

SERVICIO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA DIRIGIDO A LOS USUARIOS DEL  
CENTRO DE PROYECCIÓN SOCIAL DE PIEDECUESTA: “*UN ENFOQUE  
COGNITIVO*”.

Trabajo de Grado  
En modalidad de pasantía para optar por el título de Psicóloga

Martha Inés Martínez Rueda

Psicóloga Mónica Parada Butnaru

UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA  
ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES  
FACULTAD DE PSICOLOGIA  
FLORIDABLANCA, 2008

SERVICIO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA DIRIGIDO A LOS USUARIOS DEL  
CENTRO DE PROYECCIÓN SOCIAL DE PIEDECUESTA: “*UN ENFOQUE  
COGNITIVO*”.

**Trabajo de Grado**

En modalidad de pasantía para optar por el título de Psicóloga

Martha Inés Martínez Rueda  
Pasante de Psicología

**Directora**

Psicóloga Mónica Parada Butnaru

UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA  
ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES  
FACULTAD DE PSICOLOGIA  
FLORIDABLANCA, 2008

Nota de Aceptación \_\_\_\_\_

Presidente del Jurado \_\_\_\_\_

Jurado 1 \_\_\_\_\_

Jurado 2 \_\_\_\_\_

Floridablanca, \_\_\_\_\_

*Agradecimientos*

*A Dios, por su incomparable bondad para conmigo.*

*A papá, a mamá y a mis hermanos por su inmensa paciencia, amor y apoyo en este camino.*

*A los demás de mi familia y a mis amigos por su generoso entusiasmo.*

*A mis maestros, por la grandeza de sus enseñanzas.*

*A la UPB, por siempre tener una puerta abierta para mí.*

*Ya ti, tía. Por ayudarme a comprender que los sueños valen.*

*Esto es para todos ustedes.*

## Tabla de Contenido

RESUMEN	7
JUSTIFICACIÓN	9
OBJETIVOS	11
Objetivo General	11
Objetivo Especifico	11
CONTEXTUALIZACIÓN DE LA INSTITUCIÓN	12
REFERENTE CONCEPTUAL	15
Origen psicológico y aplicación de la terapia cognitiva	17
Proceso de la Autoestima	30
La Familia: Como Proceso de Socialización y Salud Psicológica	36
PROGRAMA DE INTERVENCIÓN DESARROLLADO	44
RESULTADOS	47
DISCUSIÓN	53
CONCLUSIONES	56
RECOMENDACIONES	57
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	58
ANEXOS	60

## Índice de Anexos

Anexo 1. Formatos de Historias Clínicas

Anexo 2. Protocolo de Intervención

Anexo 3. Formato de Informe Psicológico

Anexo 4. Relación de Pacientes Atendidos

Anexo 5. Propuesta Grupo de Apoyo para Padres de Pacientes con Dificultades de Conducta

Anexo 6. Formato de Entrevista para Proceso de Admisión Colegio Humberto Gómez Nigrinis de Piedecuesta

## Resumen

El objetivo del presente informe es mostrar el proceso de pasantía, desarrollado en el Centro de Proyección Social de Piedecuesta de la Universidad Pontificia Bolivariana seccional Bucaramanga.

Se presenta la descripción de los ejes claves, que fundamentan el desarrollo de la propuesta: Servicio de atención psicológica dirigido a los usuarios del centro de proyección social de Piedecuesta: *“Un Enfoque Cognitivo”*. Inicialmente se argumentan las razones por las cuales es importante prestar el servicio de psicología desde el campo clínico en dicha institución; con el objetivo general de fortalecer los procesos de diagnóstico e intervención desde el enfoque cognitivo, y así garantizar la calidad del servicio; en atención a las problemáticas identificadas que expone los aspectos relacionados a las necesidades de la población perteneciente a la institución; la cual, requiere un trabajo comprometido desde posturas teóricas como: la aplicación de la psicología clínica, la terapia cognitivo-conductual y ciertas problemáticas (autoestima y familia) mas frecuentes dentro de la población atendida.

Continuando se presenta el programa de intervención, con cada una de las labores desempeñadas, las que permitieron obtener los resultados finales.

Se dio atención a un total de 43 individuos; de los cuales el 58% pertenece al género masculino y el 42% al género femenino; donde el 42% se incluyen en la etapa de la niñez el 19% son adolescentes y el 39% pertenecen a la etapa adulta. Se hicieron procesos individuales en un 72%, procesos de pareja en un 7% y el 21% fueron asesorías psicológicas. Así mismo se encuentra como principales motivos de consulta Dificultades en los patrones de crianza en un 51%, los problemas académicos en un 18% y los problemas de autoestima en un 19% correspondiendo a las impresiones diagnósticas; desajuste de la autoestima en un 21%, desajuste en los patrones de crianza en 19% en igualdad con problemas de conducta infantil.

Finalmente se puede concluir que la atención psicológica es un servicio fundamental en esta institución, ya que se convierte en uno de los ejes principales sobre el cual logra acompañar proyectos aquí desarrollados, potencializar el trabajo interdisciplinar y la aplicación de los saberes científicos con proyección social; siendo este el mayor interés de la institución.

**PALABRAS CLAVES:** psicología clínica, terapia cognitivo-conductual, familia, autoestima, proyección social, atención psicológica.

**AUTOR:** Martha Inés Martínez Rueda

**DIRECTOR:** Mónica Parada Butnaru

**FACULTAD:** Psicología

### Summary

The objective of the present report is to show the process of work of gradue, developed in center of Social Projection of Piedecuesta of the Pontifical University Bolivariana sectional Bucaramanga.

The description of the key axes appears, that base the development of the proposal: Service of psychological attention directed to the users of the center of social projection of Piedecuesta: "A Cognitive Approach". Initially the reasons are argued for which it is important to serve of psychology from the clinical field in this institution; with the general mission to fortify the processes of I diagnose and intervention from the cognitive approach, and thus to guarantee the quality of the service; in attention to the problematic ones identified that it exposes the aspects related to the necessities of the population pertaining to the institution; which, requires a work jeopardizes from theoretical positions like: the application of clinical psychology, the cognitive- behavioral therapy and certain problematic (self-esteem and family) but frequent within the taken care of population.

Continuing the intervention program appears, with each one of the carried out workings, those that allowed to obtain the final results. Attention occurred to a total of 43 individuals; of which 58% belong to the masculine and 42% to the femenine; where 42% include in the stage of the childhood 19% are adolescent and 39% belong to the adult stage. Individual processes in a 72% became, processes of pair in a 7% and 21% were psychological consultant's offices. Also one is as main reasons for consultation Difficulties in the patterns of raising in a 51%, the academic problems in a 18% and the problems of self-esteem in a 19% corresponding to the impressions you diagnose; misalignment of the self-esteem in a 21%, misalignment in the patterns of raising in 19% in equality with problems of infantile conduct.

Finally it is possible to be concluded that the psychological attention is a service fundamental in this institution, since becomes one of the main axes on which it manages to accompany developed projects here, to potencializar the work to interdiscipline and to the application of saberes scientists with social projection; being the this greater interest of the institution.

**KEY WORDS:** clinical psychology, cognitive-behavioral therapy, family, self-esteem , social projection, psychological care.

**AUTHOR:** Martha Inés Rueda Martínez

**DIRECTOR:** Mónica parada.

**FACULTY:** Psychology

## Justificación

La psicología clínica en su labor cumple con funciones específicas que intentan responder a un sin número de problemáticas sentidas por un individuo y/o grupo. Así mismo busca la evaluación, diagnóstico e intervención con el fin de generar alternativas de mejoramiento para el paciente o consultante; logrando en él; avances en las explicaciones de los procesos psicológicos que influyen en su comportamiento, malestar y/o sufrimiento y así poder contemplar factores sociales e individuales inherentes e influyentes al desarrollo evolutivo.

El Centro de Proyección Social (CPS) de la Universidad Pontificia Bolivariana (UPB) se centra en contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de la comunidad a quien presta sus servicios; organización hoy transformada para ampliar su cobertura de servicios y titularse como el Centro de Proyección Social I.P.S. de la U.P.B.,(su sede de Sotomayor, estado aún la sede de Piedecuesta en proceso de aprobación) Especializado en Atención Psicológica, ofreciendo desde el área clínica y de la salud atención individual, familiar, pareja, valoraciones especiales, pruebas psicotécnicas; desde el área organizacional la oferta de procesos integrales de selección de personal, medición del clima organizacional, programas de capacitación, asesoría y consultoría; desde el área educativa, orientación profesional y vocacional, capacitación a docentes, escuela de padres, talleres reflexivos y acompañamiento a convivencias. (Muñoz. 2006). Este centro cuenta actualmente con sedes en Sotomayor y Piedecuesta, siendo este último una zona de alto riesgo en temáticas relacionadas con el alto índice de asentamientos de desplazados, presencia de violencia intrafamiliar, abuso sexual, entre otros.

En atención a la labor que desarrolla el C.P.S. , generar apoyo desde la psicología clínica, se hace una tarea primordial, especialmente al remitirse a los trabajos anteriormente realizados en el Centro de Servicios Psicológicos (antiguo nombre del C.P.S), donde se encontró una alta incidencia de casos, principalmente en violencia intrafamiliar, desacuerdos en pautas de crianza y establecimiento de normas y límites, comportamientos

inadecuados en el medio escolar y familiar, abuso sexual, depresión, estrés postraumático, problemas afectivos, duelo, ansiedad. (Cornejo, 2005 citado por Muñoz, 2006).

Estas áreas se establecieron como prioridad durante el desarrollo de la pasantía, ya existe una gran demanda por parte de la comunidad y adicionalmente el C.P.S, día a día crece en convenios con diferentes instituciones y por ende en el cubrimiento a diversas poblaciones; (escolares, adultos, familias, docentes, trabajadores, adultos mayores entre otros) en condiciones socio-económicas bajas, situación que los hace en cierta medida tener un mayor riesgo a tener algún tipo de dificultad a nivel cognoscitivo, comportamental y/o disociadores entre los más significativos.; dado que están condicionados a variables como: nutrición inadecuada, menor calidad en la educación, disfunciones familiares, situaciones de desplazamiento, abandono familiar e inmersos en un régimen de seguridad social poco favorecedor en procesos de atención psicológica.

Desde el inicio de la propuesta y en el desarrollo de la misma, toda acción y meta fue adherida al propósito de la institución, al avance y al interés de la misma propuesta, la cual presentó como propósito principal fortalecer la atención psicológica- clínica desde un enfoque cognitivo; el cual se ha establecido en la teoría y la practica como una terapia con grandes resultados, contribuyendo, en aminorar y modificar en tiempo considerable, las problemáticas sentidas por cada consultante o paciente que solicita el servicio.

De esta forma se pretendió lograr un impacto positivo en la salud mental de los usuarios, abarcando la parte individual, familiar o grupal; la asesoría o la intervención psicoterapéutica. Esencialmente en aquellas personas que carecen de los recursos o la orientación para acudir a esta clase de asistencia y que en algunos sectores se distingue como población vulnerable a la aparición de fenómenos psicológicos que desfavorecen el óptimo desarrollo y la calidad de vida.

Finalmente, es importante mencionar que el desarrollo de este proceso de pasantía si bien, pretendió alcanzar unos objetivos académicos, también estuvo dirigida a que el servicio de atención psicológica desde el enfoque cognitivo brindara a la comunidad menos favorecida, estrategias que consigan mejorar estilos y calidad de vida; y así mismo fortalecer la labor y el impacto del CPS dentro de la comunidad, el gremio académico y profesional.

## Objetivos

### *Objetivo General*

Brindar el servicio de atención psicológica a fin de fortalecer los procesos de diagnóstico e intervención desde el enfoque cognitivo, en el Centro de Proyección Social de Piedecuesta.

### *Objetivos Específicos*

Emplear técnicas psicoterapéuticas cognitivas adecuadas para cada población (infantil, adolescentes, adultos, familia etc.) el proceso de atención psicológica.

Contribuir a las intervenciones grupales, programadas desde el C.P.S., con el fin de ampliar la cobertura de atención

Sistematizar el proceso de atención clínica realizada en el transcurso del tiempo.

## Contextualización de la Institución

El centro de proyección Social (C.P.S), se constituye como una institución dependiente de la Universidad Pontificia Bolivariana, dada a generar diferentes proyectos de carácter social, los que son diseñados y ejecutados por estudiantes de las diferentes facultades, generando así un equipo diversificado y sólido el cual logre abarcar las distintas problemáticas y necesidades sentidas por la población Piedecuestana con el fin de prestar un servicio óptimo para el bienestar de la sociedad y mejorar el estilo de vida de sus pobladores en los diferentes contextos o situaciones socio-económicas, sociales, familiares, solo por dar mención a algunas.

Este centro se crea bajo la Resolución Rectoral No 038-06 el día 28 de junio de 2006, actualmente coordinado por el Ingeniero Rodrigo Suárez Jaimes y ubicado dentro del municipio de Piedecuesta. Así mismo cuenta con el programa de auditoria para el mejoramiento de calidad (PAMEC), el cual tiene como fundamento guiar todos los procesos, actividades e intervenciones realizadas; donde su fin ultimo es garantizar la calidad del servicio y el bienestar de los clientes, promoviendo así mejores niveles de desarrollo.

El C.P.S moviliza sus acciones con la misión de orientar y ejecutar procesos de intervención y acompañamiento social a la comunidad piedecuestana y sus alrededores, con el fiel propósito de ser participes en procesos de desarrollo y bienestar del municipio. Así mismo tiene como visión, ser un punto de referencia donde converja la comunidad piedecuestana y el perímetro circunvecino, involucrando diferentes campos profesionales de la universidad para que participen en la ejecución de diferentes proyectos sociales, económicos y productivos que buscan mejorar la calidad de vida de las familias del municipio.

Dentro de esta contextualización es importante hacer mención a los actuales proyectos vinculados al centro. En primera instancia esta el proyecto pionero del C.P.S “Reconstrucción del tejido social de las familias de los asentamientos humanos que sufren desplazamiento forzado y se encuentra ubicadas en los municipios de piedecuesta y

floridablanca” seguidamente esta el proyecto del grupo de investigación Análisis y transformación Psicosocial en la línea de gestión de conflicto dirigido por el Dr. Nelson Molina y sus demás asesores; esto se desarrolla desde la facultad de Psicología.

Ahora bien la facultad de Ingeniería Civil se vincula desde el proyecto de “Construcción de vivienda para los beneficiarios del subsidio de gobierno del municipio de piedecuesta”.

Actualmente también la facultad de Comunicación Social apoya el proceso desde la modalidad de pasantía para efectuar la “Estructuración de la oficina de prensa del C.P.S”.

También la escuela de formación humanista se vincula en aporte con las capacitaciones a docentes de los diferentes colegios bajo la propuesta “Ético- Humanista”; actividad realizada por el docente Gustavo Quintero.

Ahora bien, es importante destacar la labor desempeñada por la facultad de Derecho, la cual hace presencia con sus estudiantes en el consultorio jurídico, la cual ha tenido significativa acogida por parte de la comunidad.

Así bien, esto son algunos de los ejes fundamentales que componen el C.P.S en calidad de servicio para la comunidad vulnerable, menos favorecida. Es por tal razón que se hace importante dar continuidad, seguimiento y apertura a toda idea y contribución, bajo la misma premisa, la cual se enfoca básicamente en mejorar las condiciones y calidad de vida de los individuos desde la integridad y el derecho que le otorga el “ser” humano.

## Referente Conceptual

Según el Colegio Oficial de Psicología (2006) La Psicología Clínica y de la Salud, se define como una disciplina o campo de especialización de la Psicología que aplica los principios, las técnicas y los conocimientos científicos desarrollados por ésta para evaluar, diagnosticar, explicar, tratar, modificar y prevenir las anomalías o los trastornos mentales o cualquier otro comportamiento relevante para los procesos de la salud y enfermedad, en los distintos y variados contextos en que éstos puedan tener lugar.

Así mismo plantea que el psicólogo clínico es el psicólogo que aplica el conocimiento y las habilidades, las técnicas y los instrumentos proporcionados por la psicología y ciencias afines a las anomalías, los trastornos y a cualquier otro comportamiento humano relevante para la salud y la enfermedad, con la finalidad de evaluar, diagnosticar, explicar, tratar, modificar o prevenir estos en los distintos contextos en que los mismos puedan manifestarse.

Dentro de las recomendaciones importantes del desempeño clínico que aún cobra vigencia, es la fundamentación de un enfoque y/o técnica (American Psychologist Association, APA, 1947) formación que preferiblemente debe tener el psicólogo, ya que de esta forma el desempeño dentro de la terapia o atención va a brindar mayores posibilidades de efecto en el paciente o consultante.

Según Luna (2003) La Psicología Clínica moderna ha tenido un cambio de énfasis ampliándose del sólo interés por el sujeto enfermo o anormal al interés por el sujeto normal que enfrenta problemas psicológicos más o menos inesperados como consecuencia de una enfermedad física, de la exposición a distintas condiciones ambientales de estrés en la familia, o en la vida profesional, o debido a la exposición de situaciones extremadamente difíciles.

Luna (2003) continúa señalando que como el campo de acción de la Psicología Clínica, se ha extendido, se debe suponer que existe una demanda de servicio creada por

el aumento de las complejidades de la vida moderna junto con un aumento del interés por el bienestar del individuo.

Estudios recientes mencionan que La Psicología Clínica moderna reconoce que los seres humanos normales se enfrentan a situaciones que no han sido preparados para afrontar. También está dando una gran atención a los aspectos preventivos además del enfoque clásico hacia el tratamiento. Por lo anterior, debido a que cuenta con una sólida metodología, principios y conocimientos empíricamente evaluados, durante los años recientes, la Psicología ha adquirido un papel fundamental como una opción obligada e importante dentro de las estrategias de solución de problemas relacionados con la salud, la educación, y la productividad, entre otras.

Luna (2003) señala que El psicólogo clínico que enfrente los retos antes señalados podrá hacerlo de manera eficiente si cuenta con el siguiente perfil de habilidades: *Observación, Diagnóstico, Comunicación, Prevención y desarrollo, Planeación, Evaluación, Investigación.*

En suma, el proceso de pasantía, se apoyó para su ejecución del enfoque Cognitivo, y las posibilidades de psicoterapia cognitiva propuestas por los diferentes teóricos.

Según Clark (1995) citado por Caro (1999) entiende la terapia cognitiva como una psicoterapia estructurada, con límite de tiempo, orientada hacia el problema y dirigida a modificar las variables defectuosas del procesamiento de la información evidentes en los trastornos psicológicos.

El paradigma de la psicología cognitiva (y las terapias cognitivas) consiste en el principio de la mediación cognitiva. Sintéticamente: *La reacción (o respuesta emotiva o conductual) ante una situación (o estímulo) está mediada por el proceso de significación (o evaluación) en relación a los objetivos (metas, deseos) de cada persona.* (Carmeniri, 2004)

Este paradigma da paso a considerar el concepto de “estructura cognitiva” como uno de los ejes determinantes de este enfoque en la labor clínica y/o terapéutica en la psicología.

Camerini (2004) dice, Las estructuras cognitivas, generalmente denominadas *esquemas*, que dan lugar a las evaluaciones y a las respuestas, son el resultado de predisposiciones genéticas y del aprendizaje generado a través de las experiencias vividas, propias de cada persona.

En el contexto clínico según Semerari (2002) citado por Caro (1999) el esquema cognitivo sirve de ayuda para estudiar cuestiones fundamentales: cómo pueden dar lugar las estructuras mentales a representaciones más o menos estables de uno mismo y de los demás, cómo influye la historia del desarrollo de estructuras en la experiencia actual y cómo pueden originarse a partir de estas estructuras algunos trastornos.

Toda terapia, por lo tanto implicará una modificación de estas estructuras con la consiguiente modificación de las evaluaciones que logrará una modificación de las respuestas (emotivas y/o conductuales). De esta manera, sin desconocer el enfoque médico biológico de los trastornos, sino sumándose al mismo, este modelo psicoterapéutico aporta al proceso de cambio el concepto de reaprendizaje, para lo cual puede recurrir a las teorías del aprendizaje. Entre las teorías del aprendizaje podemos citar el modelo social cognitivo de Albert Bandura (1986). Las técnicas y recursos psicoterapéuticos, basados tanto en la teoría como en la experiencia clínica, abarcan un amplio espectro.

Así mismo existen conceptos que direccionan el enfoque; propuestos y utilizados por los teóricos ya mencionados. Siguiendo a Ingram y Kendall (1986) citado por Ruiz & Cano (1993), se encuentran:

*Operaciones cognitivas:* Se refiere a la actividad, conducta o procesos de los esquemas cognitivos. Esta actividad "procesa la información" de los datos sensoriales, guiada por los significados personales y cuando es patológica suele dar lugar a los llamados tradicionalmente "trastornos del juicio y razonamiento" y en la línea de Beck a las "distorsiones cognitivas" (pensamiento polarizado, sobregeneralización, abstracción selectiva, inferencia arbitraria, etc). Conforman la llamada "visión túnel" de los distintos trastornos emocionales (Mckay y cols., 1985 citado por Ruiz & Cano 1993); por ejemplo las personas ansiosas se centran en la anticipación de peligros, las personas irritadas en la

evaluación de injusticias, las personas deprimidas en las pérdidas y las personas hipomaniacas en las ganancias.

*Productos cognitivos:* Son los resultados más conscientes de las operaciones cognitivas automáticas o inconscientes. Conforman los pensamientos, imágenes, atribuciones, etc. En cierto modo la conducta, las emociones y la respuesta corporal (psicosomática o psicofisiológica) también es resultante o producto cognitivo. En la clínica constituirían los patrones de conducta disfuncionales o los aspectos "sintomáticos".

Así mismo Clark (1995) plantea que el terapeuta y el paciente colaboran en identificar las cogniciones distorsionadas, que se derivan de los supuestos o las creencias desadaptativas. Estas cogniciones y creencias están sujetas al análisis lógico y la comprobación empírica de hipótesis, lo que conduce a los individuos a realinear su pensamiento con la realidad.

#### *Origen psicológico y aplicación de la terapia cognitiva*

Según Ruiz & Cano (2005) El concepto de terapia cognitiva tiene su origen dentro de la práctica clínica del psicoanálisis. En 1926 el alemán Lungwitz crea este término para designar una forma de terapia psicoanalítica renovada, muy parecida a la actual psicoterapia cognitiva de Beck. Otros autores que desde el psicoanálisis han ejercido una influencia sobre la psicoterapia cognitiva han sido: Freud en su obra "El Yo y el Ello" (1923) describe dos modos de funcionamiento mental, el "Proceso primario" que concierne al funcionamiento mental inconsciente, guiado por el principio del placer, y que hace parte de los mecanismos de condensación y desplazamiento, y el "Proceso secundario" de naturaleza preconscious y consciente, y que corresponde a las funciones denominadas tradicionalmente como cognitivas (pensamiento, memoria, etc), y que son guiadas por el principio de realidad. Para él, el segundo modo de funcionamiento deriva del primero, al imponer la realidad exterior restricciones a la consecución de los deseos. La psicoterapia cognitiva retomará de Freud la cuestión de que al margen de los procesos conscientes,

racionales y reflexivos existen otros procesos más inconscientes, mas emocionales y menos racionales que muchas veces operan al margen de los anteriores.

Siguiendo la tradición psicoanalítica, los autores que más han influido en la corriente cognitiva han sido los provenientes del "neopsicoanálisis o psicoanálisis cultural, sobre todo K. Horney y Sullivan. La psicoanalista K. Horney habla de la "Tiranía de los deberías" o exigencias culturales y familiares internalizadas en las estructuras superyoicas, que juegan un papel relevante en las neurosis (A. Ellis retoma de Horney este punto al hablar de "Creencias Irracionales"). Para Horney (1950), esas exigencias tendrán un carácter defensivo ante la angustia básica generada por un conflicto entre los deseos inconscientes insatisfechos del niño y el temor a ser rechazado y abandonado. Esos "Deberías" tendrían como función encaminar los esfuerzos del individuo a lograr una seguridad (neurótica, falsa) a costa de sus deseos. Sullivan (1953) desarrolla el concepto de "distorsión paratáxica" como un patrón interpersonal de relación con otros, que engloba pensamientos y emociones inadecuadas, derivadas de experiencias tempranas disfuncionales con los progenitores y otras figuras relevantes. (Ruiz & Cano, 2005)

Ahora bien, en el año 1956 el Dr. Albert Ellis inicia una nueva corriente en psicoterapias que hoy se conoce con el nombre de Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC). Algunos años después, en 1962, el Dr. Aaron T. Beck inicia una nueva propuesta en psicoterapias que denomina Terapia Cognitiva (TC) y que muy pronto adquiriría gran prestigio por su eficacia para enfrentar la depresión y la ansiedad. Ambas corrientes, junto con nuevos desarrollos como la Terapia de los Esquemas (Jeffrey Young) y otras nuevas orientaciones integradoras, conductuales y sociales, están comprendidas en lo que hoy podríamos denominar la "corriente cognitiva conductual" en psicoterapias.

Caro (1999) menciona como las dos figuras más influyentes dentro del movimiento de las intervenciones cognitivas a Albert Ellis y Aaron Beck.

#### *Albert Ellis "Terapia Racional Emotiva"*

Ellis, fue modificando gradualmente su modelo terapéutico desde una perspectiva psicoanalítica más clásica, pasando por otra más "neofreudiana" hasta llegar a su propio

modelo. Con estas modificaciones observó que iba aumentando el porcentaje de éxito en su tratamiento y que los pacientes aunque podían tener una adecuada comprensión de su conducta ("Insight") no la solían modificar, y se estancaban a este nivel.

Dentro de los conceptos mas destacados por este teórico se encuentran:

*Metas y racionalidad:* Los hombres son más felices cuando se proponen metas y se esfuerzan por alcanzarlas racionalmente. Las principales metas humanas se pueden englobar en: *Supervivencia, felicidad, aprobación o afecto, éxito y Competencia personal en diversos asuntos y bienestar físico, emocional o social.*

En este punto, Ellis, destaca la fuerte concepción filosófica de su terapia (siguiendo en gran medida la tradición estoica) donde los humanos son seres propositivos en busca de metas personales, que constituyen a su vez, las "filosofías personales" de cada cual.

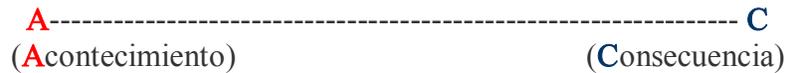
*Cognición y procesos psicológicos:* Pensamiento, afecto y conducta están interrelacionados, afectándose mutuamente. Es por eso que se afirma que los principales componentes de la salud y los trastornos psicológicos se encuentran a nivel del pensamiento, a nivel cognitivo. Estos componentes determinantes son: *Las Creencias Irracionales (Exigencias) en los procesos de trastorno psicológico y las Creencias Racionales (Preferencias) en los procesos de salud psicológica.*

En 1958 publica su famoso Modelo A-B-C para la terapia. En este modelo (Ellis, 1986) afirma que los trastornos emocionales(C) no derivaban directamente de los acontecimientos vitales de la vida actual o los acontecimientos pasados(A), sino de determinadas *creencias irracionales* o exigencias que el propio sujeto había adquirido y en las que se "autoadoctrinaba" (B). Paralelamente se acercaba a la terapia de conducta al proponer determinados métodos activos para modificar tales exigencias.

La mayoría de las personas suelen mantener un modelo atribucional o causal sobre su propia conducta centrado en los eventos externos. Podemos representar ese modelo:

A: Llamémosle acontecimientos.    C: Llamémosle consecuencias

De modo que podíamos representarlo:



Temporales: Emocionales

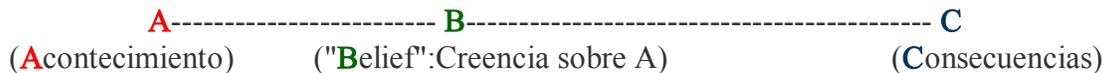
- Actuales ("despido laboral") ("ansiedad", "depresión")
- Pasados o históricos ("niñez sin afecto")

.Conductuales

Espaciales ("evitación social", "llanto")

- Externos ("rechazo amoroso") .Cognitivos
- Interno ("recuerdos negativos") ("obsesiones", "autocríticas")

El modelo de la terapia racional-emotiva propone que el proceso que lleva a producir la "conducta" o la "salud" o "trastorno emocional" es bien distinto, ya que propone:



Temporales:

*Creencias*

Pasados/Actuales

Racionales

Emocionales

Irracionales

Espaciales

Cognitivas

Conductuales

Externos/Internos

Distorsiones cognitivas o inferencias  
situacionales derivadas de las creencias

En resumen, no son los acontecimientos externos por lo general (salvo eventos externos o internos extremos: ("terremoto", "dolor extremo") los que producen las consecuencias conductuales, emocionales y cognitivas. Más bien el propio sujeto, aplicando su proceso de valoración personal sobre esos eventos, es quién en última instancia produce esas consecuencias ante esos eventos.

El que esos eventos tengan una mayor o menor resonancia en sus consecuencias, es decir produzcan estados emocionales perturbadores extremos e irracionales o racionales dependerá fundamentalmente de las actitudes valorativas (creencias) de ese sujeto particular.

Esos acontecimientos serán valorados en tanto y en cuanto impliquen a las metas personales del sujeto. Ahora bien esas metas podrán ser perseguidas de modo irracional, produciendo un "procesamiento de la información absolutista" y consecuencias psicológicas trastornantes, a bien siguiendo un "procesamiento de la información preferencial" (Campell, 1990) y consecuencias emocionales saludables. El que predomine uno u otro "procesamiento de la información" hará que el perfil "salud psicológica/trastorno psicológico" varíe en cada caso.

Su terapia constituye la llamada "Terapia Racional Emotiva – Conductual TRE (C)". La TRE (C), conlleva un terapeuta altamente activo y directivo, que identifica y ayuda al cliente a disputar intensamente su pensamiento irracional.

Según, Caro (1999) esta es una terapia muy ahistórica, dado que Ellis cree que no es necesario preguntar por los acontecimientos, pensamientos o sentimientos pasados. Lo necesario consiste en identificar y discutir las creencias irracionales actuales. Implícitamente, esta teoría es de naturaleza causal-linear, ya que el modelo A-B-C se presenta como unidireccional.

Ahora bien, Beck (1967, 1976) en parte de su trabajo sobre la depresión, observa que en este y otros trastornos emocionales la estructura de las experiencias de los individuos determina sus sentimientos y conducta. Este concepto de Estructura cognitiva suele recibir otros nombres como el de "Esquema cognitivo" y en el ámbito clínico el de "Supuestos personales"(Beck, 1979).

Según Beck, (1979) citado por Caro (1999) estos equivalen a las creencias irracionales según la concepción de Ellis. Estas asunciones o supuestos son adquiridas en etapas tempranas de la vida y permanecen a nivel no consciente, activándose posteriormente por

diversos eventos y generando determinadas interpretaciones subjetivas de los eventos que suelen ser distorsionados (distorsiones cognitivas) generando a su vez problemas emocionales, conductuales y relacionales.

Entonces para Ruiz & Caro (2005) El trastorno psicológico, deriva de las *Creencias Irracionales*. Una creencia irracional se caracteriza por perseguir una meta personal de modo exigente, absolutista y no flexible.

Ellis (1962, 1981, 1989 y 1990) citado por Ruiz & Caro (2005) propone que las tres principales creencias irracionales (creencias irracionales primarias) son:

*Referente a la meta de Aprobación/Afecto:* "Tengo que conseguir el afecto o aprobación de las personas importantes para mí".

*Referente a la meta de Éxito/Competencia o Habilidad personal:* "Tengo que ser competente (o tener mucho éxito), no cometer errores y conseguir mis objetivos".

*Referente a la meta de Bienestar:* "Tengo que conseguir fácilmente lo que deseo (bienes materiales, emocionales o sociales) y no sufrir por ello".

También hay tres creencias irracionales, derivadas de las primarias (creencias secundarias), que a veces son primarias, que constituirían el segundo eslabón cognitivo del "procesamiento irracional de la información":

*Referente al valor aversivo de la situación: tremendismo.* "Esto es horroroso, no puede ser tan malo como parece".

*Referente a la capacidad para afrontar la situación desagradable: insoportabilidad.* "No puedo soportarlo, no puedo experimentar ningún malestar nunca".

*Referente a la valoración de sí mismo y otros a partir del acontecimiento: CONDENA.* "Soy/Es/Son...un X negativo (inútil, desgraciado...) porque hago/hace-n algo indebido".

Ruiz & Caro (2005) refiere que la salud psicológica, por su parte estaría ligada a las *creencias racionales*. Ellis, es el único terapeuta cognitivo que llega a distinguir entre consecuencias emocionales negativas y apropiadas o patológicas. El hecho de experimentar emociones negativas no convierte ese estado en irracional necesariamente, ni la racionalidad de la terapia racional emotiva (R.E.T) puede ser confundida con un estado "apático, frío o insensible" del sujeto. Lo que determina si una emoción negativa es o no patológica es su base cognitiva y el grado de malestar derivado de sus consecuencias. Así en la R.E.T se distingue entre:

Emociones	-Versus-	Emociones
Inapropiadas		Apropiadas

Semerari (2002) afirma que estas creencias facilitarían la consecución de las metas personales, aunque no siempre, y al no producirse disminuirían su impacto sobre el sujeto. La salud psicológica sería todo aquello que contribuiría a que el sujeto consiguiera sus metas con más probabilidad; es decir el autodoctrinamiento en las creencias racionales y su práctica conductual.

De aquí se parte para decir que la detección por el propio sujeto de sus distorsiones cognitivas, sus efectos y el aprendizaje de su modificación, y de los supuestos personales que la sustentan, constituye la "Terapia Cognitiva", propuesta por Beck. (Semerari 2002)

La terapia cognitiva (C.T) es un sistema de psicoterapia basado en una teoría de la psicopatología que mantiene, que la percepción y la estructura de las experiencias del individuo determinan sus sentimientos y conducta (Beck, 1967 y 1976 citado por Ruiz & Caro 2005)

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

Para Semerari (2002) por medio de los esquemas cognitivos se pueden considerar, diferenciar y codificar la información. También afirma que este concepto constituye la base para explicar indistintamente que dos personas conceptualicen la misma situación de forma

diferente, o bien que una persona habitualmente muestre coherencia en sus interpretaciones, pero conceptualicen situaciones diferentes del mismo modo.

En tanto para la terapia cognitiva la *cognición* es un sistema de valoración de acontecimientos hecha por el individuo y referida a eventos temporales pasados, actuales o esperados. Los pensamientos o imágenes de los que podemos ser conscientes o no. (Beck, 1981 citado por Ruiz & Caro 2005)

En el sistema de cogniciones de las personas podemos diferenciar lo siguiente:

*Distorsión Cognitiva Y Pensamientos Automáticos:* Los errores en el procesamiento de la información derivados de los esquemas cognitivos o supuestos personales recibe el nombre de distorsión cognitiva. Básicamente serían errores cognitivos. Beck (1967 y 1979)

*Inférenca Arbitraria:* Se refiere al proceso de adelantar una determinada conclusión en ausencia de la evidencia que la apoye o cuando la evidencia es contraria.

*Abstracción Selectiva:* Consiste en centrarse en un detalle extraído fuera de contexto, ignorando otras características más relevantes de la situación, y valorando toda la experiencia en base a ese detalle.

*Sobregeneralización:* Se refiere al proceso de elaborar una conclusión general a partir de uno o varios hechos aislados y de aplicar esta conclusión a situaciones no relacionadas entre sí.

*Maximización y Minimización:* Se evalúan los acontecimientos otorgándole un peso exagerado o infravalorado en base a la evidencia real.

*Personalización:* Se refiere a la tendencia excesiva por la persona a atribuir acontecimientos externos como referidos a su persona, sin que exista evidencia para ello.

*Pensamiento Dicotómico o Polarización:* Se refiere a la tendencia a clasificar las experiencias en una o dos categorías opuestas y extremas saltándose la evidencia de valoraciones y hechos intermedios.

Otros autores han aumentado el repertorio de distorsiones cognitivas detectadas en distintos estados emocionales alterados. Lo esencial es destacar que aunque algunas distorsiones pueden ser específicas de determinados trastornos, lo normal es que estén implicados en diversos trastornos y estados emocionales alterados. Solo la organización cognitiva es ideosincrática y personal a cada individuo, aunque pueden encontrarse semejanzas en sus distorsiones y Supuestos personales. (Mckay, 1981 citado por Ruiz & Caro 2005).

Una parte fundamental de esta terapia es la *Conceptualización de los problemas*. Los datos básicos para la terapia cognitiva consisten principalmente en las cogniciones de los pacientes, fundamentalmente a partir de los pensamientos automáticos (Beck, 1981). Los pensamientos automáticos se suelen recoger de tres fuentes principales: (1) informes orales del mismo paciente al expresar las cogniciones, emocionales y conductas que experimenta entre las sesiones y referidos a determinadas áreas problemáticas; (2) los pensamientos, sentimientos y conductas experimentados durante la terapia; y (3) el material introspectivo o de autorregistro escrito por el paciente como parte de las tareas terapéuticas asignadas entre las sesiones.

Una vez recogidos estos datos básicos, el terapeuta en colaboración con el paciente, pueden conceptualizarlo en tres niveles de abstracción:

*El significado que el paciente da a su experiencia de los hechos pasados, relacionados con sus áreas problemáticas.* Estos datos se suelen obtener a partir de preguntas del siguiente estilo: "¿Cómo interpretaste la situación en que te sentiste mal?", "¿Qué significó para ti el que sucediera x?".

*Los significados dados por el paciente a su experiencia son agrupados por el terapeuta en patrones cognitivos.* Tipos comunes ("creer que debe tener apoyo permanente para

afrontar las situaciones", "aplicar el rechazo a situaciones personales", etc); (2) En función del tipo de error cognitivo o distorsión cognitiva ("sobregeneralización", "polarización", etc); y (3) En función del grado de realidad y adaptación de las cogniciones.

*Articular a modo de hipótesis los patrones cognitivos en Significados personales o Esquemas cognitivos subyacentes y tácitos.* Esta articulación permitirá formular el núcleo cognitivo a la base de los problemas del paciente y permitirá su contrastación empírica.

En resumen (Beck, 1979), el terapeuta traduce los síntomas del paciente en términos de situaciones evocadores-pensamientos- afectos-conductas implicadas como primer paso; después detecta los pensamientos automáticos y su base de distorsiones cognitivas y por último genera hipótesis sobre los Supuestos Personales subyacentes, haciendo esto último en base a las distorsiones cognitivas más frecuentes, contenidos comunes (p.e empleados en palabras "clave" o expresiones del paciente), como defiende el paciente una creencia y de momentos asintomáticos o "felices" del paciente (donde se suele confirmar el reverso del Supuesto Personal.

De esta manera se puede afirmar que según las teorías pioneras del enfoque cognitivo "La noción de *Mente Humana* se relacionaría con la *activación* de estas *estructuras cognitivas*, dando lugar a *estados pasivos y activos* (el "conocimiento", "memoria", "percepción", "afecto", "conducta", "deseos", etc). Desde esta perspectiva se entiende a la *psicopatología* como resultante de una *disfunción de las estructuras de significado* y a la *psicoterapia* como una labor encaminada a *desarrollar estructuras de significados funcionales*.

Actualmente han aparecido nuevos modelos de psicoterapia cognitiva que se postulan por sus defensores como distintos a los señalados anteriormente de Ellis y Beck. Estos nuevos modelos se denominan "Constructivistas". básicamente se diferencian de los anteriores, dado que ellos se denominan como "Racionalistas", en varios aspectos (Mahoney y Gabriel,1987): *No se puede concebir una "realidad" objetiva independiente del sujeto que pueda ser "distorsionada"; no se puede afirmar siempre la primacía de la cognición sobre la emoción o la acción y la terapia no se constituye como una labor psicoeducativa de corrección de cogniciones erróneas, sino como una reconstrucción de la*

*propia coherencia del sistema cognitivo del paciente.* Algunas líneas terapéuticas destacadas en este movimiento son: "Terapia Cognitivo-Evolutiva" de Mahoney (1991); la "Terapia Cognitiva-Estructural" de Guidano y Liotti (1985) y la "Terapia Cognitiva-Narrativa" de Gonsalvez (1992). Esta corriente cognitiva tiene a su vez importantes partidarios en el modelo sistémico-constructivista.

La terapia cognitiva se basa en el supuesto teórico subyacente de que los efectos y la conducta de un individuo están determinados en gran medida por el modo que tiene dicho individuo de estructurar el mundo (Beck, 1967, 1976). Sus cogniciones se basan en actitudes o supuestos desarrollados a partir de experiencias anteriores. El terapeuta cognitivo ayuda al paciente a pensar y actuar de un modo más realista y adaptativo en relación con sus problemas psicológicos, reduciendo o eliminando así los síntomas. La terapia cognitiva se sirve de una gran variedad de estrategias cognitivas y conductuales, para lograr el objetivo de delimitar las falsas creencias y los supuestos desadaptativos, mediante técnicas de aprendizaje. (Caro 1999).

Dentro de esta técnica se buscan experiencias de aprendizaje altamente específicas dirigidas a enseñar a los pacientes las siguientes operaciones: (Beck, 1987) *controlar los pensamientos (cogniciones) automáticos negativos; identificar las relaciones entre cognición, afecto y conducta; examinar la evidencia a favor y en contra de los pensamientos distorsionados.*

Se considera que la modificación del contenido de las estructuras cognitivas de una persona influyen en el estado afectivo y de sus pautas de conducta, por lo tanto se persigue que mediante terapia un paciente pueda llegar a darse cuenta de sus distorsiones cognitivas, y corregir los "constructos" erróneos para producir una mejoría clínica. El terapeuta mediante pautas específicas, anima al paciente a identificar, observar y evaluar sus pensamientos de una manera objetiva. Se intenta mitigar las alteraciones emocionales, y generar una productiva relación entre el profesional actuante y el paciente. De esta manera cada paso progresivo del tratamiento sirve para desarrollar y hacer más profundos los aspectos colaborativos de esta relación. Generalmente la terapia consta de 15 o 20 sesiones una vez a la semana. (Beck, et al. 1983)

Otro aspecto fundamental dentro de este recorrido teórico y que está presente en todo el trabajo desempeñado hace referencia, a aquellas consideraciones que atraviesan la labor clínica y en el tratamiento con el paciente.

Es así como la *relación terapéutica*; se hace imperiosa, seguida de las técnicas suministradas por el enfoque cognitivo –conductual.

Sermerari (2002) dice. La relación terapéutica tiene el deber de motivar al paciente para un notable esfuerzo en la aplicación de la técnica. Ruiz & Cano (2005) hacen mención de lo siguiente:

*La confianza básica*, se trata de la percepción del paciente que ve la relación con el terapeuta como segura y no amenazante y que le permite expresar sus dificultades con la esperanza de encontrar solución a sus dificultades. El terapeuta sopesa su intervención (utilizando feedback del paciente) y ajusta su rol (directividad, formalidad, límites...etc) a las respuestas del paciente. En general, en la primera fase del tratamiento, suele emplear más la empatía, aceptación y autenticidad, para así fomentar la confianza básica. En una segunda fase se refuerza de modo progresivo la autonomía del paciente (planificando con él las agendas y tareas para casa, y usando las atribuciones internas a sus logros).

*El rapport*, se refiere en general, a un acuerdo de metas, objetivos y procedimientos terapéuticos entre el paciente y el terapeuta. Es útil que el terapeuta clarifique las expectativas terapéuticas que el paciente trae a terapia; que las contraste con el paciente si le pongo si le parece poco razonable o inadecuadas ("¿Cree usted que su hijo estará dispuesto a colaborar conmigo en la terapia si usted le amenaza con lo que podría perder si no viene?"). También el terapeuta se pone en la misma "onda" del paciente a través de la empatía, aceptación y autenticidad (con la ayuda del feedback). El explicar al paciente la duración del tratamiento, la frecuencia de las sesiones, el proceso terapéutico y las fluctuaciones; y recoger sus respuestas al respecto, puede facilitar el llegar a un acuerdo mínimo sobre estos puntos, o no iniciar la terapia si el paciente trae un marco de trabajo excesivamente restrictivo (p.e Fisch y cols. 1984).

*La colaboración terapéutica*, el terapeuta y el paciente forman un equipo de trabajo que tiene como fin detectar los pensamientos negativos, los supuestos personales y trabajar su modificación (empirismo colaborativo). Se explican al paciente las tareas a desarrollar (mediante modelado directo o cognitivo), se aplican como tareas para casa, se revisan esas tareas en consulta, y progresivamente el paciente va teniendo un papel más autónomo en este proceso. En la fase de socialización terapéutica se inicia esta actividad.

De igual forma se encuentra las técnicas terapéuticas referenciadas en la gran mayoría de los textos sobre *terapias cognitivas*.

*Poner en palabras la regla personal de vida*: Se trata de formularle al paciente una expresión verbal de como podría ser su regla inconsciente. A veces basta con esto para advertir su inflexibilidad y generar así el primer paso para su modificación.

*Uso de preguntas*: Se suele pedir la evidencia para mantener una regla, pero más que para contrastar su irracionalidad (R.E.T), o su falta de evidencia real (C.T) se hace en sentido de comprobar si funciona como predice ("¿Dónde está la evidencia de que esa regla funcione como dice?").

*Rastrear la historia fenomenológica de la regla personal de vida*; se suele preguntar al paciente: "¿De dónde sacaste esa regla? (¿de qué experiencias?)".E iniciar así la formulación vivida por el paciente de su historia evolutiva. Eso suele producir un cierto distanciamiento de la regla al darse cuenta de que pudo asumirla de otros cuando era niño o joven y aun su capacidad de razonamiento y pensamiento crítico no se encontraba desarrollado.

*Señalar y confrontar la regla personal de vida discrepante y conflictiva*, los valores de las personas raramente están organizados de forma coherente y no discrepante. La persona ha podido ser socializada por instancias con valores diferentes a lo largo de su desarrollo; y en determinadas ocasiones estos valores puede entrar en conflicto (valores de rendimiento y dedicación laboral respecto a valores de cuidado familiar). El terapeuta insta al paciente a comprobar como chocan sus reglas y a modificarlas o a dar prioridades

*Uso de anécdotas, parábolas, humor y discusión de temas existenciales*: El terapeuta puede usar fuentes de modelado vicario para expresar ejemplos y su modificación.

*Protección en el tiempo:* A menudo es útil que el paciente se imagine realizando una tarea difícil en el futuro o el pasado para así lograr inicialmente un modelado de como hacerla y disminuir su dificultad percibida con antelación.

*Toma de decisiones y resolución de problema,* se suele emplear para buscar diferentes métodos de comprobación; elegir uno y ponerlo en práctica; y posteriormente comprobar sus efectos y si es necesario reformular otra alternativa.

*Uso del feedback,* se utiliza para dar información de los progresos terapéuticos, discrepancias y manejo de la relación terapéutica (el terapeuta pregunta al paciente: ¿Cómo ve mi actitud hacia usted?, ¿Como cree que yo me siento con usted?, ¿Qué cree que pienso sobre usted?).

*Escucha cognitiva,* el terapeuta trata de detectar los significados asociados a las expresiones verbales del paciente, tanto por el uso frecuente de determinadas palabras, énfasis o cambios de entonación. (¿Y eso qué significa para usted?).

Finalmente es importante hacer alusión que para mantener una atención firme y organizada sobre las necesidades de las personas en la atención psicológica y/o psicoterapéutica, se hace necesario entender que: *“Es difícil enseñar cuando no se quiere imponer un pensamiento, si no estimular el pensamiento ajeno libremente. La gente se siente insegura cuando no le dicen lo que tiene que hacer”* (Héctor Abad Gómez)

### *Proceso de la Autoestima*

Branden (1998), citado por Mézerville (2004) señala que fuera de los problemas de origen biológico, no conoce una sola dificultad psicológica- desde la angustia y la depresión hasta el miedo a las relaciones íntimas o al éxito, el abuso del alcohol o las drogas, el bajo rendimiento en el estudio o en el trabajo, el maltrato a las mujeres o la violación a menores, las disfunciones sexuales o la inmadurez emocional, el suicidio o los

crímenes violentos-, que no sea atribuible a una autoestima deficiente. De todos los juicios de que somos objeto, ninguno es tan importante como nuestro propio juicio. La autoestima positiva es requisito cardinal de una vida plena.

Así mismo White (1972) citado por Rodríguez & Arroyo (2006) afirmaba que a la autoestima a menudo se le ha dado el estatus de motivo maestro (o motivo superordinario) en la vida humana, lo que ocasiona que muchos otros conceptos se subordinen al concepto de autoestima, con el fin de lograr una verdadera comprensión de ella. Para Branden la autoestima se trata de algo más que una opinión o sentimiento. Es una fuerza motivadora que inspira un tipo de comportamiento.

Dada la necesidad de considerar a la autoestima en un espectro más amplio de conceptos interrelacionados que la componen; Mezerville (2004) desarrolla sistemáticamente los seis componentes asociados más importantes, como parte de un proceso de interacciones ordenadas que permitan una mejor comprensión de la forma en la que la autoestima se expresa y se consolida en el plano personal. Este modelo es denominado *proceso de la autoestima*, se considera a la autoestima desde la perspectiva de sus dos dimensiones complementarias, a saber, la dimensión actitudinal inferida y la dimensión conductual observable, integrada cada una de ellas por tres componentes esenciales y descritos a continuación:

#### *Dimensión actitudinal inferida*

*La autoimagen*, que consiste en la capacidad de verse a sí mismo, no mejor ni peor, sino como la persona que realmente es. Para Branden (1995) citado por Mézerville (2004) la persona que goza de una autoestima saludable trata de estar consiente incluso de sus propios errores. Adicionando lo siguiente: “la estima propia se expresa así misma en estar abierta a la crítica y en el alivio de reconocer los errores, porque la autoestima no está ligada a la imagen de ser perfecto”.

Ahora bien la falta de claridad en el conocimiento de sí mismo resulta ser una de las características de las personas que poseen una autoestima inadecuada. Donde el mayor problema de esta área por consiguiente es el *autoengaño*, el cual puede caracterizarse por una visión de inferioridad o superioridad que le impide a la persona, en cualquiera de los casos, tener una imagen realista de sus propias cualidades y defectos (Mezéville, 2004)

*La autovaloración*, es apreciarse como persona importante para sí misma y para los demás. Branden (1995) citado por Mézerville (2004) designa la autovaloración como el respeto a uno mismo, que él define como “la confianza en nuestro derecho a triunfar y a ser felices, el sentimiento de ser respetables, de ser dignos, y de tener derecho a afirmar nuestras necesidades y carencias, a alcanzar nuestros principios morales y a gozar de nuestros esfuerzos”

Entonces bien, el problema manifiesto en la personas con baja autoestima, por tanto, es la *autodevaluación*, asociada a menudo con sentimientos de autorrechazo e indignidad personal, lo que afecta gravemente su capacidad para apreciar el significado positivo de sus vidas.

*La autoconfianza*, se caracteriza por creer que uno puede hacer bien distintas cosas y sentirse seguro al realizarlas. Para Branden (1995) citado por Mézerville (2004) la autoconfianza es sinónimo de eficacia personal, refiriéndola a aquella experiencia de poder y competencia básicos que asociamos con una autoestima saludable, es decir, algo mucho mas profundo que la simple confianza en nuestro conocimiento específico y en nuestras habilidades; pues la “eficacia personal no es la convicción de que no podamos cometer nunca un error, sino mas bien la convicción de que somos capaces de pensar, juzgar, conocer y corregir nuestros errores” este mismo autor en su ultimo libro afirma que la eficacia personal significa confianza en el funcionamiento de mi mente, en mi capacidad para pensar y entender los hechos de la realidad que entran en el ámbito de mis intereses y necesidades; en fin, en creer en mí mismo; así como la confianza en mí mismo” (Branden, 2000, citado por Mézerville, 2004)).

No obstante, la falta de confianza se refleja con mucha frecuencia en la personas con una pobre autoestima, quienes habitualmente se muestran inseguras y ansiosas en su forma

de conducirse. El problema en esta área, por lo tanto, se conceptualiza como la inseguridad personal, unida a sentimientos de incapacidad en impotencia, que repercuten en reacciones de ansiedad, duda y congoja, ante una buena cantidad de las cosas que se emprenden. (Mezerville, 2004)

Branden (1995) citado por Mézerville (2004) dice a respecto “una autoestima baja busca la seguridad de lo conocido y la falta de exigencia. Por consiguiente al limitarse a lo familiar y a lo fácil contribuye a debilitar la autoestima”

### *Dimensión conductual observable*

*El autocontrol*, consiste en manejarse correctamente en la dimensión personal, cuidándose, dominándose y organizándose bien en la vida. Se pretende explicar este concepto como el modo que el individuo puede gobernarse o administrarse personalmente, la cual permite superar las tendencias negativas mediante el énfasis positivo en el desarrollo y el buen manejo de los propios recursos (Mezerville, 2004). La autoestima no es una disposición represiva, sino que entre otras características, se expresa así misma en la capacidad de disfrutar de los aspectos alegres de la vida, de uno mismo y de los demás; así como en la flexibilidad personal al responder a situaciones y desafíos y en el bienestar propio al mostrar un comportamiento firme en determinadas situaciones que incluye al sí mismo y a otro. (Branden, 1995 citado por Mézerville 2004)).

Una mala autoestima limita la capacidad de autocontrol positivo, donde el principal problema se manifiesta en una situación de descontrol general, el cual puede verse reflejado como la dificultad en el manejo emocional, las relaciones interpersonales de tipo conflictivo, los hábitos indisciplinados de trabajo y vida o en la falta de habilidad para organizarse tras la búsqueda de metas deseadas. (Mezerville, 2004)

*La autoafirmación*, puede definirse como la libertad de ser uno mismo y poder tomar decisiones para conducirse con autonomía y madurez. Este concepto se caracteriza por la capacidad de manifestarse abiertamente a la hora de expresar sus pensamientos, deseos o habilidades e incluye otras capacidades afines tales como la autodirrección y la asertividad

personal. La asertividad se traduce en afirmarse, en áreas tan diversas como la expresión del pensamiento, la toma de decisiones, el derecho a oponerse a aquello que considera perjudicial y la capacidad para actuar libremente, aun en contra de las presiones adversas en el ámbito social (Mezérville, 2004).

Pero pese a esta capacidad humana, en ocasiones las personas experimentan el problema de *la autoanulación*, reflejado en la incapacidad para manifestarse con libertad; el individuo con una estima personal muy pobre, no se atreve a manifestarse tal como es, ni tampoco puede actuar y expresarse de maneras congruentes con lo que en realidad piensa y siente. Más aun la falta de autoafirmación produce una excesiva dependencia respecto a otros cuando tiene que tomarse decisiones personales o cuando hay que realizar autónomamente diversas actividades. (Mezérville, 2004)

*La autorrealización*, consiste en el desarrollo y la expresión adecuada de las capacidades propias, para vivir una vida satisfactoria que sea de provecho para uno mismo y para los demás. Esto implica el crecimiento del individuo mediante el cultivo y la manifestación de sus potencialidades, tras la búsqueda del cumplimiento de aquellas metas que engloban su propósito vital, encuentra su máxima expresión en conceptos afines como los de *generatividad y autotrascendencia*, propuestos por Erik Erikson (1966) y Victor Frankl (1970). Por tal razón las personas con una autoestima inadecuada, se quejan continuamente de su falta de realización personal, y asocian esta queja con una sensación agobiante de estancamiento y esterilidad existencial. Este tipo de reacciones, así como la insatisfacción que experimentan aún en medio de sus logros, les impide desarrollar cabalmente sus áreas de auténtico potencial o realizar aquellas acciones que contribuirían a conferirle un verdadero significado a sus vidas.

Ahora bien para los autores estos elementos fundamentan la definición de la autoestima como proceso y como concepto de vital importancia dentro de la psicología y la salud mental, donde existe un engranaje sólido, defendiéndola como: *La percepción valorativa y confiada de sí mismo, que motiva a la persona a manejarse con propiedad, manifestarse con autonomía y proyectarse satisfactoriamente en la vida.* (Mezérville, 2004)

De igual forma este concepto entra a ser parte importante de todas aquellas manifestaciones y/o comportamientos expresos en el ser humano, aquellos que dirigen la existencia, generando bienestar o malestar en el asumir su misma cotidianidad.

Entonces se podría decir que el estado de autoestima de un individuo se evidencia, finalmente en la manera de relacionarse con su yo, con el otro y con el entorno. En relación a esto Branden (1995) citado por Mézerville (2004) postula que para llegar a esto es necesario poseer la capacidad de *vivir conscientemente*, lo que constituye un verdadero promotor de autoestima, pues a partir de la toma de conciencia de una realidad personal, el individuo puede decidirse a actuar con responsabilidad e integridad, con aceptación propia y autoafirmación y proponerse entonces vivir con determinación y propósito ante los distintos desafíos que le plantea la existencia.

Por otra parte, la autoestima se asienta no sólo sobre la base de la valoración que uno tenga de sí (su atribución interna) sino también en la imagen social, es decir, en cómo cree el sujeto que opinan de él los demás (Arroyo, 1993; Cervera, 1996 & Rodríguez 1996). El evidente peso de la imagen social (atribución externa) lleva a autores como Ramírez (1997) a definir la autoestima como "la resultante perceptivo-emotiva de la autoevaluación que surge al interaccionar el sujeto con los demás, especialmente en situaciones donde se ponga a prueba su autoeficacia"

El sujeto con baja autoestima edifica su valía más en función de cómo considera que lo valoran los demás significativos que de cómo realmente esos otros opinan de él. Es decir, hay una mediación de procesos cognitivos que son, en última instancia, los que determinan la autoestimación (Arroyo, 1993 & Rodríguez 1996). Entonces aquí la persona somete de esta forma su autoestima a elementos que escapan de su control, como es la opinión ajena, generándose altos niveles de ansiedad (Arroyo, 1993 & Branden, 1993 citado por Arroyo 2006).

Dentro del trabajo terapéutico efectuado se encontró frecuente la paradoja existente entre pacientes con grandes habilidades (capacidad cognitiva) y dificultades en la autoestima; premisa que motiva a citar que la inteligencia es otra variable no menos

polémica y compleja en su descripción. La diversidad de definiciones existentes nos conduce a optar por una que bien podría ser la que describe la inteligencia como la capacidad para dirigir la propia acción aprovechando los recursos cognoscitivos y evaluativos (Marina, 1997 citado por Arroyo 2006). Incluye habilidades cognitivas, por supuesto, pero la eficacia de estas habilidades va a depender también de componentes afectivos y motivacionales.

Finalmente, en procura de la salud mental como parte condicionante de la calidad de vida de los individuos; es que tal concepto se hace fundamental dentro de la labor clínica y/o psicoterapéutica; se puede concluir, siendo consecuente con el enfoque teórico-psicológico que atraviesa este proceso de pasantía lo siguiente: Branden (1996) considera que la metacognición se convierte para la persona en "pensar sobre lo que piensa que siente"; -lo cual denomino "Metacognición Afectiva"-, de tal suerte que se desarrolle en ella la conciencia y el control (a través de estrategias) de su emotividad-afectividad a partir de su pensamientos sobre su pensamiento de lo que siente. Inicia mencionando que en los últimos años se han realizado esfuerzos por dar respuesta a problemas de aprendizaje con que se enfrentan los alumnos. Actualmente se ha atribuido una mayor importancia a aquellos objetivos relacionados con la enseñanza de procesos y estrategias, así como al desarrollo de programas específicos para enseñar a pensar.

### *La Familia: Como Proceso de Socialización y Salud Psicológica*

La familia es una institución que se identifica en todas las sociedades humanas. Sin embargo, varía de modo significativo en su forma, composición, duración y funciones. Parte importante de esta variación refleja el dinamismo de las familias, que se transforman varias veces a lo largo de su ciclo vital. Los cambios en el tiempo afectan las actividades y posibilidades de las personas que nacen y crecen en diversas familias como también las personas que se asimilan, temporal o permanentemente, al grupo familiar.

Los hogares son lugares de cooperación y de conflicto (Sen 1992). Diversos especialistas han intentado aplicar a la familia modelos de “bargaining” (negociación) y la teoría de juegos. Becker (1981) citado por Anderson (2007) considera la racionalidad de las decisiones que se toman sobre las actividades y aportes de diferentes miembros de las familias, basados en su género, socialización previa, capacidad física y mental, competencias y posibilidades para plantear demandas sobre los recursos compartidos.

Las familias, como cualquier grupo humano, tienen exigencias de gerencia y coordinación. Establecen en su interior jerarquías de poder que, en el mejor de los casos, se corresponden con líneas de responsabilidad: quienes mayor responsabilidad asumen tienen mayor capacidad para decidir y coordinar al grupo. Todo haría pensar que este esquema “racional” no es el que predomina sino que las familias reales están muy marcadas por el legado de patriarcalismo que está presente en todos los países latinoamericanos. La autoridad masculina tiende a imponerse o, en todo caso, se diferencian las esferas en las que la madre de familia decide y actúa de las esferas que le corresponden al padre. En muchas familias las decisiones económicas diarias están a cargo de la madre, mientras que las compras y ventas mayores son decididas por ambos o por el marido.

Ahora bien, el modelo estructural de familia se define como "el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia" (Minuchin, 1977 citado por González. 2004), estas pautas establecen como, cuando, y con quien cada miembro de la familia se relaciona, regulando la conducta de los sus miembros.

La estructura familiar debe ser relativamente fija y estable para poder sustentar a la familia en sus tareas y funciones, protegiéndola de las fuerzas externas y dando un sentido de pertenencia a sus miembros; pero al mismo tiempo debe aceptar un grado de flexibilidad para poder acomodarse a los diversos requerimientos de las situaciones de vida y de las distintas etapas del desarrollo por las que evoluciona la familia, con lo que facilita el desarrollo familiar y los procesos de individuación.

El sistema familiar se diferencia en subsistemas así puede desempeñar sus funciones, estos subsistemas no son absolutos, también se superponen y entran en funcionamiento según el momento familiar con sus roles, funciones y tareas específicas, los principales los forman el subsistema conyugal, el subsistema parental y el subsistema fraterno o de hermanos, otros subsistemas son: según roles, sexo, edad, etc.

El paradigma contemporáneo del conocimiento, implica manejar las polaridades inherentes a la condición humana, por cuanto los procesos socio-familiares dan cuenta de movimientos en ambas direcciones, en razón de su característica básica de ser sistemas abiertos, dinámicos, permeables, en los que se maneja en forma incesante una situación de normalidad-anormalidad, función-disfunción, vida-muerte, salud-enfermedad, mente-cuerpo.

Como todo sistema debe poseer reglas o normas y estas pueden ser universales y claramente explícitas (respeto a los padres, rol de padre, rol de hijo), y otras implícitas e idiosincrásicas (lealtad a la familia), los roles definen las tareas de los miembros del grupo familiar.

Este sistema debe además tener límites, los que están constituidos por las reglas que definen quienes participan y de que manera lo hacen en una situación determinada, su función es la de proteger la diferenciación de los sistemas y subsistemas en funcionamiento. La claridad de los límites dentro de una familia es un parámetro útil para evaluar su funcionamiento. Los extremos serán un aumento desmedido de la comunicación y la preocupación de los unos sobre los otros, perdiendo la distancia entre sus miembros, entonces los límites desaparecen y la diferenciación se hace difusa (Familias Aglutinadas), Estas familias presentan una pérdida de la autonomía, reaccionan en forma exagerada y tienen una baja capacidad de adecuación. En el otro extremo se encuentran aquellas familias en las que sus miembros tienen una mínima dependencia entre sí, límites muy rígidos, sus mecanismos de apoyo se activan solo cuando existe un nivel muy alto de estrés (Familias Desligadas). (Minuchin & Fischman, 1984; Haley, 1967 citado por González. 2004).

Un sistema funcional se organiza de una forma jerárquica. El poder es la capacidad de influencia que tiene un individuo determinado para controlar la conducta de otro. Idealmente el poder debe ser empleado por quien tiene la posición de autoridad, pero en ocasiones un miembro de la familia puede tener el poder pero no la autoridad.

Resumiendo en cualquier interacción del sistema familiar se define quien o quienes son los miembros que participan (límites), con o contra quien (alineamientos) y, la energía que motiva y activa el sistema para llevar a cabo la acción (poder). (Aponte y Van Deusen 1989 citado por González. 2004).

El modelo centrado en la estructura enfatiza los aspectos jerárquicos en la familia. Las reglas interaccionales son presentadas a través de fronteras entre miembros, que pueden formar subsistemas (parental, fraterno, etc.). Con la realización de mapas familiares se esquematiza la existencia de fronteras demasiado rígidas, laxas permeables, etc. Minuchin sitúa a las familias según su estructura en una continua aglutinación-desligamiento, según la intensidad de relación entre sus miembros. En las familias aglutinadas existe gran apoyo mutuo y la afectación de un miembro del sistema afecta a todo el sistema, mientras que en las familias desligadas predomina la independencia. A través de intervenciones directas, indirectas o paradójicas, el terapeuta intenta modificar la estructura del sistema familiar.

Entonces, se puede apreciar la importancia de la familia en el proceso de socialización el cual transcurre en diversos escenarios o contextos: la familia, el grupo escolar, la comunidad, el grupo informal, etc. Y va poco a poco desarrollando la capacidad, mediante el proceso de aprendizaje social (el niño se apropia del sistema de creencias y conductas culturales que se enseñan mediante actitudes y lenguaje verbal o extraverbal) a desempeñarse adecuadamente en cada uno de estos escenarios o contextos, es decir, aprende a controlar su comportamiento, a adoptar diferentes roles, se adapta a un grupo social y a una comunidad más amplia manteniendo una actitud crítica y asumiendo responsabilidades y obligaciones, convirtiéndose en un miembro útil y aceptable en la sociedad, que sea parte y a la vez contribuya a su cultura.

*El actual problema de la familia*

Para Rojas (2001) citado por Anderson (2007) Las familias monoparentales correspondían especialmente a la marginalidad, en los mismos tiempos en que las clases medias sostenían el modelo burgués como único y perenne. Por lo general, se trataba de mujeres con sus hijos, quienes sufrían carencias económicas muchas veces conectadas con la escasa inserción femenina en los procesos productivos, agravada por los requerimientos de la crianza no compartida de los hijos. A menudo las problemáticas de tales familias fueron interpretadas en relación con la presunta “descomposición” del modelo familiar prescrito. Eran evaluadas, y así se pensaban a sí mismas, como un retazo de familia, conjunto al que faltaba una parte, mutilado respecto de las expectativas globales y con frecuencia también propias. Su extensión a partir del divorcio a capas sociales altas y medias, su incremento también ligado a nuevas lógicas culturales que las validan como configuración familiar viable y aun elegida por algunos, les dio más jerarquía y aceptación.

Rojas (2001) citado por Anderson (2007) continua diciendo; con frecuencia los integrantes de estas familias, tanto las monoparentales como las ensambladas, tienden todavía a pensar la nueva organización con los lugares de la familia de primeras. nupcias, sostenida por varias generaciones como patrón ideal en nuestra cultura. Ello afecta la originalidad de la familia naciente, nunca mera reproducción de moldes anteriores.

En relación con esto, en los grupos ensamblados aquellos integrantes que no logran adecuarse a rígidas matrices preexistentes –hijos de matrimonios anteriores, hijos no convivientes, convivientes, nuevos cónyuges- ven peligrar su posible pertenencia. La clínica muestra con frecuencia bandos contrapuestos integrados por cada uno de los cónyuges con sus propios hijos; la fractura de la nueva pareja, enfrentada por el sostén de los valores que presidieron las familias previas convertidos en baluartes no negociables; cierta descalificación de los hijos no convivientes, “casi hijos” o “menos hijos” que los siempre presentes: trastornos vinculados en gran medida al hecho de aplicar a la nueva familia las varas anteriores y convertir esa original producción familiar en un intento de reconstitución de las familias previas perdidas, desmintiendo la transformación. Recordemos

el difícil y siempre doloroso trabajo de elaboración del duelo ligado al proceso de divorcio. (Rojas 1997 citado por Anderson 1999)

Es así como esta estructura en su propia dinámica es influyente en el bienestar psicológico del individuo. Rojas (1997) citado por Anderson (1999) postula. Los aparatos psíquicos constituidos -no solamente padres, sino hermanos mayores y otros adultos según cada organización familiar-se hacen cargo de favorecer la metabolización no sólo de historias transgeneracionales sino de cuestiones actuales ligadas con preponderancia a la eficacia de las condiciones sociales. No obstante, el punto central a ser destacado es que esta operación sólo cubre aspectos parciales de toda transmisión. La familia es pues condición necesaria pero no suficiente para las producciones subjetivas, dada la operancia eficaz de múltiples condiciones no abarcables en las discursividades familiares.

La familia, como cualquier otra configuración vincular, no podrá mediatizar -a través de ofrecer semantizaciones que habiliten la simbolización- las condiciones sociales más que en algunos recortes. Destaco entonces: ningún ámbito es “todo”, y cada uno es excedido y restringido por los otros en su capacidad de determinación. (Rojas 1997 citado por Anderson 1999)

Ahora bien, en relación a los modos de crianza; existen investigaciones (MacCoby y Martín, 1983; Carey, 1994 y Emery, 1988 citado por Anderson 1999) que demuestran la relación entre prácticas de crianza negativas y la conducta de los hijos y ponen en evidencia cómo los niños cuyos padres utilizan prácticas de crianza de riesgo pueden presentar problemas de conducta. Las prácticas de crianza negativas pueden estar incidiendo en los problemas de conducta de los menores. (Ramírez, 1999 citado por Anderson 1999) confirma esta hipótesis en una de sus investigaciones: las prácticas de crianza que utilizan los padres se relacionan con los problemas de conducta de los hijos. Así, determinadas prácticas de crianza negativas como control autoritario, énfasis en el logro y afecto negativo, tienen gran probabilidad de predecir problemas de conducta externos e internos en los hijos.

Otra de los supuesto que intenta explicar la influencia de los patrones de crianza con las conductas de los niños el la relación existente entre las creencias y las mismas practicas de crianza. Es así como (Solís & Díaz 2007) dice; el término “creencias” ha sido utilizado por los estudiosos de la crianza como análogo de actitudes, ideas, y percepciones, entre otros términos. Aparentemente esto puede resultar confuso, sin embargo, por décadas y hasta la fecha, los estudiosos parecen estar de acuerdo en que cuando usan estos términos en el contexto de la crianza, lo que están estudiando es un fenómeno cognitivo, referente a lo que piensan los padres acerca de la formación de sus niños (e.g., Pons Salvador, Cerezo y Bernabé, 2005; Sigel, McGillicuddy-DeLisi y Goodnow, 1992 citado por Solís & Díaz 2007).

Fue por tal razón que Darling y Steinberg (1993) citado por Solís & Díaz (2007) propusieron un modelo integrador de *estilos y comportamientos de crianza* de los padres, pero con énfasis en los estilos. Conviene recordar a qué se refieren estas dos tradiciones de investigación sobre la socialización del niño. Los estilos se definen como *actitudes o creencias* generales de los padres acerca de la crianza adecuada para sus niños (creer que los niños necesitan del afecto y apoyo de los padres para su sano desarrollo). En contraste, las *prácticas de crianza* se refieren a los comportamientos específicos de los padres para guiar a los niños hacia el logro de metas de socialización (ofrecer halagos al niño para que aprenda nuevas tareas). Entonces se propone que las creencias de crianza reflejan una guía general de los padres acerca de qué es lo importante al educar a sus hijos, mientras que las prácticas de crianza se interpretan como la operacionalización de tales creencias, es decir como los comportamientos que llevan a cabo para cumplir con “su guía”. (Darling y Steinberg 1993 citado por Solís & Díaz 2007)

En suma, para Solís & Díaz (2007) los datos sugieren la existencia de creencias, probablemente de origen cultural, arraigadas desde muy temprano en las relaciones entre los padres y sus niñas, o sus varones. Una forma en la que las diferencias por sexo de los niños afecta las relaciones padres-hijos, es en las expectativas de los padres acerca de *cómo deberían ser* y sus respuestas a *cómo son* sus niños. Por ejemplo, se sabe desde hace décadas que muchos padres creen que los infantes masculinos deben ser más activos que sus semejantes femeninos, y que las mamás estimulan más a los primeros (Lott y Morrison,

1979 citado por Solís & Díaz 2007); lo cual, por supuesto no significa que lo hagan de forma adecuada. Por eso se evidencia que, muchas creencias de mamás de varones se relacionan con altas expectativas; además, esperan más o mejor desarrollo de los niños (expectativas altas), donde resulta con creencias positivas para las niñas (comunicación y más deseabilidad), pero negativas para los varones (ausencia de autonomía).

Finalmente, el conceptualizar estas esferas permite la comprensión de la problemática intrapersonal, interpersonal y familiar que presenta cada individuo al momento de llegar a la consulta clínica, pues luego del recorrido por este proceso académico, y pretendiendo mostrar un análisis sistemático de lo más significativo y común es que el presente marco teórico se enfoca en los ejes ya expuestos, ejes que permiten una mejor intervención desde los parámetros a seguir dentro del rol del psicólogo en el campo clínico.

### Programa de Intervención Desarrollado

La ejecución de esta propuesta de atención clínica, estuvo dirigida a los usuarios del Centro de Proyección Social de la U.P.B. en su sede del municipio de Piedecuesta, y contempló la realización de atenciones en programas dirigidos a:

#### *En la población Infantil y adolescente:*

*Atención psicológica individual desde el enfoque cognitivo:* este eje fue atendido durante gran parte del proceso de pasantía. Se practicaron técnicas según la edad y problemática a atender. En niños las herramientas terapéuticas más útiles se consiguieron en el juego, el dibujo, las historias, intercambio de roles y la intervención con los padres, esto con el fin de permitirles comprender la situación problema y lograr la re-estructuración del pensamiento, dando así estrategias de afrontamiento adecuadas y practicas para ser fácilmente aplicadas a eventos similares en su cotidianidad. De igual forma el trabajo hecho con los adolescentes se enfocó en la re-estructuración cognitiva; siguiendo las técnicas de la terapia cognitivo-conductual, ciertas técnicas de confrontación y se incluye los inicios en preparar al paciente en la toma de decisiones y la formas de resolución de problemas a fin de fortalecer su individualidad en proyección a las relaciones interpersonales.

*Valoraciones y orientaciones especializadas en dificultades académicas y vocacionales (en el caso de los adolescentes):* Para este tipo de valoraciones se utilizó básicamente la batería de medición WISC-R y algunos procesos fueron acompañados por el grupo de neurociencias y comportamiento de la UPB, efectuando valoraciones mas profundas en casos de TDAH específicamente.

#### *En la población Adulta:*

*Atención psicológica individual y de pareja desde el enfoque cognitivo:* en esta población los planes de intervención seguidos; fueron siempre dirigidos por modelos de

la terapia cognitivo-conductual. Entonces los autorregistros, el modelo ABC de Ellis, las técnicas de resolución de problemas, toma de decisiones entre otros, permitieron conceptualizar los problemas y la re-estructuración cognitiva (desmontar las ideas irracionales o distorsiones cognitivas) y así lograr los objetivos planteados en el proceso terapéutico. Cabe decir que todo esto estaba atravesado por componentes de la labor y el rol del clínico en el campo de la psicología; es decir, siempre se procuro mantener los parámetros establecidos por este campo como son: la empatía, la confidencialidad, la relación terapéutica, los tiempos, las devoluciones e informes, siempre en consecuencia a las demandas terapéuticas y normas sistematizadas por el CPS (ver anexo 1 y 2).

*Atención y orientación en dificultades a nivel familiar:* fue un eje sobre el cual no se tuvo una intervención total, los procesos a nivel familiar, siempre fueron sectorizados a ciertos integrantes, los motivos fueron la deserción del proceso, no acuerdo, poca credibilidad o resistencia a este tipo de intervenciones.

*Plan de Intervención y Seguimiento Grupal:*

*La intervención se establece de acuerdo a cada población y demanda de la institución; se dirige primordialmente al grupo primario y secundario de socialización; aplicando un modelo psico- educativo; por medio de talleres a maestros y padres:* en este campo se plantea la propuesta de formar un *Grupo de Apoyo para Padres de Pacientes con Problemas de Conducta*, la cual podrá ser implementada por aquel profesional o practicante de Psicológica que considere cumplir el perfil para ejecutar dicho grupo. (Ver anexo 5)

*Sistematización de datos obtenidos:*

Se presenta la sistematización de registros, diagnósticos e impactos obtenidos de la atención psicológica clínica durante el tiempo laborado en el C.P.S. (ver resultados y ver anexo 4)

Adicional a esto; el Centro de Proyección Social participó en el proceso de admisión de los alumnos del Colegio Humberto Gómez Nigrinis del municipio de Piedecuesta. La labor encomendada fue realizar la entrevista al alumno y a su núcleo familiar (papá, mamá o personas a cargo), a fin de identificar aspectos del funcionamiento y/o dinámica de la familia a la cual pertenece el futuro alumno de la mencionada institución.

En este proceso participaron las practicantes de psicología y la pasante, en asesoría del Psicólogo- Especialista en Familia Ricardo Torres. Para tal labor se utilizó un formato diseñado exclusivamente para este proceso, el cual abarcaba ejes fundamentales de la historia académica y familiar del alumno en proceso de admisión (ver anexo 6).

Se realizaron 97 entrevistas, de las cuales 15 estuvieron a cargo de la pasante sistematizadas en la siguiente tabla.

<b>ENTREVISTAS DE ADMISION COLEGIO HUMBERTO GOMEZ NIGRINIS</b>	15
<b>EDADES</b>	5 - 13 años
<b>GRADOS</b>	Pre-escolar - Noveno
<b>SEXO (m) (f)</b>	9(m) - 6(f)
<b>COLEGIO DE PROCEDENCIA:</b>	
Víctor Félix Gómez Nova	4
Balbino García	4
José Ignacio Zabala	1
Carlos Galán Sarmiento	2
Andrés Páez de Sotomayor	1
Centro de Comercio Sede B	1
Institución Educativa Integrado de Soacha	1
Ninguno	1

## Resultados

*Según la edad*

EDAD	DATOS	%
<b>NIÑOS</b>		
4 - 7 años	9	21%
8 - 11 años	9	21%
<b>ADOLESCENTES</b>		
12 - 15 años	6	14%
16 - 19	2	5%
<b>ADULTOS</b>		
20 - 23	2	5%
24 - 27	2	5%
28 - 31	4	9%
32- 35	5	11%
Mayores de 35	4	9%
<b>Total</b>	43	100%

En referencia a la edad de los pacientes atendidos se nota con claridad que el mayor porcentaje está en niños y niñas en los rangos 4-7 años y 8-11 años ambos con un 21%, esto es debido a los convenios presentes con los colegios del municipio, quienes generan una gran demanda de este tipo de población y al posicionamiento y divulgación del CPS en el municipio. Seguidamente se encuentran los adolescentes en el rango de 12-15 años con un 14%, compartiendo las razones de anterior porcentaje. También se notan los adultos con un rango de edad entre 32-35 años, edad en la que surge una gran variedad de acontecimientos, generadores de estrés o conflicto, dificultades de pareja, problemas en su trabajo, dificultades individuales, es en la edad donde se requiere de un proceso de autoestima definido y sólido para poder enfrentar los conflictos cotidianos dados por su propio yo o su contexto familiar. Y por ultimo se logra ver lo paralelo de los demás rangos de edad lo que de cierta forma muestra la concurrencia a consulta de todas las edades.

*Según el género*

GENERO	DATOS	%
<b>MASCULINO</b>	<b>25</b>	<b>58%</b>
FEMENINO	18	42%
<b>Total</b>	<b>43</b>	<b>100%</b>

Esta tabla muestra el porcentaje de la categoría género, donde el género masculino representa el dato más alto con un 58% de concurrencia a la consulta encontrándose dentro de esta medida un mayor número de varones adultos que de niños. Lo contrario ocurre con el género femenino, presentes en un 42%; porcentaje dado significativamente por las adolescentes entre 16 y 19 años y mujeres adultas; quienes buscan apoyo a las dificultades afectivas y de autoestima.

*Según el grado de escolaridad*

ESCOLARIDAD	DATOS	%
<b>PRIMARIA</b>		
Pre-escolar - 2 grado	10	23%
3 - 5 grado	11	26%
<b>BACHILLERATO</b>		
6- 8 grado	4	9%
<b>9 - 11 grado</b>	<b>12</b>	<b>28%</b>
<b>UNIVERSITARIO</b>	4	9%
<b>SIN ESCOLARIDAD</b>	2	5%
<b>Total</b>	<b>43</b>	<b>100%</b>

Estos datos, notan los porcentajes mas altos en las categorías de 9-11 grado con un 28% seguido de 3-5 grado con un 26% y de preescolar a 2 grado con un 23%, si vemos las diferencias entre estas tres categorías son poco significativas; incluyen las edades anteriormente mencionadas, pero también es importante mencionar que gran parte de las edades no corresponden a las los porcentajes de cada categoría; es decir, que se puede encontrar un paciente de 19 o 22 años, realizando aún su bachillerato o haber desertado del colegio ya sea en la básica primaria o en la secundaria., esto hace que los porcentajes

difieran un tanto de la edad correspondiente. Así mismo esto se justifica desde el contexto en el que se encuentra la institución (nivel socio-económico bajo) y los convenios presentes con las instituciones educativas.

*Según el nivel socio-económico*

ESTRATO	DATOS	%
UNO	3	7%
DOS	9	21%
<b>TRES</b>	<b>24</b>	<b>56%</b>
CUATRO	5	12%
VEREDA	2	5%
<b>Total</b>	<b>43</b>	<b>100%</b>

Esta tabla muestra al estrato tres con un 56%, seguido del estrato dos con un 21% siendo estos los más significativos. Estos datos responden a la gestión administrativa y promoción hecha por el CPS, en las diferentes instituciones, que por lo general pertenecen a estos niveles y a la ubicación geográfica en la que funciona la misma. De igual forma se puede notar los rangos disminuidos entre sí de los demás estratos (con diferencias de dos o tres puntos). Lo que podría analizar que se está abarcando gran parte de la comunidad y que principalmente se está llegando a la población objetivo del centro de proyección social

*Según las remisiones*

REMISIONES	DATOS	%
Colegio Albino García	1	2%
Colegio Celestin Freinet	9	21%
Colegio Humberto Gómez Nigrinis	2	5%
Colegio la Normal	1	2%
Colegio Promoción Social	1	2%
Colegio Víctor Félix Gómez	1	2%
Colegio José Ignacio Zabala	4	9%
	19	
<b>PARTICULAR</b>	<b>24</b>	<b>56%</b>
<b>Total</b>	<b>43</b>	<b>100%</b>

Estos datos, permiten tener un acercamiento al balance de proyección del CPS con respecto a la atención psicológica. Se nota con un 56% a los pacientes particulares, dato significativo pues hace vislumbrar el crecimiento, en recursos y calidad del servicio. Seguido se encuentran las instituciones educativas, las cuales acumulan un total de 44% entre las siete remitentes; se considera que esta cifra podría ser mayor, pues las facilidades en acceso y economía al servicio harían una mayor demanda. Sin embargo existen factores que influyen esta premisa: posible autosuficiencia por parte del colegio en solucionar los conflictos, remisiones sin respuesta por parte de los alumnos o padres, terminando el colegio por desertar la acción de orientación y finalmente una variable de esta categoría de remisión fue que el proceso de pasantía cobijó el periodo de vacaciones y finalización de año escolar, lo que permitió bajar la demanda de escolares a consulta.

*Según el motivo de consulta*

PRINCIPALES MOTIVOS DE CONSULTA	DATOS	%
PROBLEMAS ACADÉMICOS	8	19%
DIFICULTADES DE APRENDIZAJE	3	7%
<b>PATRONES DE CRIANZA DISFUNCIONALES:</b>		<b>51%</b>
Falta de normas y límites	5	12%
Alta Exigencia	4	9%
Flexibilidad	6	14%
Desajuste de roles (separación de padres)	7	16%
DIFICULTADES DE PAREJA	2	4%
<b>PROBLEMAS DE AUTOESTIMA (autoimagen, autoconfianza, autoafirmación, autocontrol, autorrealización...)</b>	<b>8</b>	<b>19%</b>
<b>Total</b>	<b>43</b>	<b>100%</b>

La suma de las sub-categorías correspondientes a patrones de crianza disfuncionales reporta un 51%, esta cifra se explica a partir del motivo manifiesto “*problemas académicos*” (en caso de remisión escolar o paciente particular, referido por los padres) acompañados por lo regular de verbalizaciones acerca de las dificultades de conducta

presentes, en los niños - niñas o adolescentes. No obstante, esta evidencia después del análisis clínico pasa a ser comprendida y calificada como aquellos conflictos latentes y/o presentes al interior de la familia, en los inadecuados patrones de crianza utilizados por los padres en la educación de sus hijos, en la dificultad que existe en asumir la responsabilidad de los roles dentro del sistema familiar; solo por mencionar algunos. Todo esto los lleva a utilizar falsas estrategias de afrontamiento, generándoles una serie de dudas e imposibilidades de solucionar su problemática, al punto de requerir apoyo y orientación desde la terapia psicológica. Seguido a este motivo de consulta se aprecian los problemas de autoestima con un 19%, manifiestos en dificultades de autoimagen, autocontrol, autoconfianza, autoafirmación y/o autorrealización. En paralelo a esta categoría están los problemas académicos con 19% y con un 7% las dificultades de aprendizaje porcentaje poco significativo en relación a la población pero si de especial importancia por los modos de evaluación e intervención requeridos.

*Según la impresión diagnóstica*

PRINCIPALES IMPRESIONES DX	DATOS	%
Episodios Depresión Mayor	4	9%
Rasgos de Trastornos de Ansiedad	5	12%
<b>Desajustes en la Autoestima</b>	<b>9</b>	<b>21%</b>
Trastorno de Hiperactividad con déficit de atención (TDAH)	1	2%
Trastorno de Aprendizaje asociado a enfermedad medica	3	7%
Trastorno de la expresión escrita Disgrafía	1	2%
Dificultades en la relación de pareja	3	7%
<b>Desajustes en los patrones de crianza</b>	<b>8</b>	<b>19%</b>
Trastorno de personalidad Limite	1	2%
<b>Problemas de conducta (infantil)</b>	<b>8</b>	<b>19%</b>
<b>Total</b>	<b>43</b>	<b>100%</b>

En el trabajo realizado se halla que el 21% de los pacientes presentan desajustes en la autoestima, siendo esta la impresión diagnóstica de mayor porcentaje dentro de la población atendida (infantil, adolescente y adulta), dada por razones descritas en la anterior

tabla. En cuanto a diagnósticos relacionados con el sistema familiar se encuentran los desajustes en los patrones de crianza en un 19%, acompañado de los problemas de conducta (infantil) también en un 19%; lo que muestra que podría existir una correlación entre estas categorías. También se hallan cifras significativas en cuanto a los trastornos de ansiedad en un 12%, este tipo de diagnóstico se da con mayor frecuencia en la población adulta. Otra categoría en este aspecto corresponde a los trastornos del aprendizaje en suma da 11% (TDAH 2%, TA asociado a enfermedad medica 7% y Disgrafía 2%) que pese a que la frecuencia es poco significativa en relación a la población atendida, es un factor importante a tener presente, debido a que el CPS no presta servicios que permitan abordar estos casos.

*Según el tipo de consulta*

TIPO DE CONSULTA	DATOS	%
PROCESO INDIVIDUAL	31	72%
PROCESO DE PAREJA	3	7%
ASESORIA PSICOLOGICA	9	21%
<b>Total</b>	43	100%

En el 72% de la población atendida, se llevaron a cabo procesos individuales, seguidos de las asesorías psicológicas en un 21% y en el menor porcentaje se encuentra el proceso de pareja con un 7%. Lo anterior indica que la frecuencia de pacientes durante el tiempo de pasantía acudió por dificultades particulares, mostrando resistencia a las intervenciones de tipo familiar o grupal en caso de ser necesarias, a lo que respondían abandonando el proceso.

## Discusión

La atención psicológica, circunda por una serie de procesos que permite sistematizar y analizar la labor desempeñada, en este caso, el proceso de pasantía. Entonces, realizar el análisis detallado, permite correlacionar algunos datos (significativos para el proceso) presentados con anterioridad.

En cuanto a las diferencias halladas por género, se explica que el mayor porcentaje se encuentra en el género masculino. Algunos estudios (Solis & Díaz.2007) mencionan que los niños y adolescentes hombres, están condicionados a ciertos patrones culturales y estereotipos de conducta, que conlleva a que sus acciones estén generalmente dirigidas a comportamientos disruptivos en el contexto familiar y escolar, y a dificultades a nivel académico; esto se ve manifiesto en los motivos de consulta y en las historias referidas por las familias y/o maestros. Ahora bien, en referencia al género femenino, se encuentra que son las mujeres las que confluyen con más frecuencia el servicio de psicología; asisten con mayor propiedad y evidencian una necesidad mayor que los hombres.

Para Galeazzi, (2006) son las mujeres las que más consultan al psicólogo clínico, lo cual es explicable “porque culturalmente a la mujer se le ha acotado su campo de acción”; y adiciona lo siguiente “La mujer sigue siendo presa de la represión cultural: en los ámbitos de la sexualidad, laboral, académico y de experiencias afectivas. No es cierto que ya vivamos una etapa de igualdad, aún hay un dejo de menosprecio que la lleva a la inhibición, inacción, a tomar distancia respecto de su acto, de su deseo y cuando nos distanciamos del deseo, en ese momento surgen en el sujeto disfunciones como resultado de no ser expresadas”. Esto da razón de que habitualmente vemos a las mujeres consultando al psicólogo o son ellas las más interesadas en los procesos de los niños.

Ahora bien, dentro de los datos se encuentran, aquellos referentes al nivel de escolaridad y nivel socio-económico, categorías que convergen en puntos claves que influyen en la necesidad de apoyo y en el mismo proceso terapéutico. Alrededor de esto surgen a nivel mundial un sin número de acciones gestionadas y ejercidas dentro de la psicología como disciplina; acciones bajo un fin único que es poder contribuir al mejoramiento de la

calidad de vida de la población vulnerable. Para el C.P.S como institución dirigida a la proyección social, este aspecto es importante pues desde aquí parte la idea, la misión y visión institucional, el poder abordar a las personas en condición vulnerable (desplazamiento forzado, colegios públicos, familias disfuncionales etc...) Entonces en calidad del servicio de atención psicológica dada por el pasante, con frecuencia se presta apoyo y/u orientación a personas que abarcan desde el estrato uno al estrato cuatro; donde el estrato tres tuvo la cifra mas alta en relación a la población atendida, las razones de esto son dadas porque las principales remisiones se obtuvieron de el Colegio Celestin Freinet, que es una institución que abarca el estrato tres y cuatro del municipio de Piedecuesta, seguido de esto, están los pacientes particulares que generalmente son captados por la divulgación y posicionamiento del centro y del servicio en dicho municipio.

No obstante se encuentran pacientes pertenecientes a otros niveles socio-culturales, que pese a que de cierta forma se evidencia una dificultad en asumir su problemática acuden al proceso sobreponiendo el interés de mejorar su calidad de vida, a los costos en tiempo y dinero que les genera asistir a la consulta.

Todo lo anterior esta atravesado por el evento manifiesto (dificultad, emocionalidad, requisito...) en los individuos consultantes, convirtiéndose esto en la razón de análisis y de una intervención terapéutica. Es así como el motivo de consulta se convierte en el eje principal de los procesos terapéuticos, permitiendo establecer los objetivos, las impresiones diagnosticas y los procesos de intervención; en esta experiencia están distribuidos fundamentalmente en dos ejes autoestima y patrones de crianza que corresponden bilateralmente a las impresiones diagnosticas mas frecuentes entre la población atendida.

Anteriormente, se señalaba a Branden (1998) citado por Mezerville (2004) cuando decía enfáticamente, desde una óptica personal, que “fuera de los problemas de origen biológico, no conozco una sola dificultad psicológica –desde la angustia y la depresión, hasta el miedo de las relaciones intimas o a el éxito, el abuso del alcohol o de las drogas, el bajo rendimiento en el estudio o en el trabajo, entre otras- que no sea atribuible a una autoestima deficiente. De todos los juicios de que somos objeto, ninguno es tan importante

como nuestro propio juicio. La autoestima positiva es el requisito cardinal de una vida plena”, entonces se podría concluir que la autoestima enmarca o es quizá la base de muchas de las dificultades individuales, familiares o sociales por las cuales las personas hoy día padecen de conflictos y qué es, esta misma dificultad la que influye en la capacidad de comprender el problema y utilizar las estrategias pertinentes a cada situación.

Ahora bien, en relación a los modos de crianza; existen investigaciones (MacCoby y Martín, 1983; Carey, 1994 y Emery, 1988) que demuestran la relación entre prácticas de crianza negativas y la conducta de los hijos y ponen en evidencia cómo los niños cuyos padres utilizan prácticas de crianza de riesgo pueden presentar problemas de conducta. Las prácticas de crianza negativas pueden estar incidiendo en los problemas de conducta de los menores. (Ramírez, 1999) confirma esta hipótesis en una de sus investigaciones: las prácticas de crianza que utilizan los padres se relacionan con los problemas de conducta de los hijos. Así, determinadas prácticas de crianza negativas como control autoritario, énfasis en el logro y afecto negativo, tienen gran probabilidad de predecir problemas de conducta externos e internos en los hijos.

Entonces, esta cifra permite corroborar la anterior premisa y concluir que efectivamente la autoestima y los patrones de crianza son considerados como factores responsables del bienestar psicológico de los individuos, para este caso de los usuarios del CPS del municipio de Piedecuesta.

Finalmente, en la generalización de los resultados debe tenerse presente, que lo aquí presentado es sólo el análisis del trabajo desempeñado dentro del tiempo de pasantía, entonces, es concebido sólo como un acercamiento parcial a las problemáticas atendidas en el Centro de proyección Social en cuanto a atención psicológica se refiere. No obstante este tipo de experiencias generan un impacto y/o aporte significativo en el análisis descriptivo, epidemiológico y sistemático de los agentes causantes de conflicto o desajuste padecidos por el individuo.

## Conclusiones

La atención psicológica desde el campo clínico, es un servicio fundamental dentro del Centro de Proyección Social, ya que se convierte en uno de los ejes principales sobre el cual se logran acompañar proyectos aquí desarrollados, potencializar el trabajo interdisciplinar y la aplicación de los saberes científicos con prospectiva social; siendo este el mayor interés de la institución.

La dinámica que surge alrededor de las problemáticas y/o conflictos de familia (social) y de autoestima (individual), se convierte en la causa principal de malestar psicológico en la población consultante y en el desajuste de las esferas que complementan la integridad de su vida y cotidianidad; debilitando en ellos y en los más cercanos (padres, hijos, cónyuge, hermanos, amigos) los modos de afrontamiento y adaptación a la situación problema.

El aplicar el modelo terapéutico cognitivo –conductual, hace corroborar la tesis y/o planteamientos gestados alrededor de su eficacia y pertinencia en la labor clínica. Un modelo colaborativo, participativo, el cual hace al paciente protagonista en el avance de su proceso terapéutico, haciéndose consiente de la raíz de su conflicto; elaborando y comprendiendo las estrategias más eficaces para encontrar una mejor calidad de vida.

El posicionamiento del Centro de Proyección Social en la comunidad, instituciones educativas y demás entidades del municipio de Piedecuesta que trabajan con un interés social y de mejoramiento de la calidad de vida de su población, se hace fundamental para la aplicación y movilidad de la ciencia Psicológica dentro de la misma comunidad.

La experiencia como pasante en el campo clínico, contribuye al fortalecimiento de la aplicabilidad de los saberes terapéuticos y de intervención permitiendo ampliar la visión entorno a los demás campos de la psicología. También da paso a que el sentir del rol del psicólogo se fundamente creando conciencia del compromiso y la responsabilidad que requiere el desempeño de esta ciencia dentro del campo laboral.

## Recomendaciones

Es importante ampliar los canales de comunicación y de interacción proactiva con los demás participantes que cumplen el rol del psicólogo dentro de la institución; esto con el fin de fortalecer la red de apoyo y el impacto de la psicología dentro de los usuarios y comunidad en general.

Poder estructurar y efectuar desde la experiencia académico-práctica, programas de intervención terapéutica para grupos de padres, jóvenes e infantes; que atiendan a las problemáticas mas frecuentes en estas poblaciones; esto con el interés de brindar espacios terapéuticos que intenten representar sus realidades, re-estructurar modos de pensamiento, afrontamiento y comportamiento, en mejora de la calidad de vida.

Se hace pertinente contar dentro de la misma sede de Piedecuesta con las baterías de evaluación, ya que en ocasiones este hecho dificulta los tiempos de evaluación, calificación y análisis de las pruebas y de igual forma retrasando un poco el proceso de intervención.

Ampliar las bases de datos a manera de lograr sistematizar principalmente los motivos de consulta, impresiones diagnósticas y así tener un acercamiento al estudio epidemiológico de la población atendida en el municipio de Piedecuesta.

Fortalecer los vínculos con entidades u otros profesionales de la salud, que tengan una perspectiva de proyección social paralela a la del CPS, para así generar un trabajo interdisciplinar que permita atender al individuo desde su integridad y contexto (socio-económico).

## Referencias

- Anderson, J (2007) *Invertir en la Familia. Estudio sobre factores preventivos y de vulnerabilidad al trabajo infantil doméstico en familias rurales y urbanas de Colombia, Paraguay y Perú.* Lima, Oficina Internacional del Trabajo, 136 p.
- Beck. A, Rush. J, Shaw F & Emery G (1983) *Terapia Cognitiva de la Depresión* [en línea]. Recuperado el 23 de Julio de 2007 <http://www.clinicapsi.com/terapia%20cognitiva.html>
- Camerini J. (2004) *Introducción a la Terapia Cognitiva* [en línea]. Buenos Aires: CATREC. Recuperado el 23 de Noviembre del 2007 [http://www.catrec.org/corriente\\_cognitiva.htm](http://www.catrec.org/corriente_cognitiva.htm)
- Caro I, (1999). *Manual de psicoterapias Cognitivas.* 2° ed. España. Padios.
- Colegio Oficial de Psicología (2006) *Psicología Clínica y de la Salud* [en línea] Recuperado el 24 de Julio del 2007 <http://www.cop.es/perfiles/contenido/clinica.htm> [2007, Julio 24]
- Craig J. G. (2001) *Desarrollo Psicológico.* 8tva edición. México. Pearson Educación.
- González. C (2006). *Teoría estructural Familiar* [en línea] Recuperado el 23 de Enero del 2008 <http://www.medicinadefamiliares.cl/Trabajos/teoriaestructural.pdf>
- Luna. J (2003, Junio 11) *Memoria de la Primera Reunión Nacional 11. Subdirección de Regulación para la Formación de Recursos Humanos para la Salud* Recuperado el 25 de Enero del 2008 <http://www.salud.gob.mx/dirgrss/srfrhs12.html>
- Mézerville G de. (2004) *Ejes de la Salud Mental: los procesos de autoestima, dar y recibir afecto y adaptación al estrés.* 1era ed. México. Trillas

Rodríguez. A & Arroyo. M (1999). Un estudio sobre la relación de la autoestima con la inteligencia [en línea] *Revista Iberpsicología* 4, (1) Recuperado el 15 de Octubre del 2007 <http://www.fedap.es/IberPsicologia/iberpsi4-1/rodriguez/rodriguez.htm>

Ruiz J & Cano J, (1993) Principales Modelos Actuales en Psicoterapia [en línea] <http://www.psicologiaonline.com/ESMUbada/Libros/ProfSanitarios/profesionales3e.htm>  
Recuperado el 18 de Octubre del 2007

Solís. P & Díaz M. (2007). Relaciones entre creencias y prácticas de crianza de padres de niños pequeños. *Rev. Anales de Psicología*. 23, (2).

## ANEXOS