

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA



**ESTUDIO COMPARATIVO DEL AUTOCONCEPTO EN UN GRUPO
DE ADOLESCENTES ANTES Y DESPUES DE RECIBIR TERAPIA
DE GRUPO MEDIANTE LA ESCALA DE AUTOCONCEPTO
TENNESSEE**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

P R E S E N T A

LORENA GÓMEZ PAREDES

**DIRECTORA DE TESIS: LIC. JOSETTE BENAVIDES TOURRES
REVISOR: DR. JOSE DE JESUS GONZALEZ NUÑEZ**

MEXICO D.F

2006



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a la Universidad Nacional Autónoma de México, especialmente a la Facultad de Psicología por brindarme la oportunidad de pertenecer a ella y haber contribuido de una manera significativa a mi desarrollo profesional y personal.

A todos los profesores que a lo largo de mi paso por la facultad dejaron una huella muy importante en mí, de una manera muy especial agradezco a la Lic. Josette Benavides Tourres, por haber confiado en mí y en mi trabajo, a mi revisor Dr. José de Jesús González Núñez y a mis sinodales: Lic. Fabián Martínez Silva por haber sido también mi asesor metodológico y tener tanta paciencia hacia mí en el proceso, Lic. Asunción Valenzuela Cota, Lic. Jorge Álvarez Martínez por su valiosa colaboración.

Agradezco también el apoyo recibido por parte del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro” principalmente a la Lic. Elizabeth Rodríguez Almaraz y a la Lic. Cynthia Esperon.

Finalmente agradezco a mi familia por haberme apoyado a lo largo del camino y estar siempre a mi lado, por su comprensión y paciencia convirtiéndose en mi fuerza para seguir adelante.

INDICE

RESUMEN

ANTECEDENTES.....	1
-------------------	----------

CAPITULO I

AUTOCONCEPTO Y ADOLESCENCIA.....	6
Pubertad.....	6
Adolescencia.....	9
Concepto de identidad.....	14
Crisis de identidad.....	16
Desarrollo Sexual.....	19
Logro de identidad.....	21
Concepto del yo.....	23
Autoconcepto.....	27

CAPITULO II

TERAPIA DE GRUPO CON ENFOQUE COGNITIVO CONDUCTUAL.....	30
Definición.....	30
Teorías de psicoterapia.....	33
Tipos de Psicoterapia.....	36
Terapia cognitiva conductual.....	38
Terapia de grupo con enfoque cognitivo conductual.....	45
Factores de la terapia que contribuyen al cambio.....	49

CAPITULO III

METODO.....	52
Objetivo de la investigación.....	52
Planteamiento del problema.....	52
Hipótesis.....	52
Variables de trabajo.....	53
Población.....	53
Muestreo.....	53
Tipo de estudio.....	54
Diseño.....	54
Escenario.....	54
Instrumentos de medición.....	54
Procedimiento.....	55
Resultados.....	57

CAPITULO IV

DISCUSION.....	65
Discusión.....	65
Conclusiones.....	69

ANEXOS

RESUMEN

El presente estudio logro identificar la manera positiva en que la terapia de grupo con enfoque cognitivo conductual influye en el autoconcepto de adolescentes (pacientes psiquiátricos externos), utilizando un diseño cuasiexperimental (test-retest), el instrumento que se utilizó para las mediciones fue la Escala de autoconcepto Tennessee. Únicamente la subescla de autosatisfacción no presentó cambios significativos, todas las demás si. Se encontró que los hombres lograron cambios en función de su entorno social más amplio al de las mujeres, pues ellas se limitaron a modificar conductas en el ámbito personal y familiar únicamente. Así mismo se encontró que los adolescentes de edades entre 14 y 16 años lograron mayores cambios en el autoconcepto que los demás. No es posible generalizar los resultados de este estudio debido a la falta de un grupo control, sin embargo se esperaría que grupos que presentaran las mismas características a las del grupo analizado se comporten de la misma manera. Por lo que la investigación debe declinarse con fines explicativos y limitarse a propósitos descriptivos y/o correlacionales.

ANTECEDENTES

ANTECEDENTES

Perkins en 1958 informa acerca de una creciente congruencia entre el Yo y el Yo ideal en el transcurso del tiempo, y observa que las muchachas demuestran por lo general una mayor congruencia que los jóvenes (Horrocks, 2001).

En 1959 Undeutsch en un estudio sobre el desarrollo de niñas y niños con edades comprendidas entre 10 y 16 años, informó que durante los años de la adolescencia temprana y media, la habilidad para ser consciente de las emociones y de los procesos motivacionales en uno mismo, se desarrolla y se vuelve diferenciada.

Engel en 1959 observó la estabilidad relativa del concepto del Yo durante la adolescencia en los que fueron niños mejor adaptados. Esta investigación estudió la estabilidad del concepto del Yo al someter a prueba a los adolescentes de octavo y décimo grados, dos años después sometió a prueba a los mismos individuos, pero esta vez se encontraban en décimo y duodécimo grado. Durante esos dos años descubrió que aquellos con un concepto de sí mismos inicialmente positivo retenían este estatus, pero aquellos en quienes el concepto del Yo era originalmente negativo mostraban menos estabilidad y mostraban evidencia de mayor desadaptación en ese lapso de dos años (Horrocks, 2001).

En 1960 Kuhn en un estudio de definición del Yo con 1185 personas con edades comprendidas entre 7 y 24 años observó diferencias y cambios acentuados durante el transcurso de esos años, en los que cada vez comenzaban a definirse a sí mismos en términos de membresía de grupo y categoría como la edad, sexo y logro educacional.

Washburn en 1961, al informar que durante los años de la adolescencia, los cambios en el concepto del Yo (Como se podría esperar) llevaban la dirección de la creciente madurez, y que mientras la visión del Yo de los estudiantes universitarios eran más maduras que las de los varones de preparatoria, las diferencias en madurez de la visión del Yo entre las estudiantes universitarias y las de la preparatoria, aunque estaban presentes eran menos acentuadas (Horrocks 2001).

Carlson en 1965 dirigió un estudio longitudinal sobre los cambios en la estructura de la imagen del Yo, al medir la imagen que tenían los niños de 6to. Grado y posteriormente volvió a medir esta misma imagen cuando los mismos niños estaban en 12º grado. Informó que las muchachas mostraron durante los seis años un incremento en la orientación social del Yo mientras que en los varones el incremento es más personal que social.

Long *et al.*, (1967) al discutir una teoría autosocial de la personalidad, hipotetizan cambios en el concepto del Yo durante la infancia, y observan que la calificación en la escuela se relaciona con la estimación, la dependencia, social, la individuación, el poder relativo del maestro y la identificación con otras personas (Horrocks 2001).

Bunt en 1968, también observó que la constancia del concepto del Yo durante la adolescencia tiene una relación directa con el grado relativo de identidad del ego obtenida (Horrocks, 2001).

En 1969 Collins y Burger dirigieron un estudio que apoyaba la hipótesis de que las circunstancias sociales y económicas en las que crece un adolescente están relacionadas hasta cierto punto con la autoestimación, aunque las diferencias individuales y de situación dificultan las generalizaciones.

Estos investigadores utilizaron la escala Tennessee del concepto de sí mismo con una muestra de niños de 13 a 14 años, iguales en CI y en la raza, y señalaron que en una comparación de estudiantes suburbanos con otros de la ciudad central, los primeros tenían puntuaciones más altas en el concepto de sí mismos en siete de nueve variables del concepto de sí mismo. De estas siete variables el Yo físico y el Yo familiar mostraron diferencias en el nivel más elevado de significancia (Horrocks, 2001).

En 1971 Degenhardt en un estudio longitudinal con un grupo de muchachos con uso de un diferencial semántico y un cuestionario informo acerca de una modificación continua de la imagen de sí mismo durante los primeros años de la adolescencia (Horrocks 2001).

Nawas en 1971 de una investigación en la que estudio 125 hombres y mujeres, primero como adolescentes y ocho años después como adultos, informa que los cambios desde la adolescencia hasta los primeros años de la edad adulta indicaban un incremento significativo para los varones y un decremento significativo para las mujeres tanto en complejidad del ego como insuficiencia del ego (Horrocks 2001).

En 1973 Monge informa acerca de una serie de diferencias cruciales entre niños y niñas en el contenido y desarrollo de la visión del Yo. Al dirigir su estudio administró una escala de diferenciación semántica de siete puntos a más de dos mil niños y niñas del sexto al duodécimo grado. Los datos se analizaron con base en el análisis factorial produciendo los cuatro siguientes factores que mostraron similitud estructural a través del grado y del sexo en las clasificaciones del concepto del Yo:

- a) Logro-liderazgo:
- b) Congeniabilidad-sociabilidad:
- c) Adaptacion
- d) Masculinidad-femineidad

En cuanto a los resultados Monge especula “Parece ser que a medida que los adolescentes maduran se les hace cada vez más difícil vivir dentro del sistema social que gira en torno a la escuela, cabría agregar que la familia y la sociedad también le presentan problemas de adaptación al adolescente en crecimiento” (Horrocks, 2001).

En el año de 1985 se llevo a cabo una investigación en la facultad de psicología de la UNAM titulado “Estudio comparativo de autoconcepto en dos grupos de adolescentes, epilépticos y no epilépticos. Los dos grupos de adolescentes de 15 participantes cada uno con edades de 16 a 20 años, educación media superior, CI Termino medio ya fueran hombres o mujeres, 15 sin diagnóstico de epilepsia y los otros 15 con diagnóstico de epilepsia, tratamiento medico de un año. La evaluación se llevo a cabo con pruebas de inteligencia (WISC, WAIS) y la escala de autoconcepto Tennessee.

En los resultados de la investigación se observo que los participantes de ambos grupos presentan autodevaluación debido al conflicto que provocan sus crisis de identidad caracterizados por sentimientos de ambivalencia, abandono, tendencia a la introversión y desubicación en cuestiones de roles sociales.

Tanto pacientes epilépticos como no epilépticos mantiene las características peculiares que se observan dentro de la etapa de la adolescencia. No encontrando diferencias significativas entre un grupo y otro y posiblemente se deba a que los pacientes epilépticos habían sido medicados durante los últimos tres años lo cual reduce la presencia de crisis (González, 1985)

En 1992 en la facultad de psicología de la UNAM se llevo a cabo una tesis de investigación para el grado de maestría en donde el objetivo principal era conocer los cambios en el autoconcepto de los estudiantes de dicha facultad después de haber sido sometidos a terapia de grupo en el centro de servicios psicológicos, teniendo un total de 16 participantes, 5 como grupo control y 11 como grupo experimental. Para realizar las mediciones se utilizo la prueba de autoconcepto De La Rosa. En este estudio se encontró que los cambios en autoconcepto no eran estadísticamente significativos en ambos grupos (Salmeron 1992).

En 1996 en la Facultad de Psicología de la UNAM se realizó una investigación acerca del autoconcepto del adolescente titulada “El autoconcepto del adolescente con transplante renal”. Se trabajo con 20 adolescentes con transplante renal, en el Instituto Nacional de Pediatría, el objetivo de dicha investigación fue determinar si existe un autoconcepto deteriorado cuando el adolescente con transplante renal presenta cambios corporales producidos por la insuficiencia renal crónica y el consumo de medicamentos para evitar el rechazo del riñón.

Para la valoración del autoconcepto se utilizó la Escala de Autoconcepto Tennessee. Los resultados obtenidos indican que los puntajes promedio de cada subescala del Test se ubican dentro de los rangos de normalidad sin embargo en ninguna ocasión se rebasó el promedio estándar (Sánchez, 1996).

De todos estos estudios acerca del autoconcepto en adolescentes realizados entre los años 1958 – 1996 se ha observado que el autoconcepto sufre una modificación continua durante las primeras etapas de la adolescencia, comprendidas aproximadamente entre los 10 y 16 años. A medida que los adolescentes se acercan a la edad adulta ha sido posible observar que el autoconcepto se va consolidando en términos de pertenencia al grupo, estatus de edad, sexo y logro educacional.

Es posible encontrar diferencias entre el autoconcepto de hombres y mujeres por ejemplo: las mujeres comienzan a formar el autoconcepto en términos de su orientación social del Yo y los hombres en términos de su orientación personal; el autoconcepto en los hombres presenta diferencias significativas en un periodo relativamente corto como es el paso de la preparatoria a la universidad, mientras que en las mujeres el cambio es casi imperceptible; por lo que pudiera pensarse que el desarrollo del autoconcepto en las mujeres posee más congruencia que en los hombres, sin embargo también se encontró que el autoconcepto en las mujeres presenta un decremento significativo en los primeros años de la edad adulta contrario a lo que pasa en los hombres, lo que puede estar relacionado con la insuficiencia del ego; observando que la constancia del autoconcepto tiene relación directa con el grado de identidad obtenida.

Los estudios han revelado que el autoconcepto que inicialmente es observado como positivo, permanece como tal al paso del tiempo, mientras que el autoconcepto negativo de igual forma continua siendo negativo al paso de los años.

Por otra parte los estudios acerca del autoconcepto con adolescentes que sufren algún tipo de padecimiento fisiológico (epilepsia, trasplante renal) y los que han pasado por un proceso terapéutico (terapia de grupo) no han mostrado diferencias significativas en comparación con el autoconcepto de adolescentes sanos; motivo por el cual considero importante continuar con la investigación en esta área, teniendo como objetivo principal en este estudio conocer si el autoconcepto de los adolescentes que acuden al servicio de terapia de grupo al Hospital Psiquiátrico infantil “Dr. Juan N. Navarro” se modifica mediante el proceso de terapia de grupo impartido con un enfoque cognitivo-conductual.

CAPITULO I
AUTOCONCEPTO
Y
ADOLESCENCIA

AUTOCONCEPTO Y ADOLESCENCIA

Es común que se generalicen los conceptos de pubertad y adolescencia, por lo que Harold Kaplan (2001) explica la diferencia entre la pubertad y la adolescencia, definiendo a la pubertad como el proceso físico de cambio relacionado entre el desarrollo de características sexuales y la adolescencia como un proceso psicológico de cambio; comenta además que en circunstancias ideales ambos procesos pueden darse de manera sincrónica; de no ser así los adolescentes tienen que enfrentarse a un desequilibrio que les genera mayor estrés.

Pubertad

De acuerdo con la teoría de desarrollo psicosexual la pubertad es una etapa puente entre la edad infantil y la edad adulta. Es una fase reconocida por todos los pueblos de todos los tiempos. Sus problemas giran alrededor de las transformaciones corporales y el despertar sexual (Horrocks, 2001)

El comienzo de la adolescencia viene marcado por modificaciones físicas muy aparentes que constituyen lo que se denomina pubertad, siendo así un fenómeno físico que depende mucho de factores del ambiente social.

Desde el punto de vista físico y fisiológico se producen transformaciones de una profundidad y rapidez muy superiores a las de la etapa anterior y que solo tienen comparación con las que habían tenido lugar durante la etapa fetal y los momentos posteriores al nacimiento. El cambio físico más evidente se refiere al tamaño y forma del cuerpo y también al desarrollo de los órganos reproductivos (Delval 1998).

Hall consideró que la pubertad era un periodo de gran desequilibrio y desajustes emocionales, pero que tenía ciertos factores compensatorios (Horrocks, 2001).

La pubertad desde un enfoque fisiológico empieza cuando las células en el hipotálamo segregan hormonas liberadores de gonadotropina (GnRh), que estimulan la liberación y la producción de dos hormonas gonadotróficas en la glándula hipófisis anterior.

Las hormonas gonadotróficas estimulan a las gónadas para que produzcan sus hormonas y en última instancia son las responsables de la madurez sexual.

Las hormonas gonadotróficas son la hormona folículo estimulante (FSH) y la hormona luteinizante (LH), ambas hormonas se producen tanto en el hombre como en la mujer; en el caso de la mujer se genera la producción de un folículo ovárico y su subsecuente luteinización y en el hombre se estimula la producción de espermatozoides y la secreción de testosterona en los testículos. Como respuesta a las hormonas gonadotróficas las glándulas segregan hormonas esteroideas sexuales. Los ovarios producen estradiol un tipo de hormona conocido como estrógeno y los testículos producen testosterona, ambos tipos de glándulas producen una pequeña cantidad de hormonas del otro sexo. Tanto el estradiol como la testosterona dan fin al crecimiento de los huesos deteniendo así el crecimiento esquelético.

El estradiol provoca el desarrollo de los pechos, el crecimiento del recubrimiento del útero, cambios en la distribución de la grasa corporal y maduración de los genitales femeninos, el vello axilar y púbico se produce por la influencia de los andrógenos segregados por la corteza de las glándulas adrenales. Por su parte la testosterona estimula el crecimiento del vello facial, axilar y púbico, hace que la voz se vuelva grave, altera la línea del cuero cabelludo y estimula el desarrollo muscular y el crecimiento de los genitales (Carlson 1996).

El comienzo de la menstruación es un cambio puberal que se produce en las mujeres, la aparición de ésta es determinada por factores biológicos y sociales. Las actitudes hacia la menstruación son muy variadas y van desde verla como una maldición hasta la reafirmación de la feminidad (Kaplan 2001).

Durante la primera etapa de maduración de las glándulas sexuales es frecuente que el periodo menstrual sea irregular. En el varón por lo general no aparecen cantidades considerables de espermatozoides maduros hasta los 15 o 16 años (Aberasturi 1978).

Un dato curioso es que los bajos niveles de estrógeno están relacionados con el humor deprimido (primera etapa del síndrome premenstrual en algunas mujeres) y los niveles altos de testosterona están asociados con agresividad e impulsividad en los hombres.

Aún cuando la pubertad es un período relativamente breve dentro de todo el ciclo vital y es solo una parte de la adolescencia Hurlock, (1987) la divide en tres etapas:

- Etapa prepubescente: etapa inmadura en la cual suceden los cambios corporales y comienzan a desarrollarse las características sexuales secundarias o los rasgos físicos que distinguen a los dos sexos, pero en la que todavía no se ha desarrollado la función reproductiva.
- Etapa pubescente: Etapa de maduración en la cual se producen las células sexuales en los órganos de reproducción, pero en la que aun no se han completado los cambios corporales.
- Etapa pospubescente: Etapa madura en la cual los órganos sexuales funcionan a la perfección, el cuerpo ha alcanzado la altura y las proporciones debidas y las características sexuales secundarias están bien desarrolladas.

Desde el punto de vista psicológico Otto Fenichel (1999) define a la pubertad como la adaptación de la personalidad a nuevas circunstancias, creadas por los cambios de orden físico, a diferencia de las etapas de desarrollo anteriores el Yo (concepto que se definirá más adelante) ha creado normas definidas de reacción a las exigencia internas y externas, cuando en la adolescencia el Yo entra en conflicto con las pulsiones instintivas la situación es diferente de los que fue en la infancia; afloran actitudes de carácter contradictorio por ejemplo: egoísmo - altruismo, mezquindad - generosidad, sociabilidad -soledad, alegría - tristeza entre otras. Simultáneamente van a aparecer formas de comportamiento sexual infantil de todo genero, el retorno de los impulsos sexuales infantiles se deben en parte al hecho de que la pubertad trae consigo un incremento de la sexualidad, tal retorno se debe a un temor que siente el niño a las nuevas formas de sus pulsiones por lo que regresará a las forma antiguas y familiares.

El desarrollo sexual en la pubertad parece reiniciarse exactamente en el mismo punto en donde fue resuelto el complejo de Edipo, los temores y las culpas relacionas con el complejo e Edipo constituyen la causa primaria de que el Yo en la pubertad sea a menudo muy hostil a los instinto y sienta un gran temor a los mismos. La prolongada duración de la pubertad, el gasto de tanto tiempo y trabajo parece reestablecer el equilibrio psíquico y aceptar la sexualidad como parte de la vida y es un hecho que se define por factores culturales.

Adolescencia

Para entender lo que es la etapa de la adolescencia es importante comenzar a definirla, “el vocablo adolescencia procede del verbo latino *adolescere* que significa “crecer”. La adolescencia tiene una ubicación ontológica, es una etapa cuyo elemento sustancial y característica es la aparición de cambios notables tanto morfológicos como funcionales” (González, 2001).

G. Stanley Hall afirmó que la adolescencia es un periodo de estrés emocional producido por los cambios psicológicos importantes y rápidos que se producen en la pubertad. (home.coqui.net/uhbaske/monografias/adoelsencia.htm)

Erikson en 1955, en su descripción de la adolescencia refiere que cada sociedad y cada cultura institucionaliza cierto periodo de moratoria para la mayoría de sus jóvenes. Esa moratoria le proporciona al adolescente un tiempo durante el cual experimenta con diversos papeles e ideologías, mientras se esfuerza por descubrir quien es él y a donde pertenece en el mundo de las demás persona. El resultado puede ser un periodo de confusión o difusión de la identidad que conduce a un síndrome de conducta representativo del conflicto central de la adolescencia. Ante dicho conflicto Erikson señala que el joven, en medio de un cambio vigoroso, debe dejar la seguridad de la niñez y buscar una posición más firme en la edad adulta y, durante este intervalo debe confiar tanto en la relación pasado-futuro, como en la confiabilidad de quienes lo impulsan a abandonar la infancia y de quienes lo recibirán en el inicio de su nueva etapa (Horrocks 2001).

La teoría de desarrollo psicosexual define a la adolescencia como un producto cultural con un estatuto social mal definido. Sus problemas giran en torno a los cambios psicológicos ya sean derivados de las transformaciones puberales o bien de las relaciones con las presiones y prohibiciones socio-familiares.

Barnet en 1970 sostiene que la adolescencia es un proceso de desarrollo generador de ansiedad, cuyas funciones esenciales son perder la inocencia infantil y lograr una separación personal de las necesidades sociales y de las aspiraciones de la familia, ambas funciones presentan posibilidades traumáticas en el peor de los casos, y dificultad de ajuste en las mejores circunstancias. (Horrocks, 2001)

Fase de desarrollo en la cual el adolescente no solo se encuentra sujeto a las leyes del crecimiento y evolución corporal, sino también a una renovación en la estructura y dinámica de sus sentimientos y percepciones, y a un nuevo despertar del amor, de los impulsos y de las pasiones... A nivel afectivo la adolescencia supone un enriquecimiento de la sensibilidad, manifestada a través de un modo distinto de amar, como corresponde una reorganización profunda de los procesos y los móviles afectivos, exteriorizada a través de los estados emocionales mucho más fuertes que antes y dirigida con frecuencia, a objetos heterosexuales y con implicaciones de sexualidad. A nivel sociopsicológico la adolescencia se presenta como un corte o ruptura con el patrimonio de la infancia y como una pauta antes de llegar a adulto (Fernández, 1991).

“Periodo de transición entre la niñez y la edad adulta... puede considerarse dentro del periodo de evolución que lleva al ser humano desde el nacimiento hasta la madurez y en el cual se presentan una serie de cambios a nivel físico, psicológico y social que se manifiestan en diferentes grados de intensidad dependiendo de cada persona” (González, 2001). De esta definición es importante resaltar que aunque se trate de un mismo proceso de desarrollo y un periodo de la vida no es lo mismo para todas las personas, ya que el rumbo de desarrollo dependerá de la personalidad de cada individuo.

Juan Delval (1998) define a la adolescencia desde el punto de vista psicológico como “una manera diferente de abordar los problemas y de entender la realidad y la vida que va unida a capacidades intelectuales muy superiores y un gusto por lo abstracto y el pensamiento. Esta definición implica que los adolescentes adquieren una madurez no solo de tipo físico, sino que también de tipo psicológico que les permitirá funcionar adecuadamente en situaciones de mayor responsabilidad y serán capaces de tomar decisiones trascendentales para su vida.

“Es una época en la que el individuo se hace cada vez más consciente de sí mismo, intenta poner prueba sus conceptos, trabaja gradualmente hacia una autoestabilización que caracteriza a la vida adulta. Durante este periodo se aprende el rol personal y social que con más probabilidad se ajustará a su concepto de sí mismo, así como a su concepto de los demás” (Horrocks 2001).

Según este autor es la etapa en donde el individuo se concibe como diferente y separado de los demás primeramente de sus padres con el fin de autoconocimiento y poco a poco se va dando cuenta de los roles que le son asignados por la sociedad y de las responsabilidades que ahora debe cumplir así como de las cosas que debe dejar atrás como parte de la etapa anterior.

De acuerdo la National Clearinghouse on families & youth, (2001) la adolescencia es una etapa difícil para muchos jóvenes, ya que durante esta etapa tienen que enfrentarse a cambios físicos, al comportamiento de sus compañeros y a las expectativas crecientes de sus familiares, profesores y otros adultos. Además de que luchan por una necesidad creciente de sentir que pertenecen a algo y se sienten presionados por desempeñarse bien académicamente y socialmente.

Esta definición nos aporta nuevos elementos para entender lo que sucede en la adolescencia, muestra que son diversas las razones que llegan a desconcertar a los adolescentes sintiéndose desubicados, ya que pareciera que se mueven en base a un solo objetivo, pero se mueven en la búsqueda del cumplimiento de una serie de objetivos particulares, que deberán alcanzar para poder llegar al objetivo principal que es enfrentarse a una vida adulta con todo lo que ella implica.

Harold Kaplan (2001) considera que la adolescencia es una etapa variable del desarrollo humano que se caracteriza por profundos cambios biológicos, psicológicos y de desarrollo social, y hace una clasificación de estos cambios:

- Biológico, delimitado por una rápida aceleración del crecimiento ósea e inicio del desarrollo sexual.
- Psicológico: aceleración del desarrollo cognoscitivo y consolidación de la personalidad.
- Social: se intensifica la preparación para asumir el rol d adulto joven.

Durante la etapa de la adolescencia como veíamos anteriormente se presentan cambios en los individuos los cuales comienzan con los de tipo físico hasta concluir con los de tipo psicológico. A continuación se explican algunos de los cambios más importantes que se presentan en esta etapa.

Físicos: El comienzo biológico de la adolescencia viene delimitado por la pubertad dependiendo de cada individuo y del ambiente en que se desarrolle.

Sociales: Rousseau define uno de los cambios más importantes en la adolescencia como un corte profundo con la infancia en el cual el joven adquiere los caracteres humanos más elevados. (Citado en Delval 1998).

“El sujeto tiene que incorporar los valores y las creencias de la sociedad, es decir terminar de socializarse al mismo tiempo que adoptar determinados papeles sociales que el adolescente tiene mayor probabilidad de elección que en la infancia, por lo que la adolescencia se atribuye a causas sociales externas” (Delval 1998)

Cambios de tipo social más representativos de la adolescencia:

- Las relaciones de amistad representan los primeros esfuerzos por lograr los contactos íntimos que ocurren en la edad adulta y es aquí cuando en los grupos de jóvenes se empieza a aprender el papel de líder o seguidor (Kolb 1992).
- Como el adolescente se encuentra a la mitad del camino entre la independencia personal y el continuar la dependencia de sus padres emprende actos de conducta emancipatoria, admirando figuras alejadas que adquieren una dimensión simbólica, aparece el deseo de imitación de los ídolos como un intento por demostrar sus cualidades (Kolb 1992)

Psicológicos A partir de ahora el adolescente empieza a buscar una nueva identidad, empieza a considerarse como algo separado del resto y como una unidad de sí mismo. Esta búsqueda se inicia en grupos de amigos, en los grupos de iguales con quienes se identifica y diferencia de los adultos. Aparece la necesidad de reafirmar su importancia y su valía; este proceso de búsqueda deriva de una adquisición de una identidad típica aceptada por el grupo social o por el contrario desviada de la norma.

Cambios psicológicos más representativos:

- Rechazo hacia los padres, pero siguen siendo dependientes emocional y económicamente.
- Modificación de las relaciones afectivas con los padres, lo que facilita el fortalecimiento de lazos afectivos con los amigos.
- Se produce el descubrimiento del amor y de las relaciones sexuales.

- Se construye el autoconcepto y la identidad nueva que incluye como se ven a sí mismos y como los ven los demás.

Siguiendo en alguna forma a Bloss (1962/1986), González Núñez et al. clasifican las diferentes fases de la adolescencia con las modificaciones y tratan de especificar cual es la tarea emocional a resolver del adolescente en un momento dado.

1. Preadolescencia: Inicio de metas impulsivas que antes no existían, aparecen nuevos intentos de conseguir esas metas con emociones nuevas. Existe una socialización de la culpa a través del líder, compartir la culpa con los demás es solo un instrumento para evitar el conflicto con el Super Yo...angustia ante un episodio homosexual y transitorio normal en esta etapa. Varones y mujeres utilizan la represión, la formación reactiva y el desplazamiento como mecanismos de defensa frente a todos los afectos intensificados por el temor de regresar a depender oral y analmente de la madre como en aspectos como coraje, amor y ternura. Intento por iniciar la independencia familiar, la cual se logra en el momento que ya no es necesaria la tutela de los padres.
2. Adolescencia temprana: Continuación progresiva de las nuevas metas instintivas que matizan e intensifican los afectos...necesidad de poseer objetos a los que pueda admirar y amar, precisando que estén fuera del ámbito familiar. Episodio bisexual transitorio de tipo inconsciente. Se promueve la identificación con el progenitor del propio sexo, favoreciendo el inicio de la madurez emotiva; porque ahora el adolescente debe aprender a expresar sus afectos y emociones de maneras menos infantiles y más adultas.
3. Adolescencia propiamente tal: en esta etapa culmina la formación de la identidad sexual, la vida emocional del adolescente ahora es más intensa, más profunda y con mayores horizontes. El establecimiento de la organización adulta de los impulsos supone una renuncia a los objetos de amor primarios y el encuentro de nuevos objetos. El adolescente necesita ayuda desde el punto de vista externo para el logro de la heterosexualidad y la identidad.
4. Adolescencia tardía: existe una mayor unificación entre los procesos afectivos, volitivos y de acción.

Se hace un acomodo jerárquico de los valores e intereses del Yo, se cristaliza una posición sexual irreversible. La estabilización de los recursos mentales yoicos que de manera automática salvaguardan la identidad y finalmente un acomodo de los afectos de acuerdo con la identidad lograda.

El Yo realiza un gran esfuerzo para lograr una mayor integración de diversos fenómenos como el trabajo, el amor y la afirmación de una ideología.

5. Postadolescencia: Representa el paso final de la adolescencia donde las identificaciones son plenamente aceptadas y se fortalecen, la persona queda al fin integrada a su rol social...se consolida una escala de valores irreversibles que matiza y da sentido a su vida en cuanto al Super Yo y al ideal del Yo.

Fountain citado en Horrocks (2001) hace la siguiente lista de cinco cualidades que diferencian a los adolescentes de los adultos:

1. Sentimientos especialmente intensos y volubles.
2. Necesidad de recompensas frecuentes e inmediatas.
3. Comparativamente poca capacidad para examinar la realidad.
4. Incapacidad para la autocrítica.
5. Inconsciencia e indiferencia ante las cosas y sucesos que no están relacionados con la propia personalidad.

De manera general se puede decir que la adolescencia es un periodo de emergencia de un Yo adulto, es decir que el individuo se hace más consciente de sí mismo y más autónomo en sus elecciones. Como consecuencia de ella se opera una especie de desfase en relación con la infancia como si existiera a la vez abstracción y diferenciación. (Lehalle 1990).

Concepto de identidad

El mecanismo de la conquista de la propia identidad individual manifiesta que ese proceso se realiza mediante la acción de constantes y sucesivas interacciones de introyecciones y proyecciones psicoafectivas, emocionales y sociales, que envuelven las dimensiones biológicas, individuales y sociales del individuo y contienen, no solo el conjunto de sus impulsos, apetencias, necesidades, capacidades, aspiraciones, expectativas

y ambiciones sino también el conjunto de las perfecciones y cualidades adquiridas a lo largo de sus identificaciones anteriores (Fernández 1991).

La identidad es el resultado de un proceso dinámico que se ha definido como el Yo. El Yo es el proceso que hipotetiza la identidad conforme el individuo es capaz de expresar oralmente así mismo y otras personas quien y que es. Una identidad es un concepto del Yo producido por el proceso del Yo, en ese sentido la identidad es el constructo propio del Yo, que se elabora a partir del desarrollo fisiológico de un organismo que posea conciencia y por tanto entendimiento. (Horrocks 2001).

El concepto de identidad encierra pues una idea integradora, totalizadora de la persona, que es percibida, negada o deformada por el Yo. Integradora porque supone al hombre en permanente relación consigo mismo y con las personas y cosas que lo rodean. Podemos referirnos a la identidad como el logro de una integración entre el ideal de vida para el Yo y el de la sociedad en la que el hombre vive. (Fernández, 1989).

Los elementos que componen a la identidad en torno a tres sentimientos básicos son:

- Unidad: basada en la necesidad del Yo e integrarse y diferenciarse en el espacio, como una unidad que interactúa.
- Mismidad: es un sentimiento que parte de la necesidad de reconocerse a uno mismo en el tiempo(área mente) y en el espacio(área cuerpo)
- Continuidad: surge de la necesidad del Yo de integrarse en el tiempo “ser uno mismo a través del tiempo” (Fernández, 1989).

La desesperación que provoca la falta de identidad lleva a los adolescentes a una lucha, por la identidad, fundamental para el futuro de su desarrollo. Se libra en tres campos simultáneos:

- Lucha por construir el nuevo esquema corporal.
- Lucha por construir su nuevo mundo interno.
- Lucha por construir su nueva sociedad.

Esta relación crea el sentimiento de sí mismo en el tiempo y el espacio, a esto llamamos identidad (Fernández , 1989)

Crisis de identidad

El núcleo de la adolescencia: es un estado confusional transitorio, creado por la vastedad de los procesos de duelo y el polimorfismo zonal libidinal y hostil, los cuales llevan a una crisis de identidad que establece una lucha estimuladora del pensamiento lógico-formal, las funciones discriminadoras y sintéticas del Yo y las protectoras del Super Yo llegando al establecimiento de nuevos vínculos objetales más reales (Fernández 1989).

Por ser claramente la adolescencia un proceso de duelo, el Yo entraría como en cualquier proceso similar, pero como este duelo abarca varios aspectos la situación de desamparo psicológico es muy intensa. Esta etapa tiene a su favor que la intensidad de la crisis del Yo puede ser vista no únicamente como duelo puro, sino como un renacer constante a lo largo del proceso (Fernández.1989).

El duelo es uno de los fenómenos más comunes en la vida de todo individuo. Su importancia radica en la redefinición que aporta a los procesos de desarrollo: aparece ante cualquier pérdida y provoca una reconfiguración objetal. Su elaboración (reconstrucción) se basa en el cambio, y este cambio solo tiene lugar si el sujeto esta decidido internamente a renunciar a la estructura que hasta ese momento le dio una relación más o menos estable. La elaboración de los duelos tanto personales como colectivos es lo que permitirá “pegar el salto” y dejar la vieja estructura al descubrir nuevas formas de relacionarse y adquirir satisfacción (Fernández, 1989).

Se puede decir que el duelo implica un sentimiento de pérdida ante un objeto con cualidades reales y fantaseadas. Estas últimas lo pueden hacer más penoso y lento que lo que la realidad exigiría, exponiendo al Yo a pruebas que muchas veces lo llevan al fracaso. La ruptura de los vínculos primarios sumerge al Yo en un mundo de dudas y ansiedades, que son, en el duelo normal, un verdadero incentivo para observar y cambiar. (Fernández, 1989).

Analizando la crisis de identidad a un nivel más personal, encontramos que el púber y más aún el adolescente se encuentran, por sus cambios, en un período transitorio de confusión que rompe con la identidad infantil y enfrenta al Yo con nuevos objetos, impulsos y ansiedades.

Se podría esquematizar así:

1. El adolescente percibe su cuerpo como extraño, cambiado y con nuevos impulsos y sensaciones
2. Se percibe a sí mismo como diferente a lo que fue, nota cambiadas sus ideas, metas y pensamientos.
3. Percibe que los demás no lo perciben como antes, y necesita hacer un esfuerzo más activo y diferente para obtener respuestas que lo orienten.

La crisis de identidad en la cual el adolescente se dedica a tratar de desarrollar un nuevo conjunto y concepciones de sí mismo a partir de sus identidades y valores previos; sin embargo el nuevo Yo debe conducir a metas significativas y a una conducta compatible con las del grupo de coetáneos (Horrocks 2001).

Ante esta eventualidad las funciones yoicas se esmeran especialmente en discriminar, controlar y fluctuar entre los objetos de identificación. Con ello se proponen tolerar las ansiedades que provocaría el sentimiento de no identidad, que es uno de los más aniquiladores, solo comparable a la sensación de muerte psicológica “no sentirse uno mismo, ni en relación”.

La vulnerabilidad de los adolescentes dependerá de las fluctuaciones que haga el Yo en sus identificaciones “inauténticas”. Estas fluctuaciones se dan tanto en el cuerpo como en los objetos internos y externos. A nivel del cuerpo se encuentran con frecuencia somatizaciones, sentimientos de extrañeza o plenitud, abulia, somnolencia, fatigas inmotivadas, etc.: expresan la utilización de su cuerpo en el manejo de los objetos (Fernández Moujan 1989)

Winnicott subraya que en el caso de que haya crisis los adolescentes no pueden aceptar una solución aplicada desde el exterior. En cierto sentido, sigue diciendo él mismo, “el adolescente no desea ser comprendido” (Lehalle 1990)

Concretamente, tenemos en la adolescencia:

1. Un cuerpo nuevo, cambiante, percibido como objeto externo por el Yo (esquema corporal que no coincide con el conocido).

2. Nuevos roles sociales por medio de los cuales conoce y se hace reconocer (no coinciden con los viejos roles familiares más estereotipados).
3. Un Yo que debe enfrentar la no coincidencia entre la edad infantil y las nuevas identificaciones (que van conformando una nueva identidad).

Todas estas no coincidencias son fuentes de ansiedad que llevan al Yo a recurrir a los mecanismos de defensa más primitivos.

Los mecanismos de defensa utilizados para la elaboración de estos duelos son distintos y depende, para cada periodo de los instrumentos personales y de la situación ambiental. Sin embargo es frecuente observar conductas basadas en la omnipotencia como la altanería, la rebeldía, la temeridad, las ideas sobrevaloradas, basadas en la negación bajo la forma de inhibiciones, formaciones reactivas, actuaciones, así como idealización. Otros mecanismos defensivos del Yo son la disociación, que explica las conductas opositoras, de ambivalencia, los cambios repentinos, extremismos etc., la identificación proyectiva e introyectiva.

En la adolescencia la regresión tiene un marcado tinte narcisista y pregenital opuesto a un tanteo compensatorio en el mundo de la sexualidad y los roles sociales adultos, instrumentados por el incentivo del pensamiento, las fantasías y la acción (Fernández Moujan, 1986).

Para Bowlby los procesos de duelo marcan cuatro etapas que corresponden más o menos a fases que se pueden diferenciar en la adolescencia:

1. Pubertad: Protesta
2. Adolescencia propiamente dicha: Desesperación
3. Fin de la adolescencia: Separación
4. Postadolescencia: Reparación (citada en Fernández, 1989)

El adolescente no solo es sujeto de duelo sino que también es objeto de duelo para los padres...Esto crea un campo de elaboración del duelo que excede al ámbito personal y ubica al proceso "adolescencia" como un fenómeno familiar y social (Fernández Moujan, 1986).

"Vemos que entonces el problema tiene una doble vertiente, en los casos felices esta doble vertiente puede resolverse en una fusión de necesidades y soluciones.

Porque también el padre tiene que desprenderse del hijo niño y evolucionar a una relación con el hijo adulto lo que impone muchas renunciadas de su parte... ahora ya no podrá funcionar como líder o ídolo y deberá en cambio deberá de aceptar una relación llena de ambivalencias y de críticas (Aberastury1978).

Desarrollo sexual

Muchos factores contribuyen a los conceptos que aprende una persona de la masculinidad y feminidad... y de su propio papel sexual en la vida. Gran parte de esta concepción de cómo deben actuar los hombres y las mujeres, se basa en la interpretación que se haga de los papeles desempeñados por sus padres. Si alguno de ellos fracasa o es desdichado con su masculinidad o femineidad, esto puede reflejarse en su propio ajuste sexual (Horrocks 2001)

La pubertad es un periodo crítico del desarrollo psicosexual, no solo por la novedad de las experiencias sino por el efecto que los factores situacionales específicos de las experiencias sexuales de esta etapa producen en su vida sexual adulta, moldeando en gran parte sus preferencias gustos, estímulos y respuestas sexuales (Delval, 1998).

Nunca es fácil pasar de la sexualidad infantil a la adulta. En una cultura en la que las pautas de conducta en las relaciones heterosexuales cambian con rapidez, los problemas que deben encararse se intensifican considerablemente. La primera tarea evolutiva importante que debe ser dominada en la transición hacia la sexualidad madura es la de adquirir conocimiento sobre el sexo y los roles aprobados por la sociedad para los miembros de ambos sexos (Fernández, 1991).

El despertar sexual que ocurre en la primera adolescencia y en la primera juventud hace que el deseo sexual sea vigoroso y más intenso que en la vida madura. Es una fuerza nueva que se manifiesta con todo vigor, que crea nuevas necesidades y que implica nuevas inquietudes y vehementes deseos de satisfacción (Delval, 1998)

Como las mujeres adolescentes inician la pubertad dos años antes que los hombres es común que mantengan relaciones sexuales a una edad más temprana que los hombres, sin embargo son menos activas sexualmente que los hombres debido a que relacionan el impulso sexual con sentimientos como el amor (Kaplan 2001).

El desarrollo de la sexualidad lleva a los adolescentes a enfrentarse con la vida adulta. Su sexualidad va a verse acompañada de vivencias angustiosas, por estar asociada a una serie de fantasmas infantiles y por haber sido objeto de represión durante la infancia... El desarrollo del instinto sexual, característica típica de la pubertad en la adolescencia lleva consigo el desarrollo de la emoción y la ternura ... Por eso en la primera parte del despertar del instinto sexual del adolescente esta impregnado en gran medida por las fantasías y las preocupaciones por lo cambios que se producen en su propio cuerpo y en campo de la afectividad, viviendo de ese modo una etapa de fuerte agitación interior, participando y colaborando en grupos unisexuales...y dirigiendo frecuentemente sus pasiones a personas mucho mayores que él (Fernández, 1991).

La pérdida que debe aceptar el adolescente al hacer el duelo por el cuerpo es doble: la de su cuerpo niño cuando los caracteres sexuales secundarios lo ponen ante la evidencia de su nuevo status y la aparición de la menstruación en la niña y del semen en el varón que les imponen el testimonio de la definición sexual y del rol que tendrán que asumir no solo en la unión con la pareja sino en la procreación (Aberasturi 1978).

“Hay un despertar de la sexualidad que lleva a buscar objetos amorosos fuera de la familia, modificando las relaciones con los padres, existe la probabilidad de que se produzca un comportamiento mal adaptado con fluctuaciones en el estado de ánimo, inestabilidad en las relaciones, depresión e inconformismo” la adolescencia desde el punto de vista psicológico reatribuye a causas internas” (Delval 2001).

La pubertad y la adolescencia son periodos homosociales en los cuales se aprenden y refuerzan los estereotipos culturales de los masculino o lo femenino, los grupos exclusivos de muchachos o muchachas se comunican y refuerzan mutuamente los valores culturales asignados a la masculinidad o femineidad poniendo énfasis en las diferencias y maneras apropiadas de relacionarse con el otro sexo.

En la pubertad y en la adolescencia a veces se presentan algunas conductas homosexuales esporádicas...superada la pubertad generalmente se despierta en la primera adolescencia, el interés sexual y afectivo por los adolescentes del sexo opuesto (Delval, 1998).

En cuanto a las actitudes frente al otro sexo, son contradictorias en la primera fase; por una parte existen preferencias hacia el propio sexo y por otra, de marcado interés mutuo en la segunda fase, dando lugar a los primeros sentimientos amorosos y de amores platónicos (Horrocks 2001)

La capacidad para enamorarse es una de las características más apasionantes de la adolescencia...es un rasgo que no depende de los mismos fenómenos hormonales, ni coincide con los cambios biológicos. La capacidad para enamorarse puede aparecer en la última adolescencia (Delval, 1998).

La duración del enamoramiento, depende también de las circunstancias, ya que la inestabilidad emocional del adolescente lo hace cambiar de afectos...el hecho de que el adolescente este mentalmente listo para su enamoramiento dependerá del acceso a un objeto amoroso...capaz de orientar sus emociones hacia una identificación importante (Guido 2002).

Debido a que la identificación sexual es un aspecto central de la personalidad...el ego sexual es el núcleo del Yo, el cual se alimenta del sentimiento de identidad sexual y de la consolidación social de nuestro papel y capacidad sexual...la confianza en el propio ser sexual es importante para el ejercicio de la sexualidad y para la estima de sí mismo en general. (Delval, 1998)

Logro de la identidad

La adquisición de la identidad individual deberá contribuir a que el individuo:

- Tome conciencia de su singularidad
- Vincule la acción del inconsciente con la del consciente
- Entrelace el pasado con las vivencias del presente
- Refuerce la estructura del Yo y dinamice la acción de éste.(Fernández, 1991)

Para que el adolescente logre establecer su identidad es necesario que se enfrente a las siguientes situaciones:

- Logro de la heterosexualidad: después de pasar por una etapa homosexual, la cual puede ser consiente y observable o no... al adolescente le resulta más fácil relacionarse, por lo menos en su fantasía inconsciente o en la realidad, con una persona del mismo sexo; para finalmente lograr relacionarse con una persona del sexo opuesto que le ayude a diferenciarse y le transmita la sensación de plenitud masculina o femenina según sea el caso.
- Independencia de la familia: se va logrando paulatinamente hasta que llega el momento en que no es necesaria la tutela de los padres, para el logro de esta independencia los padres pueden ayudar a sus hijos quizás mediante un aportación económica mayor, dejando que gradualmente resuelvan solos sus propia dificultades y no interfiriendo en la toma de decisiones.
- Logro de una madurez emotiva: El adolescente tiene que aprender a expresar sus emociones y en formas menos infantiles y más adultas, haciendo uso de su tolerancia la frustración y no huyendo de la realidad.
- Independencia económica: se encuentra muy relacionada con la elección profesional, ya que una buena selección de ocupación permitirá al adolescente satisfacer por sí mismos sus necesidades económicas, requisito indispensable en la edad adulta.
- Logro de la adultez intelectual. El adolescente tiene que aprender a pensar mediante formas racionales que le permitan concebir las cosas en sus relaciones causa y efecto; lo cual implica una solidez en el razonamiento, la necesidad de pruebas que validen tanto lo que dice como lo que se le dice.
- Poseer una filosofía de la vida: Poseer un filosofía y de la vida y jerarquía de valores afectivos adecuados, permite actuar de tal modo que queden claras las prioridades en la vida cotidiana.
- Adecuado uso del ocio: debe aprender a disfrutar actividades culturales, deportivas y de cualquier índole que favorezcan un adecuado uso de su tiempo libre.
- Necesidad de una realización vocacional: El deseo de poseer una ocupación que permita una independencia económica implica un desempeño adecuado de su vocación.

La falta de identidad es bastante más problemática, y Erikson se refiere a esta tendencia maligna como repudio. Estas personas repudian su membresía en el mundo adulto e incluso repudian su necesidad de una identidad. Algunos adolescentes se permiten a sí mismos la “fusión” con un grupo, especialmente aquel que le pueda dar ciertos rasgos de identidad: sectas religiosas, organizaciones militaristas, grupos amenazadores; en definitiva, grupos que se han separado de las corrientes dolorosas de la sociedad.

Pueden embarcarse en actividades destructivas como la ingesta de drogas, alcohol o incluso adentrarse seriamente en sus propias fantasías psicóticas. Después de todo, ser “malo” o ser “nadie” es mejor que no saber quién soy (George Boeree, 1997).

A medida que el sentido de identidad del individuo se desarrolla a partir de su concepto de sí mismo, o incluso después de que la identidad está bien formulada y se ha comprobado exitosamente con la realidad, e integrado en la conducta, el individuo puede exteriorizar su identidad a algunas personas u objetos en el ambiente real (Horrocks, 2001).

Concepto del Yo

El concepto del Yo forma los parámetros dentro de los cuales operan los procesos cognoscitivos en el nivel de la conducta consciente. Hasta cierto punto el desarrollo del concepto del yo tiene una relación integral con el desarrollo de la habilidad de raciocinio, concebida esta última como una elaboración del estado consciente (Horrocks 2001).

Basándose en la teoría de *Freud*, Otto (1999) Fenichel comenta que el concepto del yo inicia su desarrollo desde la infancia cuando el ser humano es capaz de saberse diferente y separado de los demás y se conforma a partir de la interrelación de las tres instancias del aparato psíquico (Yo; Ello, Super Yo).

La teoría estructural de Sigmund Freud conceptualiza que la personalidad está integrada por tres sistemas principales el Yo Ello y Super Yo, normalmente esos tres sistemas forman una organización unificada y armónica que permite al individuo relacionarse de manera eficiente y satisfactoria con su ambiente para satisfacer sus necesidades y deseos básicos

El Ello tiene como función la descarga de cantidades de excitación (energía o tensión) que se originan en el organismo a partir de estímulos, internos o externos, esta función cumple con el llamado principio del placer (evitar el dolor y lograr el placer) la finalidad de este principio es que la persona se desahogue de la tensión o si no es posible reducir la cantidad de tensión a un nivel más bajo y mantenerlo tan constante como sea posible.

El Yo es el ejecutivo de la personalidad que domina y gobierna al Ello y al Super Yo y mantiene un intercambio con el mundo exterior en interés de la personalidad total y sus necesidades. El Yo está gobernado por el principio de realidad cuya finalidad es demorar la descarga de energía hasta que haya sido descubierto el objeto que satisfará tal necesidad.

El Super Yo es la rama moral o judicial de la personalidad, representa lo ideal más bien que lo real y pugna la perfección antes que el placer o la realidad (Hall, 1983).

Dentro del psicoanálisis otro representante muy importante es *Carl Jung* quien define al Yo como: “la mente consciente compuesta por las percepciones, los recuerdos, los pensamientos y los sentimientos, y es responsable de los sentimientos de identidad y de continuidad del sujeto, es considerado desde el punto de vista del individuo como el centro de la conciencia” (Jung citado en Hall, 1983).

Erikson por su parte en su teoría de desarrollo del Yo plantea que la identidad del yo se cumple de diferentes maneras en una cultura u otra. “Ya que el adolescente tiene que restablecer la identidad del Yo a la luz de sus experiencias anteriores y aceptar que los nuevos cambios corporales y sentimientos libidinales son parte de sí mismo” (Tomado de Muss 1997).

Karen Horney en su teoría conocida como psicología holística propone tres conceptos independientes del Self:

- Self actual: suma total de las experiencias de un individuo.
- Self real: la persona sana y armónica
- Self idealizado: imagen glorificada de lo que un individuo siente que debería ser (Tomado de Kaplan 2001).

El Yo como instancia psíquica puede identificarse con la conciencia a nivel filosófico, o con la capacidad de darse cuenta y adaptarse a la realidad con que se ha significado en el nivel psicológico: Hofling lo ha definido como el “ejecutivo de la mente” (Origen de las funciones mentales)

Horrocks y Jackson en 1972 observaron que el Yo es proceso mediante el cual el organismo infiere y forma conceptos del Yo, los cuales, en conjunto representan la interpretación y el significado que tiene el organismo de sí mismo...por lo tanto el Yo constituye el medio por el cual el organismo está consciente de y se siente a sí mismo como un ser corporativo con una historia pasada y un futuro probable o posible. (Horrocks 2001)

Funciones del Yo

González Núñez (2002), comenta que aun no se ha elaborado una lista exhaustiva de las funciones una clasificación de las funciones del Yo que tengan una aceptación general. Cita a Sigmund Freud quien determinó las siguientes funciones:

1. Autopreservación
2. Conciencia y manejo de los estímulos externos
3. Control de movimientos voluntarios
4. Aprendizaje e influencia del mundo externo para beneficio propio
5. Búsqueda del placer
6. Evitación del displacer
7. Consideración de las circunstancias externas para decidir cuando satisfacer las pulsiones
8. Transmisión de un inesperado aumento de displacer mediante una señal de angustia.

Ana Freud consideró como funciones yoicas: prueba de realidad interna y externa, la memoria, función sintética y el control de la motilidad. (González, 2002)

Arlow y Brener determinan como funciones yoicas: conciencia, sentido de percepción y expresión del afecto, pensamiento, control de la acción motriz, memoria, lenguaje, mecanismos de defensa, integración y armonización, prueba de realidad, inhibición o suspensión de cualquiera de estas funciones y regresión a niveles primitivos de funcionamiento.

Finalmente, Bellak, Hurvich y Rediman (1973) incluyen en su lista una serie de funciones a las que, además, añadieron aspectos que ayudan a su evaluación:

- a) Prueba de realidad
- b) Juicio
- c) Sentido de la realidad
- d) Regulación y control de impulsos y afectos
- e) Relaciones de objeto
- f) Procesos de pensamiento
- g) Regresión adaptativa al servicio del yo
- h) Funcionamiento defensivo
- i) Barrera de estímulos
- j) Funcionamiento autónomo
- k) Funcionamiento sintético integrativo
- l) Dominio-competencia (Glz, Núñez 2002)

La medición del concepto del Yo de los adolescentes puede obtenerse mediante cuestionarios, clasificaciones de sí mismo, descripciones personales realizadas por el interrogado...particularmente en el caso de un área tan personal como la visión de uno mismo, la medición presenta la posibilidad de confabulación o de deshonestidad más específica. Esto suele suceder cuando la revelación del yo resulta amenazadora en el terreno personal debido a inferioridades reales o imaginarias difíciles de enfrentar, o cuando hay temor del uso que se pueda hacer de los resultados...por estas razones el descubrimiento del Yo por parte de los adolescentes ha de interpretarse con precaución...a pesar de eso, los estudios han revelado el grado de buena voluntad en los adolescentes para compartir esas percepciones con otra personas (Horrocks, 2001).

Autoconcepto

Como se mencionaba anteriormente es en la adolescencia en donde se construye el autoconcepto, que de forma simple se puede decir que es el concepto que las personas tenemos acerca de nosotros mismos quedando incluidas nuestras características más representativas.

Diferentes teorías psicológicas hablan acerca del Yo, a continuación se mencionarán algunas de las más importantes y la manera en que cada una explica el autoconcepto (self, Yo).

Para el conductismo, “el autoconcepto debe tratarse en términos de como se mide, definiéndolo como los tipos de apreciaciones verbales que hace una persona respecto a sí misma” (Baron,1996), es importante resaltar lo de apreciaciones verbales ya que son consideradas como actividades abiertas que pueden ser observables y medibles, recordando que los acontecimientos y procesos ocurridos en el interior como los pensamientos y sentimientos no tiene lugar en esta corriente psicológica.

La psicología cognoscitiva postula que los individuos tiene esquemas solo de aquellos aspectos de su conducta que son importantes para ellos, como la manera de pensar, recordar y decidir, separando los aspectos del funcionamiento psicológico como afectividad, motivación y emoción, formando el autoconcepto solo en base a funciones cognitivas (Baron, 1996).

La psicología humanista ha dirigido principalmente su atención a un asunto notable como es la importancia del autoconcepto favorable y el valor del desarrollo y crecimiento continuo a lo largo de la vida.

Uno de los principales representantes de la psicología humanista es Carl Rogers quien basa su teoría de la personalidad en el desarrollo del “concepto de sí mismo” definido como las tendencias, el sentimiento emocional y las ideas que el individuo reconoce interpreta y valora como propias. (Frick 1973). Este concepto siempre busca la unidad y la totalidad para alcanzar la coherencia del sí mismo.

Para Rogers el concepto del yo puede o no estar de acuerdo con las facultades reales del Yo. El tipo de correspondencia que se tenga entre el concepto real e ideal del yo es variable de persona a persona y cuando se produce una diferencia significativa entre estos conceptos se ocasionará una anormalidad en la expresión del comportamiento y la personalidad de la persona.

Cuando hay discrepancia entre el concepto del Yo y las experiencias reales del Yo se produce lo que Rogers llama la incongruencia que es la “discrepancia entre el concepto del Yo y las experiencias reales del Yo” (DiCaprio 1989), cuando se produce la incongruencia la persona tiende a expresar sentimientos y emociones negativas teniendo como resultado la frustración ya que “en gran medida su conducta y sentimientos que experimenta son irreales y no se originan en las verdaderas reacciones de su organismo sino que son solo una fachada” (Rogers 1984).

La capacidad de desarrollo y potencialidades de las personas se ven gravemente afectadas cuando el concepto del Yo se encuentra distorsionado o mal conformado. La falta de expresión plena de las potencialidades trae consigo a la persona problemas físicos, psicológicos lo que se ve muy bien en las relaciones interpersonales, las cuales están en gran medida determinadas por las variables en el concepto del Yo.

Todos los síntomas de anormalidades producto del concepto defectuoso del Yo no se pueden tratar directamente sino que se les tiene que hacer desaparecer ayudando a la persona a descubrir que la expresión de su Yo real en el conocimiento de las experiencias sensitivas y viscerales que le permitirá ser una persona funcional al no distorsionar la experiencia; cuando en las experiencias interpersonales y en la terapia se dan las condiciones necesarias, la persona puede sentir hacia si mismo un sentimiento positivo que puede incorporar al concepto del yo obteniendo así una imagen más real de su personalidad con lo cual la concepción del Yo real será más congruente con la concepción del Yo (DiCaprio 1989).

Ma. Jesús Cava (2000) comenta “el autoconcepto remite a las auto descripciones abstractas, las cuales se diferencian de la autoestima, puesto que no implican necesariamente juicios de valor”

En resumen, el autoconcepto puede ser definido como auto descripciones abstractas basadas en la información y creencia que los individuos tenemos acerca de nuestras propias características y de nosotros mismos, permitiéndonos un adecuado desarrollo de nuestra identidad, repercutiendo de manera directa en nuestra conducta, de ahí la importancia del desarrollo del autoconcepto en una etapa de cambios radicales como lo es la adolescencia.

CAPITULO II
TERAPIA DE GRUPO CON
ENFOQUE
COGNITIVO – CONDUCTUAL

Terapia de grupo con enfoque cognitivo-conductual

Un rasgo singular del ser humano es su conciencia reflexiva al poseer una estructuración significativa de su experiencia y la posibilidad de anticipar el pensamiento a esa conducta y sus probables consecuencias, a fin de obrar intencionalmente. Dichas estructuras están determinadas de alguna manera socialmente... esta inserción en pautas sociales de rol ha traído siempre por consecuencia un quehacer psicoterapéutico... todo lo relacionado con la conducta o la sensibilidad normal hacen que los seres humanos dentro de la comunidad social se muestren particularmente sensibles a desviaciones de esa normalidad (dependiendo de la diferentes épocas y sociedades)

Siempre han existido en la comunidad social hombres que de palabra o de obra procuraron aliviar esos menoscabos psíquicos, somáticos y conductuales.

Los comienzos de la psicoterapia profesional, no se sitúan antes del siglo XIX, se suele tomar como fecha de referencia la aparición de la primera obra de envergadura de Sigmund Freud *La interpretación de los sueños* (1900) o la publicación de Freud y Breuer en relación a los estudios sobre la histeria (1895). Estos escritos son el acta de nacimiento de un abordaje psicoterapéutico que pronto habría de difundirse con el nombre de psicoanálisis. En el siglo XIX hubo precursores de los abordajes pedagógicos de terapia de la conducta, pero lo prominente en ellos era el aspecto pedagógico justamente, mientras que el psicoanálisis de Freud, se propuso desde el comienzo de la psicoterapia de enfermos psíquicos (Jürgen, 1985).

Las definiciones de psicoterapia son tan numerosas como las personas que las proponen. Para entender la naturaleza de la psicoterapia es necesario comenzar con su definición y luego considerar sus objetivos propios.

La psicoterapia es un método de tratamiento que utilizan los terapeutas para lograr que sus pacientes se comprendan así mismos mejor, y aprendan a pensar, sentir y actuar de manera más satisfactoria para sí mismos y menos autocontradictoria. La psicoterapia puede ser de grupo, familiar o individual (Weiner, 1992)

Garfield (1980), comenta que en resumen la psicoterapia parece ser en gran medida una interacción verbal entre dos personas, terapeuta y paciente, mediante la cual la primera trata de auxiliar a la segunda a vencer sus dificultades.

El campo llamado psicoterapia comprende a una persona que ha reconocido que necesita ayuda, a un experto que ha consentido en proporcionar esa ayuda y a una serie de interacciones humanas, cuyo carácter suele ser sumamente intrincado, sutil y prolongado, y tiene por objeto producir cambios benéficos en los sentimientos y en la conducta del paciente, cambios que la sociedad en general considera como terapéuticos (Strupp, citado en Kendall, 1988).

En su vértice profesional se puede definir la psicoterapia como una relación profesional en la que un experto ofrece un servicio a una persona que lo necesita, de la cual recibe una contraprestación, unos honorarios o un salario de la entidad que lo emplea y ofrece los servicios (Ávila, 1994).

En los innumerables intentos por definir a la psicoterapia se distinguen cuatro características comunes:

- a) Empleo de mediciones psicológicas para ayudar a la gente que experimenta problemas emocionales en su vida diaria.
- b) Deseo del terapeuta de auxiliar a su cliente.
- c) Actitud de respeto del primero por la integridad personal del segundo.
- d) Énfasis en la comprensión del problema por parte del paciente, para guiar el curso del tratamiento (Weiner, 1992).

Bastine ha delimitado la psicoterapia respecto de otras formas de tratamiento, en base a tres aspectos:

1. La psicoterapia utiliza medios psicológicos que se refieren al saber psicológico a diferencia por ejemplo de los medios médicos, farmacológicos, sociales o jurídicos.

2. La utilización de estos medios se hace de forma profesional, es decir, por personal científicamente formado que procede de forma intencional y persiguiendo un fin, y que justifica y evalúa su actividad de manera científica.
3. Se trata a personas psíquicamente trastornadas (pacientes). (Ávila, 1994).

Meichembaum (citado en Jürgen, 1985) divide el proceso concreto de la terapia en tres fases (aunque desde una fase posterior se puede retroceder hasta una anterior, sea como repetición o n miras a un esclarecimiento más profundo):

Fase I: estructuración conceptual del problema, se trata aquí de “penetrar de manera comprensiva la naturaleza particular del problema planteado por el paciente”.

Fase II: el terapeuta ayuda al paciente a “dilucidar la estructura conceptual de su problema, a experimentarla y consolidarla”

Fase III: se introducen diversas técnicas para modificar autoenunciaciones y producción de modalidades nuevas de conducta.

En las investigaciones realizadas acerca de los motivos por los cuales las personas acuden a la psicoterapia se encontraron tres grandes motivos: 1) algunas les aquejan síntomas perturbadores (ansiedad, depresión, fobias), 2) problemas relacionados con su vida diaria, 3) se sienten insatisfechas consigo mismas (Weiner, 1992).

Parloff (citado en Ávila, 1994) ha señalado que los psicoterapeutas difieren tanto de los objetivos últimos como en los intermedios de la terapia. Los objetivos últimos implican versiones globales sobre el individuo, la salud y el ajuste social del individuo. Los objetivos intermedios están más relacionados con la reducción de síntomas para restaurar niveles previos de funcionamiento personal que se han visto alterados.

Sundberg y Tyler (citado en Ávila, 1994) describen los propósitos básicos de la psicoterapia de la siguiente manera:

1. Fortalecer la motivación del paciente para hacer las cosas “correctamente”.
2. Reducir la presión emocional, facilitando la expresión de sentimientos.
3. Liberar el potencial de crecimiento.
4. Cambiar hábitos de conducta.

5. Modificar la estructura cognitiva personal.
6. Obtener un mayor conocimiento de sí mismo.
7. Facilitar la comunicación y las relaciones interpersonales.
8. Lograr un mayor conocimiento que facilite la toma de decisiones.
9. Alterar estados corporales disfuncionales.
10. Alterar estados de conciencia, y
11. Cambiar el entorno social.

Teorías de psicoterapia

Existen diversas teorías de la psicoterapia, Weiner (1992) las clasifica de la manera siguiente.

Psicoanálisis clásico, Freud: El psicoanálisis clásico que fue la primera teoría formal de psicoterapia surgió de los estudios que realizó Sigmund Freud con el fin de curar paciente que presentaban ansiedad, conversión y síntomas fóbicos. Freud explicaba dos características esenciales de su tratamiento: la asociación libre, que consistía en pedir a sus pacientes que expresaran todos sus pensamientos y sentimientos que le vinieran la mente, sin ejercer ninguna censura ni juzgar de antemano su relación, importancia, lógica o propiedad; y la interpretación, que implicaba señalarles qué aspectos de su personalidad y experiencias previas influían en su conducta de manera inconsciente.

Como pensaba que la personalidad estaba modelada, para bien o para mal, por conflictos durante los primeros años de vida, Freud recalca que la manera de resolver los problemas en la edad adulta se basaba en la reconstrucción genética y en la resolución de las neurosis infantiles (Weiner, 1992).

Psicología analítica de Jung: Gustav Jung se interesó en los retos que implica el desarrollo de la personalidad individual impuestos por la experiencia primordial de la raza humana. Postulaba que cada persona poseía tanto un inconsciente personal como un inconsciente colectivo que consta de varias imágenes o arquetipos innatos basados en la experiencia compartida con la raza humana. La tarea del analista jungiano consiste en recurrir a la interpretación (como el psicoanálisis) para ayudar al paciente, pero no solo en sus aspectos personales, sino también colectivos.

El método de tratamiento se caracteriza por un enfoque dirigido de las entrevistas en lugar de la asociación libre. (Weiner, 1992)

Psicología individual de Adler: Según Adler la fuente principal de neurosis no son los impulsos reprimidos que pugnan por manifestarse, sino la ineficiencia de los esfuerzos del individuo para compensar sus sentimientos de inferioridad. La psicoterapia adleriana consiste en explorar la naturaleza de los estilos de vida de los pacientes y en guiarlos hacia forma más eficaces de funcionamiento, mediante la sustitución de sus deseos de poder por intereses sociales. Dicha terapia se distingue por ser un proceso educativo en el cual el terapeuta trata de influir en los pacientes para que desarrollen actitudes más positivas hacia sí mismos y los demás, y adopten patrones de vida más viables y socialmente aceptables (Weiner, 1992).

Terapia de la voluntad, de Rank: En la terapia rankiana se indica a los pacientes que examinen su patrones de reacción actuales, refuercen y afirmen su voluntad con respecto al terapeuta; un aspecto importante que fomenta el progreso hacia la independencia e individuación es que la relación de tratamiento misma se define como finita, y se establece en un límite de duración. Prefiere un método no directivo en el que los pacientes tratan de lograr la autodeterminación.

Los neufreudianos:

Horney postulaba que las experiencias infantiles de rechazo y desaprobación producen una ansiedad básica que motiva a realizar esfuerzos por liberarse de ella. Para ella la psicoterapia debe enfocarse a ayudar a los pacientes para que reconozcan lo poco eficaces que son sus estilos caracterológicos de interactuar con la gente, y traten de cambiar sus patrones de pensamiento, sentimiento, valoración y actuación a fin de que logran más responsabilidad, dependencia interna, espontaneidad en sus sentimientos y firmeza.

Fromm, subrayaba en sus escritos básicos la manera en que las restricciones ambientales, principalmente representadas por la autoridad institucional pueden inhibir y acabar por eliminar los aspectos creativos del Yo.

Por tal motivo la psicoterapia debe auxiliar al paciente a que distinga entre la autoridad racional e irracional y a reemplazar todas las demás orientaciones caracterológicas permitiéndoles aprovechar todas las capacidades y desarrollar su potencial.

Sullivan, fundador de la escuela interpersonal de psiquiatría; en su método, son esenciales que los postulados de a) que las relaciones interpersonales que se dan durante los primeros años del desarrollo imponen una serie de amenazas sucesivas a la seguridad del individuo, y b) que la gente aprende de su experiencia diversas operaciones de seguridad para tratar sin problemas a sus allegados. Con él la psicoterapia se convierte en una experiencia interpersonal en la que los terapeutas hacen que sus pacientes examinen sus dificultades para relacionarse con los demás (Weiner, 1992).

Terapia centrada en el cliente. Esta terapia se basa en la premisa de que todas las personas poseen capacidades innatas para una conducta intencional y dirigida a objetivos, y que se convertirán en seres amables, amistosos, sociables y que se aceptan a sí mismos. El método de Rogers se basa en la convicción de que la conducta de un individuo solo se puede comprender desde su punto de vista subjetivo y cambiar únicamente por su propia decisión a ser de otro modo, de aquí que la tarea del terapeuta centrado en el cliente sea crear una atmósfera de aceptación y tranquilidad para que el paciente pueda examinar y reconsiderar su manera de pensar y sentir.

Psicoterapia humanista: ésta se deriva del método centrada en el cliente, ocupándose sobre todo de la naturaleza única e integral de cada persona. Siendo el humanismo una psicología idiográfica, que se opone a que se agrupe a las personas con base en rasgos de personalidad o diagnósticos semejantes, considerando el proceso mediante el cual el individuo llega a percibirse a sí mismo y a disfrutar sus experiencias como miembro “único de su especie”.

Terapia existencial: los clínicos de orientación existencial se ocupan más de las condiciones de la existencia humana o el estar en el mundo, que de la alteración psicológica y su mejoría; la función del terapeuta es ofrecer a los clientes un encuentro en que estos puedan tener un contacto más profundo en lo que esta experimentando y crearse ciertos valores y aspiraciones positivos que le darán dirección y significado a su existencia (Weiner, 1992).

Terapia Gestalt: los principios en los que se basa es que la gente estructura su experiencia en organismos completos e integrados, no en fragmentos cognoscitivos o afectivos; que la experiencia individual consiste en gestalts, que son formas de figuras (donde se fija la atención) y fondos (lo que se pasa por alto); y que las personas deben tener la iniciativa suficiente para cerrar algunas formas y abrir otras, a fin de mantener un contacto flexible y adaptativo con sus propias necesidades y con su ambiente. Los terapeutas tratan de corregir dichas limitaciones de la personalidad por medio de aumentar la capacidad de los individuos para comunicarse consigo mismos y con los demás (Weiner, 1992).

Tipos de psicoterapia

La enorme variedad de aplicaciones de la psicoterapia reafirman su naturaleza multidisciplinar en su práctica e interdisciplinar en cuanto a su objeto. En casi todos los supuestos de intervención de la psicoterapia en el ámbito de la salud y el bienestar social pueden aplicarse variantes o modalidades de la psicoterapia (Ávila, 1994).

A lo largo de la historia de la psicoterapia ha sido posible observar el surgimiento de diferentes tipos de ésta, dependiendo de su naturaleza, en la actualidad se pueden encontrar un sin fin de ellas, entre las más representativas se encuentran:

Terapias psicodinámicas: se basan en la suposición de que los desordenes psicológicos surgen principalmente de los conflictos internos ocultos con los impulsos reprimidos, el principal objetivo es traer a la conciencia los sentimientos e impulsos reprimidos por medio de las técnicas de asociación libre, interpretación de los sueños y el análisis de las resistencias.

- Psicoanálisis (Sigmund Freud) (Baron, 1996).

Terapias humanistas: formas de psicoterapia basadas en la suposición de que los desordenes psicológicos se deben a condiciones ambientales que bloquean el crecimiento y desarrollo normal. Como objetivo principal buscan eliminar las condiciones de valor irreales y corregir las distorsiones en el autoconcepto. En este tipo de terapias el terapeuta expresa al cliente afecto positivo incondicional.

- Terapia centrada en el cliente (Carl Rogers)
- Terapia de la Gestalt (Fritz Perls) (Baron, 1996).

Terapias conductuales: Son formas de psicoterapia que se centran en modificar los patrones inadecuados de conducta mediante el uso de principios básicos del aprendizaje. Se basan en la creencia de que muchos desordenes psicológicos se deben a un aprendizaje fallido o que hayan adquirido hábitos y reacciones mal adaptativos.

- Terapias basadas en el condicionamiento clásico.(Desensibilización sistemática)
- Terapias basadas en el condicionamiento operante (Modelamiento) (Baron, 1996).

Terapias cognoscitivas: Tipo de psicoterapia que se concreta a la modificación de las formas fallidas o distorsionadas de pensamiento para aliviar los desordenes psicológicos. La idea básica es que muchos problemas psicológicos surgen de modos de pensamiento fallidos o distorsionados, por lo que se supone que al modificarlos podrán aliviarse los síntomas.

- Terapia racional emotiva (TRE): se centra en la modificación de creencias irracionales (Albert Ellis), esta diseñada para romper el ciclo de autodestrucción obligando a los individuos perturbados a reconocer la irracionalidad de sus opiniones. (Baron, 1996).
- **Terapia conductual cognoscitiva**: Esta diseñada para mejorar la depresión, modificando los patrones autodefensivos y estresantes de pensamiento (Beck). La terapia intenta que terapeuta y cliente trabajen juntos para identificar las suposiciones, creencias y expectativas erróneas del individuo (Baron, 1996).
- Terapia constructivista cognoscitiva: Pretende ayudar a los individuos a comprender sus formas únicas de ver el mundo y cambiar los aspectos irracionales de esos puntos de vista. Sugiere que la gente construye constantemente su mundo personal a través de sus acciones y de la retroalimentación que recibe (Baron, 1996).

Terapias de grupo: El tratamiento se da de manera grupal.

- Psicodrama: Es una forma de terapia en la que miembros del grupo actúan sus problemas frente a los otros miembros, a menudo sobre un auténtico escenario, incluye técnicas como inversión de roles, y el espejo. La meta es mostrar la forma en que se comportan los clientes y ayudarlos a comprender la razón por la que lo hace de esa manera, es decir mostrarles los conflictos internos ocultos que están detrás de sus acciones abiertas (Olsson, 1996, citado en Baron 1996).
- **Terapias conductuales de grupo:** Aproximaciones grupales en que se aplican los principios básicos del aprendizaje para la solución de problemas conductuales específicas. Se ha encontrado que dicha terapia es especialmente exitosa para enseñar a los individuos habilidades sociales básicas y para ayudarles a aprender la forma adecuada de defender sus propios derechos, el entrenamiento de asertividad (Baron, 1996).
- Terapias humanistas de grupo: se centran en las metas de crecimiento personal, mayor comprensión de la conducta propia y mayor apertura y honestidad en las relaciones personales (Baron, 1996).
- Grupos de autoayuda: grupos de personas que experimentan el mismo tipo de problemas y que se reúnen para ayudarse en sus esfuerzos por afrontar sus dificultades. El principal rector de todos esos grupos es la idea de que las personas que comparten un problema tienen una comprensión única del mismo y pueden ofrecer un nivel de empatía que sin importar su interés, no pueden ofrecer los que no han experimentado ese problema (Baron, 1996).

Terapia cognitiva- conductual

Como ya se mencionó anteriormente existen diversos tipos de terapia, a continuación se abordará el tema de la terapia cognitiva conductual de manera más específica, ya que es en este tipo de terapia en la cual está basado el presente estudio.

El concepto de terapia cognitiva de la conducta solo se explica por medio de su génesis histórica, es decir, el intento de ampliar la terapia de la conducta con perspectivas cognitivas; aquella designación en efecto, agrupa dos perspectivas y dos estrategias que se creía inconciliables (conducta- cognición) (Jürgen, 1985).

La versión más difundida de la historia de los orígenes de la terapia cognitiva cuenta que se desarrolló a partir de las terapias comportamentales al trasladar al ámbito clínico el cambio vivido entre los años sesentas y setenta del siglo XX en los enfoques cognitivos de las teorías comportamentales en el ámbito de la psicología básica.

Los terapeutas de la conducta empezaron desde muy temprano a integrar en sus teorías elementos cognitivos.... Los investigadores de orientación más práctica empezaron a tomarse la libertad de ampliar las concepciones de teoría del aprendizaje en terapia de la conducta, con elementos “ajenos a la teoría”. Desde entonces fue incesante la aparición de modificaciones en la terapia de la conducta con enriquecimientos y fundamentos cognitivos (Jürgen, 1985).

Las terapias cognitivas, cuyo denominador común es la idea de que la conducta y las emociones están mediadas cognitivamente emergieron en un momento de insatisfacción con el pensamiento psicoanalítico y conductista; de ambas perspectivas se asumía que las auténticas causas de la conducta anormal (y la normal) se hallan fuera de la conciencia. Estas terapias cognitivas se plantearon en su origen preguntas que las distinguían de otros enfoques...se desarrollaron como un proceso dialéctico, en un movimiento que se alejaba de los excesos teóricos y las limitaciones prácticas del psicoanálisis clásico y del conductismo.

Se plantea que cuando se habla de terapias cognitivas, se debe empezar asumiendo tres modelos básicos:

1. Modelos de reestructuración cognitiva
2. Modelos cognitivo comportamentales:
3. Modelos construccionistas.

El trabajo descrito por Rush, Beck, Kovacs y Holon entiende la terapia cognitiva como una psicoterapia estructurada, con límite de tiempo, orientada hacia el problema y dirigida a modificar las actividades defectuosas del procesamiento de la información evidentes en trastornos psicológicos.

Quizá la innovación más radical de la terapia cognitiva fue proponer que resulta relativamente fácil el acceso consciente a los pensamientos y procesos cognitivos cruciales en nuestro comportamiento y emociones...por medio de técnicas de observación adecuadas (por ejemplo auto registros) (Caro, 1997).

En 1977 Meichembaum en su influyente libro *Cognitive-behavior modification* establecería el cambio conductual en (términos de) la estructura y procesos cognitivos; precisamente con esta modificación o modificación de la conducta cognitiva definiría una nueva generación de la terapia de conducta (Pérez, 1996).

¿Cuál es la naturaleza de la terapia cognitiva de la conducta (TCC)?, Meichembaum y Cameron (1982) señalan los puntos al respecto, en primer lugar empiezan por hacerse cargo de la variedad de técnicas terapéuticas derivada a su vez de diferentes modelos conceptuales que se acogen como terapia de la conducta cognitiva o cognitiva conductual, en adelante TCC. Así su base teórica puede ir desde el condicionamiento hasta el procesamiento de la información, pasando por el aprendizaje social. El énfasis sobre las cogniciones puede centrarse en las creencias, las atribuciones, las expectativas, las auto instrucciones o el “solucionado general de problemas”, las intervenciones que pueden ir desde la discusión inicial de las creencias hasta el comienzo por el cambio conductual. En segundo lugar estos autores señalan que la TCC incorpora los procedimientos de la terapia de conducta. La diferencia estaría, sin embargo, en las técnicas que se utilizan para la modificación de las cogniciones. Se dirá ahora que el efecto de las técnicas esta mediado por procesos cognitivos.

La TCC concibe un funcionamiento consistente en la interacción entre estructuras cognitivas, procesos cognitivos, conductas abiertas y consecuencias ambientales. La TCC sin dejar de ser en efecto conductual, ve a la conducta como el modo, el medio, el camino, el método de acceso e intervención en los procesos y estructuras cognitivas, sean creencias, esquemas, distorsiones, atribuciones, expectativas.

La TCC es conductista en la medida en que se atiende a la conducta, pero la conducta es el camino para cambiar los procesos y las estructuras mentales (Pérez, 1996).

Una vez dado el “salto cognitivo” y hecha la confirmación de la TCC, se acogerían y serían bien recibidas en el ámbito de la terapia de conducta las terapias cognitivas que ya preexistían. Se trata en efecto de la terapia racional emotiva TRE desarrollada por A. Ellis desde 1955 y la terapia cognitiva desarrollada por A. T. Beck desde principios de los sesenta.

La TRE se describe según el siguiente abecedario de supuestos y procederes (Ellis, 1977/1981), los sujetos experimentan situaciones, eventos o acontecimientos indeseables (A) ante los que tiene creencias racionales o irracionales (B), las cuales traen consecuencias emocionales y conductuales apropiadas (Ca) o inapropiadas (Ci) según fueran las creencias implicadas. Siendo así que las creencias disfuncionales, derivan de las creencias (B) y no exactamente de los acontecimientos (A), la cuestión sería identificar y discutir esas cogniciones perturbantes (D) hasta que el análisis racional desmonte su irracionalidad. El argumento último contra las creencias irracionales será la experimentación (E) ante las situaciones prácticas de la vida, de manera que las creencias cedan ante la realidad (la realidad de que no es como se cree que es) (Pérez, 1996).

$$A \rightarrow B \rightarrow C \rightarrow D \rightarrow E$$

La terapia cognitiva de Beck ha sido desarrollada especialmente para la depresión, la cual se puede decir que ha llegado a ser uno de los alardes de la conducta. Beck en 1991 propone un modelo cognitivo articulado en tres niveles.

- 1) El más superficial vendría dado por los pensamientos automáticos.
- 2) En medio estarían las distorsiones cognitivas, que acomodan los datos de la experiencia a los esquemas y pueden llegar a manifestarse como pensamientos automáticos.
- 3) El más profundo consistiría en esquemas que serían modelos internos relativos al yo y al mundo según los que se percibe, codifica y recuerda de la información.

La TRE y la “Terapia cognitiva” tienen aspectos en común y sus diferencias; de acuerdo con Beck y Weishar (1989) ambas coinciden en la importancia concedida la cognición como condición de los problemas y destino de la intervención. En cambio más particularmente la TRE trata de modificar las creencias irracionales y la de Beck el sistema cognitivo (figurado como procesamiento reinformación) (Pérez, 1996).

Los aspectos evolutivos de la terapia cognitiva cobraron una gran relevancia en el trabajo de Vittorio Guidano, que introdujo dos conceptos adicionales que pronto se convirtieron en importantes:

- Las teorías motoras de la mente: asumen que la mente no es un simple órgano de procesamiento de la información, sino un constructor activo de la realidad mediante sus interacciones con los estímulos que llegan, su interpretación y clasificación.
- Conocimiento tácito: consiste en reglas, no verbales, profundas y abstractas que organizan la percepción individual de sí mismo y del mundo

Guidano postula la existencia de una organización cognitiva personal (OCP), la organización específica del proceso de conocimiento personal y aplica este constructo al análisis de la organización cognitiva de distintos problemas psicológicos (Caro, 1997).

El aspecto progresivo de la terapia cognitiva fue todavía más realzado por su reciente ampliación al tratamiento de los trastornos de la personalidad, que dan un papel central al esquema cognitivo. Los esquemas son estructuras cognitivas que integran y asignan significados a acontecimientos, mediante el rastreo, codificación y evaluación del estímulo captado. (Beck, citado en Caro, 1997).

Por otra parte las terapias cognoscitivas se derivan de conceptualizaciones que se encuentran en los conocimientos o pensamientos de la persona como una de las fuentes principales de trastornos psicológicos. La terapia cognoscitiva trata de modificar los sentimientos y conducta del paciente al modificar sus pensamientos, razón por la cual los terapeutas cognoscitivistas suponen que los cambios efectuados en el conocimiento del paciente producirán cambios positivos en sus conductas problema.

Las estrategias de reestructuración cognoscitivas surgieron del creciente interés por las intervenciones cognoscitivas conductuales.

La reestructuración cognoscitiva ha sido usada por algunos autores para describir diversos tratamientos dirigidos a modificar la manera de pensar del paciente y que al hacerlo han hecho que la expresión sea casi un sinónimo de terapia cognoscitiva-conductual (Kendall, 1988).

En la terapia cognoscitiva el estilo de pensar del paciente es el punto central del tratamiento... el terapeuta modela las autoafirmaciones que son apropiadas para que el paciente las ensaye y recurre al reforzamiento para que este afirme el diálogo consigo mismo (Kendall, 1988).

En cierto sentido las limitaciones de la psicodinámica y el conductismo radical estimularon la mezcla actual de métodos conductuales y cognoscitivos. Esta mezcla también se facilitó por la presencia de modelos teóricos que incorporaron variables cognoscitivas junto con el rigor científico y experimental que aprecian los conductistas (Trull, 2003).

Las terapias cognoscitivas y las terapias conductuales han quedado integradas recientemente en forma de intervenciones cognoscitivo- conductuales. Los procedimientos de intervención que reflejan una postura cognoscitivo conductual están basados en los principios siguientes:

1. El organismo humano responde a las representaciones cognoscitivas del medio, no al medio propiamente dicho.
2. Esas representaciones cognoscitivas están relacionadas con el proceso de aprendizaje
3. La mayor parte del aprendizaje humano se comunica cognoscitivamente
4. Los pensamientos, los sentimientos y las conductas son causalmente interactivos (Mahoney, citado en Kendall, 1988).

A principios de los años setentas Donald Meichembaum, propone un modelo cognitivo conductual destacando dos aspectos importantes: que es esencialmente una teoría de la conducta. Asume que la gente actúa primero y luego piensa y (re) conceptualiza esa conducta.

El trabajo del terapeuta consiste en entrenar al paciente a darse cuenta de la conducta, a pensar sobre ésta y cambiarlas, luego reconstruir el diálogo interno sobre esa conducta, por tanto aunque el diálogo interno es un regulador importante de la conducta, es la conducta en sí misma la que va a ser cambiada.

Es muy importante tener en cuenta que el concepto de cognición que se instala en las terapias cognitivas y cognitivas conductuales esta casi exclusivamente referido a verbalizaciones conscientes o de fácil acceso a la conciencia; razón por la cual los terapeutas cognitivos normalmente entienden por cognición “un pensamiento específico tal como una interpretación, una autoinstrucción, una autocrítica o incluso un deseo (Como el deseo suicida) que tenga un contenido verbal”

Pero aunque no hay duda de que el epicentro de las intervenciones en las terapias cognitivas está en el manejo de pensamientos e imágenes conscientes, desde la psicología cognitiva parece claro que muchas operaciones mentales importantes tienen efecto por debajo de la conciencia (Marcel citado en Caro, 1997).

Dada la gran cantidad de variables cognitivas que son objeto de interés en psicología clínica (pensamientos automáticos, atribuciones causales, esquemas cognitivos, etc.), se hace necesario algún sistema taxonómico que permita comprender mejor los diferentes elementos presentes en la actividad mental humana.

El sistema taxonómico de Ingram y Kendall (citado en Caro, 1997) distingue cuatro categorías cognitivas:

- a) Estructuras cognitivas
- b) Contenido de la información almacenada en las estructuras
- c) Operaciones efectuadas dentro de esas estructuras y con esos contenidos
- d) Los productos cognitivos resultantes.

Estas categorías pueden ser definidas de acuerdo con Sanz y Vázquez (citado en Caro, 1997) de la siguiente manera:

- **Productos cognitivos.** Se refieren al resultado final de las operaciones que el sistema cognitivo realiza sobre la información son cogniciones y pensamientos que el individuo experimenta y puede tener conciencia como resultado de la interacción de la información entrante con las estructuras, las proposiciones y las operaciones del sistema.

- **Operaciones Cognitivas** procesos mediante los cuales el sistema opera, e incluye conceptos como la codificación y recuperación de información, o los procesos atencionales.
- **Proposiciones cognitivas** Contenido de la información que es almacenada y organizada, dentro de alguna estructura. Incluye conceptos como los de conocimiento episódico o conocimiento semántico.
- **Estructuras cognitivas** Son las variables estructurales que se refieren a la “arquitectura” del sistema, es decir la manera en que la información se almacena y se organiza internamente dentro de algún tipo de estructura (por ejemplo: memoria a corto y largo plazo)

Desgraciadamente a pesar de llamarse terapias cognitivo conductuales, o terapias cognitivas, ha habido muy pocos estudios que hayan intentado medir adecuadamente, si el cambio de cogniciones es realmente necesario para el cambio durante el proceso terapéutico. Uno de los problemas es que las medidas de la efectividad del cambio terapéutico típicamente consisten en inventarios de síntomas acompañados en el mejor de los casos de algunos sencillos cuestionarios (Caro, 1997).

Terapia de grupo con enfoque cognitivo-conductual

Probablemente la primera aplicación de las técnicas cognitivo conductuales en grupo fue la terapia racional emotiva.

Hollander y Kazaka (1988) definen la terapia de grupo conductual como “cualquier intento, por parte de una persona o personas, para modificar la conducta, de por lo menos, dos o más personas que se reúnen como grupo, por medio de la aplicación sistemática de procedimientos validados empíricamente, dentro de un marco que permita la recogida de datos relevantes para la evaluación del impacto de esos procedimientos sobre los miembros del grupo como individuos y sobre el grupo como un todo”

La terapia cognitivo conductual descansa sobre los mismos fundamentos de la terapia individual...la tarea del terapeuta consiste en enseñar, y la tarea del paciente en aprender a reaprender nuevas conductas y creencias.

La utilización de un modelo educativo es típico de aquellos enfoques que Mahoney (citado en Caballo, 1991) clasifica como racionalistas, supone que las descripciones incorrectas de la realidad y las inferencias erróneas sobre la misma que constituyen las fuentes de las perturbaciones emocionales.

Un enfoque racionalista supone normalmente que la conducta y la emoción son resultados directos del procesamiento cognitivo; el fracaso en el procesamiento de la información puede llevar lógicamente a conclusiones desadaptativas y a las consiguientes emociones y conductas desadaptativas. Diferentes cogniciones pueden ser el objetivo de las intervenciones terapéuticas.

La terapia de grupo cognitivo conductual, combina las suposiciones y procedimientos de la terapia cognitivo conductual individual con los procesos encontrados en la terapia de grupo. Proporcionado oportunidades para observar las interacciones de los pacientes y para administrar retroalimentación de sus interacciones. El formato grupal proporciona oportunidades para examinar los sistemas de creencias y las conductas de los pacientes, especialmente de las conductas interpersonales...siendo un lugar ideal para aprender a relacionarse y a interactuar con la gente de formas diferentes (Caballo, 1991).

Cualquier problema que tenga un componente interpersonal es apropiado para la terapia de grupo cognitivo conductual. Los objetivos de cambio, son aquellos que en último término produzcan mayores modificaciones en la conducta interpersonal y en **la imagen de uno mismo**.

Según Hollander y Kazaoka (citado en Caballo, 1991) hay tres categorías de grupos centrados en el problema la primera: el grupo mixto en el que se coloca el énfasis sobre problemas individuales que pueden no ser compartidos por otros miembros del grupo. La segunda: el grupo situacional, en el que los miembros se encuentran con dificultades situacionales comunes a su propia manera; por último: el grupo de desarrollo en el que la gente se enfrenta con dificultades comunes, debido a una edad o una etapa de vida similares.

Estos autores afirman que no hay un único proceso en la terapia de grupo cognitivo conductual y describen el proceso de un modo que se aplica a casi todos, si no es que a todos los grupos; proponiendo una serie de pasos a seguir en la formación de un grupo terapéutico con enfoque cognitivo conductual.

1. Formación del grupo, la selección de los miembros depende de una serie de consideraciones, siendo la más importante la similitud de los integrantes.
2. Establecer la norma de abrirse y compartir emociones y experiencias, con el fin de desarrollar la cohesión del grupo, se pueden emplear procedimientos como las presentaciones por subgrupos, el modelado de las conductas esperadas, la utilización de la representación de papeles, pedir la interacción de subgrupos bajo el formato de hablar sobre algún tema señalado o realizar algún ejercicio psicológico.
3. Establecer un marco cognitivo conductual para todos los miembros, los pacientes llegan a la terapia con una amplia variedad de expectativas, algunas de ellas contrarias a la terapia de conducta cognitiva. La tarea del terapeuta consiste en proporcionar un marco común de referencia. Esto puede hacerse por medio de una instrucción directa o del aprendizaje a través de las experiencias. El mensaje fundamental es que los pensamientos están implicados en el afecto y en la acción y que por medio de la comprensión y la modificación de los propios pensamientos habrá también una modificación del afecto y las acciones.
4. Establecer y poner en práctica un modelo para el cambio, una vez que se ha establecido la necesidad de descubrir y corregir las propias cogniciones y valoraciones, el terapeuta tiene que mostrar al grupo cómo se lleva a cabo. Además el terapeuta tiene que introducir mecanismos para transferir los efectos del tratamiento al mundo que se encuentra fuera del grupo de terapia (tareas para casa) de modo que puedan poner en práctica lo aprendido durante la sesión de terapia.

El proceso de cambio para el paciente individual, empieza por una evaluación de sus problemas. Esta evaluación individual tiene lugar antes de la formación de un grupo o antes de que la persona se una a un grupo ya formado. La evaluación incluye pasar un inventario de las principales cogniciones, valoraciones, dificultades emocionales, patrones de conducta y actitudes sobre uno mismo, que tiene la persona; o algún cuestionario similar más una entrevista individual.

Se recomienda un diagnóstico formal del trastorno actual y de los problemas de personalidad de larga duración, antes de empezar en cualquier clase de terapia cognitivo conductual.

Hollín y Shaw (citado en Caballo, 1991) presentaron un programa para la terapia de grupo cognitiva, que incluye una presentación explícita de la teoría cognitiva de Beck (1976), durante la primera sesión, empleando ejemplos proporcionados por los miembros del grupo. Este tipo de grupo, debido a que se basa en la teoría cognitiva de Beck enfatiza la detección de los pensamientos automáticos, su corrección por medio de la identificación de los errores lógicos que contengan y la adopción de cogniciones alternativas que reemplacen a los pensamientos automáticos negativos.

Los grupos pueden ser limitados por el tiempo o bien abiertos. El programa de estos autores cubría un período de doce semanas, pero se pueden usar períodos más largos o más cortos. Un grupo de tiempo limitado tiende a alentar a los pacientes para que trabajen activamente sobre sus problemas y para que busquen experiencias correctoras en vez de generar más introspección.

La duración de cada sesión puede adaptarse al propósito, tamaño y ambiente del grupo. Son típicas las reuniones de grupo semanales, pero también pueden ser eficaces reuniones menos frecuentes, especialmente cuando el terapeuta quiere dejar tiempo suficiente para que los miembros del grupo intenten nuevas conductas y tengan experiencias correctoras

Conforme madura el grupo, la continuidad se convierte en un asunto importante. Se deben vigilar ciertas cuestiones clave de cada individuo y trabajar sobre material nuevo sólo después de haber prestado atención a los temas de las sesiones anteriores. En las últimas etapas de un grupo han ocurrido ya muchos cambios interpersonales. Los apoyos del grupo se van desvaneciendo lentamente, conforme los miembros vayan confiando más en sí mismos y puedan mantener las nuevas imágenes de sí mismos y los nuevos patrones de acción (Caballo, 1991).

Factores de la terapia que contribuyen al cambio

No se puede esperar que la psicoterapia cure por completo ni ofrezca soluciones perfectas, si se intenta alcanzar semejantes metas utópicas se arriesga uno a lo que Freud llamó con acierto “análisis interminable”. Para evitar el tratamiento interminable, se debe considerar que la psicoterapia es un procedimiento de ayuda, no de cura, y un medio para facilitar el cambio de conducta deseado, no una ruta hacia la modificación total y permanente (Weiner, 1992).

El mecanismo por el cual la terapia específica produce resultados terapéuticos es otro punto en común entre los sistemas de psicoterapia. Hay una evidencia considerable de que cada una de las terapias efectivas tiene un impacto sobre los procesos cognitivos. Cuando las medidas de esos procesos cognitivos muestran un cambio, desde lo negativo a lo positivo, están acompañadas de una mejoría general (Freeman, 1988).

Los factores generales que contribuyen al cambio de conducta son cinco, cada uno de los cuales tiene importantes implicaciones para la conducción eficaz del tratamiento:

- a) **Catarsis:** al fomentar que los pacientes hablen de sí mismos, la psicoterapia les ofrece la oportunidad de catarsis para que alivien su aflicción y encuentren mejores soluciones.
- b) **Expectativa de cambio:** es un hecho bien conocido que lo que le sucede a la gente está influido por lo que espera que le ocurra. La expectativa de cambio en psicoterapia proviene de varias fuentes: 1) las ideas preconcebidas de los pacientes sobre los beneficios que obtendrán de la terapia, 2) la imagen profesional del terapeuta y su reputación de ayudar a la gente, 3) la información que éste ofrece sobre el potencial de la psicoterapia para lograr el cambio de conducta, 4) la promesa de resultados positivos, implícita en el tratamiento que recomiende el terapeuta y lo que disponga para proporcionarlo, 5) la anticipación de beneficios futuros que se infiere de los que se obtienen al inicio del tratamiento.
- c) **Atención del terapeuta:** el ser aceptadas como personas merecedoras de respeto y recibir atención de un profesional contribuye sin duda a que los pacientes se sientan mejor consigo mismos y con respeto a lo que les espera en el futuro.

- d) Por consiguiente la atención que proporciona el terapeuta durante la psicoterapia favorece el cambio, ya que incrementa las expectativas de modificación del paciente.
- e) Efectos del reforzamiento: los terapeutas constantemente están respondiendo lo que hacen o dicen sus pacientes, el simple hecho de sentarse en silencio y sin expresión facial alguna es un modo de responder entre otras, todas ellas debido a la oportunidad con que se manifiestan y el sentimiento que se les imprime, influyen en la conducta del paciente a través de los efectos del reforzamiento (Weiner, 1992).
- f) Fuerza de la alianza terapéutica: se refiere al “conjunto de acuerdos y nexos que se crean cuando un individuo que se encuentra en un estado de crisis personal...acude a otro en busca de ayuda experta y se formula un contrato, este contrato representa una combinación sutil de acuerdos explícitos e implícitos, y vínculos manifiestos o tácitos” (Bordin, citado en Weiner, 1992).

Factores específicos que contribuyen al cambio:

- a) Valoración del paciente: para una valoración adecuada se requiere averiguar la naturaleza y los antecedentes de los problemas presentes del paciente, así como llegar a comprenderlo como persona, lo cual implica conocer su estilo caracterológico de adaptarse a sus experiencias, actitudes hacia figuras importantes en su vida, además de los sucesos que más han influido en su desarrollo.
- b) Evaluación para establecer la conveniencia de recurrir a la psicoterapia: implica determinar si una persona que necesita ayuda psicológica puede someterse a ésta forma de tratamiento y beneficiarse de ella (seleccionar a cada tipo de paciente dependiendo del tipo de terapia).
- c) Formulación del contrato de tratamiento: se refiere al hecho de establecer un contrato explícito de tratamiento con el paciente, el primer paso consiste en obtener una autorización para someterse a ella. El segundo paso es la formulación del contrato de tratamiento que consiste en comentar las metas de la terapia y los procedimientos que se seguirán para alcanzarlas (Weiner, 1992).

De forma general se puede decir que las terapias de la conducta implica primordialmente la aplicación de principios, derivados de la investigación en el campo de la psicología experimental y social, con el fin de aliviar el sufrimiento y mejorar el funcionamiento humano, por lo que el propósito es fundamentalmente educativo (Franks y Wilson, citados en Kendall, 1988).

CAPITULO III
METODO

METODO

Objetivo de la investigación

El objetivo de este estudio es conocer de que manera influye la Terapia de Grupo en los cambios del autoconcepto en adolescentes (pacientes psiquiátricos externos) que reciben este servicio proporcionado en la Clínica de la Adolescencia perteneciente al Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”, evaluando los cambios mediante la Escala de Autoconcepto Teenneesse. Comprobando de esta manera la influencia de la Terapia de Grupo en la modificación del autoconcepto.

Planteamiento del problema

Siendo el autoconcepto un factor determinante para el desarrollo adecuado de la personalidad y autoestima especialmente en la etapa de adolescencia ¿De qué manera influye la Terapia de grupo en el autoconcepto de los adolescentes psiquiátricos externos del Hospital Infantil “Dr. Juan N. Navarro”?

Hipótesis

Hipótesis principal

Hipótesis de trabajo: Por medio de la terapia de grupo se pueden lograr cambios en el autoconcepto de los adolescentes.

Hipótesis Nula: Por medio de la Terapia de grupo no es posible lograr algún cambio en el autoconcepto de los adolescentes.

Hipótesis secundarias

1. *Hipótesis de trabajo:* El autoconcepto será modificado en la terapia de grupo en mayor proporción por los adolescentes hombres que por las adolescentes mujeres.

Hipótesis nula: El autoconcepto no será modificado en la terapia de grupo en mayor proporción por los adolescentes hombres que por las adolescentes mujeres.

2. *Hipótesis de trabajo:* El autoconcepto será modificado en mayor proporción por los adolescentes de menor edad.

Hipótesis nula: El autoconcepto no será modificado.

Variables de trabajo

- Autoconcepto: retomando el concepto de Ma. de Jesús Cava (2000), el autoconcepto remite a autodescripciones que cada persona posee, basadas principalmente en los logros, habilidades, capacidades y expectativas con las que nos enfrentamos a nuestro medio.
- Terapia de grupo con enfoque cognitivo conductual: La terapia de grupo cognitivo conductual, combina las suposiciones y procedimientos de la terapia cognitivo conductual individual con los procesos encontrados en la terapia de grupo; proporcionando oportunidades para observar las interacciones de los pacientes y para administrar retroalimentación de sus interacciones. Según Caballo (1991), el formato grupal proporciona oportunidades para examinar los sistemas de creencias y las conductas de los pacientes, especialmente de las conductas interpersonales, siendo el grupo el lugar ideal para aprender a relacionarse y a interactuar con la gente de formas diferentes.

Población

El estudio se realizó con 30 participantes, 18 hombres y 12 mujeres, todos ellos pacientes externos del Hospital Psiquiátrico Infantil con edades de 12 a 17.11 años, escolaridad de secundaria a bachillerato; diagnosticados por el psiquiatra de la clínica con trastornos como: depresión, trastorno opositor desafiante, trastorno disocial y problemas de conducta en general. Los participantes fueron divididos en tres grupos de adolescentes, el grupo 1 (12-13.11 años) integrado por 10 participantes, 2 mujeres y 8 hombres; el grupo 2 (14-15.11 años) formado por 10 participantes, 5 mujeres y 5 hombres y el grupo 3 (16-17.11 años) integrado por 10 participantes, 5 hombres y 5 mujeres.

Muestreo

La técnica utilizada fue de tipo no probabilística intencional ya que se buscaba la mayor representatividad de la muestra, debido a esto el estudio se realizó con población del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”.

Tipo de estudio

Fue un estudio descriptivo, ya que estuvo dirigido a explicar de que manera influye la terapia de grupo sobre la variable autoconcepto, asimismo longitudinal debido a que el periodo de tiempo fue un factor importante para éste, ya que se realizaron diversas mediciones de la variable dependiente. De igual forma es prospectivo, ya que a partir del estudio se proyectaron a futuro el análisis e interpretaciones.

Diseño

Se utilizó un diseño cuasiexperimental, debido a que el manejo y control de las variables no fue total, asimismo los sujetos no fueron asignados de manera azarosa a los grupos, ni emparejados, sino que dichos grupos ya estaban formados antes del estudio. Teniendo las siguientes características de preprueba-posprueba, debido a que al inicio y término del tratamiento se realizó una medición de la variable autoconcepto con la finalidad de comparar los resultados obtenidos para analizar si el tratamiento influyó sobre la variable dependiente. (Hernández, 1998)

Es una investigación de campo ya que se realizó en las instalaciones del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”.

Escenario

El estudio se realizó en las instalaciones del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”, en el área de Clínica de la Adolescencia. Las evaluaciones psicológicas, incluidas las entrevistas se realizaron en el consultorio No. 9 de dicha área.

Las sesiones de terapia de grupo se llevaban a cabo en el aula de psicología del área, de dimensiones aproximadas de 2 x 4 mts., con iluminación eléctrica adecuada y natural (domo), equipada con 20 sillas, una mesa rectangular y dos pizarrones.

Instrumentos de medición

- Cuestionario de ingreso a terapia de grupo Debido a que la clínica no contaba con un instrumento completo que permitiera conocer de forma rápida y sencilla las necesidades y expectativas de los pacientes que ingresaban a Terapia de grupo fue necesario un instrumento que facilitará esta labor, para ello se tomo como base el cuestionario de la clínica. (ANEXO 1)

- Escala de Autoconcepto Tennessee. Fue diseñada por William H. Fittz quién trabajo en el desarrollo de la escala en colaboración con el departamento de Salud mental de Tennessee en 1955. La escala completa como se conoce actualmente, fue concluida en 1965. En México se llevo a cabo la estandarización de la escala en la Facultad de Psicología de la UNAM en el año de 1995. (Arellano y Quintero, 1995).

La Escala de Autoconcepto consiste en cien afirmaciones auto descriptivas que el examinado usa para mostrar su autoimagen, siendo autoadministrable y su aplicación puede ser individual o colectiva y puede ser realizada en un lapso de 10 a 20 minutos. Esta puede ser usada en personas de 13 años o más, quienes tengan una habilidad de lectura de sexto grado o más, es aplicable a todo rango de ajuste psicológico, desde personas sanas y bien ajustadas hasta pacientes psicóticos.

La escala esta disponible en dos formas: la forma de consejería (forma C) y la forma clínica (forma Cel), ambas formas usan exactamente los mismos ítems.

Para fines del presente estudio se utilizó la primera forma de orientación. Si se desea conocer el contenido del instrumento y su forma de calificar ver (ANEXO 2)

Procedimiento

Lo primero que se hizo fue informar tanto a los pacientes como a los padres de familia acerca del tipo de estudio y objetivo que se pretendía, explicándoles la forma de trabajo y pasos a seguir, la importancia de su consentimiento para participar en éste, así como el horario y lugar en donde se llevarían a cabo las sesiones de trabajo en caso de contar con su autorización.

Se realizó una evaluación psicodiagnóstica a cada uno de los participantes comenzando con una entrevista individual para conocer la perspectiva que tenían acerca de su padecimiento, posteriormente se llevo a cabo una entrevista con la familia para conocer la dinámica familiar.

A cada uno de los pacientes se le aplicó de manera individual una batería de pruebas psicológicas (con la finalidad de confirmar impresión diagnóstica proporcionada por el psiquiatra) la cual incluyó:

- Test Gestaltico Visomotor de L. Bender
- Test de la Figura Humana de K. Machover
- Test de Frases incompletas para adolescentes de Sacks
- Test de cuadros de Symonds
- Test H T P de Hammer
- Test de la Familia de Corman
- Inventario Multifasico de Personalidad Minnesota MMPI

Una vez concluidas las entrevistas y aplicaciones de la batería se dio la delimitación y encuadre de la forma de trabajo, de igual manera se expuso la importancia de su asistencia y participación en el tratamiento y posteriormente se entregó un cuestionario de ingreso a terapia de grupo diseñado especialmente para la investigación. (ANEXO 1), el cual debía ser contestado hasta la pregunta 21, dejando la otra parte para una evaluación final al término del programa de terapia.

En la primera sesión del programa se llevó a cabo la primera aplicación (Pre test) de la prueba de Autoconcepto Tennessee, dicha aplicación se realizó con cada grupo, en el horario correspondiente dando paso así al inicio del programa de terapia de grupo, dirigido con un enfoque cognitivo conductual utilizado en la clínica, el cual incluyó 18 sesiones de una hora, las cuales fueron coordinadas por un terapeuta y un coterapeuta.

Durante las sesiones posteriores se trabajó con los pacientes en temas como: autoestima, familia, amistad, sexualidad y como estas áreas se ven afectadas por sus padecimientos, fomentando de esta forma un autoconocimiento, buscando incrementar sus niveles de control ante situaciones que les pudieran crear algún tipo de conflicto.

El trabajo se realizó con ayuda de cuestionarios, dinámicas grupales y fue complementado con tareas en casa.

Al completar el programa de Terapia de grupo (18 sesiones) se procedió a realizar la segunda aplicación (Post test) de la prueba de Autoconcepto Tennessee, así como la evaluación que se encontraba en el cuestionario de ingreso a terapia; iniciando así el análisis estadístico y la obtención de resultados.

RESULTADOS

Los resultados de la presente investigación se obtuvieron por medio de estadística tanto descriptiva como inferencial con la finalidad de conocer el comportamiento de los datos y así mismo poder aceptar o rechazar las hipótesis planteadas.

ESTADISTICA DESCRIPTIVA

Por medio del análisis descriptivo se obtuvieron los datos de media y desviación estándar, utilizando la prueba t para una sola muestra debido a la naturaleza del estudio (no existe un grupo control). Como primer paso se llevo a cabo una comparación teórica de los resultados obtenidos entre los tres grupos en la primera aplicación del instrumento en cada una de las subescalas, de igual forma se compararon los resultados procedentes de una segunda aplicación. En el cuadro que se presenta a continuación pueden observarse las diferencias existentes entre los tres grupos antes y después de ser sometidos al programa de terapia de grupo y el porcentaje en el cual aumentaron los puntajes en cada una de las subescalas.

Subescala	Pre Test				Post Test				Diferencias obtenidas en la media %
	N	Media	Desviación Estándar	Error estándar de la media	N	Media	Desviación Estándar	Error estándar de la media	
A1 Puntuación total Autoestima	10	285.7	21.8	6.9	10	281.3	38.4	12.1	-1.54
A2 Autocrítica	10	36.5	6.6	2.0	10	39.8	6.4	2.0	+9.04
A3 Identidad	10	97.1	10.2	3.2	10	87.8	32.0	10.1	-9.5
A4 Autosatisfacción	10	102.2	12.1	3.8	10	186.5	286.3	90.5	+82.48
A5 Conducta	10	86.2	6.3	1.9	10	87	8.4	2.6	+0.92
A6 Yo físico	10	56.5	6.4	2.0	10	56.3	8.7	2.7	-0.35
A7 Yo ético moral	10	58.9	6.7	2.1	10	58.7	11.7	3.7	-0.33
A8 Yo personal	10	53.1	6.2	1.9	10	52.3	8.6	2.7	-1.50
A9 Yo familiar	10	58.2	6.5	2.0	10	57.8	8.5	2.7	-0.68
A10 Yo social	10	58.8	4.7	1.5	10	56.5	7.3	2.3	-3.9
A11 Variabilidad									+15.28
Total	10	45.8	12.0	3.8	10	52.8	10.0	3.1	
A12 Distribución total	10	117.2	22.8	7.2	10	136.2	30.0	9.4	+16.21

Tabla 1. Comparativo de puntajes obtenidos en media y desviación estándar entre los tres grupos antes y después del programa de terapia de grupo.

Posteriormente en el análisis descriptivo fueron comparados también los resultados de la población total antes y después de someterse al programa de terapia de grupo obteniendo los resultados que se muestran en la tabla.

	Pre Test				Post Test				Diferencias obtenidas en la media %
	N	Media	Desviación Estándar	Error estándar de la media	N	Media	Desviación Estándar	Error estándar de la media	
D1 Puntuación total Autoestima	9	280	24.7	8.2	9	283.1	21.1	7.0	+1.10
D2 Autocrítica	9	39.6	6.3	2.1	9	35.3	5.4	1.8	-10.85
D3 Identidad	9	89.5	10.6	3.5	9	93.6	11.1	3.7	+4.58
D4 Autosatisfacción	9	102.8	9.9	3.3	9	102.5	9.2	3.0	-0.29
D5 Conducta	9	88.6	7.9	2.6	9	86.8	6.3	2.1	=
D6 Yo físico	9	56.1	5.4	1.8	9	57.3	4.6	1.5	+2.13
D7 Yo ético moral	9	56.5	6.2	2.0	9	54	4.8	1.6	-4.42
D8 Yo personal	9	55.3	6.1	2.0	9	54	6.0	2.0	-2.35
D9 Yo familiar	9	57.8	6.4	2.1	9	62.3	7.6	2.5	+7.78
D10 Yo social	9	55.2	10.5	3.5	9	55.4	5.55	1.8	+0.36
D11 Variabilidad total	9	54.6	6.8	2.2	9	53.6	13.4	4.4	-1.83
D12 Distribución total	9	119.3	17.5	5.8	9	121.8	23.4	7.8	+2.09

Tabla 2 Puntajes obtenidos en cada una de las subescalas de la población total antes y después del programa de terapia de grupo.

Otro de los resultados que se encontraron en la investigación fue que el grupo de los hombres elevo los puntajes de la media en las subescalas de autocrítica, conducta, yo físico, yo familiar, y yo social. Y que por el contrario las mujeres elevaron los puntajes en las escalas de Identidad yo físico y yo familiar.

Subescala	Hombres			Mujeres		
	Antes	Después	Resultado	Antes	Después	Resultado
P. total	288.6	286.6		278.8	272.5	
Autoestima						
Autocrítica	36.8	37.6	Subió	36	35.6	
Identidad	98	91.7		91.6	92.1	Subió
Autosatisfacción	103.4	102.2		103.5	98	
Conducta	86.6	88.4	Subió	83.3	82.2	
Yo físico	55.7	58.4	Subió	51.9	52.1	Subió
Yo ético moral	59.3	57.1		58	53.9	
Yo personal	56.8	54.2		49.9	48.9	
Yo familiar	58.7	59.0	Subió	56.9	59.6	Subió
Yo social	57.4	57.7	Subió	57.7	54.2	
Variabilidad	46.3	48.6	Subió	56.1	55.1	
Distribución	103.7	116.8	Subió	125	115.5	

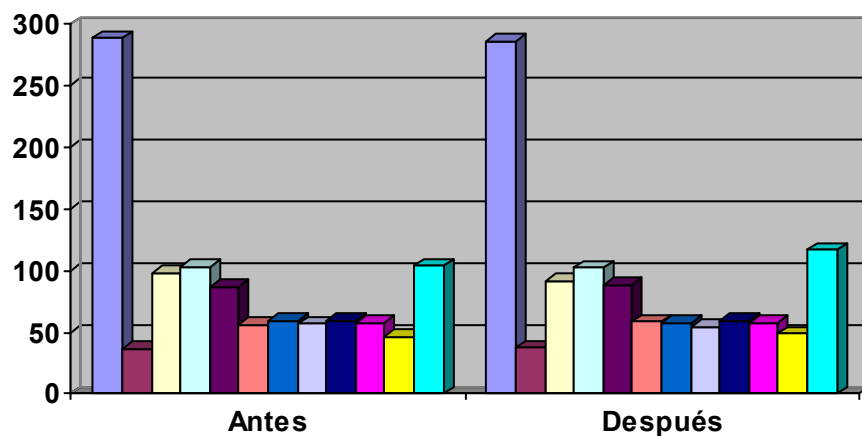


Grafico 1 Diferencias encontradas en cada una de las escalas para la población varonil, antes y después del programa de terapia.

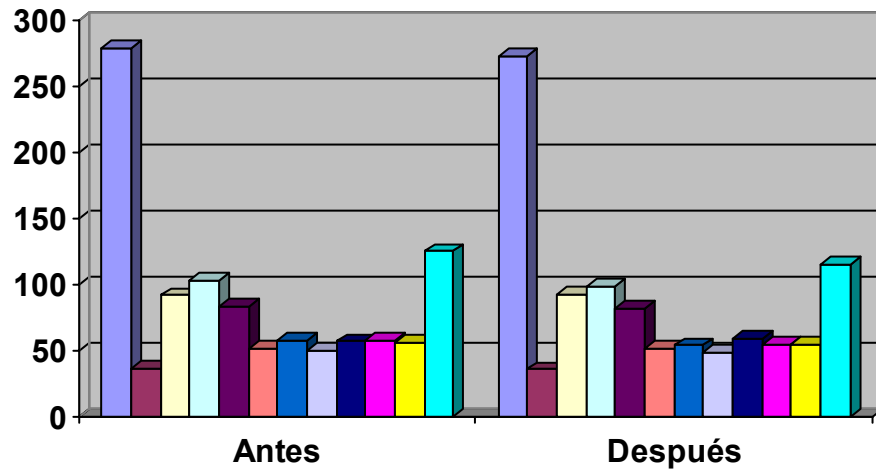


Grafico 2 Diferencias encontradas en cada una de las escalas para la población femenil, antes y después del programa de

Al hacer una nueva comparación de los puntaje obtenidos en cada uno de los grupos, se encontró que el grupo 1 formado por participantes con edades entre 12 y 13.11 años aumentaron los puntajes en las subescalas de autocritica y conducta. El grupo 2 formado por edades de 14 a 15.11 años aumento los puntajes en las subescalas de autoestima, identidad, yo físico, yo familiar y yo social, y finalmente el grupo 3 formado por jóvenes de 16 a 17.11 años aumento sus puntajes en las subescalas de identidad, conducta, yo físico y yo familiar.

Subescala	Gpo 1			Gpo2			Gpo3		
	Antes	Después	Resultado	Antes	Después	Resultado	Antes	Después	Resultado
Puntuación total	285.7	281.3		280	283.1	Subió	289.4	276.7	
Autoestima 1									
Autocrítica 2	36.5	39.8	Subió	39.6	35.3		36.4	34	
Identidad 3	97.1	87.8		89.5	93.6	Subió	98.4	100.2	Subió
Autosatisfacción 4	102.2	96.5		102.8	102.5		106.5	100.2	
Conducta 5	86.2	87	Subió	88.6	86.8		83	84.5	Subió
Yo físico 6	56.5	56.3		56.1	57.3	Subió	50	53.7	Subió
Yo ético Moral 7	58.9	58.7		56.5	54		62	57.7	
Yo personal 8	53.1	53.2		55.3	54		54	49.7	
Yo familiar 9	58.2	57.8		57.8	62.3	Subió	57.2	59	Subió
Yo social 10	58.8	56.5		55.2	55.4	Subió	58.2	56.5	

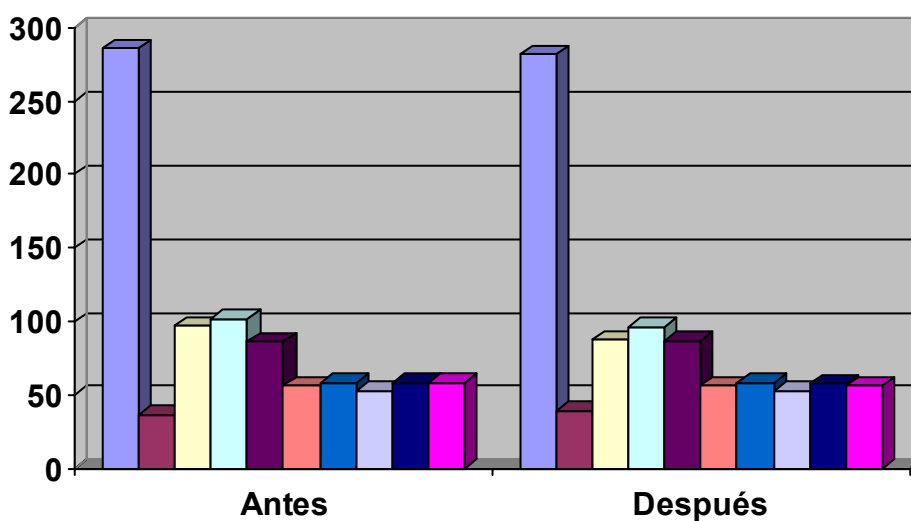


Gráfico No. 3 Puntajes obtenidos por el grupo 1 antes y después del programa de terapia.

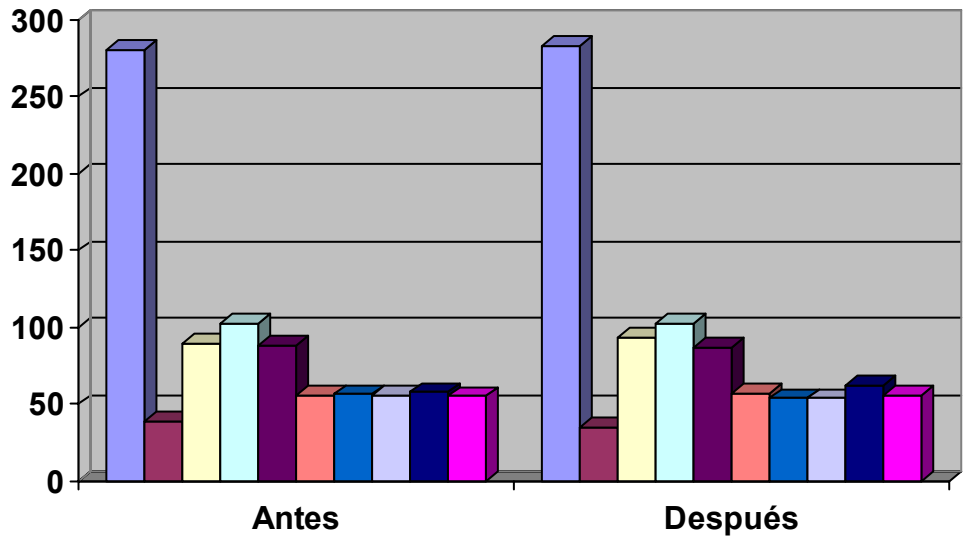


Gráfico No. 4 Puntajes obtenidos por el grupo 2 antes y después del programa de terapia.

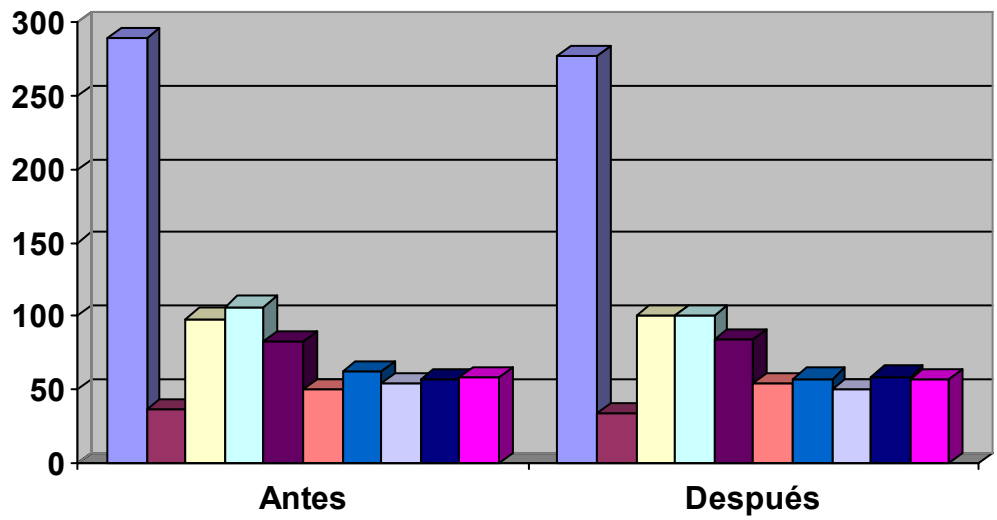


Gráfico No. 4 Puntajes obtenidos por el grupo 3 antes y después del programa de terapia.

Estadística Inferencial

El análisis de tipo inferencial como se menciona anteriormente se llevo a cabo por medio de la prueba “T” de Student para una sola muestra como una comparación teórica que pretendió analizar el comportamiento del grupo de estudio, encontrando que de acuerdo con los resultados obtenidos en la primera aplicación, todas las subescalas muestran diferencias significativas, pero no pasa lo mismo en la aplicación posterior en donde la subescala de autosatisfacción no muestra diferencia significativa.

Subescala	t	df	Sig.	Diferencia de la media			Diferencia del intervalo de confianza al 95%			Diferencia del intervalo de confianza al 95%		
				Bajo	Alto	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto		
A1 Puntuación total												
(Autoestima)	41.3	9	0	285.7	270.0	301.3	23.1	9	0	281.3	253.8	308.7853
A2 Autocrítica	17.3	9	0	36.5	31.7	41.2	19.5	9	0	39.8	35.2	44.3966
A3 identidad	29.8	9	0	97.1	89.7	104.4	8.6	9	0	87.8	64.8	110.7108
A4												
Autosatisfacción	26.5	9	0	102.2	93.4	110.9	2.0	9	0.07	186.5	-18.3	391.321
A5 Conducta	43.1	9	0	86.2	81.6	90.7	32.7	9	0	87	80.9	93.0135
A6 Yo físico	27.6	9	0	56.5	51.8	61.1	20.3	9	0	56.3	50.0	62.555
A7 Yo ético moral	27.6	9	0	58.9	54.0	63.7	15.7	9	0	58.7	50.2	67.1309
A8 Yo personal	26.9	9	0	53.1	48.6	57.5	19.1	9	0	52.3	46.1	58.4726
A9 Yo familiar	28.2	9	0	58.2	53.5	62.8	21.2	9	0	57.8	51.6	63.9426
A10 Yo social	39.0	9	0	58.8	55.3	62.2	24.2	9	0	56.5	51.2	61.7811
A11 variabilidad total	12.0	9	0	45.8	37.1	54.4	16.5	9	0	52.8	45.5	60.0232
A12 Distribución total	16.1	9	0	117.2	100.8	133.5	14.3	9	0	136.2	114.7	157.6787

Tabla 3 Se observa que en la aplicación previa con un alfa de 0.05 todas las escalas muestran diferencias estadísticamente significativas. En la aplicación posterior se encuentra que la subescala de autosatisfacción no muestra diferencia significativa al 0.05

Igualmente fueron comparados los resultados totales obtenidos en el estudio antes y después de la Terapia de grupo, los cuales se muestran en el siguiente cuadro:

Subescala	Prueba para una sola muestra			Diferencia de la media	Diferencia del intervalo de confianza al 95%		Prueba para una sola muestra			Diferencia de la media	Diferencia del intervalo de confianza al 95%	
	t	df	Sig.		bajo	alto	t	df	Sig.		bajo	alto
A1 Puntuación total Autoestima	34.0	8	0	280	261.0	298.9	40.1	8	0	283.1	266.8	299.3
A2 Autocrítica	18.8	8	0	39.6	34.8	44.5	19.5	8	0	35.3	31.1	39.4
A3 Identidad A4	25.3	8	0	89.5	81.4	97.7	25.2	8	0	93.6	85.1	102.2
Autosatisfacción	31.0	8	0	102.8	95.2	110.5	33.1	8	0	102.5	95.4	109.6
A5 Conducta	33.6	8	0	88.6	82.5	94.7	41.2	8	0	86.8	82.0	91.7
A6 Yo físico	31.0	8	0	56.1	51.9	60.2	36.8	8	0	57.3	53.7	60.9
A7 Yo ético moral	27.2	8	0	56.5	51.76	61.3	33.4	8	0	54	50.2	57.7
A8 Yo personal	27.1	8	0	55.3	50.6	60.0	26.8	8	0	54	49.3	58.6
A9 Yo familiar	27.0	8	0	57.8	52.9	62.8	24.5	8	0	62.3	56.4	68.1
A10 Yo social	15.6	8	0	55.2	47.1	63.3	30.1	8	0	55.4	51.1	59.6
A11 Variabilidad total	23.7	8	0	54.6	49.3	59.9	11.9	8	0	53.6	43.3	64.0
A12 Distribución total	20.3	8	0	119.3	105.8	132.8	15.5	8	0	121.8	103.8	139.9

Tabla 4 Todas las subescalas muestran diferencias estadísticamente significativas encontradas con un alfa de 0-05 en la comparación realizada antes y después del programa de terapia de grupo.

CAPITULO IV

DISCUSION

DISCUSION

Un factor importante para el análisis de resultados es el hecho de que el estudio no cuenta con un grupo control para realizar las comparaciones pertinentes, debido a que la clínica de la adolescencia no cuenta con ese otro grupo, ya que por políticas del hospital, cada paciente que acude al hospital debe ser canalizado a algún tipo de tratamiento y más aún si este es de tipo psicoterapéutico pues a un gran número de los pacientes no les es administrado medicamento alguno basando su tratamiento únicamente en psicoterapias, por lo que es de entenderse que no era posible tener a un grupo de pacientes sin recibir tratamiento terapéutico.

El objetivo principal de la investigación es conocer de que manera influye la terapia de grupo en el autoconcepto de los adolescentes (pacientes psiquiátricos externos), observándose que la influencia es positiva, ya que al hacer la comparación de la población total se encontró que fue posible modificar las áreas que componen al autoconcepto (aumento de puntajes y diferencias estadísticamente significativas).

Al comparar a los grupos entre si se observan diferencias significativas en las subescalas en los resultados obtenidos en la aplicación previa y en la segunda aplicación las diferencias son significativas excepto en la de autosatisfacción, por lo que es probable que se deba a que el tiempo del tratamiento fue muy corto y no fue posible reforzar y llevar a cabo un seguimiento del área aunque si se logro identificar.

En base al análisis de los resultados antes expuestos, la hipótesis principal de trabajo propuesta para este estudio es aceptada la cual postula que “Por medio de la terapia de grupo es posible lograr cambios en el autoconcepto de los adolescentes” específicamente en este grupo de adolescentes, ya que los resultados obtenidos no pueden ser generalizados debido a la naturaleza del estudio, de tal manera que solo se pueden traspolar a poblaciones que cuenten con las mismas características de la población estudiada. Sin olvidar que el análisis se hizo por medio de una predicción estadística.

. Durante el tratamiento se logró identificar el concepto de autoestima y los niveles de esta en cada uno de los participantes, enfocando el trabajo principalmente a una búsqueda de conocimiento y aceptación individual por medio del cual pudiera lograrse una mejor relación del paciente con su entorno de forma particular en la familia, ya que durante las entrevistas se observó que la mayoría de las familias se encontraban en serios conflictos debido al padecimiento de los adolescentes, no por el padecimiento en sí sino por la falta de información incluyendo causas, manejo e incluso de tipo económico; factores que influyen de forma negativa en el adolescente, pues si la adolescencia es una etapa de cambio en donde se produce una especie de “sufrimiento emocional” más aún sumando factores como padecimientos psiquiátricos.

Los resultados obtenidos en primera aplicación indicaban que en los pacientes existía confusión acerca de su valía, ya que ellos se veían a sí mismos en función de lo que los otros percibían de ellos catalogándolos como indeseables, sintiéndose ansiosos, infelices y con confianza mínima en ellos. Por el contrario los resultados de la segunda aplicación indican que la autocrítica había cambiado de forma positiva (disminuyó), permitiendo que identificaran de forma más objetiva tanto sus actitudes y aptitudes, aumentando así la confianza personal, disminuyendo la ansiedad y percibiéndose como personas valiosas capaces de relacionarse con su grupo de interacción sin sentirse indeseables y excluidos como en un principio.

Para este estudio la hipótesis de trabajo No- 1 la cual postula “El autoconcepto será modificado en la terapia de grupo en mayor proporción por los adolescentes hombres que por las adolescentes mujeres”, es aceptada en términos de cantidad ya que los resultados indican que los hombres aumentaron los puntajes en siete de las subescalas del instrumento, en comparación con las mujeres las cuales lograron aumentar los puntajes en tres de las subescalas del instrumento.

Hombres:	Autocrítica	Mujeres:	Identidad
	Conducta		Yo físico
	Yo físico		Yo familiar
	Yo familiar		
	Yo social		
	Variabilidad		
	Distribución		

Resultados que indican que tanto los adolescentes hombres como mujeres modificaron su autoconcepto en función de su entorno familiar y un reconocimiento propio como individuos. Las adolescentes mujeres elevaron sus puntajes en la subescala de identidad logrando describir y percibir su identidad básica. Los adolescentes hombres en cambio mejoraron sus niveles de autocrítica lo cual tuvo una repercusión en su conducta y a su vez en la percepción que poseen de ellos mismos como seres sociales, los hombres apuntaron a ser menos variables en sus respuestas y dirigirlas de forma positiva hacia ellos mismos tratando de no perder la objetividad, finalmente el resultado fue positivo en ambos casos, pues como se menciona anteriormente lo que se pretendía también era modificar el tipo de relación que existía con la familia. Estos resultados contrastan con los obtenidos por Carlson en 1965 quien reporto que en su estudio los adolescentes hombres lograron cambios del autoconcepto en función de una orientación más personal y las adolescentes mujeres lograron dicho cambio en función de la orientación social.

La hipótesis de trabajo No. 2 que postula “El autoconcepto será modificado en mayor proporción por los adolescentes de menor edad” es rechazada, ya que los resultados indican que el grupo que más puntajes de subescalas modifico fueron los adolescentes de 14- 16 años. Escalas modificadas:

Grupo 1	Autocrítica	Grupo 2:	Autoestima	Grupo 3:	Identidad
	Conducta		Identidad		Conducta
			Yo físico		Yo físico
			Yo familiar		Yo familiar
			Yo social		

Los adolescentes del grupo 1 lograron identificar el concepto de autocrítica y al mismo tiempo sus capacidades y limitaciones reales de una forma un poco más objetiva lo cual influyo en su conducta.

Los resultados del grupo 2 indican que se logro un reconocimiento físico de si mismos, permitiendo identificar su identidad básica, permitiendo desarrollarse de forma positiva en el entorno social en general. empezando por su familia.

Finalmente el grupo 3 logro reconocerse físicamente y identificando su identidad que empieza a consolidarse repercutiendo en su conducta especialmente en el ambiente familiar. Estos resultados de alguna manera coinciden con lo encontrado por Degenhardt en 1971, mencionando que existe una modificación continua de l imagen de si mismo durante los primeros años de la adolescencia.

Los resultados obtenidos en esta comparación están determinados por la capacidad de comprensión y de insight que poseen los adolescentes mayores , ya que en un principio se pensó que pudiera obtenerse un mejor resultado en los más pequeños por el hecho de no tener tanto información de tipo emocional ni tantos conflictos, pero se comprobó que la etapa de la adolescencia influye de forma importante en la identificación de procesos y conceptos, los resultados para los más grandes fueron más positivos por el hecho de encontrarse un poco más estables en la etapa y que ya habían pasado por el impacto de ir de la niñez a la adolescencia sin embargo aún existen indicadores de confusión con respecto a lo que están viviendo.

Conclusiones

Utilizando como método estadístico la comparación teórica con la prueba T de student entre las doce variables que se trabajaron, fue posible observar que **si existe** una influencia positiva de la terapia de grupo sobre la modificación del autoconcepto en adolescentes.

De acuerdo a los antecedentes que se tomaron en cuenta para la realización de esta investigación, los estudios realizados acerca del autoconcepto con adolescentes que sufren algún tipo de padecimiento fisiológico (epilepsia, trasplante renal) y los que han pasado por un proceso terapéutico (terapia de grupo) no habían mostrado diferencias significativas en comparación con el autoconcepto de adolescentes sanos; motivo por el cual fue considerado necesario continuar con la investigación en esta área, teniendo como objetivo principal en este estudio conocer si el autoconcepto de los adolescentes que acuden al servicio de terapia de grupo al Hospital Psiquiátrico infantil “Dr. Juan N. Navarro” se modifica mediante el proceso de terapia de grupo impartido con un enfoque cognitivo-conductual, de lo cual se obtienen las siguientes conclusiones:

La hipótesis principal planteada para este estudio es aceptada, pues existen cambios estadísticamente significativos en el autoconcepto de los adolescentes, los cuales permiten una identificación objetiva tanto de aspectos físicos como de capacidades y actitudes, lo cual facilita la identificación y construcción de la identidad del adolescente y en consecuencia la mejoría significativa de su autoestima.

La hipótesis secundaria No. 1 es aceptada, pues se observa que los adolescentes hombres, mejoraron su autoconcepto en mayor proporción que las mujeres. Retomando los resultados obtenidos en las observaciones realizadas por Washburn (1961) en donde encontró que los cambios del concepto del yo llevan una dirección de la creciente madurez, y que a pesar de ellos aún en estudiantes universitarios se han encontrado diferencias entre el concepto del Yo del las mujeres y de los hombres, por lo que no es de extrañarse que en la presente investigación sean considerados positivos tanto los cambios del autoconcepto en adolescentes mujeres y hombres, sin olvidar que las mujeres lo modificaron en función

de sí mismas y de su entorno familiar y los hombres ampliaron los cambios a su entorno social, sin embargo Monge especula que a medida que los adolescentes maduran se les hace cada vez más difícil vivir dentro del sistema social que gira en torno a ellos y que la familia y sociedad les presentan también problemas de adaptación principalmente, al adolescente en crecimiento.

Finalmente la hipótesis secundaria No. 2 es rechazada, pues se observó que los adolescentes con edades de 14 a 15.11 años lograron más cambios positivos en comparación con los otros dos grupos, dicho resultado coincide con lo observado por Degenhardt (1971) en su estudio longitudinal en donde informó una modificación continua de la imagen de sí mismo durante los primeros años de la adolescencia. Sin descartar que los cambios fueron logrados por el proceso de avance en la etapa de la adolescencia (a la mitad) en donde se puede decir que están en un estado de confort, lo cual les permite tener mayor capacidad de insight para comprender los cambios a los cuales se están enfrentando, ya que no es lo mismo enfrentarse al repentino cambio de la adolescencia sin tener aún la capacidad para comprenderlo que cuando el adolescente se encuentra al final de la adolescencia teniendo que enfrentarse a una nueva etapa de la vida (adulthood) en donde el nivel de exigencia es mayor y aún no define cuál será el camino a seguir.

Por último cabe mencionar que no es posible generalizar los resultados de este estudio debido a la naturaleza de éste, sin embargo se esperaría que grupos que presenten las mismas características a las del grupo analizado se comporten de la misma manera. Por lo que tomando como referencia a Samperi la investigación debe declinarse con fines descriptivos y limitarse a propósitos descriptivos y/o correlacionales.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Abesrastury A. (1978), **Adolescencia**, Ediciones Kargreman, Argentina.
- 2) Baron R, (1996) **Psicología**, Prentice Hall, México
- 3) Boeree G, (1997), **Chilhood and Society Identity: youth and crisis**.
- 4) Carlson N, (1996), **Fundamentos de Psicología Fisiológica**, Prentice Hall, México.
- 5) Cava Ma. (2000), **La potenciación de la autoestima**, Paídos México.
- 6) Delval J. (1998), **El desarrollo Humano**, Siglo Veintiuno Editores, España.
- 7) DiCaprio N, (1989), **Teorías de la Personalidad**, Mc, Graw Hill México
- 8) Fenichel O, (1999) **Teoría psicoanalítica de las neurosis**, Paídos, Mexico
- 9) Fernández E, (1991) **psicopedagogía de la adolescencia**, Narcea, España.
- 10) Fernández O., (1989), **Abordaje teorico y clinico del adolescente**, Nueva Visión, Editores, México
- 11) Frick W, (1973) **Psicología Humanística**, Editorial Guadalupe, Argentina
- 12) García, Quintero, (1995) **Estandarización de la escala de autoconcepto Tennessee en estudiantes de Ciudad Universitaria**, Tesis Facultad de Psicología UNAM
- 13) Gonzalez J, (2001), **Psicopatología de la adolescencia**, Manual Moderno, México
- 14) Gonzalez J, (2002), **Teoría y técnica de la psicoterapia Psicoanalítica**, Plaza y Valdez, México
- 15) Guido M, (2002) **Ser adolescente**, Trillas, México
- 16) Hall, (1983) **Compendio de Psicología Freudiana**, Paídos, México
- 17) Horrocks J. (2001), **Psicología de la adolescencia**, Trillas, México
- 18) Hurlock E, (1987), **Psicología de la adolescencia**, Paídos, Argentina
- 19) Kaplan H, (2001), **Sinopsis de Psiquiatría, Ciencias de la conducta, psiquiatría Clínica**, Editorial Médica Panamericana, España.
- 20) Kolb L, (1992) **Psiquiatría Clínica Moderna**, La Prensa Médica Mexicana, Mexico
- 21) Lehalle H, (1990), **Psicología de los adolescentes**, Grijalbo, México

- 22) Muuss R, (1997) **Teorías de la adolescencia**, Paídos Studio, México
- 23) Rodríguez A. (1985) **Estudio comparativo de autoconcepto en dos grupos de adolescentes, epilépticos y no epilépticos**, Tesis Facultad de Psicología UNAM.
- 24) Rogers C., (1984) **El proceso de convertirse en persona**, Paídos, España
- 25) Sánchez J. (1996) **El autoconcepto de adolescente con trasplante renal** Tesis Facultad de Psicología UNAM
- 26) Home.coqui.net/uhaske/monografias/adolescencia.htm

ANEXO 1

Cuestionario de ingreso a terapia de grupo

Diseñado especialmente para la investigación debido a que en el área existía ya un instrumento de evaluación inicial, pero no era capaz de detectar las necesidades y expectativas reales de los adolescentes al ingresar a terapia de grupo, por lo que tomando tal cuestionario como base se perfeccionó el utilizado en la investigación.

El cuestionario fue contestado por los pacientes en dos partes, la primera parte debía ser contestado en hasta la pregunta 21 y dejar la segunda parte para realizar un autoevaluación al final de las sesiones de terapia.

ANEXO 2

Los participantes contestaron la Escala de Autoconcepto Tennessee. La prueba esta formada por cien afirmaciones autodescriptivas que el sujeto usa para describir la imagen que tiene de si mismo. Su forma de aplicación puede ser individual, colectiva e incluso autoadministrable. Puede usarse en sujetos de doce a más años de edad que tengan un nivel escolar de por lo menos de sexto año de primaria, también es aplicable a too el rango de ajuste psicológico desde sujetos sanos y bien ajustados hasta pacientes psicóticos. La mayoría de los sujetos emplean de 10 a 20 minutos para contestar la prueba. La calificación manual requiere e 6 a 7 minutos para la forma de orientación y aproximadamente 20 minutos para la forma clínica o de investigación.

Esta Escala fue diseñada por William H. Fittz quién trabajo en el desarrollo de dicha escala en colaboración con el departamento de Salud mental de Tennessee en 1955; su propósito fue desarrollar un instrumento que resultará útil para resolver problemas de investigación en salud mental. El principio de desarrollo de la Escala se dio con una recopilación de ítems autodescriptivos, mismos que se derivaron de algunos otros instrumentos de medición de autoconcepto, incluyendo aquellos desarrollados por Balester (1959), Engel (1956) y Taylor en 1953). Los ítems también se derivaron de autodescripciones escritas por pacientes y no pacientes, fueron incluidos en el instrumento 10 reactivos de la escala “L” del Inventario Multifacético de la personalidad (MMPI). Después de un análisis considerable, se desarrollo un sistema fenomenológico para clasificar los reactivos sobre la base de lo que ellos mismos decían. Esto evoluciono hasta el esquema bidimensional 3x5 empleado en la hoja de puntajes de ambas. Esta parte de le escala contiene 90 ítems, divididos por igual en positivos y negativos. Los 10 ítems restantes componen la escala de autocrítica, Una vez redactados los ítems, se contrataron siete psicólogos clínicos como jueces para clasificarlos de acuerdo al esquema 3x5. También juzgaron cada uno de los ítems en cuanto a sí era positivo o negativo en su contenido. Los 90 ítems que finalmente se utilizaron fueron aquellos en los que hubo un perfecto acuerdo por parte de los jueces.

La escala completa como se conoce actualmente, fue concluida en 1965 y comprende un cuadernillo de 100 reactivos, que tienen como objetivo conocer el autoconcepto de las personas (Anexo 2), una hoja de respuestas (Anexo 3), que viene adherida aun papel

carbón y a la hoja de puntuación (Anexo4), la cual se utiliza para hacer una rápida conversión de los puntajes, además de una forma de trabajo de la forma clínica y de Investigación (Anexo 59 y una hoja de perfil para adultos (Anexo 6).

En México se realizó la estandarización para sujetos de edades entre 12 y 68 años con los siguientes grados de confiabilidad para cada puntaje:

Puntaje	Confiabilidad
Autocrítica	.75
Positivo	.92
Hilera 1	.91
Hilera 2	.88
Hilera 3	.88
Columna A	.87
Columna B	.80
Columna C	.85
Columna D	.89
Columna E	.90
Variabilidad total	.67
Distribución	.89

La prueba se encuentra disponible en dos formas:

1. Forma para orientación psicológica: cuenta con menos escalas, esta puede ser calificada más rápida y fácilmente, se requieren conocimientos básicos de psicometría y psicopatología para interpretar los resultados y estos son apropiados para comentarse con los examinados.
2. Forma clínica y de investigación: es más compleja en términos de calificación, se necesita un amplio bagaje de conocimientos de psicometría y psicopatología para el análisis e interpretación de resultados y no es adecuada para usarse en la retroalimentación con el examinado.

Ambas formas usan el mismo folleto y los mismos reactivos. La calificación de ambas formas puede realizarse en forma manual o computarizada.

La diferencia entre las formas se centra en la calificación y en los perfiles; para fines del presente estudio se utilizó la primera forma de orientación, que está integrada por:

- A) Puntaje de autocrítica (A-C): esta escala está compuesta por 10 ítems tomados de la escala L del MMPI. Todas ellas son afirmaciones ligeramente derogativas que la mayoría

de la gente acepta como ciertas con respecto a ellas mismas. Los individuos que niegan la mayoría de estas afirmaciones son generalmente defensivas y están realizando un esfuerzo deliberado para presentar una imagen favorable de sí mismos. Los puntajes altos generalmente implican una apertura normal, saludable y una capacidad para la autocrítica. Los puntajes extremadamente altos (sobre el percentil 99) indican que al individuo pueden faltarle defensas y puede, encontrarse patológicamente indefenso. Los puntajes bajos indican defensividad y sugieren que los puntajes positivos pueden estar artificialmente elevados a causa de esta defensividad.

B) Los puntajes positivos (P): estos puntajes derivan directamente del esquema de clasificación fenomenológica ya mencionado. En el análisis original del conjunto de ítems, las afirmaciones parecían comunicar tres mensajes primarios: 1) Esto es lo que yo soy, 2) esto es como yo me siento conmigo mismo, y 3) esto es lo que yo hago. Sobre la base de estos tres tipos de afirmaciones se formaron las tres categorías horizontales. Estas aparecen en la hoja de puntajes como Hilera 1, hilera 2 e Hilera 3. los puntajes Hilera entonces constituyen tres sub puntajes que, al sumarse dan por resultado el Total Positivo o Puntaje Total P. estos puntajes representan un marco interno de regencia dentro del cual el individuo se describe a sí mismo.

El estudio más profundo de los ítems originales indico que estos también varían considerablemente en términos de un marco de referencia más externo. Aún dentro de la misma categoría de hileras las afirmaciones pueden variar ampliamente en cuanto a su contenido. En consecuencia el conjunto de ítems fue ordenado de nuevo de acuerdo a estas categorías verticales, que son los cinco puntajes columna de la hoja de puntajes. Así el conjunto total de ítems se encuentra dividido en dos maneras, verticalmente en hileras (marco externo de referencia) y horizontalmente en columnas (marco interno de referencia) contribuyendo cada ítem y cada celdilla a dos puntajes diferentes.

1) Puntaje total P (TP): este es el puntaje que puede considerarse por sí solo como el más importante de la forma para orientación. Refleja el nivel total de autoestima. Las personas con puntajes altos tienden a estar contentos consigo mismas, sienten que son personas dignas y valiosas, tienen confianza en sí mismas y actúan de acuerdo con esta imagen. La gente con puntajes bajos dudan de su propio valer, se

ven a ellos mismos como indeseables; con frecuencia se sienten ansiosos, deprimidos e infelices; y tienen poca fe o confianza en ellos mismos.

Si el puntaje de Auto Crítica es bajo, los puntajes p altos se tornan sospechosos y son probablemente el resultado de una distorsión defensiva. Los puntajes extremadamente altos (generalmente sobre el percentil 99) son anormales y suelen encontrarse solamente en personas perturbadas tales como esquizofrénicos paranoides, quienes como grupo, muestran muchos puntajes extremos tanto altos como bajos.

- 2) Hilera 1 puntaje P – Identidad (I B): estos son los reactivos “Lo que yo soy”. Aquí el individuo describe su identidad básica lo que él es, basado en como él se ve.
- 3) Hilera 2 Puntaje P – Auto satisfacción (A S): este puntaje viene resultando de aquellos ítems en los que el individuo describe como se siente con respecto al “sí mismo” que percibe. En general este puntaje refleja el nivel de auto- satisfacción o auto aceptación.
- 4) Hilera 3 Puntaje P conducta (C). Este puntaje proviene de aquellos ítems que dicen “Esto es lo que yo hago o esta es la manera en que yo actúo”. Mide la percepción del individuo sobre su propia conducta o de la forma en que él funciona.
- 5) Columna A Yo físico (YO FIS): Aquí el individuo presenta la visión sobre su cuerpo, su estado de salud, su apariencia física, habilidades y sexualidad.
- 6) Columna B Yo Etico Moral (YO MOR): este puntaje describe al yo desde un marco de referencia ético moral- valía moral, relaciones con Dios, sentimientos de ser una persona “buena” o “mala” y satisfacción con la propia religión o la falta de ella.
- 7) Columna C Yo personal (YO PER): este puntaje refleja el sentido que el individuo tiene de su valer personal, su sentimiento de adecuación como persona y su evaluación de su personalidad independiente de su cuerpo o de sus relaciones con otros.
- 8) Columna D Yo familiar (YO FAM): este puntaje refleja los propios sentimientos de adecuación, mérito y valor como miembro de una familia. Se refiere a la percepción que el individuo tiene de sí mismo en relación a su círculo de allegados más cercano e inmediato.
- 9) Columna E Yo social (YO SOC): esta es otra categoría del “yo como se percibe en relación a otros” pero pertenece a los “otros” en un sentido más general. Refleja el

sentido de adecuación y valer de la persona en su interacción social con otras personas en general.

C) Los puntajes de variabilidad (V): Los puntajes v proporcionan una medida simple de la cantidad de variabilidad, o inconsistencia, de un área de autopercepción a otra. Los puntajes altos significan que el sujeto es muy variable en este aspecto, mientras que los puntajes bajos indican una variabilidad baja que puede ser considerada como rigidez si es extremadamente baja (por debajo del primer percentil).

1) V Total (V) representa el monto total de variabilidad para todo el registro. Los puntajes altos indican que el autoconcepto de la persona varía tanto de un área a otra que refleja poca unidad o integración. Las personas con altas puntuaciones tienden a encasillar ciertas áreas de su autoimagen y a visualizarlas como muy separadas del resto del Yo. Las personas bien integradas generalmente obtienen una puntuación por debajo de la media, pero por encima del primer percentil.

2) V Total Columna (V COL): este puntaje mide y resume las variaciones dentro de las columnas.

3) V Total Hilera (V HIL): Este puntaje es la suma de las variaciones a través de las diferentes hileras.

D) El puntaje de distribución (D): este puntaje representa la zumaque el individuo obtiene por la manera en que distribuye sus respuestas entre las cinco opciones que se le presentan para contestar a los ítems de la escala. Se puede interpretar también como una medida adicional de la autopercepción: la certeza o seguridad sobre la manera en que uno se ve a sí mismo. Un puntaje alto indica que el sujeto esta muy definido y seguro en lo que dice sobre sí mismo, mientras que un puntaje bajo significa todo lo contrario. También, a veces se encuentran bajas puntuaciones en personas que asumen actitudes de defensa o reserva. Estas se evaden y evitan entregarse, confiarse realmente mediante el empleo de opciones “3” en la hoja de respuestas.

Los puntajes extremos en esta variable, en cualquier dirección, son poco deseables y generalmente se obtienen en personas perturbadas.

- E) El puntaje de tiempo: este puntaje es simplemente una medida del tiempo que el sujeto requiere para completar la escala. La mayoría de los sujetos completan la escala en menos de 20 minutos. Se ha encontrado que los pacientes psiquiátricos en general requieren más tiempo que los no pacientes. Esto es particularmente cierto con respecto a aquellos que son exageradamente compulsivos, paranoides o depresivos.