial:

- Establecer un ambiente de empatía/rapport y dar a conocer la extensión, frecuencia y duración de la terapia.
- Explicar brevemente el enfoque terapéutico a aplicar.
- Exponer la estructura y registro de datos en el Diario de Episodios de Bienestar, respondiendo a las dudas del paciente.

- El paciente deberá identificar y puntuar los episodios de bienestar diariamente en una escala de 0 a 100, en la que 0 indica ausencia de bienestar y 100 el grado de bienestar más intenso que podrían experimentar.
- Rebatir ideas sobre la frecuencia de aparición de episodios de bienestar, en el caso que el paciente tenga la creencia de que nada positivo sucede en su vida, esto para que el paciente proceda, en cualquier modo, con la auto-observación y registro.
- Proporcionar un ejemplar del Diario de Episodios de Bienestar, como tarea para la casa.

Sesión 2.- Los objetivos propuestos para esta sesión son:

- Revisión del correcto manejo del Diario de Episodios del Bienestar.
- Identificar y desarrollar junto con el paciente los episodios de bienestar ubicándolos en un contexto situacional, sin importar que dichos episodios tuvieran una duración breve, y asociarlas con una emoción experimentada.
- Nuevamente rebatir ideas sobre la frecuencia de aparición de episodios de bienestar, en el caso que el paciente mantenga la creencia de que nada positivo sucede en su vida, esto para que el paciente proceda, en cualquier modo, con la auto-observación y registro.
- Identificar el grado de resistencia y adherencia al tratamiento terapéutico, para que en el caso de hallar dificultades se comprometa al paciente para las próximas sesiones.

Se ha descubierto que las personas con una baja capacidad hedónica deberían prestar mayor atención al “mantenimiento hedónico” de sus actividades. Esto es, a la persona aquejada de un defecto hedónico innato, lo que le importa, es ser eficiente seleccionando amigos, trabajo, ciudades, tareas, hobbies y actividades, en general.

Sesión 3.- Las tareas del terapeuta para esta sesión son:

- Revisión del correcto manejo del Diario de Episodios del Bienestar en el caso de aún existir dificultades.

- Identificar y rebatir interpretaciones, creencias irracionales, pensamientos disruptivos que dan lugar a la interrupción prematura de dichos episodios.
- Establecer la relación existente entre las interpretaciones, creencias irracionales, pensamientos disruptivos del paciente y las áreas del bienestar propuestas por Ryff
- Identificar actividades que generan bienestar en el paciente en su vida diaria.
- Enviar al paciente, como tarea para la casa el registro de las interpretaciones, creencias irracionales, pensamientos disruptivos y emociones asociadas que interrumpen los episodios de bienestar.

Sesión 4.- Los objetivos propuestos por él terapeuta para esta sesión serán:

- Revisión del correcto manejo del Diario de Episodios del Bienestar en el caso de aún existir dificultades, con énfasis especial en las interpretaciones, creencias irracionales y pensamientos disruptivos.
- Identificar y rebatir interpretaciones, creencias irracionales y pensamientos disruptivos que dan lugar a la interrupción prematura de dichos episodios. El terapeuta puede cuestionar estos pensamientos mediante preguntas apropiadas, tales como “¿Qué evidencia tiene a favor o en contra de dicha idea?” o “¿Está pensando en términos de todo o nada?”
- Establecer la relación existente entre las interpretaciones, creencias irracionales, pensamientos disruptivos del paciente y las áreas del bienestar propuestas por Ryff.
- Preparar al paciente para la aplicación de estrategias dirigidas específicamente a incrementar el bienestar.

Son obvias las similitudes con la búsqueda de pensamientos irracionales y de pensamientos que evocan tensión en la terapia racional-emotiva de Ellis (1982) y de pensamientos negativos en la terapia cognitiva. El indicador para llevar a cabo la auto-observación es diferente, basándose en este caso en el bienestar en lugar de en el malestar. No obstante, el núcleo de esta fase es la auto-observación de momentos y sentimientos de bienestar; el terapeuta se abstiene de sugerir alternativas conceptuales

y técnicas, a menos que se haya conseguido un grado satisfactorio de auto-observación (Incluyendo interpretaciones, creencias irracionales y pensamientos disruptivos), dependiendo de la motivación y habilidad del paciente.

Sesión 5.- Las responsabilidades del terapeuta en esta sesión son:

- Revisión del Diario de Episodios de Bienestar
- Ubicar las áreas del bienestar del modelo de Ryff que se encuentran afectadas o saturadas de interpretaciones, creencias irracionales, pensamientos disruptivos.
- Identificar y rebatir interpretaciones, creencias irracionales, pensamientos disruptivos que dan lugar a la interrupción prematura de dichos episodios.
- Trabajar las áreas del bienestar del modelo de Ryff, según lo registrado en el Diario de Episodios de Bienestar, de acuerdo a la necesidad del paciente, rebatiendo las interpretaciones, creencias irracionales, pensamientos disruptivos que lo mantienen en un nivel deficitario, y así llevarlo a niveles óptimos y funcionales.

Sesión 6.- Al igual que en la sesión anterior, las tareas del terapeuta son:

- Revisión del Diario de Episodios de Bienestar
- Ubicar las áreas del bienestar del modelo de Ryff que se encuentran afectadas o saturadas de interpretaciones, creencias irracionales, pensamientos disruptivos.
- Identificar y rebatir interpretaciones, creencias irracionales, pensamientos disruptivos que dan lugar a la interrupción prematura de dichos episodios.
- Trabajar las áreas del bienestar del modelo de Ryff, según lo registrado en el Diario de Episodios de Bienestar, de acuerdo a la necesidad del paciente, rebatiendo las interpretaciones, creencias irracionales, pensamientos disruptivos que lo mantienen en un nivel deficitario, y así llevarlo a niveles óptimos y funcionales.
- Enviar tareas específicas que potencien las áreas del bienestar en nivel deficitario.

Sesión 7.- Los objetivos propuestos para esta sesión son:

- Revisión del Diario de Episodios de Bienestar.
- Lograr que el paciente identifique claramente y rebata las interpretaciones, creencias irracionales, pensamientos disruptivos que dan lugar a la interrupción prematura de dichos episodios.
- Evaluar los avances del paciente a lo largo de las sesiones, tanto en las áreas del bienestar como en el disfrute de los episodios de bienestar, con el fin de prolongar o finalizar las sesiones terapéuticas.
- Explicar las áreas del bienestar no abordadas en terapia, con el fin de que maneje la totalidad del modelo multidimensional.
- Otorgar al paciente el control sobre las tareas que sirven como nexo entre los niveles deficitarios y los niveles óptimos del bienestar, animándole a que se abra a nuevas posibilidades y experiencias que le proporcionen bienestar.

Sesión 8.- Las responsabilidades del terapeuta en esta sesión son:

- Recapitular sobre todos los contenidos de la terapia.
- Indagar sobre dudas e interpretaciones incorrectas que tenga el paciente sobre los contenidos de la terapia.
- Retroalimentar positivamente sobre el progreso del paciente.
- Cierre de la terapia.

En relación a la metodología de la terapia, por ejemplo el terapeuta podría explicar que la autonomía consiste en poseer un locus de autocontrol interno, independencia y autodeterminación; o que el criterio personal consiste en estar abierto a nuevas experiencias y en considerar el “sí mismo”, expandiéndose a través del tiempo, en caso de que las actitudes del paciente muestre disfunciones en estas áreas específicas. Se discuten entonces los errores del pensamiento y las interpretaciones alternativas.

Quizás lo más novedoso de este planteamiento y, además de ser el objetivo del presente trabajo investigativo, es enfocar una intervención dentro de un contexto terapéutico desde un punto de vista exclusivamente centrado en el bienestar, se podrían sugerir

algunos mecanismos por los cuales la terapia del bienestar podría estar potenciando la mejora del paciente. Por ejemplo, el hecho de centrar la atención del paciente en sus emociones positivas puede aumentar la tasa de ocurrencia de las mismas por un efecto de auto-observación de conductas. Por otra parte, el planteamiento de buscar los elementos que interrumpen el bienestar puede estimular y asentar el uso de mecanismos de regulación afectiva destinados a mantener un estado de ánimo positivo (Wood, Heimpel, & Michela, 2003). Además de forma implícita, el marco terapéutico puede sugerir que el estado natural del ser humano, es un estado de ánimo positivo, lo cual probablemente genere ciertas expectativas que favorezcan la aparición más frecuente de este tipo de estados de ánimo (Vasquez, Hervás, & Samuel, 2006).

Bienestar Psicológico en la Adolescencia

Teniendo en cuenta los aspectos del bienestar señalados por Ryff (1989) se puede plantear qué es lo que ocurre en la adolescencia; el adolescente atraviesa numerosas situaciones de cambio con relación a sí mismo y al entorno, lo que incide en su auto apreciación y en el empleo de recursos para enfrentar las nuevas circunstancias desde lo intrapsíquico y lo interpersonal. Desde un enfoque salugénico interesa no sólo la identificación de los denominados factores de riesgo, sino también de aquellos factores protectores de la salud (Casullo & Castro, 2000). De allí el interés por identificar qué variables se encuentran asociadas con un elevado nivel de bienestar psicológico.

Dado que los objetivos o metas de las personas difieren con la edad, podemos señalar por ejemplo, que las metas de una adolescente pudieran girar en torno a su apariencia física y las de una mujer casada y con hijos, en torno a su familia. Así, y en la medida en que ambas mujeres cumplan con sus objetivos, el autoconcepto en una y los vínculos familiares en otra, reportaran mayor o menor bienestar psicológico.

Además de ciertas dimensiones de personalidad como son la extroversión, el neurocitismo y el optimismo vital (Gonzalez, Casullo, Montoya, & Bernabéu, 2002), se ha observado que la autoestima es uno de los predictores de mayor fuerza y consistencia del bienestar psicológico (Diener, Suh, & Lucas, 1999), tanto en la

infancia y la adolescencia (Huebner & Alderman, 1993), como en la edad adulta (Emmons, 2003).

La percepción de control también ha resultado ser un correlato consistente con el bienestar en la infancia (Dew & Scott, 2002), la adolescencia y la juventud (Campbell, 1981). En este mismo sentido, se ha determinado que los adolescentes que mostraban un alto grado de satisfacción por la vida también mostraban un alto grado de autoestima global y creían que mucho de lo que les sucede está bajo su propio control. Además las facetas específicas de la autoestima se relacionaban diferencialmente con la satisfacción por la vida en los adolescentes. Resultados señalan que las relaciones con los padres resultan ser el correlato más fuerte, el ámbito escolar y físico manifestaron las relaciones más débiles y las relaciones entre iguales se sitúan en un punto medio. De este modo, las percepciones de los adolescentes sobre las relaciones familiares son de mayor importancia para el bienestar que las experiencias escolares o entre iguales o las condiciones demográficas (por ejemplo, el estatus socioeconómico) (Dew & Scott, 2002).

Estos descubrimientos dan más apoyo a los teóricos y los investigadores que afirman que, a pesar de la cada vez mayor importancia de los iguales en la adolescencia, los padres siguen representando la mayor influencia en las vidas de sus hijos adolescentes (Gonzalez, Casullo, Montoya, & Bernabéu, 2002). Se han observado también correlaciones positivas entre el contacto social y el bienestar en el sentido de que mayor número de amistades, una mayor calidad de las relaciones y una mayor frecuencia de las interacciones sociales, tienden a ir asociadas a puntuaciones más elevadas en las medidas del bienestar subjetivo. Esta relación ha sido observada en niños y niñas (Huebner & Alderman, 1993), adolescentes y adultos (Emmons, 2003).

Bienestar Psicológico y Autoestima

El estudio de la autoestima suscita gran interés en el ámbito científico, debido a su relación con importantes indicadores del ajuste y el bienestar psicológico. En este sentido, está ampliamente constatada su relación con variables tales como la integración social en el grupo de iguales, el rendimiento académico, el nivel de

aspiraciones y la satisfacción laboral, la utilización de estrategias eficaces de afrontamiento o el ánimo depresivo, por poner sólo algunos ejemplos (Judge, Locke, Durham, & Kluger, 1998).

En las diversas investigaciones, se ha comprobado cómo aquellos sujetos con una autoestima más favorable muestran un mejor ajuste psicosocial y por ende un mayor grado de bienestar. Se plantea la existencia de recursos y estresores en los ámbitos físico, psicológico y social. Los recursos inciden de forma positiva en el bienestar psicosocial y los estresores de forma negativa, de tal forma que el sujeto mantendrá un adecuado nivel de bienestar si los recursos superan a los estresores. Desde este modelo, se explicitan también los principales recursos físicos (estilos de vida saludables), psicológicos (autoestima) y sociales (apoyo social) de los que se puede disponer, y se aboga por la potenciación de estos recursos como un medio adecuado para mejorar el bienestar de las personas (Lin & Ensel, 1989).

La autoestima alude a la valoración que la persona hace de sí misma, es decir, incluye los aspectos evaluativos y afectivos. En este sentido, una persona puede tener una imagen favorable de sí misma, o bien puede que esta imagen sea altamente desfavorable. Por otra parte, puesto que la persona se desenvuelve en diversos contextos, desarrolla una imagen de sí misma específica en cada uno de ellos, es decir, mantiene concepciones específicas de sí misma en los ámbitos familiar, laboral, corporal, intelectual y social. Sin embargo, a pesar del actual consenso respecto de las múltiples dimensiones que integran la autoestima, con frecuencia las investigaciones que han relacionado esta variable con el bienestar han efectuado una medición global de la misma, especialmente en el caso de las investigaciones que consideran como indicadores del bienestar al ánimo depresivo o la ansiedad (Herrero, 1994). Así, se han constatado correlaciones entre autoestima global y medidas de bienestar como la depresión (Beck, 1987) o la ansiedad expresada tanto en síntomas somáticos como psicológicos (Rosenberg, 1989).

En algunos casos, no obstante, encontramos estudios que incluyen no sólo medidas globales de la autoestima sino también específicas (Rosenberg, 1989). Se considera

que la autoestima vinculada a dimensiones específicas es más relevante para explicar la conducta y la autoestima global lo es para el bienestar psicológico, no niegan que las dimensiones específicas de la autoestima también pueden ejercer una importante influencia en el bienestar, su mayor o menor influencia vendrá determinada, en gran medida, por el grado de centralidad que una dimensión determinada tenga para la persona. Las dimensiones específicas de la autoestima pueden influir en el bienestar psicosocial, siempre y cuando se trate de dimensiones centrales para el individuo (Rosenberg, Schooler, & Schoenbach, 1995). En este sentido, aunque es posible la existencia de importantes diferencias individuales en el grado de centralidad que ocupa una dimensión concreta de la autoestima, también se ha planteado la mayor significación de algunas de estas dimensiones como consecuencia del rol social predominante desempeñado por la persona.

Por tanto, parece que aquellas dimensiones de la autoestima más importantes para la persona influyen de forma directa en su bienestar, las dimensiones menos centrales de la autoestima también ejercen algún tipo de influencia. El análisis de esta cuestión nos lleva a considerar los diversos tipos de influencia que la autoestima puede desempeñar. En este sentido, se ha planteado que su efecto puede ser tanto directo como indirecto. Al considerar un efecto directo se asume que si una persona mantiene una percepción desfavorable de sí misma, esta percepción negativa influye de forma automática en su bienestar. Este efecto directo, tal y como ya hemos comentado, es el que se produciría en el caso de las dimensiones de la autoestima que son especialmente relevantes para una persona. Sin embargo, la autoestima también puede ejercer un efecto indirecto en el bienestar. Esta influencia indirecta de la autoestima puede, además, entenderse de dos formas. En primer lugar, podemos considerar, de acuerdo con algunas dimensiones son menos centrales para el sujeto y que su influencia en el bienestar es mediada por la autoestima global (Rosenberg, Schooler, & Schoenbach, 1995). Hablaríamos, en este caso, de influencia indirecta para referirnos a una influencia menos relevante.

En segundo lugar, no obstante, podemos aludir a las relaciones indirectas entre autoestima y bienestar en un sentido más amplio. Se trataría, en este caso, de analizar la incidencia de la autoestima en diversas variables mediadoras que sí tienen un efecto

directo en el bienestar. Así, por ejemplo, una autoestima favorable puede propiciar que la persona disponga de más apoyo social. Una elevada autoestima anima al sujeto a participar en un mundo de relaciones recíprocas, en el que recibe y ofrece ayuda (Gracia, Herrero, & Musitu, 1995). A su vez, disponer de una red de apoyo social puede ser de gran utilidad para ayudar a la persona a afrontar situaciones vitales estresantes, como la pérdida de un ser querido, el diagnóstico de una grave enfermedad o serias dificultades laborales (Cohen & Syme, 1985).

2.3.2.- AUTOESTIMA

La autoestima es una apreciación cualitativa global que el individuo hace sobre sí mismo, partiendo de la evaluación individual de su desenvolvimiento en el contexto social, familiar, escolar y general. Durante la adolescencia se hace absolutamente necesario la consolidación de niveles altos de ésta, para así afianzar fortalezas y capacidades que ayudaran al individuo a afrontar su vida de una manera saludable y cargada de bienestar psicológico.

Además se puede afirmar que la autoestima es una apreciación positiva o negativa hacia el sí mismo, que se apoya en una base afectiva y cognitiva, puesto que el individuo siente de una forma determinada a partir de lo que piensa sobre sí mismo (Coopersmith, 1995). Es la energía que coordina, organiza e integra todos los aprendizajes realizados por el individuo a través de contactos sucesivos, conformando una totalidad que se denomina “sí mismo”. El “sí mismo” es el primer subsistema flexible y variante con la necesidad del momento y las realidades contextuales (Barroso, 2000). De esta manera se puede decir que la autoestima es la evaluación que el individuo hace y habitualmente mantiene con respecto a si mismo. Esta autoestima se expresa a través de una actitud de aprobación o desaprobación que refleja el grado en el cual el individuo cree en sí mismo para ser capaz, productivo, importante y digno. Por tanto, la autoestima implica un juicio personal de la dignidad que es expresado en las actitudes que el individuo tiene hacia sí mismo, y resulta de una experiencia subjetiva que el individuo transmite a otros a través de reportes verbales y otras conductas expresadas en forma evidente que reflejan la extensión en la cual el

individuo se cree valioso, significativo, exitoso y valioso, por lo cual implica un juicio personal de su valía (Coopersmith, 1995).

El avance en el nivel de conciencia no sólo permite nuevas miradas del mundo y de sí mismos, sino que impulsa a realizar acciones creativas y transformadoras, impulso que para ser eficaz exige saber cómo enfrentar las amenazas que acechan así como materializar las aspiraciones que nos motivan (Wilber, 1995).

Importancia de la Autoestima

Al analizar la autoestima y su importancia para el individuo, el autoconcepto y la autoestima juegan un importante papel en la vida de las personas (McKay & Fanning, 1999). Tener una autoestima positiva es de la mayor importancia para la vida personal, profesional y social. La autoestima favorece el sentido de la propia identidad, constituye un marco de referencia desde el que interpreta la realidad externa y las propias experiencias, influye en el rendimiento, condiciona las expectativas y la motivación y contribuye a la salud y equilibrio psíquicos; por lo tanto, es la clave del éxito o del fracaso para comprendernos y comprender a los demás y es requisito fundamental para una vida plena. Hay algo que va más allá del aprecio de lo positivo y de la aceptación de lo negativo, sin lo cual la autoestima se desmoronaría. Se trata de la aceptación del siguiente principio, reconocido por todos los psicoterapeutas humanistas, donde se indica que todo ser humano, sin excepción, por el mero hecho de serlo, es digno del respeto incondicional de los demás y de sí mismo, y merece que lo estimen y que él mismo se estime (Steiner, 2005).

Componentes de la Autoestima

Según Cortés de Aragón (1999), la autoestima tiene una serie de componentes que son:

I. Componente Cognoscitivo.- Denominado autoconocimiento, autoconcepto, autocomprensión, autoimagen y autopercepción. Todos estos conceptos están referidos a la representación mental que cada uno elabora de sí mismo; a los conocimientos, percepciones, creencias y opiniones de los diversos aspectos que conforman la personalidad. De suerte que el conocimiento personal es absolutamente

necesario para poder autorregularse y autodirigirse. De igual manera la autoestima se ve afectada por la eficacia de cada uno para superar los problemas por iniciativa propia y para la autorrealización personal.

2. *Componente emocional-evaluativo.*- No se puede separar los sentimientos y emociones de los deseos y las necesidades del ser humano. Todos los sentimientos referidos a sí mismo determinan la autoestima que es la base de la autorrealización que cada uno desea conseguir. Este componente como conjunto de sentimientos se denomina autoaceptación, autoevaluación, autovaloración y autoaprecio. En la medida que estos sentimientos sean asertivos, en esa medida puede una persona gestionar su propio crecimiento personal. Sobre todo el individuo debe ser auténtico, de manera que reconociendo sus potencialidades y limitaciones, pueda a su vez fortalecerse como persona, y buscar ayuda cuando crea que la situación lo amerite.

3. *Componente conductual.*- Partiendo de la premisa que la autoestima es conocerse, evaluarse y aceptarse, no es menos cierto que implica la acción hacia el exterior o actividad con el entorno, en otras palabras interacción y adaptación al medio. La persona con una rica autoestima se manifiesta por medio de una actividad permanente, que puede definirse en términos como: conducta coherente, conducta congruente, conducta responsable, conducta autodirigida, autonomía, autodirección y muchas otras.

De esta manera se presenta como una estructura que se subdivide de ésta forma para facilitar su estudio, pero tales componentes están tan estrechamente relacionados que es imposible concebir uno sin el otro, solamente con el objeto de analizarlos es posible aceptar esta categorización.

Formación de la Autoestima

El concepto del “Yo” y de la autoestima, se desarrollan gradualmente durante toda la vida empezando en la infancia y pasando por diversas etapas de progresiva complejidad (Wilber, 1995). Cada etapa aporta impresiones, sentimientos e incluso, complicados razonamientos sobre el “Yo”, muchas veces siendo el resultado de esto un sentimiento generalizado de valía o de incapacidad.

El proceso de formación de la autoestima se inicia a los seis meses del nacimiento, cuando el individuo comienza a distinguir su cuerpo como un todo absoluto diferente del ambiente que lo rodea, es en este momento donde se comienza a elaborar el concepto de objeto, iniciando el proceso de formación del concepto de sí mismo, a través de las experiencias y exploraciones de su cuerpo, del ambiente que le rodea y de las personas que están cerca de él (Coopersmith, 1995). Las experiencias continúan y en este proceso de aprendizaje el individuo consolida su propio concepto, distingue su nombre de los restantes y reacciona ante él.

Entre los tres y cinco años, el individuo se torna egocéntrico, puesto que piensa que el mundo gira en torno a él y sus necesidades, lo que implica el desarrollo del concepto de posesión, relacionado con la autoestima. Durante este período las experiencias provistas por los padres y la forma de ejercer su autoridad, así como la manera como establecen las relaciones de independencia son esenciales para que el individuo adquiera las habilidades de interrelacionarse contribuyendo en la formación de la autoestima (Coopersmith, 1995), por lo cual los padres deberán ofrecer al individuo vivencias gratificantes que contribuyan con su ajuste personal y social para lograr beneficios a nivel de la autoestima.

En la edad de seis años, se inician las experiencias escolares y la interacción con otros individuos o grupos de pares, desarrolla la necesidad de compartir para adaptarse al medio ambiente, el cual es de suma importancia para el desarrollo de la apreciación de sí mismo a partir de los criterios que elaboran los individuos que le rodean. A los ocho y nueve años el individuo establece su propio nivel de autoapreciación y lo conserva relativamente estable en el tiempo. La primera infancia inicia y consolida las habilidades de socialización ampliamente ligadas al desarrollo de la autoestima; puesto que muestra las oportunidades de comunicarse con otras personas de manera directa y continua (Coopersmith, 1995). Por tanto, sí el ambiente que rodea al individuo es un mundo de paz y aceptación, seguramente el individuo conseguirá seguridad, integración y armonía interior, lo cual constituirá la base del desarrollo de la autoestima; la historia del sujeto en relación con el trato respetuoso que ha recibido, el status, las relaciones interpersonales, la comunicación y el afecto que recibe son

elementos que connotan el proceso de formación de la autoestima y hacen que el individuo dirija sus percepciones de manera ajustada o desajustada caracterizando el comportamiento de esta variable.

En la composición de la valía personal o autoestima hay un aspecto fundamental que predice una relación con los afectos o emociones. Resulta que el menor se siente más o menos confortable con la imagen de sí mismo; puede agradaarle, sentir miedo, experimentar rabia o entristecerlo, pero en definitiva y, sea cual sea, presentará automáticamente una respuesta emocional congruente con esa percepción de sí mismo (Steiner, 2005). El niño está consciente de poseer –quíralo o no–, un determinado carácter o personalidad, y eso no pasa inadvertido, le provoca una sensación de mayor o menor confort. Inclusive es más factible que él identifique muy claramente el desagrado que le provoca el saberse “tímido”, sin tener clara idea de qué significa exactamente eso. Sólo sabe que no le gusta o que es malo (McKay & Fanning, 1999). Sólo en la adolescencia, a partir de los 11 años aproximadamente, con la instauración del pensamiento formal, el joven podrá conceptualizar su sensación de placer o displacer, adoptando una actitud de distancia respecto de lo que experimenta, testeando la fidelidad de los rasgos que él mismo, sus padres o su familia le han conferido de su imagen personal.

La identidad es un tema central de esta etapa, el adolescente explorará quién es y querrá responderse en forma consciente a preguntas sobre su futuro y su lugar en el mundo. La crisis emergente tendrá un efecto devastador si el joven ha llegado hasta aquí con una deficiente o baja valoración personal. La obtención de una valoración positiva de sí mismo, que opera en forma automática e inconsciente, permite en el adolescente un desarrollo psicológico sano, en armonía con su medio circundante y en especial, en su relación con los demás. En la situación contraria, no hallará un terreno propicio –el concerniente a su afectividad– para aprender, enriquecer sus relaciones y asumir mayores responsabilidades (Steiner, 2005). Por tanto, las personas más cercanas afectivamente al individuo (padres, familiares, profesores o amigos), son las que más influyen y potencian/dificultan la autoestima. Dependerá de los sentimientos y expectativas de la persona a la que se siente ligado afectivamente el individuo

(Coopersmith, 1995). Por tanto, a causa de estos factores, se conforman las bases de la autoestima, razón por la cual el Psicólogo debe ser capaz de reconocer las áreas de funcionamiento social, cognitivo y emocional del individuo.

Bases de la Autoestima

Las bases de la autoestima son los elementos fundamentales sobre las cuales surge y se apoya su desarrollo. Según Walsh y Vaughan (1999) la autoestima puede desarrollarse convenientemente cuando los adolescentes experimentan positivamente cuatro aspectos o condiciones bien definidas:

Vinculación.- Resultado de la satisfacción que obtiene el adolescente al establecer vínculos que son importantes para él y que los demás también reconocen como importantes.

Singularidad.- Resultado del conocimiento y respeto que el adolescente siente por aquellas cualidades o atributos que le hacen especial o diferente, apoyado por el respeto y la aprobación que recibe de los demás por esas cualidades.

Poder.- Consecuencia de la disponibilidad de medios, de oportunidades y de capacidad en el adolescente para modificar las circunstancias de su vida de manera significativa.

Modelos o pautas.- Puntos de referencia que dotan al adolescente de los ejemplos adecuados, humanos, filosóficos y prácticos, que le sirven para establecer su escala de valores, sus objetivos, ideales y modales propios.

Características de la Autoestima

Existen diversas características de la autoestima, una de ellas es que es relativamente estable en el tiempo, a pesar de ello puede variar, pero esta variación no es fácil dado que la misma es el resultado de la experiencia por lo cual sólo otras experiencias pueden lograr cambiar la autoestima (Coopersmith, 1995).

La autoestima puede variar de acuerdo al sexo, la edad y otras condiciones, de esta manera un individuo puede manifestar una autoestima en relación con sus factores específicos; de lo anteriormente mencionado se desprende la segunda característica de

la autoestima, que es su individualidad. Dado que la autoestima está vinculada a factores subjetivos, ésta es la resultante de las experiencias individuales de cada individuo, el cual es diferente a otros en toda su magnitud y expresión. La autoevaluación implícita en el reporte de la autoestima exige que el sujeto examine su rendimiento, sus capacidades y atributos, de acuerdo con estándares y valores personales llegando a la decisión de su propia valía.

Otra característica de la autoestima es que no es requisito indispensable que el individuo tenga consciencia de sus actitudes hacia sí mismo, pues igualmente las expresará a través de su voz, postura o gestos, y en definitiva, al sugerirle que aporte información sobre sí mismo, tenderá a evaluarse considerando las apreciaciones que tiene elaboradas sobre su persona.

Otra característica es el grado en el cual el individuo cultiva la vida interior, se supera más allá de las limitaciones, valora al individuo y a los que le rodean, posee sentido del humor, está consciente de sus destrezas y limitaciones, posee consciencia ecológica, utiliza su propia información, posee sentido ético, establece límites y reglas, asume sus errores y maneja efectivamente sus sentimientos (Barroso, 2000).

Dimensiones de la Autoestima

Los individuos presentan diversas formas y niveles perceptivos, así como diferencias en cuanto al patrón de acercamiento y de respuesta a los estímulos ambientales. Por ello, la autoestima presenta áreas dimensionales que caracterizan su amplitud y radio de acción, considerando su capacidad, productividad, importancia y dignidad, e implicando un juicio personal expresado en actitudes hacia sí mismo. (Cooperrsmith, 1995). Entre ellas incluye las siguientes:

Autoestima General.- Consiste en la evaluación que el individuo hace y habitualmente mantiene con respecto a sí mismo en relación con su imagen corporal y cualidades personales, abarcando su apariencia y sus capacidades en relación al cuerpo

Autoestima en el área académica.- Consiste en la evaluación que el individuo hace y habitualmente mantiene con respecto a sí mismo en relación con su desempeño en el

ámbito escolar, abarca la evaluación que hace de sí mismo como estudiante y si conoce sus estándares para el logro académico.

Autoestima en el área familiar.- Consiste en la evaluación que el individuo hace y habitualmente mantiene con respecto a sí mismo en relación con sus interacciones en los miembros del grupo familiar, sobre qué tan valioso se siente y la seguridad que profesa en cuanto al amor y respeto que tienen hacia él.

Autoestima en el área social.- Consiste en la evaluación que el individuo hace y habitualmente mantiene con respecto a sí mismo en relación con sus interacciones sociales, abarcando las necesidades sociales y su grado de satisfacción.

Autoestima global.- Refleja una aproximación de sí mismo, y está basada en una evaluación de todas las partes de sí mismo que configuran su opinión personal.

Niveles de la Autoestima

En relación a los grados o niveles de la autoestima puede presentarse en tres niveles: alta, media o baja, que se evidencia porque las personas experimentan las mismas situaciones en forma notablemente diferente, dado que cuentan con expectativas diferentes sobre el futuro, reacciones afectivas y autoconcepto (Cooperrsmith, 1995).

Estos niveles se diferencian entre sí dado que caracteriza el comportamiento de los individuos, por ello, las personas con autoestima alta son activas, expresivas, con éxitos sociales y académicos, son líderes, no rehúyen al desacuerdo y se interesan por asuntos públicos. También es característico de los individuos con alta autoestima, la baja destructividad al inicio de la niñez, no les perturban los sentimientos de ansiedad, confían en sus propias percepciones, esperan que sus esfuerzos deriven el éxito, se acercan a otras personas con la expectativa de ser bien recibidas, consideran que el trabajo que realizan generalmente es de alta calidad, esperan realizar grandes trabajos en el futuro y son populares entre los individuos de su misma edad. Los individuos con alta autoestima, reflejan un autoconcepto positivo sobre su imagen corporal, así como en relación a sus habilidades académicas, familiares y sociales.

En referencia a los individuos con un nivel de autoestima medio, se observa que son personas caracterizadas por presentar similitud con las que presentan alta autoestima, pero la evidencian en menor magnitud, y en otros casos, muestran conductas inadecuadas que reflejan dificultades en el autoconcepto. Sus conductas pueden ser positivas, tales como mostrarse optimistas y capaces de aceptar críticas, sin embargo, presentan tendencia a sentirse inseguros en las estimaciones de su valía personal y pueden depender de la aceptación social. Por ello, se indica que los individuos con un nivel medio de autoestima presentan autoafirmaciones positivas más moderadas en su aprecio de la competencia, significación y expectativas, y es usual que sus declaraciones, conclusiones y opiniones en muchos aspectos, estén próximos a los de las personas con alta autoestima, aun cuando no bajo todo contexto y situación como sucede con éstos.

Finalmente las personas con un nivel de autoestima bajo como aquellos individuos que muestran desánimo, depresión, aislamiento, se sienten poco atractivos, así como incapaces de expresarse y defenderse pues sienten temor de provocar el enfado de los demás, estos individuos se consideran débiles para vencer sus deficiencias, permanecen aislados ante un grupo social determinado, son sensibles a la crítica, se encuentran preocupados por problemas internos, presentan dificultades para establecer relaciones amistosas, no están seguros de sus ideas, dudan de sus habilidades y consideran que los trabajos e ideas de los demás son mejores que las suyas (Cooperrsmith, 1995).

Estos niveles de autoestima pueden ser susceptibles de variación, si se abordan los rasgos afectivos, las conductas anticipatorias y las características motivaciones de los individuos (Craighead, McHale, & Poper, 2001).

Por tanto, un individuo que tiene una autoestima alta o positiva se evalúa a sí mismo de manera positiva y se siente bien acerca de sus puntos fuertes, demuestra autoconfianza y trabaja sobre su área débiles y es capaz de personarse a sí mismo cuando falla en algo acerca de sus objetivos; En el caso contrario, los individuos de autoestima baja, pueden exhibir una actitud positiva artificial hacia sí mismos y hacia

el mundo. Un individuo con baja autoestima es esencialmente una persona que consigue muy pocas cosas o razones para sentirse orgullosa de sí misma, entre las características de estos individuos se encuentran que se muestran retraídos, confusos, sumisos, con dificultades para identificar soluciones a las experiencias que se les presentan, lo cual los traduce en erráticos en algunas de sus conductas, todo lo cual refuerza sus problemas de autoconcepto y autocontrol, afectando así la autoestima.

Beneficios de la Autoestima

Son diversos los beneficios de la autoestima, en tanto se vinculan con los aportes que provee para el individuo que la posee en alto nivel.

Una alta autoestima es el resultado deseado del proceso de desarrollo humano. Se ha vinculado con la salud mental a largo plazo y con el equilibrio emocional. Los individuos cuya autoestima no se ha desarrollado lo suficiente, manifiestan síntomas psicossomáticos de ansiedad. Otro beneficio de la autoestima es la competencia interpersonal y el ajuste social. Se ha indicado según los autores antes señalados que, un pobre ajuste social que se relaciona con un bajo autoconcepto y una baja autoestima, se manifiestan en los niños y adolescentes de varias formas. No se les selecciona como líderes, no participan con frecuencia en clase, en clubes o en actividades sociales. No defienden sus propios derechos ni expresan sus opiniones (McKay & Fanning, 1999).

Otro beneficio de la autoestima es el rendimiento escolar, pues existen cada vez más datos que apoyan la teoría de que hay una correlación entre la autoestima y el rendimiento escolar. Los estudiantes con éxito tienen un mayor y mejor sentido de valía personal y se sienten mejor consigo mismos, quienes han tenido una autoestima alta tienden a tener mayor rendimiento académico, y los que realizan su potencial académico tienen una mayor autoestima.

Por consiguiente, se puede indicar que los beneficios de la autoestima incluyen un mayor control sobre los pensamientos, emociones e impulsos, un fomento de su responsabilidad sobre la vida y las consecuencias de sus actos, una mejora notable en la noción de los esquemas corporales al entrar en contacto con el cuerpo haciéndose consciente de sí mismo, una mejora en la estima hacia los demás miembros de su

familia, compañeros de clase y amigos, y en general un aumento de la posibilidad de crecimiento y desarrollo personal. A continuación se detallaran las características de los individuos con un adecuado nivel de autoestima:

Consciencia.- Alguien que se ocupa de conocerse y saber cuál es su papel en el mundo. Su característica esencial es la consciencia que tiene de sí, de sus capacidades y potencialidades así como de sus limitaciones, las cuales tiende a aceptar sin negarlas, aunque no se concentra en ellas, salvo para buscar salidas más favorables y filtra sus pensamientos enfatizando los positivos, procura estar emocionalmente arriba.

Confianza.- Es la característica que hace que el ser se exprese en terrenos desconocidos con fe y disposición de éxito. Cuando se confía en lo que se es, no se necesitan justificaciones ni explicaciones para poder ser aceptado. Cuando surgen las diferencias de opinión, confiar en uno hace que las críticas se acepten y se les utilice para el crecimiento.

Responsabilidad.- El que vive desde una autoestima fortalecida y en constante crecimiento, asume responsabilidad por su vida, sus actos y las consecuencias que éstos pueden generar. No busca culpables sino soluciones. Los problemas los convierte en un “cómo”, y en vez de compadecerse por no lograr lo que quiere, el autoestimado se planteará las posibles formas de obtenerlos.

Coherencia.- La autoestima permite al individuo vivir de manera coherente y nos impulsa a realizar el esfuerzo necesario para que nuestras palabras y actos tengan un mismo sentido. Aunque el autoestimado guste de hablar, sus actos hablarán por él tanto o más que sus palabras. No quiere traicionarse y se esmera en combatir y vencer sus contradicciones internas.

Expresividad.- La expresividad es consciente y natural, no inconsciente ni prefabricada, mostrar afecto, decir “te quiero”, halagar y tocar físicamente, son comportamientos naturales en quienes se estiman, ya que disfrutan de sí mismos y de su relación con las personas. La forma de vincularse es bastante libre y sin la típica cadena de prejuicios que atan culturalmente al desvalorizado. En esa expresividad, es seguro observar límites, ya que para expresarse no hay que invadir ni anular a nadie.

Racionalidad.- En el terreno de la autoestima se acepta lo espontáneo aunque el capricho es indeseable. La vida es vista como una oportunidad lo bastante especial como para no dejarla en manos de la suerte. De esta visión se deriva un respeto por la razón, el conocimiento y la certeza.

Armonía.- Autoestima es sí misma armonía, equilibrio, balance, ritmo y fluidez. Cuando existe valoración personal, también se valora a los demás, lo que favorece relaciones sanas y plenas medidas por la honestidad, la ausencia de conflicto y la aceptación de las diferencias individuales. Esta armonía interior ahuyenta la ansiedad y hace tolerable la soledad, vista a partir de un estado armónico de vida como un espacio de crecimiento interior, encuentro con uno mismo y regocijo.

Rumbo.- El respeto hacia sí mismos y hacia la oportunidad de vivir engendra una intención de expresar el ser, de trascender, de lograr y de ser útil. Eso se hace más factible al definir un rumbo, un propósito, una línea de objetivos y metas, un plan para ofrendarlo a la existencia y decir “esto es lo que soy y esto es lo que ofrezco”. El rumbo es indispensable aunque podamos modificarlo, si se llegara a considerar necesario.

Autonomía.- La autonomía tiene que ver con la independencia para pensar, decidir y actuar; con moverse en la existencia de acuerdo con las propias creencias, criterios convicciones, en vez de como seguimiento del ritmo de quienes nos rodean.

Verdad.- El sujeto siente respeto reverencial por la verdad, no la niega sino que la enfrenta y asume con sus consecuencias. Los hechos son los hechos, negarlos es un acto irresponsable que nos quita control sobre nuestra vida. Cuando se evade la verdad, comienza uno a creerse sus propias mentiras.

Productividad.- La productividad es un resultado lógico de la autoestima. Esto se refiere a la productividad equilibrada en las distintas áreas de la vida humana. No a la productividad meramente económica que suele ser causas de enormes distorsiones en las relaciones y en la salud. Esta productividad equilibrada es consecuencia de reconocer y utilizar los dones y talentos de manera efectiva. Iniciativa, creatividad, perseverancia, capacidad de relacionarse y otros factores asociados con una sana

autoestima posibilitan, al entrar en funcionamiento, la obtención de aquello que deseamos, o al menos de algo bastante cercano.

Perseverancia.- Cuando alguien tiene confianza en sí mismo, es capaz de definir objetivos trazar un rumbo, iniciar acciones para lograr esos objetivos y, además desarrollar la capacidad para el esfuerzo sostenido, la convicción de que tarde o temprano verá el sueño realizado. La perseverancia es por eso característica clara de la persona con alta autoestima.

Flexibilidad.- Es característica de la persona autoestimada aceptar las cosas como son y no como se le hubiese gustado que fueran. Ante la novedad, para no sufrir, es necesario flexibilizar nuestras creencias y adecuar nuestros deseos sin caer, claro está, en la resignación o la inacción. Flexibilidad implica abrirse a lo nuevo, aceptar las diferencias y lograr convivir con ellas; tomarse algunas cosas menos en serio, darse otras oportunidades y aprender a adaptarse. Todas éstas son manifestaciones de inteligencia, consciencia y respeto por el bienestar (Castillo, 2000).

2.3.3.- ADOLESCENCIA

Etimológicamente la palabra adolescencia proviene del latín: “*adolescens*”, que quiere decir, el que adolece. Es un periodo de desarrollo humano, comprendido entre la niñez y la adultez, que no necesariamente está ligado a una edad específica de inicio, debido a las diferencias en la maduración fisiológica entre las personas. Durante este periodo se presentan los cambios más significativos en la vida de los seres humanos, en el orden físico y psíquico. Según la O.M.S. la adolescencia es el periodo de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad de reproducirse, transita de los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida su independencia económica, es una fase que transcurre entre los 10 y los 19 años (O.M.S., 2008).

Otros dos términos que aparecen relacionados habitualmente con el de adolescencia son pubertad y juventud. Pubertad proviene del latín “*pubere*” (cubrirse de vello el pubis) y hace referencia fundamentalmente a los cambios biológicos que aparecen en el final de la infancia y que suelen englobarse en una primera fase de la adolescencia. Por su parte, juventud es un término que alude a los procesos formativos y de

incorporación al mundo laboral a partir de la pubertad, y que se prolongarían más allá de los 20 años (por ejemplo, la ONU alude al periodo que va de los 15 a los 25 años como referencia). La adolescencia, en un sentido amplio, engloba a la pubertad y al menos, parte importante de lo que se ha denominado juventud, además de otros procesos psicológicos y sociales inherentes al desarrollo de los individuos en esta etapa (Adrián & Rangel, 2007). Además en las últimas generaciones es manifiesta la aparición cada vez más temprana de la maduración sexual y la participación activa de los jóvenes en la esfera social, cultural y económica, por lo que representa un desafío importante para los países y en particular para los sistemas de salud, cómo contribuir a que esta etapa transcurra exitosamente, con satisfacción de la calidad de vida y de sus necesidades de salud, bienestar y desarrollo (Aliño & Pineda, 2000).

Etapas de la Adolescencia

Resulta complejo subdividir a esta etapa, basándose únicamente en enfoques cronológicos, debido a la particularidad de cada individuo; de hecho, se acepta en general la idea de que la maduración que ocurre durante la adolescencia no depende de la edad, sino más bien de una compleja interrelación de factores biológicos, psicológicos y sociales, que en muchas ocasiones se desarrollan asincrónicamente.

Pero, a pesar de lo expuesto anteriormente, existe la necesidad de delimitar una edad promedio en la que ocurren ciertos cambios, y que tiene por consiguiente, características propias. Según la OMS los límites cronológicos de este periodo se sitúan entre 10 y 19 años, aunque actualmente diferencia tres periodos, que la extienden hasta los 20 años:

- Adolescencia temprana de 10 a 14 años, correspondiente a la pubertad.
- Adolescencia media o propiamente dicha, de 14 a 17 años.
- Adolescencia tardía de 17 a 20 años (O.M.S., 2008).

Adolescencia temprana.- Se trata de un período en el que los cambios físicos son muy rápidos en donde se inicia la lucha del adolescente por su independencia y libertad.

Los cambios que registra el adolescente significan rupturas más o menos considerables, que aunque normales, obligadas y necesarias, tienen evidentemente un coste psíquico personal y una considerable repercusión sobre su entorno más cercano. Estas rupturas movilizan sentimientos característicos, uno de los cuales podemos describirlo como de duelo, lógicamente a la sensación de haber perdido, abandonado o dejado atrás algo. Se da una pérdida de condición de niño, del rol y de la identidad infantil, ello le crea un vacío emocional y a menudo sin la presencia de un grupo de apoyo alternativo. Este vacío puede originar una disminución del rendimiento escolar. Se les describe como sujetos fuertemente paradójicos: tremendamente necesitados de independencia y nostálgicos de la dependencia y la seguridad infantil.

El cuerpo pasa ser un punto importante de referencia para sí y para los otros; es como la carta de presentación y el soporte de la autoestima. A menudo lo compara con el de otros adolescentes, siendo muy sensible a los defectos.

Comienza a disminuir el contacto y la relación con la familia en favor de las relaciones con los de su grupo de edad. Existe una gran influencia del grupo de amigos con aceptación de sus normas. Ello se debe a la inseguridad y necesidad de reafirmación.

En esta etapa hay una mejora notable de las capacidades cognitivas. Evolución desde el pensamiento operacional concreto al pensamiento abstracto o formal. Se inicia el desarrollo académico y su preparación para el futuro. Se produce un enfrentamiento a la autoridad, como puede ser la de los padres o educadores para probar su propia autoridad, con ello trata de definirse a sí mismo.

Adolescencia Media.- Se caracteriza por un creciente ámbito e intensidad de sentimientos, así como por la importancia concedida a los valores del grupo de amigos y sus características más importantes son:

Crecimiento y maduración somática.- En esta etapa se da el proceso de remodelación morfológica y se adquiere la talla final. La nutrición sigue jugando un papel crítico en la evolución del crecimiento y desarrollo.

Aquí, cabe mencionar la influencia de las modas, la separación parcial del medio familiar y los hábitos adquiridos en el grupo de iguales como algunos de los factores que pueden determinar desequilibrios nutritivos en relación a la cantidad y calidad de los alimentos que se ingieren, (horario, bocadillos, alimentos refinados, etc.), que se acentúan en los casos de las demandas especiales.

Cambios psicosociales.- Destacan la profundización en las relaciones sentimentales y amorosas y el inicio de las relaciones sexuales, todo ello en interrelación con los valores y experiencias del grupo de amigos.

La imagen y el cuerpo.- Se encuentran las siguientes características:

1. Hay una menor preocupación por el cuerpo, puesto que en esta etapa la mayoría de adolescentes ya han experimentado los cambios de su pubertad.
2. Aunque existe una mayor aceptación y comodidad con el cuerpo, ocupan mucho tiempo en intentar hacer resaltar su atractivo.
3. La ropa y el maquillaje pueden ser muy importantes.

Lucha entre la dependencia y la independencia.- En esta época predominan cada vez más los conflictos con la familia. El adolescente va mostrando menos interés por los padres y dedica mucho más tiempo a sus amigos.

1. Hacen prevalecer su propia opinión y discuten frontalmente con sus padres.
2. Reivindican su espacio, su tiempo y cómo y cuándo utilizar las horas del día. Con ello provocan discusiones con los padres en busca de límites, tan necesarios para la consecución de la identidad, la independencia y la libertad.
3. Transgresión de lo normativizado por los adultos, que será muy importante para ir modelando el propio “Yo” y la independencia.

Integración en el grupo de amigos.- En ningún otro período tiene tanta importancia el grupo de amigos. La formación de grupos es el modo más idóneo para que los jóvenes puedan realizar la comprobación de las imágenes internas, tanto idealizadas como atacadas, verifiquen paulatinamente su diferenciación sexual, revivan la

rivalidad y los celos y experimenten el amor y la amistad de forma más realista. Las características de esta relación incluyen:

1. Avenencia con los valores, reglas y formas de vestir de los amigos en un intento de separarse más de su familia.
2. Integración en la subcultura de los amigos.
3. Incorporación ascendente en relaciones heterosexuales, mostrada a través del contacto y el baile en las discotecas, citas, diversos experimentos y contactos sexuales.
4. Integración en clubs, deportes de equipo, pandillas y otros grupos.

Desarrollo de la identidad.- Se incrementa notablemente la capacidad cognoscitiva, el razonamiento y las habilidades para la abstracción, todo ello le da un nuevo sentido a la individualidad, pero aún persiste el pensamiento mágico infantil (“a mí no me pasará”) y la dificultad para prever o anticiparse a las situaciones de riesgo.

1. Aumento de la capacidad intelectual y la creatividad.
2. Disminuyen las aspiraciones vocacionales idealistas. En este período pueden reconocer sus limitaciones y con ello experimentar una menor autoestima y también sufrir trastornos emocionales y depresión.
3. Aumentan el ámbito y apertura de los sentimientos.
4. Comprobación de la identidad sexual con gran impacto emocional de las primeras relaciones sexuales, refugiándose a menudo en los “mitos”.
5. Descubrimiento de uno mismo y del otro.
6. Se ponen en juego la autoestima y la capacidad de ser asertivo frente a las demandas del otro.
7. Sentimientos de omnipotencia e invulnerabilidad. Viven el momento sin tener conciencia del riesgo. Y precisamente, esta actitud les lleva a comportamientos arriesgados que pueden tener consecuencias. Estos comportamientos, constituyen un factor del alto índice de accidentes,

embarazos, enfermedades de transmisión sexual, drogadicción, suicidios, que llegan a ser prevalentes en esta época.

Adolescencia Tardía.- Se considera la última fase del adolescente en la lucha por su identidad e independencia. Si las etapas anteriores han transcurrido de forma más o menos armónica, con el soporte adecuado de la familia y grupo de amigos, el adolescente se encuentra en buen camino para el manejo de las tareas y la asunción de responsabilidades de la adultez.

Si no ha habido alteraciones en las etapas anteriores, nos encontramos con un cuerpo de adulto con la talla definitiva y las funciones plenas en cuanto a la sexualidad y la reproducción. Normalmente hay una aceptación e identificación de la imagen corporal y tienen ya adquiridas las preferencias en el vestir y en cómo hacerla más atractiva. Si ha habido alguna anomalía en las etapas anteriores, esta imagen puede aún ser percibida de forma distorsionada y provocar trastornos afectivos y relacionales.

Este es un período de menor agitación y creciente integración al medio social, aunque no es extraño que algunos adolescentes muestren dificultades para asumir las responsabilidades de la adultez y continúen dependiendo de su familia y amigos. (Sociedad Española de Contracepción, 2001)

Crisis en la Adolescencia

Al inicio de la adolescencia, el individuo atraviesa un periodo en que la sociedad comienza a verlo de manera diferente, y más importante aún, él mismo se reconoce como un ser con nuevas potencialidades y nuevos recursos que no puede usar libremente debido a las construcciones sociales sobre lo que es correcto o incorrecto a determinada edad, sobre las responsabilidades que quiere asumir y aquellas que su entorno le proporciona, sobre la libertad que quiere tener y la dependencia hacia su casa y sus padres; todo esto es potenciado, en muchas ocasiones, por el mundo globalizado en que nos desenvolvemos. El acceso a la información, la influencia de estereotipos de belleza, la importancia que cobra la moda y el aspecto físico en esta época, multiplica los conflictos intergeneracionales con sus padres, debido a las expectativas que estos tienen del comportamiento de sus hijos y los modelos mentales

que se generaron en su respectiva adolescencia, y que ahora entran en disonancia con la realidad de los adolescentes actuales; esto genera una crisis que deben superar adecuadamente, con el apoyo de sus padres para alcanzar un desarrollo positivo en la edad adulta.

Según Erikson, la crisis de identidad en la adolescencia es una crisis normativa, es decir, una fase normal del desarrollo con un aumento de conflictividad, caracterizada por una aparente fluctuación de la fuerza del “Yo”, así como por un elevado potencial de desarrollo. La perspectiva de Erikson fue organizar una visión del desarrollo del ciclo completo de la vida de la persona humana, extendiéndolo en tiempo, de la infancia a la vejez, y en los contenidos, el psicosexual y el psicosocial organizado en 8 estadios (Erikson E. , 2000).

La crisis comprende el paso de un estadio a otro, como un proceso progresivo de cambio de las estructuras operacionales, o un proceso de estancamiento (o regresivo) en el mismo, manteniendo las estructuras operacionales. Comprende, también, la relación dialéctica entre las fuerzas sintónicas (virtudes o potencialidades) y las distónicas (defectos o vulnerabilidades) de cada estadio. De la resolución positiva de la crisis dialéctica emerge una fuerza, virtud o potencialidad, específica para aquella fase. De su no resolución emerge una patología, un defecto o fragilidad específica para aquel estadio.

Las fuerzas sintónicas y distónicas pasan a ser parte de las vidas de la persona, influenciando a la formación de los principios de orden social y las ritualizaciones (vinculantes o desvinculantes), así como todos los contenidos y procesos afectivos, cognitivos y comportamentales de la persona, asociados a su interacción social y profesional (Erikson E. , 2000).

Cada estadio tiene una potencialidad sintónica específica para superar el potencial de su antítesis. Las fuerzas se contraponen dialécticamente, de forma que la resolución de cada crisis resulta en la emergencia de la fuerza básica o cualidad. A su vez, la fuerza simpática presenta una contradicción antipática que permanece como una constante amenaza para la persona y para el orden social. La humanidad trata de universalizar

las tendencias humanas simpáticas, en ritualizaciones específicas para cada edad y adecuarlas a los estadios. Pero siempre que el “Yo y el Ello”, pierden su interconexión viable, estas ritualizaciones amenazan en transformarse en ritualismos. En este sentido hay una afinidad dinámica entre las perturbaciones nucleares individuales y los ritualismos sociales (Erikson E. , 2000)

De los 8 estadios del desarrollo psicosocial, es relevante, para la presente investigación el estadio correspondiente a la adolescencia y que según esta teoría comprende la edades de los 12 a los 20 años, y es ésta etapa en donde se gesta y asienta el proceso en que se adquiere la identidad.

Identidad vs. Confusión de roles.- La crisis de identidad, se produce durante la transición hacia los roles del adulto, el adolescente lucha por lograr un sentido de identidad. La identificación temprana con los padres y otros modelos de roles tienen su influencia, pero el adolescente debe desarrollar una identidad personal que vaya más allá de estas identificaciones.

La integración psicosexual y psicosocial de esta etapa tiene la función de la formación de la identidad personal en los siguientes aspectos:

- Identidad psicosexual por el ejercicio del sentimiento de confianza y de lealtad con quien pueda compartir amor, como compañeros de vida.
- Identificación ideológica, por la asunción de un conjunto de valores, que son expresados en un sistema ideológico o en un sistema político.
- Identidad psicosocial por la inserción en movimientos o asociaciones de tipo social
- Identidad profesional, por la selección de una profesión en la cual poder dedicar sus energías y capacidades de trabajo y crecer profesionalmente
- Identidad cultural y religiosa, en la que se consolida su experiencia cultural y religiosa, además de fortalecer el sentido espiritual de la vida.

La fuerza distónica es la confusión de identidad, de roles, la inseguridad y la incertidumbre en la formación de la identidad. La relación social significativa es la

formación del grupo de iguales por el cual el adolescente busca la sintonía e identificación afectiva, cognitiva y comportamental con aquellos con los cuales puede establecer relaciones autodefinitorias; superar la confusión de roles; establecer relaciones de confianza, estabilidad y fidelidad; consolidar las formas ideológicas o las doctrinas totalitarias y enfrentar la realidad de la industrialización y la globalización.

La fuerza específica que nace de la constancia en la construcción de la identidad es la fidelidad y la fe. Un justo equilibrio entre la formación de la identidad y la confusión alimenta la búsqueda constante de nuevos estadios de perfeccionamiento del amor, de la profesión, de la cultura y de la fe. Este proceso puede extenderse a través del tiempo previsto. El principio del orden social elaborado en la adolescencia es la orden ideológica, una visión de mundo, de sociedad, de cultura y de fe como fundamento teórico de la cosmovisión personal. Las instituciones, detentoras de las ideologías culturales políticas y religiosas, tienen la función importante de inspirar a los adolescentes en la formación de su proyecto de vida, profesional e institucionales en el afán de superar su confusión, el adolescente puede unirse a formas ideológicas totalitarias por las cuales se deja atraer (Cloninger S. , 2003)

Resolución Positiva.- Se produce una resolución positiva de la crisis de identidad en la adolescencia si en el adolescente surge una búsqueda para ampliar su campo de experiencias. Para ello corre ciertos riesgos y abandona formas de conducta y rasgos de comportamiento que se consideran característicos de su forma de ser y que le daban seguridad. Termina la fase de gran atención a sus propios procesos, característica de la pubertad y se expanden a las posibilidades de desarrollo de la propia identidad, para lo que se vincula estrechamente a distintas personas y actividades. De este modo, se confronta el propio modo de ser a través de diferentes experiencias y se adquiere muchos de los intereses que le aportan las nuevas personas con los que se establecen vínculos afectivos y sociales.

El enamoramiento, por ejemplo, no es en este proceso una cuestión completa o fundamentalmente sexual, ni apunta a la pareja definitiva. Es, en gran parte, un intento

por lograr la definición de la propia identidad, proyectando sobre el otro la imagen difusa del propio yo, que así se ve reflejada y establecida gradualmente.

Los logros de una correcta resolución de la crisis, se refleja en una identidad total, a través de cambios que se decantan en términos estables y congruentes, favoreciendo en el adolescente el sentimiento de identidad de sí mismo (GTRM Chile, 2003)

Moratoria Psicosocial.- La sociedad puede asistir a la resolución de esta etapa al proporcionar una moratoria, un periodo en el cual el adolescente es libre de explorar diversos roles adultos sin tener las obligaciones que vendrán con la adultez real. La duración de la adolescencia y el grado de conflicto emocional experimentado por el adolescente varía en sociedades diferentes. Sin embargo, en todas las culturas influenciadas por la globalización, se vuelve importante tener la oportunidad de estudiar varios campos, antes de establecer un compromiso de carrera, es decir, que las sociedades proporcionen una moratoria.

Resolución Negativa.- Una resolución negativa de la crisis durante la adolescencia produce una confusión de identidad, que es una desviación de esta etapa de desarrollo. En ella se toman caminos equivocados que permitirían la satisfacción inmediata de la necesidad de identidad, pero que, por falta de consideración de las consecuencias a mediano plazo, generarán conclusiones destructivas para el futuro. En la confusión de identidad, los sustitutos transitorios de las identidades infantiles no son vías de progresión a la asunción de nuevos intereses, que conduzcan a una identidad más integrada sino que, al contrario, son más regresivas. En la confusión de identidad, los adolescentes procuran mantener satisfechas sus mismas necesidades infantiles cambiando sólo la apariencia. Un ejemplo de confusión son las jóvenes que se casan para no sentir la dependencia de sus padres, pero que establecen luego idénticos vínculos de dependencia con el marido, aunque bajo un estatus aparentemente adulto. No hay en este caso una elaboración real de identidad. Lo mismo ocurre con los jóvenes que, sin tener necesidad, abandonan los estudios por un trabajo fácil. En la confusión de identidad se producen más bien pseudoidentidades, caracterizadas por su

falta de duración y permanencia y por caer, generalmente, en contradicción potencial con otras identificaciones parciales.

Identidad Hipotecada y Moratoria Prolongada.- La confusión de identidad ha dado lugar a muchas expresiones que representan desviaciones de la difusión de identidad. Tal es el caso de la identidad hipotecada, que representa la situación de quienes, aunque comprometidos en proyectos vitales bien definidos, los adoptaron no tanto por propia decisión, sino bajo imposición o presión de los padres o por prolongación de una identificación con un héroe y nunca suficientemente confrontada con la propia realidad. Algo parecido ocurre con la moratoria prolongada, que es el estado de las personas bloqueadas en crisis de identidad, que se debaten en conflictos de valores y profesionales sin llegar a situarse en una dirección ideológica y vocacional.

Identidad Negativa.- La identidad negativa es la elaboración de un sentimiento de falta de una identidad aceptable que se expresa a través de una hostilidad desdeñosa hacia los roles que se presentan como adecuados o deseables en la propia familia o en la comunidad. Cualquier aspecto del rol exigido o todo él -masculinidad o femineidad, la nacionalidad, la pertenencia de clase, el trabajo, el estudio- pueden convertirse en el núcleo principal del desprecio del joven. El reconocimiento de lo realizado por el adolescente de parte de su familia y de la comunidad en que actúa, tiene una gran importancia para la formación de su identidad. Es necesario que experimente la sensación de que su crecimiento y transformación gradual tienen sentido para quienes lo rodean y son importantes para él. La identidad negativa se produce generalmente cuando no se proporcionan vías para la adquisición de una autoimagen positiva, ni existe el apropiado refuerzo social para las actitudes constructivas. En la identidad negativa el adolescente parece querer todo aquello que la sociedad le prohíbe. Tal actitud, no exenta de desesperación, sirve para demostrar que tiene una manera de ser. La elección total de la identidad negativa va acompañada de una sensación de alivio, de “ser alguien”, aun cuando sea definido en términos como: un enfermo, un delincuente, un vago, un drogadicto, un bueno para nada.

Identidad Prematura.- Es un proceso que se produce cuando la persona se ve forzada a adquirir roles adultos, aun cuando sea en relación con algunos aspectos de su personalidad. Se da, por ejemplo, en el caso de los jóvenes obligados por circunstancias económicas o sociales a abandonar el estudio para asumir tempranas responsabilidades en el mundo del trabajo. El adolescente parece aproximarse al comportamiento de un adulto en algunos aspectos, pero integralmente continúa siendo una persona en proceso de formar su identidad. Es un caso de confusión de identidad, ya que se aparenta el logro de la identidad, pero la madurez aún no llega (GTRM Chile, 2003).

Factores de Riesgo en la Adolescencia

Durante el proceso de resolución de la crisis que se produce en la adolescencia, el individuo está expuesto a múltiples factores que van a influenciar la formación de su identidad personal. Muchos valores que hoy se entrelazan y cultivan en forma cada vez más intensa y hasta obsesiva en los adolescentes, crean una particular "cultura del riesgo" (Burak, 2001). Existen numerosos factores en el universo adolescente que estarían disparando ciertas conductas de riesgo e influenciando, en parte, en algunas de las patologías más frecuentes de esta edad (Páramo, 2011); el diagnóstico de depresión, junto con el de estrés excesivo, es el que aparece más frecuentemente asociado con las diversas conductas de riesgo adolescente. También la autoestima baja es mencionada como predictor de las conductas problema (Urzúa, 1998).

Estos factores tendrían un origen tanto interno como externo, y estarían implicados en ellos aspectos personales, familiares y sociales. A continuación se realizará una breve revisión sobre éstos.

Consumo de Sustancias Psicoactivas.- La adolescencia constituye la etapa de mayor riesgo en el inicio de conductas de consumo, este hecho quizás se encuentre favorecido por determinadas características distintivas de este periodo evolutivo, tales como la búsqueda de autonomía y de identidad personal, la necesidad de experimentar sensaciones nuevas y la importancia otorgada al grupo de iguales. La introducción del adolescente al mundo de las drogas se produce secuencialmente, en primer lugar

alcohol y tabaco, luego cannabis y finalmente el consumo del resto de sustancias adictivas; la mayor parte de los adolescentes consumidores se caracteriza por presentar un perfil de policonsumo, es decir que consumen distintos tipos de drogas (Farrel, 1993). Siendo esta problemática una de las principales causas de muerte en la adolescencia (Alvarez, 2000).

Modelos Culturales Nocivos.- Los adolescentes atraviesan una etapa en la que la influencia social cobra gran importancia, debido a que el concepto que tienen de sí mismos, se ve modificado por factores externos al núcleo familiar como pueden ser el grupo de pares, los medios de comunicación, las redes sociales, y estereotipos culturales.

Los medios de comunicación constituyen un espejo para los adolescentes, ya que están continuamente comparándose y contrastando el mundo de la televisión con su propio mundo social de acuerdo a un rango de criterios con el que ellos evalúan el realismo de las representaciones de la televisión (Fiske, 1989). La adolescencia es una etapa que se caracteriza por el incremento en la autoconciencia, por lo que son especialmente sensibles a las imágenes que provienen de los medios. Esas imágenes son utilizadas como fuente de información y comparación en la búsqueda de su identidad. Los medios constituyen un depósito de símbolos y valores con los que la vinculación es ciertamente compleja, hasta el punto de que en muchas ocasiones trasciende la naturaleza realista de muchos de ellos.

La preocupación por el aspecto físico durante este periodo es constante, los cambios físicos acelerados contribuyen a una imagen personal cambiante e inestable y muchas veces a un físico poco agraciado e incluso a la incoordinación motora (crecimiento desproporcionado), todo lo cual suele crear problemas de autoimagen negativa que afecta su relación tanto con sus pares como con las demás personas que lo rodean.

Otro factor influyente en esta época es el uso de internet y las redes sociales, que incluso puede desembocar en cuadros adictivos.

Conflictos Familiares.- La familia es sin duda el ambiente en que se desarrolla la mayor parte de la evolución del adolescente, y por lo tanto se ve afectada por los cambios naturales de esta edad, esto se refleja en los conflictos que se generan entre padres, hijos y demás miembros que pudiesen conformar la familia.

La conquista de la autonomía adolescente y el cambio de relaciones familiares vienen condicionados por el paso del pensamiento operacional concreto al operacional formal. Desde un pensamiento sobre realidades concretas, como puede ser la familia, a un pensamiento formal, que permite abordar no sólo el mundo real sino también el mundo posible, de forma que no sólo perciben a su familia tal y como es, sino también como podría ser. Ello da lugar a una actitud crítica y más realista hacia sus padres, la nueva percepción de los padres, unida a la autonomía emergente de los adolescentes los estimula a desafiar las opiniones y decisiones parentales que antes se acataban sin discusión, no porque ya no quieran y no respeten a sus padres, ni porque se hayan vuelto rebeldes, sino porque es natural y saludable para ellos afirmarse a sí mismos como individuos, que no desean ser tratados como niños (Kimmel & Weiner, 1998).

Independientemente, que la evolución que sigan los conflictos familiares sea positiva o negativa, la mayoría de los estudios coincide en afirmar que al inicio de la adolescencia se produce un incremento significativo en el número de discusiones entre progenitores y adolescentes. Diferentes explicaciones han sido propuestas para explicar este fenómeno. Mientras que para algunos autores el origen de los problemas se encuentra en la discrepancia entre lo que los progenitores esperan de sus hijos e hijas y su comportamiento real (Collins, Laursen, Luebker, & Ferreira , 1997), para otros, los procesos cognitivos son los responsables del aumento de la conflictividad (Selman, 1981), y finalmente también son destacables los cambios hormonales propios de la pubertad, que suelen tener consecuencias sobre los estados emocionales del adolescente y repercuten de forma negativa en sus relaciones con quienes les rodean (Brook-Gunn, Graber, & Paikoff, 1994). Además, el aumento del deseo y de la actividad sexual que conllevan los cambios hormonales puede inclinar a los padres a mostrarse más restrictivos y controladores con respecto a las salidas y amistades del chico y, sobre todo, de la chica adolescente, en un momento en el que éstos buscan

una mayor autonomía, con lo que los enfrentamientos serán más frecuentes. (Oliva, 2006).

Ambiente Escolar Nocivo.- El colegio es una de las fuentes más importantes de socialización durante la adolescencia. Se trata de un contexto donde los adolescentes aprenden importantes pautas de relación con los iguales y con figuras de autoridad como los profesores, y es, en medio de este continuo aprendizaje, donde pueden sufrir de diversos conflictos con los individuos asociados a esta área de su desarrollo; por ejemplo, en numerosas investigaciones se ha estudiado la asociación existente entre determinadas características del contexto escolar y el tipo de relación que se establece con los profesores e iguales, y la autoestima del adolescente, así como también el grado de victimización escolar, aspectos estrechamente relacionados con la satisfacción vital en el periodo adolescente. También se ha constatado la importancia que tiene para el desarrollo de una adecuada autoestima la calidad de la relación con padres, profesores e iguales (Parra, Oliva, & Sanchez-Queija, 2004).

En este sentido, parece ser que los adolescentes realizan juicios de autovaloración en función del feedback recibido en los contextos relacionales como son la familia, la escuela y las redes sociales. A su vez, se ha comprobado que las autoevaluaciones tienen un papel fundamental en el ajuste y en la calidad de vida del adolescente; el concepto que uno tiene de sí mismo predice la satisfacción con la vida y el bienestar subjetivo (McCullough, Huebner, & Laughlin, 2000). Además, se ha comprobado que determinados factores de carácter psicológico, como tener una autoestima ajustada, se vinculan con un menor número de problemas de conducta en la escuela. Por otra parte, también las relaciones del adolescente con los profesores y con los iguales pueden favorecer o disminuir el desarrollo de conductas violentas en la escuela. De hecho, ha sido ampliamente estudiado cómo el aumento del apoyo del profesor y de los iguales se asocia con un menor riesgo de sufrir situaciones de victimización o acoso escolar (Guterman, Hahm, & Cameron, 2002).

La victimización en la escuela se define como la experiencia de ser objeto de conductas de agresión física, verbal y psicológica, perpetradas por los iguales en el entorno

escolar, especialmente en lugares con escasa supervisión de los adultos (Graham, 2006). La dinámica agresor-víctima configura un modelo de relación interpersonal que comporta graves consecuencias para el ajuste psicosocial de las víctimas (Guterman, Hahm, & Cameron, 2002). Los adolescentes victimizados suelen ser más rechazados por sus compañeros, muestran un pobre ajuste escolar, tienen una autoestima más baja e informan de mayores niveles de soledad, ansiedad, sintomatología depresiva y de una menor satisfacción con la vida, en comparación con los adolescentes no victimizados (Moreno, Estevez, Murgui, & Musitu, 2009).

Inicio Precoz de la Vida Sexualmente Activa.- La sexualidad en el adolescente puede tomar caminos variados y con frecuencia tiene resultados no deseados como: el inicio a edades muy tempranas de las relaciones coitales, embarazos en adolescentes y contagios de enfermedades de transmisión sexual. No obstante, no todas las conductas de esta etapa son negativas, ya que en esta época también se descubren sentimientos como el amor, la fidelidad, el compromiso, que serán trascendentes en la siguiente etapa de desarrollo.

Por otra parte, la cultura tiene una influencia marcada en la sexualidad del adolescente, en la actualidad los jóvenes se enfrentan a cambios sociales y económicos que han modificado los patrones tradicionales. Entre estos cambios están los ocurridos en la dinámica familiar, una educación sexual poco eficaz y el incremento en el consumo de sustancias, todos estos factores tienen influencia en la sexualidad del adolescente (García, Méndez, García, & Rico, 2010). Las expresiones relacionadas al sexo como el cortejo a la otra persona, el tomarse de las manos, las caricias, etc., el interés por una mayor intimidad física en las relaciones amorosas, están reguladas por las costumbres sociales, los valores de cada familia y de comunidad social.

Factores de Protección en la Adolescencia

En el campo de la salud, hablar de factores protectores, es hablar de características detectables en un individuo, familia, grupo o comunidad que favorecen el desarrollo humano, el mantenimiento o la recuperación de la salud; y que pueden contrarrestar

los posibles efectos de los factores de riesgo, de las conductas de riesgo y, por lo tanto, reducir la vulnerabilidad, ya sea general o específica.

Existen dos tipos de factores protectores: de amplio espectro, o sea, indicativos de mayor probabilidad de conductas protectoras que favorecen el no acontecer de daños o riesgos; y factores protectores específicos a ciertas conductas de riesgo. Los factores de amplio espectro son: desarrollo de las fortalezas personales; una familia contenedora, con buena comunicación interpersonal; alta autoestima; proyecto de vida elaborado, fuertemente internalizado; locus de control interno bien establecido; sentido de la vida elaborado; permanecer en el sistema educativo formal y un alto nivel de resiliencia. Como factores protectores específicos, encontramos: el uso de cinturón de seguridad (que reduce o evita accidentes automovilísticos); no tener relaciones sexuales, o tenerlas con uso de preservativo (que reduce o evita el embarazo, ETS, Sida); y no fumar (reduce o evita el cáncer de pulmón y enfisema). El abordaje preventivo debe hacerse desde el marco de acciones que cumplan con ciertos requisitos fundamentales: el objetivo debe ser el desarrollo humano en los adolescentes; las acciones deben ser intersectoriales; la salud debe ser vista desde el concepto de la integralidad; la atención debe ser multidisciplinaria; debe existir un amplio ámbito para la participación social y en salud de los adolescentes y debe existir una amplia participación de padres y profesores (Burak, 2001).

Fortalezas Personales.- Según la conceptualización planteada por la perspectiva de la psicología positiva, se propone que el descubrimiento, fortalecimiento y adquisición de fortalezas es clave, para lograr el bienestar psicológico en la adolescencia; diversas investigaciones arrojan resultados sobre relaciones positivas significativas entre las diferentes fortalezas y satisfacción con la vida, autoestima y afecto positivo, y relaciones negativas con variables psicopatológicas como la depresión o el estrés (Giménez, 2010). Cabe destacar además que las fortalezas que se repiten sistemáticamente asociadas a bienestar (gratitud, intimidad, vitalidad y optimismo), son las mismas que se asocian de forma negativa con problemas psicopatológicos y el papel mediacional de las fortalezas entre el clima familiar percibido y la satisfacción global con la vida (Hervás, Vasquez, & Giménez, 2010).

Fortalezas Personales					
Fortalezas de la Sabiduría y el Conocimiento	Fortalezas de Coraje	Fortalezas Interpersonales	Fortalezas de Justicia	Fortalezas de Templanza	Fortalezas Trascendentales
Curiosidad	Valentía	Amor	Responsabilidad	Perdón	Apreciación de la belleza
Creatividad	Perseverancia	Intimidad	Liderazgo	Humildad	Gratitud
Apertura a la experiencia		Amabilidad	Trabajo en equipo	Prudencia	Esperanza
Perspectiva		Inteligencia social	Participación social	Autoregulación	Humor Espiritualidad

Tabla N° 03: Fortalezas Personales

Fuente: (Seligman, 2003)

Familia Nutridora.- La familia juega un papel primordial en la formación del adolescente, ya que en es en ella en donde se transmiten valores éticos, morales y espirituales por medio del ejemplo. La influencia de los medios de comunicación, grupo de pares y colegio, son tamizados por la matriz, que es el núcleo familiar, repercutiendo de una manera positiva o negativa en la vida del adolescente.

A la hora de hablar de funcionamiento familiar no existe un criterio único de los indicadores que lo miden. Algunos autores plantean que la familia se hace disfuncional cuando no se tiene la capacidad de asumir cambios, es decir, cuando la rigidez de sus reglas le impide ajustarse a su propio ciclo y al desarrollo de sus miembros. Otros autores señalan como características disfuncionales la incompetencia intrafamiliar y el incumplimiento de sus funciones básicas (Walsh F. , 1982). De manera general se recomienda como indicadores para medir funcionamiento familiar los siguientes aspectos:

Cumplimiento eficaz de sus funciones.- Aquella que pueda cumplir con su responsabilidad económica, biológica y cultural-espiritual.

Sistema familiar que permita el desarrollo de la identidad personal y la autonomía de sus miembros.- Para hacer un análisis de este indicador hay que tener en cuenta los vínculos familiares que intervienen en la relación autonomía-pertenencia. En muchos casos familiares, para mostrar lealtad, hay que renunciar a la individualidad y este conflicto se puede ver tanto en las relaciones padre -hijo, como en las de pareja o sea generacionales e intergeneracionales. Para que la familia sea funcional hay que mantener los "límites claros" (fronteras psicológicas entre las personas que permiten preservar su espacio vital) de manera tal que no se

limite la independencia, ni haya una excesiva individualidad para poder promover así el desarrollo de todos los miembros y no se generen sentimientos de insatisfacción o infelicidad.

Sistema familiar flexible a las reglas y roles para la solución de los conflictos.-

Aquí hay que analizar los vínculos familiares que intervienen en la relación asignación-asunción de roles, o sea, aquellas pautas de interacción que tienen que ver con lo que se debe y no se debe hacer y con las funciones, deberes y derechos de cada miembro del grupo familiar. Se considera una familia funcional cuando las tareas o roles asignados a cada miembro están claros y son aceptados por éstos. Es importante también para que la familia sea funcional que no haya sobrecarga de rol que puede ser debido a sobreexigencias

Sistema familiar con una comunicación clara, coherente y afectiva que permita compartir los problemas.-

Cuando se habla de comunicación distorsionada o disfuncional, nos referimos a los dobles mensajes o mensajes incongruentes o sea, cuando el mensaje que se trasmite verbalmente no se corresponde o es incongruente con el que se trasmite extraverbalmente o cuando el mensaje es incongruente en sí mismo y no queda claro. Por lo general, cuando en la comunicación hay dobles mensajes es porque hay conflictos no resueltos, por lo que las dificultades en la comunicación pueden verse más bien como consecuencia de las disfunciones entre otros vínculos familiares, como las reglas, roles, jerarquías, etc., aunque no se debe olvidar que todas ellas funcionan de manera circular.

Sistema familiar capaz de adaptarse a los cambios.-

La familia funciona adecuadamente cuando no hay rigidez y puede adaptarse fácilmente a los cambios. La familia es un continuo de equilibrio-cambio. Para lograr la adaptación al cambio, la familia tiene que tener la posibilidad de modificar sus límites, sus sistemas jerárquicos, sus roles y reglas.

Finalmente, la principal característica que debe tener una familia funcional es que promueva un desarrollo favorable a la salud para todos sus miembros, para lo cual es imprescindible que tenga: jerarquías claras, límites claros, roles claros y definidos,

comunicación abierta y explícita y capacidad de adaptación al cambio. En esta etapa evolutiva resulta mucho más adecuado, por ejemplo, negociar con el hijo el grado de supervisión y control ejercido por los padres dentro de un marco de afecto y apoyo, que utilizar la autoridad unilateral. Estas son precisamente algunas de las características de los hogares autoritativos que han sido considerados por muchos profesionales como las fuentes más importantes de bienestar y ajuste en la adolescencia, es decir, el balance entre el control y la autonomía del hijo, y la negociación y los intercambios comunicativos entre padres e hijos con calidez y afecto (Steinberg, 2002).

Ambiente Escolar Adecuado.- El colegio representa una institución formal que supone, en la mayoría de ocasiones, el primer contacto directo y prolongado del adolescente con un contexto de relaciones sociales organizadas desde una autoridad jerárquica formalmente establecida (Molpeceres, Lucas, & Pons, 2000), y donde, además, tiene lugar un proceso de enseñanza aprendizaje en torno a unos determinados contenidos y actividades que conforman el currículum, así como interacciones sociales significativas con iguales y otros educadores.

Para que exista un ambiente adecuado y positivo en este entorno, es necesario que todo funcione correctamente y que exista comunicación. Cuando se habla de que todo debe funcionar correctamente en el aula, se hace referencia a que es necesario que existan reglas de funcionamiento que sean conocidas y compartidas por todos, normas que rijan las relaciones y el comportamiento de las personas que integran la clase para que los alumnos tengan conocimiento de cuales son conductas más apropiadas o menos pertinentes en lo referente tanto a los estudios como en la convivencia con los demás en el colegio. Para que estas reglas tengan éxito, el profesor debe establecer canales de comunicación claros con sus alumnos, transmitirles sus deberes y derechos en la clase, en caso de que surjan problemas o discusiones utilizar el dialogo para la resolución de los mismos (Estevez, Musitu , & Jiménez, 2007). A continuación se cita características específicas de contextos escolares favorecedores del desarrollo personal en la adolescencia:

Desde la relación del estudiante consigo mismo	Relación del estudiante con los otros	Relación del estudiante con el mundo externo
Favorece la autonomía personal	Favorece la capacidad de vinculación	Transmite una imagen del mundo realista
Estimula el planteamiento de metas y proyectos personales	Fomenta relaciones cooperativas	Estimula la exploración del mundo externo
Favorece la percepción de la autoeficacia	Fomenta relaciones basadas en el respeto de los otros	Favorece un actitud constructiva frente a la realidad
Crea un ambiente adecuado para la percepción y elaboración de situaciones críticas y dolorosas	Promueve un estilo de relación democrático	Incentiva la activación de redes sociales para la generación de proyectos escolares
Desarrolla la creatividad	Estimula una actitud de tolerancia	Fomenta una actitud innovadora
Permite la focalización en las fortalezas y los recursos propios	Estimula la resolución de conflictos en forma no violenta	Promueve el conocimiento y la adquisición de nuevas tecnologías
Promueve la necesidad del autocuidado	Favorece el desarrollo de la capacidad de negociación	Promueve interés y preocupación por el cuidado y la conservación del ecosistema
	Transmite roles flexibles en relación con el género	
	Favorece el desarrollo de conductas prosociales	

Tabla N° 04: Características de contextos escolares positivos

Fuente: (Estevez, Musitu , & Jiménez, 2007)

Interacción Social Positiva.- La adolescencia es un periodo de suma importancia para la adquisición y practica de habilidades sociales más compleja. Por un lado los adolescentes han dejado los comportamientos sociales propios de la niñez, puesto que adoptan comportamiento más críticos y desafiantes respecto a las normas sociales; y por otro lado, los adultos les exigen comportamientos sociales más elaborados.

La interacción con pares en la adolescencia tiene funciones decisivas para la formación de la propia identidad del adolescente. La aceptación social es una condición personal de un sujeto respecto a un grupo de referencia; en el caso de los adolescentes, esta condición se relaciona con las habilidades de liderazgo, popularidad, compañerismo, jovialidad, respeto entre otros (Zabala , Valadez, & Vargas , 2008).

Las conductas sociales positivas están estrechamente relacionadas con la formación de grupos en la comunidad. Dentro de los mismos se puede considerar a las organizaciones informales (clubes, comités, entre otros) y las instituciones formales de los sectores Salud, Educación, Agricultura u otros. También las conductas sociales positivas se vinculan con los valores (Hunter , 1998) y la personalidad saludable (Jourard, 1998). Sin duda, la atención a estas variables permite conocer mejor el complejo comportamiento humano y las interacciones sociales competentes son claramente necesarias para el ajuste y funcionamiento exitoso en sociedad.

Teorías y Modelos Positivos sobre la Adolescencia

Teoría Cognoscitiva.- Jean Piaget, basa su teoría en el desarrollo cognoscitivo del individuo, contribuyó enormemente al entendimiento de la evolución de la inteligencia. Su visión naturalista y biológica surgió de mirar la interacción del niño y su medio ambiente, y de la comprensión de los procesos internos de organización y adaptación que le permiten dar un nuevo sentido al mundo que lo rodea. (Ajuariaguerra, 1993). Los estadios del desarrollo intelectual que propone Piaget son: sensoriomotor (0 a 2 años), preoperatorio (2 a 7 años), operaciones concretas (7 a 12 años) y operaciones formales (a partir de la adolescencia). El estadio de operaciones formales se desarrolla en la adolescencia, donde el individuo comenzará a construir sus propios sistemas y teorías sobre la vida, e incorpora una nueva serie de procesos en torno al pensamiento, empleando diferentes vías para razonar, como por ejemplo la creación de hipótesis y deducciones, lo cual fortalece el dominio y, ante todo, el desarrollo de la crítica (Piaget & Inhelder, 2008).

Modelo del Desarrollo Positivo en la Adolescencia.- El modelo del desarrollo positivo adolescente (Positive Youth Development) surgió como una reacción ante el modelo del déficit que ha sido dominante en los campos de la psicología, la sociología, la educación y la salud pública a lo largo del siglo pasado (Benson, Scales, Hamilton , & Sesman, 2006). De acuerdo con este modelo, prevención no es sinónimo de promoción, y una adolescencia saludable y una adecuada transición a la adultez requieren de algo más que la evitación de algunos comportamientos como la violencia, el consumo de drogas o las prácticas sexuales de riesgo, y precisan de la consecución de una serie de logros evolutivos. Así, el modelo adopta una perspectiva centrada en el bienestar, pone un énfasis especial en la existencia de condiciones saludables y expande el concepto de salud para incluir las habilidades, conductas y competencias necesarias para tener éxito en la vida social, académica y profesional (Benson, Scales, Hamilton , & Sesman, 2006). Tiene sus raíces en el modelo de competencia surgido a principios de los años 80 en el ámbito de la psicología comunitaria (Albee, 1980), en el modelo de la competencia social como un constructo adecuado para indicar un buen desarrollo en una etapa evolutiva determinada (Waters & Sroufe, 1983), y, más

recientemente en la Psicología Positiva (Seligman, 2003). Este enfoque se sitúa en la línea de los modelos sistémicos evolutivos actuales que asumen el principio de que las relaciones entre el individuo y su contexto constituyen la base de la conducta y el desarrollo personal: el desarrollo humano no está predeterminado, y es probabilística y relativamente plástico pues siempre hay posibilidad de cambio.

El Modelo de Florecimiento.- Este modelo agrupa 27 competencias específicas en una serie de áreas o competencias generales en función de su similitud, que en conjunto generan el concepto de florecimiento (thriving) que es clave en el modelo del desarrollo positivo (Downing , y otros, 2004). Cuando la persona florece contribuye de forma positiva a la sociedad en la que vive. Por lo tanto, una flor que integra las cinco áreas o competencias que definen un desarrollo positivo, y que tiene la capacidad de crecer, representa una buena metáfora gráfica del modelo.

Las competencias específicas relacionadas con el desarrollo personal (competencia personal) se sitúan en el centro del modelo. Alrededor del núcleo de competencias relacionadas con la identidad positiva y el desarrollo personal aparecen cuatro grupos. Estas competencias también se relacionan y potencian unas a otras, de modo que el desarrollo personal tiene que ver con las influencias dinámicas y recíprocas que se establecen entre las competencias específicas incluidas en cada uno de los grupos. (Oliva, y otros, 2010).

MODELO DE FLORECIMIENTO				
AREA MORAL	CRECIMIENTO PERSONAL	AREA SOCIAL	AREA COGNITIVA	AREA EMOCIONAL
Compromiso social	Autoestima	Asertividad	Capacidad de análisis crítico	Empatía
Responsabilidad	Autoconcepto	Habilidades relacionales	Capacidad de pensamiento analítico	Reconocimiento y manejo de las emociones de los demás
Prosocialidad	Autoeficacia y vinculación	Habilidades para la resolución de conflictos interpersonales	Creatividad	Conocimiento y manejo de las propias emociones
Justicia	Autocontrol	Habilidades comunicativas	Capacidad de planificación y revisión	Tolerancia a la frustración
Igualdad (genero, social, etc.)	Autonomía personal		Capacidad para tomar decisiones	Optimismo y sentido del humor
Respeto a la diversidad	Sentido de pertenencia Iniciativa social			

Tabla N° 05: Competencias del Modelo de Florecimiento

Fuente: (Oliva, y otros, 2010)

Recursos o Activos para el Desarrollo Positivo en la Adolescencia.- Si el modelo del déficit está centrado en identificar los problemas y desajustes, los modelos positivos sobre la adolescencia, además de definir las competencias que configuran un desarrollo saludable, lleva asociado el concepto de recursos o activos para el desarrollo (Scales & Leffert, 1999). En los modelos centrados en el déficit se habla de factores de riesgo, que son aquellas circunstancias que hacen más probable la aparición de un trastorno o enfermedad, por lo que su ausencia contribuye a mejorar la salud. Sin embargo, la ausencia de un factor de riesgo no tiene porqué llevar a la promoción de la competencia del sujeto, mayor es la similitud del concepto de activo para el desarrollo con el de factor de protección, ya que ambos pueden aumentar la competencia del sujeto.

RECURSOS EXTERNOS		
APOYO	Apoyo en la Familia	Por parte de los padres y madres que proporcionan cariño, supervisión y cuidado.
	Comunicación Familiar Positiva	Adolescentes se comunican con sus madres y padres de forma fluida buscando orientación y apoyo.
	Relaciones con otras personas adultas	Adolescentes reciben apoyo de 3 o más personas adultas distintas a sus padres y madres.
	Barrio que apoya	Adolescentes perciben un vecindario atento y amigable.
	Clima escolar que apoya al alumnado	La escuela proporciona un entorno afectuoso y estimulante.
	Implicación Familiar en la escuela	Madres y padres están implicados de forma activa en apoyos a sus hijos e hijas para que les vaya bien en la escuela
EMPODERAMIENTO	Comunidad que valora a la juventud	Adolescentes perciben que las personas adultas de su comunidad o barrio los valoran positivamente
	La juventud como recurso	Se asignan a la población adolescente roles útiles en su comunidad.
	Servicio a los demás	Adolescentes prestan servicios en su comunidad al menos durante una hora a la semana.
	Seguridad	Adolescentes se sienten seguros en la familia, la escuela y el barrio.
LÍMITES Y EXPECTATIVAS	Limites en la familia	La familia tiene reglas y sanciones claras, y conoce lo que hace el adolescente fuera de la casa.
	Limites en la escuela	La escuela tiene reglas y sanciones claras.
	Limites en el barrio	Las personas adultas del vecindario suelen responsabilizarse de supervisar la conducta de los adolescentes de su barrio.
	Personas adultas como modelos	Los padres, las madres y/o personas adultas ofrecen modelos de conducta responsable y positiva.
	Influencia positiva de los iguales	Las amistades ofrecen modelos de conducta responsable y positiva.
	Altas expectativas	Padres, madres y profesorado animan a los adolescentes a que trabajen lo mejor que puedan.
	Actividades creativas	Los adolescentes pasan 3 o más horas semanales en sesiones música, danza, teatro u otras actividades artísticas.
	Actividades para adolescentes	Adolescentes pasan 3 o más horas semanales en actividades deportivas o en organizaciones deportivas o escolares.
	Actividades sociales o religiosas	Los adolescentes dedican una o más horas semanales a actividades de voluntariado o de carácter religioso.
Tiempo libre	Adolescentes salen con amigos y amigas sin hacer nada en especial 2 o menos noches a la semana.	

Tabla N° 06: Recursos externos para el desarrollo
Fuente: (Scales & Leffert, 1999)

Otros 20 recursos son internos, es decir, son características psicológicas o comportamentales del adolescente.

RECURSOS INTERNOS		
COMPROMISO DEL ADOLESCENTE EN EL APRENDIZAJE	Motivación de logro	El alumnado adolescente siente motivación por trabajar bien en la escuela o instituto.
	Compromiso con la escuela	Existe un compromiso con el aprendizaje.
	Tareas escolares	Dedica al menos una hora diaria a sus deberes o tareas escolares.
	Vinculación con la escuela	Se preocupa de su escuela o instituto.
	Lectura por placer	Lee por placer tres o más horas a la semana.
VALORES POSITIVOS DE LOS Y LAS ADOLESCENTES	Prosocialidad	Adolescentes valoran mucho ayudar a otras personas.
	Igualdad o justicia social	Valora la promoción de la igualdad y la reducción del hambre y la pobreza.
	Integridad	Actúa de acuerdo con sus principios y define sus ideas.
	Honestidad	Dice la verdad incluso cuando no es fácil.
	Responsabilidad	Acepta o asume responsabilidades personales.
	Restricción	Cree importante limitar algunas conductas de riesgo como el consumo de alcohol y otras drogas.
COMPETENCIA SOCIAL DE LAS Y LOS ADOLESCENTES	Planificación y toma de decisiones	El o la adolescente sabe cómo hacer planes y tomar decisiones.
	Competencia interpersonal	Muestra empatía, sensibilidad habilidades para establecer y mantener relaciones de amistad.
	Competencia cultural	Conoce y se muestra cómodo con gente de otras razas y culturas.
	Habilidades de resistencia	Puede resistir la presión negativa de los iguales en situación de riesgo.
	Resolución pacífica de los conflictos	Busca resolver los conflictos de forma no violenta.
	Poder personal	Los adolescentes sienten que tienen el control sobre las cosas que les ocurren.
	Autoestima	Muestra una alta autoestima.
	Objetivo vital	Reconoce que tiene un propósito en su vida.
	Visión positiva del futuro personal	Es optimista sobre su futuro personal.

Tabla Nº 07: Recursos Internos para el desarrollo

Fuente: (Scales & Leffert, 1999)

Los estudios llevados a cabo por el Search Institute muestran cómo aquellos adolescentes que gozan de un mayor número de recursos o activos presentan un desarrollo más saludable y positivo. Cuando estos activos no están presentes será menos probable ese desarrollo positivo y serán más frecuentes conductas problemáticas. (Scales & Leffert, 1999).

2.4. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

Asertividad.- Es una parte de las habilidades sociales, aquella que reúne las conductas y pensamientos que nos permiten defender los derechos de cada uno sin agredir ni ser agredido.

Autoconcepto.- Conjunto de características (físicas, intelectuales, afectivas, sociales) que conforman la imagen que el individuo tiene de sí mismo, este concepto de sí mismo no permanece estático a lo largo a lo largo de la vida, sino que se va desarrollando y construyendo gracias a la intervención de factores cognitivos y la interacción social a lo largo del desarrollo.

Clima Escolar.- Conjunto de actitudes generales hacia y desde el aula, de tareas formativas que se llevan a cabo por el profesor y los alumnos y que definen un modelo de relación humana en la misma; es resultado de un estilo de vida, de unas relaciones e interacciones creadas, de unos comportamientos, que configuran los propios miembros del aula.

Dinámica familiar.- Son las relaciones entre todos los integrantes de una familia. Estas relaciones son cambiantes y están sujetas a diversas influencias, las cuales pueden ser internas y/o externas.

Familia Nutridora.- Aquella en donde la comunicación es directa, clara, específica y sincera; sus integrantes tienen alta autoestima, establecen en su interior normas flexibles, humanas, apropiadas y sujetas a cambio, y existe una relación abierta y llena de confianza entre la familia y la sociedad en la que se establece.

Fortalezas Personales.- Se definen las fortalezas como aquellas características distintivas en las personas las cuales al ponerlas en práctica permite un desempeño superior y brindan un nivel alto de satisfacción y realización personal.

Hogar Autorizativo.- Que se sitúa en un punto intermedio entre lo autoritario y lo permisivo de modo que los padres intentan controlar la conducta de sus hijos a través de la reflexión y el diálogo, en lugar de la imposición, y conceden una autonomía supervisada a los hijos.

Locus de Control Interno.- Percepción del individuo que los eventos ocurren principalmente como efecto de sus propias acciones, es decir la percepción que él mismo controla su vida. Tal persona valora positivamente el esfuerzo, la habilidad y responsabilidad personal.

Moratoria psicosocial.- Se trata de un periodo de dilación durante el cual el individuo que aún no está listo para contraer obligaciones, dispone de tiempo para sí mismo.

Principio Epigenético.- Etapas propuestas por Erikson son epigenéticas; es decir, una etapa se desarrolla sobre otra en un patrón secuencial y jerárquico. En cada nivel sucesivo la personalidad humana se vuelve más compleja.

Proyecto de vida.- Conjunto de actividades coordinadas e interrelacionadas que buscan cumplir con un objetivo específico. En este sentido, podría decirse que un proyecto de vida es la dirección que una persona marca para su propia existencia.

Resiliencia.- Es la capacidad de afrontar la adversidad alcanzado un mayor equilibrio emocional frente a las situaciones de estrés, soportando mejor la presión obteniendo una sensación de control frente a los acontecimientos y mayor capacidad para afrontar retos.

Vulnerabilidad.- Cualidad de vulnerable (que es susceptible de ser lastimado o herido ya sea física o moralmente). El concepto puede aplicarse a una persona o a un grupo social según su capacidad para prevenir, resistir y sobreponerse de un impacto. Las personas vulnerables son aquellas que, por distintos motivos, no tienen desarrollada esta capacidad y que, por lo tanto, se encuentran en situación de riesgo.

Psicología Positiva.- La psicología positiva es una rama de la psicología de reciente aparición que busca comprender, a través de la investigación científica, los procesos que subyacen a las cualidades y emociones positivas del ser humano, durante tanto tiempo ignoradas por la psicología. El objeto de este interés es aportar nuevos conocimientos acerca de la psique humana no sólo para ayudar a resolver los problemas de salud mental que adolecen a los individuos, sino también para alcanzar

mejor calidad de vida y bienestar, todo ello sin apartarse nunca de la más rigurosa metodología científica propia de toda ciencia de la salud.

Yo.- Es la instancia psíquica a través de la cual el individuo se reconoce como yo y es consciente de su propia identidad. El Yo, por lo tanto, es el punto de referencia de los fenómenos físicos y media entre la realidad del mundo exterior, los ideales del superyó y los instintos del ello.

Objeto.- Se conceptualiza dentro del marco de las relaciones objetales de corrientes psicodinámicas. Los teóricos de las relaciones objetales afirman que, la construcción del objeto en la mente, es decir en el adentro, está integrada al concepto del exterior, o sea, se construye el objeto en el afuera simultáneamente. Así pues, la construcción del objeto se genera a través de la falta (necesidades como alimentación, tener frío o sueño), ya que al nacer se empieza a reaccionar tanto interna como externamente, de esta manera, las necesidades orgánicas ayudan a la formación del psiquismo, ya que los bebés asocian la satisfacción de la necesidad con la madre.

Carácter.- El concepto de carácter designa la forma individual que el componente afectivo-dinámico del comportamiento adopta en el hombre. Este término implica rasgos tal como aparecen en el fenotipo, es decir, en el individuo tal como se construye, progresivamente, bajo la influencia combinada de los factores hereditarios y de la acción de la experiencia personal y del medio.

Competencias cognitivas.- Son estrategias y destrezas adquiridas que se basan en experiencias y aprendizajes anteriores. Capacitan a la persona para realizar unas ejecuciones concretas y obtener unos rendimientos evaluables: capacidad de comprender, utilizar y analizar textos escritos para alcanzar los objetivos de la persona que lee, desarrollar sus conocimientos y posibilidades y participar en la sociedad.

Catarsis.- Sigmund Freud, iniciador del psicoanálisis, retomó este concepto en sus primeros trabajos, y denominaron método catártico a la expresión o remembranza de una emoción o recuerdo reprimido durante el tratamiento, lo que generaría un "desbloqueo" súbito de dicha emoción o recuerdo, pero con un impacto duradero (y le

permitiría luego al paciente, por ejemplo, entender mejor dicha emoción o evento o incluso hablar ampliamente sobre ello).

Extraversión.- Funciones mentales que implican una disposición personal encaminada a ser sociable, abierto y expresivo, lo contrario de ser tímido, reservado e inhibido.

Neuroticismo.- Es un rasgo psicológico relativamente estable y que define una parte de la personalidad, el cual conlleva, para quien puntúa alto en este rasgo: inestabilidad e inseguridad emocional, tasas elevadas de ansiedad, estado continuo de preocupación y tensión, con tendencia a la culpabilidad y generalmente unido a sintomatología psicósomática. Las personas afectadas suelen tener una percepción sesgada hacia acontecimientos negativos que les permitan continuar con sus preocupaciones y pensamientos negativos.

Insight.- Se puede traducir al español como "visión interna" o más genéricamente "percepción" o "entendimiento". Se usa para designar la comprensión de algo (este término fue introducido por la psicología Gestalt). Mediante un insight el sujeto "capta", "internaliza" o comprende, una "verdad" revelada. Puede ocurrir inesperadamente, luego de un trabajo profundo, simbólicamente, o mediante el empleo de diversas técnicas afines.

Psicoeducación.- La psicoeducación hace referencia a la educación o información que se ofrece a las personas que sufren de un trastorno psicológico, aunque este tipo de intervenciones psicológicas también incluyen el apoyo emocional, la resolución de problemas y otras técnicas. También están incluidos los miembros de la familia. La meta es que el paciente entienda y sea capaz de manejar la enfermedad que presenta. La teoría es, cuanto mejor conozca el paciente su propia enfermedad, mejor puede vivir con su condición.

Optimismo.- Puede definirse como una característica disposicional de personalidad que media entre los acontecimientos externos y la interpretación personal de los mismos. Es la tendencia a esperar que el futuro depare resultados favorables. El optimismo es el valor que nos ayuda a enfrentar las dificultades con buen ánimo y

perseverancia, descubriendo lo positivo que tienen las personas y las circunstancias, confiando en nuestras capacidades y posibilidades junto con la ayuda que podemos recibir.

Trastornos de la personalidad Comórbidos.- Se refiere a aquellos trastornos que aparecen en diagnósticos duales o coexistentes juntos con otros, debido a que funcionan como mediadores.

Ajuste Psicosocial.- Se define como el grado de adaptación que un individuo logra con respecto a su entorno social, en las diferentes áreas en las que se desenvuelve, dotándole de un dominio de su situación vital que incrementa su bienestar.

2.5. HIPÓTESIS Y VARIABLES

2.5.1. HIPÓTESIS

La aplicación de la Terapia del Bienestar contribuirá a mejorar los niveles de autoestima en los adolescentes de primero de Bachillerato en la Unidad Educativa Salesiana “Santo Tomas Apóstol Riobamba” durante el período marzo-agosto 2013.

2.5.2. VARIABLES

2.5.2.1. VARIABLE INDEPENDIENTE

Terapia del Bienestar.

2.5.2.2. VARIABLE DEPENDIENTE

Autoestima.

2.6. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLES	DEFINICIONES CONCEPTUALES	CATEGORÍAS	INDICADORES	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS
<p>VARIABLE INDEPENDIENTE</p> <p>Terapia del Bienestar</p>	<p>Es un programa de intervenciones positivas basado en la teoría del bienestar de Riff, que busca el reconocimiento de recuerdos de eventos positivos y en las dificultades que el paciente tiene para recordarlos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Programa de intervenciones positivas. 	<p>Autoaceptación</p> <p>Relaciones positivas</p> <p>Dominio del entorno</p> <p>Autonomía</p> <p>Propósito en la vida</p> <p>Crecimiento personal</p> <p>Disfrute de los momentos positivos</p>	<p>– Observación Clínica:</p> <ul style="list-style-type: none"> Ficha de Registro y Seguimiento Psicoterapéutico Diario de registro de episodios de bienestar
<p>VARIABLE DEPENDIENTE</p> <p>Autoestima</p>	<p>Es una evaluación personal sobre el desenvolvimiento en el contexto familiar, social, escolar y general, que el sujeto hace sobre sí mismo y que genera una apreciación global del individuo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Evaluación personal 	<p>Muy Baja</p> <p>Baja</p> <p>Media</p> <p>Alta</p> <p>Muy Alta</p>	<p>– Reactivo Psicológico:</p> <ul style="list-style-type: none"> Inventario de Autoestima de Coopersmith (Test y Retest)

CAPÍTULO III

3. MARCO METODOLÓGICO

3.1. MÉTODO

3.1.1. MÉTODO CIENTÍFICO

3.1.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN:

Descriptiva.- Es el tipo de investigación que identifica características del universo de investigación, señala conductas y actitudes, establece comportamientos concretos, descubre, comprueba y analiza las variables de investigación.

3.1.3. DISEÑO DE LA INVESTIGACION:

Cuasi Experimental.- Con este tipo de investigación se puede realizar una aproximación a los resultados de la investigación experimental en situaciones en las que no es posible el control y manipulación absoluta de las variables.

3.2. TIPO DE ESTUDIO:

Estudio de Tipo Transversal.- Mide la prevalencia de la exposición y del efecto en una muestra poblacional en un solo momento temporal; es decir, permite estimar la magnitud y distribución de una enfermedad o condición en un momento dado.

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.3.1. POBLACIÓN

El universo o población de estudio está constituido por un total de 166 adolescentes que se encuentran cursando el Primero de Bachillerato de la Unidad Educativa Salesiana “Santo Tomás Apóstol Riobamba” en el año lectivo 2012-2013.

3.3.2. MUESTRA

Se realizó un muestreo no probabilístico de tipo intencional por criterios, considerado una muestra de 11 adolescentes, 4 mujeres y 7 varones con edades comprendidas entre 15 a 16 años.

3.3.2.1. Inclusión:

- Adolescentes matriculados en el Primero de Bachillerato de la Unidad Educativa Salesiana “Santo Tomás Apóstol Riobamba” en el año lectivo 2012-2013
- Edad comprendida entre 15 y 16 años
- Puntuación en el Test de Coopersmith muy baja.
- Aceptación de participación en la investigación mediante consentimiento informado.
- Validación del Test y Retest de Coopersmith
- Culminación de las sesiones psicoterapéuticas

3.3.2.2. Exclusión:

- Adolescentes que no matriculados en el Primero de Bachillerato de la Unidad Educativa Salesiana “Santo Tomás Apóstol Riobamba” en el año lectivo 2012-2013
- Edad superior o inferior al rango de 15 a 16 años
- Puntuación baja, media, alta y muy alta en el Test de Coopersmith.
- No aceptación de participación en la investigación mediante consentimiento informado.
- Invalidación del Test y Retest de Coopersmith
- Culminación de las sesiones psicoterapéuticas

3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.4.1. TÉCNICAS

Ficha de Registro y Seguimiento Psicoterapéutico.- Técnica a aplicar para hacer la evaluación de los niveles óptimos y deficitarios del Bienestar Psicológico de los adolescentes con muy baja autoestima de la Unidad Educativa Salesiana “Santo Tomás Apóstol Riobamba” en el año lectivo 2012-2013. Anexo (1)

Diario de registro de episodios de bienestar.- Técnica en la que el paciente registra los episodios de bienestar que surgieron en el día, de esta manera los identifica y los evalúa, asociándolos con una emoción e identificando la creencia o el pensamiento disruptivo que evita el disfrute de estos momentos, para finalmente rebatir sus creencias irracionales que irrumpe el disfrute de sus episodios de bienestar. Anexo (2)

Observación Clínica.- La observación es el método básico usado por todos los modelos de psicología que tiene como objetivo previo la recogida de datos. Esto supone una conducta deliberada, es decir, una planificación de la observación con unos objetivos concretos que permitan recoger datos, hacer supuestos, etc. No existe manipulación, solo se trata de describir para analizar comportamientos.

3.4.2. INSTRUMENTOS.

Para la investigación se aplicó el siguiente instrumento:

- **Inventario de Autoestima de Coopersmith.** Anexo (3)

Fue desarrollado por Coopersmith, dirigido a poblaciones de los 14 años en adelante, su forma de aplicación es individual, en un período de tiempo entre 20 a 30 minutos. En el caso del presente estudio, evalúa la autoestima, considerándola como la resultante de la evaluación de las áreas (general, social, familiar y académica) de análisis estadístico antes y después de la aplicación de la Terapia del Bienestar, arrojando como dato final la autoestima global del sujeto, que se ve reflejada en cualquiera de las siguientes caracterizaciones: muy, alta, media, baja y muy baja. Además consta de una escala de mentira que incrementa la confiabilidad del test.

El inventario de autoestima de Coopersmith es un instrumento de auto-reporte de 58 ítems, dentro del mismo el sujeto lee una sentencia declarativa y luego decide si esa afirmación es “igual que yo” o “distinto a mí”. Cada ítem respondido en sentido positivo es computado con 2 puntos. Se suman los puntajes correspondientes a cada una de las escalas del Instrumento. Si el puntaje total obtenido resulta muy superior al promedio, ($T= 67$ o más), significaría que las respuestas del sujeto son poco confiables e invalidan la aplicación del inventario.

Con respecto a la validez del inventario, diversos estudios se han llevado a cabo para validarlo. Por ejemplo Kokenes (1978) comprobó la validez de la construcción de las subescalas propuestas por Coopersmith (1981) como medida de autoestima; además Roberson y Miller examinaron la de validez factorial, concluyendo que las escalas escolar, familiar, social y la escala de mentira están muy relacionadas.

3.5. TÉCNICAS PARA EL ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

3.5.1. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Los resultados que se obtengan del instrumentos aplicado para la recolección de datos, se interpretará estadísticamente mediante un conjunto de cuadros y medidas, con porcentajes calculados, los cuales se los representaran gráficamente de forma ordenada que nos permita su análisis. Al final de la investigación se formularán las conclusiones y sugerencias para mejorar la problemática de la muy baja autoestima de los adolescentes de Bachillerato de la Unidad Educativa Salesiana “Santo Tomas Apóstol Riobamba”.

3.5.2.- ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Cuadro N° 01: Resultados del Test de Autoestima de Coopersmith en el Área Global de la Población

INDICADOR	CANTIDAD	PORCENTAJE
MUY BAJA	26	16%
BAJA	21	13%
MEDIA	28	17%
ALTA	28	17%
MUY ALTA	38	23%
INVALIDOS	25	15%
TOTAL	166	100%



Fuente: Estudiantes de Primero de Bachillerato de la U.E.S.T.A.R.

Elaborado por: Fabricio Espín y Mirian Sisa

Análisis: Se aplicó el Test de Coopersmith a 166 estudiantes de Primero de Bachillerato, obteniendo como resultado que: 23% muestra una autoestima Muy Alta, el 17% muestra una autoestima Alta, el 17% muestra una autoestima Media, el 17% muestra una autoestima Baja, el 16% muestra una autoestima Muy Baja, y finalmente el 15% obtuvieron puntuaciones altas en la escala de Mentira o puntuaciones superiores a $T=67$, lo que invalida su Test. Lo cual indica que 4 de cada 10 estudiantes muestran relaciones positivas con su ambiente social, caracterizadas por el liderazgo

y expresividad, tienen objetivos claros y se ven a sí mismos en continuo progreso. Existe un grupo vulnerable que corresponde a aquellos individuos que muestran una autoestima media, ya que tienen una mezcla de comportamientos tanto funcionales como disfuncionales, y se ven expuestos a la presión social y a su inseguridad, y finalmente 1 de cada 3 estudiantes presentan niveles deficitarios de autoestima, teniendo esto relación con bajos niveles de bienestar psicológico (Judge, Locke, Durham, & Kluger, 1998).

Cuadro N° 02: Aceptación de participar en las sesiones de Terapia del Bienestar

INDICADOR	CANTIDAD	PORCENTAJE
Acepta	11	42%
No acepta	15	58%
TOTAL	26	100%

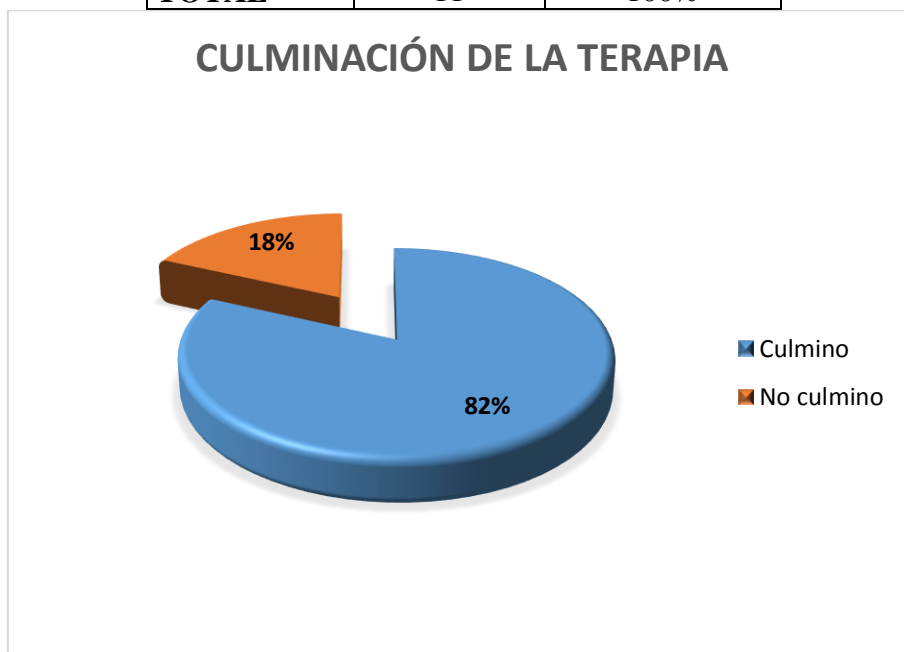


Fuente: Estudiantes de Primero de Bachillerato de la U.E.S.T.A.R.
Elaborado por: Fabricio Espín y Mirian Sisa

Análisis: El 58% no aceptó asistir a las sesiones de Terapia del Bienestar, mientras que el 42% decidió ser parte del estudio. De los adolescentes que decidieron no asistir a las sesiones psicoterapéuticas, a pesar de que mostraban indicios de poseer muy baja autoestima, se plantearon justificaciones diversas, como la falta de tiempo, falta de autorización parental y apatía frente a los resultados obtenidos, además se pudo observar cierta etiquetación ante el constructo social de la labor que realiza un psicólogo y la etiquetación que recibe el paciente, como muestra del efecto de los modelos culturales nocivos que influyen en el desarrollo del adolescente. Los adolescentes que decidieron asistir a las sesiones programadas mostraban señales de tener conciencia del estado de su autoestima y de su influencia negativa en múltiples áreas de su vida, además manifestaban apertura a nuevas propuestas que podrían ser beneficiosas para ellos.

Cuadro N° 03: Culminación de la Terapia del Bienestar

INDICADOR	CANTIDAD	PORCENTAJE
Culmino	9	82%
No culmino	2	18%
TOTAL	11	100%



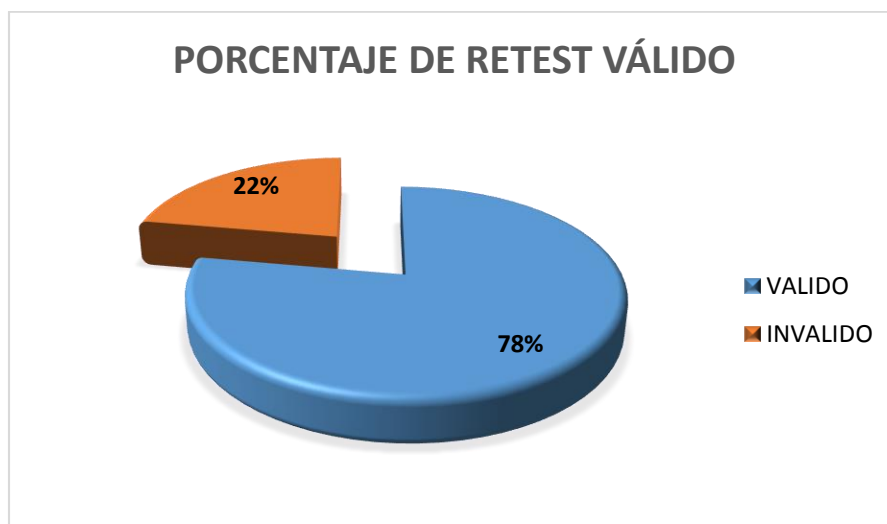
Fuente: Estudiantes de Primero de Bachillerato de la U.E.S.T.A.R.

Elaborado por: Fabricio Espín y Mirian Sisa

Análisis: De los 11 estudiantes que participaron en el estudio, el 18%, es decir 2 sujetos no concluyeron, el uno debido a conflictos familiares, que se vieron reflejados en la negativa a seguir asistiendo, a pesar del deseo de hacerlo, y el otro debido al cambio de establecimiento educativo, causado por problemas en el rendimiento académico; sin ser la terapia, una variable que influyó en el abandono de la misma. El 82% concluyó con el proceso, lo que demuestra que la terapia aplicada influye en que el paciente se mantenga desde el inicio hasta el final de las sesiones psicoterapéuticas.

Cuadro N° 04: Porcentaje De Retests de Autoestima de Coopersmith Válidos

INDICADOR	CANTIDAD	PORCENTAJE
VÁLIDO	7	78%
INVÁLIDO	2	22%
TOTAL	9	100%

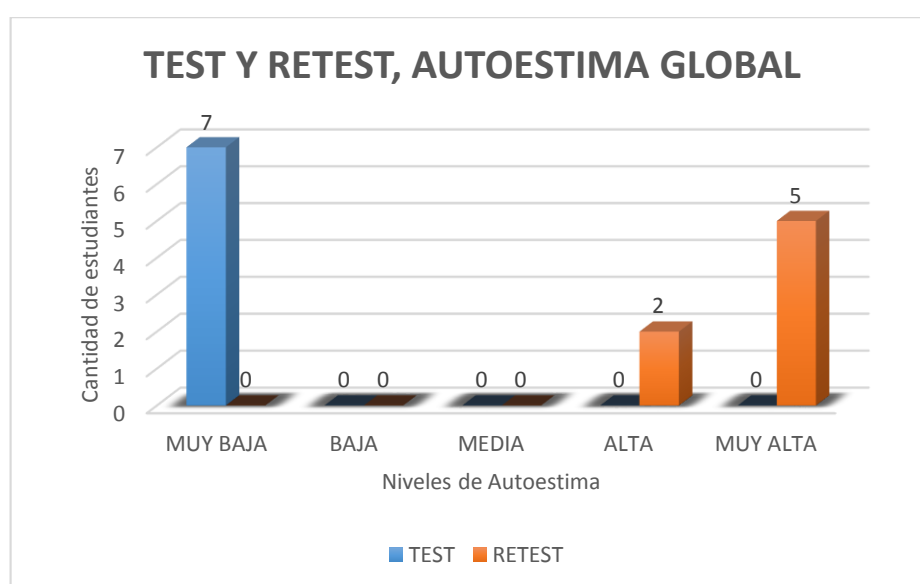


Fuente: Estudiantes de Primero de Bachillerato de la U.E.S.T.A.R.
Elaborado por: Fabricio Espín y Mirian Sisa

Análisis: Al realizar el Retest de los sujetos que concluyeron el estudio, 2 adolescentes equivalente al 22% obtuvieron puntuaciones altas en la escala de mentira del Test de Coopersmith, lo que invalida su información; reflejando una actitud positiva artificial hacia sí mismos y hacia el mundo, como respuesta a la preocupación constante acerca de la crítica y el temor de provocar el enfado de los demás, estos comportamiento son característicos de los individuos con Baja autoestima (Cooperrsmith, 1995); lo que indica que el terapeuta debe estar atento a las señales de falso progreso personal; mientras que 7 adolescentes que equivale al 78% obtuvieron puntuaciones bajas o nulas en la escala de mentira del Test de Coopersmith, lo que valida su información.

Cuadro N° 05: Test y Retest de Autoestima de Coopersmith, Autoestima Global

INDICADOR	TEST	PORCENTAJE	RETEST	PORCENTAJE
MUY BAJA	7	100%	0	0%
BAJA	0	0%	0	0%
MEDIA	0	0%	0	0%
ALTA	0	0%	2	29%
MUY ALTA	0	0%	5	71%
TOTAL	7	100%	7	100%



Fuente: Estudiantes de Primero de Bachillerato de la U.E.S.T.A.R.

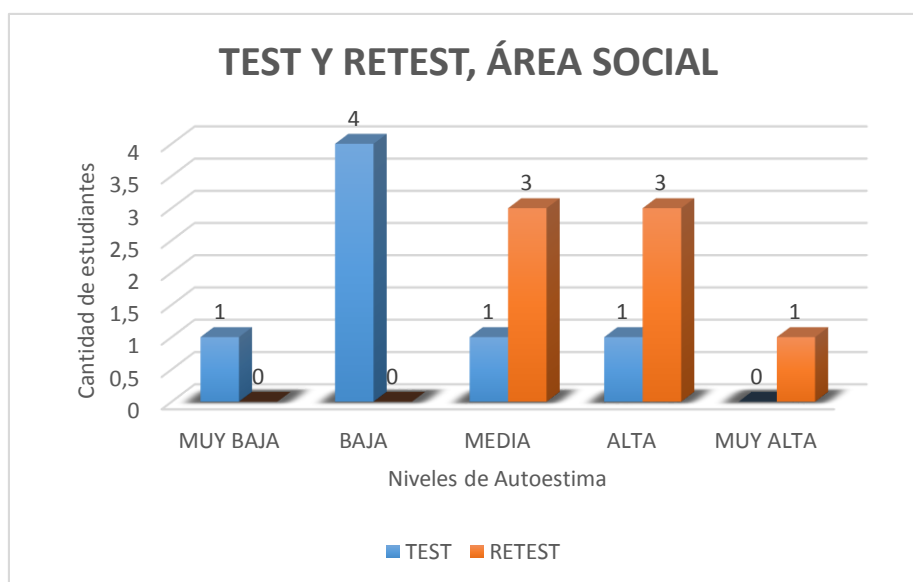
Elaborado por: Fabricio Espín y Mirian Sisa

Análisis: De los sujetos que concluyeron el proceso y que validaron su retest; la calificación Muy Baja, disminuyó del 100% al 0%; la calificación Baja, se mantiene en un 0%; la calificación Media, también se mantiene en un 0%; la calificación Alta, incremento del 0% al 29%; y la calificación Muy Alta incremento del 0% al 71%. Este resultado arroja una correlación significativa entre el bienestar psicológico y la autoestima (Judge, Locke, Durham, & Kluger, 1998), mostrándose directamente proporcionales. La intervención terapéutica en las áreas del bienestar psicológico y la reestructuración cognitiva para lograr el disfrute de los eventos positivos diarios, influyen satisfactoriamente en los indicadores deficitarios de la autoestima. El trabajo en cuanto al control ambiental y las relaciones positivas con los demás, sobretodo en la capacidad de crear y elegir contextos favorables y la capacidad de empatía, afecto e

intimidad, (Ryff C. , 1995), influye en los rasgos afectivos del adolescente con respecto a su entorno, (Craighead, McHale, & Poper, 2001) creando relaciones cálidas y estrechas con otros. El nivel de motivación, es clave para la variación de los niveles de autoestima (Craighead, McHale, & Poper, 2001), en este sentido, el crecimiento personal y el propósito en la vida, repercuten en la voluntad del sujeto para llevar a cabo acciones dirigidas hacia un objetivo, generando en él, una constante evolución, apreciando sus potencialidades personales, abriéndose a nuevas experiencias y planteándose un propósito en la vida con objetivos realistas (Ryff & Keyes, 1995). En cuanto a las conductas anticipatorias (Craighead, McHale, & Poper, 2001), son susceptibles de modificación al trabajar en la actitud positiva hacia uno mismo, al aceptar aspectos positivos y negativos sobre sí mismo, y al aprender a sacar provecho de las oportunidades (Ryff & Keyes, 1995).

Cuadro N° 06: Test y Retest de Autoestima de Coopersmith, Área Social

INDICADOR	TEST	PORCENTAJE	RETEST	PORCENTAJE
MUY BAJA	1	14%	0	0%
BAJA	4	57%	0	0%
MEDIA	1	14%	3	43%
ALTA	1	14%	3	43%
MUY ALTA	0	0%	1	14%
TOTAL	7	100%	7	100%

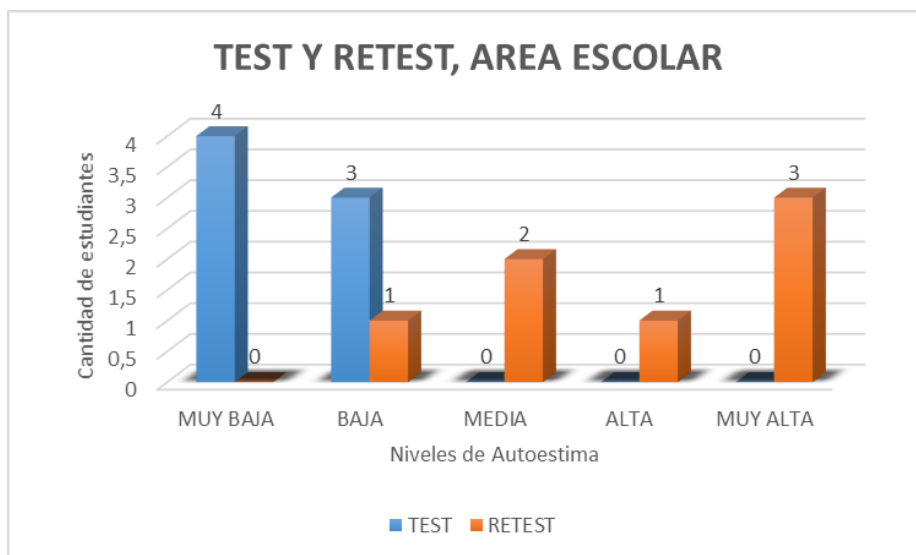


Fuente: Estudiantes de Primero de Bachillerato de la U.E.S.T.A.R.
Elaborado por: Fabricio Espín y Mirian Sisa

Análisis: De los sujetos que concluyeron el proceso y que validaron su retest; la calificación Muy Baja, disminuyó del 14% al 0%; la calificación Baja, disminuyó del 57% al 0%; la calificación Media, incremento del 14% al 43%; al igual que calificación Alta, y la calificación Muy Alta, incremento del 0% al 14%. Se evidencia que la Terapia del Bienestar influye en la desaparición de niveles exclusivamente deficitarios en esta área de la autoestima de los adolescentes, desarrollando la capacidad de aceptar críticas y aproximándose a comportamientos de personas con Alta autoestima, sin embargo presentan tendencia a sentirse inseguros en las estimaciones de su valía personal. Finalmente el grupo más representativo logra seguridad, afectividad y eficacia en sus relaciones interpersonales, demostrando habilidades de comunicación.

Cuadro N° 07: Test y Retest de Autoestima de Coopersmith, Área Escolar

INDICADOR	TEST	PORCENTAJE	RETEST	PORCENTAJE
MUY BAJA	4	57%	0	0%
BAJA	3	43%	1	14%
MEDIA	0	0%	2	29%
ALTA	0	0%	1	14%
MUY ALTA	0	0%	3	43%
TOTAL	7	100%	7	100%



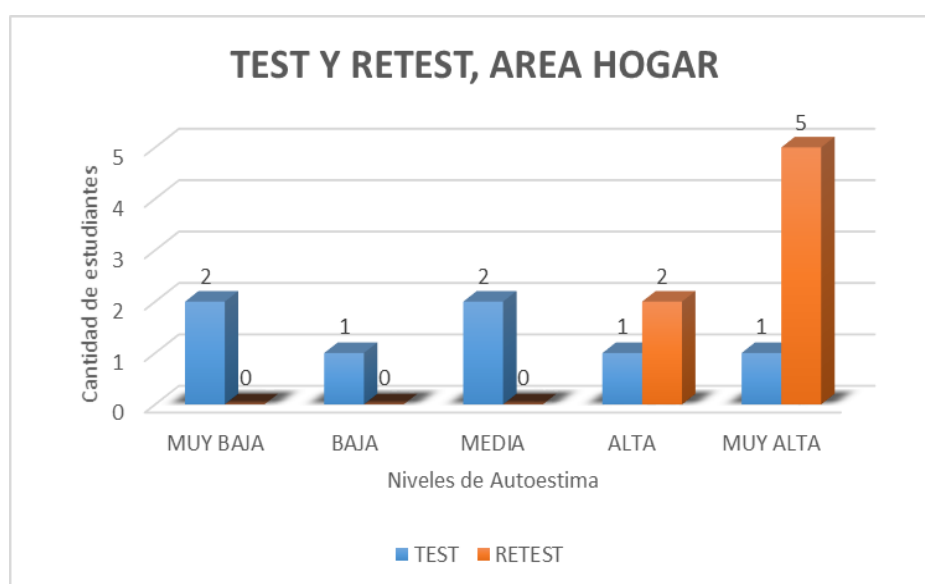
Fuente: Estudiantes de Primero de Bachillerato de la U.E.S.T.A.R.

Elaborado por: Fabricio Espín y Mirian Sisa

Análisis: De los sujetos que concluyeron el proceso y que validaron su retest; la calificación Muy Baja, disminuyó del 57% al 0%; la calificación Baja, disminuyó del 43% al 14%; la calificación Media, incremento del 0% al 29%; la calificación Alta, incremento del 0% al 14%; y la calificación Muy Alta incremento del 0% al 43%. Estudios anteriores muestran que el bienestar se correlaciona débilmente con el ámbito escolar, y que las relaciones entre iguales, como las del colegio se sitúan en un punto medio (Dew & Scott, 2002). Sin embargo los resultados demuestran un progreso relativamente aceptable, en cuanto a la autoestima en ésta área, a pesar de que el trabajo de terapéutico no se centra directamente en el aspecto académico. Por otro lado se evidencia que el porcentaje que logra un mayor progreso en el área académica es significativo, esto puede darse debido a que durante las sesiones se logra establecer metas u objetivo de vida (Ryff & Keyes, 1995), que en algunas ocasiones contemplan logros de tipo universitario y profesional.

Cuadro N° 08: Test y Retest de Autoestima de Coopersmith, Área Hogar

INDICADOR	TEST	PORCENTAJE	RETEST	PORCENTAJE
MUY BAJA	2	29%	0	0%
BAJA	1	14%	0	0%
MEDIA	2	29%	0	0%
ALTA	1	14%	2	29%
MUY ALTA	1	14%	5	71%
TOTAL	7	100%	7	100%



Fuente: Estudiantes de Primero de Bachillerato de la U.E.S.T.A.R.

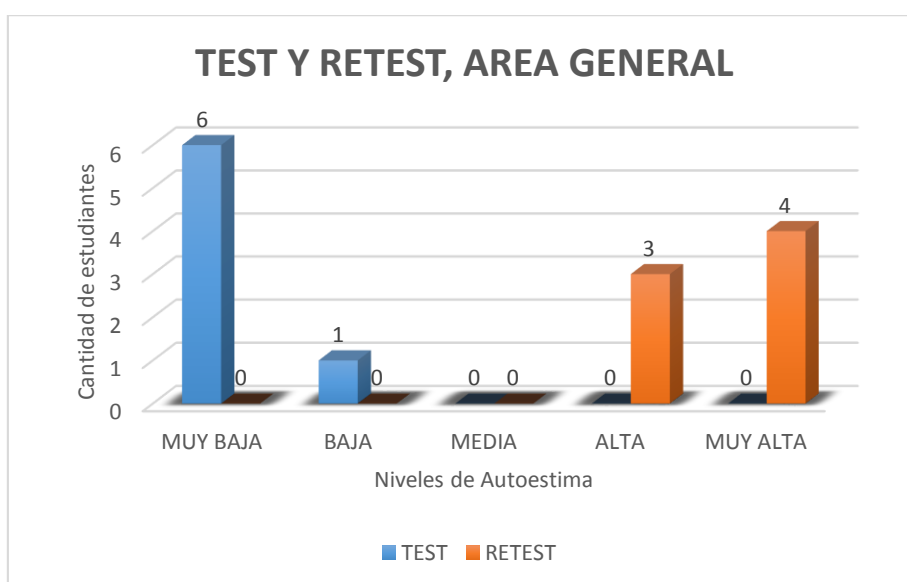
Elaborado por: Fabricio Espín y Mirian Sisa

Análisis: De los sujetos que concluyeron el proceso y que validaron su retest; la calificación Muy Baja, disminuyó del 29% al 0%; la calificación Baja, disminuyó del 14% al 0%; la calificación Media, disminuyó del 29% al 0%; la calificación Alta, incremento del 14% al 29%; y la calificación Muy Alta incremento del 14% al 71%. Resultados anteriores señalan que las relaciones con los padres resultan ser el correlato más fuerte entre el bienestar y la autoestima (Dew & Scott, 2002), esto se pone de manifiesto en que los pacientes alcanzaron un nivel óptimo en cuanto a las relaciones familiares, debido a que en la mayoría de las áreas del bienestar se trabajan aspectos que influyen comportamientos que son importantes en el hogar, como la empatía, la preocupación por los demás, la valoración positiva del pasado, la regulación de su conducta desde dentro, la capacidad de resistir presiones sociales, la sensación de que

el pasado y el presente tienen sentido y la capacidad de crear y elegir contextos, (Ryff & Keyes, 1995) además mediante la reestructuración cognitiva se logra una actitud positiva frente a los acontecimientos del diario vivir dentro la familia. Finalmente, se puede decir que los padres siguen representando la mayor influencia en la vida de sus hijos adolescentes (Gonzalez, Casullo, Montoya, & Bernabéu, 2002).

Cuadro N° 9: Test y Retest Autoestima de Coopersmith, Área General

INDICADOR	TEST	PORCENTAJE	RETEST	PORCENTAJE
MUY BAJA	6	86%	0	0%
BAJA	1	14%	0	0%
MEDIA	0	0%	0	0%
ALTA	0	0%	3	43%
MUY ALTA	0	0%	4	57%
TOTAL	7	100%	7	100%



Fuente: Estudiantes de Primero de Bachillerato de la U.E.S.T.A.R.

Elaborado por: Fabricio Espín y Mirian Sisa

Análisis: De los sujetos que concluyeron el proceso y que validaron su retest; la calificación Muy Baja, disminuyó del 86% al 0%; al igual que la calificación Baja, la calificación Media, se mantiene en un 0%; la calificación Alta, incremento del 0% al 43%; y la calificación Muy Alta incremento del 0% al 57%. Básicamente las cualidades, fortalezas, virtudes y habilidades personales se trabajan desde la visión positiva del individuo de la Terapia del Bienestar, y éstas son fundamentales para la evaluación del área general del instrumento aplicado en el presente estudio. Además al realizar un trabajo terapéutico basado en la búsqueda de la autoaceptación del individuo, comenzando por lograr una actitud positiva hacia sí mismo, la aceptación de aspectos positivos y negativos, y alcanzando una valoración positiva del pasado

(Ryff & Keyes, 1995), se logra una buena imagen de sí mismo, tanto corporal como psíquica.

3.5.3. COMPROBACIÓN DE LAS HIPOTESIS

Mediante la evaluación con el Test de Coopersmith (Test y Retest), la observación clínica registrada en la hoja de seguimiento psicoterapéutico, el rebatimiento de creencias irracionales o pensamientos disruptivos lograda mediante las hojas de autoregistro de episodios de bienestar, y el desarrollo de las áreas del bienestar propuestas por Ryff, mediante una terapia breve, directiva, cognitiva y; se pudo comprobar la hipótesis planteada en el presente trabajo investigativo que puntualiza: “La aplicación pertinente de la Terapia del Bienestar contribuirá al logro de niveles adecuados de autoestima en los adolescentes de primer año de bachillerato en la Unidad Educativa Salesiana “Santo Tomas Apóstol Riobamba” durante el período marzo-agosto 2013”. Esto se ve reflejado en el descenso porcentual de la Muy Baja autoestima de un 100% a un 0%, respectivamente; y posicionándolos en un nivel óptimo de funcionamiento, siendo un 29% que muestran una autoestima Alta, y un 71% con autoestima Muy Alta. De esta manera se ha logrado mejorar la autoestima, como medida correlacional del bienestar psicológico, mediante el entrenamiento en el disfrute de episodios de bienestar, tales como las interacciones positivas en el grupo de iguales, además en el incremento de los niveles de aspiraciones personales y en relación a la satisfacción vital global, evidenciando así la ausencia de niveles deficitarios de la autoestima de los adolescentes.

CAPÍTULO IV

4.1. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Después de haber realizado el presente proyecto de tesis se ha llegado a definir las siguientes conclusiones y recomendaciones.

4.1.1. CONCLUSIONES

1. La aplicación pertinente de la Terapia del Bienestar influyó positivamente en la autoestima y el bienestar de los adolescentes, generando una variación desde niveles deficitarios hacia niveles más óptimos de funcionamiento.
2. Después de la aplicación del Test de Autoestima de Coopersmith a la población seleccionada, se pudo determinar que el 16% de los adolescentes sufren de muy baja autoestima, dificultando la experimentación de niveles adecuados de bienestar.
3. La metodología propuesta por la Terapia del Bienestar logró que el paciente se involucre satisfactoriamente en el proceso terapéutico y, de esta manera, concluya con todas las sesiones establecidas.
4. Se pudo evidenciar que en el área escolar y en el área social, la Terapia del Bienestar logró menores resultados, debido a que su influencia es leve, ya que no se trabaja directamente con el aspecto académico y las relaciones sociales muestran una correlación mediana con respecto al bienestar. A pesar de esto se obtuvo resultados relativamente favorables con respecto a éstas áreas, ya que de un 71% con baja y muy baja autoestima en el área escolar disminuyó a 14%, y un 71%, en el mismo rango, disminuyó a 0% en el área social.
5. La mayor influencia percibida de la Terapia del Bienestar se reflejó en el área Familiar y en el área General, logrando relaciones estrechas y cálidas, basadas en la empatía, afecto e intimidad en el hogar, ya que de un 72% con un nivel deficitario, luego de la aplicación de la terapia, se logró un 100% con un nivel óptimo en ésta área, y con respecto a su autoevaluación en el aspecto físico y psíquico, alcanzando una actitud positiva hacia sí

mismo, aceptando aspectos positivos como negativos y, valorando positivamente su pasado, todo esto demostrado en la transición de un 100% con nivel deficitario a un 100% con nivel óptimo de autoestima en ésta área.

6. La Terapia del Bienestar, al trabajar con las áreas del bienestar y la satisfacción vital del paciente, constructos correlacionados con la autoestima, demostró ser sumamente adecuada en el contexto alrededor del adolescente.

4.1.2. RECOMENDACIONES

1. Al ser la adolescencia la etapa de consolidación de la identidad personal, en la que influye mayoritariamente la autoestima, entendida como una autoevaluación de fortalezas y debilidades, es necesario que los adolescentes experimenten niveles óptimos de bienestar que, como ha quedado demostrado en estudios anteriores, les sirvan de escudo protector ante eventos adversos durante las siguientes etapas de su vida.
2. Es necesario poner énfasis respecto a la funcionalidad positiva, es decir, en las fortalezas personales, en la vivencia de emociones positivas, en el optimismo, y en otros temas abordados por la Psicología Positiva, logrando así un modelo integral de salud mental, más allá la ausencia de enfermedad.
3. Trabajar en una reconceptualización sobre el verdadero rol del psicólogo, que permita la eliminación de ciertas etiquetaciones sobre paciente y terapeuta, que impiden la aceptación de la terapia por los miembros que conforman la sociedad, obstaculizando su desarrollo íntegro.
4. A pesar de que los adolescentes buscan ampliar sus relaciones sociales más allá del núcleo familiar, buscando independencia, sigue siendo el hogar el lugar donde se consolida la autoestima y el bienestar, por lo que es indispensable que los padres propicien un ambiente de crecimiento personal, que involucre la identificación y desarrollo de potencialidades y fortalezas, para así romper el esquema de una adolescencia llena de conflictividad.

5. La Espiritualidad Juvenil Salesiana, trabaja ámbitos tanto del bienestar subjetivo, como del bienestar psicológico de los adolescentes, por lo que su modelo educativo resulta un ambiente de desarrollo de potencialidades, pero su alcance resulta limitado por el número de estudiantes, por lo que se recomienda la promoción de espacios grupales saludables que influirán tanto en la autoestima como en el bienestar de los adolescentes.

BIBLIOGRAFÍA

Adrián, J., & Rangel, E. (14 de 03 de 2007). La transición adolescente. Obtenido de: <http://www3.uji.es/~betoret/Instruccion/e%20y%20DPersonalidad/Curso%20113/Apuntes%20Tema%201%20La%20transicion%20adolescente%20y%20la%20educacion.pdf>

Ajuariaguerra. (1993). Manual de Psiquiatría Infantil. Barcelona: Masson, S.A.

Albee. (1980). A competency model to replace the defect model. En M. Gibbs, J. Lachenmeyer, & J. Sigal, *Community Psychology: Theoretical and empirical approaches* (págs. 213-238). New York: Gardner.

Aliño, & Pineda. (23 de 08 de 2000). Infomed, Red de Salud de Cuba. Obtenido de http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/prevemi/capitulo_i_el_concepto_de_adolescencia.pdf

Alvarez, F. (2000). Alcohol y accidentes de tráfico: ¿Hemos progresado en esto últimos 25 años? *Revista española de drogodependencias*, 377-384.

Anguas, A. (2000). El bienestar subjetivo en la cultura mexicana. México: UNAM, México.

Arnett, J. (1999). Adolescent storm and stress, reconsidered. *American Psychologists*, 317-326.

Arón, A., & Milicic, N. (12 de 06 de 2004). Educación Emocional. Obtenido de <http://educacionemocional.cl/documentos/escuela011.pdf>

Aspinwall, L., & Taylor, S. (1992). Modeling cognitive adaptation: A longitudinal investigation of the impact of individual differences and coping on collage adjustment of performance. *Journal of personality and Social Psychology*, 989-103.

Ávila, A. (18 de 10 de 2012). Universidad de Cuenca. Obtenido de <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/3925/1/doi893.pdf>

Bandura, A. (1987). *Teoría del Aprendizaje Social*. Madrid: Espasa-Calpe.

Barra, E. (2011). Influencia de la autoestima y del apoyo social percibido sobre el bienestar psicológico de estudiantes universitarios chilenos. *Diversitas: Perspectivas en psicología*.

Barroso, M. (2000). Autoestima, ecología y catástrofe. Caracas: Editorial Galac S.A.

- Beck, A. (1987). Cognitive models of depression. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 5-37.
- Benson, P. L., Scales, P. C., Hamilton, S. F., & Sesman, A. (2006). *Positive Youth Development: Theory, research and applications*. New Jersey: Wiley.
- Betancourth, A. (2008). El suicidio en el Ecuador: Un fenómeno en ascenso. *FlacsoEcuador*, 4-9.
- Brofenbrenner. (1987). *La ecología del desarrollo humano*. Barcelona: Paidós.
- Bronfenbrenner, & Ceci. (1994). Nature-nurture reconceptualized in developmental perspective: A bioecological model.
- Brook-Gunn, J., Graber, J., & Paikoff, R. (1994). Studying links between hormones and negative affects: Model and measures. *Journal of Research on adolescence*, 469-486.
- Bryant, F., & Veroff, J. (1982). The structure of psychological Well-Being: A sociohistorical analysis. *Journal of personality and social psychology*, 543-673.
- Burak, D. (2001). Adolescencia y juventud: Viejos y nuevos desafíos en los albores del nuevo milenio. En D. Burak, *Adolescencia y juventud en América Latina* (págs. 23-39). Cartago: Libro Universitario Regional.
- Buss, D. (2000). *The evolution of happiness*, *American Psychologist*. New York.
- Calvo, A., Gonzáles, R., & Martorrel, M. (2001). Variables relacionadas con la conducta prosocial en la adolescencia: personalidad, autoconcepto, y género. *Infancia y Aprendizaje*, 95- 111.
- Campbell, A. (1981). *The sense of Well-Being in America: Recent Patterns and trends*. New York: McGraw Hill.
- Castillo, C. (2000). *Autoestima*. Buenos Aires: Editorial de la Palma.
- Castro, A. (2002). Investigaciones argentinas sobre el bienestar psicológico. En M. Casullo, *Cuadernos de evaluación psicológico. Evaluación del bienestar psicológico en Iberoamérica*. Buenos Aires: Paidós.
- Casullo, M. (2002). Evolución del Bienestar Psicológico. En M. Casullo, *Cuadernos de Evolución Psicológica. Evaluación del bienestar Psicológico en Iberoamérica* . Buenos Aires: Paidós.

- Chamberlain, K. (1988). On the structure of Subjective Well-Being. *Social indicators research*, 581-604.
- Cloninger, C. (2006). The science of Well-Being: An integrate approach to mental health and its disorders. *World Psychiatry*, 71-76.
- Cloninger, S. (2003). *Teorías de la personalidad*. México: Prentice Hall.
- Cohen, S., & Syme, S. (1985). *Social Support and health*. New York: Academic Press.
- Coleman, H. (2003). *Psicología de la Adolescencia (Cuarta ed.)*. Madrid: Morata.
- Collins, W., & Laursen, B. (2004). Parents-Adolescence relationships and influence. En R. Lerner, & L. Steinberg, *Handbook of Adolescents psychology* (págs. 331-361). New Jersey: Willey.
- Collins, W., Laursen, B., Luebker, C., & Ferreira, M. (1997). Conflict processes and transitions in parents and peer relationships: Implications for authonomy and regulation. *Journal of adolescence Research*, 178-198.
- Cooperrsmith, S. (1995). *The Antecedents of Self Esteem Consulting*. Washington: Psychologist Press.
- Cortez de Aragón, L. (1999). *Autoestima, comprensión y práctica*. San Pablo.
- Craighead, E., McHale, S., & Poper, A. (2001). *Desarrollo de la Autoestima y la Conciencia Moral en las Contradicciones de la Sociedad Contemporánea*. Madrid.
- Cruz, M., Maganto, C., Montoya, I., & González, R. (2002). Escala de Bienestar Psicológico para adolescentes. Resultados españoles. En M. Casullo, *Cuadernos de evaluación psicológica. Evaluación del bienestar psicológico en Iberoamérica*. Buenos Aires: Paidós.
- Csikszentmihalyi, M. (1997). *Finding Flow: The psychology of engagement with everyday life*. New York: Basic Book.
- Csikszentmihalyi, M. (2005). *Fluir (Flow): Una psicología de la felicidad*. Barcelona: Kairós.
- Cummins, R., McCabe, M., Romeo, Y., & Gullone, E. (1994). The comprehensive quality of life scale: Instrument development and psychometric evaluation on therapy staff and student. *Educational Psychological Measurement*, 372-382.
- D.O.B.E. (2011). *Informe de casos atendidos en diferentes aspectos durante el año lectivo 2010-2011*. Riobamba.

- D.O.B.E. (2013). Riobamba.
- Dew, S., & Scott, E. (2002). La calidad de vida percibida en los adoelscentes: Una investigacion exploratoria. Universidad de Carolina del Sur.
- Diener, E. (1984). Subjective Well-Being. *Psychological Bulletin*, 542-575.
- Diener, E., Suh, E., & Lucas, R. (1999). Subjective Well-Being: Three decades of progress. *Psychologycal Bulletin*, 276-302.
- Downing, E., Getstorttir, S., Anderson, P., Von Eye, A., Almerigi, J., & Lerner, R. (2004). Structure relations among spirituality reliogisity and thriving in adolescence. *Applied Developmental Science*, 7,8-16.
- Eid, M. (2008). *The science of subjective Well-Being*. New York: Guilford Press.
- Emmons, R. (2003). Personal goals, life meainig and virtue: wellsprings of a positive life. En C. Keyes, & J. Haidt, *Flourishing: the positive person and good life* (págs. 105-128). washinton: American psychological association.
- Erickson, S., & Feldstein, S. (2007). Adolescent Humor and relationship coing, defense atrategies, psychological distress and Well-Being. *Child Psychiatry and human development*, 255-271.
- Erikson, E. (1971). *Identidad, juventud y crisis*. Buenos Aires: Paidós.
- Erikson, E. (2000). *El ciclo de vida completo*. Madrid: Paídos.
- Erikson, E. (2004). *Sociedad y adolescencia*. México: Siglo XXI Editores.
- Estevez, E., Musitu, G., & Jiménez, T. (2007). *Relaciones entre padres e hijos adolescentes*. Valencia: Ediciones Nau Libres.
- Faour, N. (12 de 08 de 2010). Universidad Abierta Interamericana. Obtenido de <http://imgbiblio.vaneduc.edu.ar/fulltext/files/TC104445.pdf>
- Farrel, A. (1993). Risks factor for drug use in urben adolescents. *Journal of Drugs Issues*, 443-462.
- Fava, G., & Ruini, C. (2003). Development and Characteristic of a Well-Being enhanching psychoterapeutic strategy: Well- Being Therapy. *Journal of behavior therapy ad experimental psychiatry*, 45-63.
- Fava, G., & Ruini, C. (2013). Polaridades del Bienestar Psicológico. *Terapia Psicológica*, 36-49.

- Fava, G., Ruini, C., Rafanelli, C., Finos, L., Salmaso, L., Mangelli, L., & Sirigatti, S. (2005). Well-Being Therapy of generalized anxiety disorder. *psychotherapy and Psychosomatics*, 26-30.
- Fiske, J. (1989). *Understanding Popular Culture*. Boston: Unwin Hyman.
- Flanagan, C., Gill, S., & Galloway, L. (2005). Social participation and social trust in adolescence: The importance of heterogeneous encounters. En A. Omoto, *Processes of community change and social action* (págs. 149-166). Erlbaum.
- Fredrickson, B. (2009). *Positivity*. New York: Crown.
- Freud, S. (1996). *Tres ensayos sobre la Teoría de la Sexualidad* (Vol. VII). Madrid: Amorrortu Editores.
- Froh, J., Sefick, W., & Emmons, R. (2008). Counting blessings in early adolescents: an experimental study of gratitude and subjective Well-Being. *Journal of School Psychology*, 213-233.
- Garaigordobil, M. (2006). Psychopathological Symptoms, social skills and personality traits: A study with adolescents. *The Spanish Journal of Psychology*, 182-192.
- García, E., Méndez, E., García, P., & Rico, R. (2010). Influencia del sexo y del género en el comportamiento sexual de la población adolescente. *Psicothema*, 606-612.
- García, M. (2002). El bienestar subjetivo. *Escritos de Psicología*, 18-39.
- Giménez, M. (2010). *La medida de las fortalezas psicológicas en adolescentes (VIA Y): relación con el clima familiar, psicopatología y bienestar psicológico*. Madrid: Universidad Complutense de Madrid.
- González, R., Casullo, M., Montoya, I., & Bernabéu, J. (2002). Relación entre estilos y estrategias de afrontamiento y bienestar psicológico en adolescentes. *Psicothema*, 363-368.
- Gottman, J., & Silver, N. (1999). *The seven principles for making marriage work*. Three River Press.
- Gracia, E., Herrero, J., & Musitu, G. (1995). *El apoyo social*. Barcelona: PPU.
- Graham, S. (2006). Peer victimization in the school: exploring the ethnic context. *Current directions in psychological Science*, 317-321.
- GTRM Chile. (2003). *Guía para dirigentes de la rama caminantes*. Santiago.

- Guterman, N., Hahm, H., & Cameron, M. (2002). Adolescent victimization and subsequent use of mental health counselling services. *Journal of Adolescent Health*, 336-345.
- Gutiérrez, D. (1985). *Dinámica familiar y patología*. México: Prensa Medica.
- Harding, S. (1982). Psychological Well-Being in Great Britain: An evaluation of the Bradburn Affect Balance Scale. *Personality and Individual Differences*, 645-647.
- Harker, L., & Keltner, D. (2001). Expression of positive emotion in women's college yearbook pictures and their relationships to personality and life of outcomes across adulthood. *Journal of Personality and Social Psychology*, 112-124.
- Hazan, C. (2004). Love. En C. Peterson, & M. Seligman, *Character Strengths and virtues: a handbook and classification* (pág. 303). Washington: American Psychological Association and Oxford University Press.
- Headey, B., Holmstrom, E., & Wearing, A. (1985). Models of Well-Being and Ill-Being. *Social Indicators Research*, 211-234.
- Hellmut, T. (1989). *Adaptación para Chile del Test de Coopersmith*. Santiago de Chile.
- Herrero, J. (1994). *Estresores sociales y recursos sociales: El papel del apoyo social en el ajuste biopsicosocial*. Valencia: Universidad de Valencia.
- Hervás, G., Vázquez, C., & Giménez, M. (2010). Análisis de fortalezas en la adolescencia: Más allá de los modelos de vulnerabilidad. *Psicología, Sociedad y Educación*, 97-116.
- Huebner, E., & Alderman, G. (1993). Convergent and discriminant validation of children's life satisfaction scale: its relationship to self and teacher reported psychological problems and school functioning. *Social Indicators Research*, 71-82.
- Hunter, L. (1998). *La cuestión de los valores: Las 6 formas de pensar que condicionan nuestra vida*. Barcelona: Gedisa.
- I.N.E.C. (2010). *Estadísticas de suicidios en la adolescencia en el Ecuador*. Quito.
- Issler, J. (2001). Embarazo en la adolescencia. *Revista de Postgrado de la cátedra de Medicina*, 11-23.
- Jahoda, M. (1958). *Current Concepts of positive Mental Health*. New York: Basic Books.
- Jalavoy, F. (2007). *Bienestar y felicidad de la juventud española*. Madrid: Injuve.

Jourard, S. (1998). *La personalidad saludable: el punto de vista de la psicología humanista*. Madrid: Trillas.

Judge, T., Locke, E., Durham, C., & Kluger, A. (1998). Dispositional effects on job and life satisfaction: The role of core evaluations. *Journal of Applied psychology*, 17-34.

Junta de Andalucía. (14 de 07 de 2008). Junta de Andalucía, Consejería de Salud. Obtenido de:

http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/galerias/documentos/c_3_c_1_vid_a_sana/adolescencia/promocion_desarrollo_adolescente.pdf

Keyes, & Ryff. (1995). The structure of psychological Well-Being revised. *Journal of Personality and Social Psychology*, 4(69), 719-727.

Keyes, C., Ryff, C., & Shmotkin, D. (2002). Optimizing Well-Being: the empirical encounter of two traditions. *Journal of personality and social psychology*, 1007-1022.

Kimmel, D., & Weiner, I. (1998). *La adolescencia: una transición al desarrollo*. Barcelona: Ariel Psicología.

La Guía 2000. (08 de Julio de 2008). Obtenido de La Guía 2000: <http://psicologia.laguia2000.com/la-depresion/definicion-de-autoestima#ixzz2eJDh5lInn>

Larsen, R. (1984). Theory and measurement of affect intensity as an individual difference characteristic. *Dissertations abstracts international*, 221-312.

Larson, R., & Richards, M. (1994). *Divergent realities: the emotional lives of fathers, mothers and adolescents*. New York: Basic Books.

Lerner, R. (2004). *Liberty: Thriving and civic engagement among American youth*. Thousand Oaks: Sage.

Lerner, R., Lerner, J., Almerigi, J., & Theokas, C. (2005). Positive Youth Development: A view of the issues. *Journal Of Early Adolescence*, 25, 10-16.

Levinson, D. (1978). *The seasons of a man's life*. New York: Ballantines Books.

Lin, N., & Ensel, W. (1989). Life stress and health: Stressors and resources. *American Sociological Review*, 382-399.

Little, R. (1993). *What's working for today youth: the issues, the programs, and the learning*.

- Losada, M., & Heaphy, E. (2004). The rol of positive and connectivity in the performance of bussines teams: A nonlinear dYnamics model. *American Behavioral Scientists*, 740-765.
- Luthar, S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000). The construct of Resilience: a critical avaluation and guidelines for future work. *Child Development*, 543-462.
- Marmot, M. (2003). Una baja autoestima se relaciona a problemas de la Salud. *British Medical Journal*.
- Matín, S., & Valverde, O. (2001). Variables de protección ante el consumo de alcohol y tabaco en la adolescencia. Madrid: Psicothema.
- Maton, K., & Wells, E. (1995). Religion is a community resource for Well-Being: pervention, healing and empowerment pathways. *Journal of Social Issues*, 177-193.
- McCullough, G., Huebner, E., & Laughlin, J. (2000). Life events, self concept and adolescent`s positive Well-Being. *Psychology in the school*, 281-290.
- McKay, M., & Fanning, P. (1999). Autoestima, evolución y mejora. Madrid: Ediciones Martínez Roca.
- Méndez, F., Hidalgo, M., & Inglés, C. (2002). The Matson evaluation of social skills wiyh youngsters. Psycometric properties of Spanish Translation in the adolescence population. *European Journal of Pyshological Assessment*, 30-42.
- Minuchin, S. (1974). *Families and family therapy*. Cambridge: Harvard University Press.
- Moenizadeh, M., & Kumar, K. (2010). Well-Being Therapy for Depression. *Journal of Psychological Studies*, 107.
- Molpeceres, M., Lucas, A., & Pons, D. (2000). Experiencia Escolar y orientación hacia la autoridad institucional en la adolescencia. *Revista psicológica Social*, 87-105.
- Moreno, D., Estévez, E., Murgui, S., & Musitu, G. (2009). Relación entre el clima familiar y el clima escolar: el rol de la empatía, la actitud hacia la autoridad y la conducta violenta en la adolescencia. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 123-136.
- Naranjo, M. (2007). Autoestima: Un factor relevante en la vida de la persona y tema esencial del proceso educativo. *Actualidades investigativas en educación*.

- Navarro, P., Barbera, E., & Ferrer, R. (2008). Grupo de iguales e iniciación sexual adolescente: diferencia de género. *International Journal of Clinical Health Psychology*, 79-96.
- O.M.S. (2008). *Adolescencia*.
- O.P.S. (2010). *Salud en las Américas*.
- ODNA. (2012). *Estadísticas de Suicidio de Adolescentes en Ecuador*. Quito.
- Oliva, A. (2006). Relaciones familiares y desarrollo adolescente. *Anuario de Psicología*, Universidad de Barcelona, 209-220.
- Oliva, A., Parra, A., & Sánchez, I. (2002). Relaciones con padres e iguales como predictores del ajuste emocional y conductual durante la adolescencia. *Apuntes de Psicología*, 225-242.
- Oliva, A., Ríos, M., Antolin, L., Parra, A., Hernando, A., & Pertegal, M. (2010). Más allá del déficit: Construyendo un modelo de desarrollo positivo adolescente. *Infancia y Aprendizaje*, 223-234.
- Otero-López. (2001). Consumo de drogas y comportamientos delictivos en la adolescencia. En Saldaña, *Detección y prevención en el aula de los problemas del adolescente* (págs. 179-212). Madrid: Pirámide.
- Paleari, F., Regalia, C., & Fincham, F. (2003). Adolescent`s willingness to forgive their parents: an empirical model. *Parenting*, 155-174.
- Páramo, M. (2011). Factores de riesgo y factores de protección en la adolescencia: Análisis de contenidos a través de grupos de discusión. *Terapia Psicológica*, 86.
- Parra, A., Oliva, A., & Sanchez-Queija, I. (2004). Evolución y determinantes de la autoestima durante los años de la adolescencia. *Anuario de Psicología*, 331-346.
- Pérez, E., Frías, D., & Pons, G. (1994). El cuestionario de problemas morales y su estructura. En E. Pérez, & M. Soler, *Cuestionario de problemas sociomorales y su uso informatizado* (pág. 255). Valencia: Albatros Ediciones.
- Peterson, C. (2006). *A primer in positive Psychology*. New York: Oxford University Press.
- Piaget, J., & Inhelder, B. (2008). *Psicología del niño*. Madrid: Morata.

- Qinn, G., & Bell-Ellison, B. (2007). Adolescents' perceptions of violence: formative research findings from a social marketing and campaign to reduce violence among middle school youth. *Public Health*, 66-357.
- Reed, C. (21 de 08 de 2013). Peligros de tener una autoestima baja. (L. Hora, Entrevistador)
- Rodríguez, N. (2004). Guerra en las aulas. *Temas de hoy*.
- Rogers, C. (1963). Actualizing tendency in relations to "motives" and too "consciousness". *Nebraska Symposium on motivation*. Lincoln: University of Nebraska Press.
- Rogers, C., & Rusell, D. (2002). *the quiet revolutionary. An oral history*. Canada : penmarin Books.
- Romero, E., Luengo, M., Gómez, J., & Sobral, J. (2002). La estructura de los rasgos de personalidad en adolescentes: el modelo de los 5 factores y 5 alternativos. *Psicothema*, 134-143.
- Rosenberg, M. (1989). *Society and the adolescent self-image*. Middletown: Wesleyan University Press.
- Rosenberg, M., Schooler, C., & Schoenbach, C. (1995). Global self esteem and specific self. *New York: American Sociological review*.
- Roth, J., & Brooks-Gunn, J. (2003). What exactly is youth development program? Answers from research and practice. *Applied Developmental Science*, 94-111.
- Ruiz de Arana, C. (1997). *El autoconcepto y sus posibilidades de cambio a través de la dinámica de grupos*. Madrid: Pontificia Universidad de Madrid.
- Ryan, R., & Deci, E. (2001). On Happiness and human potential: A review of research on hedonic and eudaimonic Well-Being. *Annual Review of Psychology*, 141-167.
- Ryan, R., Kuhl, J., & Deci, E. (1997). Nature and autonomy: Organizational view of social and neurobiological aspects of Selfregulation in behavior and development. *Development and psychopathology*, 701-728.
- Ryff, C. (1989). Happiness is everything, or is it? Exploration on the meaning of psychosocial Well-Being. *Journal of Personality and Social*, 1069-1081.
- Ryff, C. (1995). Psychology Well-Being in adult life. *Current directions in the Psychology Science*, 99-104.

- Ryff, C., & Keyes, C. (1995). The Structure of Psychological Well-Being revised. *Journal of personality and social psychology*, 719-767.
- Ryff, C., & Singer, B. (16 de 03 de 1998). Obtenido de <http://links.jstor.org>
- Ryff, C., Corey, K., & Hughes, D. (2003). Changes of minority life hone purpose and growth? *Journal of health and social behavior*, 275-291.
- Samdal, O., Wold, B., & Kannas, C. (1998). achieving healt and educational goals through school: a study of the importance of the school climata and stadents satisfacion with school. En *health education research* (págs. 383- 397).
- Satir. (2002). *Autoestima y la adolescencia*.
- Satir, V. (1985). *Psicoterapia familiar conjunta*. México: Prensa Medica.
- Scales, P., & Leffert, N. (1999). *Junta de Andalucía*. Minneapolis: MN: Search Institute.
- Seligman. (2003). Positive Psychology: Fundamental Assumptions. *Psychologist*, 126-127.
- Seligman, M. (2011). *La vida que florece*. Ediciones B.
- Seligman, M., Reivich, K., Jaycox, L., & Gillham, J. (1995). *The optimistic child*. New York: Houghton Mifflin.
- Seligman, M., Rashid T., Parks A. (2006). *Positive Psychotherapy*. Pennsylvania.
- Selman, R. (1981). Development of interpersonal competence: the rol of understanding in the conduct. *Developmental Review*, 401-422.
- Serrano, G., Rodríguez, D., & Mirón, L. (1996). *Perfil psicosocial de adolescentes españoles*. Madrid: Psicothema.
- Sheldon, K., & Niemiec, C. (2006). It'not just the amount that counts: Balanced need satisfaccion also affects Well-Being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 361-341.
- Sheldon, K., Reiss, H., & Ryan, R. (1996). What makes for a good day? Competence and authonomy in the day and in the person. *Personality and Social psychology Bulletin*, 1270-1279.
- Sikorky, J. (1996). Academic underachivement and teh school refusal. En R. DiClemente, W. Hansen, & L. Ponton, *Handbook of adolescent Health Risk behavior* (págs. 393-411). New York: Plenum Press.

Sociedad Española de Contracepción. (2001). Adolescencia, consideraciones biológicas, psicológicas y sociales. En C. Buil, I. Lete, R. Ros, & J. De Pablo, Manual de Salud Reproductiva en la adolescencia (págs. 27-44). Zaragoza: INO Reproducciones.

Staudinger, U., & Pasupathi, M. (2003). Correlates of Wisdom related performance in Adolescence and Adulthood: Age Graded differences in "paths" Toward desirable development. *Journal of Research on Adolescence*, 239-268.

Steger, M. (2009). Meaning in life. En S. Lopez, & R. Snyder, *Oxford Handbook of positive psychology* (págs. 679-687). New York: Oxford university press.

Steinberg, L. (2002). Parenting adolescent. En M. Bornstein, *Handbook of parenting: Volumen I Children and parenting*. Mahwah Erlbaum.

Steiner, D. (23 de 07 de 2005). Tecana American University. Obtenido de La teoría de la autoestima en el proceso terapéutico para el desarrollo del ser humano: http://www.tauniversity.org/tesis/Tesis_Daniela_Steiner.pdf

Tarragona, M. (2013). La psicología Positiva: Un marco conceptual para su aplicación en la psicoterapia. En F. García, *Terapia Sistémica Constructivista. Fundamentos y aplicaciones Chile*. Santiago: Grupo Campos Elíseos.

Torrente. (21 de 08 de 2013). Peligros de tener una autoestima baja. *La Hora*.

Triadó, C. (2003). *Envejecer en entornos rurales*. Madrid: Editorial IMSERSO.

U.E.S.T.A.R. (15 de 08 de 2010). Unidad Educativa Salesiana Santo Tomas Apóstol. Obtenido de <http://www.uestar.edu.ec/>

U.E.S.T.A.R. (2013). *Informe de alumnos matriculados*. Riobamba.

Urzúa, F. (1998). *El adolescente y sus conductas de riesgo*. Santiago: Ediciones Universidad Católica de Chile.

Vaillant, G. (16 de 04 de 2009). Yes, I stand by my words, "Happiness Equal Love. Full Stop". Obtenido de *Positive Psychology News Daily*: <http://positivepsychologynews.com/newsgeorge-vaillant/200907163163>

Vásquez, C., & Hervás, G. (2008). *Psicología Positiva Aplicada*. Sevilla: Descleé de Brower.

Vásquez, C., Hervás, G., & Samuel, M. (2006). Intervenciones clínicas basadas en la Psicología Positiva: Fundamentos y aplicaciones. *Psicología Conductual*, 401-432.

- Veenhoven, R. (1984). *Conditions of Happiness*. Kluwer Academic.
- Vielma, J., & Alonso, R. (2010). Estudio del Bienestar Psicológico Subjetivo, una breve revisión teórica. *Artículos Arbitrados*, 265-275.
- Villar, F., Solé, C., & Osuna, M. (2003). Bienestar, adaptación y envejecimiento: Cuando la estabilidad significa cambio. *Revista MultGerontol*, 152-162.
- Walsh, F. (1982). Conceptualization of normal family functioning. En F. Wash, *Normal Family Process* (págs. 3-44). New York: Guilford Press.
- Walsh, R., & Vaughan, F. (1999). *Más allá del Ego*. Barcelona: Kairós.
- Waters, & Sroufe. (1983). Social competence as developmental construct. *Developmental Review*.
- Watson, D., & Tellegen, A. (1985). Toward and consensual structure of mood. *Psychological Bulletin*, 219-235.
- Wavo, E. (2004). Honesty, cooperation and curiosity achievement of some schools on Nanjing. *IFE Psychologia: An international Journal*, 178- 188.
- Wilber, K. (1995). *El proyecto Atman*. Barcelona: Kairós.
- Wood, J., Heimpel, S., & Michela, J. (2003). Savoring vs. Dampening: Self-Steem differences in regulating positive affect. *Journal of personality an social Psychology*, 566-580.
- Zabala, M., Valadez, M., & Vargas, M. (2008). Inteligencia emocional y habilidades sociales en adolescentes con alta aceptación social. *Revista electrónica de investigación psicoeducativa*, 319-338.
- Zimmerman, B., & Martínez, P. (1992). Self- motivation for academic attainment: the role of self efficacy beliefs and personal goal seting. *American Educational Research Journal*, 663- 676.

ANEXOS

Anexo (1)

FICHA DE OBSERVACIÓN Y SEGUIMIENTO PSICOTERAPEÚTICO

CATEGORIA	Control Ambiental	Crecimiento Personal	Propósito en la Vida	Autonomía	Autoaceptación	Relaciones positivas con otros	Episodios de bienestar	Observaciones Generales
Nivel Deficitario								
Nivel Óptimo								

Fecha: _____

Paciente: _____

Sesión #: _____

Terapeuta: _____

Anexo (1)

FICHA DE OBSERVACIÓN Y SEGUIMIENTO PSICOTERAPEÚTICO

CATEGORIA	Control Ambiental	Crecimiento Personal	Propósito en la Vida	Autonomía	Autoaceptación	Relaciones positivas con otros	Episodios de bienestar	Observaciones Generales
Nivel Deficitario							El Px. refiere experimentar episodios de bienestar de manera intermitente. Se lo motiva a buscar episodios de bienestar en su vida diaria	No mantiene contacto visual, tono de voz bajo, uso de monosílabos, se halla dispuesto a colaborar. El Px. no refirió dudas sobre el manejo del Diario de Episodios de Bienestar. Se realiza el encuadre de la terapia.
Nivel Óptimo								

Fecha: 18/04/2013 **Paciente:** N.N. **Sesión #:** 01

Anexo (1)

FICHA DE OBSERVACIÓN Y SEGUIMIENTO PSICOTERAPEÚTICO

CATEGORIA	Control Ambiental	Crecimiento Personal	Propósito en la Vida	Autonomía	Autoaceptación	Relaciones positivas con otros	Episodios de bienestar	Observaciones Generales
Nivel Deficitario	Falta de control sobre el ambiente externo	Sensación de estancamiento personal, carece de sensaciones de mejora, se siente aburrido y desinteresado con la vida		Es poco asertivo, indecisión, se ajusta a presiones sociales a la hora de pensar y actuar	Desea ser diferente de cómo es	Dificultad para mostrarse abierto ante los demás	Baja conciencia de episodios de bienestar, se rebate ideas de que no existen muchos momentos de bienestar en su vida. Se trabaja en el contexto de los episodios de bienestar en la familia	Se muestra tranquilo y llega puntual a las sesiones, mostrando indicios de buena adherencia a la terapia. Aún no mantiene contacto visual, a pesar de ello exterioriza emociones y sentimientos, no muestra resistencia al proceso.
Nivel Óptimo			El adolescente tiene objetivos en la vida					

Fecha: 22/04/2013 **Paciente:** N.N. **Sesión #:** 02

Anexo (1)

FICHA DE OBSERVACIÓN Y SEGUIMIENTO PSICOTERAPEÚTICO

CATEGORIA	Control Ambiental	Crecimiento Personal	Propósito en la Vida	Autonomía	Autoaceptación	Relaciones positivas con otros	Episodios de bienestar	Observaciones Generales
Nivel Deficitario	Sentimientos de indefensión, locus de control externo en relación a su relación sentimental	No transfiere logros del pasado al presente, aún no refiere sentir sentimientos de mejora		Depende del juicio de otros para tomar decisiones importantes, aún mantiene un nivel de asertividad bajo	Uso de criterios externos para evaluarse a sí mismo, el perfeccionismo afecta la interpretación del resultado de su trabajo.	Mantiene dificultades para mostrarse abierto ante los demás	Se logra un incremento en la frecuencia de apareamiento de los episodios de bienestar, aumenta el grado de conciencia de dichos episodios.	Se muestra tranquilo, cumple a cabalidad con las tareas, mantiene contacto visual, es expresivo y se desenvuelve abiertamente en la terapia. Px maneja correctamente los contenidos desarrollados en el registro.
Nivel Óptimo	Existe un mayor control en sus actividades, y aumenta el uso efectivo de oportunidades		Se trabaja en el esclarecimiento de metas y objetivo en la vida. Siente que su vida actual y pasada tiene significado.	Inicia el proceso de autoevaluación desde normas personales.	Comienza a mostrar una actitud positiva hacia sí mismo.	Mejora la relación en referencia a su grupo de pares y hacia su madre.		

Fecha: 24/04/2013 **Paciente:** N.N. **Sesión #:** 03

Anexo (1)

FICHA DE OBSERVACIÓN Y SEGUIMIENTO PSICOTERAPEÚTICO

CATEGORIA	Control Ambiental	Crecimiento Personal	Propósito en la Vida	Autonomía	Autoaceptación	Relaciones positivas con otros	Episodios de bienestar	Observaciones Generales
Nivel Deficitario	Dificultad en mejorar o cambiar el contexto que lo rodea, sentimientos de indefensión. Locus de control externo			A pesar de las dificultades con su novia, muestra una actitud sumisa y complaciente.	El paciente se muestra inseguro del trabajo que realiza.	Dificultad en mantener una relación cálida con su padre.	Incrementa notablemente los episodios de bienestar, así como su intensidad pero en grado menor. Se fija en los detalles y las pequeñas cosas que le dan matiz a la vida.	Mantiene contacto visual, es expresivo, adquiere una actitud basada en la confianza y en la seguridad hacia el terapeuta. Se sugiere al adolescente hacer diariamente una actividad que le proporcione bienestar.
Nivel Óptimo	Aprovecha oportunidades en un mejor nivel.	Transfiere los logros del pasado al presente, muestra mayor interés ya que refiere sentirse en crecimiento.	El adolescente tiene claros sus objetivos y metas, y direcciona su comportamiento para lograrlas.	Progresar en cuanto a resistir a las presiones sociales.	Logra una aceptación positiva sobre sí mismo.	El paciente modifica su criterio de evaluación hacia su padre, y se abre a la posibilidad de mejorar la relación con él.		

Fecha: 26/04/2013 **Paciente:** N.N. **Sesión #:** 04

Anexo (1)

FICHA DE OBSERVACIÓN Y SEGUIMIENTO PSICOTERAPEÚTICO

CATEGORIA	Control Ambiental	Crecimiento Personal	Propósito en la Vida	Autonomía	Autoaceptación	Relaciones positivas con otros	Episodios de bienestar	Observaciones Generales
Nivel Deficitario	El paciente no se siente competente en cuanto a las actividades que realiza.	Muestra sentimientos de inseguridad ante nuevas oportunidades		Se evalúa según lo que dicen sus hermanos.	Continúa mostrando inseguridades acerca de sí mismo.	Siente que la relación con sus hermanos no es cálida, se siente frustrado en cuanto a ello.	Incremento sumamente notable de los episodios de bienestar del paciente, tanto en su frecuencia como en intensidad. Comienza a	Mantiene contacto visual, es expresivo, adquiere una actitud basada en la confianza y en la seguridad hacia el terapeuta. Se lleva al paciente del nivel deficitario al nivel óptimo de acuerdo a la necesidad del paciente, expresada en el Diario.
Nivel Óptimo	Se siente en control de lo que realiza, y del resultado de sus esfuerzos.	Actitud abierta a nuevas posibilidades, y conciencia de su potencial.	Dispone de creencias que conceden un propósito en la vida.	Logra una evaluación personal según criterios internos y no externos.	Logra una actitud positiva hacia sí mismo, aceptando sus gustos y preferencias.	Actitud abierta a la posibilidad de mejorar la relación con ellos, y que le preocupe el bienestar de su familia.	generar nuevas fuentes de bienestar.	

Fecha: 29/04/2013 **Paciente:** N.N. **Sesión #:** 05

Anexo (1)

FICHA DE OBSERVACIÓN Y SEGUIMIENTO PSICOTERAPEÚTICO

CATEGORIA	Control Ambiental	Crecimiento Personal	Propósito en la Vida	Autonomía	Autoaceptación	Relaciones positivas con otros	Episodios de bienestar	Observaciones Generales
Nivel Deficitario	Sensación de falta de control y competencia, pero se evidencia en menor grado. Sentimientos de indefensión.			Sentimientos de indecisión respecto a sus preferencias.	Muestra criterios perfeccionistas que afecta su autoevaluación.	Aún muestra dificultades en mantener una relación cálida y estrecha con su padre, pero se evidencia en menor grado.	Episodios de bienestar frecuentes e intensos.	Mantiene contacto visual, es expresivo, adquiere una actitud basada en la confianza y en la seguridad hacia el terapeuta. Se lleva al paciente del nivel deficitario al nivel óptimo de acuerdo a la necesidad del paciente, expresada en el Diario. Se envía al Px a crear situaciones de bienestar con sus hermanos
Nivel Óptimo	Mejora la actitud para que aproveche las oportunidades que le ofrece el contexto. Se siente en control de las situaciones que puede evitar.	Tiene un sentimiento de encontrarse en desarrollo continuo, y se ve a sí mismo en progreso.	Tiene metas y objetivos para vivir.	Regula su conducta desde adentro, se evalúa con sus propios criterios.	Se ubica en un contexto situacional, y acepta y valora aspectos positivos y negativos sobre sí mismo.	Se abre a la posibilidad de modificar la relación con su familia y volverla más cálida y empática.		

Fecha: 01/05/2013 **Paciente:** N.N. **Sesión #:** 06

Anexo (1)

FICHA DE OBSERVACIÓN Y SEGUIMIENTO PSICOTERAPEÚTICO

CATEGORIA	Control Ambiental	Crecimiento Personal	Propósito en la Vida	Autonomía	Autoaceptación	Relaciones positivas con otros	Episodios de bienestar	Observaciones Generales
Nivel Deficitario							El Px. logra identificar y rebatir eficazmente las creencias y pensamientos disruptivos.	Se otorga al Px. sobre las tareas que pueden incrementar bienestar esto en relación con las áreas de Ryff.
Nivel Óptimo	Autocontrol en las actividades que realiza el Px, sintiéndose competente en ellas, saca provecho de oportunidades.	Sensación de desarrollo continuo, se encuentra abierto a nuevas experiencias y se da cuenta de su propio potencial	Sensación de direccionalidad, su vida actual y pasada tiene significado.	Muestra independencia, es capaz de resistir a presiones sociales y se evalúa mediante a criterios personales	Actitud positiva hacia sí mismo, acepta sus buenas y malas cualidades, no muestra perfeccionismo	El Px. logro relaciones calidas y de confianza con sus padres y hermanos, siente preocupación por los demás		

Fecha: 03/05/2013 **Paciente:** N.N. **Sesión #:** 07

Anexo (1)

FICHA DE OBSERVACIÓN Y SEGUIMIENTO PSICOTERAPEÚTICO

CATEGORIA	Control Ambiental	Crecimiento Personal	Propósito en la Vida	Autonomía	Autoaceptación	Relaciones positivas con otros	Episodios de bienestar	Observaciones Generales
Nivel Deficitario								Se recapitula sobre todos los contenidos de la terapia. No tiene dudas e interpretaciones incorrectas sobre los contenidos de la terapia. Se retroalimentar positivamente sobre su progreso Cierre de la terapia.
Nivel Óptimo								

Fecha: 06/05/2013 **Paciente:** N.N. **Sesión #:** 08

Anexo (2)

Autoregistro Diario de Episodios de Bienestar

Fecha	Episodio de Bienestar	Puntaje	Emoción asociada	Interpretaciones, creencias negativas, pensamientos disruptivos	Conducta, emoción, resultado	Rebatimiento de creencias irracionales	Conducta, emoción, resultado
18/04/2013	Jugué Play Station	80					
	Dormí toda la tarde	90					
	Salí a dar una vuelta	85					
19/04/2013	Jugué básquet en el recreo	75					
	Saqué 20 en el trabajo de Lenguaje	80					
	Fuimos de paseo con mis papás al Mall	80					
20/04/2013	Escuché música de mi grupo favorito	85					
	Jugué en la computadora	90					
	Salí con mi novia al cine	90					
21/04/2013	Salí con mi familia al desfile	75					
	Me encontré con mis amigos del colegio	80					

Nombre: N.N

Anexo (2)

Autoregistro Diario de Episodios de Bienestar

Fecha	Episodio de Bienestar	Puntaje	Emoción asociada	Interpretaciones, creencias negativas, pensamientos disruptivos	Conducta, emoción, resultado	Rebatimiento de creencias irracionales	Conducta, emoción, resultado
22/04/2013	Desayune con mi familia	85					
	Hice los deberes con mi novia	90					
	Salí a dar una vuelta con mi novia	85	Alegría				
	Conversamos con mi mamá sobre mi novia	80	Tranquilidad				
23/04/2013	Tuve un trabajo en grupo con mis amigos	85	Alegría				
	Jugué fútbol en el recreo	80	Diversión				
	Dibujé un comic nuevo	85	Satisfacción				
	Escuchar música Jazz	90	Tranquilidad				
24/04/2013	Conversé con mi papá antes de llegar al colegio	90	Felicidad				
	Saqué 20 en Matemáticas	95	Satisfacción				
	Comimos afuera de la casa	80	Alegría				

Nombre: N.N

Anexo (2)

Autoregistro Diario de Episodios de Bienestar

Fecha	Episodio de Bienestar	Puntaje	Emoción asociada	Interpretaciones, creencias negativas, pensamientos disruptivos	Conducta, emoción, resultado	Rebatimiento de creencias irracionales	Conducta, emoción, resultado
24/04/2013	Terminé rápido los deberes	85	Satisfacción	¿Y si no está bien hecho?	Inseguridad		
	Fuimos con mis amigos a ver una película	90	Diversión	Me demoré mucho y me van a castigar	Miedo		
	Completé un nivel difícil en el juego	85	Alegría	Mi hermano no me dejó jugar más	Ira		
25/04/2013	Mi papá me hizo despertar cariñosamente	85	Amor	Me dedica muy poco tiempo	Tristeza		
	Gané jugando básquet en el recreo	90	Euforia	Fue solo suerte y los otros no eran tan buenos	Frustración		
	Salí temprano del colegio	80	Entusiasmo	Mi mamá me va a poner a limpiar la casa	Enojo		
	Mi mamá preparó mi comida favorita	85	Gratitud	Mi papá no llegó a almorzar	Angustia		
	Salí con mi novia a comer helados	90	Cariño	Estaba muy callada, no sé si me quiere de verdad	Miedo		
26/04/2013	Me fue bien en el examen de Matemáticas	90	Satisfacción	Igual me va a bajar de nota porque no hice ordenado	Ansiedad		
	El profesor de Lenguaje me felicitó por un deber	95	Alegría	Lo hizo por compromiso, él es amigo de mi papá	Desconfianza		
	Mi novia me llamó	80	Felicidad	Me llama solo cuando necesita algo de mi	Confusión		

Nombre: N.N

Anexo (2)

Autoregistro Diario de Episodios de Bienestar

Fecha	Episodio de Bienestar	Puntaje	Emoción asociada	Interpretaciones, creencias negativas, pensamientos disruptivos	Conducta, emoción, resultado	Rebatimiento de creencias irracionales	Conducta, emoción, resultado
26/04/2013	Jugó con mis hermanos	80	Alegría	Me ganó mi hermano menor, no soy tan bueno	Frustración		
	Hable con mis papás sobre mis hermanos	90	Entusiasmo	Las cosas van a volver a lo mismo	Desconfianza		
	Dibujé un comic nuevo	85	Satisfacción	Mis padres no valoran lo que hago	Tristeza		
	Escuché un nuevo cd de mi música favorita	75	Tranquilidad	Mis hermanos piensan que soy raro	Enojo		
27/04/2013	Llegaron mis primos de Loja	95	Euforia	No voy a poder salir con ellos por los deberes	Ira		
	Almorzamos todos juntos en familia	85	Alegría	Se van a ir de paseo sin mí, no les importo	Tristeza		
	Mi novia vino a mi casa	90	Amor	Solo vino para que le ayude para el examen	Decepción		
	Salí con mis primos y mis hermanos	85	Felicidad	Mis hermanos me molestaban, no me quieren	Ira		
	Mis padres y mis tíos nos contaron de su vida	90	Interés	No soy tan dedicado como fue mi papá	Frustración		
28/04/2013	Desayunamos en familia	90	Amor	Mi papá ya se va poner a trabajar	Ira		
	Jugamos con Play Station con mis primos	85	Euforia	Nunca pude ganar, ellos son mejores que yo	Frustración		

Nombre: N.N

Anexo (2)

Autoregistro Diario de Episodios de Bienestar

Fecha	Episodio de Bienestar	Puntaje	Emoción asociada	Interpretaciones, creencias negativas, pensamientos disruptivos	Conducta, emoción, resultado	Rebatimiento de creencias irracionales	Conducta, emoción, resultado
28/04/2013	Estoy aprendiendo a tocar guitarra	85	Optimismo	No voy a poder, no soy bueno para esto	Decepción		
	Mi mamá nos llevó al parque	85	Alegría	El tiempo fue muy corto	Frustración		
	Jugamos monopolio con mi familia	85	Alegría	Me olvide de hacer un deber, soy un tonto	Ira		
	Termine de hacer el deber	80	Tranquilidad	Mis papás me hablaron, siempre soy descuidado	Tristeza		
29/04/2013	Conversé con mi papá antes de llegar al colegio	90	Amor	Me dejó en el colegio y se tuvo que ir	Tristeza		
	Conversé con mis amigos en el recreo	80	Alegría	Se acabó el recreo	Frustración		
	Hicimos un trabajo en grupo	85	Entusiasmo	Nos faltó el tiempo para terminar somos muy lentos	Decepción		
	Mi mamá estuvo muy cariñosa conmigo	90	Felicidad	Seguro me va a pedir algún favor	Desconfianza		
	Salí a caminar con mi novia	90	Felicidad	Nos asaltaron, no podemos ser felices siempre pasa algo	Enojo		
	Le llamé a mi novia	80	Tranquilidad	No pudo hablar, pienso que tiene otra persona	Me encerré en mi cuarto, enojo, estar mal genio en la casa	Ella si me quiere, me lo ha demostrado antes	Tranquilidad, me puse a estudiar

Nombre: N.N

Anexo (2)

Autoregistro Diario de Episodios de Bienestar

Fecha	Episodio de Bienestar	Puntaje	Emoción asociada	Interpretaciones, creencias negativas, pensamientos disruptivos	Conducta, emoción, resultado	Rebatimiento de creencias irracionales	Conducta, emoción, resultado
30/04/2013	Pase con mi novia en el recreo	90	Esperanza	No vamos a tener de que hablar más tarde	Ignoro a mi novia, confusión, sentirme mal	Siempre va a haber tema para hablar	Pasar más tiempo con ella, alegría, mi relación va a mejorar
	Conversé con mi mamá luego del almuerzo	90	Felicidad	Quisiera que mi papá también me escuche	No valorar a mi mamá, tristeza	Mi mamá es tan sabia como mi papá	Confiar más con mi mamá, paz, mejorar mi relación con ella
	Termine rápido los deberes	90	Alegría	Me olvide de hacer un deber, soy un tonto	No me da ganas de hacer nada, desmotivación	Esto no me pasa siempre, solo a veces	Termine de hacer el deber, tranquilidad, seré más precavido
	Ya me aprendí las notas de la guitarra	95	Satisfacción	No puedo rasgar la guitarra	Dejo de repasar, frustración	Poco a poco voy aprendiendo	Seguí repasando, optimismo, no abandonar las clases
	Salimos a jugar con mis hermanos	90	Alegría	Salieron porque mi mamá tal vez les obligó	Dejar de jugar, tristeza	Disfrutaron de jugar juntos	Me divertí con mis hermanos, alegría, mejorar la relación con ellos

Nombre: N.N

Anexo (2)

Autoregistro Diario de Episodios de Bienestar

Fecha	Episodio de Bienestar	Puntaje	Emoción asociada	Interpretaciones, creencias negativas, pensamientos disruptivos	Conducta, emoción, resultado	Rebatimiento de creencias irracionales	Conducta, emoción, resultado
01/05/2013	Mi papá me felicito por tener ordenado mi cuarto	95	Gratificación	Me olvide tender la cama, no soy lo que mi padre espera que sea	Voy con mal humor al colegio, enojo	Mi cuarto está limpio solo debo tender la cama	Concentrarme en clases, tranquilidad
	Jugamos en la hora de ingles	95	Alegría	La siguiente hora no me gusta	No disfrutar del juego, decepción	Todas las materias son importantes	Disfrutar del juego, satisfacción
	Jugué básquet en el recreo	90	Euforia	Mis amigos son mejores que yo	Frustración	Juego tan bien o mejor que ellos	Jugar sin temor, felicidad
	Mis hermanos me esperaron para ir a la casa	95	Asombro	Algo me quieren pedir	Tomo una actitud distante, desapego	Mis hermanos me quieren y se preocupan por mi	Acercarme más a ellos, alegría
	En el almuerzo nos estuvimos riendo con mi papá	95	Felicidad	Le he juzgado mucho a mi papá	Dejo de reírme, tristeza	Puedo confiar en mi papá y acercarme más a él	Disfrutar del momento, confiar en mi papá, felicidad
	Vine caminando a mi casa	100	Entusiasmo	Y si me asaltan	Mirar hacia todos lados con desconfianza	No soy el único que sale solo a la calle, ya estoy grande	Sentirme seguro, tranquilidad
	Me regresé en bus y le di mi asiento a una señora	100	Felicidad	Van a pensar que soy un tonto	Me pongo rojo y un poco nervioso	Soy una buena persona	Me siento tranquilo y seguro de mí mismo

Nombre: N.N

Anexo (2)

Autoregistro Diario de Episodios de Bienestar

Fecha	Episodio de Bienestar	Puntaje	Emoción asociada	Interpretaciones, creencias negativas, pensamientos disruptivos	Conducta, emoción, resultado	Rebatimiento de creencias irracionales	Conducta, emoción, resultado
	Mi papá me felicito por tener ordenado mi cuarto	95	Gratificación	Me olvide tender la cama, no soy lo que mi padre espera que sea	Voy con mal humor al colegio, enojo	Mi cuarto está limpio solo debo tender la cama	Concentrarme en clases, tranquilidad
	Jugamos en la hora de ingles	95	Alegría	La siguiente hora no me gusta	No disfrutar del juego, decepción	Todas las materias son importantes	Disfrutar del juego, satisfacción
02/05/2013	Jugué básquet en el recreo	90	Euforia	Mis amigos son mejores que yo	Frustración	Juego tan bien o mejor que ellos	Jugar sin temor, felicidad
	Mis hermanos me esperaron para ir a la casa	95	Asombro	Algo me quieren pedir	Tomo una actitud distante, desapego	Mis hermanos me quieren y se preocupan por mi	Acercarme más a ellos, alegría
	En el almuerzo nos estuvimos riendo con mi papá	95	Felicidad	Le he juzgado mucho a mi papá	Dejo de reírme, tristeza	Puedo confiar en mi papá y acercarme más a él	Disfrutar del momento, confiar en mi papá, felicidad
	Vine caminando a mi casa	100	Entusiasmo	Y si me asaltan	Mirar hacia todos lados con desconfianza	No soy el único que sale solo a la calle, ya estoy grande	Sentirme seguro, tranquilidad
	Me regresé en bus y le di mi asiento a una señora	100	Felicidad	Van a pensar que soy un tonto	Me pongo rojo y un poco nervioso	Soy una buena persona	Me siento tranquilo y seguro de mí mismo

Nombre: N.N

Anexo (2)

Autoregistro Diario de Episodios de Bienestar

Fecha	Episodio de Bienestar	Puntaje	Emoción asociada	Interpretaciones, creencias negativas, pensamientos disruptivos	Conducta, emoción, resultado	Rebatimiento de creencias irracionales	Conducta, emoción, resultado
	Mi papá me felicito por tener ordenado mi cuarto	95	Gratificación	Me olvide tender la cama, no soy lo que mi padre espera que sea	Voy con mal humor al colegio, enojo	Mi cuarto está limpio solo debo tender la cama	Concentrarme en clases, tranquilidad
	Jugamos en la hora de ingles	95	Alegría	La siguiente hora no me gusta	No disfrutar del juego, decepción	Todas las materias son importantes	Disfrutar del juego, satisfacción
	Jugué básquet en el recreo	90	Euforia	Mis amigos son mejores que yo	Frustración	Juego tan bien o mejor que ellos	Jugar sin temor, felicidad
03/05/2013	Mis hermanos me esperaron para ir a la casa	95	Asombro	Algo me quieren pedir	Tomo una actitud distante, desapego	Mis hermanos me quieren y se preocupan por mi	Acercarme más a ellos, alegría
	En el almuerzo nos estuvimos riendo con mi papá	95	Felicidad	Le he juzgado mucho a mi papá	Dejo de reírme, tristeza	Puedo confiar en mi papá y acercarme más a él	Disfrutar del momento, confiar en mi papá, felicidad
	Vine caminando a mi casa	100	Entusiasmo	Y si me asaltan	Mirar hacia todos lados con desconfianza	No soy el único que sale solo a la calle, ya estoy grande	Sentirme seguro, tranquilidad
	Me regresé en bus y le di mi asiento a una señora	100	Felicidad	Van a pensar que soy un tonto	Me pongo rojo y un poco nervioso	Soy una buena persona	Me siento tranquilo y seguro de mí mismo

Nombre: N.N

Anexo (3) **COOPERSMITH'S SELF-ESTEEM INVENTORY**

IAE DE COOPERSMITH

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

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

INSTRUCCIONES:

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

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

Ejemplo: “Me gustaría comer helados todos los días”

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

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

MARCA TODAS TUS RESPUESTAS EN LA HOJA DE RESPUESTAS. NO ESCRIBAS NADA EN ESTE CUADERNILLO

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

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

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

Anexo (3)

HOJA DE RESPUESTAS
IAE – COOPERSMITH

NOMBRE: _____

FECHA DE NACIMIENTO : _____ EDAD : _____

FECHA DE APLICACION: _____

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

M		S		E		H		G		Total
PB	PS	PB	PS	PB	PS	PB	PS	PB	PS	

