

138
2es.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

"EVALUACION DE UN PROGRAMA COGNITIVO-
CONDUCTUAL PARA MEJORAR LA AUTOESTIMA
EN ADOLESCENTES Y ADULTOS"

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGIA

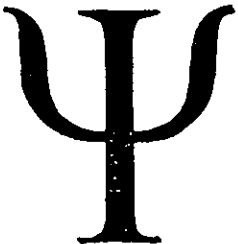
P R E S E N T A :

JIMENEZ ESCALONA MARIA ELENA

DIRECTOR DE TESIS: MTRO. SAMUEL JURADO CARDENAS.

ASESORIA PSICOMETRICA Y ESTADISTICA:

LIC. ENEDINA VILLEGAS HERNANDEZ.



MEXICO, D. F.

OCTUBRE, 1998.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

266254



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.

Dedico este trabajo con todo mi amor, a una persona maravillosa y muy especial, que aunque ahora sólo existe en mi corazón, me trajo una infinita felicidad con su amor, me enseñó la pureza, la nobleza y la ternura del Ser Humano. Además de infundirme las fuerzas necesarias para lograr la realización de todos mis sueños.

Infinitas Gracias Andy

(Por compartir todos aquellos hermosos momentos).

Ojos verdes como el mar,
de mirar tierno y profundo,
que me enseñaron a amar
transportandome a otro mundo.

A mi Abuelita Camila Torres E., por haberme recibido en sus brazos, por todo el apoyo, el amor y la alcahuetería, que como buena abuelita me brindo, que me dieron el valor, la fuerza y la confianza necesarias para concluir este trabajo y seguir adelante.

A mis Padres, Rosendo Jiménez A. y María Ofelia Escalona T., por darme la vida y su amor (a su manera), por todas las experiencias que viví a su lado, que me ayudaron a forjar un carácter inquebrantable o rebelde como ustedes le llamaron, pero que me ha servido para hacer siempre lo que he querido.

A mis Hermanos:

Victor Manuel (†), quien en su breve paso por la vida, me enseñó a ser responsable, honesta y cumplida, gracias a sus regaños como buen hermano mayor.

José Carlos, por sus comentarios siempre “agradables” y por la confianza que siempre ha tenido en mí.

Ana Elizabeth (mi Bichito), por su compañía, lealtad y complicidad en todos los momentos buenos y malos.

A mi gorda “TUD”, porque cada vez que me sentía triste, cansada o abatida, sólo con ver su carita tierna y jugar un momento con ella, recuperaba el entusiasmo y la alegría para seguir adelante.

A ti estudiante, que te estas preparando para ser un buen profesionista en el campo de la salud mental, esperando que esta pequeña contribución te ayude a forjar un carácter de siempre lucha y superación.

*Para escalar la cumbre,
se necesita:
entusiasmo de niño y
voluntad de hombre.*

Agradecimientos

Un especial agradecimiento al Mtro. Samuel Jurado Cárdenas, por permitirme compartir durante todo este tiempo sus conocimientos y por enseñarme la importancia de una psicología científica, por dirigir con gran esmero y mucha paciencia este trabajo. Además de brindarme su amistad siempre sincera y todo el apoyo necesarios para mi formación académica y profesional.

Agradezco al Programa de Becas para Tesis de Licenciatura en Proyectos de Investigación (PBTEL), por el apoyo económico otorgado.

Agradezco al Lic. Fabián Martínez Silva, por el apoyo en el análisis estadístico, por toda su cooperación, paciencia y sincera amistad.

Agradezco a la Jefa de la División de Estudios de Posgrado de la Facultad de Psicología, Dra. María Corsi Cabrera y al Secretario Técnico de la Unidad de Cómputo de Posgrado, Ing. Germán Morato Vargas, por las facilidades brindadas en la utilización del equipo de computo de dicha unidad, para la realización de este escrito.

Agradezco a la Coordinadora del Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila" de la Facultad de Psicología, Lic. Leticia Echeverría San Vicente y a todo el personal que labora en este Centro, por las facilidades brindadas en la utilización de sus instalaciones, para la impartición de los cursos.

Agradezco a la Lic. Martha Adriana Cozatl Rivero, por su cooperación como co-terapeuta en la impartición de los cursos, que gracias a su apoyo el trabajo fue más leve, además de su gran amistad durante todos estos años.

Agradezco a todos mis pacientes, quienes participaron en la aplicación del programa, así como aquellas personas que formaron los grupos control, ya que sin ellos esto simplemente no se hubiera logrado.

Agradezco a la Diseñadora Gráfica Salustia Meza Hernández y a todo su equipo, por el trabajo realizado en la propaganda para promover el programa.

Agradezco a Alejandro Medina Briseño, por la impresión de los ejemplares de esta tesis.

Agradezco al Señor Salvador Luna, por negociar que me apartaran la fecha del examen y por la agilización de algunos tramites administrativos.

Agradezco al Señor Rene Canseco Hernández (†) y a la Señora Mercedes Medina Briseño (†), por las palabras de aliento y por todo su apoyo en los momentos más difíciles.

Agradezco a todos mis maestros, ya que gracias a las enseñanzas que cada uno de ellos aportó en mi formación profesional, esta primera meta se cumplió.

Agradezco a la Universidad Nacional Autónoma de México, por haberme permitido el ingreso a su sistema de enseñanza.

Agradezco a la Facultad de Psicología, por haberme alojado en sus instalaciones y por haber permitido que cumpliera mi formación profesional y con ello uno de mis sueños.

A todos mis compañeros de Generación, por su compañía y trabajos compartidos durante los años de la carrera.

A ti lector, esperando que no permitas que este trabajo se pierda en los estantes de una biblioteca y el polvo del tiempo borren su cometido.

A DIOS, por permitirme vivir el tiempo que he vivido y por todas las experiencias que he tenido.

A todas aquellas personas que directa o indirectamente contribuyeron en la realización de este trabajo.

SE JOVEN

La juventud no es una etapa
en la vida, es un estado mental.

Es temple de la voluntad,
cualidad de la imaginación,
vigor en las emociones...

La gente envejece sólo
cuando abandona sus ideales...

Tú eres tan joven como tu fe,
tan viejo como tus dudas.

Tan joven como tu confianza
en ti mismo, tan viejo como
tus temores.

Tan joven como tu esperanza,
y tan viejo como tu desesperación.

Cuando tu corazón este
cubierto con las nieves del
pesimismo y el hielo del
escepticismo, entonces y
sólo entonces

¡TU HABRÁS ENVEJECIDO!

A todos y cada uno de mis amigos:

Primeramente a mi mejor amiga Gretel N. Canseco H., por su gran amistad y apoyo incondicional, por consolarme en todos los momentos difíciles, por disfrutar juntas todos aquellos momentos divertidos; porque nos divertíamos ¿verdad? ; por eso y por mucho más.

A Luis Manuel Carranza V., y a Pablo Ferriz G., por todos aquellos momentos “locos”, divertidos y faltos de lógica que compartimos en los primeros semestres de la carrera, por consolarnos mutuamente y porque a pesar de no haber concluido la licenciatura, se siguen esforzando para cumplir sus metas; porque se esfuerzan ¿verdad?, y además por abandonarme.

A Elizabeth Téllez J., por su gran amistad, por acompañarnos siempre en todo momento y por los buenos consejos; porque fueron buenos ¿verdad?.

A Martha A. Cozatl R., además de ayudarme con el trabajo, por sus comentarios divertidos y alentadores y por su siempre sincera amistad; porque es sincera ¿verdad?.

A José Luis Díaz M., por su gran amistad, por sus comentarios agradables, por el sincero interés en la realización de este trabajo y por sus críticas constructivas; porque son constructivas ¿verdad?; además por su ayuda incondicional.

A Enrique Martell M., por ser todo un misterio, por haber sido mi inspiración durante 4 años y por ser siempre amigo, además por odiar al “Minino”; porque lo odiabas ¿verdad?.

A Alejandro Medina B., además de mandar a imprimir mi tesis, por todos aquellos momentos románticos, atrevidos y divertidos que compartimos juntos y por cumplir sus promesas; porque las cumples ¿verdad?.

A Georgina López S. y a “La Banda”, por compartir todos aquellos “viejos buenos tiempos”; porque fueron buenos ¿verdad?.

A Ivan Martínez G. y a Gina Díaz J., por intentar ser los 3 mosqueteros; porque lo intentamos ¿verdad?.

A Irma Russek, por alentarme siempre en todo momento, por sus sabios consejos y por preocuparse siempre por mí; porque te preocupas ¿verdad?.

A Isaac Sánchez T., y a Alan Jurado C., por toda la ternura transmitida, por sus enseñanzas y por ser “mis niños”; porque son míos ¿verdad?.

A Susana Hernández G., por haber mostrado siempre interés en la culminación de este trabajo, por hacer los días más llevaderos con la “Jefa” y por soportarme durante ese tiempo; porque me soportabas ¿verdad?.

A Dolores Luna O., y a Patricia García L., por todo su apoyo y por confiar en mí; porque confían ¿verdad?.

¿Cómo, no es así!?, bien, no importa de cualquier manera, muchísimas gracias a todos ustedes por compartir conmigo todos “estos buenos momentos”.

A MIS AMIGOS

A mis amigos les adeudo la ternura,
las palabras de aliento y el abrazo,
el compartir con todos ellos la factura
que nos presenta la vida paso a paso.

A mis amigos les adeudo la paciencia
de tolerarme mis espinas más agudas,
los arrebatos del humor, la negligencia,
las vanidades, los temores y las dudas.

A mis amigos les adeudo los enfados
que perturbarán sin querer nuestra armonía
sabemos todos que no puede ser pecado
el discutir alguna vez por tonterías.

A mis amigos legaré cuando me muera,
mi devoción en un acorde de guitarra,
y entre los versos olvidados de un poema
mi pobre alma incorregible de cigarra.

Un barco frágil de papel
parece, a veces, la amistad,
pero jamás puede con él
la más violenta tempestad,
porque ese barco de papel
tiene aferrado a su timón
por capitán y timonel
un corazón.

“Amigo mío, si esta copla, como el viento,
adonde quieras escucharla te reclama,
serás plural, porque lo exige el sentimiento,
cuando se lleva a los amigos en el alma”.

Finalmente un Reconocimiento a todos los miembros del jurado:

A la Lic. Enedina Villegas Hernández.

A la Lic. Maritza Martínez Cárdenas.

Al Mtro. Samuel Jurado Cárdenas.

A la Lic. Damariz García Carranza.

A la Mtra. Mariana Gutiérrez Lara.

Por todo el apoyo académico y los comentarios constructivos que hicieron sobre este trabajo.

INDICE

CONTENIDO

	<u>Página</u>
RESUMEN.....	13
CAPITULO I.- DEFINICIÓN Y ORIGEN DE LA AUTOESTIMA	15
CAPITULO II.- LOS DIFERENTES ENFOQUES QUE HAN ESTUDIADO A LA AUTOESTIMA	22
1. -Psicoanalítico	23
2. -Gestalt	25
3. -Cognitivo	28
4. -Conductual	31
5. - Cognitivo-Conductual	34
CAPITULO III.- FACTORES Y CAUSAS QUE DETERMINAN A LA AUTOESTIMA Y EFECTOS QUE SE PRODUCEN	38
1. - Factores que Determinan a la Autoestima	41
2. - Causas que Determinan a la Autoestima	45
3. - Efectos que se producen Debido a la Autoestima	46

CAPITULO IV.- MÉTODOS PARA EVALUAR LA AUTOESTIMA.....	49
1. - Pruebas Grafoproyectivas	51
2. - Técnicas Proyectivas	52
3. - Pruebas de Personalidad	54
4. - Test Psicométricos	56
5. - Registros Observacionales y Autorregistros	65
CAPITULO V.- TERAPIAS UTILIZADAS PARA MEJORAR LA AUTOESTIMA	70
1. - Terapia Psicoanalítica	71
2. - Terapia Gestalt	72
3. - Terapia Cognitiva	75
4. - Terapia Conductual	78
5. - Terapia Cognitivo-Conductual	79
CAPITULO VI.- MÉTODO	93
1. - Propuesta	94
2. - Planteamiento del Problema	94

3. - Justificación	95
4. - Objetivos	95
4.1. -Objetivo General	95
4.2. - Objetivos Particulares	96
5. - Hipótesis	96
6. - Variables	97
6.1. - Definición de Variables	97
7. - Tipo de Estudio	98
8. - Diseño	98
9. - Población	99
10. - Muestreo	99
11. - Material	99
12. - Instrumentos	100
13. - Escenario	100
14. - Procedimiento	100
CAPITULO VII.- RESULTADOS	108

CAPITULO VIII.- DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	148
APORTACIONES Y SUGERENCIAS.....	160
ANEXOS	164
Anexo 1. - Formato de la Carta de Aceptación	165
Anexo 2. - Formato de la Propaganda utilizada para promover el Programa para Mejorar la Autoestima en Adolescentes y Adultos.....	166
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	167

RESUMEN

En este estudio se evaluó un Programa Cognitivo-Conductual para Mejorar la Autoestima en Adolescentes y Adultos, el cual consta de 6 temas básicos y 1 complementario, que es aplicable en 7 sesiones. Es un estudio exploratorio, explicativo, correlacional y de campo, se utilizó un diseño Pretest-Posttest con grupos experimental y control, la muestra fue no probabilística e intencional eligiendo a 35 sujetos para cada condición de grupo, distribuidos en 3 grupos experimentales y 3 grupos control, dando un total de 70 sujetos de la Ciudad de México y el Área Metropolitana, los instrumentos que se aplicaron fueron la Escala de Autoconcepto de Tennessee y el Inventario de Asertividad de Gambrill y Richey, para medir autoestima y asertividad respectivamente. Se realizaron diversos análisis estadísticos de los cuales se concluyó que el Programa es efectivo sólo en adultos, esto se infirió de un diagnóstico realizado para lo que se emplearon las medias expresadas en puntajes T's de cada subescala de cada instrumento, también se realizó un análisis para conocer los cambios en autoestima y asertividad en cada uno de los grupos, encontrando que existen cambios en diversas áreas de la autoestima, confirmando que es situacional y no afecta de igual manera en todas las áreas de la vida de los individuos. La asertividad fue una variable que también se midió para apoyar el diagnóstico y cómo se relaciona con la autoestima, encontrándose correlaciones negativas débiles, excepto en la subescala de Autoconcepto: "Autocrítica", con las dos subescalas del Inventario de Asertividad.

¡NO DESISTAS!

Cuando vayan mal las cosas
como a veces suelen ir;
cuando ofrezca tu camino
sólo cuestas que subir;
cuando tengas poco haber,
pero mucho que pagar
y precise sonreír,
aún teniendo que llorar:

Cuando ya el dolor te agobie
y no puedas ya subir,
descansar acaso debes.
PERO NUNCA DESISTIR.

Tras las sombras de la duda
ya planteadas, ya sombrías
puede bien surgir el TRIUNFO,
no el fracaso que temías.

Y no es dable a tu ignorancia
figurarse cuan cercano
puede estar el bien que anhelas
y que juzgas tan lejano.

¡LUCHA!, puedes, por más que en
la brega tengas que sufrir.

¡CUANDO TODO ESTE PEOR
MAS DEBEMOS INSISTIR!

CAPITULO I

DEFINICIÓN Y ORIGEN DE LA AUTOESTIMA

*Debemos sentir amor dentro de nosotros
antes de poderlo entregar a los demás.*

CAPITULO I.- DEFINICIÓN Y ORIGEN DE LA AUTOESTIMA

La autoestima se considera un factor emocional que permite al ser humano mantener un equilibrio mental, por lo que sin una buena dosis se pondría en riesgo el control de sí mismo.

Este fenómeno ha sido estudiado desde varias perspectivas para tratar de comprender cual es su origen, si es que algo la origina. Al tratar de encontrar qué es lo que la produce o qué es lo que se produce teniendo cierto nivel de autoestima, se puede caer en el juego de qué surgió primero, "el huevo o la gallina"; por ejemplo, al tener una autoestima deteriorada se llega al fracaso ó fracasar deteriora la autoestima, ó tener alta autoestima produce éxito o el éxito produce alta autoestima y así se podrían plantear varios ejemplos (McKay y Fanning, 1991).

A través de la historia se ha estudiado a la autoestima como parte fundamental de la estructura emocional y de las conductas del ser humano, en la antigüedad fueron los filósofos y los pensadores los que querían encontrar las causas de ese comportamiento bajo el análisis operacional de "quién soy yo"; sin embargo, este pensamiento no tenía ninguna base científica, ya que creían que era el alma, el deseo y el espíritu el que motivaba al hombre a comportarse como lo hacía, por esas razones y bajo el enfoque psicoanalítico surge el concepto de *self* siendo este el más aceptado, ya que describe la personalidad de los sujetos sobre experiencias individuales (De Oñate, 1989).

Lo que Coopersmith asegura, es que la etapa clave para el desarrollo de la autoestima está en la infancia, en el seno familiar, ya que está estrechamente ligada al trato que recibe el niño dentro de la familia y no a otros aspectos como son la inteligencia, el nivel socioeconómico, etc., en esta etapa los niños comienzan a adquirir conceptos como si son tontos o listos, buenos o malos, si son capaces o no, etc., forman imágenes de sí mismos, lo que les gusta de su persona o lo que no les gusta, todo esto basados en la manera en que son tratados por personas significativas para ellos, como son: padres, hermanos, amigos, maestros, compañeros, conocidos o familiares (Coopersmith, 1967; citado en Verduzco y Lara-Cantú, 1989).

Los lineamientos básicos que enuncia Coopersmith, para el desarrollo de la autoestima son: aceptación, respeto, límites y apoyo los cuales son aplicables cuando el niño al tener algún problema es aceptado y respetado por la familia, que al conocer el padecimiento empiezan por entenderlo y a hacer algo para encontrar una solución al conflicto, en lugar de hacer críticas a su comportamiento; los límites y el apoyo se dan para ayudarlo a enfrentar los problemas que se le presenten, ya que el simple hecho de sentirse atendido, comprendido y tomado en cuenta, hace que vuelva a sentirse satisfecho con su propia persona, aunque tenga más problemas que superar.

La definición que Coopersmith (1981), hace de la autoestima es la siguiente: "Es aquella evaluación más o menos estable que el individuo hace de sí mismo, la cual expresa una actitud de aprobación o desaprobación e indica el grado en el que se cree capaz, significativo, exitoso y valioso" (Coopersmith, 1981; citado en Verduzco, Lara-Cantú, Lancelotta y Rubio, 1989).

Por otra parte, Nathaniel (1993), expresa a la autoestima como un derecho que el ser humano tiene al nacer, que forma parte de la valía humana y que es la experiencia de ser apto para la vida y para sus requerimientos, básicamente consiste en:

1. - Confianza en la propia capacidad de pensar y de afrontar los desafíos de la vida.
2. - Confianza en el derecho a ser felices, el sentimiento de ser dignos, de merecer, de tener derecho a afirmar todas las necesidades y a gozar de los frutos de los esfuerzos.

Según, La Rosa (1986), Autoconcepto es la percepción que la persona tiene de sí misma; específicamente, son las actitudes, sentimientos y conocimientos respecto de las propias capacidades, habilidades, apariencia y aceptabilidad social.

Verduzco y cols. (1994), encontraron que diferentes investigadores han estudiado a la autoestima, lo que ha dado lugar a un gran número de definiciones discrepantes que caracterizan diferentes puntos de vista teóricos, por ejemplo: Maslow (1954), la categorizó como una necesidad; Coopersmith (1981), como una actitud y como una condición

necesaria para el logro; White (1964), como una consecuencia del nivel de competencia y Fitts (1965), como un indicador de salud mental. También se ha considerado como factor etiológico de depresión (Beck, 1967); ansiedad (Rosemberg, 1962) y problemas de alcohol (McCord y McCord, 1960). James (1890), indica que la autoestima está determinada por la relación entre las aspiraciones y los logros de una persona; Mead (1934), menciona que se deriva de la evaluación de los otros; así se podrían encontrar varias definiciones del mismo concepto. Sin embargo, al hablar de autoestima se da por entendido lo que se quiere decir, aún cuando los autores no estén refiriéndose a lo mismo (Verduzco, Lara-Cantú, Acevedo y Cortés, 1994).

Otros autores como Fitts (1965), el creador de la escala de Autoconcepto de Tennessee, la define de la siguiente manera: **"Autoconcepto y Autoestima constituyen un mismo término puesto que se refieren a los juicios que una persona emite acerca de sí mismo, en donde también influye la adaptación del sujeto al medio que lo rodea, cómo refleja la manera en que se percibe y se siente consigo mismo, por medio de sus conductas e interacciones"** (Vinocur, 1995). Dada esta definición se propone utilizar ambos términos como sinónimos.

Para Fitts (1965), la manera de relacionarse del sujeto con otras personas y el nivel de competencia que expresa ante ellos es parte importante de la autoestima, es decir, si el sujeto no mantiene relaciones satisfactorias con otros, si se compara y se la pasa compitiendo en todos los aspectos, esto indica una falta de confianza ante su persona y las cosas que realiza, además también influyen los comentarios que los demás puedan tener hacia él y de qué manera los asimile, es como va a determinar su valía personal y por lo tanto, su autoestima (Vinocur, 1995).

El autoconcepto puede ser descrito como organizado, multifacético, jerárquico, estable, que se desarrolla, evaluativo y diferenciable (García y Quintero, 1995).

La autoestima es un fenómeno multicausal y multifactorial que se origina principalmente de los pensamientos que son influidos por factores externos.

McKay y Fanning (1991), opinan que "lo principal que afecta a la autoestima es la capacidad de juicio que tiene el ser humano; existen juicios demasiado estrictos que las personas formulan hacia sí mismas y cuando éstos rechazan parte de ellos mismos, se dañan considerablemente las estructuras psicológicas que los mantienen vivos."

La opinión que estos autores tienen a cerca de la autoestima, es que erróneamente, se utiliza para determinar un juicio de valía personal incluyendo en ésta, las capacidades, logros, triunfos, fracasos, derrotas, etc., que el ser humano tiene a lo largo de su existencia sin considerar que esto no tiene nada que ver con la verdadera autoestima, sino que es parte del proceso de aprendizaje que conlleva a una formación humana. La verdadera autoestima es innata, innegable, incambiable, todos los seres humanos nacen con ella, no es algo que se va aprendiendo o adquiriendo; y que, sin embargo, si es algo que se va perdiendo debido a creencias irracionales y patrones de educación rígidos. La definición que utilizan McKay y Fanning (1991), es la siguiente:

"Es la capacidad de aceptación sin juicios ni valoraciones que el ser humano debe tener hacia su persona y hacia los demás, en donde la autoestima no depende de las conductas que emita el sujeto, sino de la habilidad que tenga para afrontar cualquier conflicto y resolverlo en diferentes áreas de su vida".

Según, McKay y Fanning (1991), existen dos tipos de problemas de autoestima: situacionales y caracterológicos. La baja autoestima situacional tiende a mostrarse sólo en áreas concretas, en situaciones específicas, es decir, no se tiene poca confianza en sí mismo en todas las cosas que se realizan. Una baja autoestima caracterológica inicia en la niñez al recibir regaños, castigos, burlas y cualquier otro mensaje negativo que distorsione ese concepto que se forma en la infancia. La sensación de "maldad" o de "anormal" es, en este caso más general y tiende a afectar a muchas áreas de la vida.

Como se puede ver hasta aquí, el término autoestima ha sido definido desde varias perspectivas y por diferentes autores, existiendo diferencias entre una definición y otra; sin embargo, en lo que todos están de acuerdo, es que es algo con lo que nacen todos los seres humanos, que necesitan para poder sobrevivir y que al ir creciendo se va

deteriorando debido al ambiente en el que se desarrollan.

A continuación se verá como ha sido estudiada la autoestima por diferentes corrientes psicológicas.

VIVIRÉ

Viviré este día como si fuese
el último de mi existencia.

Hoy acariciare a mis hijos
mientras son niños aún;
mañana se habrán ido, y yo también.

Hoy le prestaré ayuda
al amigo necesitado;
mañana ya no aclamara pidiendo ayuda,
ni tampoco yo podré oír su clamor.

Hoy me sacrificaré y consagraré al trabajo,
mañana no tendré nada que dar,
y no habrá nada que recibir.

VIVIRÉ este día como si fuese
el último de mi existencia.

Y si no lo es, DARÉ GRACIAS.

CAPITULO II

LOS DIFERENTES ENFOQUES QUE HAN ESTUDIADO A LA AUTOESTIMA

*Nuestra mente no puede establecer la diferencia
entre la experiencia real y una experiencia vivida
y repetidamente imaginada.*

CAPITULO II.- LOS DIFERENTES ENFOQUES QUE HAN ESTUDIADO A LA AUTOESTIMA

A lo largo de la historia diferentes enfoques han estudiado a la autoestima, viéndola desde puntos de vista muy particulares. En este capítulo se habla en términos generales de aquellos utilizados para estudiar dicho concepto, haciendo énfasis en el enfoque cognitivo-conductual, por ser el de mayor interés para este trabajo.

1. - ENFOQUE PSICOANALÍTICO

Es importante hablar de la autoestima desde el punto de vista del psicoanálisis. Porque es el enfoque que de alguna manera le da sustento, como en esta corriente psicológica la principal línea de estudio es la personalidad, y como no se puede negar que la autoestima es más que conductas y pensamientos, sino que esta inmersamente relacionada con el carácter, el temperamento e incluso por la condición genética de cada ser humano (Sánchez de Ita, 1996).

Como se dijo al principio del capítulo anterior, tras realizar investigaciones para encontrar el origen de todos los procesos psicológicos que componen a cada individuo, surge el concepto de *Self* o *sí mismo*, del cual se origina la autoestima, ya que éste se considera como la estructura intrapsíquica que lo compone como parte fundamental.

El *Self* ha sido estudiado desde épocas antiguas por pensadores, filósofos e investigadores, los cuales han llegado a la misma conclusión, consideran este constructo como una de las principales interpretaciones de la personalidad del individuo con una función importante en la integración de ésta, de la motivación del comportamiento y del desarrollo de la salud mental, ya que es el que determina al individuo quién es y qué tanto se acepta y/o se estima (De Oñate, 1989).

Esto comienza con un proceso de identificación a grandes rasgos, de cómo se va adquiriendo y cómo a partir de ésta, se origina lo que se llama autoestima.

Cuando el sujeto está en proceso de crecimiento no tiene identidad de sí mismo, ya que no identifica ni su propio cuerpo al verlo reflejado en un espejo, esto lo va haciendo paulatinamente conforme va teniendo conciencia de que tiene un cuerpo y puede tocarlo e identificar sus partes.

Cuando termina el proceso de identificación, la persona ya tiene conciencia de su ser como ente biológico y social que de ahora en adelante debe de adaptarse a un medio ambiente en el cual tiene que desarrollarse como persona, con los cuidados mínimos que le proporcionarán sus padres o las personas que le estén ayudando a crecer (Aisenson, 1969). A partir de que termina este proceso, se comienza a ser persona independiente y a buscar satisfacer sus necesidades por sí mismo o con la ayuda necesaria de las figuras paternas, sin proporcionárselas de manera fácil y es cuando tienen origen los conflictos emocionales, de pensamiento y de conducta.

Según, Chasseguett-Smirgel (1920), esto se debe a la pérdida del estado de idealidad al cual llamó "enfermedad de idealidad" que se origina cuando el organismo se ve afectado por el abandono de este estado, el cual produce un sentimiento de inferioridad, ya que el organismo busca un estado ideal de felicidad que ciertamente es inalcanzable.

"La Enfermedad de Idealidad", es una base motivacional muy importante, ya que el sujeto hará hasta lo imposible por recuperar o alcanzar un estado ideal favorable, logrando así muchas de las cosas que en un estado de conformidad no se lograrían; sin embargo, se busca una idealidad irreal produciendo inestabilidad emocional o probablemente se llegaría a la locura.

El *Self* está considerado como un fenómeno doble en el que intervienen el objeto (cuerpo) y el proceso (pensamiento). Para James (1890); citado en De Oñate (1989), el self es la suma de todo lo que el individuo considera como suyo. Menciona también que el self empírico o *Mí* está formado por 3 factores:

-El Self social o las opiniones que los demás tienen del sujeto. Aquí intervienen las

relaciones interpersonales con familiares, amigos, conocidos, etc., y todo aquello que represente el círculo social del individuo, la aceptación de los otros por él, el reconocimiento, los logros, etc., así como las opiniones tanto positivas como negativas que los demás expresen hacia éste.

-El Self material o cuerpo. Aquí se refiere básicamente a la imagen corporal, a la apariencia física del sujeto, que tan conforme esta con ella, además a las cualidades físicas, como fuerza, por otro lado también es la estructura fundamental de todo ser humano, ya que por medio de su cuerpo es como experimenta todas aquellas sensaciones que recibe del medio ambiente.

-El Self espiritual. Éste se conforma por las creencias, los valores, la religión, la ética y las normas morales que dicta la sociedad, así como de aquellas cosas que se requieren para satisfacer las necesidades intelectuales, acerca del origen de la humanidad y su papel en la vida.

En investigaciones recientes sobre autoestima, se ha definido como un concepto complejo de diversos componentes, entre ellos, como se ha venido mencionando, el más importante es el *Self* o Sí Mismo de donde se derivan varias combinaciones como son el *Self-Evaluation* (Autoevaluación), en donde se analizan todas las capacidades y lo que se ha hecho a lo largo de la vida; *Self-Perception* (Autopercepción), incluye solamente al cuerpo o imagen corporal; *Self-Realization* (Autorrealización), que se refiere a si se está contento con lo que se ha realizado hasta ahora y si los logros son satisfactorios; *Self-Concept* (Autoconcepto), que se refiere a lo que se piensa de sí mismo incluyendo cuerpo e intelecto, siendo este el que más se aproxima al concepto de autoestima considerado como sinónimo (Vinocur, 1995).

2. - ENFOQUE GESTALT

El enfoque gestalt fue desarrollado a lo largo de la historia como una necesidad de estudiar al ser humano en su "campo del espacio vital", es decir, conocer todo el medio ambiente en el que nace, se desarrolla y cumple con los diferentes procesos que le ayudan

a asimilar la información que recibe de ese medio.

Lewin (1959); citado por Fraisse; en Fraisse y Piaget (1972), menciona que existe "el campo del espacio vital, el que comprende al sujeto y a su entorno temporal y espacial", en donde se incluyen los procesos de percepción, memoria, aprendizaje, pensamiento y conducta, que están determinados por un conjunto estructurado en el cual además intervienen los aspectos físicos, sociales, conscientes o inconscientes, formando así un equilibrio en todas las acciones del individuo.

Este campo es dinámico, toda conducta busca restablecer la pérdida de un equilibrio entre el individuo y su medio, lo cual provoca tensión, ansiedad, angustia e inseguridad en quien padece la ruptura de ese equilibrio.

Como se puede observar el trabajo del enfoque gestalt consiste en integrar un "todo", refiriéndose a los procesos que el ser humano utiliza para recibir, procesar y transmitir información a todo lo que se encuentra inmerso en su medio ambiente que constituye parte de su "todo", y que además basa sus fundamentos en una psicología empirista y observable, es decir, se basa en experimentos comprobados y en una realidad objetiva (Lewin, 1959; citado por Fraisse; en Fraisse y Piaget, 1972).

Por lo tanto, se considera importante hablar de la autoestima desde esta aproximación.

Gestalt, es una palabra alemana que significa "la totalidad, la entidad formada por el orden particular de sus diversas partes" (Perls y Perls, 1947; citados en Lafarga y Gómez del Campo, 1990).

Desde este punto de vista, se dice que la autoestima depende en gran parte de todo lo que el individuo es o hace, basado en todo tipo de experiencias físicas, sociales, culturales, éticas, religiosas, científicas, personales, etc., de cómo el sujeto asimila la información que percibe y cómo la organiza tanto dentro como fuera de su "campo del espacio vital". Los pensamientos, sentimientos y todo tipo de procesos internos y externos

intervienen en la formación de la autoestima.

Este enfoque habla de dos diferentes aspectos que intervienen en la formación y mantenimiento de una autoestima saludable, que al no cumplirse se pierde el equilibrio y la autoestima se ve dañada, lo cual se debe a lo siguiente:

1) El darse cuenta de sí mismo, significa el conocerse, estar en equilibrio con lo que ocurre dentro de sí en cualquier momento. Dándose cuenta y reconocer sus tendencias saludables naturales. El poder distinguir mejor entre necesidades y deseos, entre lo que es bueno y lo que es malo, qué antiguos programas, actitudes y formas habituales de hacer las cosas ya no resultan apropiados, y qué nuevos aprendizajes tienen que ocurrir para mantener ese constante equilibrio.

2) Por otro lado, el ser responsable de sí mismo, significa reconocer que se tiene el derecho de elegir lo que se hace y también quién se es. Cuando los individuos toman la responsabilidad de sus vidas, incrementan sus posibilidades y aprenden a hacer elecciones que los ayuden a crecer y a vivir mejor, en vez de meterlos en conflictos que más tarde les son difíciles de resolver.

Cuando esto pasa se comienza a buscar culpables por las malas decisiones, conductas y/o pensamientos, se dice que no se ha tomado la responsabilidad de sus vidas, que existe un desequilibrio en su "totalidad", por lo tanto, su autoestima es probable que se encuentre deteriorada y para corregir ese desequilibrio tendrá que hacer uso de todos sus recursos, más que a manipular a otros para alcanzar o asegurar su bienestar (Castanedo, 1990).

Además de los factores internos, también existen los factores externos que constituyen la estructura social, como son el cuerpo y la habilidad para expresarse.

Para Kepner (1992), el cuerpo es una parte importante de percibir, ya que es un buen indicador de las emociones. Para la formación de la autoestima es importante la auto percepción del cuerpo, ya que si el sujeto se percibe delgado o atlético su autoestima

será más elevada que la de un sujeto que se percibe obeso.

Además de ser un buen indicador de las emociones también lo es de la autoestima, ya que indica qué tanta confianza se tiene hacia sí mismo. Si un sujeto es introvertido y con un concepto negativo de sí mismo, su cuerpo se mantendrá encorvado, con la cabeza inclinada hacia abajo, la mirada casi siempre dirigida hacia el suelo; al contrario de un sujeto que tiene un autoconcepto positivo, permanecerá con el cuerpo erguido, la cabeza recta y la mirada al frente.

Para otros autores, el cuerpo es importante, ya que es el receptor de las emociones y los placeres, los cuales algunas veces provocan sentimientos de culpa por considerar estos placeres como prohibidos (Bernard, 1985). Bernard, también considera que la autoestima se forma a partir de los ojos de los demás, es decir, como lo ven los otros es cómo el individuo se siente y piensa de sí mismo.

Por último, Lafarga y Gómez del Campo (1990), sugieren que una buena autoestima es necesaria para establecer un buen contacto consigo mismo y con los demás, es decir, mantener un lenguaje corporal apropiado (mirar al frente, hablar directamente, tocar, sentir, escuchar, moverse sintiendo el desplazamiento del cuerpo, oler, saborear en el sentido pleno de la palabra, expresarse con los demás en su medio ambiente, en una totalidad equilibrada).

3. - ENFOQUE COGNITIVO

Este enfoque es factor importante de esta investigación, debido a que se apoya en gran parte de sus fundamentos teóricos.

El enfoque cognitivo básicamente se refiere a los procesos internos que el ser humano utiliza para conocer su entorno y para expresarse por medio del lenguaje verbal.

La Psicología cognitiva, surge a raíz de la necesidad de explicar todos aquellos procesos internos que el conductismo no podía explicar con sus teorías de estímulo-

respuesta, además de la no conformidad de una psicología "superficial".

Para comprender una conducta, es indispensable no sólo tomar en cuenta la información proporcionada por el estímulo que la provoca, sino que es necesario comprender cual es el camino que toma esa información, es decir, como es asimilada por el pensamiento, la percepción, las emociones, la motivación, etc., además de cómo se almacena en la memoria y posteriormente se recupera, hasta llegar a convertirse en esa conducta que vendría siendo la respuesta a ese estímulo (Fraisse; en Fraisse y Piaget, 1972).

La autoestima es un fenómeno que se origina principalmente de los pensamientos que son influidos por factores externos, que son todos los estímulos que se perciben del medio ambiente.

Por lo tanto, para poder interpretar mejor la conducta de un sujeto se debe primero conocer cómo piensa y cómo estructura su marco de referencia, es decir, cómo organiza e interpreta toda la información que recibe del exterior.

Neisser (1979), llama a las estructuras del pensamiento esquemas. Los cuales se forman a partir de la experiencia del sujeto ante ciertas circunstancias y que sirven como selectores de la gran cantidad de información que se percibe, dando importancia sólo a lo que es necesario en determinado momento, además éstas se van actualizando conforme el sujeto lo va requiriendo, para así sólo procesar la información relevante. Por otro lado, Markus (1977), opina que cada sujeto es diferente porque tiene esquemas diferentes, es lo que hace que todas las ideas sean casi totalmente distintas a las de otros sujetos (citados en De Oñate, 1989).

McKay y Fanning (1991), afirman que se debe a una vozecilla interna que todas las personas poseen y que en ocasiones no son ellas mismas, sino qué, es tal vez algo que les dijeron sus padres, parientes y/o amigos o conocidos o que escucharon de ellos y lo hicieron suyo, por ejemplo, alguna acusación o castigo que se recibe de pequeño o algún comentario acusatorio que se escucha hacia otros, en la actualidad aún sigue afectando

y provoca el sentimiento de culpa por algo que se hace mal.

La educación, costumbres y experiencias pasadas son lo que determina el concepto de valía, ya que la autoestima se considera como un juicio de "valía personal" y una experiencia subjetiva con la que el individuo se comunica con los otros, por medio de relaciones verbales y de otros medios expresivos.

Algo que se origina a partir de esos juicios, son los pensamientos irracionales que se tienen debido al inmenso temor al rechazo, al fracaso, minusvalía que el sujeto experimenta a lo largo de su vida, además de las metas elevadas poco realistas, las cuales causan angustia y poca confianza en sí mismo al no conseguirlas en el plazo fijado. Cuando se tiene esta falta de autoconfianza, sentimientos de inferioridad y sensaciones de inadecuación, se constituye una actitud negativa hacia sí mismos y se produce una desadaptación al medio que rodea al sujeto, lo cual hace más probable que exista una autoestima deteriorada (Goldfried, 1981 y Rimm y Masters, 1993).

Camerón (1947); citado en De Oñate (1989), habla acerca de las autorreacciones verbales y de acciones, abiertas o cubiertas que se deben a patrones de comportamiento aprendidos que permanecen siempre en la conducta humana, como son ciertas reacciones a diferentes situaciones, se aprende a responder de tal o cual forma dependiendo de lo que se ha aprendido, ya sea como experiencia propia o por observación. Así mismo, opina que muchas frustraciones y conflictos radican en que ningún hombre, en circunstancias universales, funda cada una de sus autorreacciones dentro de un todo coherente, simple y libre de ambigüedades, sino que siempre está al tanto de lo que dicen los demás y cuando esto es negativo provocan una reducción en su autoestima.

La característica más notable de la autoestima es que no se ve afectada en todas las áreas de la vida, en todas las situaciones, no se sabe de cómo se es capaz de reaccionar en cada área de funcionamiento social. Así, el autoconcepto deficiente reduce la capacidad de planeación y de ejecución del comportamiento en su nivel más eficiente.

Mahoney y Freeman (1988), definen autoidentidad como las reglas para asimilar

la experiencia, y autoestima como el procedimiento de solución de un problema. A mayor autoestima, mayor capacidad para encontrar respuesta o solución a los conflictos que el ser humano vive diariamente.

4. - ENFOQUE CONDUCTUAL

Como este enfoque es parte fundamental de este estudio, se habla de la autoestima en términos de aprendizaje y conducta.

Debido a que los conductistas rechazan la existencia del Self o sí mismo, por considerarlo totalmente mentalista y su estudio no requiere de la utilización rigurosa del método científico, ya que no es una estructura que se pueda observar y medir, por lo tanto no se considera como parte unitaria de la función psicológica en el estudio de la personalidad, por lo que en este enfoque se mencionan otros procedimientos que utiliza el individuo para definirse a sí mismo.

El conductismo es una corriente de la psicología que analiza las conductas de los seres vivos, que son producto de estímulos externos e internos que provocan un aprendizaje y patrones de comportamiento que al ser condicionados, ya sea por castigo o reforzamiento, permanecen como parte fundamental en la vida del individuo.

Todas las conductas son el resultado de los patrones de crianza y educación que rigen a ciertas sociedades y que el individuo debe de desempeñar eficazmente para mantener un equilibrio dentro de su medio ambiente, ya que si cumple con las reglas, será reforzado y mantendrá seguridad y confianza en sí mismo, por el contrario, si éste viola alguna de esas reglas será castigado y disminuirá su confianza.

Es aquí donde intervienen los problemas con la autoestima, ya que dependerá del procedimiento que se utilice para la educación de ese individuo. Si la educación es rígida, en donde sólo se utilizan castigos para corregir alguna conducta indeseable, el sujeto crecerá con temores y vivirá con una inmensa inseguridad.

Por otro lado, si a alguien se le educa con sólo recompensas y con sobreprotección, no aprenderá a discriminar lo que es apropiado de lo que es inapropiado, por lo que al salir de "su lugar" en donde se siente seguro y confiado, se romperá su esquema y se sentirá desvalido, debido a que afuera de su entorno las cosas son totalmente distintas, afuera se encontrará con una serie de obstáculos y amenazas que al no estar preparado para afrontarlas se dañará considerablemente su autoestima.

El patrón más adecuado, es aquel que tiene buenas dosis de castigos y recompensas aplicados de forma equitativa y congruente, es decir, recompensar todas las conductas positivas y castigar aquellas que son negativas o ponen en riesgo la vida del sujeto.

Por otro lado, también influye el reconocimiento y los elogios que la persona reciba por sus logros o éxitos. Skinner (1991), menciona que si a alguien se le quita el mérito de hacer cualquier cosa importante o significativa, por ejemplo, como a una mujer el dar a luz o a un poeta escribir una obra, por considerarse que no fue suyo todo el trabajo, sino que la mujer sólo presto su cuerpo para alojar al feto, y el poeta recibió influencia de otros escritores, esto disminuirá su sentido de valía humana y por lo tanto, también disminuirá su autoestima.

Como se puede ver, el que la autoestima aumente o disminuya, depende en gran parte de cómo se desarrolle el sujeto en la sociedad en la que vive, por lo tanto, la teoría del aprendizaje social de Bandura (1968), es la que puede apoyar y sustentar el estudio de ésta.

Al pasar por la fase de crecimiento, todo individuo forma su repertorio de conductas que seguirá utilizando durante su vida, ya sea por aprendizaje por experiencia propia o por observación; aquí el condicionamiento vicario tiene gran influencia porque todos los humanos tienden a repetir conductas que observaron de modelos (Chance, 1984).

Bandura (1968); citado en De Oñate (1989), dice que la autoestima se puede medir mediante los patrones de autocastigo y autorrefuerzo que el individuo utilice para sí mismo.

A medida en que se refuerza, es la forma en que se puede observar la estima que se tiene a sí mismo. También esta autoestima puede estar influida por factores externos, como son, toda la gente que lo rodea desde sus padres, hermanos, amigos, conocidos, o personas completamente extrañas.

Cómo se percibe en cierto grupo de gente, lo que estos opinen de él y su manera de comportarse en sociedad, determinará su seguridad y confianza.

Otro elemento que facilita la observación de la autoestima, es el lenguaje corporal, el que se puede ver a simple vista e indica que tanta confianza manifiesta por medio de sus actitudes y conductas.

Se dice que una buena autoestima manifiesta un lenguaje corporal positivo, postura erguida, contacto visual directo a los ojos de otra persona, sin que éste sea molesto, un adecuado acercamiento, sensación de bienestar con el contacto físico, un saludo de mano firme que demuestre seguridad, gesticulación facial y movimiento de las manos con libertad, sonrisas frecuentes, componentes paralingüísticos adecuados (volumen, tono, entonación, timbre, velocidad, e inflexión de la voz) y algo muy importante, el contenido verbal congruente, es decir, coherencia entre lo que se dice y lo que se hace (Caballo, 1993).

Además de todo esto, Bandura (1968), añade una serie de procesos internos del individuo como son, la memoria y la motivación, aunque da más importancia a la conducta observable.

El enfoque conductista de sistemas coherentes de actitudes y autorreacciones supone que estas respuestas son aprendidas, en forma semejante a como se aprenden las respuestas a objetos externos y a eventos. Tal como los ve el sujeto es como repite las acciones y aprende de circunstancias externas. El lenguaje sirve para combinar e interrelacionar las clases de respuestas y eventos, y contribuye a la coherencia de estas actitudes (De Oñate, 1989).

5. - ENFOQUE COGNITIVO-CONDUCTUAL

Esta aproximación surge de la necesidad de entender el comportamiento humano a niveles más internos de lo solamente observable. Este enfoque combina intencionalmente conceptos de las corrientes cognitiva y conductual, lo que al utilizarlas en conjunto proporcionan un apoyo en aquellos aspectos que el enfoque conductual ortodoxo rechazaría de ante mano.

Es posible conjuntar estos dos enfoques psicológicos, en virtud de que la investigación básica en psicología ha aceptado la interacción entre los procesos conductuales y cognoscitivos.

El advenimiento de las teorías asociacionistas, que postulan necesaria la existencia de un aparato procesador de información para poder explicar la conducta tanto respondiente como operante (Rescorla, 1967; citado por Álvarez, 1992), y por otra parte, las evidencias experimentales de la interacción de los procesos cognitivos y conductuales con la fisiología, han logrado conjugar un marco teórico capaz de explicar sentimientos, emociones y otros constructos internos (Pope, McHale y Craighead, 1988).

Bandura (1968); citado en De Oñate (1989), utiliza conceptos que se refieren a procesos simbólicos y cognitivos en la descripción del proceso de aprendizaje e introduce una serie de procesos internos.

Puesto que el estudio de la autoestima es más complejo de lo que se ve y oye, se toma este enfoque como primordial para esta investigación, para lo cual la teoría del aprendizaje social de Bandura (1968), que ya fue explicada en el apartado anterior, y la de la indefensión aprendida de Seligman (1975), son las de mayor importancia en esta revisión. Enseguida se hace referencia de la teoría de la indefensión aprendida y de que manera interviene en la formación de la autoestima.

Seligman (1975); citado en Klein (1994), dice que el individuo aprende a sentirse desvalido, porque tiene la creencia de que no puede hacer nada para salir de ese estado,

que haga lo que haga de cualquier manera las cosas resultaran negativas. Además menciona que esto se debe a que tras intentar evitar o escapar varias veces de algún estímulo aversivo y no lograrlo en todos los intentos, deja simplemente de intentarlo y llega a una etapa pasiva en donde sólo se limita a seguir recibiendo ese estímulo. Por lo tanto esta creencia es determinante para que se produzca una autoestima baja o no se haga algo para mejorarla.

Las características que Seligman (1975), propuso para esta teoría, es que la exposición a acontecimientos incontrolables produce indefensión debido al desarrollo de una expectativa según la cual esos acontecimientos son independientes de la conducta. Una vez que las personas adquieren la creencia de que no pueden influir sobre la aparición de eventos aversivos sobreviene la indefensión. Por tanto los síntomas conductuales característicos de ésta se deben, a la expectativa de una falta de control sobre las situaciones externas.

Por otra parte, el estudio de la autoestima desde la aproximación cognitivo-conductual, trata de establecer la relación existente entre conducta-pensamiento-emociones-y la condición biológica del sujeto.

En cuanto a conductas se dice que la autoestima se refleja por medio de las habilidades sociales, el dar y recibir elogios, sonreír, mantener un lenguaje corporal coherente entre lo que dice y lo que hace. En el área cognitiva se incluyen los pensamientos que el sujeto tenga de sí mismo, su imaginación, sus fantasías y sus creencias. Con lo que respecta al área biológica, está determinada su autoestima en su imagen corporal o su aspecto físico, los niveles de tensión o relajación y el funcionamiento general del organismo y finalmente en lo emocional, se derivan sus sentimientos y la habilidad que tenga para manejarlos y controlarlos (Pope, et al., 1988).

La diferencia básica entre un individuo con autoestima saludable y otro con baja autoestima, es que el primero cuenta con habilidades que le ayuden a mantener contactos sociales adecuados y satisfactorios, esta acostumbrado a dar elogios y a recibirlos, cuando está inmerso en una conversación no genera demasiada angustia por temor a no poder

mantenerla y no saber como finalizarla, sino que mantiene el estrés en niveles adecuados. Cuenta con elementos asertivos que le ayuden a defender sus derechos personales, por lo que no permite que todos abusen de él, mantiene por lo general una actitud activa ante la sociedad. Su lenguaje corporal demuestra seguridad en sí mismo y en general mantiene un adecuado contacto con la gente (Caballo, 1993).

Además, sus pensamientos no son negativos, irracionales y no se preocupa la mayor parte del tiempo por cosas sin importancia, emite pocos juicios personales muy severos hacia sí mismo y mantiene un temor al rechazo y al fracaso que puede controlar en la mayoría de las situaciones, no tiene sentimientos de minusvalía (Rimm y Masters, 1993). El sujeto vive con deberes, valores y creencias sanos que le proporcionan una vida tranquila y no rígida por el temor de violar alguno y sentirse más mal de lo habitual. Se permite cometer los errores necesarios que le ayuden a aprender, realiza peticiones y rechaza aquellas que considera que le pueden acarrear problemas, lo que no pasa con las personas que tienen autoestima baja (McKay y Fanning, 1991).

Su salud física constantemente es buena, porque no permite altos niveles de tensión y ansiedad, visita al médico con regularidad y practica algún deporte que lo inmiscuya en actividades que lo acerquen a una vida social activa y procura no mantener estados de depresión por mucho tiempo, en donde se sienta la víctima y crea que no puede hacer nada con su vida.

VICTORIA PARA QUIENES PERSEVERAN

Iniciar una obra relativamente fácil,
basta con avivar un poco la llama del entusiasmo.

Perseverar en ella hasta el éxito,
es cosa diferente, eso ya es algo que requiere
continuado y persistente esfuerzo.

Comenzar está al alcance de los demás;
continuar distingue a los hombres de carácter.

Por eso la médula de todo lo grande de una obra,
desde el punto de vista de su realización práctica,
es la perseverancia, virtud que consiste en llevar
las cosas hasta el final, es preciso, pues ser perseverante,
formarse un carácter no del todo intrépido, sino perseverante,
paciente, inquebrantable. Sólo eso es carácter.

El verdadero carácter no reconoce más de un límite:
LA VICTORIA.

Y surge un valor, con serenidad y sin desilusión,
la más grande de las pruebas: LA DERROTA.

La lucha tonifica el espíritu, pero cuando falta el carácter,
la derrota lo define, lo desalienta.

Hemos nacido para luchar, la más grande de las
victorias, corresponden, a quienes luchan y a quienes: P E R S E V E R A N .

CAPITULO III

FACTORES Y CAUSAS QUE DETERMINAN A LA AUTOESTIMA Y EFECTOS QUE SE PRODUCEN

*Tu recompensa en la vida dependerá de la
calidad y el monto de tu contribución.*

CAPITULO III.- FACTORES Y CAUSAS QUE ORIGINAN LA AUTOESTIMA Y EFECTOS QUE SE PRODUCEN.

Al hablar de factores, causas y efectos que determinan a la autoestima, se ha encontrado que existe una estrecha relación entre unos y otros, en éste capítulo se hace referencia a los factores y las causas que intervienen en la formación de la autoestima y cuales son los efectos que se originan.

Los diferentes autores que han estudiado la autoestima, mencionan algunos efectos que son producidos por la baja y/o alta autoestima; por ejemplo, autores como los citados en el estudio realizado por (Lara-Cantú, Verduzco, Acevedo y Cortés, 1993); citan a autores como (Rosemberg, 1962 y Lundgren, 1978), que dicen, que la baja autoestima puede llevar a sentimientos de apatía, aislamiento, poca capacidad de amar y pasividad, mientras que la alta autoestima se relaciona con personas que se encuentran involucradas en vidas más activas, con sentimientos de control sobre las circunstancias, menos ansiosas y con mejores capacidades para tolerar el estrés interno o externo, son menos sensibles a las críticas, suelen tener mejor salud física, disfrutan de sus relaciones interpersonales y valoran su independencia.

La autoestima está estrechamente ligada al trato que recibe el niño en el núcleo familiar, dentro del cual, los factores determinantes que se han identificado son la aceptación del niño con sus cualidades y defectos, el respeto hacia sus intereses, la presencia de límites claros y consistentes en la familia y el apoyo hacia las decisiones del niño para que llegue a conseguir sus metas (Coopersmith, 1967; citado en Verduzco, Lara-Cantú, Acevedo y Cortés, 1994).

Estudios realizados, muestran que con frecuencia la baja autoestima en los niños está relacionada con fracasos escolares, delincuencia y drogadicción (Reasoner, 1982); con depresión (Beck, 1967); ansiedad (Rosemberg, 1962) y apatía, aislamiento y pasividad (Coopersmith, 1967). Los cuales son efectos que posteriormente se convierten en causas para que comience un ciclo interminable de problemas relacionados con la misma autoestima (Verduzco, et al., 1994).

Por otra parte, Nathaniel (1993), dice que las causas por las que se obstaculiza el crecimiento de la autoestima son las siguientes:

- Los padres o personas mayores transmiten al niño que es "insignificante".
- Lo castigan por expresar sentimientos "inaceptables".
- Lo ridiculizan o humillan.
- Transmiten que sus pensamientos o sentimientos no tienen valor o importancia.
- Intentan controlarlo mediante la vergüenza o la culpa.
- Lo sobre protegen y en consecuencia obstaculizan su normal aprendizaje y creciente confianza en sí mismo.
- Lo educan sin ninguna norma, sin una estructura de apoyo, o con normas contradictorias, confusas, indiscutibles y opresivas. En ambos casos inhiben su crecimiento normal.
- Niegan la percepción de su realidad e implícitamente lo alientan a dudar de sus percepciones.
- Tratan hechos evidentes como irreales, alterando así su sentido de racionalidad.
- Lo aterrorizan con violencia física o con amenazas, inculcando agudo temor como característica permanente.
- Le enseñan que es malvado, indigno o pecado por naturaleza.

Además de estos, existen muchísimos factores y causas que determinan la autoestima, así como los efectos producidos por ésta, aquí se habla sólo de algunos como son: grado de escolaridad, ocupación, edad, sexo, estado civil, imagen corporal, nivel socioeconómico, relaciones familiares e interpersonales; como causas existen, además de las ya mencionadas: la crítica, cometer errores, el concepto y los pensamientos irracionales que se tienen hacia sí mismo, los deberes, juicios personales, etc.; los efectos que se originan a partir de esto, es que en primer lugar las necesidades básicas no son satisfechas adecuadamente y esto da como consecuencia que se originen ciertos efectos que se consideran a continuación: conductas adictivas (alcoholismo, drogadicción y tabaquismo); conductas delictivas y principalmente una gran frustración que se convierte en un círculo, en el cual las personas se la pasan gran parte de su vida. Además de no contar con las habilidades sociales básicas para la mejor adaptación al medio que los

rodea, por lo que se convierte también en causa de las conductas disruptivas que se presentan en el sujeto, como son la delincuencia y el vandalismo (Valliant y Antonowicz, 1991).

1.- FACTORES QUE DETERMINAN A LA AUTOESTIMA

En estudios realizados donde se correlaciona la autoestima con algunas variables se ha encontrado que existen ciertos factores que se involucran positivamente con ésta y factores que se relacionan negativamente, a continuación se mencionan algunos y cómo afectan a la autoestima:

Motivación de Logro: El ser humano por naturaleza se plantea metas para conseguir sus objetivos a corto, mediano y largo plazo y una de sus principales metas ha sido tener un grado de escolaridad que le dé estatus y le haga sentir bien, además de las satisfacciones que éste le produzcan, por lo tanto, dentro de este rubro se incluyen el grado de escolaridad pues se ha encontrado que entre mayor sea, se produce un incremento en la autoestima. Además un aspecto que se relaciona directamente con la capacidad de logro y el grado escolar, es el rendimiento académico, pues sin éste no se podría alcanzar el grado deseado y por lo tanto se relaciona positivamente con la autoestima (La Rosa, 1986; Verduzco y cols., 1993).

Las personas con alta autoestima buscan y alcanzan más logros que los individuos con baja autoestima.

Ocupación: La ocupación tiene un papel muy importante para la autoestima, ya que los profesionales registran mayor autoestima que los obreros, campesinos, empleados, comerciantes y aún que los estudiantes, esto probablemente se deba al estatus obtenido entre una profesión y otra, ya que los profesionistas se desenvuelven en ambientes de un nivel socioeconómico y cultural más alto que los obreros y comerciantes (La Rosa, 1986).

Edad: Se ha encontrado que las personas que tienen entre 17 a 50 años de edad

poseen mayor autoestima que las que tienen 51 años o más, esto es también que las personas entre menos edad tengan mayor va a ser su autoestima. La razón para considerar esta edad como el rango de una buena autoestima, es que a partir de los 17 años, ya han sido superados muchos de los conflictos de la pubertad y de la adolescencia, el sujeto ya se está preparando para entrar a una vida adulta, que si ciertamente no es la etapa "perfecta" del ser humano, es en donde se tiene una vida más productiva, con mayores logros, se es independiente y se dice que se ha llegado a la plena madurez; después de esta etapa, el sujeto comienza a entrar en la etapa de decadencia, se acerca más a la senectud y esto puede provocar una inmensa inseguridad, temor y la autoestima baja por sentir que comienza a perder muchas de sus capacidades físicas e intelectuales, lo cual causa una gran infelicidad.

Esto no es del todo determinante, puesto que los sujetos con actitud y pensamientos positivos pueden considerar la etapa de los 51 años en adelante como la fase adecuada para disfrutar de los logros obtenidos durante su vida y hacen buen uso de su experiencia (Pérez y Pérez, 1992).

El considerar la edad como factor que interviene en la autoestima, es que ésta se considera innata, por lo tanto, un recién nacido no experimenta sensaciones de inseguridad y poca confianza en sí mismo, esto durará en los primeros años de su vida, hasta alrededor de los 6 años, que es cuando la mayoría de los niños experimentan la separación de la madre y comienza la etapa de socialización que es cuando entran a la escuela primaria, comienzan a interactuar con otros niños y a experimentar los conflictos en un ambiente desconocido y por lo tanto, amenazante (Coopersmith, 1967; citado en Verduzco, et al., 1993).

Sexo: En cuanto al sexo, se dice que los hombres tienen mayor autoestima que las mujeres, debido a toda la carga cultural que el ser humano trae consigo desde que nace.

Ya que los hombres siempre se han considerado como el "sexo fuerte", mayor fuerza física, mejor manera de manejar las emociones y los sentimientos, mayor capacidad intelectual, aunque esto no sea del todo verdadero; porque las mujeres gracias a esa

libertad que se otorgan para expresar sus emociones, se liberan de los conflictos y resuelven los problemas con mayor facilidad, por otro lado se considera a la imagen corporal de la mujer más atractiva que la del hombre y en cuanto al nivel intelectual, en la actualidad se ha comprobado que las mujeres tienen la misma capacidad que los hombres, destacando que la mujer es más intuitiva, por lo tanto se sugiere que ambos disfrutan de una autoestima sana (Verduzco, et al., 1993).

Estado civil: En relación con el estado civil, se ha encontrado que las personas divorciadas o viudas tienen más baja autoestima que las personas que son casadas.

Esto es debido a la carga cultural, ética y moral que rige a la sociedad, puesto que cualquier hombre o mujer que se divorcie será criticado severamente, lo cual disminuirá la confianza que tiene en sí mismo, ya que además lo invade la sensación de rechazo o fracaso ante la situación de divorcio.

Finalmente las personas casadas tienen mejor autoestima porque sienten que tienen un hogar, un compañero (a) con quien compartir su vida y una familia estable, que cumple con los lineamientos morales básicos de una sociedad y que por esta causa tiene derecho a sentirse bien (Lara-Cantú, et al., 1989 y González y Muñoz, 1992).

Relaciones Familiares e Interpersonales: Las relaciones familiares son de gran importancia para el sujeto y estas determinan en gran medida la formación de una autoestima sana.

Cuando un sujeto no tiene buenas relaciones con la gente que lo rodea es muy probable que tenga una autoestima baja debido a su poca capacidad de adaptación al medio y por su falta de habilidades sociales, además de la confianza y seguridad que proporciona el círculo familiar, ya que es en donde comenzará a desarrollar sus habilidades para enfrentarse al mundo exterior (Caballo, 1993 y González y Muñoz, 1992).

Imagen Corporal: La imagen corporal juega un papel muy importante para la formación de la autoestima, ya que es como se muestra la gente ante la sociedad, si ésta

no es la ideal, la persona se siente mal y siente que es menos que otras (Kepner, 1992; Bernard, 1976 y Sánchez de Ita, 1996).

Cabe mencionar, que la imagen corporal se ve afectada en ocasiones por situaciones que la deterioran y que en algunos casos es casi imposible mejorarla, por ejemplo, cuando la persona sufre un accidente en la que se tiene que amputar un miembro, o en el caso de los pacientes que se someten a un tipo de trasplante, en el que su cuerpo sufre cambios a causa de la adaptación del nuevo órgano, o en operaciones mayores en donde la cicatriz es difícil de ocultar o en el caso de pacientes con algún trastorno, como por ejemplo, problemas de la piel como acné, paño, albinismo, etc.; existen otros trastornos más severos que afectan al cuerpo como la bulimia o anorexia nerviosa, incontinencia fecal, enuresis o trastornos psicológicos en los que el paciente se sienta inseguro y con poco valor (Papworth, 1989; Leitenberg, Rosen, Wolf, Vara, Cado, Sulberg y Srebnik, 1990; Zohar y Neumann, 1991; Jones, Peveler, Hope, Fairburn, 1993 y Sánchez de Ita, 1996).

Nivel Socioeconómico: El nivel socioeconómico de una persona determinará en gran medida su autoestima, sin embargo, se ha encontrado que este factor es relativo porque la persona se siente bien, siempre y cuando proporcione lo necesario para satisfacer las necesidades básicas propias o de quién o quienes lo rodean.

Existe una relación muy estrecha con el estatus social, lo cual interviene de una manera igualmente relativa, ya que se ha encontrado que un estatus social más elevado proporciona una mejor autoestima, puesto que un profesionista tiene más oportunidades de sentirse mejor que un obrero o un empleado; sin embargo, esto no determina que el profesionista no tenga problemas con su autoestima por no lograr lo que esperaba o lo que otros ya lograron, y un empleado u obrero podría tener una autoestima favorable al pensar que tiene un empleo y que lleva de comer a su familia (McKay y Fanning, 1991).

Otros Factores: La Rosa (1986), menciona al locus de control como factor para que se dé origen a la autoestima, ya que es fundamental para la aparición de determinadas conductas. El locus de control se divide en dos: locus de control interno y locus de control externo, la manera en cómo se relacionan con la formación de la autoestima depende de

cual locus rija a la persona es como se ha de comportar y cual será su autoconcepto.

El locus de control Interno en este caso son (las opiniones que el individuo tiene de sí mismo), y el locus de control externo, son (las opiniones que los demás tienen de él). Una persona que está regida por el locus de control interno tiene mejor autoestima que la que está regida por el control externo (Morrison y Morrison, 1979; citados en La Rosa, 1986).

Un factor que también interviene en la formación de la autoestima, es la cultura, ya que determina la personalidad de cada sujeto y es ahí de donde provienen los patrones de crianza y de educación (La Rosa, 1986).

2.- CAUSAS QUE DETERMINAN A LA AUTOESTIMA

Las causas son consideradas como eventos que se presentan debido a la educación, cultura y en algunos casos religión, por ejemplo, cuando el sujeto aún es niño sus padres le hacen saber qué es lo que está bien y qué es lo que está mal y le inculcan juicios de valía, de lo cual va aprendiendo para comportarse "correctamente" ante la sociedad en la que vive. Parece que la autoestima proviene de esa educación que recibe y de las circunstancias de la vida, y éstas circunstancias están decisivamente influidas por la propia autoestima.

McKay y Fanning (1991), dicen que: "si las circunstancias externas determinan la autoestima, entonces todo lo que se tiene que hacer para mejorar ésta es mejorar sus circunstancias. Por decir, que alguien tiene baja autoestima porque no terminó el bachillerato, entonces todo lo que tiene que hacer es terminarlo así de sencillo, pero se sabe que si no se hizo antes nunca se hará. La única esperanza es que las cosas sean al revés: que la autoestima determine las circunstancias. Esto significa que si mejora su autoestima, mejorarán las circunstancias. Por lo tanto, no tiene porque odiarse a sí mismo y el hecho de no hacer o tener tal o cual cosa no perjudicará a la autoestima.

Hay otra causa que determina a la autoestima todo el tiempo: las ideas. Por

ejemplo, si al mirarse a un espejo el sujeto piensa: "Que horrible estoy", este pensamiento lastimará su autoestima.

Si al mirarse al espejo, piensa: "Bien, muy bien, no me quedo mal el pelo así!", el efecto sobre la autoestima sería el opuesto. La imagen del espejo sigue siendo la misma. Sólo han cambiado los pensamientos. No se cambian las circunstancias, sólo la forma de interpretarlas" (McKay y Fanning, 1991).

3.- EFECTOS QUE SE PRODUCEN DEBIDO A LA AUTOESTIMA

Los efectos que se producen teniendo una autoestima sana, son: que las personas logran sus metas con más facilidad, tienen más logros tanto académicos, como personales y profesionales, tienen vidas sociales más activas y disfrutan de ella, tienen un número de amistades mayor que las personas con autoestima baja, no son tan severos consigo mismos, tienen mayor tolerancia a la frustración, son más invulnerables a las críticas externas, gozan de mejor salud física, hacen lo que les gusta y sino es así, le encuentran el sentido positivo a lo que hacen, se relacionan con gente positiva, no les es difícil hacer nuevas amistades, se desenvuelven con soltura y seguridad en cualquier ámbito social y expresan opiniones y puntos de vista de manera frecuente y eficiente, son más independientes, asertivos y vigorosos (Coopersmith, 1967; citado en Reidl, 1981 y Caballo, 1993).

Por otro lado, los efectos que se podrían catalogar al tener baja autoestima, serían que se entraría en estados depresivos, se recurriría al alcohol, a las drogas o a algún otro estupefaciente para disminuir la ansiedad que esto produce, causa timidez, poca expresividad ante la gente, miedo, poca habilidad para resolver conflictos y problemas, conformismo, desconfianza en sí mismo y en los demás, etc., lo cual también se considera como factor para la baja autoestima (Janis, 1954 y Misra, 1970; citados en Reidl, 1981 y Caballo, 1993).

Por lo que se puede observar, las causas serían las mismas que los efectos en ambos aspectos, por lo que se debe de recurrir a una estrategia que elimine los negativos

y mantenga a los positivos, para poder vivir más felices. Es decir, encontrar un punto de partida para solucionar el problema de raíz.

EDUCACIÓN:

Hijos, atiendan los consejos de su padre;
pongan atención, para que adquieran buen juicio.
Yo les he dado una buena instrucción,
así que no descuiden mis enseñanzas.

Pues yo también he sido hijo:
mi madre me amaba con ternura,
y mi padre me instruía de esta manera:
"Grabate en la mente mis palabras;
haz lo que te ordeno y vivirás.

Adquiere sabiduría y buen juicio;
no echas mis palabras al olvido.
Ama a la sabiduría, no la abandones
y ella te dará su protección.

Antes de cualquier otra cosa,
adquiere sabiduría y buen juicio.
Amala, y te enaltecerá; abrazala, y te honrará;
ite obsequiará con la más bella guirnalda,
y te coronará con ella!"

Atiende a mis palabras, hijo mío,
hazlas tuyas y aumentarán los años de tu vida.
Yo te llevaré por el camino de la sabiduría:
te haré andar por el buen camino,
en el que no habrá estorbos a tu paso,
en el que no tropezarás aún cuando corras.

Aférrate a la instrucción y no la descuides;
ponla en práctica, pues es vida para ti.
Atiende a mis palabras, hijo mío;
prestales atención.

Jamás las pierdas de vista,
¡grabatelas en la mente!
Ellas dan vida y salud
a todo el que las halla.

Cuida tu mente más que nada en el mundo,
porque ella es fuente de vida.
Evita decir cosas falsas;
apartate de la mentira.

Mira siempre adelante,
mira siempre de frente.
Fíjate bien en donde pones los pies,
y siempre pisarás terreno firme.

Libro de Proverbios (4. 1-27).

CAPITULO IV

MÉTODOS PARA EVALUAR A LA AUTOESTIMA

Un amplio vocabulario- que implica grandes conocimientos generales- caracteriza a las personas de más éxito, sin importar sus ocupaciones.

CAPITULO IV.- MÉTODOS PARA EVALUAR LA AUTOESTIMA

Desde el punto de vista conductual el self debe tener una medición, ya que según otros enfoques como el psicoanalítico y el gestalt, es la parte fundamental del autoconcepto, el cual se define como: los tipos de apreciaciones verbales que una persona hace respecto a sí misma". Por lo tanto, la calificación debe surgir de la apreciación misma del sujeto para lo que se han creado diferentes instrumentos y técnicas para medirla.

El autoconcepto ha sido medido de diferentes maneras, se han utilizado diversas formas para evaluarlo desde diferentes enfoques y puntos de vista, se ha subdividido en tres categorías para su evaluación:

Autoconcepto inconsciente: se mide a través de técnicas proyectivas.

Autoconcepto consciente: este tipo de evaluación deriva del supuesto que el propio sujeto es quién mejor conoce el concepto que tiene de sí mismo y la forma más adecuada de medirlo es preguntándole a él. Dentro de esta categoría existen distintas técnicas para cuantificar el autoconcepto.

a) **Discrepancias o congruencia real/ideal,** que se obtiene un índice mediante la comparación entre lo que el sujeto afirma ser y lo que afirma querer ser, basado en la idea de que ese grado de adecuación corresponde al grado de autoestima.

b) **Índices de autoaceptación:** consiste en la información directa por parte del sujeto de lo satisfecho que se siente al ser como es.

c) **Autodescripciones o cuestionarios,** que parten de entender el autoconcepto como una actitud hacia sí mismo. Dentro de estos cuestionarios existen dos tipos: los de respuestas abiertas y los de respuestas cerradas.

Autoconcepto inferido a través de la conducta: se utilizan test combinados con autoinformes y observaciones directas del sujeto a evaluar (García y Quintero, 1995).

Por lo tanto, aquí se hace mención de las técnicas y los instrumentos más conocidos y utilizados en el campo de la psicología, así como sus índices de validez y confiabilidad en población mexicana.

1.- PRUEBAS GRAFOPROYECTIVAS

Desde tiempos muy remotos el hombre ha buscado la manera de expresar sus ideas, sentimientos, situaciones y el contexto donde está inmerso, aún antes de que hubiera un desarrollo claro del lenguaje. El ser humano tiende a expresarse, mucho antes de la escritura a través del dibujo. Las técnicas Grafoproyectivas se basan en esta capacidad del sujeto a expresarse con lo gráfico. En especial, en la psicología surgieron con la preocupación de explorar motivaciones externas que no pueden expresarse a través de palabras.

Las pruebas Grafoproyectivas como el Machover, el HTP, la Familia, son fáciles de aplicar, ya que solamente se le pide al sujeto que realice los dibujos que se indiquen, en hojas blancas tamaño carta con un lápiz del N° 2, los dibujos que se requiere que el sujeto realice son los siguientes: El Machover, el HTP, el dibujo de la familia y en hojas separadas el árbol, la casa y el animal, se evalúa el contenido y la estructura de dichos dibujos: en la estructura de la figura se analiza lo siguiente: 1.-La posición de la hoja, 2.- Colocación de la figura en la hoja, 3.-Tamaño de la figura, 4.-Secuencia del dibujo, 5.- Proporción y simetría, 6.-Calidad de línea: a) calidad del trazo, b) presión del trazo; 7.- Figuras en movimiento, 8.-Perspectiva y/o varias dimensiones, 9.-Sombreado, 10.- Borraduras, 11.-Elaboraciones, 12.-Omisiones, 13.-Transparencias, y 14.-Distorsión de la Gestalt.

En la parte de contenido: Se analiza cada uno de los dibujos: 1.-Árbol: raíces, tronco, ramas, copa, frutas y/o flores. 2.-Casa: piso, paredes, ventanas, puerta, techo, chimenea. 3.- Figura Humana: figura 1 V.S. figura 2, Cabeza y rasgos faciales, tronco, brazos, manos, y dedos, piernas y pies, vestimenta. 4.- Animal: tipo de animal, cabeza y hocico, cuerpo, extremidades (patas, uñas y garras), cola, asociaciones con relación al animal.

El tamaño de la figura se relaciona directamente con el autoconcepto, es decir, con la valoración que el sujeto hace de sí mismo: menos del tercio de una hoja se consideran figuras pequeñas.

Cuando las figuras son pequeñas generalmente se asocian a conceptos pobres de sí mismos, a minusvalía, a timidez, inhibición y retraimiento. Son personas poco afectivas, inseguras y con personalidad depresiva.

Por otra parte, las figuras expansivas que rebasan los límites del margen indican lo contrario: una sobre valoración, mayor seguridad, mayor impulsividad y llega a asociarse con cuadros como: manías, psicopatías e incluso histeria.

La figura equilibrada respeta el margen de 3 cm., debe ser una figura completa lo que indique una adecuada autoestima, seguridad y asertividad (Bellak, 1979).

La autoimagen del sujeto se puede ver en una forma más amplia en el dibujo de la figura humana, ya que es la proyección de su propia imagen. El sujeto puede verse a sí mismo como débil y femenino, dibujar la cabeza separada del cuerpo con un cuello muy largo que puede indicar temor a no controlar sus impulsos instintivos, la figura puede ser muy pequeña o demasiado grande; la calidad de la línea puede variar entre fina, ondulada o débil o en caso contrario firme, fuerte y afirmativa. El contenido es significativo en este caso, por ejemplo si la figura está vestida o desnuda, si hay indicación de órganos sexuales y otros rasgos que indiquen la autoestima del sujeto (Bellak, 1979).

2.- TÉCNICAS PROYECTIVAS

Las técnicas proyectivas que se utilizan para evaluar la personalidad y que otorgan datos sobre la autoestima del sujeto son el T.A.T., el C.A.T., y el S.A.T., que constan de láminas con las que la persona debe de construir historias dependiendo la lámina que se le presente. Estas técnicas son importantes para el trabajo clínico, ya que sirven para estudiar las diferentes formas en cómo ve el paciente su medio ambiente y

cómo lo relaciona con su propio estilo de vida. La técnica de apercepción temática es utilizada desde niños hasta personas de avanzada edad por medio de las pruebas C.A.T., para niños, T.A.T., para adultos y S.A.T., para ancianos.

Las técnicas proyectivas consideran 5 categorías de estudio, las que son: 1) el contenido, 2) los datos expresivos, 3) la formación de la gestalt, 4) la imagen corporal, y 5) un estudio de preferencias.

Para fines de este estudio, solamente se habla de la imagen corporal, qué láminas la diagnostican y cómo se evalúa.

Las láminas que se relacionan con la imagen corporal son: 3BM, cuando el sujeto ve al héroe lisiado, o al violín roto en la lámina 1 o en la lámina 17BM se identifica con un atleta.

Este tipo de técnicas evalúan la imagen corporal del sujeto, el término de imagen corporal fue introducido por Schilder (1925), quien afirmó: "que, es la representación mental de su propio cuerpo, como lo percibe, si le agrada y se siente bien con él", a partir de esto es como refleja la confianza en sí mismo (Bellak, 1979).

Las imágenes que se utilizan para este propósito son: en la lámina 1, el violín que los sujetos con bajo concepto de sí mismos lo ven como roto o muerto, la imagen del niño también se utiliza para éste fin, cuando un sujeto describe al niño lisiado; sin embargo, la mayoría se identifican con el violín. También las láminas 3VH y 17VH representan la imagen corporal, el concepto de sí mismo y el papel social (Bellak, 1979).

Otra técnica proyectiva aparte de las descritas anteriormente, es el Rocharch, en la lámina 1, en donde la mayoría de las personas ven el cuerpo de una mujer y alguna puede identificarse con esa figura viendose así misma como una muñeca vestida (Bellak, 1979).

3.- PRUEBAS DE PERSONALIDAD

Una de las pruebas de personalidad más utilizada en el ámbito de la psicología clínica, es el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnessotta (MMPI), que fue creado por el (Dr. Hathaway en 1960). Mide múltiples aspectos de la personalidad de un individuo por medio de 10 escalas de un aspecto en específico, además cuenta con escalas de confiabilidad y escalas adicionales. Este instrumento se ha convertido en una fuente importante de información en la investigación y las escalas constituyen una herramienta básica para los estudiosos del área de la salud mental.

Estas escalas son las siguientes: Escalas de confiabilidad: escala de frases omitidas, escala I, F y K, que miden la defensividad del sujeto. Escalas médicas: escala 1 hipocondriasis (HS), escala 2 depresión (D), escala 3 histeria (Hi), escala 4 desviación psicopática (Dp), escala 5 masculino-femenino (Mf), escala 6 paranoide (Pa), escala 7 psicastenia (Pt), escala 8 esquizofrenia (Es), escala 9 manía (Ma), escala 0 introversión social (Is); y 17 escalas adicionales. La validez o normalización de este instrumento se ha hecho en cada país, de acuerdo con sus propios parámetros.

El propósito con el que fue creado dicho instrumento, era proporcionar al clínico una herramienta que ofreciera un diagnóstico práctico, confiable y objetivo de la personalidad de los pacientes, el cual permitiera decidir categorías y grados de las enfermedades mentales, para que esto ayudara un poco en el trabajo de la entrevista, es decir, corroborar los datos de la entrevista con un instrumento que fuera rápido y fácil de aplicar, calificar e interpretar, para así sustituir algunas entrevistas que se le hacían al paciente y que ocupaban más tiempo tanto en adiestramiento como en aplicación.

Las escalas que están relacionadas con la autoestima son: la escala 2 y la 7. La escala 2 se refiere al área de Depresión, que mide el estado anímico del sujeto. La cual se diseñó como una medida del "grado de depresión", cuadro psicológico que expresa baja moral, sentimientos de desesperanza y tristeza.

Las puntuaciones altas en esta escala describen a los sujetos como personas

indecisas, pesimistas, con poca confianza en sí mismas, serias, modestas, individualistas y otros aspectos de la personalidad que demuestren apatía, temperamento nervioso, timidez, baja autoestima, etc. Por otra parte, las puntuaciones bajas en esta escala demuestran que la persona tiene una adecuada confianza en sí misma, es optimista, entusiasta, con energía, estabilidad, buen sentido del humor, inquietud, impulsividad, comunicación y espontaneidad.

Las frases para esta escala se escogieron contrastando pacientes maniaco-depresivos con una población normal. Las cuales incluyen falta de interés en las cosas, apatía, negación de la autoestima, del poder personal y la felicidad para trabajar.

Para obtener un mejor diagnóstico es importante revisar las posibles combinaciones del perfil. La escala que también se relaciona con la autoestima es la escala 7 la cual mide Psicasteria. Esta escala parece reflejar la estructura de la personalidad básica de los pacientes psiquiátricos, las características que se encuentran son: ansiedad y fobias, poca confianza en sí mismas, baja autoestima, excesiva sensibilidad, temperamentales e ineficiencia general.

Comúnmente las escalas 2 y 7 se consideran de "sufrimiento" y con mucha frecuencia se presentan ambas con valores altos. La mayor parte de los pacientes psiquiátricos que presentan elevada la escala 7 expresan dificultades en su vida. Otras escalas que combinadas con la 2 y la 7 también demuestran baja autoestima son la escala 6 Paranoia y la escala 8 Esquizofrenia (Núñez, 1979).

Es importante mencionar que los puntajes elevados en estas escalas sólo se presentan en pacientes psiquiátricos y rara vez en personas normales, sin conflictos psíquicos.

Además de los instrumentos mencionados aquí, existen otros que son utilizados para medir autoestima.

4.- TEST PSICOMÉTRICOS

Uno de los instrumentos psicométricos que se utilizan para medir la autoestima, es la versión en español del **Inventario de Autoestima de Coopersmith**.

Coopersmith, como se dijo antes, es un autor que se ha dedicado a investigar la autoestima en niños, para la cual realizó un primer instrumento en el que se medía la autoestima en niños de 8 a 15 años de edad. Dicho instrumento fue revisado para determinar su validez por primera vez en el Instituto Mexicano de Salud Mental, por (Verduzco, Lara-Cantú, Lancelotta y Rubio en 1989), el que demostró su eficacia para la aplicación en población mexicana infantil; sin embargo, se encontraron algunos problemas de entendimiento en algunos reactivos. Estos se modificaron para su mejor comprensión y de esta manera hacer el instrumento más confiable para poderlo aplicar con mayor facilidad.

Este instrumento mide cuatro áreas: la autoestima general y respecto al propio individuo o self general, al área social, al hogar y a la escuela. Está integrado por 58 ítems, 50 de los cuales se refieren específicamente a la autoestima y 8 miden defensividad o la tendencia a dar una buena imagen. Los puntajes de los 50 ítems se multiplican por dos para dar una puntuación global sobre 100, y para cada una de las áreas se obtienen puntajes de acuerdo al número de preguntas en ellas que igualmente se multiplican por dos y que dan los siguientes puntajes máximos: 52 con respecto al propio individuo (self general) y 16 en las otras áreas (Verduzco, et al., 1989).

Más tarde, se realizó otro estudio en el cual se llegó a las siguientes conclusiones, el instrumento es válido y confiable para aplicarlo en población mexicana infantil, ya que en los resultados encontrados se mostró un coeficiente de confiabilidad muy aceptable de 0.77, obtenido por medio del coeficiente Alpha de Cronbach, en cuanto a los estadígrafos que arrojó la muestra se observa que se obtuvo una puntuación media de 70.28, con una Desviación Estándar de 11.2, con un rango de 14 a 94 puntos, con una kurtosis de 1.4 y simetría de -.834. Las frecuencias de respuesta por ítem mostraron valores superiores al 37% con excepción de los reactivos 32, 17, 35. Estos datos

sugieren que estos reactivos pueden estar funcionando de manera opuesta en México, sin embargo, se encontró que casi todos los reactivos presentaron un alto poder de discriminación (Verduzco, et al., 1994).

El hablar de alta o baja autoestima se ha convertido en parte importante del vocabulario de las personas así como de los trabajadores en el campo de la salud mental. Debido a la gran influencia que la autoestima puede tener en la vida de los sujetos, se han desarrollado diferentes instrumentos con el fin de evaluarla. Como se mencionó Coopersmith comienza en 1959 un estudio sobre la autoestima, y en 1967 publicó una escala de medición de autoestima para niños de 5º y 6º grados, que es ampliamente utilizada. Coopersmith utilizó esta prueba de 58 reactivos como base para el desarrollo de la versión para adultos (Coopersmith, 1967; citado en Lara-Cantú, et al., 1993).

El Inventario de Autoestima de Coopersmith versión para Adultos (IAC), ha demostrado ser válido y confiable para la aplicación en la población mexicana adulta de 16 años en adelante, el cual consta de 25 afirmaciones con respuestas dicotómicas, fue traducido al español con base en la traducción del mismo inventario en su versión para niños, en el cual se usó el procedimiento de traducción doble (*back translation*). Los resultados que se obtuvieron en cuanto validez y confiabilidad son los siguientes: La media del inventario fue de 17.55, con una Desviación Estándar de 4.6; con un rango de 2 a 25 puntos, una kurtosis de 0.171 y simetría de -0.76.

La validez de constructo del instrumento se evaluó estimando el poder de discriminación de los reactivos de las calificaciones altas y bajas por medio de pruebas t. Los resultados mostraron que todos los reactivos discriminaron significativamente ($p=0.05$).

La validez del instrumento se evaluó por medio de correlaciones (de Pearson) con el Cuestionario de Personalidad de Eysenck, cuyos datos sobre validez y confiabilidad

para población mexicana, se reportan en (Eysenck y Lara-Cantú, 1989)¹; el cuestionario consta de 4 escalas: Neuroticismo, Psicoticismo, Extraversión y Deseabilidad Social y consiste en preguntas con respuestas dicotómicas.

Basándose en los resultados de estas correlaciones (correlación muy alta negativa entre la Autoestima y Neuroticismo ($r= 0.71$, $p= 0.00$); positiva entre Autoestima y Extraversión ($r= 0.42$, $p= 0.001$); positiva con Deseabilidad Social ($r= 0.39$, $p= 0.001$), demuestran que el instrumento es confiable para medir autoestima.

La confiabilidad evaluada con el Coeficiente Alpha de Cronbach mostró un valor de 0.81(Lara-Cantú, et al., 1993).

En 1986, La Rosa creó un instrumento para medir autoconcepto, "**La Escala de Autoconcepto de La Rosa**", la cual está compuesta de 4 dimensiones fundamentales: social, emocional, ocupacional y ética, dos de las cuales se dividen en factores, por ejemplo, la dimensión social está representada en tres factores: sociabilidad afiliativa, sociedad expresiva y accesibilidad; la dimensión emocional se divide en estados de ánimo, sentimientos individuales y salud emocional; por otra parte, las dimensiones ocupacional y ética no cuentan con subescalas.

La escala se basa en el locus de control, ya que el autor considera importante tomar en cuenta como se rige la persona, si por lo que piensan los demás (locus de control externo), o por lo que piensa él mismo (locus de control interno). Para desarrollar este instrumento fue creada una escala para medir el locus de control, la cual se aplicó en uno de los 6 estudios pilotos que se realizaron para la construcción de esta prueba.

Los 6 estudios pilotos se realizaron con estudiantes de diferentes carreras universitarias, lo cual fue de la siguiente manera: en el 1º se construyó y aplicó una escala multidimensional de locus de control; en el 2º se identificaron las dimensiones

¹ Eysenk, S. A. y Lara-Cantú, M. A. (1989), Un Estudio Transcultural de la Personalidad en Adultos Mexicanos e Ingleses. *Salud Mental*. 12 (3). 14-20.

importantes del autoconcepto; en el 3º se buscaron los adjetivos adecuados para describir y evaluar al individuo en las dimensiones propuestas; en el 4º se buscaron los adjetivos antónimos e identificación de las valencias de los adjetivos ambiguos; en el 5º se aplicó una estrategia alternativa para encontrar los adjetivos antónimos, o sea, utilización de las correlaciones negativas de los adjetivos en una situación de autoevaluación; y por último en el 6º grupo se aplicó el cuestionario para medir autoconcepto.

Los datos obtenidos fueron sometidos a análisis factorial con rotación "varimax" y "oblicua" con el objetivo de verificar la validez de construcción del instrumento. Los resultados que se obtuvieron fueron los siguientes: en cuanto a la consistencia interna de las escalas: sociabilidad afiliativa 0.85, sociabilidad expresiva 0.85, accesibilidad 0.65; estados de ánimo 0.86, sentimientos individuales 0.81, salud emocional 0.76; ocupacional 0.80 y ética 0.77. La consistencia interna de la escala total fue 0.94, lo que posibilita una medida global de la autoestima.

Por lo tanto, los datos demuestran que el instrumento es válido y confiable para medir autoconcepto.

Sin embargo, el Inventario de Autoestima de Coopersmith (IAC) y la Escala de Autoconcepto de La Rosa que demuestran ser válidos no se utilizaron en este estudio por falta de suficiente información de aplicaciones en población mexicana.

Además existen otros instrumentos de poca o ninguna aplicación en población mexicana que miden autoestima, como la escala de Autoconcepto de Rosemberg (1979); y la Prueba de Frases Incompletas (FIGS), que evalúa aspectos relativos al escenario laboral, y mide 4 áreas entre ellas el autoconcepto, la cual fue creada por Grados y Sánchez (1988).²

² Esta información se obtuvo del catálogo automatizado de Pruebas Psicológicas de la biblioteca de la Facultad de Psicología, de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Otro instrumento utilizado para medir autoconcepto es "La Escala de Autoconcepto de Tennessee" creado por (Fitts en 1965), el propósito de esta escala es contar con un instrumento que mida todos los aspectos del autoconcepto y que sea fácilmente aplicable a personas cuyo rango de edad es de 12 años en adelante que cuenten con un nivel de lectura de por lo menos 6° de primaria.

La escala consta de 100 afirmaciones autodescriptivas que la persona utiliza para describir la imagen que tiene de sí mismo. Las respuestas se distribuyen de tal manera que proporcionan un perfil de acuerdo con el autoconcepto del sujeto, cuenta además con subescalas empíricas y suplementarias para el adecuado trabajo clínico y de investigación. Se encuentra disponible en dos formas, una para orientación, que cuenta con las escalas básicas que se describen a continuación y otra para la investigación y el trabajo clínico que cuenta con las escalas empíricas y suplementarias, que se mencionan más adelante.

Las puntuaciones básicas del instrumento son las siguientes:

Puntaje de Autocrítica (Ac): son todas las afirmaciones ligeramente derogativas o debilidades comunes que la mayoría de la gente acepta como ciertas con respecto a sí mismas.

Puntuación Total (PT): refleja el nivel global de autoestima.

Hileras y Columnas (Hil y Col): La suma de todas constituye la puntuación total.

Hilera 1: Describe lo que "Yo soy", por medio de la identidad básica como la autodescripción y autopercepción.

Hilera 2: Se refiere a la puntuación de "Autosatisfacción", en los que el individuo describe cuanta satisfacción siente con la autoimagen percibida.

Hilera 3: La Puntuación de "Conducta", expresa lo que "Yo hago" o la dirección en que "actúo".

Columna A: La puntuación de "Yo Físico", es el punto de vista que un individuo tiene sobre su cuerpo, estado de salud, apariencia física, habilidades y sexualidad.

Columna B: "Yo Ético-Moral", examina cualidades morales, relaciones con dios, sentimientos de ser "buena o mala" persona y satisfacción con su religión o falta de ésta.

Columna C: "Yo Personal", refleja la sensación de valía personal de un individuo, sentimientos de adecuación como persona y autoevaluación de la personalidad independientemente al cuerpo o su relación con otros.

Columna D: "Yo Familiar", refleja los sentimientos de un individuo, el mérito y el valor como miembro de una familia. Esto se refiere a la percepción del sí mismo de una persona, en relación con su círculo inmediato de asociados.

Columna E: "Yo social", también describe cómo el sí mismo se percibe en relación con otros, pero define a "otros" en una dirección más general; reflejando la sensación de adecuación y de dignidad en la interacción social con otras personas en general.

Variabilidad (V): Las puntuaciones de variabilidad miden el monto de inconsistencia de un área de autopercepción a cualquier otra, la persona refleja cambios de un aspecto a otro y puede que vea cada uno de los aspectos separados de los otros. Para tal efecto, también existen las puntuaciones de "Variabilidad Total (V Tot) , Variabilidad Columna (V Col) y Variabilidad Hilera (V Hil)".

Distribución de Respuesta (Dist): Resume como distribuye la persona sus respuestas, indicando qué tanta seguridad tiene para definirse, qué tanta defensividad existe en sus respuestas y qué tan reservada es.

Tiempo Total (TT): Es simplemente una medida de tiempo que el examinado requiere para completar la escala. Se dice que cuando utiliza demasiado tiempo trata de dar respuestas socialmente aceptadas cuidando cada una de estas.

Además de las escalas tradicionales, las formas clínica y de investigación cuentan con escalas adicionales que son:

Proporción Verdadero Falso (V/F), Conflicto Neto (CN), que se subdivide en: 1.- Conflicto Aceptado y 2.- Conflicto Negado; Conflicto Total (C TOT).

Escalas Empíricas: Defensividad Positiva (Dpo), Mal ajuste General (MG), Psicosis (PSI), Escala de Desorden de Personalidad (Dpe), Escala de Neurosis (N), Escala de Integración de Personalidad (IP), Número de Signos de Desviación (NSD).

Escalas Suplementarias: Escala Stanwyck-Garrison o Manipulación (M), Índice Seeman de Integración de Personalidad (ISIP), Número de Signos Integrativos (NSI), Autorrealización, Escala de Armonía Psicológica (AP).

Es autoadministrable y se aplica tanto en forma individual como grupal. El instrumento fue estandarizado recientemente por García y Quintero (1995), obteniendo puntajes de confiabilidad muy aceptables, los datos que se obtuvieron del estudio realizado son los siguientes:

La escala de autoconcepto de Tennessee demuestra ser un instrumento válido y confiable para medir lo que pretende. El 95% de los ítems discriminan a un nivel de significancia de $p= 0.05$ lo que demuestra que son comprensibles para la población mexicana que tenga un nivel de lectura de 6° de primaria.

La confiabilidad global de las escalas básicas es de 0.73, indicando que los ítems a lo largo del instrumento miden adecuadamente el autoconcepto, por otro lado, dicha investigación reportó que de manera independiente los coeficientes de confiabilidad de las escalas van de 0.24 hasta 0.61 (García y Quintero, 1995).

Un instrumento psicométrico que no mide precisamente autoestima, pero que es utilizado en esta investigación, es el "Inventario de Asertividad de Gambrill y Richey", por lo que se considera importante señalarlo y hacer referencia de él.

Es importante contar con un instrumento estandarizado que mida asertividad por las siguientes razones:

- Puede ser utilizado como medio eficiente para monitorear las conductas asertivas de una persona en una amplia variedad de situaciones interpersonales.
- A partir del instrumento, el terapeuta puede identificar las áreas problemáticas mediante la revisión minuciosa de las respuestas del paciente en la escala.
- Puede usarse como herramienta para identificar a los candidatos a un programa de entrenamiento asertivo.
- Y como un instrumento básico para investigaciones, debido a que su función puede ser muy importante en el diagnóstico y la medición de cambio conductual.

El Inventario de Asertividad de Gambrill y Richey es una escala de autorreporte. La versión original en inglés, fue publicada en 1975. Dicha escala consta de dos subescalas:

Grado de Incomodidad "GI": indica el malestar y la angustia que experimenta el sujeto en diferentes situaciones.

Probabilidad de Respuesta "PR": indica la probabilidad que tiene el sujeto de responder ante diferentes situaciones.

Incluye 40 reactivos que presentan situaciones de interacción con extraños, amigos, compañeros de trabajo y/o escuela y personas íntimamente relacionadas, todas estas situaciones se engloban en ocho categorías:

- Rechazar peticiones
- Admitir limitaciones personales
- Iniciar contactos sociales

- Expresar sentimientos positivos
- Realizar conductas asertivas en lugares públicos
- Discrepar de las opiniones de otros
- Afrontar la crítica de los demás
- Expresar sentimientos negativos.

Los reactivos fueron elaborados a partir de reportes de estudiantes y pacientes, así como de una amplia revisión de la literatura para determinar cuales son las situaciones que con mayor frecuencia se asocian con la falta de asertividad.

Los reactivos son contestados en dos ocasiones de manera independiente: las instrucciones indican a quien contesta, señalar en la columna izquierda, en una escala de 1 (nada) a 5 (demasiado), el grado de incomodidad o malestar subjetivo que experimentaría en las situaciones descritas, se le pide después señalar en la columna derecha, en una escala de 1 (siempre) a 5 (nunca), la probabilidad de que lleve a cabo la conducta descrita. Al sumar las respuestas dadas en cada columna, se obtienen dos puntajes, uno para la subescala Grado de Incomodidad (GI) y otro para la subescala Probabilidad de Respuesta (PR). Finalmente se pide al sujeto señalar aquellas situaciones en las que le gustaría comportarse más asertivo. El número de situaciones y el análisis de cada una de ellas aportan información valiosa para fines terapéuticos.

Las combinaciones de las puntuaciones obtenidas en las dos subescalas configuran, según (Gambrill y Richey, 1975; citados en Guerra, 1996), 4 grupos posibles: **asertivos** (Bajo GI y alta PR), **indiferentes** (bajo GI y bajo PR), **actores ansiosos** (alto GI y alta PR) y **no asertivos** (alto GI y baja PR).

Este instrumento fue estandarizado recientemente por Guerra (1996), en donde la redacción fue adaptada al lenguaje de uso cotidiano. Se respetaron el sentido original de los reactivos, las escalas de respuesta y el formato de columnas. El inventario puede ser aplicado de manera individual o colectiva y su tiempo de aplicación aproximado es de 15 minutos.

De dicho estudio se obtuvieron valores de confiabilidad muy aceptables, los datos que se obtuvieron son los siguientes:

El Inventario de Asertividad de Gambrill y Richey posee una estructura homogénea y consistente mostrando los siguientes valores: el índice de homogeneidad por medio del coeficiente alpha es de (0.8998 para GI), (0.8816 para PR) y (0.9247, global del Instrumento). Y el coeficiente de consistencia interna registró los siguientes datos: (0.9213 para GI), (0.8879 para PR) y (0.9221, global del Inventario).

A partir de esto se puede suponer que los reactivos miden una variable común: asertividad, por lo cual demuestra ser un instrumento válido y confiable para medir lo que pretende.

Se hace referencia de este instrumento, debido a que se midieron las habilidades asertivas que los sujetos poseían antes de participar en el Programa de Tratamiento que se evaluó en este estudio y las que adquirieron después de haber terminado éste. Esto de igual manera se realizó con las personas que formaron los grupos control.

Otro método utilizado para evaluar tanto autoestima como asertividad a través de conductas, son los registros observacionales y los autorregistros, los cuales se describen a continuación.

5.-REGISTROS OBSERVACIONALES Y AUTORREGISTROS

Los registros observacionales constituyen una de las herramientas esenciales para el análisis de la conducta. Los cuales proporcionan datos confiables en las investigaciones que requieren medición y evaluación de conductas.

Existen varios tipos de registros que son utilizados según las necesidades del investigador. A continuación se describen los que se utilizan con mayor frecuencia:

Registros Anecdóticos: Consisten en la realización de una narrativa escrita de

todos los comportamientos de un individuo en un periodo específico de tiempo, además de la descripción de las condiciones ambientales bajo las que se están emitiendo dichas conductas. Estos registros se emplean para evaluar y validar los datos que serán utilizados para la selección de la conducta meta (Cooper, 1987).

Registros de Duración: Estos registros se emplean cuando se desea saber la cantidad de tiempo en que se emitió cierta conducta, midiendo conductas que son presentadas en alto porcentaje de tiempo. Se pueden emplear de dos formas: una que reporte la cantidad de tiempo que toma cada ocurrencia de una conducta en específico, y la otra que reporte la duración acumulativa de conductas que ocurren en cierto periodo de tiempo (Cooper, 1987).

Registros de Frecuencia: Los registros de frecuencia indican el número de veces que ocurre una conducta específica en cierto periodo de tiempo. Puede ser empleado cuando la conducta es fácilmente observada y cuando ésta es discreta, es decir, cuando puede ser separada de otras conductas (Cooper, 1987).

Registros de Intervalo: Este registro se emplea para medir la presencia o ausencia de la conducta en intervalos específicos de tiempo. Las sesiones totales de observación están divididas en pequeños intervalos de tiempo, todos de igual duración (Cooper, 1987).

Registros Instantáneos: son muy similares a los de intervalo, sólo que aquí en lugar de anotar todas las veces que se presentó la conducta durante el intervalo, se hace sólo al final de éste, es decir, sólo si se presenta en el instante mismo en que termina el periodo establecido para cada intervalo (Galván, García y Urbina, 1984).

Registros de Actividades Planeadas: En este tipo de registro se codifica el número de sujetos que realizan una misma actividad, se utiliza para observar el comportamiento de grupos (Galván, et al., 1984).

Registro de Ensayo: Consiste en anotar la respuesta de un sujeto cada vez que

se le presente una señal, un estímulo o una situación. En general, un ensayo se refiere a la presentación de cualquiera de estos eventos, y de aquí que tanto la respuesta del sujeto como el registro correspondiente están circunscritos a la clase de señales, estímulos o situaciones que un investigador presente al sujeto. Lo más común es registrar respuestas especificadas como "acierto y error", "presente y ausente", "afirmativo y negativo", "latencia", "tiempo de reacción", etc. (Galván, et al., 1984).

Para poder llevar a cabo cualquier tipo de registro es necesario cumplir con los siguientes requisitos:

- 1.- Definir claramente la respuesta que se va a registrar,
- 2.- Hacer un código de registro,
- 3.- Hacer una hoja de registro,
- 4.- Entrenamiento a los observadores,
- 5.- Obtención de la confiabilidad,
- 6.- Determinar la duración de la sesión.

Confiabilidad: Para obtener la confiabilidad es necesario que dos observadores independientes realicen los registros simultáneamente, de los cuales se calcula el grado de acuerdo que exista. El porcentaje de confiabilidad requerido es de 80 a 96%, dependiendo de la rigurosidad con que se esté realizando la investigación, existen estudios que requieren de 100%; sin embargo, este porcentaje no siempre es válido o real, por lo que la confiabilidad debe ser sometida a evaluación para estar seguros de que los datos que se obtienen por medio del registro son objetivos (Casalta y Becerra, 1981).³

Una vez que se tienen los datos se utilizan las siguientes fórmulas para obtener el porcentaje de confiabilidad.

Para los registros de duración se utiliza:

³ Para mayor información acerca de las técnicas para evaluar la confiabilidad, se sugiere consultar la bibliografía utilizada en este trabajo.

$$\% \text{ de C} = \frac{\text{Tiempo Menor}}{\text{Tiempo Mayor}} \times 100$$

Para los de frecuencia:

$$\% \text{ de C} = \frac{\text{Frecuencia Menor}}{\text{Frecuencia Mayor}} \times 100$$

Para los registros anecdóticos, de intervalo, instantáneos, de actividades planeadas y de ensayo se utiliza:

$$\% \text{ de C} = \frac{\text{Acuerdos}}{\text{Acuerdos} + \text{Desacuerdos}} \times 100$$

Autorregistros.- Los autorregistros son informes que los pacientes realizan acerca de sus conductas durante su vida cotidiana, de cómo aplican las técnicas aprendidas y qué resultados obtienen. Los autorregistros en ocasiones no suelen ser confiables debido a que la persona puede falsear la información, por lo que se deben de cotejar con los registros observacionales que el investigador realice de las conductas del sujeto (Galván, et al., 1984).

En el estudio de la autoestima, existen diversas conductas que son susceptibles a medición y que proporcionan datos importantes para conocer la situación del sujeto, dichas conductas se derivan del entrenamiento asertivo, del lenguaje no verbal, etc., las cuales serán descritas con mayor detalle en la parte que corresponde a la metodología.

UNA CAMINATA de mil millas comienza con un pequeño paso.

- Lao- Tse -

NO TODOS necesitamos un talento excepcional.

Con amor y sentido común basta y sobra.

- Norman Julian -

DETERMINEMOS si algo se puede y se debe hacer,
ya encontraremos después la manera de hacerlo.

- Abraham Lincoln -

LA VERDAD duele, no cuando vamos en su busca,
sino cuando huimos de ella.

- John Eyberg -

LA GRATITUD pronta es la más dulce.

- Proverbio Griego -

LOS MÁXIMOS logros al principio y por un tiempo son un sueño.

El roble duerme en la simiente; el ave aguarda en el huevo;
y en la visión más elevada del alma, un ángel empieza a despertar.
Los SUEÑOS son las semillas de las REALIDADES.

- James Allen -

LA VIDA exige a todo individuo una contribución,
y depende del individuo descubrir en qué consiste.

- Viktor Frankl -

YA SEA que creas que triunfarás o fracasarás, estás en lo cierto.

- Henry Ford -

CONTINUAMENTE nos topamos con grandes oportunidades,
bajo el disfraz de un problema sin solución.

- Anónimo -

EL ÉXITO, es simplemente cuestión de suerte.

¡Si no lo crees, pregúntaselo a cualquier fracasado!

- Earl -

CAPITULO V

TERAPIAS UTILIZADAS PARA MEJORAR LA AUTOESTIMA

*La razón por la cual tantos hombres fallan
para alcanzar sus metas en la vida, es que nunca
se sienten en primer lugar.*

CAPITULO V.- TERAPIAS UTILIZADAS PARA MEJORAR LA AUTOESTIMA

Existen diferentes modalidades de terapia para tratar problemas relacionados con la autoestima, en este capítulo se habla de los más conocidos, basados en los enfoques psicoanalítico, cognitivo, gestalt, conductual y uno que combina intencionalmente técnicas de dos corrientes, que es la terapia cognitivo-conductual en la que está basada esta investigación.

1.- TERAPIA PSICOANALÍTICA

Para mejorar la autoestima por medio de terapia psicoanalítica, es importante que el terapeuta explore a través de la vida pasada del paciente, es decir, desde su infancia para conocer si éste tiene personalidad depresiva que contribuya con la baja autoestima, debe también examinar cómo y cuando fueron los últimos autorreproches. Es importante que el terapeuta facilite una buena comunicación con el paciente y le dé confianza, de tal manera que éste pueda expresar lo que no puede decir a otros.

Es necesario que se señalen las características positivas de la vida del paciente y expresar el reconocimiento de que ha logrado algo, que ha sido capaz de tolerar muchas dificultades y en especial hacerle sentir que ha estado dispuesto a hacer algo racional para mejorar su estado.

En muchas ocasiones el asistir a psicoterapia puede hacer sentir incómodo al sujeto y contribuir a sus pensamientos de poco valor personal. Además se asocian sentimientos de rechazo y fracaso por sentir que no puede resolver sus problemas por sí solo, en este caso el terapeuta debe colocarse al mismo nivel que el paciente para hacerle sentir que todas las personas valen por igual y que no importa que recurra a la terapia, puesto que todos los seres humanos en algún momento de su vida necesitan que alguien les ayude a resolver sus conflictos.

La confianza que se le puede dar realmente al paciente partiendo de sus capacidades y de las fuerzas de su yo, es un procedimiento para ayudarlo a controlar y

a detener la agresión consigo mismo y enseñarle que en épocas pasadas era capaz de controlar los pensamientos que provocaban esto, por lo que Bellak (1993), propone los siguientes puntos para la mejoría de la autoestima.

Los problemas con la autoestima se deben tratar a través de:

a) Explorar la historia personal del paciente con respecto a la autoestima o a la falta de ella (introyecciones, traumas, defectos, nivel de aspiración).

b) Indagar en ataques recientes a la autoestima.

c) Relacionar comunes denominadores entre la historia pasada y los eventos precipitantes recientes con propósitos de interpretación, insight y transelaboraciones, discutir problemas estructurales de la autoestima.

d) Esmerarse en tratar al paciente con dignidad.

e) Señalar las áreas en la vida del paciente que sean congruentes con una autoestima alta y las razones para ello.

f) Manejar la agresión contra sí mismo, qué parte de sí mismo tiene contra otra, a través de examinar las introyecciones y constituyentes del superyó e interpretarlas; contrastar el origen histórico con la realidad actual y modificarlas a través de la actitud del terapeuta.

g) Examinar en detalle la naturaleza de los ideales del yo, el nivel de aspiración y la firmeza de las defensas en un intento por reducir la diferencia entre las expectativas irrealizables y la realidad.

h) Hacer cualquier interpretación de la transferencia que aparezca especialmente adecuada para este problema.

2.- TERAPIA GESTALT

La Terapia Gestalt fue ideada por (Frederick S. (Fritz) Perls y Laura Perls en Europa, Sudáfrica y América, en 1947); gestalt, es una palabra alemana que significa la totalidad, la entidad formada por el orden particular de sus diversas partes. Perls y Perls, propusieron que la naturaleza básica de la experiencia humana es que se organiza en estos patrones o gestalt. Tiene 2 propósitos principales: a) ayudar a que el individuo

llegue a darse más cuenta de sí mismo, y b) ayudarlo a que llegue a ser más responsable de sí mismo.

Se enfoca a todos los aspectos que involucran a un paciente y sus conflictos. El cómo se expresa el paciente del problema y la eficacia del terapeuta en resolverlo es parte fundamental para lograr el éxito con este tipo de terapia (Lafarga y Gómez del Campo, 1990).

Van de Riet (1980); citado en Castanedo (1990), centra la eficiencia del terapeuta en las etapas que hace seguir al paciente en el encuentro terapéutico: expresión del conflicto, diferenciación, afirmación, decisión e integración.

Starak (1984); citado en Castanedo (1990), facilita una clara síntesis de lo que es la Terapia Gestalt, resumida en 8 puntos:

- 1) La Gestalt es un sistema de integración;
- 2) Que enfatiza en los sistemas del darse cuenta, en oposición a las modalidades de pensamiento, conocimiento y uso del intelecto;
- 3) Que acepta las experiencias en oposición al análisis;
- 4) Que enfoca el darse cuenta, en el aquí y el ahora;
- 5) Que cree que la llave del cambio se encuentra en el presente;
- 6) Que se apoya en la centración para resolver los conflictos que surgen con las polaridades;
- 7) Que enfatiza la autorresponsabilidad en oposición a culpar las fuerzas externas a la persona;
- 8) Que utiliza técnicas de observación y experimentación.

Según esta teoría, tanto lo corporal como lo psíquico son percibidos como manifestaciones de la misma esencia, lo que justifica que el tratamiento implique la intervención en ambas dimensiones de la persona. Se basa en el principio de que la experiencia es construida por una totalidad, no por hechos aislados, es decir, todo el organismo contribuye para obtener y procesar la información que se encuentra en el

medio ambiente. Establece también que debe existir un equilibrio entre el sujeto y su medio para que se mantenga saludable (Lafarga y Gómez del Campo, 1990).

El aprender a conocerse a sí mismo es muy importante; el darse cuenta de sí mismo es conocerse realmente con cualidades y defectos, estar al tanto de lo que necesita o simplemente desea, reconocer las tendencias naturales y saludables, distinguir entre lo que es bueno y lo que es malo y conocer la antigua programación, sus actitudes, conductas y pensamientos.

El ser responsable de sí mismo, es reconocer que cada quién toma la decisión de hacer lo que hace y ser quién es. Cuando se es responsable de su vida, esto hace mucho mejor el aprendizaje puesto que al cometer errores se reconocen y se aprende de ellos, en vez de encontrar culpables.

En terapia gestalt se le enseña al individuo a movilizar sus propios recursos, más que manipular a otros para alcanzar o asegurar su bienestar. Cuando las personas prestan atención a ellas mismas comienzan a reconocer el modo en que sus formas habituales de pensamiento limitan sus posibilidades y restringen sus formas de ser positivas y creativas.

Una de las técnicas de evaluación en terapia gestalt son las fantasías, para las cuales se seleccionan varios temas o situaciones en los que el sujeto describe lo que ve en ese lugar o lo que siente o experimenta con el objeto. Se realizó un estudio para comprobar la eficacia de los temas otorgando un puntaje y correlacionándolo con instrumentos psicométricos. Entre varios temas de fantasía la casa, explorada como un símbolo del Self, demostró ser efectivo como indicador de la autoestima del sujeto (Castanedo, 1990).

Los terapeutas de la gestalt opinan que los grupos de encuentro son más efectivos que la terapia individual, por que el afecto y el apoyo de los participantes junto con los del terapeuta ayudan al individuo a encontrar las posibles soluciones a su conflicto. Dentro del grupo las personas actúan su conflicto hasta encontrar cual es la

fuentes de su problema y permanecer ahí, ya que cuando lo encuentran se vuelven más creativos y esto les ayuda a encontrar soluciones; cuando se encuentran en el punto cero de su creatividad, es como una balanza en la que tienen el equilibrio de ambos lados de ellos mismos que parecen estar balanceados en el conflicto, y esto les ayudará a lograr un mejor funcionamiento del potencial humano.

En los grupos de encuentro gestáltico la persona vive, siente y experimenta nuevas conductas. Por ejemplo: pasar de "no puedo" a "no quiero"; actuar de forma diferente; hacer o decir cosas que comúnmente no haría o diría.

La técnica más común en terapia gestalt, es la "silla vacía" que es muy similar al "diván" psicoanalítico en donde el paciente se coloca para exponer sus conflictos dentro de un círculo. Una técnica actual es que todos los participantes se reúnen formando un círculo junto con el terapeuta tratando de encontrar soluciones a sus problemas. En ocasiones una persona del círculo desea trabajar algún problema personal, entonces pasará junto con el terapeuta al centro de éste donde se sientan los dos; la diferencia de utilizar la "silla vacía" es que esta modalidad procura la cercanía física de los miembros del grupo, que encierran afectivamente a la persona que trabaja en el centro y a su vez con ese contenido afectivo se convierte en figura o eje del grupo, es decir, todos se enfocan a la persona y sus conflictos (Celedonio, 1990).

3.- TERAPIA COGNITIVA

El objetivo principal de la terapia cognitiva es reestructurar los pensamientos irracionales que causan conflictos a las personas. Todos los seres humanos nacen con un gran repertorio de mecanismos que organizan la información.

Cuando se es niño no se tiene un "sí mismo" definido. El autoconocimiento implica un proceso de aprendizaje en el cual el organismo genera una identidad "real" para el sujeto, derivado de lo que él mismo piensa que es. Esto se logra a través de la interacción con otros.

El sujeto forma su propio concepto, basándose en lo que ha observado y conocido de sí mismo, además de las opiniones que otros tienen de él. Cuando éste llega a la adolescencia o juventud que parte de los 12 años aproximadamente hasta los 18, el nivel de crecimiento cognitivo, el cual (Piaget llamó operaciones formales), es el óptimo para descubrir esa identidad que se encuentra dentro de él, pero que aún no se ha percatado de su existencia, ese autoconocimiento le servirá para madurar y darse cuenta de su realidad, la que le dará un sentido total de personalidad, que a su vez le ayudará a estructurar y planificar mejor su vida (Chandler y Dickstein, 1975; citados en Mahoney y Freeman, 1988).

Por otro lado, en terapia cognitiva se habla principalmente de conceptos. Cuando estos son erróneos o falsos se produce un conflicto en los pensamientos que pueden ser perjudiciales para el sujeto. Un concepto que se deteriora con mucha facilidad es el del sí mismo lo que produce fracasos, rupturas, desajustes o neurosis. Las falsas creencias sobre sí mismo son especialmente perjudiciales porque siempre se actúa a partir de ellas, ya que son las únicas guías que se tienen para que la persona se defina.

Las ideas irracionales también forman parte de los conceptos falsos. Ellis (1962), propuso 10 ideas irracionales entre las que se encuentran deberes absurdos que manejan el comportamiento de las personas. Rotter (1970), examina 6 expectativas generalizadas, cada una de ellas se puede ver como un concepto erróneo. La más conocida es la creencia de que la conducta no está bajo el propio control y que por tanto, no se pueden controlar los propios refuerzos positivos (citados en Safran y Zindel, 1994).

La terapia cognitiva se enfoca directamente en eliminar los pensamientos e ideas irracionales que atormentan a la persona; utiliza métodos muy variados para lograr sus objetivos.

Los terapeutas pueden seguir sus propias inclinaciones en el momento de seleccionar técnicas para el tratamiento, además de utilizar sus técnicas preferidas para descubrir conceptos erróneos. La terapia interpretada cognitivamente trata de implantar, mejorar, corregir o eliminar conceptos.

Las técnicas se dividen en 4 categorías:

1.- El autoexamen: Se basa principalmente en orientar al paciente a encontrar sus propios conceptos erróneos. No es directiva.

2.- La explicación: Es más activa, el terapeuta intenta utilizar todo el conocimiento que tiene a mano para convencer al paciente de que algunas de sus creencias son falsas. Es más directiva.

3.- La autodemostración: Consiste en que el terapeuta coloque al paciente en una situación de la vida real o que se aproxime a ésta para que se descubran cuales son las ideas irracionales que le perjudican, para esto se puede utilizar la terapia de grupo en donde el paciente tiene la oportunidad de autoobservarse.

4.- El modelado: como método terapéutico lo introdujo formalmente Bandura (1969), se utiliza induciendo al paciente que imite un modelo, ya sea en la realidad o de manera vicaria, con el que se identifique para cambiar o eliminar sus pensamientos erróneos (Safran y Zindel, 1994).

Todos los terapeutas lo único que pueden hacer es intentar modificar creencias, conductas o afectos. El paciente es el que siempre decide el camino y los resultados del tratamiento y forma parte activa con el terapeuta para conseguirlo. El paciente debe proporcionar toda la información que pueda servir y darse cuenta de los conceptos que le causan conflicto (capacidad de insight).

Lo primero que se hace en terapia cognitiva es pedirle al paciente que describa situaciones específicas en las que se siente tenso o tiene pensamientos poco razonables o totalmente irracionales. Podría ocurrir que el paciente no lo exprese abiertamente por temor a que esto perjudique su autoestima, para lo que es importante mostrarse accesible y darle confianza (Safran y Zindel, 1994).

Mahoney y Freeman (1988), opinan que el fracaso en terapia cognitiva, se debe a la diversidad de conceptos erróneos que la gente tiene y de lo complejos que son. Proponen 3 grupos de estos conceptos que aunque no son universales ayudan a solucionar el conflicto que tiene el paciente: **Frenofobia**.- que es el temor de volverse

loco; **el concepto de la persona especial.**- es aquel que cree que es diferente, especial y que por lo tanto merece todo; y **el concepto erróneo de la incapacidad.**- son las personas con baja autoestima que piensan que no pueden hacer nada o todo lo que hacen les sale mal.

Ellis (1962), propuso en su teoría de la Terapia Racional Emotiva una técnica para eliminar pensamientos irracionales que son los ABC's, en las que se desglosan los pensamientos y sentimientos que invaden al sujeto en situaciones que le ponen tenso o ansioso y se busca la mejor opción de eliminar estos pensamientos y hacerle sentir más tranquilo y con mayor confianza (Rimm y Masters, 1993).

4.- TERAPIA CONDUCTUAL

En terapia conductual se dice que la poca confianza que el individuo pueda tener de sí mismo se debe a la inadaptación que tiene en el medio. Los sentimientos de inferioridad, la sensación de inadecuación y la actitud negativa hacia su propia conducta, constituyen una baja autoestima. Estos sentimientos son muy similares a los que acompañan a la depresión. Los sentimientos de inadecuación suelen asociarse con 3 parámetros posibles que no se excluyen entre sí: 1) la conducta esta objetivamente por debajo de lo adecuado; 2) las normas de autodevaluación son extremadamente severas, o 3) simplemente, no se tiene consciencia del efecto que se produce en el medio (Goldfried y Davison, 1981).

Según, Goldfried y Davison (1981), la adecuación al medio se debe a que la conducta del individuo no es la apropiada para desarrollarse en éste, las interacciones no son apropiadas y le llevan a cometer errores o a meterse en problemas.

Por lo que, en este tipo de terapia se deben explorar y evaluar las conductas del paciente para encontrar cual o cuales son las que parecen inadecuadas y que no permiten al sujeto una correcta adecuación al medio, para lo cual se debe de recurrir a la observación, al autorregistro y a la información de terceros familiarizados con la situación social del paciente, cuando la conducta o conductas inapropiadas aparezcan

en varias situaciones se debe considerar que el sujeto tiene un déficit de aptitudes o que las conductas apropiadas que forman parte de su repertorio estén de algún modo inhibidas. Según sea la evaluación, habría que utilizar procedimientos de entrenamiento de aptitudes de reducción de la ansiedad.

Cuando se cree que la terapia no fue efectiva, es porque, por lo regular los sujetos con un autoconcepto negativo tienden a evaluarse de una manera excesivamente elevada, teniendo la seguridad de que lo que hacen siempre está mal y que deberían de hacer las cosas mejor, aún cuando la conducta sea la adecuada objetivamente y sus normas de autoevaluación apropiadas, si desconoce los efectos positivos que ejerce sobre su medio tampoco se valorara, aún cuando tenga un repertorio de nuevas conductas sigue creyendo que no puede hacer las cosas bien aun cuando haya modificado su conducta.

Lo recomendable para estos casos es darle constante retroalimentación al paciente acerca de sus conductas que le de una perspectiva más acorde con la realidad, es más que darle un simple apoyo, pues implica una retroalimentación detallada que retome ejemplos específicos de la eficacia de sus conductas. Se le pide al paciente que se observe en diferentes situaciones y que registre la diferencia entre su nueva capacidad y sus comportamientos del pasado. Además se pueden realizar ensayos conductuales de situaciones analógicas, en los que se grabe al paciente y por medio de las cintas, se le muestren sus nuevas conductas y cómo lo perciben los demás. Finalmente el terapeuta puede darle por escrito los avances de su nuevo comportamiento (Goldfried y Davison, 1981).

5.- TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL

En este tipo de terapia se combinan propositivamente técnicas conductuales y cognitivas, para el mejoramiento de la autoestima. Incluye la exposición en vivo, el entrenamiento asertivo, la desensibilización sistemática, inoculación del estrés, entrenamiento en autoeficacia y autorrecompensa, autocontrol, etc., se plantean al paciente como procedimientos para ayudarlo a solucionar algún tipo de conflicto o

padecimiento problemático.

Este tipo de terapia es de gran importancia para este trabajo debido, a que el programa que se propone utiliza técnicas cognitivos-conductuales, por lo tanto se hará especial énfasis en las técnicas de tratamiento empleadas para mejorar la autoestima. Se describen con mayor precisión las que se utilizan en este programa de tratamiento, así como sus métodos de evaluación.

El sujeto que padece de baja autoestima tiene pensamientos irracionales y actitudes negativas que propician conductas que contribuyen a fomentar más la baja autoestima, lo cual produce un círculo vicioso, ya que estos pensamientos y actitudes contribuyen a que se fomente una baja autoestima y a su vez ésta produce pensamientos y actitudes negativas; para tratar estos problemas con terapia conductual cognitiva es conveniente recurrir a lo siguiente:

- 1.-Entrenamiento en habilidades sociales (Instrucciones, modelado, ensayo de la conducta, retroalimentación, reforzamiento),
- 2.-Reducción de la ansiedad,
- 3.-Reestructuración cognitiva (Terapia racional emotiva y autoinstrucciones),
- 4.-Entrenamiento en solución de problemas.

Al ir aplicando el tratamiento se pueden considerar las siguientes etapas:

- 1.- El desarrollo de un sistema de creencias que mantenga un gran respeto por los propios derechos personales y por los derechos de los demás.
- 2.- La distinción entre conductas asertivas, no asertivas y agresivas.
- 3.- La reestructuración cognitiva de la forma de pensar en situaciones concretas.
- 4.- El ensayo conductual de respuestas asertivas en situaciones determinadas.

Es importante señalar que no es necesario aplicarlas en el orden descrito, sino que se pueden hacer uso de ellas como lo vaya requiriendo el tratamiento y se pueden modificar dependiendo de las necesidades del sujeto (Lange, 1994; Rimm y Loxley, 1978;

citados en Caballo, 1993).

Como se puede ver, **El Entrenamiento Asertivo** es parte importante de este tipo de terapia; ya que proporciona al sujeto habilidades para mantener mejores relaciones interpersonales y le enseña técnicas defensivas ante los ataques agresivos de la gente hacia su persona y/o conducta.

Es una técnica utilizada para el mejoramiento de las habilidades sociales, algunos autores consideran estas dos como sinónimos (Caballo, 1991); debido a que se incluyen técnicas que ayudan al sujeto a tener más éxito en sus relaciones interpersonales, a sentirse bien consigo mismo, a modificar conductas que le ocasionen problemas, como las conductas agresivas o demasiado pasivas que en vez de ayudarlo a encontrar soluciones, le acarrearán más conflictos. A medida en que la persona utilice conductas asertivas se sentirá mejor consigo mismo y con los demás, puesto que ya no se enfrascará en luchas agresivas para defender su autoestima.

Esto aunque no se describe específicamente en la literatura, se ha observado que las personas que poseen más conductas asertivas se sienten bien consigo mismas, se aceptan y se valoran mejor que las personas que tienen déficit en sus relaciones sociales.

Existen algunas maneras de evaluar estas conductas, ya sea por instrumentos psicométricos o por registros observacionales.

Una parte importante del tratamiento es **El Entrenamiento en Relajación**, ya que ayuda a un mejor funcionamiento del cuerpo en situaciones que provocan demasiado estrés, manteniendo niveles más bajos de tensión de los que normalmente se tienen.

Existen sujetos cuya ansiedad excesiva les hace ser incoherentes, y que tras haber practicado algunos o todos los ejercicios de relajación muscular, sus respuestas y/o conductas son más efectivas, tranquilas y calmadas. El punto importante de la tensión es que se relaciona de alguna forma con la ansiedad y que un individuo experimentará una confortante reducción de esa ansiedad, si puede lograr que sus músculos tensos se aflojen

y se pongan flácidos (Rimm y Masters, 1993).

La relajación significa, que el organismo tiene una ausencia de tensión o activación que se manifiesta en tres niveles. El nivel fisiológico, incluye los cambios viscerales, somáticos y corticales (cambios en la tasa cardíaca, tensión muscular, ritmos electroencefalográficos, etc.). El nivel conductual, incluye los actos externos directamente observables del organismo (iniciatividad, hiperactividad, lucha, huida, expresiones corporales y faciales de tensión, etc.). El nivel subjetivo, se refiere a la experiencia interna consciente del propio estado emocional o afectivo (sensación de malestar, aprehensión, calma, tensión, etc.). Por lo general se identifica el nivel de tensión por medio del nivel fisiológico, tomando en cuenta que los demás dependen directamente de éste.

La respuesta de relajación constituye un mecanismo positivo facilitador de la salud, por lo que se considera antagónico a la respuesta de tensión, el cual es considerado como factor de riesgo (Cautela y Groden, 1985).

Existen diversas técnicas de relajación, las cuales constituyen un conjunto de procedimientos de intervención útiles para la psicología clínica, de la salud y aplicada en general. A continuación se describen sólo aquellas que son más utilizables en la actualidad.

La Relajación Progresiva de Jacobson (1929): Esta técnica es la más utilizada en el ámbito clínico y de investigación, porque permite al paciente identificar donde se presenta el mayor grado de tensión en su cuerpo y bajo los ejercicios de tensión-relajación ir aflojando cada grupo muscular hasta sentirse cómodo y confortable.

Los puntos básicos que exponen Cautela y Groden (1985), son: 1) Pretende ser una técnica fisiológica centrada en la relajación de la musculatura esquelético-motora: definiendo la tensión específicamente como la activación y contracción de las fibras musculares esqueléticas, mientras que la relajación se define como el proceso opuesto de desactivación y alargamiento de las fibras musculares. 2) el entrenamiento se debe basar en la discriminación de las señales de tensión en los distintos músculos del cuerpo a través

de ejercicios sistemáticos de tensión- relajación. 3) La relajación de la musculatura esquelético-motora conlleva automáticamente la relajación del sistema autonómico-vegetativo y la relajación del sistema nervioso central. 4) La relajación fisiológica produce efectos paralelos de relajación emocional (a través de sus efectos en el sistema nervioso vegetativo) y de relajación cognitiva (a través de sus efectos en el sistema nervioso central).

Generalmente esta técnica es simplificada debido a que la original es mucho más larga que la que se utiliza comúnmente. En la utilización práctica se ha adaptado y simplificado porque se pueden obtener los mismos resultados en menos sesiones, que con las 90 que utilizaba Jacobson (Bernstein y Borkovec, 1973; Mitchell, 1977; Wolpe, 1973) y porque parece que los sujetos siguen mejor la técnica cuando, al menos al principio, es el propio terapeuta quién los dirige en los ejercicios de tensar-relajar (Rimm y Masters, 1974; citados por Vera y Vila en Caballo, 1991).

El procedimiento básico que se debe seguir para emplear esta técnica es el siguiente:

1.- Evaluar que no haya ninguna queja física, ni contraindicaciones médicas o problemas orgánicos para el uso de la relajación, dichos problemas pueden ser: presión sanguínea alta, debido a que la presión aumenta al tensar los músculos, en este caso se debe modificar la técnica no pidiéndole al paciente que llegue al máximo nivel de tensión, sino que mantenga un nivel en el que note la tensión en las distintas partes del cuerpo; sin embargo, con la práctica constante se ha demostrado que la relajación es benéfica porque ayuda a disminuir esa presión. Otro problema puede ser la artritis o el dolor de espalda, en donde es aconsejable no tensar los músculos afectados, sino que únicamente los relajará con la imaginación. Pidiéndole al paciente que se imagine como va saliendo la tensión en esa parte de su cuerpo y la siente cálida y relajada. Y así como estos, pueden presentarse otros problemas en donde no será aconsejable utilizar este tipo de relajación (Cautela y Groden, 1985).

2.- Evaluación de las causas de la tensión manifestada. ¿En qué lugares se siente

esta tensión y que estímulos la provocan (situaciones reales o irreales)?

3.- El lugar para la relajación debe ser silencioso y lo más atractivo posible, con iluminación adecuada. Lo ideal es que se cuente con un sillón reclinable, acolchonado y cómodo. También puede utilizarse cualquier lugar que permita adquirir una postura cómoda como unos cojines sobre el suelo, la ropa de la persona debe ser holgada, de preferencia usar pantalones y despojarse de todo aquello que les pudiera molestar o no permitir la libertad de movimientos en el momento de la relajación, como pueden ser aretes, lentes, pulseras, cinturones, etc.

Los grupos musculares y la serie de ejercicios que se emplean en esta técnica son los siguientes:

1.- **Manos.**- Apretar el puño y soltar.

2.- **Brazos.**- Con el brazo extendido doblar la mano hacia atrás con las puntas de los dedos hacia arriba para lograr tensión en el antebrazo. Levantar el antebrazo y doblar la mano con la palma hacia el techo para lograr tensión en los músculos del biceps.

3.- **Cara (Frente).**- Tensar levantando las cejas.

4.- **Cara Parte Central.**- Arrugar la nariz y apretar los ojos moviéndolos de izquierda a derecha y de arriba hacia abajo.

5.- **Cara Parte Inferior.**- Apretar los dientes. Hacer las comisuras de la boca hacia atrás. Para relajar los músculos de la garganta contar del 10 al cero empezando con tono de voz alto y terminando casi en silencio.

6.- **Lengua (se extiende y se retrae).**- Con la boca abierta, se extiende la lengua tanto como sea posible; se relaja dejando que la lengua tome una posición cómoda en la boca. Se jala hacia atrás, al interior de la garganta tanto como sea posible; se relaja.

7.- **Lengua (Paladar y parte inferior).**- La lengua se empuja hacia el paladar tan fuerte como sea posible; se relaja. Se presiona la lengua contra la parte inferior tanto como sea posible; se relaja.

8.- **Cuello.**- Empujar la barbilla hacia abajo y oponiendo resistencia. Doblar la cabeza a la izquierda y a la derecha.

9.- **Hombros.**- Levantar el hombro como si se quisiera tocar la oreja

correspondiente.

10.- Pecho y espalda.- Hacer un arco con el pecho tratando de que los omóplatos se junten por debajo al mismo tiempo que el pecho se levanta como si tratara de tocar el techo.

11.- Abdomen.- Ponerlo duro como si se fuera a recibir un golpe. Tratar de sumir el estómago como si el ombligo tratara de pegarse a la columna vertebral.

12.- Piernas.- En posición estiradas dirigir la punta del pie hacia la cara con lo que se logra tensión en toda la pierna. En posición estiradas dirigir la punta del pie hacia el frente. En ambos casos haciendo tensión.

13.- Dedos de los pies.- Apoyadas las piernas y relajados los pies, se presionan los dedos contra la suela de los zapatos; se relajan. Con las piernas apoyadas y los pies relajados, se doblan los dedos en la dirección contraria tocando la parte superior del interior del zapato; se relajan.

14.- Respiración.- El paciente hace una inspiración tan profunda como sea posible (la estimulación para que inhale aún más profundamente es conveniente, puesto que ésta es una respuesta que requiere un notable esfuerzo); se relaja (se reanuda la respiración normal, uniforme y cómoda).

Es importante que el terapeuta explique al paciente el por qué de la relajación y de los beneficios que va a obtener al practicarla todos los días. Debe de empezar revisando los grupos musculares que se incluyen en el tratamiento para ser tensados y relajados, y explicarle los movimientos que deberá de hacer durante el ejercicio.

La Relajación Pasiva: A diferencia de la relajación Progresiva, esta técnica de relajación no utiliza la tensión, sino sólo se relajan los músculos por medio de focalizaciones; en donde el terapeuta va indicando al paciente que imagine que su cuerpo esta cómodo, tibio y que vaya sintiendo como poco a poco se va relajando.

Esta técnica se utiliza en personas que no pueden realizar los ejercicios de tensión debido a lesiones o a los problemas orgánicos que se mencionaron anteriormente, o simplemente que les es demasiado difícil relajarse tras haber tensado los músculos o como ayuda inicial para quienes encuentran difícil relajarse en casa. Para ello, las instrucciones

se graban en una cinta con la que el paciente practica diariamente.

Los grupos musculares a relajar son los mismos que se trabajan en la relajación progresiva (Vera y Vila; en Caballo, 1991).

La Relajación Autógena de Shultz (1932): Esta técnica es otra de las más conocidas que consiste en una serie de frases elaboradas con el fin de inducir en el sujeto estados de relajación a través de autosugestiones sobre: sensación de pesadez y calor en sus extremidades; regulación de los latidos del corazón; sensaciones de tranquilidad y confianza en sí mismo; y concentración pasiva en su respiración.

Al igual que las otras técnicas, el paciente debe de practicarlas diariamente hasta que llegue a conseguir relajarse de forma automática. En este tipo de relajación se utilizan más elementos de sugestión que poco a poco el paciente debe de aprender a inducirse por sí solo sin ayuda del terapeuta.

En esta técnica no se relajan grupos musculares, sino que exclusivamente se focaliza la atención en las extremidades para calentarlas, y en el abdomen para favorecer la respiración (Vera y Vila; en Caballo, 1991).

La Respuesta de Relajación de Benson, (1975): Esta técnica es un procedimiento adaptado de las técnicas de meditación, en las que se utiliza un "mantra" o palabra secreta susurrada al paciente para producir estados de meditación profunda. Esta palabra o mantra cambia los estados fisiológicos que ayudan a tener una respiración más rítmica y pausada que favorece a la relajación (Benson, 1975; citado por Vera y Vila en Caballo, 1991).

Las técnicas de relajación son ampliamente utilizables para ayudar al sujeto a mantener niveles de calma y relajación por más tiempo y ante situaciones que les hacen sentir incómodos, ansiosos y producen respuestas poco satisfactorias en el ámbito social. Es necesario que las personas que se someten a un entrenamiento en habilidades sociales aprendan a estar relajados, ya que esto les ayudará a obtener más éxito en el tratamiento,

por lo que tendrán que hacer de la relajación un hábito (Vera y Vila; en Caballo, 1991).

Las técnicas de relajación se pueden aplicar por separado o haciendo combinaciones que ayuden al paciente a tener respuestas y conductas más satisfactorias para así elevar la confianza en sí mismo.

En este trabajo se utilizan dos tipos de relajación: La relajación Progresiva de Jacobson y la relajación pasiva, debido a que son las técnicas más utilizadas en el campo de la psicología conductual.

La manera en que se evalúa el nivel de relajación, es por medio de un autoinforme que el sujeto hace después de haber realizado el ejercicio, siendo así una evaluación subjetiva. El procedimiento que se utiliza para aplicar esta técnica se describe detalladamente en el "Manual del Programa para Mejorar la Autoestima en Adolescentes y Adultos".⁴

Las técnicas que se utilizan para la reestructuración cognitiva son la **Detención del Pensamiento**, que de acuerdo con Wolpe (1969), fue Bain quien en 1928 introdujo esta técnica, aunque Taylor (en una comunicación personal con Wolpe en 1955), es el responsable de su adopción para los terapeutas de la conducta de hoy en día. La técnica básica es notablemente directa: se pide al paciente que se concentre en pensamientos que indiquen ansiedad y de manera repentina, después de un breve periodo, el terapeuta dice en forma enfática: "alto". Cuando este pensamiento se ha efectuado varias veces (y el paciente informa que sus pensamientos fueron interrumpidos o bloqueados), el control pasa del terapeuta al paciente. Particularmente, se espera que el paciente emita la palabra "alto" siempre que comience a tener pensamientos meditativos de autoderrota, bloqueando los que pudieran perjudicar al sujeto hasta conseguir eliminarlos, o sustituirlos por otros más sanos que logren elevar la confianza y la sensación de seguridad en éste (Rimm y Masters, 1993).

⁴ Para consultar el "Manual para Mejorar la Autoestima en Adolescentes y Adultos, se puede solicitar con el Mtro. Samuel Jurado Cárdenas, en el cub. 31, planta baja del Edificio "C".

Otros métodos cognitivos son, la visualización y el anclaje que consisten en técnicas en las que se fijan ciertos pensamientos que eleven la seguridad y confianza del sujeto, ya sea actuales o del pasado (McKay y Fanning, 1991).

Otros elementos terapéuticos que se utilizan además de estos son, el moldeamiento, el modelamiento, el reforzamiento, ensayos conductuales, tareas en casa para auxiliar al paciente en el mejor dominio de cada una de las estrategias a seguir.

Para evaluar este tratamiento existen métodos utilizados por este tipo de terapia, efectivos que aporten datos confiables y objetivos, estos pueden ser instrumentos psicométricos, registros observacionales y autorregistros, los cuales se describen en el capítulo "Métodos para evaluar la Autoestima".

Otra técnica que se utiliza en terapia conductual cognitiva, es la autohipnosis, por medio de imágenes hipnóticas de pensamientos positivos y actitudes más adaptativas se puede ayudar al paciente a contrarrestar los efectos que producen sobre él las críticas y la influencia negativa que proviene de su medio ambiente (Araoz, 1985; citado en Caballo, 1991). Además también es útil para la reestructuración de los pensamientos que producen la baja autoestima, así como mejorar el funcionamiento psicológico general (Beck y Emery, 1985; Dobson y Caballo, 1991; y Meichenbaum, 1977), han mostrado que las autoverbalizaciones negativas pueden afectar seriamente la salud emocional de un individuo, por lo que remplazandolas por autoverbalizaciones positivas se puede ayudar al sujeto a no tener serios problemas con sus emociones (citados en Caballo, 1991). Esta técnica no es utilizada en este programa debido, a que no existe suficiente información que demuestre su efectividad.

Otro tipo de terapia que sirve para tratar problemas relacionados con la autoestima, que se deriva del enfoque conductual y que también combina aspectos cognitivos, es la Terapia Multimodal, este tipo de terapia trata al hombre como un ser bio-psico-social con conductas, afectos y pensamientos; dicha terapia surgió durante los años ochenta por la necesidad de incluir los afectos a la terapia conductual cognitiva, de donde surge la terapia cognitivo afectiva, que es en esencia la Terapia Multimodal.

En este tipo de terapia se incluyen modalidades que pueden ser clasificadas bajo el acrónimo BASIC I. D. Conducta (Behavior), Afecto (Affect), Sensación (Sensation), Imaginación (Imagery), Cognición (Cognition), Relaciones Interpersonales (Interpersonal Relations), y Drogas o temas relacionados con la salud (Drugs), lo cual constituye un esquema biopsicosocial en el que el terapeuta puede planificar una estrategia y elegir las técnicas más apropiadas gracias a las directrices que proporciona la teoría de sistemas que se añade a la psicología del aprendizaje para crear el marco necesario para el análisis funcional, por medio del cual los casos más complejos pueden ser comprendidos más fácilmente.

En la Terapia Multimodal se apoya el uso de cualquier técnica proveniente de cualquier escuela, siempre que se haya probado su eficacia y se puedan explicar sus fundamentos y mecanismos por los que funciona, por medio de la teoría de sistemas y la psicología experimental general, especialmente por la psicología del aprendizaje. Desde este punto de vista existen 40 técnicas de las que se ha comprobado su eficacia (Lazarus, 1986, 1987, 1989). Originalmente, Lazarus (1981) recopiló 39 técnicas y más tarde Caballo (1991), añadió la última denominada terapia de la aflicción (Ramsay, 1979), que se ha desarrollado dentro del terreno de la terapia de la conducta.

A continuación se presenta la lista de las 40 técnicas utilizadas en la Terapia Multimodal:

B-1.- Ensayo de conducta, 2.- Modelado, 3.- No reforzamiento, 4.-Reforzamiento positivo, 5.- Registro y autorregistro, 6.- Control del estímulo, 7.- Exposición sistemática, 8.- La silla vacía.

A- 9.- Expresión de emociones, 10.- Entrenamiento en el control de la ansiedad, 11.- Identificación de sentimientos, 12.- Terapia de la aflicción.

S-13.- Biofeedback, 14.- Focalización, 15.- Hipnosis, 16.- Meditación, 17.- Entrenamiento en relajación, 18.- Entrenamiento en focalización sensorial, 19.- Entrenamiento del umbral.

I- 20.- Imaginación anti "shock del futuro", 21.- Imaginación asociada, 22.- Imaginación aversiva, 23.- Imaginación de afrontamiento o de ensayo de los objetivos, 24.- Imaginación positiva, 25.- La técnica aceleradora, 26.- Proyección en el tiempo (hacia adelante o hacia atrás).

C-27.- Biblioterapia, 28.- Corrección de conceptos erróneos, 29.- Paradigma A-B-C-D-E de Ellis, 30.- Solución de problemas, 32.- Entrenamiento en autoinstrucciones, 32.- Detención del pensamiento.

I-33.- Entrenamiento en comunicación, 34.- Contrato de contingencias, 35.- Entrenamiento en hacer amistades, 36.- Acercamientos sexuales graduados, 37.- Estrategias paradójicas, 38.- Entrenamiento en asertividad y habilidades sociales.

D-39.- Fomento de hábitos de salud (buena alimentación, ejercicios físicos, tiempo de ocio), 40.- Remitir al médico cuando se sospecha de problemas orgánicos o están indicadas intervenciones biológicas.

Cabe mencionar que de las técnicas mencionadas anteriormente, 34 provienen de la terapia cognitivo-conductual (Wilson, 1982); la técnica de la Imaginación anti "shock del futuro, la técnica aceleradora y la proyección en el tiempo fueron creadas por Lazarus (1987) y dan buenos resultados en la práctica clínica. La "técnica de la silla vacía" es de origen gestáltico (Fagan y Sheperd, 1970); y la "focalización" proviene de la terapia experiencial (Gendlin, 1981). La meditación se utiliza ampliamente hoy en día en la terapia de la conducta (Shapiro, 1980); además de las ya mencionadas se siguen buscando otras técnicas que demuestren ser eficaces para la utilización de la Terapia Multimodal (Caballo, 1991).

Por lo que, debido a la importancia que tiene la terapia cognitivo-conductual en el mejoramiento de la Autoestima, se propone bajo este paradigma un modelo terapéutico estructurado para mejorar la Autoestima en Adolescentes y Adultos, en el cual se utilizan las siguientes técnicas.

- **Técnicas de Relajación Muscular Profunda (Relajación Progresiva de Jacobson y Relajación Pasiva),**
- **La Técnica de Detención del Pensamiento,**
- **El Entrenamiento Asertivo,**
- **Modelamiento,**
- **Moldeamiento,**
- **Reforzamiento,**
- **Ensayos Conductuales,**
- **Tareas en casa.**

El cual es evaluado para comprobar su efectividad bajo el lineamiento de una metodología científica, como se explica en el siguiente capítulo.

COMPROMISO

Hasta que uno se compromete, hay duda,
la posibilidad de retroceder siempre se queda sin efecto,
siempre es inefectiva, no siempre es adecuada,
la permanente falta de efectividad.

Para todo acto de iniciativa (y creación),
existe una ley elemental, cuyo desconocimiento
mata innumerables ideas y planes esplendidos:
que en el momento en el que uno se compromete en definitiva,
también la providencia actúa.

Para auxiliarnos ocurren todo tipo de cosas,
que de otra manera no hubieran sucedido.

Todo un caudal de acontecimientos derivan de la decisión,
suscitándose en favor nuestro toda suerte de incidentes
y encuentros imprevistos y asistencia material,
que jamás hubiéramos imaginado, que pudieran
cruzar nuestro camino.

W. N. Murray.

CAPITULO VI.- MÉTODO

1.- PROPUESTA

Debido a la importancia que tiene la autoestima en la vida del ser humano y al no encontrar un modelo terapéutico en la práctica cotidiana que fuera estructurado con técnicas cognitivo-conductuales, diseñado, aplicado y evaluado en población mexicana, principalmente en adolescentes y adultos, se decidió realizar un programa que utilizara este tipo de técnicas para el mejoramiento de la autoestima.

Por lo que, derivado del análisis de la literatura previamente reseñada se evaluó un Programa Cognitivo-Conductual de Intervención Terapéutica para Mejorar la Autoestima en Adolescentes y Adultos de la Ciudad de México y área Metropolitana.

2.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La autoestima está considerada como un factor determinante para la supervivencia del ser humano; es un estado emocional multicausal y multifactorial, sin la cual se pondría en riesgo la salud mental, por lo tanto, es importante mantenerla sana para evitar problemas graves relacionados con la falta de ésta.

Por lo tanto y debido a esto surge la primer pregunta ¿El utilizar técnicas Cognitivo-Conductuales se podrá mejorar la autoestima en los individuos?.

Por otro lado, una pregunta que surgió en el transcurso de la investigación y derivado de que el entrenamiento asertivo forma parte fundamental del Programa Terapéutico que se propone, es ¿de qué manera se relacionan la autoestima y la conducta asertiva?, por lo tanto esta última también fue sujeta a medición como una variable consecencial.

3.- JUSTIFICACIÓN

Una baja autoestima según los diferentes autores que la han estudiado, consideran que se debe a factores y causas tanto internas como externas, como son el estado ideal de felicidad, los pensamientos irracionales que tienen de su persona y de su conducta y la propia conducta del sujeto que provoca en él un sentimiento de inferioridad, como son las conductas delictivas y adictivas, además también la falta de adaptación a su medio ambiente y las metas elevadas poco realistas que algunos sujetos se proponen alcanzar en determinado tiempo y que al no conseguirlas les provoca ansiedad, angustia, depresión y poca confianza en sí mismos, siendo éstas, causas que también afectan a la autoestima; como factores externos se considera principalmente la imagen corporal. (Chasseget-Smirgel, 1920; Kepner, 1992; Rimm y Masters, 1993; Goldfried, 1981).

Esto es importante para la formación de la autoestima, por lo que es necesario adquirir habilidades para controlar todos estos factores y causas que la perjudican.

Se ha comprobado que una baja autoestima hace imposible la satisfacción de muchas necesidades básicas (McKay y Fanning, 1991).

Puesto que los humanos tienen la capacidad para definir quienes son y si le gusta o quisieran cambiarlo (McKay y Fanning, 1991); el propósito de este trabajo es proporcionar las herramientas necesarias para lograrlo y así eliminar los factores y las causas perjudiciales que afectan la estabilidad de la autoestima.

4.- OBJETIVOS

4.1.- OBJETIVO GENERAL

El objetivo central de este trabajo fue evaluar la eficacia del Programa cognitivo-conductual para mejorar la autoestima en adolescentes y adultos.

4.2.- OBJETIVOS PARTICULARES

- Mejorar la autoestima de los adolescentes y adultos que participaron en el programa.
- Detectar los cambios en Autoconcepto por medio de la Escala de Autoconcepto de Tennessee aplicado antes y después del tratamiento.
- Detectar si existen cambios en la Conducta Asertiva de los sujetos, derivados del entrenamiento asertivo que se utiliza en el Programa de Tratamiento, por medio del Inventario de Asertividad de Gambrill y Richey aplicado antes y después del tratamiento.
- Identificar si existe una relación positiva entre autoestima y asertividad.

5.- HIPÓTESIS

H1: El Programa Cognitivo-Conductual eleva la Autoestima en Adolescentes y Adultos.

Hi: El Programa Cognitivo-Conductual eleva la Autoestima en Adolescentes y Adultos.

Ho: El Programa Cognitivo-Conductual no eleva la Autoestima en Adolescentes y Adultos.

H2: La Autoestima y la Asertividad se correlacionan positivamente.⁵

Hi: La correlación que existe entre Autoestima y Asertividad es positiva.

Ho: La correlación que existe entre Autoestima y Asertividad es negativa.

5

Esta 2ª hipótesis se plantea, debido a la inquietud surgida de cómo se relaciona el que el individuo adquiera conductas asertivas para el mejoramiento de su autoestima, y cómo este mejoramiento contribuye a que el sujeto sea capaz de expresar su asertividad libremente y sin temor a ser rechazado, por lo tanto, en esta investigación la asertividad se establece como una variable consecencial.

6.- VARIABLES

V.I.- Programa Cognitivo-Conductual para Mejorar la Autoestima en Adolescentes y Adultos.

V.D.- Autoestima, medida a través de la Escala de Autoconcepto de Tennessee.

VARIABLE CONSECUCIONAL (ver nota de pie de pagina 5).

Asertividad, medida a través del Inventario de Asertividad de Gambrill y Richey.

VARIABLES ATRIBUTIVAS:

Edad: 12 años en adelante.

Sexo: Masculino y femenino.

6.1.- DEFINICIÓN DE VARIABLES

AUTOESTIMA

Definición Conceptual: Es la capacidad de aceptación sin juicios ni valoraciones que el ser humano debe tener hacia su persona y hacia los demás, en donde la autoestima no depende de las conductas que emita el sujeto, sino de la habilidad que tenga para afrontar cualquier conflicto y resolverlo en diferentes áreas de su vida (McKay y Fanning, 1991).

Definición Operacional: Puntajes obtenidos por medio de la Escala de Autoconcepto de Tennessee.

ASERTIVIDAD

Definición Conceptual: Es la conducta que permite a una persona actuar según sus intereses más importantes, defenderse sin ansiedad inapropiada, expresar cómodamente sentimientos honestos o ejercer los derechos personales sin negar los

derechos de los demás (Gambrill y Richey, 1975).

Definición Operacional: Puntajes obtenidos por medio del Inventario de Asertividad de Gambrill y Richey.

7.- TIPO DE ESTUDIO

El presente estudio es de tipo preexperimental, exploratorio, explicativo, correlacional y de campo.

Es preexperimental, porque el control y la manipulación de las variables es mínimo, (los sujetos no fueron asignados al azar y no se controlan las variables extrañas).

Es exploratorio, pues es la primera vez que se aplica el programa de tratamiento y se exploró su funcionalidad y efectividad, el impacto que tuvo el Programa de Tratamiento en la asertividad de los sujetos, así como la relación de ésta con autoestima.

Es explicativo, porque analiza la relación entre una variable independiente (el programa de tratamiento) con dos variables, una dependiente (autoestima) y otra consecencial (asertividad) y los efectos causales de la primera sobre las segundas.

Es correlacional, porque analiza la relación entre dos variables (autoestima y asertividad).

Es de campo, porque la población que se utilizó no permaneció cautiva y se plantearon situaciones reales y no estructuradas.

8.- DISEÑO

Se utilizó un Diseño Preexperimental Pretest-Posttest con grupo experimental y grupo control, en donde se utilizaron 6 grupos en total, 3 grupos experimentales y 3 grupos control, de los cuales el grupo experimental 1 constó de 11 sujetos, el grupo experimental

2 de 11 sujetos y el grupo experimental 3 de 13 sujetos. Los grupos control que también fueron 3, estuvieron conformados por el mismo número de sujetos que los grupos experimentales respectivamente, es decir, 11 sujetos para el grupo control 1, 11 sujetos para el grupo control 2 y 13 sujetos para el grupo control 3.

9.- POBLACIÓN

Se trabajó con 70 sujetos, 21 hombres y 49 mujeres, las edades oscilaron entre 18 y 65 años, todos radicaban en la Ciudad de México y en el área Metropolitana, el grado de escolaridad fue desde primaria hasta doctorado, en cuanto al estado civil de los sujetos iban desde solteros, casados, viudos, divorciados hasta vivir en unión libre y ocupación variaba desde comerciantes, estudiantes, amas de casa, empleados y profesionistas.

10.- MUESTREO

El tipo de muestreo para la selección de los sujetos de este estudio fue no probabilístico e intencional, pues no se realizó al azar y se eligieron a los sujetos de acuerdo con los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Que fueran Adolescentes y Adultos de 12 años en adelante,
- Que tuvieran un nivel de lectura de por lo menos 6° de Primaria.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Que fueran personas analfabetas,
- Que tuvieran algún problema que les impidiera leer (problemas visuales).

11.- MATERIAL

- Pizarrón
- Marcadores de tinta fugaz
- Hojas Blancas

- Lapices
- Borrador

12.- INSTRUMENTOS

Como instrumentos se utilizaron la Escala de Autoconcepto de Tennessee (1965) y el Inventario de Asertividad de Gambrell y Richey (1975), para medir el nivel de autoestima y de asertividad respectivamente antes y después del tratamiento. El Manual del Programa para Mejorar la Autoestima, basado en el libro de McKay y Fanning (1991), "Autoestima: Evaluación y Mejora". Que fue elaborado como se describe en el apartado correspondiente al procedimiento.

13.- ESCENARIO

Como escenario se utilizó una sala de terapia del Centro de Servicios Psicológicos de la Facultad de Psicología de la U.N.A.M., cuyas medidas son de 5 X 4 mts. aproximadamente, la cual cuenta con las suficientes sillas para los participantes y un pizarrón.

14.- PROCEDIMIENTO

El procedimiento que se siguió en este trabajo se dividió en 2 fases que se describen a continuación:

Fase I: primeramente se realizó el Manual del Programa Para Mejorar la Autoestima en Adolescentes y Adultos, bajo el paradigma cognitivo-conductual, para el cual se tomó como referencia el libro de McKay y Fanning (1991), "Autoestima: Evaluación y Mejora, por considerarse un programa completo y estructurado que utiliza técnicas cognitivo-conductuales, que proporciona información tanto a los participantes como al terapeuta de los qué es la autoestima y cómo manejarla a su favor, encontrando posibles soluciones a cada uno de sus problemas aplicando las diversas estrategias que ahí se manejan.

Originalmente el programa se basó en los primeros 10 capítulos del libro, sin embargo, no fue posible mantenerlo así, debido que al evaluarlo formando un curso en donde se aplicó este programa y que sirvió como un primer grupo piloto, el cual inició con 9 sujetos, de los que sólo 5 lo terminaron.

Este curso constaba de 6 sesiones originalmente, el cual tuvo que ampliarse a 11 sesiones, por falta de tiempo para atender a todas las dudas de los participantes acerca de como emplear las técnicas para resolver sus conflictos. Debido a esta experiencia se decidió modificar el Manual del Programa, como se describe más adelante.

Los resultados que se obtuvieron de este grupo piloto fueron de alguna manera satisfactorios, puesto que los participantes que lo terminaron, reportaron que las técnicas que se emplearon les ayudaron a mejorar la imagen que tenían de sí mismos y al mismo tiempo influyó a que encontraran soluciones viables a sus problemas que se originaban debido a su autoestima deteriorada, además sirvió para que el experimentador se entrenara aún más como terapeuta.

La desventaja que se observó con ese grupo piloto, fue que debido a que se amplió se volvió un tanto repetitivo y algo tedioso, por lo que al modificarse toda la información se condensa solo en 6 temas básicos y 1 complementario, quedando estructurado sólo a 7 sesiones haciendolo más concreto.

Los instrumentos que se utilizaron en el 1er. estudio piloto fueron, el Inventario de Autoestima de Coopersmith en su versión para adultos, La Escala de Autoconcepto de Tennessee y El Inventario de Asertividad de Gambrill y Richey, de los cuales se desistió de la utilización del Inventario de Autoestima de Coopersmith por falta de suficiente información sobre su validez y confiabilidad para su uso en población mexicana y sólo se utilizaron los dos últimos. Los datos estadísticos de este grupo no fueron tomados en cuenta para el resultado de esta investigación.

Por lo tanto, después de haber terminado con este estudio piloto, se procedió a afinar el Manual del Programa Cognitivo-Conductual para Mejorar la Autoestima en

Adolescentes y Adultos, quedando la versión final de la siguiente manera:

Consta de 7 sesiones en las que se instruye a los participantes con técnicas cognitivo-conductuales, que les ayuden a tener más control en situaciones que les causen conflicto manejando los siguientes temas:

TEMA I: EL ORIGEN DE LA AUTOESTIMA.- Se les proporciona a los participantes información general acerca de qué es la autoestima, cómo se adquiere y en base a qué se va perdiendo, además qué es lo que produce una baja autoestima (factores, causas y efectos) y qué es lo que se podría lograr si ésta se mantiene saludable.

TEMA II: DESCUBRA A LA VERDADERA PERSONA QUE ES USTED.- En este tema se manejan principalmente la imagen que los sujetos tienen de sí mismos y los pensamientos que giran alrededor de esa imagen, así como las causas de sus pensamientos irracionales y como combatirlos, pasar de una actitud negativa e irracional a una positiva y más objetiva. Además en este tema se abordan las sensaciones de maldad provocada por la utilización de deberes insanos y cómo la violación de estos produce un gran malestar por no cumplir con su código Ético-Moral y de qué manera pueden contrarrestarlos, para lo que se les plantean los derechos humanos asertivos. También se les instruye en el cómo aprender de sus errores y minimizarlos, utilizando la técnica de detención del pensamiento, la elaboración de mantras y evaluación de las consecuencias.

TEMA III: LA VALÍA PERSONAL.- Aquí solamente se reestructuran los pensamientos que provocan la sensación de poco valor, confianza y seguridad que atormentan a los sujetos, realizando ejercicios de visualización y anclaje en donde se refuerzan los pensamientos positivos acerca de su persona sin importar las conductas que hayan realizado en el pasado.

TEMA IV: COMO INICIAR, MANTENER Y FINALIZAR CONVERSACIONES.- En este tema se les proporcionan herramientas para que las personas incrementen su círculo

social y se reduzca la angustia al estar con gente desconocida y no saber que decir o que hacer. Se utilizan técnicas de moldeamiento, y modelamiento, ensayo de la conducta, retroalimentación y reforzamiento.

TEMA V: EL LENGUAJE NO VERBAL.- Se analizan los elementos corporales de los sujetos y se les exhorta a modificar aquellos que son negativos o demuestran lo contrario a lo que quieren decir con palabras, así como los componentes paralingüísticos y de contenido en una interacción social. Se utilizan las técnicas moldeamiento, modelamiento, ensayo de la conducta, retroalimentación y reforzamiento.

TEMA VI: COMO RELACIONARSE MEJOR CON LOS DEMÁS.- Se les orienta como tener contactos sociales más satisfactorios, trabajando primeramente el tema de la compasión hacia los demás y hacia sí mismos, reestructurando los pensamientos negativos y sensibilizando a las personas para que lleguen al proceso del perdón.

Como hacer peticiones de mayor efectividad ante aquellas cosas que necesitan o que simplemente desean y por último se utilizan técnicas del entrenamiento asertivo para que identifiquen la diferencia entre las conductas agresivas, pasivas, pasivo-agresivas y asertivas en el momento de enfrentarse a una crítica externa, así como algunas técnicas asertivas protectivas de respuesta ante las críticas no solicitadas, estas técnicas son: el reconocimiento, la interrogación y el oscurecimiento, al que otros autores llaman también banco de niebla.

TEMA VII: TEMA COMPLEMENTARIO: LA IMPORTANCIA DE LA RELAJACIÓN.- Este tema ayuda a los participantes a entender para qué es importante mantener niveles de relajación adecuados y contrarrestar el estrés con el que se vive principalmente en esta ciudad, se aplica el entrenamiento en relajación muscular profunda, utilizando en combinación las técnicas de relajación progresiva de Jacobson y la relajación pasiva, realizando autorregistros que cada participante lleva diariamente para evaluar su nivel de tensión al iniciar el curso y durante éste, y de qué manera el disminuirlo le ayuda

a tener mejor capacidad de respuesta ante cada problema que se le presente.⁶

En cada tema se utilizan las siguientes técnicas: reforzamiento, modelamiento, moldeamiento; esto para modificar conductas indeseables o problemáticas y reforzar las positivas. Para mayor aprendizaje de los participantes se realizan ejercicios escritos y prácticos que corresponden a cada tema, es decir, en cuanto a ejercicios escritos tienen que contestar el manual del programa, principalmente para identificar pensamientos que les causen conflicto y los ejercicios prácticos consisten en hacer ensayos conductuales en los que los participantes exponen algún problema de la vida real, se hace la representación y se le ayuda a encontrar posibles opciones para resolver su problema, esto se hace con la participación activa de todo el grupo.

Todo esto les ayuda a reafirmar los conocimientos aprendidos durante las sesiones, además de tareas en casa para de esta manera generalizar la utilización de las técnicas adquiridas, en situaciones reales. La práctica tanto en la sesión como en casa es de suma importancia para encontrar las mejores opciones para lograr un cambio de pensamientos y conducta que contribuyan a mejorar la autoestima.

Al contar con la versión corregida del programa, se procedió con 2 aplicaciones más a 2 grupos piloto, que fueron de 10 sujetos cada uno, esto para detectar más fallas que pudiera tener y hacer los cambios respectivos, en donde ya no se encontraron más inconvenientes y se obtuvo la versión final de este instrumento.

Por otra parte, el entrenamiento previo del experimentador como terapeuta fue como asistente a 2 grupos de entrenamiento asertivo y posteriormente como coordinador de 3 grupos del programa para el mejoramiento de la autoestima, manejando alrededor de 30 participantes, con lo cual se consideró que tenía la experiencia clínica necesaria en el manejo de las técnicas y de los grupos, siendo éste el experimentador responsable del estudio.

⁶ Para mayor información acerca de cada uno de estos temas se sugiere consultar el "Manual para Mejorar la Autoestima en Adolescentes y Adultos".

Fase II: En esta fase se formaron los cursos donde se aplicó el Programa para Mejorar la Autoestima en Adolescentes y Adultos, para lo cual se promovieron por medio de una convocatoria, se elaboraron carteles con la ayuda de 3 diseñadores gráficos de la escuela de diseño gráfico de Instituto Nacional de Bellas Artes (INBA); esto para informar a las personas que consideraban tener problemas de baja autoestima y que estuvieran interesados en asistir a dicho curso, estos carteles se pegaron en diferentes puntos de la Ciudad de México y área Metropolitana (Facultades de Ciudad Universitaria de la UNAM, escuelas particulares del Estado de México, En el Centro de Servicios Psicológicos de la Facultad de Psicología de la UNAM, etc.) (ver anexo 2).

Posteriormente, a las personas que solicitaron el tratamiento se les citó para una pequeña entrevista previa al curso, para explicarles que se trataba de una investigación en la que el objetivo era evaluar al programa de tratamiento, conocer cuales eran las principales razones por las que querían tomar el curso, explicarles el procedimiento que se iba a seguir y verificar que cumplieran con los criterios de inclusión y exclusión, si estaban de acuerdo y todo era correcto se les pedía por aspectos éticos que firmaran una carta de aceptación con la que expresaban su conformidad (ver anexo 1).

Los sujetos fueron evaluados con los instrumentos psicométricos antes descritos y sólo se incluyeron aquellos que cumplieran con los criterios de inclusión también antes mencionados, con respecto a la edad no hubo ningún problema, ya que la población que participó tenía de 18 años en adelante, fue en el nivel de lectura en donde algunos reportaban tener dificultad, ya fuera por el grado de escolaridad o por problemas visuales.

Se utilizaron 3 grupos experimentales y 3 grupos control para reunir a la población requerida, se aplicó el Programa 3 veces consecutivas, es decir, terminó el 1er. grupo y se formó el 2do. y al terminar éste se formó el 3ro. y último, lo cual se realizó de la siguiente manera:

Una vez terminada la etapa de entrevista y evaluación, los sujetos que fueron seleccionados se les invitó a formar parte del grupo experimental 1, en el cual originalmente comenzaron 17 personas con el tratamiento, de las que sólo 11 terminaron.

Para seleccionar al grupo control 1 que corresponde a este grupo experimental, se aplicaron los instrumentos a 17 sujetos conocidos que aceptaron participar en la investigación, a los cuales también se les pidió que firmaran la carta de aceptación, que cumplieran con los mismos criterios de inclusión que el grupo experimental y que se comprometieran a contestar los instrumentos antes de iniciar el tratamiento con el grupo de terapia (grupo experimental) y después de que éste terminara; para igualar el tamaño de los grupos se excluyeron a 6 sujetos al azar del grupo control en la aplicación del postest.

Terminada la etapa de tratamiento, se aplicaron los instrumentos nuevamente a los 11 participantes del grupo experimental y a los 11 del grupo control. En cuando se terminó con estos grupos se les dieron las gracias por su participación y se procedió a formar los siguientes grupos (experimental 2 y control 2), con los que se siguió el mismo procedimiento que con los grupos anteriores y lo mismo se aplicó con los 3ros (grupos experimental 3 y control 3), en donde los 6 grupos quedaron de la siguiente manera:

TABLA A

GRUPO	NÚMERO DE SUJETOS QUE INICIARON EL TRATAMIENTO	NÚMERO DE SUJETOS QUE TERMINARON EL TRATAMIENTO
EXPERIMENTAL 1	17	11
CONTROL 1	17	11
EXPERIMENTAL 2	15	11
CONTROL 2	15	11
EXPERIMENTAL 3	18	13
CONTROL 3	18	13

Al contar con los resultados de todos los instrumentos, se realizó el análisis correspondiente para saber si el tratamiento es efectivo y mejora la autoestima en los sujetos. Además de saber si se cumplieron los objetivos y las hipótesis planteadas.

INSTANTES

Si pudiera vivir nuevamente mi vida.
En la próxima, trataría de cometer más errores.
No intentaría ser tan perfecto, me relajaría más.
Sería más tonto de lo que he sido de hecho.
Tomaría muy pocas cosas con seriedad. Sería menos higiénico.
Correría más riesgos, haría más viajes, contemplaría más
atardeceres, subiría más montañas, nadaría más ríos.
Iría a más lugares a donde nunca he ido, comería más helados y menos
habas, tendría más problemas reales y menos imaginarios.

Yo fui una de esas personas que vivió sensata y prolificamente
cada minuto de su vida; claro que tuve momentos de alegría...
Pero, si pudiera volver atrás, trataría de tener solamente buenos
momentos.

Por si no lo saben, de eso está hecha la vida, sólo de momentos;
no te pierdas el ahora.

Yo era uno de esos que nunca iba a ninguna parte sin un termómetro,
una bolsa de agua caliente, un paraguas y un paracaídas;
si pudiera volver a vivir, viajaría más liviano.

Si pudiera volver a vivir comenzaría a andar descalzo a principios de la primavera y seguiría
hasta concluir el otoño,
daría más vueltas en calesita, contemplaría más amaneceres y
jugaría con más niños... Si tuviera otra vez la vida por delante.
Pero ya ven, tengo 85 años y sé que me estoy muriendo.

Jorge Luis Borges, nació el 24 de agosto de 1899 en Buenos Aires;
escribió Instantes entre agosto de 1984 y agosto de 1985;
murió el 14 de junio de 1986 en Ginebra.

CAPITULO VII

RESULTADOS

La vida es una profecía de realización de los deseos propios, no necesariamente se obtiene lo que uno desea durante la vida, pero a largo plazo se obtiene lo que uno espera.

CAPITULO VII.- RESULTADOS

Primeramente los puntajes naturales de cada subescala de cada instrumento se convirtieron en Puntajes T's para llevar a cabo el análisis estadístico, en el cual se obtuvieron los siguientes resultados:

De acuerdo a los datos obtenidos, las características demográficas de la muestra de este estudio son las siguientes:

De un total de 70 sujetos entre los Grupos Control y Experimental, 21 son del Sexo Masculino (30%), y 49 son del Sexo Femenino (70%) (ver figura 1).

Las Edades oscilaron entre 18 y 66 años; con una Media= 27.29. De acuerdo con la tabla de frecuencias se distribuyeron de la siguiente manera (ver Tabla B).

El Estado Civil de los sujetos es el siguiente: 56 son Solteros (80%), 8 Casados (11.4%), 5 Divorciados (7.1%) y 1 Vive en Unión Libre (1.4%) (ver figura 2).

En cuanto a su Escolaridad: 1 curso Primaria (1.4%), 4 cursaron Secundaria (5.7%), 15 cursaron o están cursando Preparatoria (21.4%), 48 cursaron o están cursando Licenciatura (68.6%), 1 curso Maestría (1.4%) y 1 curso Doctorado (1.4%) (ver figura 3).

Con respecto a su Ocupación: 38 son Estudiantes (54.3%), 9 son Amas de Casa (12.9%), 13 son Empleados (18.6%), 3 son Comerciantes (4.3%) y 7 son Profesionistas (10%) (ver figura 4).

SEXO

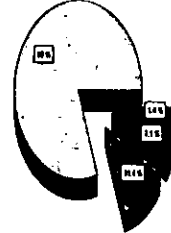
FIGURA 1



□ MASCULINO ■ FEMENINO

ESTADO CIVIL

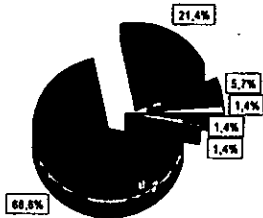
FIGURA 2



□ SOLTEROS ■ CASADOS ■ DIVORCIADOS ■ UNION LIBRE

ESCOLARIDAD

FIGURA 3



□ PRIMARIA ■ SECUNDARIA
 ■ PREPARATORIA ■ LICENCIATURA
 ■ MAESTRÍA ■ DOCTORADO

OCUPACION

FIGURA 4



□ ESTUDIANTES
 ■ AMAS DE CASA
 ■ EMPLEADOS
 ■ COMERCIANTEs
 ■ PROFESIONISTAS

TABLA B

EDAD (RANGO)	FRECUENCIA	PORCENTAJE
18 - 20	15	21.4%
21-25	29	41.4%
26 - 30	6	8.5%
31 - 35	8	11.4%
36 - 40	5	7.1%
41 - 45	3	4.2%
46 - 50	1	1.4%
51 - 55	2	2.8%
56 - 60	0	0%
61 - 65	0	0%
66 -	1	1.4%

En cuanto al Análisis Estadístico, los datos descriptivos son los siguientes:

**TABLA 1A.- MEDIDAS DE TENDENCIA CENTRAL DE LOS GRUPOS EXPERIMENTALES
ESCALA DE AUTOCONCEPTO DE TENNESSEE**

SUBESCALA	MEDIA (PRETEST)	DESVIACIÓN ESTÁNDAR (PRETEST)	ERROR ESTÁNDAR (PRETEST)	MEDIA (POSTEST)	DESVIACIÓN ESTÁNDAR (POSTEST)	ERROR ESTÁNDAR (POSTEST)
IDENTIDAD	39.41	13.33	3.91	44.72	13.65	4.03
AUTOSATISFACCIÓN	41.42	12.09	3.55	<u>50.24</u>	11.84	3.47
CONDUCTA	40.68	14.61	4.28	<u>54.11</u>	20.21	5.82
YO FÍSICO	35.29	12.64	3.73	40.81	11.75	3.46
YO ÉTICO-MORAL	46.47	9.71	2.84	49.38	11.45	3.37
YO PERSONAL	40.00	14.01	4.11	48.79	12.90	4.28
YO FAMILIAR	41.16	18.43	3.48	49.40	15.49	4.49
YO SOCIAL	42.12	16.60	4.83	<u>52.21</u>	14.12	4.13
AUTOCRÍTICA	<u>60.62</u>	8.52	2.52	<u>61.94</u>	6.44	1.90
PUNTUACIÓN TOTAL	38.67	13.53	3.97	48.94	14.09	4.14

**TABLA 1B.- MEDIDAS DE TENDENCIA CENTRAL DE LOS GRUPOS CONTROL
ESCALA DE AUTOCONCEPTO DE TENNESSEE**

SUBESCALA	MEDIA (PRETEST)	DESVIACIÓN ESTÁNDAR (PRETEST)	ERROR ESTÁNDAR (PRETEST)	MEDIA (POSTEST)	DESVIACIÓN ESTÁNDAR (POSTEST)	ERROR ESTÁNDAR (POSTEST)
IDENTIDAD	42.09	12.94	3.78	42.52	12.71	3.70
AUTOSATISFACCIÓN	45.67	9.61	2.80	44.27	9.14	2.67
CONDUCTA	43.37	13.55	3.97	42.03	14.76	4.33
YO FÍSICO	42.43	12.49	3.66	41.80	11.49	3.37
YO ÉTICO-MORAL	44.80	12.29	3.59	43.42	11.83	3.46
YO PERSONAL	42.34	12.98	3.81	41.15	11.11	3.96
YO FAMILIAR	42.44	10.73	3.14	41.67	11.17	3.27
YO SOCIAL	48.50	11.57	3.39	46.18	14.93	4.34
AUTOCRÍTICA	<u>62.44</u>	6.73	2.00	<u>60.69</u>	5.23	1.54
PUNTUACIÓN TOTAL	42.51	12.70	3.71	41.12	12.30	3.60

TABLA 1C
MEDIDAS DE TENDENCIA CENTRAL DE LOS GRUPOS EXPERIMENTALES
INVENTARIO DE ASERTIVIDAD DE GAMBRILL Y RICHEY

SUBESCALA	MEDIA (PRETEST)	DESVIACIÓN ESTÁNDAR (PRETEST)	ERROR ESTÁNDAR (PRETEST)	MEDIA (POSTEST)	DESVIACIÓN ESTÁNDAR (POSTEST)	ERROR ESTÁNDAR (POSTEST)
GRADO DE INCOMODIDAD	54.33	13.88	4.09	<u>43.12</u>	11.84	3.47
PROBABILIDAD DE RESPUESTA	53.82	11.79	3.46	<u>41.19</u>	11.59	3.40

TABLA 1D
MEDIDAS DE TENDENCIA CENTRAL DE LOS GRUPOS CONTROL
INVENTARIO DE ASERTIVIDAD DE GAMBRILL Y RICHEY

SUBESCALA	MEDIA (PRETEST)	DESVIACIÓN ESTÁNDAR (PRETEST)	ERROR ESTÁNDAR (PRETEST)	MEDIA (POSTEST)	DESVIACIÓN ESTÁNDAR (POSTEST)	ERROR ESTÁNDAR (POSTEST)
GRADO DE INCOMODIDAD	51.47	13.06	3.82	52.33	11.97	3.50
PROBABILIDAD DE RESPUESTA	51.51	11.63	3.41	51.77	11.20	3.28

TABLA 2A
MEDIDAS DE TENDENCIA CENTRAL DEL GRUPO EXPERIMENTAL 1
ESCALA DE AUTOCONCEPTO DE TENNESSEE

SUBESCALA	MEDIA (PRETEST)	DESVIACIÓN ESTÁNDAR (PRETEST)	ERROR ESTÁNDAR (PRETEST)	MEDIA (POSTEST)	DESVIACIÓN ESTÁNDAR (POSTEST)	ERROR ESTÁNDAR (POSTEST)
IDENTIDAD	39.82	14.42	4.35	47.82	11.69	3.52
AUTOSATISFACCIÓN	42.45	12.79	3.85	<u>50.91</u>	8.73	2.63
CONDUCTA	42.27	12.42	3.74	51.27	10.21	3.08
YO FÍSICO	35.09	15.22	4.59	45.09	11.08	3.34
YO ÉTICO-MORAL	49.27	9.10	2.74	<u>51.09</u>	9.85	2.97
YO PERSONAL	40.18	14.90	4.49	49.73	9.73	2.93
YO FAMILIAR	41.45	12.56	3.79	46.82	9.99	3.01
YO SOCIAL	44.36	15.26	4.60	<u>55.36</u>	11.70	3.53
AUTOCRÍTICA	<u>57.36</u>	11.29	3.40	<u>62.82</u>	8.06	2.43
PUNTUACIÓN TOTAL	39.91	14.12	4.26	49.91	10.63	3.21

TABLA 2B
MEDIDAS DE TENDENCIA CENTRAL DEL GRUPO CONTROL 1
ESCALA DE AUTOCONCEPTO DE TENNESSEE

SUBESCALA	MEDIA (PRETEST)	DESVIACIÓN ESTÁNDAR (PRETEST)	ERROR ESTÁNDAR (PRETEST)	MEDIA (POSTEST)	DESVIACIÓN ESTÁNDAR (POSTEST)	ERROR ESTÁNDAR (POSTEST)
IDENTIDAD	37.09	11.90	3.59	36.27	12.39	3.73
AUTOSATISFACCIÓN	41.18	9.41	2.84	40.64	8.72	2.63
CONDUCTA	37.09	13.84	4.17	35.09	15.83	4.77
YO FÍSICO	37.64	14.71	4.44	37.54	15.18	4.58
YO ÉTICO-MORAL	39.82	12.64	3.81	39.27	11.64	3.51
YO PERSONAL	33.73	15.14	4.56	29.91	16.60	5.01
YO FAMILIAR	37.27	11.44	3.45	38.00	12.51	3.77
YO SOCIAL	42.82	12.40	3.74	42.27	12.68	3.82
AUTOCRÍTICA	<u>64.64</u>	6.33	1.91	<u>59.91</u>	4.30	1.30
PUNTUACIÓN TOTAL	35.18	12.52	3.77	33.64	12.27	3.70

TABLA 2C
MEDIDAS DE TENDENCIA CENTRAL DEL GRUPO EXPERIMENTAL 1
INVENTARIO DE ASERTIVIDAD DE GAMBRILL Y RICHEY.

SUBESCALA	MEDIA (PRETEST)	DESVIACIÓN ESTÁNDAR (PRETEST)	ERROR ESTÁNDAR (PRETEST)	MEDIA (POSTEST)	DESVIACIÓN ESTÁNDAR (POSTEST)	ERROR ESTÁNDAR (POSTEST)
GRADO DE INCOMODIDAD	51.82	14.01	4.22	<u>43.64</u>	14.33	4.32
PROBABILIDAD DE RESPUESTA	53.64	12.06	3.64	<u>40.91</u>	14.46	4.36

TABLA 2D
MEDIDAS DE TENDENCIA CENTRAL DEL GRUPO CONTROL 1
INVENTARIO DE ASERTIVIDAD DE GAMBRILL Y RICHEY.

SUBESCALA	MEDIA (PRETEST)	DESVIACIÓN ESTÁNDAR (PRETEST)	ERROR ESTÁNDAR (PRETEST)	MEDIA (POSTEST)	DESVIACIÓN ESTÁNDAR (POSTEST)	ERROR ESTÁNDAR (POSTEST)
GRADO DE INCOMODIDAD	56.36	12.06	3.64	56.36	10.22	3.10
PROBABILIDAD DE RESPUESTA	55.45	11.28	3.40	55.45	10.36	3.12

TABLA 3A
MEDIDAS DE TENDENCIA CENTRAL DEL GRUPO EXPERIMENTAL 2
ESCALA DE AUTOCONCEPTO DE TENNESSEE

SUBESCALA	MEDIA (PRETEST)	DESVIACIÓN ESTÁNDAR (PRETEST)	ERROR ESTÁNDAR (PRETEST)	MEDIA (POSTEST)	DESVIACIÓN ESTÁNDAR (POSTEST)	ERROR ESTÁNDAR (POSTEST)
IDENTIDAD	41.18	12.40	3.74	45.27	18.83	5.68
AUTOSATISFACCIÓN	40.36	11.66	3.51	<u>50.36</u>	14.26	4.30
CONDUCTA	40.91	15.83	4.77	<u>50.54</u>	16.82	5.07
YO FÍSICO	35.09	13.05	3.93	46.64	14.80	4.46
YO ÉTICO-MORAL	44.36	9.67	2.91	48.91	13.95	4.20
YO PERSONAL	40.82	13.44	4.05	49.73	16.15	4.87
YO FAMILIAR	43.27	9.36	2.82	48.00	14.02	4.23
YO SOCIAL	41.54	13.30	4.01	48.82	15.02	4.53
AUTOCRÍTICA	<u>64.18</u>	7.95	2.40	<u>61.45</u>	6.23	1.88
PUNTUACIÓN TOTAL	38.91	12.89	3.88	49.00	18.15	5.47

TABLA 3B
MEDIDAS DE TENDENCIA CENTRAL DEL GRUPO CONTROL 2
ESCALA DE AUTOCONCEPTO DE TENNESSEE

SUBESCALA	MEDIA (PRETEST)	DESVIACIÓN ESTÁNDAR (PRETEST)	ERROR ESTÁNDAR (PRETEST)	MEDIA (POSTEST)	DESVIACIÓN ESTÁNDAR (POSTEST)	ERROR ESTÁNDAR (POSTEST)
IDENTIDAD	48.36	11.47	3.46	48.64	10.25	3.09
AUTOSATISFACCIÓN	49.00	7.21	2.17	48.09	8.21	2.48
CONDUCTA	48.09	12.66	3.82	47.91	13.93	4.20
YO FÍSICO	45.64	9.96	3.00	44.18	7.64	2.30
YO ÉTICO-MORAL	47.36	10.21	3.08	44.45	10.92	3.29
YO PERSONAL	47.82	10.76	3.25	49.00	12.43	3.75
YO FAMILIAR	47.36	9.12	2.75	48.64	9.46	2.85
YO SOCIAL	<u>53.36</u>	10.30	3.10	<u>53.45</u>	12.69	3.83
AUTOCRÍTICA	<u>61.91</u>	9.72	2.93	<u>61.45</u>	7.34	2.21
PUNTUACIÓN TOTAL	48.27	11.03	3.33	47.82	11.48	3.46

TABLA 3C
MEDIDAS DE TENDENCIA CENTRAL DEL GRUPO EXPERIMENTAL 2
INVENTARIO DE ASERTIVIDAD DE GAMBRILL Y RICHEY.

SUBESCALA	MEDIA (PRETEST)	DESVIACIÓN ESTÁNDAR (PRETEST)	ERROR ESTÁNDAR (PRETEST)	MEDIA (POSTEST)	DESVIACIÓN ESTÁNDAR (POSTEST)	ERROR ESTÁNDAR (POSTEST)
GRADO DE INCOMODIDAD	52.73	16.18	4.88	<u>37.27</u>	9.04	2.73
PROBABILIDAD DE RESPUESTA	50.90	12.21	3.68	<u>37.27</u>	9.04	2.73

TABLA 3D
MEDIDAS DE TENDENCIA CENTRAL DEL GRUPO CONTROL 2
INVENTARIO DE ASERTIVIDAD DE GAMBRILL Y RICHEY.

SUBESCALA	MEDIA (PRETEST)	DESVIACIÓN ESTÁNDAR (PRETEST)	ERROR ESTÁNDAR (PRETEST)	MEDIA (POSTEST)	DESVIACIÓN ESTÁNDAR (POSTEST)	ERROR ESTÁNDAR (POSTEST)
GRADO DE INCOMODIDAD	<u>47.27</u>	12.72	3.83	<u>49.09</u>	12.21	3.68
PROBABILIDAD DE RESPUESTA	<u>49.09</u>	11.36	3.42	<u>49.09</u>	11.36	3.42

TABLA 4A
MEDIDAS DE TENDENCIA CENTRAL DEL GRUPO EXPERIMENTAL 3
ESCALA DE AUTOCONCEPTO DE TENNESSEE

SUBESCALA	MEDIA (PRETEST)	DESVIACIÓN ESTÁNDAR (PRETEST)	ERROR ESTÁNDAR (PRETEST)	MEDIA (POSTEST)	DESVIACIÓN ESTÁNDAR (POSTEST)	ERROR ESTÁNDAR (POSTEST)
IDENTIDAD	37.23	13.17	3.65	41.08	10.44	2.90
AUTOSATISFACCIÓN	41.46	11.81	3.28	49.46	12.53	3.48
CONDUCTA	38.85	15.57	4.32	60.53	33.59	9.32
YO FÍSICO	35.69	9.65	2.67	42.69	9.36	2.59
YO ÉTICO-MORAL	45.77	10.36	2.87	48.15	10.55	2.93
YO PERSONAL	39.00	13.70	3.80	46.92	12.83	3.56
YO FAMILIAR	38.77	11.45	3.82	<u>53.38</u>	22.45	6.23
YO SOCIAL	40.46	21.23	5.89	<u>52.46</u>	15.65	4.34
AUTOCRÍTICA	<u>60.31</u>	6.33	1.75	<u>61.54</u>	5.03	1.40
PUNTUACIÓN TOTAL	37.31	13.60	3.77	47.92	13.48	3.74

TABLA 4B
MEDIDAS DE TENDENCIA CENTRAL DEL GRUPO CONTROL 3
ESCALA DE AUTOCONCEPTO DE TENNESSEE

SUBESCALA	MEDIA (PRETEST)	DESVIACIÓN ESTÁNDAR (PRETEST)	ERROR ESTÁNDAR (PRETEST)	MEDIA (POSTEST)	DESVIACIÓN ESTÁNDAR (POSTEST)	ERROR ESTÁNDAR (POSTEST)
IDENTIDAD	42.85	15.46	4.29	42.31	15.48	4.29
AUTOSATISFACCIÓN	46.85	12.21	3.39	44.08	10.48	2.90
CONDUCTA	44.92	14.16	3.93	43.08	14.53	4.03
YO FÍSICO	44.00	12.81	3.55	43.69	11.64	3.22
YO ÉTICO-MORAL	47.23	14.01	3.88	46.54	12.94	3.59
YO PERSONAL	45.46	13.03	3.61	44.54	11.29	3.13
YO FAMILIAR	42.70	11.64	3.23	38.38	11.54	3.20
YO SOCIAL	49.31	12.02	3.33	44.70	19.41	5.38
AUTOCRÍTICA	<u>60.77</u>	4.15	1.15	<u>60.70</u>	4.05	1.12
PUNTUACIÓN TOTAL	44.08	14.54	4.03	41.92	13.92	3.65

TABLA 4C
MEDIDAS DE TENDENCIA CENTRAL DEL GRUPO EXPERIMENTAL 3
INVENTARIO DE ASERTIVIDAD DE GAMBRILL Y RICHEY.

SUBESCALA	MEDIA (PRETEST)	DESVIACIÓN ESTÁNDAR	ERROR ESTÁNDAR (PRETEST)	MEDIA (POSTEST)	DESVIACIÓN ESTÁNDAR (POSTEST)	ERROR ESTÁNDAR (POSTEST)
GRADO DE INCOMODIDAD	58.46	11.43	3.17	<u>48.46</u>	12.14	3.37
PROBABILIDAD DE RESPUESTA	56.92	11.09	3.08	<u>45.38</u>	11.27	3.12

TABLA 4D
MEDIDAS DE TENDENCIA CENTRAL DEL GRUPO CONTROL 3
INVENTARIO DE ASERTIVIDAD DE GAMBRILL Y RICHEY.

SUBESCALA	MEDIA (PRETEST)	DESVIACIÓN ESTÁNDAR (PRETEST)	ERROR ESTÁNDAR (PRETEST)	MEDIA (POSTEST)	DESVIACIÓN ESTÁNDAR (POSTEST)	ERROR ESTÁNDAR (POSTEST)
GRADO DE INCOMODIDAD	50.77	14.41	4.00	51.54	12.25	3.73
PROBABILIDAD DE RESPUESTA	50.00	12.25	3.40	50.77	11.87	3.29

En estas tablas se presentan los valores expresados en puntajes T's de las medidas de tendencia central (Media, Desviación Estándar y Error Estándar) de cada subescala, de cada instrumento, los cuales indican los cambios en autoestima y asertividad en cada grupo o condición de grupo.

En la **Tabla 1A** (Grupos Experimentales: Autoconcepto), se observa que las subescalas que obtuvieron puntajes arriba de T=50 fueron, en el pretest la subescala de Autocrítica T=60.62; en el postest fueron las subescalas Autosatisfacción T= 50.24, Conducta T= 54.11, Yo Social T= 52.21 y Autocrítica T=61.94. Con respecto a las demás subescalas no alcanzaron un puntaje T mayor a 50, sin embargo, sí se observa un incremento en cada una de ellas (ver gráfica 1A).

En la **Tabla 1B** (Grupos Control: Autoconcepto), se observa que la única subescala que se mantuvo arriba de T=50, tanto en el pretest como en el postest fue Autocrítica, con puntajes de T=62.44 en el pretest y de T=60.69 en el postest, las demás subescalas se mostraron bajas en el pretest y en el postest bajaron aún más (ver gráfica 1B).

En la **Tabla 1C** (Grupos Experimentales: Asertividad), se observa que las dos subescalas mostraron puntajes arriba de T=50, en el pretest; en el postest las puntuaciones disminuyeron quedando arriba de T=40 (ver gráfica 1C).

En la **Tabla 1D** (Grupos Control: Asertividad), se observa que las dos subescalas de este instrumento muestran puntajes arriba de T=50 en el pretest; en el postest los puntajes incrementaron quedando arriba de T=50 (ver gráfica 1D).

En la **Tabla 2A** (Grupo Experimental 1: Autoconcepto), cómo se puede ver las subescalas que obtuvieron puntuaciones arriba de T=50, en el pretest fue sólo Autocrítica T= 57.36 y en el postest fueron: Autosatisfacción T=50.91, Conducta T= 51.27, Yo Ético-Moral T=51.09, Yo Social T=55.36 y Autocrítica T=62.82 (ver gráfica 2A).

En la **Tabla 2B** (Grupo Control 1: Autoconcepto), en el pretest la subescala que se colocó arriba de la media estándar fue sólo Autocrítica T=64.64, lo mismo que en el postest

Autocrítica T= 59.91, aquí hubo un decremento en la puntuación (ver gráfica 2B).

En la **Tabla 2C** (Grupo Experimental 1: Asertividad), en el pretest fueron ambas subescalas las que se colocaron arriba de T=50 y en el postest disminuyeron significativamente arrojando puntajes ligeramente arriba de T=40 (ver gráfica 2C).

En la **Tabla 2D** (Grupo Control 1: Asertividad), en el pretest ambas subescalas se encuentran arriba de T=50 y en el postest mantuvieron este mismo puntaje (ver gráfica 2D).

En la **Tabla 3A** (Grupo Experimental 2: Autoconcepto), en el pretest fue sólo Autocrítica T= 64.18 y en el postest las subescalas que obtuvieron puntuaciones arriba de la media estándar fueron: Autosatisfacción T=50.36, Conducta T= 50.54 y Autocrítica T=61.45 (ver gráfica 3A).

En la **Tabla 3B** (Grupo Control 2: Autoconcepto), en el pretest fueron dos subescalas que reflejan puntajes arriba de T=50, que son: Yo Social T= 53.36 y Autocrítica T=61.91 y en el postest las subescalas que obtuvieron puntuaciones arriba de esta medida fueron: Yo Social T=53.45 y Autocrítica T=61.45, aquí se ve un ligero incremento en la subescala Yo social, y Autocrítica bajo su puntaje (ver gráfica 3B).

En la **Tabla 3C** (Grupo Experimental 2: Asertividad), en el pretest fueron igualmente ambas subescalas que obtuvieron puntajes arriba de T=50, en el postest las dos subescalas obtuvieron puntajes abajo de T=40, siendo este el único grupo que obtuvo puntuaciones bajas (ver gráfica 3C).

En la **Tabla 3D** (Grupo Control 2: Asertividad), en el pretest las dos subescalas puntúan arriba de T=50, en el postest la única que se mantuvo igual fue la subescala de Probabilidad de Respuesta (P.R.) y la subescala Grado de Incomodidad (G.I.) incrementó su puntaje quedando arriba de T=50 (ver gráfica 3D).

En la **Tabla 4A** (Grupo Experimental 3: Autoconcepto), en el pretest fue sólo

Autocrítica T= 60.31 y en el postest: Conducta T= 60.53, Yo Familiar T= 53.38, Yo Social T= 52.46, y Autocrítica T= 61.54 las subescalas que puntuaron arriba de la media estándar (ver gráfica 4A).

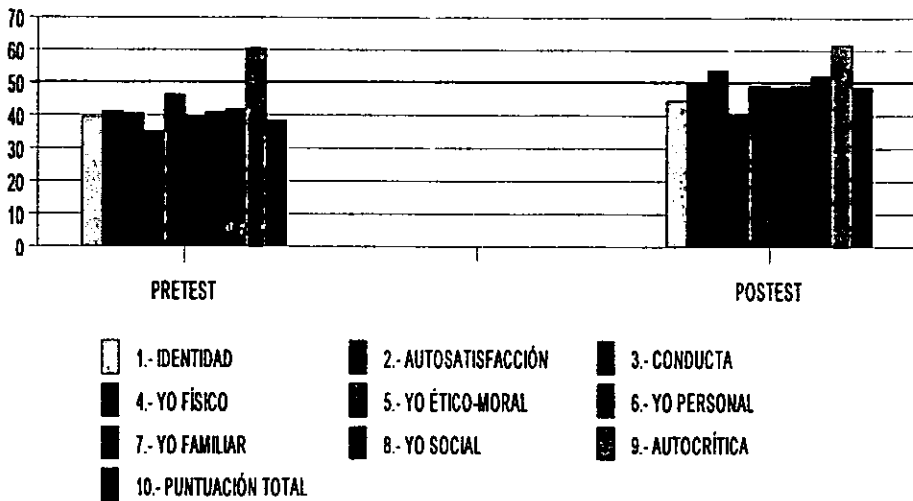
En la **Tabla 4B** (Grupo Control 3: Autoconcepto), en el pretest y el postest fue sólo Autocrítica T= 60.77 (pretest), Autocrítica T=60.70 (postest), en la que se observa una ligera disminución (ver gráfica 4B).

En la **Tabla 4C** (Grupo Experimental 3: Asertividad), en el pretest ambas subescalas puntúan arriba de T=50 y en el postest estas decrementaron significativamente quedando abajo de T=40 (ver gráfica 4C).

En la **Tabla 4D** (Grupo Control 3: Asertividad), en el pretest las dos subescalas arrojaron puntajes arriba de T=50 y en el postest incrementaron ligeramente su valor (ver gráfica 4D).

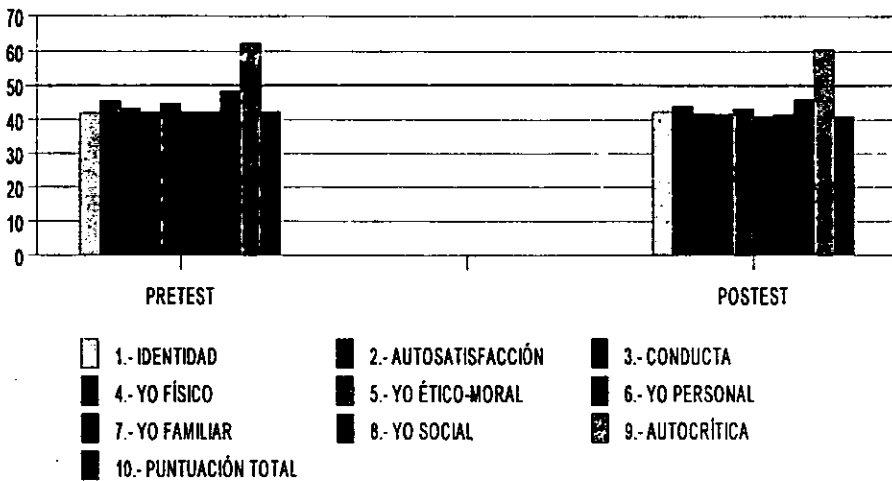
GRAFICA 1A

PUNTAJES PROMEDIO DE LOS CAMBIOS EN AUTOESTIMA DE LOS GRUPOS EXPERIMENTALES



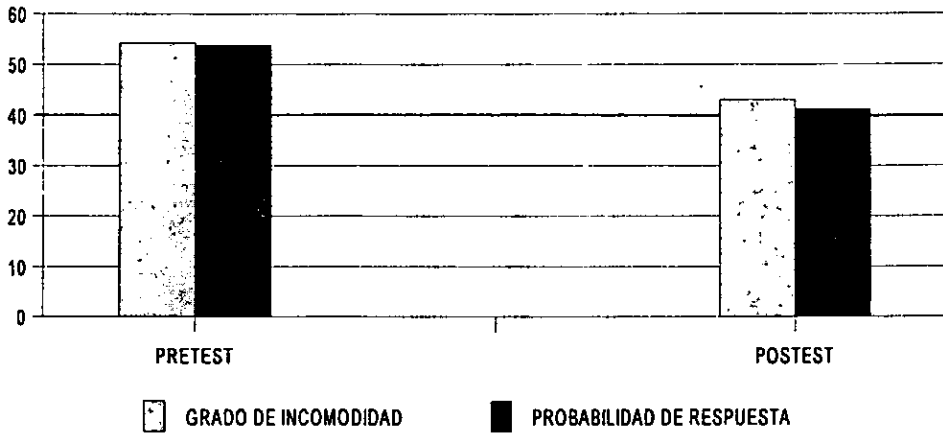
GRAFICA 1B

PUNTAJES PROMEDIO DE LOS CAMBIOS EN AUTOESTIMA EN LOS GRUPOS CONTROL



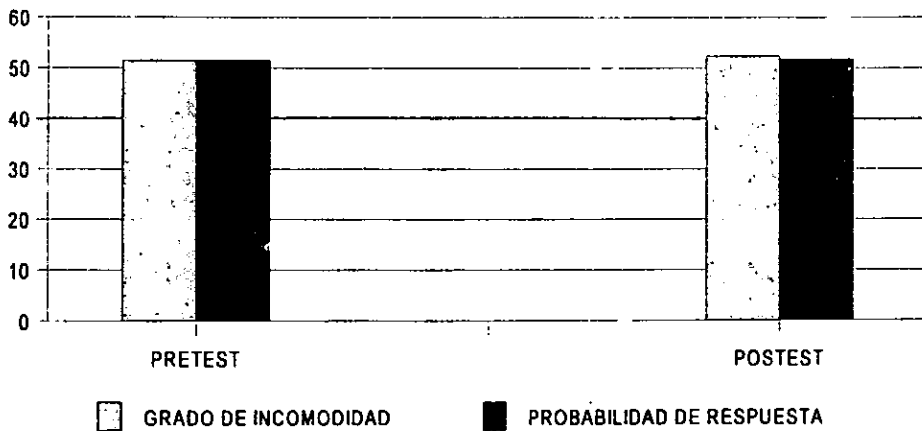
GRAFICA 1C

PUNTAJES PROMEDIO DE LOS CAMBIOS EN ASERTIVIDAD EN LOS GRUPOS EXPERIMENTALES



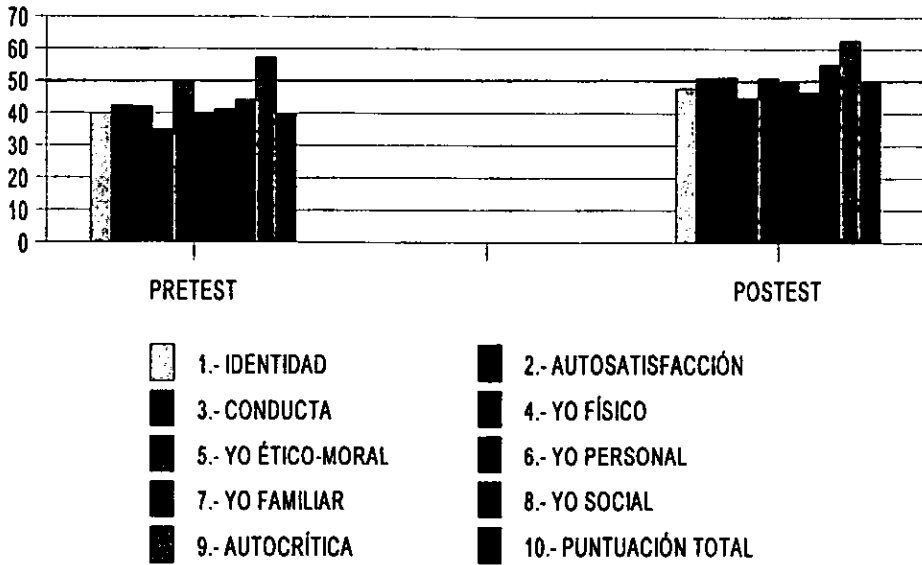
GRAFICA 1D

PUNTAJES PROMEDIO DE LOS CAMBIOS EN ASERTIVIDAD EN LOS GRUPOS CONTROL



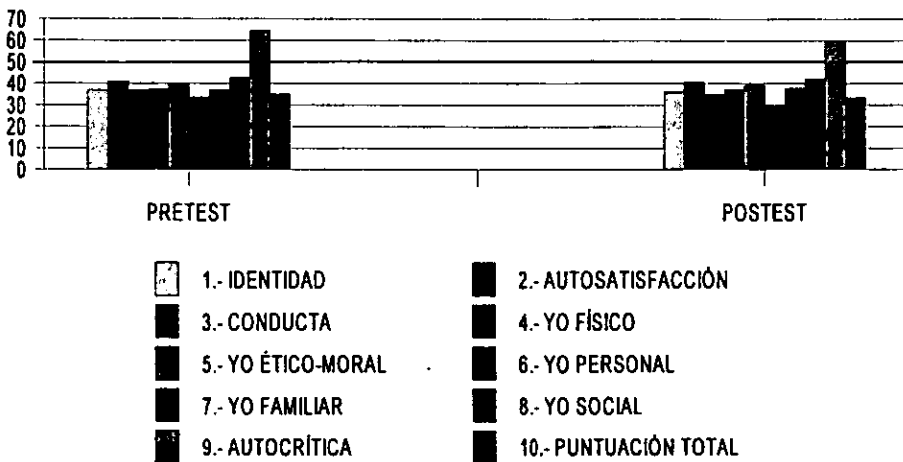
GRAFICA 2A

PUNTAJES PROMEDIO DE LOS CAMBIOS EN AUTOESTIMA EN EL GRUPO EXPERIMENTAL 1



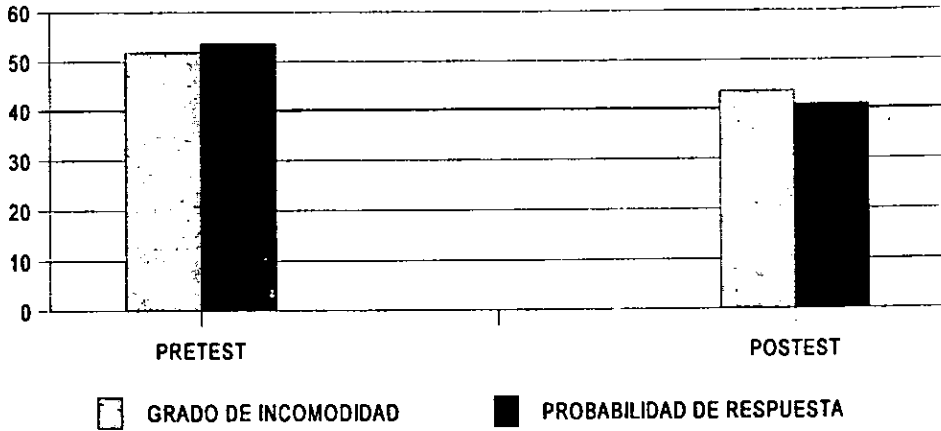
GRAFICA 2B

PUNTAJES PROMEDIO DE LOS CAMBIOS EN AUTOESTIMA EN EL GRUPO CONTROL 1



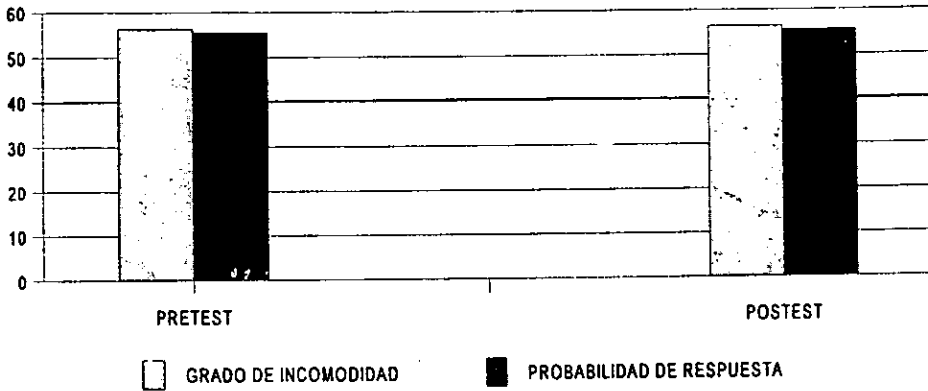
GRAFICA 2C

PUNTAJES PROMEDIO DE LOS CAMBIOS EN ASERTIVIDAD EN EL GRUPO EXPERIMENTAL 1



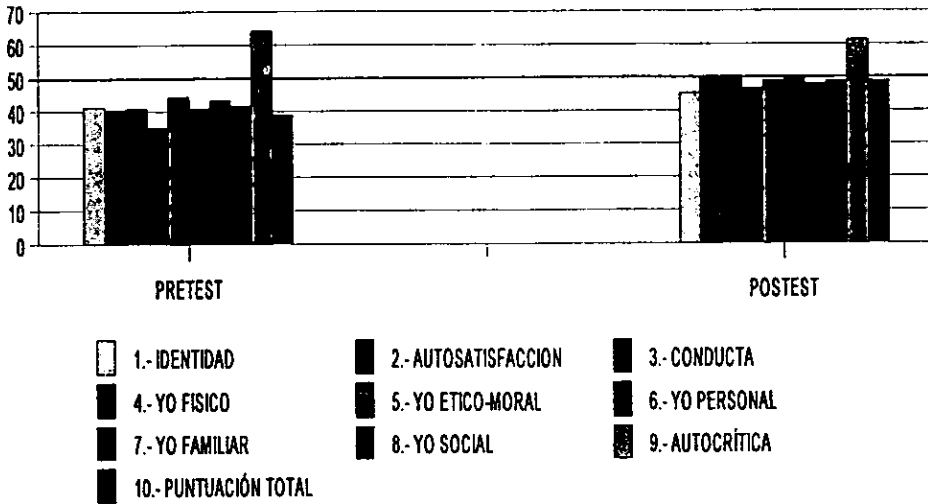
GRAFICA 2D

PUNTAJES PROMEDIO DE LOS CAMBIOS EN ASERTIVIDAD EN EL GRUPO CONTROL 1



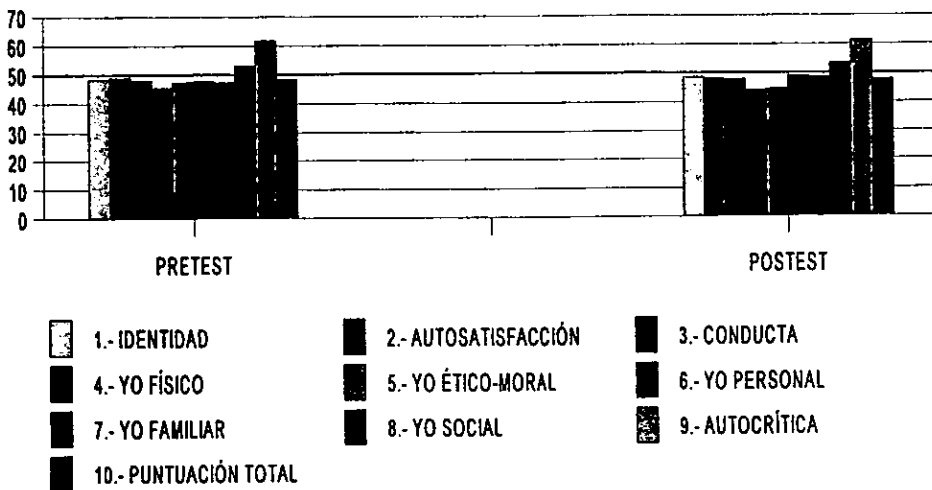
GRAFICA 3A

PUNTAJES PROMEDIO DE LOS CAMBIOS EN AUTOESTIMA EN EL GRUPO EXPERIMENTAL 2



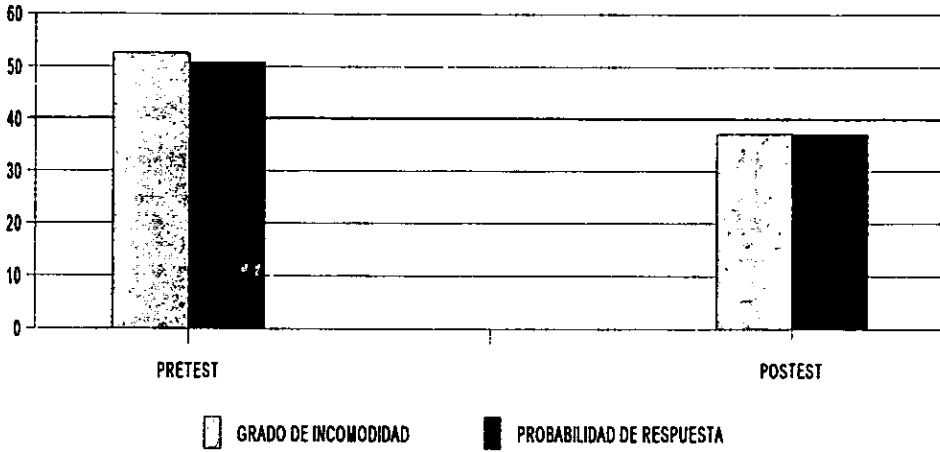
GRAFICA 3B

PUNTAJES PROMEDIO DE LOS CAMBIOS EN AUTOESTIMA EN EL GRUPO CONTROL 2



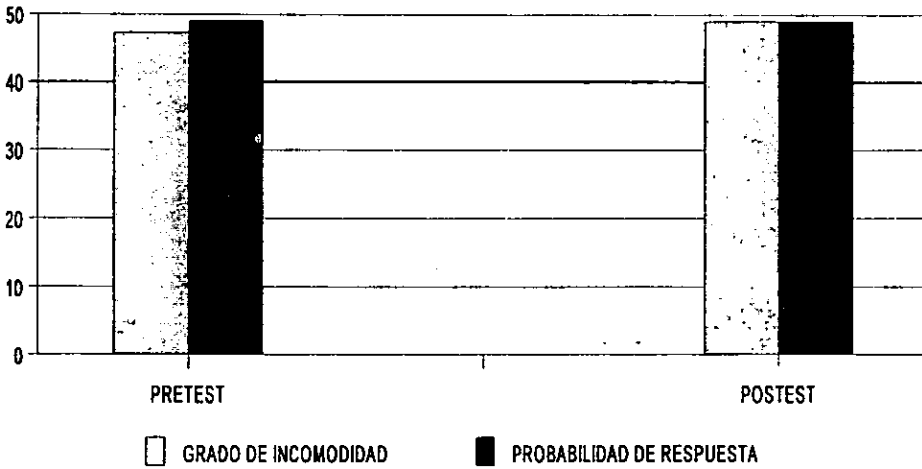
GRAFICA 3C

PUNTAJES PROMEDIO DE LOS CAMBIOS EN ASERTIVIDAD EN EL GRUPO EXPERIMENTAL 2

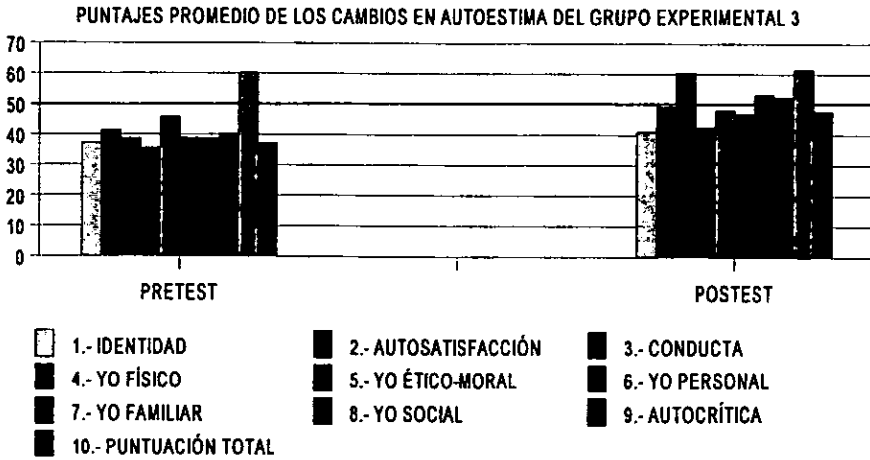


GRAFICA 3D

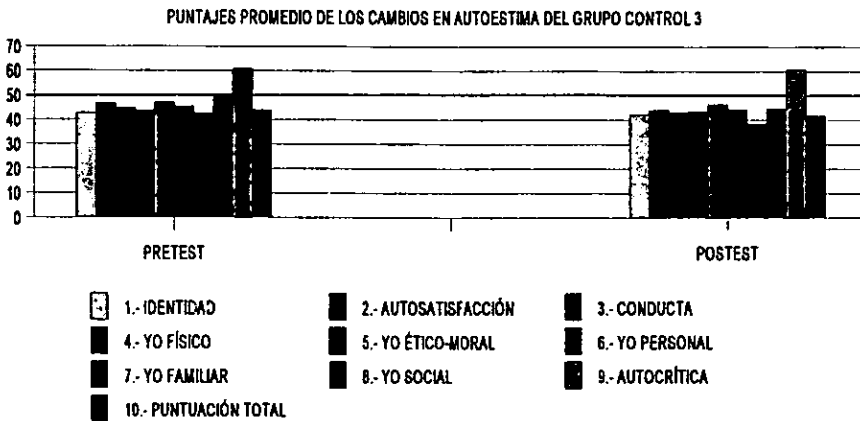
PUNTAJES PROMEDIO DE LOS CAMBIOS EN ASERTIVIDAD EN EL GRUPO CONTROL 2



GRAFICA 4A

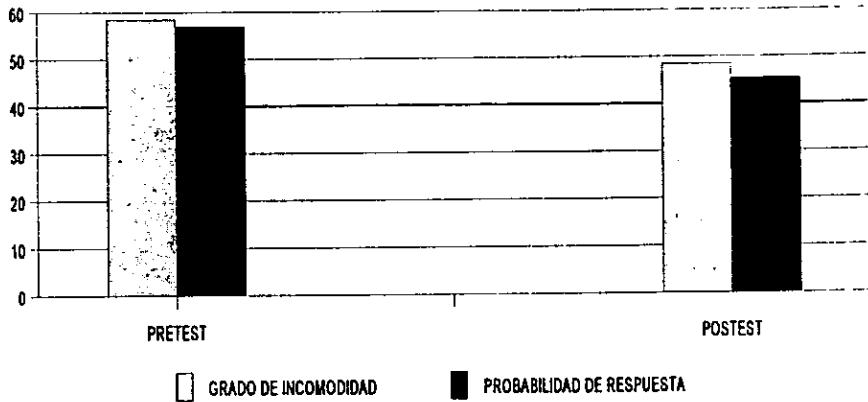


GRAFICA 4B



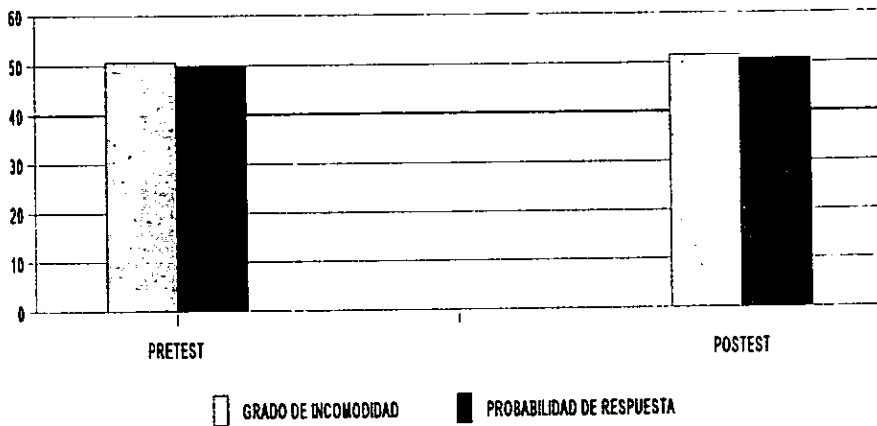
GRAFICA 4C

PUNTAJES PROMEDIO DE LOS CAMBIOS EN ASERTIVIDAD EN EL GRUPO EXPERIMENTAL 3



GRAFICA 4D

PUNTAJES PROMEDIO DE LOS CAMBIOS EN ASERTIVIDAD EN EL GRUPO CONTROL 3



Las Medias expresadas en puntajes T 's de los 6 grupos se compararon a través de un Análisis de Varianza Unidireccional (ANOVA One Way) para más de dos grupos independientes, lo que también indicó la distribución de los datos de cada subescala de cada instrumento en los 6 grupos. La razón para utilizar esta prueba estadística se justifica si se considera que se compararon los 6 grupos simultáneamente y el nivel de medición es por intervalos (Hernández, Fernández y Baptista, 1994, 1998).

TABLA 1
VALORES DEL PRETEST Y DEL POSTEST DEL INVENTARIO DE ASERTIVIDAD DE
GAMBRILL Y RICHEY

MEDICIÓN	SUBESCALA	VALOR DE F	GRADOS DE LIBERTAD	PROBABILIDAD DEL VALOR DE F	HIPÓTESIS NULA	NIVEL DE HOMOGENEIDAD
PRETEST	GRADO DE INCOMODIDAD	1.0422	69	.4008	SE ACEPTA	.790*
PRETEST	PROBABILIDAD DE RESPUESTA	.8716	69	.5052	SE ACEPTA	.989*
POSTEST	GRADO DE INCOMODIDAD	3.3132	69	.0101	SE RECHAZA	.728*
POSTEST	PROBABILIDAD DE RESPUESTA	3.7534	69	.0048	SE RECHAZA	.981*

La hipótesis nula es rechazada cuando el nivel de significancia es $p < 0.05$ y se acepta cuando $p > 0.05$. Este criterio será utilizado para todos los datos que a continuación se describen.

*La distribución de los datos es homogénea cuando $p > 0.05$.

En esta prueba las dos subescalas del posttest muestran diferencias significativas.

TABLA 2
VALORES DEL PRETEST Y DEL POSTEST DE LA ESCALA DE AUTOCONCEPTO DE TENNESSEE

MEDICIÓN	SUBESCALA	VALOR DE F	GRADOS DE LIBERTAD	PROBABILIDAD DEL VALOR F	HIPÓTESIS NULA	NIVEL DE HOMOGENEIDAD
PRETEST	IDENTIDAD	1.1433	69	.3464	SE ACEPTA	.953*
	AUTOSATISFACCIÓN	1.1575	69	.3398	SE ACEPTA	.520*
	CONDUCTA	.9217	69	.4728	SE ACEPTA	.975*
	YO FÍSICO	1.6310	69	.1646	SE ACEPTA	.434*
	YO ÉTICO-MORAL	.9571	69	.4508	SE ACEPTA	.544*
	YO PERSONAL	1.5320	69	.1924	SE ACEPTA	.846*
	YO FAMILIAR	1.0846	69	.3774	SE ACEPTA	.841*
	YO SOCIAL	1.3507	69	.2548	SE ACEPTA	.166*
	AUTOCRÍTICA	1.3088	69	.2715	SE ACEPTA	.325*
	PUNTUACIÓN TOTAL	1.4923	69	.2048	SE ACEPTA	.978*
POSTEST	IDENTIDAD	1.3143	69	.2692	SE ACEPTA	.104*
	AUTOSATISFACCIÓN	1.6136	69	.1692	SE ACEPTA	.132*
	CONDUCTA	2.2956	69	.0555	SE ACEPTA	.236*
	YO FÍSICO	.7656	69	.5780	SE ACEPTA	.030
	YO ÉTICO-MORAL	1.3831	69	.2425	SE ACEPTA	.661*
	YO PERSONAL	3.6317	69	.0059	SE RECHAZA	.077*
	YO FAMILIAR	2.2341	69	.0615	SE ACEPTA	.119*
	YO SOCIAL	1.3816	69	.2430	SE ACEPTA	.833*
	AUTOCRÍTICA	.2982	69	.9121	SE ACEPTA	.053*
	PUNTUACIÓN TOTAL	2.4283	69	.0445	SE RECHAZA	.190*

En esta prueba las únicas subescalas que muestran diferencias significativas son Yo Personal y en la Puntuación Total del postest.

Se compararon cada grupo consigo mismo entre el pretest y el posttest utilizando la Prueba no Paramétrica de Rangos Señalados y Pares Igualados de Wilcoxon debido a que se trata de una muestra medida dos veces (Siegel y Castellan, 1995), esto se realizó para cada subescala del Inventario de Asertividad de Gambrill y Richey y de la Escala de Autoconcepto de Tennessee.

TABLA 3
VALORES DEL INVENTARIO DE ASERTIVIDAD DE GAMBRILL Y RICHEY DE LOS 3
GRUPOS EXPERIMENTALES

GRUPO	SUBESCALA	VALOR DE W	PROBABILIDAD DEL VALOR DE W	HIPÓTESIS NULA
EXP. 1	GRADO DE INCOMODIDAD	-2.0284	.0425	SE RECHAZA
EXP. 1	PROBABILIDAD DE RESPUESTA	-1.8363	.0663	SE ACEPTA
EXP. 2	GRADO DE INCOMODIDAD	-2.6656	.0077	SE RECHAZA
EXP. 2	PROBABILIDAD DE RESPUESTA	-2.6656	.0077	SE RECHAZA
EXP. 3	GRADO DE INCOMODIDAD	-2.5205	.0117	SE RECHAZA
EXP. 3	PROBABILIDAD DE RESPUESTA	-2.8031	.0051	SE RECHAZA

Las subescalas que muestran diferencias significativas son: del grupo experimental 1: Grado de Incomodidad; del grupo experimental 2: Grado de Incomodidad y Probabilidad de Respuesta; del grupo experimental 3: Grado de Incomodidad y Probabilidad de Respuesta.

TABLA 4
VALORES DEL INVENTARIO DE ASERTIVIDAD DE GAMBRILL Y RICHEY DE LOS
3 GRUPOS CONTROL

GRUPO	SUBESCALA	VALOR DE W	PROBABILIDAD DEL VALOR DE W	HIPÓTESIS NULA
CTR. 1	GRADO DE INCOMODIDAD	.0000	1.0000	SE ACEPTA
CTR. 1	PROBABILIDAD DE RESPUESTA	.0000	1.0000	SE ACEPTA
CTR. 2	GRADO DE INCOMODIDAD	- .9129	.3613	SE ACEPTA
CTR. 2	PROBABILIDAD DE RESPUESTA	.0000	1.0000	SE ACEPTA
CTR. 3	GRADO DE INCOMODIDAD	-1.0000	.3173	SE ACEPTA
CTR. 3	PROBABILIDAD DE RESPUESTA	-1.0000	.3173	SE ACEPTA

Ninguna subescala muestra diferencias significativas.

TABLA 5
VALORES DE LA ESCALA DE AUTOCONCEPTO DE TENNESSEE DE LOS 3 GRUPOS
EXPERIMENTALES

GRUPO	SUBESCALA	VALOR DE W	PROBABILIDAD DEL VALOR DE W	HIPÓTESIS NULA
EXP. 1	IDENTIDAD	-2.0005	.0454	SE RECHAZA
	AUTOSATISFACCIÓN	-2.4895	.0128	SE RECHAZA
	CONDUCTA	-2.4450	.0145	SE RECHAZA
	YO FÍSICO	-2.0449	.0409	SE RECHAZA
	YO ÉTICO-MORAL	- .9478	.3433	SE ACEPTA
	YO PERSONAL	-2.2228	.0262	SE RECHAZA
	YO FAMILIAR	-2.6656	.0077	SE RECHAZA
	YO SOCIAL	-2.7562	.0058	SE RECHAZA
	AUTOCRÍTICA	- .7135	.4755	SE ACEPTA
	PUNTUACIÓN TOTAL	-2.4006	.0164	SE RECHAZA
EXP. 2	IDENTIDAD	- .9780	.3281	SE ACEPTA
	AUTOSATISFACCIÓN	-1.9116	.0559	SE ACEPTA
	CONDUCTA	-1.7782	.0754	SE ACEPTA
	YO FÍSICO	-2.1783	.0294	SE RECHAZA
	YO ÉTICO-MORAL	-1.2892	.1973	SE ACEPTA
	YO PERSONAL	-1.4226	.1549	SE ACEPTA
	YO FAMILIAR	-1.3337	.1823	SE ACEPTA
	YO SOCIAL	-1.2448	.2132	SE ACEPTA
	AUTOCRÍTICA	- .9478	.3433	SE ACEPTA
	PUNTUACIÓN TOTAL	-1.6449	.1000	SE ACEPTA
EXP. 3	IDENTIDAD	-2.1783	.0294	SE RECHAZA
	AUTOSATISFACCIÓN	-2.2713	.0231	SE RECHAZA
	CONDUCTA	-3.0400	.0024	SE RECHAZA
	YO FÍSICO	-3.0594	.0022	SE RECHAZA
	YO ÉTICO-MORAL	-1.1881	.2348	SE ACEPTA
	YO PERSONAL	-2.7954	.0052	SE RECHAZA
	YO FAMILIAR	-3.1798	.0015	SE RECHAZA
	YO SOCIAL	-2.3761	.0175	SE RECHAZA
	AUTOCRÍTICA	- .5335	.5937	SE ACEPTA
	PUNTUACIÓN TOTAL	-3.1798	.0015	SE RECHAZA

Las subescalas que muestran diferencias significativas son: del grupo experimental 1: Identidad, Autosatisfacción, Conducta, Yo Físico, Yo Personal, Yo Familiar, Yo Social y en la Puntuación Total; del grupo experimental 2: Yo Físico; del grupo experimental 3: Identidad, Autosatisfacción, Conducta, Yo Físico, Yo Familiar, Yo Social, y en la Puntuación Total.

TABLA 6
VALORES DE LA ESCALA DE AUTOCONCEPTO DE TENNESSEE DE LOS 3 GRUPOS CONTROL

GRUPO	SUBESCALA	VALOR DE W	PROBABILIDAD DEL VALOR DE W	HIPÓTESIS NULA
CTR. 1	IDENTIDAD	-1.0662	.2863	SE ACEPTA
	AUTOSATISFACCIÓN	-1.2232	.2213	SE ACEPTA
	CONDUCTA	- .4146	.6784	SE ACEPTA
	YO FÍSICO	- .6224	.5337	SE ACEPTA
	YO ÉTICO-MORAL	- .5096	.6103	SE ACEPTA
	YO PERSONAL	-1.1114	.2664	SE ACEPTA
	YO FAMILIAR	- .3568	.7213	SE ACEPTA
	YO SOCIAL	- .6224	.5337	SE ACEPTA
	AUTOCRÍTICA	-2.0449	.0409	SE RECHAZA
	PUNTUACIÓN TOTAL	-2.0284	.0425	SE RECHAZA
CTR. 2	IDENTIDAD	- .3058	.7598	SE ACEPTA
	AUTOSATISFACCIÓN	- .5335	.5937	SE ACEPTA
	CONDUCTA	- .8664	.3863	SE ACEPTA
	YO FÍSICO	-1.2741	.2026	SE ACEPTA
	YO ÉTICO-MORAL	-2.2672	.0234	SE RECHAZA
	YO PERSONAL	-1.4670	.1424	SE ACEPTA
	YO FAMILIAR	-1.1202	.2626	SE ACEPTA
	YO SOCIAL	-1.1202	.2626	SE ACEPTA
	AUTOCRÍTICA	.0000	1.0000	SE ACEPTA
	PUNTUACIÓN TOTAL	-1.1847	.2361	SE ACEPTA
CTR. 3	IDENTIDAD	-1.5403	.1235	SE ACEPTA
	AUTOSATISFACCIÓN	- .9478	.3433	SE ACEPTA
	CONDUCTA	-1.6893	.0912	SE ACEPTA
	YO FÍSICO	- .4193	.6750	SE ACEPTA
	YO ÉTICO-MORAL	- .6668	.5049	SE ACEPTA
	YO PERSONAL	- .4587	.6465	SE ACEPTA
	YO FAMILIAR	-1.3977	.1622	SE ACEPTA
	YO SOCIAL	-2.1665	.0303	SE RECHAZA
	AUTOCRÍTICA	- .3494	.7268	SE ACEPTA
	PUNTUACIÓN TOTAL	-2.6656	.0077	SE RECHAZA

Las subescalas que muestran diferencias significativas son: del grupo control 1: Autocrítica y en la Puntuación Total; del grupo control 2: la única subescala que presentó diferencia significativa es Yo Ético-Moral; en el grupo control 3: Yo Social y en la Puntuación Total.

Se unieron los 3 grupos experimentales para formar un sólo grupo y los 3 grupos control para formar otro grupo, es decir aquí sólo se compararon el pretest y el postest de cada instrumento de 2 grupos independientes, la comparación se realizó por medio de la Prueba Paramétrica "t" para Muestras Independientes, la razón para utilizar esta prueba es que sólo se comparó el pretest y el postest de dos grupos independientes y el nivel de medición es por intervalos (Hernández, Fernández y Baptista, 1994, 1998).

TABLA 7
VALORES DEL PRETEST DEL INVENTARIO DE ASERTIVIDAD DE GAMBRILL Y RICHEY

SUBESCALA	VALOR DE t	GRADOS DE LIBERTAD	PROBABILIDAD DEL VALOR DE t	HIPÓTESIS NULA
GRADO DE INCOMODIDAD	.97	68	.336	SE ACEPTA
PROBABILIDAD DE RESPUESTA	.92	68	.360	SE ACEPTA

Ninguna subescala muestra diferencias significativas.

TABLA 8
VALORES DEL POSTEST DEL INVENTARIO DE ASERTIVIDAD DE GAMBRILL Y RICHEY

SUBESCALA	VALOR DE t	GRADOS DE LIBERTAD	PROBABILIDAD DEL VALOR DE t	HIPÓTESIS NULA
GRADO DE INCOMODIDAD	-3.00	68	.004	SE RECHAZA
PROBABILIDAD DE RESPUESTA	-3.71	68	.000	SE RECHAZA

Las dos subescalas presentan diferencias significativas.

TABLA 9
VALORES DEL PRETEST DE LA ESCALA DE AUTOCONCEPTO DE TENNESSEE

SUBESCALA	VALOR DE t	GRADOS DE LIBERTAD	PROBABILIDAD DEL VALOR DE t	HIPÓTESIS NULA
IDENTIDAD	-1.09	68	.278	SE ACEPTA
AUTOSATISFACCIÓN	-1.64	68	.106	SE ACEPTA
CONDUCTA	-.85	68	.397	SE ACEPTA
YO FÍSICO	-2.41	68	.019	SE RECHAZA
YO ÉTICO-MORAL	.55	63.75	.583	SE ACEPTA
YO PERSONAL	-.78	68	.440	SE ACEPTA
YO FAMILIAR	-.51	68	.069	SE ACEPTA
YO SOCIAL	-1.86	68	.067	SE ACEPTA
AUTOCRÍTICA	-.92	68	.362	SE ACEPTA
PUNTUACIÓN TOTAL	-1.24	68	.220	SE ACEPTA

La única subescala que muestra diferencia significativa es: Yo Físico.

TABLA 10
VALORES DEL POSTEST DE LA ESCALA DE AUTOCONCEPTO DE TENNESSEE

SUBESCALA	VALOR DE t	GRADOS DE LIBERTAD	PROBABILIDAD DEL VALOR DE t	HIPÓTESIS NULA
IDENTIDAD	.64	68	.753	SE ACEPTA
AUTOSATISFACCIÓN	2.33	68	.023	SE RECHAZA
CONDUCTA	2.65	68	.010	SE RECHAZA
YO FÍSICO	.99	68	.327	SE ACEPTA
YO ÉTICO-MORAL	2.06	68	.044	SE RECHAZA
YO PERSONAL	2.17	68	.034	SE RECHAZA
YO FAMILIAR	2.36	68	.021	SE RECHAZA
YO SOCIAL	1.55	68	.127	SE ACEPTA
AUTOCRÍTICA	.89	68	.379	SE ACEPTA
PUNTUACIÓN TOTAL	2.37	68	.021	SE RECHAZA

Las subescalas que presentan diferencias significativas son: Identidad, Autosatisfacción, Conducta, Yo Ético- Moral, Yo Personal, Yo Familiar y en la Puntuación Total.

Se compararon cada par de grupos; es decir, grupo experimental 1 con grupo control 1, grupo experimental 2 con grupo control 2 y grupo experimental 3 con grupo control 3, en el pretest y en el postest de cada subescala de cada instrumento, para lo cual se utilizó la Prueba no Paramétrica U de Mann-Whitney-Wilcoxon, ya que en este estudio se emplearon dos muestras independientes pequeñas para cada par de grupos y se utilizaron mediciones que probablemente corresponden a una escala ordinal (Siegel y Castellan, 1995).

TABLA 11
TABLA DE VALORES DEL PRETEST DEL INVENTARIO DE ASERTIVIDAD DE GAMBRILL Y RICHEY

GRUPOS	SUBESCALA	VALOR DE U	PROBABILIDAD DEL VALOR DE U	HIPÓTESIS NULA
EXP 1 Y CTR 1	GRADO DE INCOMODIDAD	-.7436	.4571	SE ACEPTA
EXP 1 Y CTR 1	PROBABILIDAD DE RESPUESTA	-.4109	.6811	SE ACEPTA
EXP 2 Y CTR 2	GRADO DE INCOMODIDAD	-.7066	.4798	SE ACEPTA
EXP 2 Y CTR 2	PROBABILIDAD DE RESPUESTA	-.1716	.8638	SE ACEPTA
EXP 3 Y CTR 3	GRADO DE INCOMODIDAD	-1.4080	.1591	SE ACEPTA
EXP 3 Y CTR 3	PROBABILIDAD DE RESPUESTA	-1.4929	.1355	SE ACEPTA

Ninguna subescala muestra diferencias significativas en ningún par de grupos.

TABLA 12
VALORES DEL POSTEST DEL INVENTARIO DE ASERTIVIDAD DE GAMBRILL Y RICHEY

GRUPOS	SUBESCALA	VALOR DE U	PROBABILIDAD DEL VALOR DE U	HIPÓTESIS NULA
EXP 1 Y CTR 1	GRADO DE INCOMODIDAD	-2.4528	.0142	SE RECHAZA
EXP 1 Y CTR 1	PROBABILIDAD DE RESPUESTA	-2.7609	.0058	SE RECHAZA
EXP 2 Y CTR 2	GRADO DE INCOMODIDAD	-2.3797	.0173	SE RECHAZA
EXP 2 Y CTR 2	PROBABILIDAD DE RESPUESTA	-2.4922	.0127	SE RECHAZA
EXP 3 Y CTR 3	GRADO DE INCOMODIDAD	-.6576	.5108	SE ACEPTA
EXP 3 Y CTR 3	PROBABILIDAD DE RESPUESTA	-1.2213	.2220	SE ACEPTA

Las subescalas que muestran diferencias significativas son: de los grupos experimental 1 y control 1: Grado de Incomodidad y Probabilidad de Respuesta; lo mismo que en el par de grupos experimental 2 y control 2.

TABLA 13
VALORES DEL PRETEST DE LA ESCALA DE AUTOCONCEPTO DE TENNESSEE

GRUPOS	SUBESCALA	VALOR DE U	PROBABILIDAD DEL VALOR DE U	HIPÓTESIS NULA
EXP 1 Y CTR 1	IDENTIDAD	-.6258	.5315	SE ACEPTA
	AUTOSATISFACCIÓN	-.0988	.9213	SE ACEPTA
	CONDUCTA	-.7893	.4299	SE ACEPTA
	YO FÍSICO	-.3943	.6933	SE ACEPTA
	YO ÉTICO-MORAL	-2.0385	.0415	SE RECHAZA
	YO PERSONAL	-1.0515	.2930	SE ACEPTA
	YO FAMILIAR	-.7900	.4295	SE ACEPTA
	YO SOCIAL	-.1317	.8952	SE ACEPTA
	AUTOCRÍTICA	-1.9481	.0514	SE ACEPTA
	PUNTUACIÓN TOTAL	-1.0518	.2929	SE ACEPTA
EXP 2 Y CTR 2	IDENTIDAD	-1.4126	.1578	SE ACEPTA
	AUTOSATISFACCIÓN	-2.4666	.0136	SE RECHAZA
	CONDUCTA	-.9538	.3402	SE ACEPTA
	YO FÍSICO	-2.1432	.0321	SE RECHAZA
	YO ÉTICO-MORAL	-.6905	.4899	SE ACEPTA
	YO PERSONAL	-1.3174	.1877	SE ACEPTA
	YO FAMILIAR	-1.1537	.2486	SE ACEPTA
	YO SOCIAL	-2.1712	.0299	SE RECHAZA
	AUTOCRÍTICA	-.4625	.6437	SE ACEPTA
	PUNTUACIÓN TOTAL	-1.8746	.0608	SE ACEPTA
EXP 3 Y CTR 3	IDENTIDAD	-1.2060	.2278	SE ACEPTA
	AUTOSATISFACCIÓN	-1.1809	.2376	SE ACEPTA
	CONDUCTA	-.9497	.3423	SE ACEPTA
	YO FÍSICO	-1.9517	.0510	SE ACEPTA
	YO ÉTICO-MORAL	-1.5645	.5724	SE ACEPTA
	YO PERSONAL	-1.2581	.2083	SE ACEPTA
	YO FAMILIAR	-.4112	.6809	SE ACEPTA
	YO SOCIAL	-1.8221	.0684	SE ACEPTA
	AUTOCRÍTICA	-.4642	.6425	SE ACEPTA
	PUNTUACIÓN TOTAL	-1.2070	.2274	SE ACEPTA

Las subescalas que muestran diferencias significativas son: de los grupos experimental 1 y control 1: Yo Ético- Moral; de los grupos experimental 2 y control 2: Autosatisfacción, Yo Físico y Yo Social; de los grupos experimental 3 y control 3, no se encontraron diferencias significativas en ninguna subescala.

TABLA 14
VALORES DEL POSTEST DE LA ESCALA DE AUTOCONCEPTO DE TENNESSEE

GRUPOS	SUBESCALA	VALOR DE U	PROBABILIDAD DEL VALOR DE U	HIPÓTESIS NULA
EXP 1 Y CTR 1	IDENTIDAD	-2.0050	.0450	SE RECHAZA
	AUTOSATISFACCIÓN	-2.2073	.0273	SE RECHAZA
	CONDUCTA	-2.1464	.0318	SE RECHAZA
	YO FÍSICO	-1.2158	.2240	SE ACEPTA
	YO ÉTICO-MORAL	-2.3002	.0214	SE RECHAZA
	YO PERSONAL	-2.8308	.0046	SE RECHAZA
	YO FAMILIAR	-1.4800	.1389	SE ACEPTA
	YO SOCIAL	-2.4680	.0136	SE RECHAZA
	AUTOCRÍTICA	- .7584	.4482	SE ACEPTA
PUNTUACIÓN TOTAL	-2.6632	.0077	SE RECHAZA	
EXP 2 Y CTR 2	IDENTIDAD	-.0987	.9214	SE ACEPTA
	AUTOSATISFACCIÓN	-.5922	.5537	SE ACEPTA
	CONDUCTA	-.3286	.7425	SE ACEPTA
	YO FÍSICO	-.5261	.5988	SE ACEPTA
	YO ÉTICO-MORAL	-.8900	.3735	SE ACEPTA
	YO PERSONAL	-.4936	.6216	SE ACEPTA
	YO FAMILIAR	-.2962	.7671	SE ACEPTA
	YO SOCIAL	-.6552	.5318	SE ACEPTA
	AUTOCRÍTICA	.0000	1.0000	SE ACEPTA
PUNTUACIÓN TOTAL	-.3630	.7166	SE ACEPTA	
EXP 3 Y CTR 3	IDENTIDAD	-.3598	.7190	SE ACEPTA
	AUTOSATISFACCIÓN	-1.1292	.2588	SE ACEPTA
	CONDUCTA	-1.5660	.1174	SE ACEPTA
	YO FÍSICO	-.2314	.8170	SE ACEPTA
	YO ÉTICO-MORAL	.0000	1.0000	SE ACEPTA
	YO PERSONAL	-.0257	.9795	SE ACEPTA
	YO FAMILIAR	-1.6990	.0893	SE ACEPTA
	YO SOCIAL	-1.3851	.1660	SE ACEPTA
	AUTOCRÍTICA	-.0263	.9790	SE ACEPTA
PUNTUACIÓN TOTAL	.8990	.3687	SE ACEPTA	

Las subescalas que muestran diferencias significativas son: de los grupos experimental 1 y control 1: Identidad, Autosatisfacción, Conducta, Yo Ético-Moral, Yo Personal, Yo Social, y en la Puntuación Total; en los par de grupos experimental 2 y control 2 y experimental 3 y control 3, no se encontraron diferencias significativas en ninguna subescala.

Se utilizó la Correlación de Pearson, para conocer el tipo de relación que existe entre Asertividad y Autoconcepto, para lo cual se utilizaron las puntuaciones de cada subescala de la Escala de Autoconcepto de Tennessee para cada subescala del Inventario de Asertividad de Gambrell y Richey. La razón para utilizar esta prueba estadística se justifica si se considera que se analizó la relación de 2 variables (Autoconcepto y Asertividad) medidas en un nivel por intervalos, con una distribución normal (Hernández, Fernández y Baptista, 1994, 1998).

TABLA 15
VALORES DEL PRETEST DE LAS CORRELACIONES ENTRE CADA SUBESCALA DEL INVENTARIO DE ASERTIVIDAD DE GAMBRILL Y RICHEY CON LAS SUBESCALAS DE LA ESCALA DE AUTOCONCEPTO DE TENNESSEE DE LOS GRUPOS EXPERIMENTALES

SUBESCALAS:	GRADO DE INCOMODIDAD	HIPÓTESIS NULA	PROBABILIDAD DE RESPUESTA	HIPÓTESIS NULA
IDENTIDAD	$r = -.6657$ $p = .000$	SE RECHAZA	$r = -.6248$ $p = .000$	SE RECHAZA
AUTOSATISFACCIÓN	$r = -.6241$ $p = .000$	SE RECHAZA	$r = -.5808$ $p = .000$	SE RECHAZA
CONDUCTA	$r = -.6854$ $p = .000$	SE RECHAZA	$r = -.6251$ $p = .000$	SE RECHAZA
YO FÍSICO	$r = -.5585$ $p = .000$	SE RECHAZA	$r = -.5312$ $p = .001$	SE RECHAZA
YO ÉTICO-MORAL	$r = -.5806$ $p = .000$	SE RECHAZA	$r = -.4729$ $p = .004$	SE RECHAZA
YO PERSONAL	$r = -.6519$ $p = .000$	SE RECHAZA	$r = -.6090$ $p = .000$	SE RECHAZA
YO FAMILIAR	$r = -.4681$ $p = .005$	SE RECHAZA	$r = -.4705$ $p = .004$	SE RECHAZA
YO SOCIAL	$r = -.7453$ $p = .000$	SE RECHAZA	$r = -.7061$ $p = .000$	SE RECHAZA
AUTOCRÍTICA	$r = .0131$ $p = .941$	SE ACEPTA	$r = -.0588$ $p = .737$	SE ACEPTA
PUNTUACIÓN TOTAL	$r = -.7373$ $p = .000$	SE RECHAZA	$r = -.6830$ $p = .000$	SE RECHAZA

La correlación que existe entre la mayoría de las subescalas es negativa media, excepto en Autocrítica con las dos subescalas de Asertividad, donde ésta es una correlación positiva débil y estas no son significativas.

TABLA 16
VALORES DEL POSTEST DE LAS CORRELACIONES ENTRE CADA SUBESCALA DEL
INVENTARIO DE ASERTIVIDAD DE GAMBRILL Y RICHEY CON LAS SUBESCALAS DE LA
ESCALA DE AUTOCONCEPTO DE TENNESSEE DE LOS GRUPOS EXPERIMENTALES

SUBESCALAS:	GRADO DE INCOMODIDAD	HIPÓTESIS NULA	PROBABILIDAD DE RESPUESTA	HIPÓTESIS NULA
IDENTIDAD	$r = -.2842$ $p = .098$	SE ACEPTA	$r = -.3188$ $p = .062$	SE ACEPTA
AUTOSATISFACCIÓN	$r = -.3010$ $p = .079$	SE ACEPTA	$r = -.2499$ $p = .148$	SE ACEPTA
CONDUCTA	$r = -.3020$ $p = .078$	SE ACEPTA	$r = -.3058$ $p = .074$	SE ACEPTA
YO FÍSICO	$r = -.3836$ $p = .023$	SE RECHAZA	$r = -.1777$ $p = .307$	SE ACEPTA
YO ÉTICO-MORAL	$r = -.0992$ $p = .571$	ACEPTA	$r = -.2425$ $p = .160$	SE ACEPTA
YO PERSONAL	$r = -.4339$ $p = .009$	SE RECHAZA	$r = -.3241$ $p = .058$	SE ACEPTA
YO FAMILIAR	$r = -.1815$ $p = .297$	SE ACEPTA	$r = -.2612$ $p = .130$	SE ACEPTA
YO SOCIAL	$r = -.3018$ $p = .078$	SE ACEPTA	$r = -.1800$ $p = .301$	SE ACEPTA
AUTOCRÍTICA	$r = .0334$ $p = .849$	SE ACEPTA	$r = .3541$ $p = .037$	SE RECHAZA
PUNTUACIÓN TOTAL	$r = -.3473$ $p = .041$	SE RECHAZA	$r = -.2994$ $p = .081$	SE ACEPTA

La correlación que existe entre la mayoría de las subescalas es negativa débil, excepto en la subescala de Autocrítica donde la correlación es positiva débil y sólo es significativa con Probabilidad de Respuesta, por otro lado, las únicas correlaciones que son significativas son: Yo Físico/ Grado de Incomodidad, Yo Personal/ Grado de Incomodidad, Autocrítica/ Probabilidad de Respuesta y la Puntuación Total/ Grado de Incomodidad.

TABLA 17
VALORES DEL PRETEST DE LAS CORRELACIONES ENTRE CADA SUBESCALA DEL
INVENTARIO DE ASERTIVIDAD DE GAMBRILL Y RICHEY CON LAS SUBESCALAS DE LA
ESCALA DE AUTOCONCEPTO DE TENNESSEE DE LOS GRUPOS CONTROL

SUBESCALAS:	GRADO DE INCOMODIDAD	HIPÓTESIS NULA	PROBABILIDAD DE RESPUESTA	HIPÓTESIS NULA
IDENTIDAD	$r = -.5076$ $p = .002$	SE RECHAZA	$r = -.4405$ $p = .008$	SE RECHAZA
AUTOSATISFACCIÓN	$r = -.4075$ $p = .015$	SE RECHAZA	$r = -.3789$ $p = .025$	SE RECHAZA
CONDUCTA	$r = -.5033$ $p = .002$	SE RECHAZA	$r = -.3362$ $p = .048$	SE RECHAZA
YO FÍSICO	$r = -.5433$ $p = .001$	SE RECHAZA	$r = -.3788$ $p = .025$	SE RECHAZA
YO ÉTICO-MORAL	$r = -.1483$ $p = .395$	SE ACEPTA	$r = -.1432$ $p = .412$	SE ACEPTA
YO PERSONAL	$r = -.6181$ $p = .000$	SE RECHAZA	$r = -.4945$ $p = .003$	SE RECHAZA
YO FAMILIAR	$r = -.4233$ $p = .011$	SE RECHAZA	$r = -.3424$ $p = .044$	SE RECHAZA
YO SOCIAL	$r = -.5007$ $p = .002$	SE RECHAZA	$r = -.3418$ $p = .044$	SE RECHAZA
AUTOCRÍTICA	$r = .2201$ $p = .204$	SE ACEPTA	$r = .2874$ $p = .094$	SE ACEPTA
PUNTUACIÓN TOTAL	$r = -.5545$ $p = .001$	SE RECHAZA	$r = -.4385$ $p = .008$	SE RECHAZA

Aquí se muestran correlaciones negativas medias y débiles, siendo la mayoría de éstas significativas, excepto en Yo Ético-Moral/ con las dos subescalas del Inventario de Asertividad y Autocrítica, que además es positiva con Grado de Incomodidad.

TABLA 18
VALORES DEL POSTEST DE LAS CORRELACIONES ENTRE CADA SUBESCALA DEL
INVENTARIO DE ASERTIVIDAD DE GAMBRILL Y RICHEY CON LAS SUBESCALAS DE LA
ESCALA DE AUTOCONCEPTO DE TENNESSEE DE LOS GRUPOS CONTROL

SUBESCALAS	GRADO DE INCOMODIDAD	HIPÓTESIS NULA	PROBABILIDAD DE RESPUESTA	HIPÓTESIS NULA
IDENTIDAD	$r = -.4841$ $p = .003$	SE RECHAZA	$r = -.4466$ $p = .007$	SE RECHAZA
AUTOSATISFACCIÓN	$r = -.4826$ $p = .003$	SE RECHAZA	$r = -.3821$ $p = .023$	SE RECHAZA
CONDUCTA	$r = -.4234$ $p = .011$	SE RECHAZA	$r = -.2908$ $p = .090$	SE ACEPTA
YO FÍSICO	$r = -.5150$ $p = .002$	SE RECHAZA	$r = -.4118$ $p = .014$	SE RECHAZA
YO ÉTICO-MORAL	$r = -.1895$ $p = .276$	SE ACEPTA	$r = -.1236$ $p = .479$	SE ACEPTA
YO PERSONAL	$r = -.6165$ $p = .000$	SE RECHAZA	$r = -.4320$ $p = .010$	SE RECHAZA
YO FAMILIAR	$r = -.5335$ $p = .001$	SE RECHAZA	$r = -.3821$ $p = .024$	SE RECHAZA
YO SOCIAL	$r = -.3037$ $p = .076$	SE ACEPTA	$r = -.3210$ $p = .060$	SE ACEPTA
AUTOCRÍTICA	$r = .0717$ $p = .682$	SE ACEPTA	$r = .2491$ $p = .149$	SE ACEPTA
PUNTUACIÓN TOTAL	$r = -.5740$ $p = .000$	SE RECHAZA	$r = -.4347$ $p = .009$	SE RECHAZA

Las correlaciones son negativas débiles, excepto en Autocrítica donde es positiva con las dos subescalas del Inventario de Asertividad, no siendo significativas en: Conducta/Probabilidad de Respuesta, Yo Ético-Moral/Grado de Incomodidad, Yo Ético-Moral/Probabilidad de Respuesta, Yo Social/Grado de Incomodidad, Yo Social/Probabilidad de Respuesta, Autocrítica/Grado de Incomodidad y Autocrítica/Probabilidad de Respuesta.

QUIEN ES UN VERDADERO ARTISTA

No sólo es artista aquél que por medio de la Música, la Pintura, la Poesía, etc., exterioriza su ideal, sublimizando sus sentimientos.

También es Artista, aquel que careciendo de aptitudes para dominar cualquier arte, engrandece sus virtudes empequeñeciendo sus defectos hasta hacerlos desaparecer, amando lo bueno y lo divino, abrigando repulsión por el mal.

Es Artista, aquel que reparte amor en vez de odio; el que abomina el egoísmo, la envidia, no anidando sentimientos de tal naturaleza.

Quien comprende lo bello de la Naturaleza y sabe extraer de los demás seres sus virtudes, enalteciendo sus ideales.

Es en fin, quien edifica un hogar lleno de amor, dulzura y paz. Quien transforma lo malo en bueno, lo feo en bello purificando lo impuro.

Este es un verdadero Artista, porque ennobleciendo su vida, la convierte en un paraíso al dominar el ARTE.

CAPITULO VIII

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

*Los buenos viejos tiempos están aquí,
ahora mismo.*

CAPITULO VIII.- DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El objetivo principal de esta investigación fue comprobar si el Programa Cognitivo-Conductual es efectivo para mejorar la autoestima en adolescentes y adultos, sin embargo, debido a que el entrenamiento asertivo es parte fundamental del Programa, también se indagaron los efectos que tienen la adquisición de conductas asertivas en el mejoramiento de la autoestima y cómo ésta a su vez contribuye en la expresión libre de esas conductas, es decir, el ser asertivo eleva la autoestima (McKay y Fanning, 1993); pero por otro lado también el ser asertivo implica el ser "diferente" a la gran mayoría de las personas con las que convive el individuo (Caballo, 1993); y esto puede impedir el aumento en la autoestima, debido a las críticas y rechazos que pudiera experimentar o por el contrario al no tener una buena autoestima, esto podría dificultarle la manifestación de estas conductas aunque tenga el sujeto conocimiento de ellas (Rimm y Masters, 1993 y Caballo, 1993).

Por esto a la asertividad se le considera tanto causa como efecto en el mantenimiento de una autoestima saludable.

En esta discusión sólo se considera el aumento o disminución, la presencia o ausencia de la asertividad en los sujetos que conforman los 6 grupos y la relación existente entre autoestima y asertividad, una planteada como variable dependiente (autoestima) y la otra como variable consecucional (asertividad).

Por lo que, de los resultados obtenidos en el presente trabajo, se derivan una serie de aspectos importantes. Primeramente, el objetivo original en esta investigación era evaluar el Programa Cognitivo-Conductual para mejorar la Autoestima tanto en adultos (18 años en adelante) como en adolescentes (12 a 17 años), para que fuera aplicable en estas dos poblaciones, sin embargo, como se puede observar, de las características demográficas de la población que participó en el estudio, todos los sujetos fueron mayores de 18 años (ver tabla B), no cumpliéndose así uno de los objetivos planteados, debido a esto, no se conoce su funcionalidad en población adolescente, por lo que se sugiere

emplearlo sólo en adultos.

Por otro lado, para saber si se cumplió la 1ª hipótesis, y sobre la base del análisis estadístico realizado, se obtuvo un diagnóstico que comprobara la efectividad del Programa, para este fin se presentan los puntajes promedio de cada subescala de la Escala de Autoconcepto de Tennessee, de cada grupo y condición de grupo.

En virtud de que se utilizaron 3 grupos experimentales y 3 grupos control, el diagnóstico se realizó para cada uno de ellos, además de uno general de los grupos experimentales y otro de los grupos control, esto para ver de qué manera influyó el Programa en la población que asistió a los cursos y poder contrastar los resultados con los de la población que no se sometió al tratamiento.

La Autoestima se evaluó en las áreas que mide la Escala de Autoconcepto de Tennessee, por medio de sus 9 subescalas y el aspecto general del instrumento; los resultados obtenidos del Inventario de Asertividad de Gambrill y Richey, sirvieron para apoyar el diagnóstico, es decir si se eleva la asertividad se espera que también se eleve la autoestima y viceversa, al aumentar la autoestima se eleva la asertividad; la Asertividad por su parte se midió con las 2 subescalas del Inventario de Asertividad de Gambrill y Richey, para lo cual se utilizaron los parámetros establecidos para población mexicana, por García y Quintero (1995), para autoconcepto y por Guerra (1996), para asertividad.

Antes de pasar a los datos de cada diagnóstico, con el propósito de facilitar al lector su comprensión en cada uno de ellos, se describen estos parámetros expresados en puntajes T's, que sirven de criterios de evaluación para cada instrumento.

Los parámetros normales para población mexicana en la Escala de Autoconcepto de Tennessee, son entre $T=40$ y $T=60$, donde la media estándar es de $T=50$, lo que quiere decir, que los puntajes entre $T=40$ y $T=50$ indican que aunque existe un autoconcepto normal, éste se encuentra deteriorado y si sobrepasa $T=60$ se encuentra sobre valorado, excepto en la subescala de AUTOCRÍTICA, que entre más altos sean los valores (sin que estos lleguen demasiado altos $T=99$), las contestaciones de los sujetos son confiables,

puesto que esta subescala mide la defensividad que podrían tener al momento de la aplicación del instrumento. Cuando alguna de las otras subescalas sobrepasa esta puntuación se habla también de un autoconcepto insano (García y Quintero, 1995).

Para el Inventario de Asertividad de Gambrill y Richey, la norma establecida para población mexicana es entre $T=40$ y $T=20$. Lo cual quiere decir que los puntajes bajos indican mayor asertividad en ambas subescalas (Guerra, 1996).

Después de haber obtenido el diagnóstico de cada grupo y condición de grupo, y al ser evaluados bajo estos criterios, se observa que en el pretest de los grupos experimentales (ver tablas y gráficas 1A, 2A, 3A, 4A), los valores de las subescalas se encontraban por debajo de la media estándar ($T=50$), incluso algunas de éstas estaban por debajo del parámetro de normalidad ($T=40$), y en el posttest, todas las subescalas tuvieron un incremento, colocándose algunas arriba de $T=50$, mostrando una constante mejoría.

A pesar de que los puntajes en estos grupos no obtuvieron el valor que se esperaba (todas las subescalas arriba de $T=50$, sin pasar $T=60$, excepto en AUTOCRÍTICA), se logró un cambio en la autoestima de los sujetos que participaron en el estudio, lo cual confirma que la autoestima se forma desde los primeros años de la vida de los seres humanos y es difícil acabar con toda la carga de ideas, pensamientos, creencias y patrones de conducta arraigados que se poseen desde la infancia y permanecen casi siempre en la vida de los individuos (McKay y Fanning, 1991; Nathaniel, 1993; Coopersmith, 1967 y Cameron, 1947).

Sin embargo, se podría decir que el Programa es efectivo y tiende a mejorar la autoestima de las personas que participan en él; esto debido a que en los grupos control (ver tablas y gráficas 1B, 2B, 3B, 4B), el cambio en la autoestima no fue positivo, ya que en el pretest los valores mostraron similitud a los de los grupos experimentales, es decir, la mayoría de las subescalas se encontraban abajo de $T=50$ y algunas abajo de $T=40$, pero en el posttest no mostraron la misma dirección, algunas subescalas incrementaron ligeramente, mientras que la mayoría disminuyeron su valor.

Otro aspecto que se confirma, es que la autoestima es situacional, ya que no afecta en todas las áreas de la vida de los sujetos por igual y por lo tanto algunas veces muestran aspectos saludables aún sin someterse a un tratamiento y otras no (McKay y Fanning, 1991). Por otra parte, algo que también es importante mencionar es que la autoestima conforme pasa el tiempo sufre altibajos y en algunas áreas el deterioro es considerable, dependiendo de lo que esté experimentando el individuo.

En lo que respecta a la conducta asertiva de los sujetos, ésta también incrementó en los grupos experimentales (ver tablas y gráficas 1C, 2C, 3C, 4C); en las dos subescalas existe un puntaje más bajo en el posttest que en el pretest, que de acuerdo con el parámetro establecido, quiere decir, que entre más bajos sean los valores más alta va a ser la asertividad, lo que no pasó con los grupos control (ver tablas y gráficas 1D, 2D, 3D, 4D); esto aunado a lo anterior también confirma que el Programa es efectivo y cumple su objetivo principal; debido a que la Asertividad es factor importante para que la Autoestima se mantenga saludable o se incremente la confianza en el sujeto (Guerra, 1996; McKay y Fanning, 1991; Rimm y Masters, 1993 y Caballo, 1991, 1993).

Se realizó la comparación de las medias para saber si existieron diferencias entre mediciones (pretest y posttest) de los 6 grupos, en la cual se encontró que en la Escala de Autoconcepto de Tennessee (ver tabla 2), en el pretest no existen diferencias significativas en ninguna subescala y en el posttest se encontraron diferencias en las subescalas YO PERSONAL, y en la PUNTUACIÓN TOTAL siendo las que más variaron entre los grupos experimentales y los grupos control. Esto debido a que la subescala YO PERSONAL mide la sensación de valía personal, sentimientos de adecuación y autoevaluación de la personalidad, es la que puede ser más cambiante en la vida de los individuos tanto de los que se someten a un tratamiento como de los que no, dependiendo como ya se dijo antes, de las circunstancias que les rodeen en determinado momento (García y Quintero, 1995; McKay y Fanning, 1991; Goldfried, 1981 y Rimm y Masters, 1993).

En el pretest del Inventario de Asertividad de Gambrill y Richey (ver tabla 1), existen diferencias significativas en la subescala P.R. (PROBABILIDAD DE RESPUESTA); en el posttest presentó diferencias significativas en las dos subescalas, demostrando que sí

existieron cambios en los 6 grupos.

Por lo tanto, en base a esto se concluye que el modelo terapéutico propuesto es efectivo para mejorar la Autoestima en las personas que se sometan a él, siempre y cuando sean adultos y tengan un nivel de lectura de por lo menos 6° de primaria, cumpliéndose así la 1ª hipótesis planteada, donde se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis nula, en cuanto a que el Programa es efectivo y eleva la Autoestima en las personas con cualquier característica sociodemográfica que reporte problemas en este aspecto, siendo así mismo funcional para mantener ésta saludable.

Sin embargo, podría no aceptarse, porque no se obtuvieron datos de su aplicabilidad en adolescentes, por lo tanto de este aspecto se concluye que como no se trabajó con esta población y no se cumplió este objetivo, se mantiene la hipótesis " El Programa Cognitivo-Conductual eleva la autoestima en adolescentes".

Otro de los objetivos de este estudio fue detectar los cambios en la autoestima y cambios en la conducta asertiva de los sujetos derivados del entrenamiento asertivo que se emplea en el Programa. Primeramente se describen los resultados de autoestima y posteriormente los de asertividad.

Al comparar cada grupo consigo mismo, se observó que la mayoría de las subescalas de la Escala de Autoconcepto de Tennessee (ver tabla 5), muestran diferencias significativas en los grupos experimental 1 y experimental 3, excepto en el grupo experimental 2, donde la única subescala que presentó diferencias significativas y que coincide con los otros dos grupos es YO FÍSICO.

Esto probablemente se deba a que suele ser relativamente fácil aceptar su apariencia física, cuando las probabilidades de un cambio significativo son muy pocas o casi nulas. Debido a que el aspecto físico es uno de los más importantes para los seres humanos, estos hacen todo lo posible por verse bien o en casos específicos como obesidad (Jones, et al., 1993; Kepner, 1992; Leitenberg, et al., 1994; Rosen, et al., 1990; Zohar y Neuman, 1991); problemas de la piel (Sánchez de Ita, 1996); o algún problema

relacionado con el organismo y sus funciones (Sánchez de Ita, 1996; Papworth, 1989); aprenden a aceptar su cuerpo como es y por lo tanto sus ideas con respecto a éste no son tan negativas.

En cuanto a las diferencias encontradas en las demás subescalas, se debe a que se trabajan todas las áreas con la misma magnitud, ya que lo que más se maneja en el Programa es la reestructuración de ideas y pensamientos irracionales dirigidos a fomentar un cambio en la dirección de sus conductas, así como en la actitud que mantienen de su propio concepto sobre quienes son, que hacen y cuales son las metas que pretenden alcanzar; cuando se presenta la interacción con los demás o incluso con la satisfacción que puedan tener de ellos mismos con su propia persona, sus logros alcanzados y su papel en la sociedad.

La única subescala que no presentó diferencias significativas en ninguno de los 3 grupos experimentales fue YO ÉTICO-MORAL, ya que como lo mencionan diversos autores, las creencias y toda la carga cultural de valores, deberes, ética, religión, etc., se forman desde la niñez, por lo que el individuo las trae consigo desde mucho tiempo atrás y le es difícil librarse de ella en poco tiempo (McKay y Fanning, 1991; Verduzco y cols., 1994; Nathaniel, 1993).

En lo que respecta a los grupos control (ver tabla 6), no existe una constante diferencia entre el pretest y el postest de las subescalas, la única que presentó diferencias significativas fue la PUNTUACIÓN TOTAL en los grupos control 1 y control 3, debido a que ésta puede variar dependiendo de los puntajes de las demás subescalas que conforman el instrumento (García y Quintero, 1995). Además que estos sujetos no se sometieron a un aprendizaje que les ayudara a cambiar y/o mejorar ciertos aspectos de sus vidas, sin embargo, su autoestima tiende a cambiar de manera general, así como en diferentes áreas, demostrando con esto la inconsistencia que puede tener en el medio ambiente.

Con lo que respecta a la conducta asertiva, sí existen diferencias significativas en los 3 grupos experimentales (ver tabla 3), excepto en la subescala de PROBABILIDAD DE RESPUESTA del grupo experimental 1, lo que quiere decir que los sujetos sí cambiaron

con respecto a su asertividad durante el tratamiento, lo que no pasó con los grupos control (ver tabla 4), donde ninguna subescala presenta diferencias significativas.

La comparación realizada entre grupos, también confirma lo anterior, ya que en el pretest de los grupos Experimental 1 / Control 1 y Experimental 2 / Control 2, las diferencias sí son significativas, solamente en los grupos Experimental 3 / Control 3 no existen diferencias (ver tabla 12), probablemente se debe a que los sujetos del grupo control poseían un mejor nivel de asertividad que el grupo experimental y por lo tanto, al mejorar estos (grupos experimentales) su conducta asertiva los puntajes se igualaron, o incluso disminuyeron ligeramente, mostrando así un nivel adecuado de asertividad semejante a los de los grupos control.

Lo que se concluye de todo esto, es que la autoestima cuando se encuentra deteriorada de mucho tiempo atrás es difícil mejorarla en sólo 7 sesiones, siendo ésta una de las variables que influyeron de manera negativa, ya que los mismos sujetos reportaban que les costaba demasiado trabajo aplicar las técnicas cuando no tenían la suficiente habilidad para hacerlo y que les estresaba aún más el intentarlo, que seguir como hasta ese momento, que el número de sesiones era realmente poco, que necesitaban de más tiempo en tratamiento para poder adquirir las habilidades al 100 % y poder aplicarlas en el mismo porcentaje.

Sin embargo, como no era posible aumentar el número de sesiones, se les motivó para que lo intentaran y siguieran practicándolo durante el tiempo que no estuvieran en la sesión (Tareas en casa) y observaran los resultados de sus nuevos pensamientos, conductas y actitudes ante las mismas situaciones en las que se desenvolvían cotidianamente y de esta manera pudieran contrastar el efecto del tratamiento con el de sus comportamientos habituales, aunque la mejoría fuera muy leve al principio.

Por otra parte, la asertividad a diferencia de la autoestima, es una habilidad que se adquiere a través de un aprendizaje y no es algo con lo que la persona nace (McKay y Fanning, 1991; Caballo, 1991, 1993 y Rimm y Masters, 1993), sin embargo, existen sujetos que poseen un grado mínimo de asertividad y que les funciona en su convivencia en la

sociedad; lo que demuestra que no es difícil adquirirla cuando no se tiene, lo que resulta complicado, es que cuando no se está acostumbrado a este tipo de respuestas puede ser demasiado amenazante, porque el aprender a ser asertivo implica un cambio, seguridad en sí mismo y hacerse responsables de sus nuevas conductas, esto a su vez, como se menciono al principio de esta discusión, implica una autoestima sana para poder manifestar estas conductas sin ningún temor.

Aquí se podría estar cayendo en un círculo vicioso, porque se habla de que se necesita ser asertivo para tener buena autoestima y por otro lado tener buena autoestima para ser asertivo; lo que se ha encontrado en este aspecto es que ambas variables están estrechamente relacionadas, debido a que en la mayoría de tratamientos que se utilizan para mejorar la autoestima, se emplea el entrenamiento asertivo como parte importante de la terapia.

Pero, sin embargo, se ha encontrado que a pesar de que el individuo ya conoce las conductas asertivas no las emplea, por lo tanto se debe de transmitir confianza y seguridad para reducir el temor y la ansiedad ante un posible rechazo y eso es parte de una sana autoestima (McKay y Fanning, 1993, Caballo, 1993 y Rimm y Masters, 1993).

Debido a esto, surgió la 2ª hipótesis planteada en esta investigación, que fue determinar si al incrementar la asertividad, incrementaba la autoestima o al incrementar la autoestima incrementaba la asertividad y se encontró que la correlación es negativa media y débil en la mayoría de las relaciones entre subescalas (ver tabla 15), excepto en AUTOCRÍTICA que presentó una correlación positiva muy débil o casi nula, lo que significa que al no comportarse asertivamente disminuye su autoestima, o que al no tener buena autoestima es difícil actuar según sus intereses más importantes, defenderse sin ansiedad inapropiada, expresar cómodamente sentimientos honestos o ejercer los derechos personales (Gabbrill y Richey, 1975; citados en Guerra, 1996), lo que conllevaría a una asertividad baja o inexistente; aunque esta disminución no es significativa, lo que podría estar demostrando es que la autoestima no depende de las conductas de los sujetos (McKay y Fanning, 1991), excepto la autocrítica puede estar determinando un ligero incremento; entre más se critica a sí mismo el sujeto, puede ser que controle sus

conductas o respuestas en diferentes eventos o situaciones y esto haga mantener su autoestima en buen estado, sin embargo, si tiende a disminuir en la mayoría de las áreas de la su vida.

Por otro lado, los sujetos que se sometieron al tratamiento (ver tabla 12), disminuyeron la probabilidad de que a falta de asertividad se deteriore su autoestima, sin embargo, se enfrentaron como se dijo anteriormente, a la amenaza del cambio y demostrar sus nuevas conductas a los individuos con los que se relacionan, por esto se considera el hecho de que no hayan alcanzado puntajes positivos.

La única relación que presenta puntajes positivos, aunque sigue siendo débil es AUTOCRÍTICA/GRADO DE INCOMODIDAD, aunque ésta no es significativa puede ser que en algunos sujetos entre menos estrictos son consigo mismos, menor va a ser su nivel de tensión o grado de incomodidad, sin embargo entre menos estrictos son con ellos mismos, menos es la probabilidad de que presenten ciertas conductas. Eso se puede corroborar debido a los sujetos de los grupos control, en el postest, en algunas áreas disminuyó y en otras incremento ligeramente la magnitud de la correlación negativa, manteniendo puntajes de una correlación negativa media y la inconsistencia de la dirección como en las demás mediciones.

La única subescala que presenta puntajes positivos débiles es: del pretest AUTOCRÍTICA/GRADO DE INCOMODIDAD, y del postest AUTOCRÍTICA/GRADO DE INCOMODIDAD y AUTOCRÍTICA/PROBABILIDAD DE RESPUESTA, no siendo significativas. Estos sujetos presentan la característica que entre más estrictos son consigo mismos menor va a ser su autoestima y al pasar el tiempo la probabilidad realizar alguna actividad ante situaciones estresantes también disminuye.

El hecho de que existe correlación negativa aunque ésta sea débil se podría deber a que, cuando el sujeto experimenta cambios en su conducta y comienza a ser asertivo, su autoestima se sigue viendo amenazada por el posible rechazo que pudiera sentir o experimentar en la sociedad que lo rodea, esto confirma la definición de Rich y Schroeder (1976); citados en Caballo (1993): "La conducta asertiva, es la habilidad de buscar,

mantener o mejorar el reforzamiento en una situación interpersonal a través de la expresión de sentimientos o deseos, cuando esa expresión se arriesga a la pérdida de reforzamiento o incluso al castigo”.

En este sentido, lo que se espera es que el individuo siga utilizando e incrementando su asertividad y al mismo tiempo que incrementa este aspecto, mejore su autoestima, la hipótesis que podría surgir a partir de esto es que, al aplicar nuevamente los instrumentos después de 6 y 12 meses, a los mismos sujetos que participaron en esta investigación, la asertividad siga incrementando y su autoestima sea más favorable.

Por lo tanto, de la 2ª hipótesis planteada, se rechaza la hipótesis alterna y se acepta la hipótesis nula.

Finalmente, el hecho de que las diferencias entre mediciones o entre grupos no hayan sido significativas en todas las áreas se debe probablemente a que pudieron ser las características muy particulares y la problemática que los sujetos manifestaron al iniciar cada curso; como fue la gravedad de sus conflictos, las situaciones que estaban viviendo en esos momentos y la resistencia que tuvieron al cambio, sus características sociodemográficas, como por ejemplo, la edad que entre mayor sea el sujeto más baja va a ser su autoestima y más trabajo le va a costar elevarla (Lara-Cantú, et al., 1989); así como también estará influyendo su grado de escolaridad (La Rosa, 1989); ocupación (McKay y Fanning, 1991); sexo (Lara-Cantú, et al., 1989; Verduzco, et al., 1993) y estado civil (Lara-Cantú, et al. y González y Muñoz, 1992); sin embargo, esto no se puede confirmar en este estudio por falta de investigación en esas áreas. Además de otra variable que pudo estar influyendo es que la experiencia del coordinador se fue modificando con cada grupo.

EL VALOR DEL SER HUMANO

Lo cierto es que el valor del Ser Humano es su consciencia, su capacidad de percibir y experimentar. El valor de una vida humana es que existe.

Somos un complejo milagro de la creación. Somos personas que intentamos sobrevivir, lo que nos convierte en igualmente valiosas, como cualquier otra persona que haga lo mismo.

El rendimiento no tiene nada que ver con esto. Hagamos lo que hagamos, aportemos lo que aportemos, ello no deriva de la necesidad de probar nuestra valía, sino del flujo natural de la vida.

Por lo que debemos salir del impulso de vivir plenamente, en vez de luchar para justificarnos.

Tanto si se es un investigador que intenta descubrir la curación del cáncer o del SIDA, como si se es un barrendero de calles, hemos conocido la esperanza y el temor, el afecto y la pérdida, el deseo y la decepción.

Hemos dado una mirada a la vida y hemos intentado darle un sentido, hemos afrontado el conjunto único de problemas con los que vinimos al mundo, hemos soportado el dolor.

Con los años hemos ensayado muchas estrategias para poder sentirnos mejor frente al dolor. Algunas han fracasado, otras no. Algunas han funcionado a corto plazo, pero causado un gran malestar a largo plazo. No importa. Estamos intentando vivir. Y a pesar de todo lo difícil que es la vida, aún lo intentamos.

ESTA ES NUESTRA VALÍA: NUESTRA HUMANIDAD.

Matthew McKay y Patrick Fanning.

APORTACIONES Y SUGERENCIAS

*Los ganadores se esfuerzan haciendo cosas
que la mayoría de la población no quiere hacer.*

APORTACIONES Y SUGERENCIAS

El propósito principal de este trabajo, es proporcionar un Programa Terapéutico Estructurado que utilice técnicas Cognitivo-Conductuales para el mejoramiento de la Autoestima en Adolescentes y Adultos, que tras haber sido evaluado en estas poblaciones demostrará ser efectivo.

La primera limitante que se encontró, fue que en vista de que ningún adolescente solicitó el tratamiento, no se obtuvieron datos de esta población y no se conoce su funcionalidad en este aspecto, por lo que se sugiere realizar aplicaciones e investigaciones posteriores de este modelo y se evalúe con adolescentes específicamente para así saber si funciona o no en estos.

Por otro lado, el programa demostró ser efectivo en adultos, sin embargo, debido a que influyó la variable de tiempo de tratamiento y la mejoría que presentaron fue poco significativa, se recomienda que al realizar estudios posteriores en base a este programa se propongan modificaciones que aumente la probabilidad de una mejora más significativa, como pueden ser, nuevas técnicas, diferente manejo del grupo, mayor número de sesiones, etc.

En cuanto a la relación que existe entre autoestima y asertividad, y debido a que la 2ª hipótesis surgió de la inquietud que se tuvo durante el desarrollo de la investigación, no se realizó una revisión más profunda de la relación que existe entre autoestima y asertividad, esto sólo se analizó como consecuencia del Programa Cognitivo-Conductual y se indagó el tipo de correlación existente entre ambas variables, por lo tanto, el hecho de haber encontrado que existe una relación negativa y en base a los datos obtenidos de investigaciones anteriores se interpretó como que en determinadas áreas de la vida de los sujetos, su autoestima no depende directamente de sus conductas, por lo que el hecho de haber obtenido relaciones negativas entre estas dos variables, no es relevante, lo que se recomienda es realizar una investigación más exhaustiva en este aspecto.

Se sugiere también que se realicen investigaciones con el propósito de conocer con exactitud que relación tienen las características sociodemográficas de los sujetos con la autoestima y específicamente con este Programa.

Por último, sería interesante conocer su aplicabilidad en poblaciones con características diferentes a las de la población que participó en esta investigación, por ejemplo, con personas que tengan alguna incapacidad física (sordomudos, ciegos, minusválidos, etc.), realizando las adaptaciones necesarias para cada población (por ejemplo, impartirlo en lenguaje manual, en sistema Braille o audiocassettes, etc.).

HAGAMOS UN TRATO

Si alguna vez adviertes
que te miro a los ojos,
y una veta de amor reconoces
en los míos.

No pienses que deliro,
piensa simplemente que
puedes contar conmigo.

Si otras veces me encuentras
huraño sin motivo,
No pienses que es flojera;
igual puedes contar conmigo.

Pero hagamos un trato:
yo quisiera contar contigo,
es tan lindo saber que existes,
uno se siente vivo,
y cuando digo esto,
no es para que vengas
corriendo en mi auxilio,
sino para que sepas que tú
siempre puedes contar conmigo.

Mario Benedetti.

ANEXOS

La vida no se puede coleccionar. No se puede viajar hacia la felicidad, ahorrarla, llevarla en el bolsillo o consumirla. La Felicidad es la experiencia espiritual de vivir cada minuto con amor, con gracia y con gratitud.

ANEXO 1

FORMATO DE LA CARTA DE ACEPTACIÓN

CARTA DE ACEPTACIÓN

FECHA: _____

Yo _____, acepto participar en este estudio, teniendo pleno conocimiento de que se trata de una investigación en la que se pretende evaluar un **Programa para Mejorar la Autoestima en Adolescentes y Adultos**, para el cual se requiere de mi colaboración, habiéndome informado esto desde un principio. Por lo tanto, me comprometo a acudir en cuanto se me llame y a realizar todas las actividades que me sean pedidas, siempre y cuando se relacionen con dicha investigación.

También comprendo que la información que se obtenga de mi persona en este estudio será confidencial y que mi nombre no aparecerá en ninguna parte. Por otro lado, tengo pleno derecho a renunciar a mi participación y retirarme en el momento que yo quiera sin ningún problema y/o recriminación.

Firma
Experimentador

Firma
Participante

ANEXO 2
PROPAGANDA UTILIZADA PARA PROMOVER EL PROGRAMA PARA MEJORAR
LA AUTOESTIMA EN ADOLESCENTES Y ADULTOS

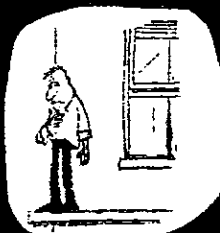
Si alguna vez te haz sentido



menos que los demás



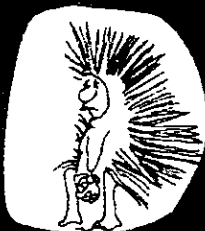
angustado



que no te queres



culpable



triste



temeroso



estrésado



enojado



criticado

MEJORA TU AUTOESTIMA

Informes e inscripciones a los teléfonos 622-23-05 y 622-23-16
cupo limitado fecha del _____ al _____ del mes de _____ de 1997.

XI.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aiken, L. R. (1996), Test Psicológicos y Evaluación, 8ª Edición. México. Edit. Prentice Hall.
- Aisenson, K. A. (1969), El Yo y el Sí Mismo. Argentina. Edit. Amorrortu.
- Alvarez, L. M. (1992), La Terapia Cognitivo-Conductual: Ventajas y Aplicaciones, VI Congreso Mexicano y II Iberoamericano de Psicología Clínica, (Resumen de Sesiones Temáticas), México. 16. 44-45.
- Bellak, L. (1979), El Uso Clínico de las Pruebas Psicológicas del T.A.T., C.A.T., S.A.T. México. Edit. Manual Moderno.
- Bellak, L. (1993), Manual de Psicoterapia Breve, Intensiva y de Urgencia. 2ª Edición. México. Edit. Manual Moderno.
- Bellak, L. y Small, L. (1970), Psicoterapia Breve y de Emergencia, México. Edit. Pax-México.
- Bernard, M. (1976), El Cuerpo. España. Edit. Paidós.
- Caballo, V. E. (1991), Manual de Técnicas de Terapia y Modificación de Conducta. España. Edit. Siglo XXI.
- Caballo, V. E. (1993), Manual de Evaluación y Entrenamiento de las Habilidades Sociales. España. Edit. Siglo XXI.
- Castanedo, C. (1990), Grupos de Encuentro en Terapia Gestalt: de la "Silla Vacía" al Círculo Gestáltico, Barcelona. Edit Herder.
- Cautela, J. R. y Groden, J. (1985), Técnicas de Relajación: Manual Práctico para Adultos, Niños y Educación Especial. España. Edit. Martínez Roca.
- Casalta, H. y Becerra, J. (1981), Modificación de Conducta. Ediciones de la Facultad de Humanidades y Educación. Universidad Central de Venezuela.
- Cooper, J., Heron, T. y Heward, W. (1987), Applied Behavior Analysis, Merrill Publishing Company. Columbus, Ohio. 39-40, 63-70.
- Chance, P. (1984), Aprendizaje y Conducta. México. Edit. Manual Moderno.
- Chasseguet-Smirgel, J. (1975), El Ideal del Yo: Ensayo Psicoanalítico Sobre la "Enfermedad de Idealidad". Argentina. Edit. Amorrortu.
- Diccionario de la Lengua Española. Gramática y Verbos. (1995). Colombia. Edit. Sevisa.

- De Oñate, M. (1989), El Autoconcepto: Formación, Medidas e Implicaciones. Madrid. Edit. Narcea.
- Fernández, R. y Carroble, J. (1981), Evaluación Conductual 1ª Edición. Madrid. Edit. Pirámide.
- Fraisse, P. y Piaget, J. (1972), Historia y Método de la Psicología Experimental. Tratado de Psicología Experimental. Buenos Aires. Edit. Paidós.
- García, M. G. y Quintero, F. D. (1995), Estandarización de la Escala de Autoconcepto de Tennessee en Estudiantes de Ciudad Universitaria. Tesis de Licenciatura. U.N.A.M.
- Galván, E., García, V. y Urbina, S.J. (1984), Sistema de Observación y Registro de Conducta. Material Didáctico de la Facultad de Psicología, U.N.A.M.
- Goldfried, M. R. (1981), Técnicas Terapéuticas Conductistas. Buenos Aires. Edit. Paidós.
- Goldfried, M. R. y Davison G. C. (1981), Técnicas Terapéuticas Conductistas. Argentina. Edit. Paidós.
- Gómez del Campo, J.F. (1992), Intervención en las Crisis: Manual para el Entrenamiento. Ediciones del Departamento de Psicología. Universidad Iberoamericana. México.
- González y Muñoz, M. G. (1992), El Cambio en la Familia: Factor de Funcionalidad o Disfuncionalidad Dentro del Sistema Familiar. (Resumen de Sesiones Temáticas). VI Congreso Mexicano y II Iberoamericano de Psicología Clínica, México. 110. 123-124.
- Guerra, M. T. (1996), Estandarización del Inventario de Asertividad de Gambrill y Richey para Población de la Ciudad de México. Tesis de Licenciatura. U.N.A.M.
- Hernández, R.; Fernández, C.; Baptista, L. (1994), Metodología de la Investigación. México. Edit. McGraw-Hill Interamericana.
- Hernández, R.; Fernández, C.; Baptista, L. (1998), Metodología de la Investigación. 2ª Edición. México. Edit. McGraw-Hill Interamericana.
- Jones, R.; Peveler, R. C.; Hope, R. A.; Fairburn, C. G. (1993), Changes During Treatment for Bulimia Nervosa: A Comparison of Three Psychological Treatments. Behavior Research and Therapy; Jun. Vol. 31 (5) 479-485.
- Kepner, J. I. (1992), Proceso Corporal: Un Enfoque Gestalt Para el Trabajo Corporal en Psicoterapia. México. Edit. Manual Moderno.
- Kerlinger, N. F. (1988), Investigación del Comportamiento. 3ª Edición. México. Edit.

McGraw-Hill.

- Klein, S. B. (1994), Aprendizaje: Principios y Aplicaciones. 2ª Edición. España. Edit. McGraw Hill.
- La Rosa, J. (1986), Escalas de Locus de Control y Autoconcepto: Construcción y Validación. Tesis de Doctorado. U.N.A.M.
- Lafarga, C. J. y Gómez del Campo, J. (1990), Desarrollo del Potencial Humano. Vol. 1: Aportaciones de la Psicología Humanista. México. Edit. Trillas.
- Lara-Cantú, M. A.; Verdusco, M. A.; Acevedo, M. y Cortés J. (1993), Validez y Confiabilidad del Inventario de Autoestima de Coopersmith para Adultos, En Población Mexicana. Revista Latinoamericana de Psicología, Vol. 25 No. 2. pp 247- 255.
- Leitenberg, H.; Rosen, J. C.; Wolf, J.; Vara, L.; et - al. (1994), Comparision of Cognitive-Behavior Therapy and Desipramine in the Treatment of Bulimia Nervosa. Behavior Research and Therapy; Jan. Vol. 32 (1) 37-45.
- Mahoney, M. J. y Freeman, A. (1988), Cognición y Desarrollo Humano. Barcelona. Edit. Paidós.
- McKay, M. y Fanning P. (1991), Autoestima: Evaluación y Mejora. España. Edit. Martínez Roca.
- Nathaniel, B. (1993), El Poder de la Autoestima. Argentina. Edit. Paidós
- Núñez, R. (1979), Aplicación del Inventario Multifásico de la Personalidad (MMPI) a la Psicopatología. 2ª edición. México. Edit. Manual Moderno.
- Papworth, M. A. (1989), The Behavioural Treatment of Nocturnal Enuresis in a Severely Brain-Damaged Client. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry; Sep. Vol. 20 (3) 265-268.
- Pérez, M. L. y Pérez, M. C. (1992), Autoconcepto en Estudiantes de Turismo de Nivel Técnico y Nivel Licenciatura (Estudio Preliminar). (Resumen de Sesiones Temáticas). VI Congreso Mexicano y II Iberoamericano de Psicología Clínica. México. 1. 33-34.
- Pope, A. W., McHale, S. M. y Craighead, W. E. (1988), Self-Esteem Enhancement With Children and Adolescents. USA. Edit. Pergamon Press.
- Reid A. L. (1981), Estructura Factorial de la Autoestima de Mujeres del Sur del Distrito Federal. Revista de la Asociación Latinoamericana de Psicología Social. Vol 1. Núm. 2. 273-288.
- Rimm, C. D. y Masters, C. J. (1993), Terapia de la Conducta. México. Edit. Trillas.

- Rosen, J. C.; Cado, S.; Silberg, N. T.; Srebnik, D.; et - al. (1990), Cognitive Behavior Therapy with and without Size Perception Training for Women with Body Image Disturbance. Behavior Therapy, Fal Vol 21(4) 481-498.
- Safran, J. y Zindel V. S. (1994). El proceso Interpersonal en la Terapia Cognitiva. España. Edit. Paidós.
- Sánchez de Ita, J. C. (1996), El Autoconcepto del Adolescente con Transplante Renal. Tesis de Licenciatura, U.N.A.M.
- Siegel, S. y Castellan N. J. (1995), Estadística No Paramétrica, Aplicada a las Ciencias de la Conducta, 4ª Edición. México. Edit. Trillas.
- Skinner, B. F. (1991), El Análisis de la Conducta: Una Visión Retrospectiva. México. Edit. Limusa.
- Valliant, P. M.; Antinowics, D. (1991), Cognitive Behavior Therapy and Social Skills Training Improves Personality and Cognition in Incarcerated Offenders. Psychological-Reports; Feb. Vol. 68 (1) 27-33.
- Verduzco, M. A.; Lara-Cantú, M. A.; Lancelotta, G. y Rubio, S. (1989), Un Estudio Sobre la Autoestima en Niños en Edad Escolar: Datos Normativos. Salud Mental 12, No. 3, 50-54.
- Verduzco, M. A.; Lara-Cantú, M. A. (1989), La Autoestima en Niños con Trastornos de Atención. Salud Publica. México; 31: 779-787.
- Verduzco, M. A.; Lara-Cantú, M. A.; Acevedo M.; Cortés J. (1994), "Validación del Inventario de Autoestima de Coopersmith para Niños Mexicanos". Revista Intercontinental de Psicología y Educación. Diciembre. Vol. 7 No. 2. 55-64.
- Vinocur, M. D. (1995), Autoestima en Adolescentes Migrantes y Adolescentes Judíos Mexicanos. Tesis de Maestría. UNAM.
- Zohar, N.; Neumann, L. (1991), Self-esteem, internal-external locus of control, and Their Relationship to Weight Reduction. Journal of Clinical Psychology:. Jul. Vol.47 (4) 568-575.

YO LE PIDO A LA VIDA

Yo le pido a la vida
que me deje ser buena,
que me inspire cariño
que me haga feliz.

Que me dé tolerancia
de vivir el presente
en un mágico ensueño
de alegría y de paz.

Que me brinde el olvido
y al borrar del pasado
los momentos amargos.
Le de vida al recuerdo
del idilio que antaño
fuera breve y fugaz.

Yo le pido a la vida
que me dé tolerancia
de vivir el presente
como mágico ensueño
de alegría y de paz.

*Matar el tiempo,
es matar la vida.*