



UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA SECCIONAL
BUCARAMANGA ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES
ESPECIALIZACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA Y DE LA SALUD

INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA DESDE EL ENFOQUE COGNITIVO-
CONDUCTUAL PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA AUTOESTIMA DE UNA
ADOLESCENTE MADRE SOLTERA DE 17 AÑOS.

INFORME DE PRÁCTICA COMO REQUISITO PARA OPTAR EL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

CLÍNICA

MAYRA ALEJANDRA VEGA GONZALEZ

BUCARAMANGA

2015



UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA SECCIONAL BUCARAMANGA
ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES
ESPECIALIZACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA Y DE LA SALUD

INTERVENCION PSICOLOGICA DESDE EL ENFOQUE COGNITIVO
CONDUCTUAL PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA AUTOESTIMA DE UNA
ADOLESCENTE MADRE SOLTERA DE 17 AÑOS

EN LA MODALIDAD DE MONOGRAFÍA COMO REQUISITO PARA OPTAR EL
EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

MAYRA ALEJANDRA VEGA GONZALEZ

Asesora:

Psic. YOLIMA BELTRAN VILAMIZAR

BUCARAMANGA

2015

NOTA DE ACEPTACION: _____

PRESIDENTE DEL JURADO _____

JURADO 1: _____

Dedicatoria

El presente trabajo se encuentra dedicado a la paciente objeto de este estudio por permitirme exponer su caso como parte de mi camino formativo como Psicóloga Clínica, por su constancia, su participación activa y su compromiso frente al tratamiento. Todo ello hizo posible la realización del presente trabajo monográfico.

Agradezco a mi familia por su colaboración, su apoyo incondicional que fue de gran motivación para la culminación del presente trabajo y para mi formación como Psicóloga Clínica.

De igual modo, quiero agradecer a mi asesora, Yolima Beltrán Villamizar, por ser guía en mi proceso formativo. Su colaboración y orientación fueron de gran valor para el abordaje profesional de los casos trabajados durante la práctica.

Tabla de Contenido

	Pag.
Resumen	10
Introducción	12
Contextualización.	12
Misión institucional.	13
Visión institucional.	13
Principios filosóficos.	13
Objetivo institucional.	15
Población objeto.	15
Acompañamiento psicológico.	17
Referente conceptual.	21
Adolescencia.	21
Autoestima.	23
Bases de la Autoestima.	27
Características de la Autoestima	27
Baja Autoestima.	28
Enfoque cognitivo Conductual frente a la Autoestima	29

Tratamiento para el fortalecimiento de la Autoestima	31
Psicoterapia Cognitiva	31
Esquemas	32
Creencias	33
Pensamientos automáticos	34
Técnicas cognitivas	34
Técnicas conductuales	38
Presentación del Caso	39
Resultados	58
Conclusiones	65
Referencias.	68
Anexos	70

Lista de Tablas.

Tabla 1. Descripción intervenciones realizadas.	18
Tabla 2. Análisis de Contextos.	44
Tabla 3. Descripción del proceso terapéutico.	49

Lista de Anexos

Anexo 1. Consentimiento Informado Universidad Pontificia Bolivariana	70
Anexo 2. Formato de Historia Clínica Hogar Corazón Misericordioso de María	72
Anexo 3. Formato de seguimiento Hogar Corazón Misericordioso de María	74
Anexo 4. Modelo de diagrama de conceptualización cognitiva.	75
Anexo 5. Prueba de autoestima de Coopersmith.	76

Lista de gráficas.

Grafica 1. Autoestima General	60
Grafica 2. Autoestima Social	61
Grafica 3. Autoestima Familiar	62
Grafica 4. Autoestima Escolar.	63

RESUMEN GENERAL DE TRABAJO DE GRADO

TITULO: INTERVENCION PSICOLOGICA DESDE EL ENFOQUE COGNITIVO CONDUCTUAL PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA AUTOESTIMA EN UNA ADOLESCENTE MADRE SOLTERA DE 17 AÑOS

AUTOR(ES): P.s MAYRA ALEJANDRA VEGA GONZÁLEZ

FACULTAD: Esp. en Psicología Clínica

DIRECTOR(A): YOLIMA BELTRÁN VILLAMIZAR

RESUMEN

En el estudio de caso expuesto en el presente trabajo, se describe el proceso terapéutico realizado a una paciente adolescente madre soltera de 17 años, con el objetivo de fortalecer su autoestima. Para el abordaje de este caso se hizo necesario la identificación de distorsiones cognitivas que pudieran comprender la inestabilidad del estado emocional y percepción disfuncional de sí misma. De igual modo, se hizo uso de técnicas de la corriente cognitivo-conductual para el manejo de percepción disfuncional: reestructuración cognitiva, técnica de detección de pensamiento, técnica de toma de decisiones. Finalmente el desarrollo del proceso terapéutico fue exitoso, lo cual, se evidencia mejoría en la paciente.

PALABRAS CLAVES:

Adolescencia, Autoestima, distorsiones cognitivas, técnicas cognitivo conductual.

V° B° DIRECTOR DE TRABAJO DE GRADO

GENERAL SUMMARY OF WORK OF GRADE

TITLE: PSYCHOLOGICAL INTERVENTION PARTING FROM A COGNITIVE BEHAVIORAL FOCUS TO STRENGTHEN THE SELF-CONFIDENCE IN AN ADOLESCENT SINGLE MOTHER OF 17 YEARS

AUTHOR(S): P.s MAYRA ALEJANDRA VEGA GONZÁLEZ

FACULTY: Esp. en Psicología Clínica

DIRECTOR: YOLIMA BELTRÁN VILLAMIZAR

ABSTRACT

In the case study exposed in the present work, the therapeutic process is described that was realized to a patient who is an adolescent single mother of 17 years, with the objective to strengthen her self-confidence. To address this case it has been necessary the identification of cognitive distortions that could contain the instability of the emotional condition and dysfunctional perception of herself. Likewise, techniques from cognitive-behavioral tendency for the use of dysfunctional perception were used: Cognitive restructuring, thought-detection technique, decision-making technique. Finally, the development of the therapeutic process was successful, with the result that an improvement in the patient is demonstrated.

KEYWORDS:

Adolescence, self-confidence, cognitive distortions, cognitive-behavioral techniques.

V° B° DIRECTOR OF GRADUATE WORK

Introducción

Contextualización

Origen

El Hogar Hijas del Corazón Misericordioso de María fue fundada en el año de 1891 por el Padre Hose Dauphin (sacerdote Eudista) por la madre Blanca Frichot (Terciaria Eudistina), en París Francia para continuar la obra emprendida por el Padre Amadeo Ferrand de Missol en el año 1860 (Plan de Atención Institucional PAI Hogar Hijas del Corazón Misericordioso de María 2013, p 5)

En 1947 llegan a Bogotá- Colombia las primeras cinco religiosas hijas del Corazón Misericordioso de María, procedentes de Paris-Francia, para atender una obra iniciada por el padre Julio Reina Páez, a quien el espíritu del Señor le había inspirado el crear una casa para atender las necesidades de las madres solteras, los niños y niñas con dificultades espirituales, económicas, morales y emocionales. (Plan de Atención Institucional PAI Hogar Hijas del Corazón Misericordioso de María 2013 p 5)

Esta congregación religiosa, automáticamente asume el direccionamiento de la misión, preservando el espíritu y carisma fundacional, contando con el apoyo incondicional de personas generosas que se interesaron y se identificaron con esta obra. Viendo la necesidad y la demanda de madres solteras en todo el país se crearon seis hogares en diferentes ciudades: Bogotá, (obra San Rafael), Bogotá (Hogar Betania), Medellín (Hogar San Rafael), Bucaramanga (Hogar Corazón de María), Barranquilla (Hogar Santa Elena), y Cali (Hogar Santa Ana). (Plan de Atención Institucional PAI Hogar Hijas del Corazón Misericordioso de María 2013, p 5)

Misión institucional

La misión del Hogar Misericordioso de María es: “Somos una entidad canónica, sin ánimo de lucro que tiene como misión la acogida, protección y orientación de la madre soltera gestante y/o lactante, en el primer hijo o hija y excepcionalmente para un segundo hijo o hija, con el fin de restablecer su equilibrio espiritual, emocional, moral y social, en un ambiente fraternal y de contante proceso de aprendizaje” (Plan de Atención Institucional PAI Hogar Hijas del Corazón Misericordioso de María 2013, p 5)

Visión institucional

La visión de la institución es: “Comprometidas con la defensa de la vida, nos proponemos en todo tiempo, lugar y especialmente donde haya un hogar bajo la administración de las Hijas del Corazón Misericordioso de María, brindar protección, promoción y desarrollo de la madre soltera gestante y/o lactante y la de su hijo o hija, a través de un programa de acción social que incluye el fortalecimiento de los valores y principios, que permiten afianzar su proyecto de vida como mujer, como madre y como miembro activo de la sociedad, apoyadas por un equipo humano con cualidades personales, morales, profesionales y éticas, en colaboración con los benefactores de la obra” (Plan de Atención Institucional PAI Hogar Hijas del Corazón Misericordioso de María 2013, p 6)

Principios filosóficos

La congregación Hijas del Corazón Misericordioso de María, es una entidad sin ánimo de lucro, de origen canónico, con domicilio en la calle 11 sur No. 7^a-09 de la ciudad de Bogotá, está establecida canónicamente en la Arquidiócesis de Bogotá, desde el 26 de diciembre de 1971, según Decreto Arzobispal N. 218. Mediante Decreto 211 de 22 de

Diciembre del 2011 se fusionó la Personería Eclesiástica otorgada con el reconocimiento de la Personería Jurídica adelantada por el Ministerio de Justicia, mediante resoluciones 128 de 10 de enero de 1968. (Plan de Atención Institucional PAI Hogar hijas del corazón misericordioso de maría 2013, p 6)

Esta entidad, responde a un apostolado inspirado por Dios a través de los fundadores, que brinda atención, orientación y protección a madres gestantes y/o lactantes, prestándole asistencia en la maternidad, afirmándoles los principios éticos, morales; facilitándoles su retorno a la familia y/o procurándoles una situación que asegure su bienestar y el de su hijo. (Plan de Atención Institucional PAI Hogar Hijas del Corazón Misericordioso de María 2013, p 6)

La obra funciona en la modalidad de internado y ofrece a las madres solteras alternativas de esperanza, fortalecimiento personal y superación de las adversidades, en un ámbito de reconstrucción de las relaciones interpersonales, capacitación para el desempeño laboral y la intervención para el proceso de reintegro al núcleo familiar social. (Plan de Atención Institucional PAI Hogar Hijas del Corazón Misericordioso de María 2013, p 7)

Las religiosas de esta comunidad, impulsadas por la espiritualidad de consagradas al Señor y por la misión de ser fermento evangélico en el seno de la iglesia y de la sociedad y conscientes de que la glorificación de Dios y la salvación de las personas, es la razón fundamental de su ser, trabajan por la defensa de la vida y concretamente en la promoción de la mujer, en su condición de gestora de vida. El carisma legado de sus fundadores no es otro que el ejercicio de la divina misericordia. (Plan de Atención Institucional PAI Hogar Hijas del Corazón Misericordioso de María 2013, p 7)

Objetivo Institucional.

Brindar acogida, protección y orientación a las madres solteras, gestantes y/o lactantes y a su hijo o hija, con alta vulnerabilidad en su contexto personal, familiar y social, propiciando ambientes que favorezcan su desarrollo integral, mediante el aprovechamiento de sus capacidades y el desarrollo de actitudes y habilidades vocacionales para el empoderamiento de su rol materno y un desempeño laboral, que les permita ser autogestoras de nuevo procesos y proyecto de vida. (Plan de Atención Institucional PAI Hogar Hijas del Corazón Misericordioso de María 2013, p 8)

Población objetivo

Madres solteras adolescentes y madres solteras mayores de edad, gestantes y/o lactantes, que se encuentran en situación de vulneración de derechos, de escasos recursos económicos, con problemáticas de desprotección familiar, abandono del padre del hijo o hija, violencia intrafamiliar o desplazamiento forzoso. (Plan de Atención Institucional PAI Hogar Hijas del Corazón Misericordioso de María 2013, p 7)

Las mujeres que ingresan al hogar son madres de estrato medio y bajo que no cuentan con el apoyo de sus familias ni con el apoyo de sus parejas. Estas madres se viven en Bucaramanga, en algunos pueblos de Santander y en ocasiones provienen de otras ciudades de Colombia. A nivel laboral, no cuentan con un trabajo estable: si lo tienen no pueden aspirar a ganar más de un salario mínimo mensual vigente. En muchas ocasiones deben enfrentarse a la discriminación de personas que no apoyan a una mujer soltera que tenga un hijo, llevando a limitarse en conseguir un trabajo estable que demanda mucho tiempo, ya que en muchos casos no tienen dónde dejar a sus bebés. Algunas de ellas ya tienen 1 o 2 hijos, que deben

dejar con algunos familiares o en ocasiones, bajo protección del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF). En ellas se evidencia inestabilidad emocional, déficit en el empoderamiento de su rol de madres, poca visión en el establecimiento y ausencia de realización de su proyecto de vida: por ello, se ven obligadas a buscar un lugar y/o ayudas de instituciones que les provean techo, alimentación y empoderamiento en sus diversos roles.

El hogar en el cual se realizó la práctica se encuentra ubicado en la calle 121 #33-18 en el Barrio Niza/ Floridablanca, bajo la dirección de la Madre Rosa Escobar Herrera. Esta institución cuenta con unas instalaciones campestres conformadas por una casa para realizar retiros espirituales y donde se encuentran viviendo las Hermanas que han trabajado en la obra y que actualmente están en un espacio de tranquilidad y en constante oración; un edificio donde se encuentran viviendo las hermanas que actualmente trabajan en la obra y las madres con sus hijos quienes son beneficiarias de los servicios ofrecidos: cuenta con una capacidad de 10 habitaciones y con disponibilidad de 16 cupos. Asimismo, tiene un salón para capacitaciones, comedor, cocina y lactario; un edificio donde se encuentra ubicado el salón de capacitación en panadería, un salón de capacitación en costura, un salón de informática y una oficina donde se atienden las consultas de psicología, trabajo social y nutrición; amplias zonas verdes, dos capillas y una casa en la cual funciona un jardín que ofrece los servicios de preescolar y transición a niños externos.

Teniendo en cuenta la situación de vulnerabilidad de las madres beneficiarias de los servicios es de importancia mencionar que el tiempo de permanencia, las capacitaciones y las atenciones ofrecidas por los profesionales no tienen ningún costo, dado que el hogar recibe contantes donaciones en mercado, dinero, ropa y pañales de personas de buen corazón para el mantenimiento de las instalaciones y necesidades básicas de las madres y sus hijos.

Actualmente el Hogar es supervisado por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), entidad que observa que se cumplan los lineamientos propuestos y otorgando la licencia de funcionamiento. Frente a las atenciones terapéuticas el hogar cuenta con profesionales voluntarios en trabajo social y nutrición: asimismo, cuenta con un convenio con la Universidad Pontificia Bolivariana UPB por medio de una psicóloga clínica en práctica. Asimismo, se estableció convenio con la Universidad de Pamplona quien brinda talleres formativos en panadería, costura, fommy, manicure y pedicure, decoración y acompañamiento por una voluntaria especialista en Coaching quien brinda talleres a las madres y acompañamiento espiritual por parte de las hermanas de la institución.

El criterio de permanencia exigido por el Hogar para las madres es hasta que sus hijos cumplan seis meses. En ocasiones se ha evidenciado que algunas madres salen antes de tiempo ya que toman la decisión de regresar con sus familias teniendo en cuenta que se ha fortalecido la comunicación y han encontrado estabilidad laboral que les permite asumir sus propios gastos, entre otros.

Acompañamiento psicológico.

El acompañamiento psicológico ofrecido por el Hogar Corazón Misericordioso de María, es uno de los criterios de cumplimiento que deben efectuar las madres durante su permanencia en el Hogar. Dentro de las intervenciones ofrecidas se inicia con entrevista psicológica la cual permite evaluar el panorama de la paciente en términos de estado cognitivo, emocional, conductual, redes de apoyo, entorno familiar, proyecto de vida y empoderamiento en su rol de madre.

Las madres recibieron el acompañamiento de psicología los días martes y jueves en horas de la mañana, destinando una hora de intervención por usuaria. Teniendo en cuenta el número de madres durante la realización de la práctica, se realizó intervención a 10 casos los cuales se dará explicación a continuación:

Tabla 1

Descripción intervenciones realizadas

Paciente	Edad	No. de Sesiones	Intervención.
1	17	9	<ul style="list-style-type: none"> • Intervención desde el enfoque cognitivo-conductual para el aumento de su autoestima.
2	16	5	<ul style="list-style-type: none"> • Intervención focalizada en el empoderamiento de su proyecto de vida y rol de madre
3	21	10	<ul style="list-style-type: none"> • Intervención desde el enfoque cognitivo conductual para el aumento de su autoestima y empoderamiento en su rol de madre.
4	21	5	<ul style="list-style-type: none"> • Intervención focalizada en el empoderamiento de su proyecto de vida.

5	24	2	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación psicológica, no se continuo realizando acompañamiento terapéutico dado que egreso de la institución.
6	31	5	<ul style="list-style-type: none"> • Intervención desde el enfoque cognitivo conductual para el aumento de su autoestima y empoderamiento en toma de decisiones frente a su proyecto de vida.
7	20	3	<ul style="list-style-type: none"> • Empoderamiento en proyecto de vida y rol de madre.
8	32	5	<ul style="list-style-type: none"> • Intervención enfocada en el empoderamiento de toma de decisiones frente a su proyecto de vida, empoderamiento en rol de madre.
9	39	1	Valoración psicológica
10	31	1	Valoración psicológica

De los casos anteriormente mencionados se tomó un caso específico para realizar el análisis de la presente monografía. Puntualmente la paciente seleccionada es una adolescente

de 17 años la cual, con la que se sostuvo un total de 9 Sesiones, durante las cuales, se llevaron a cabo todas las fases del proceso: se contó con la colaboración de la paciente frente a su compromiso en la asistencia a las citas y ejecución de tareas y/o recomendaciones. El abordaje de este caso se realizó a partir del enfoque cognitivo conductual. Los detalles de la intervención así como los de su condición se explican a continuación.

Referente Conceptual.

Adolescencia

De acuerdo a lo referido por Kimmel y Weiner (1998) citados por González, Cuellar y Tomas (2009) define la adolescencia como “transición evolutiva” dado que se supone, en un marco más amplio, crecimiento y transformación desde la inmadurez infantil a la madurez física, psicosocial y sexual de la edad adulta. Los retos de distinta índole que en forma de “tareas evolutivas” ha de enfrentar el adolescente, se sintetiza en la formación y consolidación de un sentido de identidad personal al final de la adolescencia. Tal cual popularizo Erikson en sus escritos (1968, 1971,1972) en su visión psicosocial, la crisis de identidad se ha resuelto de modo adaptativo cuando se logra un ajuste satisfactorio entre su autodefinición personal y los de los roles sociales que el sujeto desempeña. Asimismo Erikson (1971) refiere que dicho “encaje” le permite experimentar un sentimiento de identidad interior en forma de “continuidad progresiva entre aquello que ha llegado a ser durante los largos años de la infancia y lo que promete ser el futuro” entre lo que él piensa que es y lo que percibe que los demás ven en él y esperan de él.

Marcia (1993) citada por González, Cuellar y Tomas (2009) describe cuatro estatus de identidad, basados en la cantidad de exploración “crisis” y compromiso que el adolescente está experimentando o ya ha experimentado: logro, moratoria, cerrazón o identidad hipotecada y difusión de identidad. Cada uno de ellos representa un estilo particular de afrontar las tareas de establecer y revisar el propio sentido de identidad personal.

La difusión de identidad indica que el adolescente no ha realizado ningún compromiso y que tampoco ha explorado entre diferentes alternativas relevantes. En algunos casos

también se considera como difusión una errática actividad exploratoria en el pasado que no condujo a compromisos significativos. La cerrazón significa que el adolescente ha asumido un compromiso sin exploración, mediante la adopción de los roles y valores de figuras de identificación temprana como los padres. En la situación de moratoria el adolescente se halla en un claro estado de exploración activa y no ha efectuado compromiso alguno o al menos éste no parece como demasiado intenso. El logro de identidad significa que el adolescente ha concluido un período de exploración y ha adoptado una serie de compromisos relativamente estables y firmes. (Marcia 1993 citada por González, Cuellar y Tomas 2009)

En la revisión de la investigación, Marcia (1993) indica que los estatus de identidad pueden dividirse en dos grupos: logro de identidad y moratoria aparecerían como estatus “activos” y “maduros” asociados generalmente a características positivas (altos niveles de autoestima, autonomía y razonamiento emocional) mientras que cerrazón y difusión se configuran como estatus “pasivos” e “inmaduros”, asociados a características negativas (bajos niveles de autoestima y razonamiento moral y mayor grado de convencionalidad y conformismo).

La investigación evolutiva sobre la identidad en la adolescencia ha tratado de identificar aquellos factores personales y contextuales que afectan la formación de la identidad, facilitando o dificultando el avance de un estatus a otro. Grotevant (1987) citado por González, Cuellar y Tomas (2009) propone un modelo secuencial de formación de identidad, señala una serie de características individuales de personalidad que parecen relacionadas con la tendencia del adolescente a implicarse en una exploración de identidad más o menos activa. Entre estas destaca la autoestima, cuya contribución sería la de proporcionar seguridad al sujeto a la hora de asumir riesgos y considerar opciones. Este autor

hipotetiza que una elevada autoestima fortalecería la motivación para la actividad exploratoria en relación con su entorno, mientras que una baja autoestima tendría un efecto inhibitorio sobre la exploración. Es así como la investigación sobre los estatus de identidad Marcia (1993) confirma en general esta hipótesis, mostrando los niveles más elevados de autoestima en aquellos sujetos clasificados en un estatus de logro, caracterizado por la presencia de una exploración intensa.

Por otra parte, en los estudios realizados por Grotevant y Cooper, 1986, 1998; Markstro-adams, 1992 (citados por González, Cuellar y Tomas , 2009) muestran que el logro de la identidad se favorece con un estilo familiar autoritativo o democrático en la medida que le permite al adolescente expresar su propia individualidad (por ejemplo, sostener sus propios puntos de vista) en un clima de conexión emocional y de apoyo. Desde la percepción de los propios jóvenes, los que están en difusión son los que perciben más rechazo y menor apoyo en sus padres, mientras los que se hallan en cerrazón son los que perciben unas relaciones más estrechas con ellos. Los adolescentes en moratoria y logro se sitúan entre los dos extremos, con un nivel de crítica mayor hacia la familia en los de moratoria.

Autoestima

De acuerdo a Marsh y Craven (2006) citados por Rodríguez y Caño (2012) el autoconcepto, la autoestima y la percepción de autovalía son tres conceptos fundamentales relacionados entre sí. El autoconcepto se define como un sistema de creencias que el individuo considera verdaderamente respecto a si mismo, las cuales son el resultado de un proceso de análisis, valoración e integración de la información de la propia experiencia y la retroalimentación de los otros significativos. Una serie de hallazgos han ofrecido apoyos para la perspectiva multidimensional y jerárquica del autoconcepto, en el cual se integrarían tanto

los aspectos descriptivos (o cognitivos) de sí mismo, que se corresponden con la autoimagen, como valorativos (o afectivos) que corresponden con la autoestima.

En el autoconcepto se han distinguido los componentes físico, académico, personal y social. El término autoestima se ha empleado principalmente para referirse al componente global del autoconcepto que aparece en la cumbre de la jerarquía, la cual es más transitoria, dependiendo del contexto e inestable que los componentes específicos del autoconcepto. (Marsh y Craven 2006, citado por Rodríguez y Caño 2010)

Cuando se analiza el efecto de las contingencias de reforzamiento en la autoestima, se encuentra que ésta fluctúa en respuesta a aquellos acontecimientos que a lo largo del desarrollo del individuo han ido adquiriendo un valor de contingencia para su percepción de autovalía: así, las contingencias de autovalía se definen como la relativa importancia que tiene los distintos acontecimientos para la consideración que los individuos tienen de sí mismo. Crocker (2002) citado por Rodríguez y Caño (2012) muestra que los incrementos y decrementos en la autoestima de los jóvenes en respuesta a sus éxitos y fracasos dependen, en concreto, de si éstos se producen en circunstancias vitales que son contingentes a su percepción de autovalía. Las reacciones afectivas son, a su vez, más intensas ante los éxitos y fracasos que se producen en estas circunstancias que ponen en juego su autoestima. La autoestima fluctúa así, en función de las circunstancias específicas que experimenta el individuo, que afecta de forma importante la motivación. Al depender su autoestima principalmente de los resultados que se producen en ciertas áreas específicas, los jóvenes están motivados por obtener éxito y no fallar en su concepción, experimentando las emociones positivas y elevada autoestima que resultan del éxito y evitando las emociones dolorosas y baja autoestima que resultan del fracaso.

Por otro lado, Coopersmith (1977) citado por Cazalla y Molero (2013) refieren un aspecto importante dentro de la formación de la autoestima partiendo del cognitivismo, el cual considera al *yo* como una estructura o conjunto de estructuras cognitivas que permite ordenar la información que cada uno tiene de sí mismo; el Self es un sistema de esquemas cognitivos que organizan, modifican e integran funciones de la persona. La gente es diferente de los demás porque sus estructuras cognitivas o sistemas de esquemas son diferentes. Por lo tanto, el desarrollo del autoconcepto es un proceso evolutivo que con la edad conlleva cambios cualitativos y cuantitativos en su estructura cognitiva por medio de la asimilación de situaciones para las que posee esquemas, ignorándose el resto. Asimismo, esta autoestima se expresa a través de una actitud de aprobación o desaprobación que refleja el grado en el cual el individuo cree en sí mismo para ser capaz, productivo, importante y digno. Por tanto, la autoestima implica un juicio personal de la dignidad que es expresado en las actitudes que el individuo tiene hacia sí mismo. Agrega el autor, que la autoestima resulta de una experiencia subjetiva que el individuo transmite a otros a través de reportes verbales y otras conductas expresadas en forma evidente que reflejan la extensión en la cual el individuo se cree, significativo, exitoso y valioso, por lo cual implica un juicio personal de su valía

Rogers y Russell (2002) citados por Calderón y Rodríguez (2013) afirman que una persona sana y bien desarrollada, percibe todo su ser de un modo positivo, y no está preocupada por acciones o reconocimientos puntuales. Con el fin de lograr este nivel de desarrollo, se requiere de un clima de aprecio positivo incondicional, es decir, un ambiente en el que las personas se sientan valoradas ampliamente con independencia de que sus comportamientos específicos puedan ser aprobados o rechazados. De acuerdo a este principio, se critican o reprueban las acciones y no las personas. Quizás la creencia auto-

derrotista más común que perturba a la gente es su convicción de que son despreciables, personas inadecuadas que esencialmente son in-merecedoras de su auto-aprecio y felicidad. Esta negativa autoevaluación puede ser rebatida de varias formas, tal como darse a uno mismo el aprecio positivo incondicional, mostrándoles aprobación de forma directa o, de otra forma, ejerciendo una terapia de apoyo.

Por su parte, Craighead, McHale y Pope (2001), afirman que la autoestima se forma a consecuencia del auto-concepto y autocontrol. Explican los autores que el auto-concepto abarca las ideas que el individuo desarrolla acerca de lo que es realmente. Estas ideas se forman de acuerdo con las experiencias que tienen con las personas que les rodean; es decir, cómo son tratados por ellos y en función de esto comienzan a comportarse. Por ello, la retroalimentación que reciben de los padres es un factor esencial en el proceso de la formación del auto-concepto y por ende, de la autoestima. Agregan los mismos autores que, el proceso de formación del auto-concepto no resulta siempre en una autoimagen positiva o negativa; todo ello dependerá de factores tales como el proceso de identificación, la madurez del individuo y el desarrollo corporal, espiritual y moral. A medida que el individuo se va desarrollando, comienza a entender que él es diferente a otros y reconoce cuáles son sus cualidades y limitaciones. En los años escolares, los niños se orientan más por las opiniones y perspectivas que los demás tienen alrededor de ellos, pero incrementan al mismo tiempo las nociones de comparación con los demás restantes.

Asimismo, Albert Ellis (1955) refiere que la autoestima implica una autoevaluación o “puntuación” sobre uno mismo, que se realiza por una escala de valores que se origina a partir de nuestros éxitos o fracasos en relación con metas o ideales y las opiniones (reales o supuestas) de otras personas, que son significativas sobre nosotros. En este sentido, una

valoración errónea de la propia autoestima es una fuente importante de trastornos, ya sea por una sobrevaloración insostenible, ya sea debida a una desvaloración peligrosa desencadenada por fracasos o rechazos, que en definitiva es lo que constituye el elemento central de las depresiones y es el factor fundamental implicado en la ansiedad.

Bases de la autoestima.

McKay y Fanning (1999), citados por Calderón (2013) señalan que las bases de la autoestima se encuentran en la educación recibida en la infancia y la adolescencia. La valoración de sí mismo que tiene cada persona es fundamental para poder alcanzar las metas que cada uno se propone durante las distintas etapas de su vida. Mientras más alta sea la autoestima de una persona, más posible le será llegar a ser quien desea ser en el futuro, si se esfuerza y trabaja por conseguirlo. En este sentido, una buena autoestima favorece que la persona se sienta capaz, sienta que cuenta con los recursos para lograr esas metas., aquellas personas que se enfrentan a los desafíos de la vida con una autoestima positiva pasan a tener un largo trayecto avanzado en cuanto a los logros que se plantean. Poseen una confianza en sus capacidades y un conocimiento de sí mismos que los lleva a elegir correctamente aquellas tareas en que son capaces de desempeñarse óptimamente, lo cual refuerza su convicción de que son personas competentes

Características de la autoestima.

Coopersmith (1996), afirma que existen diversas características de la autoestima, entre las cuales incluye que es relativamente estable en el tiempo. Esta característica incluye que la autoestima es susceptible de variar, pero esta variación no es fácil, dado que la misma es el resultado de la experiencia, por lo cual sólo otras experiencias pueden lograr cambiar la

autoestima. Así mismo, explica el autor que la autoestima puede variar de acuerdo al sexo, la edad y otras condiciones que definen el rol sexual.

De lo anteriormente mencionado se desprende la segunda característica de la autoestima propuesta por Coopersmith (1996), que es su individualidad. Dado que la autoestima está vinculada a factores subjetivos, ésta es la resultante de las experiencias individuales de cada individuo, el cual es diferente a otros en toda su magnitud y expresión. La autoevaluación implícita en el reporte de la autoestima exige que el sujeto examine su rendimiento, sus capacidades y atributos, de acuerdo con estándares y valores personales, llegando a la decisión de su propia valía.

Baja autoestima.

De acuerdo con Calderón (2013) la baja autoestima es en realidad un trastorno del pensamiento en el cual un individuo se ve a sí mismo como inadecuado, indigno, no digno de amor, y/o incompetente. La baja autoestima siempre se forma durante la niñez, cuando un individuo está desarrollando su visión básica de sí mismo y de sus atributos. Una vez formada, la baja autoestima no puede superarse sin atravesar un proceso de recuperación. Por ello, las personas con baja autoestima sabotean sus vidas en alguna medida. Algunos se convierten en personas que no exceden las expectativas, logrando mucho menos de lo que son capaces porque están paralizados por el miedo. Otros, impulsados por el deseo de probarse a sí mismos y a los demás que son adecuados y merecedores, se convierten en personas que exceden las expectativas, probablemente teniendo más éxito que el que hubieran tenido de no haber sufrido de baja autoestima. Estas personas a menudo se convierten en adictas al trabajo, a veces en detrimento de sus familias, creando problemas en las relaciones. Cuando las personas con baja autoestima hacen algo que perciben como

inapropiado, inmediatamente se sienten humilladas y sufren de “ataques de autoestima”. En esos momentos desean con desesperación huir y esconderse, aunque a menudo no sea posible. Pueden hundirse en la depresión y la devastación, episodios que pueden durar minutos, horas, días o incluso semanas. Luego se sienten incluso más avergonzadas para enfrentar a la gente que creen que saben de su problema.

Enfoque cognitivo de la baja autoestima.

Calderón (2013) refieren que el paciente con baja autoestima tiene una alteración en los patrones cognitivos que lo inducen a tener una:

- Visión negativa de sí mismo: se considera un inútil, un perdedor, se ve desgraciado, torpe, enfermo, tiende a subestimarse constantemente. Piensa que le faltan las cualidades o atributos que lo harían ser feliz, alegre o bueno.
- Visión negativa de sus experiencias: considera las relaciones con el medio en términos de derrotas o frustraciones, tiende a sentir que no puede enfrentar las exigencias de la vida. Cada pequeña actividad se transforma en un esfuerzo terrible, tienden a ver los obstáculos y problemas constantemente.
- Visión negativa del futuro: tiende a ver el porvenir como negro, sólo vendrán cosas peores, le cuesta mucho proyectarse con un sentido realista u optimista.

En los pacientes con baja autoestima, durante el procesamiento de la información pueden ocurrir ciertas alteraciones que lleven a los pacientes a sacar conclusiones arbitrarias; es decir presentan “distorsiones cognitivas” según Ellis (1954). Las principales son:

- Inferencia arbitraria: es el proceso por el cual se adelanta una conclusión sin evidencia a favor que la sustente o cuando se sostienen ciertas afirmaciones incluso con evidencia contraria.
- Maximización: consiste en agrandar ciertos aspectos o cualidades; maximizan los errores, las carencias, las faltas, las pérdidas.
- Minimización: se da cuando se subestiman o empequeñecen ciertos aspectos o cualidades; los pacientes con baja autoestima, minimizan sus logros, éxitos, buenas cualidades y aciertos.
- Abstracción selectiva: consiste en centrarse en un aspecto, atributo o detalle sacándolo del contexto, dejando de lado características relevantes de la situación y a partir de allí elaborar ciertas conclusiones.
- Generalización excesiva: se da cuando a partir de uno o varios hechos o situaciones aisladas se sacan reglas que se generalizan para otras situaciones.
- Personalización: es la tendencia a auto-atribuirse hechos y fenómenos externos que no tienen que ver con ellos mismos y sin evidencia que establezca dicha relación. Un paciente decía: “Yo maté a mi hermano”: al investigar esta creencia el hermano se había suicidado, en la familia el único confidente y apoyo era el paciente, quien evitó que varias veces se suicidara, de hecho casi el único motivo que su hermano tenía para vivir era el afecto que sentía por él; a la muerte de éste mi paciente cargó con toda la culpa y se atribuyó la muerte de su hermano.
- Pensamiento dicotómico: también llamado pensamiento absolutista, todo o nada, o blanco o negro. Consiste en la utilización de categorías polares para clasificar a situaciones o personas, sin poder ver matices o grados; todo se evalúa en extremos.

Por ejemplo: bueno/malo, santo/pecador, fiel/infiel, justo/injusto. Los pacientes con baja autoestima tienden a atribuirse las categorías del extremo negativo.

Tratamiento para el fortalecimiento de la autoestima.

Rodríguez y Naranjo (2012) basados en las investigaciones realizadas por diversos autores citan sus estudios publicados que se centran en producir dichas mejoras en adolescentes. Entre ellos cuales se encuentran: en primer lugar, el trabajo realizado por Mestre y Frías (1996), que revela los efectos positivos sobre la autoestima de las estrategias dirigidas al afrontamiento de los problemas incluyendo aprendizaje de habilidades sociales, modificación de expectativas y desarrollo de nuevas actitudes escolares y sociales. Olmedo, del Barrio y Santed (1998) muestran la eficacia de la auto-observación y reestructuración cognitiva, entrenamiento en habilidades sociales y solución de problemas. Barrett, Webster y Wallis (1999) muestran la eficacia del entrenamiento en control cognitivo, comunicación y solución de problemas. Garaigordobil (2002, 2007) muestra que resultan efectivas para mejorar el autoconcepto en adolescentes, las estrategias para la mejora de la comunicación, las interacciones sociales, la expresión y comprensión de emociones, y la resolución de conflictos. Se puede evidenciar que estas intervenciones emplean técnicas propuestas por el enfoque cognitivo-conductual.

Psicoterapia cognitiva.

Ellis (1954) desarrolló lo que se conoce como la Terapia Racional Emotiva Conductual o TREC, en donde todos los componentes eran tomados en cuenta; lo revolucionario de su aporte fue la actitud del terapeuta que para él debía ser activa y directiva: sustituyó la clásica escucha pasiva por un diálogo con el paciente, en donde se debatía y se

cuestionaban sus pensamientos distorsionados que se creía eran los determinantes de sus síntomas.

Beck en su ya clásico libro “Terapia Cognitiva de la Depresión” (1979), cuenta cómo comenzó a cuestionar primeramente algunos aspectos teóricos del Psicoanálisis, hasta que sus propias investigaciones con pacientes deprimidos, los pocos éxitos que encontraba entre sus colegas que estaban siendo sometidos a largos e ineficaces tratamientos y las inconsistencias que fue encontrando en el trabajo con pacientes depresivos, según sus propias palabras: “Me llevaron a evaluar de un modo crítico la teoría psicoanalítica de la depresión y, finalmente toda la estructura del psicoanálisis”. Es así que comienza a desarrollar lo que posteriormente se transformaría en una de las psicoterapias más eficaces para el tratamiento de la depresión

El aporte fundamental de estos autores fue la inclusión del determinismo bidireccional entre el individuo y el medio y en el aspecto práctico, la inclusión de probadas técnicas de intervención clínica, tales como la desensibilización sistemática. Aspectos relevantes para la Terapia Cognitiva son: estructuras, procesos y resultados cognitivos; las estructuras cognitivas pueden relacionarse con los esquemas, los procesos cognitivos con la atribución de sentido que se da a partir de los esquemas. Los resultados cognitivos se relacionan con las creencias que son el resultado del proceso que se da entre los esquemas y la realidad. Dichas creencias a su vez influyen en el mismo proceso.

Esquemas:

Para Beck (1979) los esquemas son patrones cognitivos relativamente estables que constituyen la base de la regularidad de las interpretaciones de la realidad. Las personas

utilizan sus esquemas para localizar, codificar, diferenciar y atribuir significaciones a los datos del mundo. Los esquemas también fueron definidos como estructuras más o menos estables que seleccionan y sintetizan los datos que ingresan. Todas las personas contamos con una serie de esquemas que nos permiten seleccionar, organizar y categorizar los estímulos de tal forma que sean accesibles y tengan un sentido para nosotros, y que a su vez, posibiliten identificar y seleccionar las estrategias de afrontamiento que llevaremos a la acción.

Creencias:

Las creencias son los contenidos de los esquemas. Son el resultado directo de la relación entre la realidad y nuestros esquemas. Podemos definir las creencias como todo aquello en lo que uno cree; son como mapas internos que nos permiten dar sentido al mundo; se construyen y generalizan a través de la experiencia. Existen diferentes tipos de creencias, clásicamente hablamos de: (Ellis 1964)

- Creencias nucleares: son aquellas que constituyen el self de la persona, son difíciles de cambiar, dan el sentido de identidad y son idiosincrásicas. Ejemplo: Yo soy varón.
- Creencias periféricas: se relacionan con aspectos más secundarios, son más fáciles de cambiar y tienen una menor relevancia que las creencias nucleares. Las creencias nucleares constituyen el núcleo de lo que nosotros somos, nuestros valores, nuestras creencias más firmes e incommovibles, justamente por eso es que nos dan estabilidad y nos permiten saber quiénes somos. .

Pensamientos automáticos:

Calderón (2013) citando a Beck (1979) refieren que en general se dice que el pensamiento se relaciona con el flujo de la conciencia y que tiene tres elementos:

- La direccionalidad: hacia donde está dirigido dicho pensamiento.
- El curso: o la velocidad del pensamiento.
- El contenido: es lo que se piensa concretamente. En el caso de los pensamientos automáticos, éstos se definen por su carácter impuesto; son pensamientos que aparecen en el flujo del pensamiento normal y condicionan su dirección o curso; se les atribuye una certeza absoluta. Por eso, no son cuestionados y condicionan la conducta y el afecto. En general son breves, telegramáticos, pueden ser verbales o aparecer en forma de imágenes a la persona que se le imponen; por eso, son automáticos.

Por lo tanto, la Psicoterapia Cognitiva trabaja en los diálogos internos que todos tenemos; gran parte de nuestra vida la pasamos hablándonos a nosotros mismos. Este fenómeno es responsable de muchas de las cosas que nos pasan: tanto las buenas como las malas. Al repetirnos tantas veces los mismos contenidos, terminamos creyendo con un nivel muy alto de certeza, lo que ellos afirman, sin someterlos a un juicio crítico.

Técnicas Cognitivas.

La terapia psicológica de enfoque cognitivo es una de las herramientas más eficaces a la hora de tratar los problemas de autoestima. En ella, se enseña al paciente a pensar de una forma más constructiva y realista consigo mismo, ayudándole a eliminar la constante autocrítica que le limita a la hora de enfrentarse a diferentes acontecimientos de su vida.

Las terapias cognitivas de mayor uso para el tratamiento de modificación de esquemas de pensamiento serán explicadas a continuación:

1. Terapia Racional Emotiva, de Albert Ellis (1980) expuesta por Ellis en 1956, en Chicago, durante un Congreso de la American Psychological Association. En 1958 publicó por primera vez su famoso modelo A-B-C para la terapia, donde exponía que los trastornos emocionales se derivaban de una procedencia en relación a las exigencias irracionales. Elementalmente la propuesta de la TRE se basa en que pensamientos, sentimientos y conductas actúan de forma integrada en el individuo, y que la perturbación emocional proviene de la evaluación que se hace de hechos frustrantes, según como se esté percibiendo. De igual manera “la forma funcional y práctica de pensar y evaluar lo que sucede, lo ha llamado pensamiento racional y a la forma contraria, es decir, cuando el comportamiento es de forma poco funcional y práctica, debido a la evaluación que se da a los hechos, lo ha llamado pensamiento irracional”

Gerrig & Zimbardo (2005) señalan que “la terapia racional – emotiva busca incrementar el sentido de auto-valía del individuo y su potencial para autorrealizarse al deshacerse de los sistemas de falsas creencias que bloquean su crecimiento personal” .Se puede deducir que la persona al encontrarse con una autoimagen baja no sólo se autolimita con su desarrollo personal sino que afecta a sus potencialidades que antes se encontraban estables; por esta razón, la terapia racional emotiva intenta cambiar las ideas negativas del ser humano para que encuentre un equilibrio satisfactorio, y éstas no interfieran en su cotidianidad.

En el escrito realizado por Roca (s.f) se explica la terapia racional emotiva como una teoría que entiende la perturbación emocional como resultado de una malsana filosofía de vida, que

incluye el predominio de creencias irracionales con sus consiguientes distorsiones cognitivas. Las creencias irracionales fueron catalogadas en 3 tipos de exigencias absolutistas o necesidades perturbadoras, en forma de “debería” y “es necesario que”, con respecto a uno mismo, otras personas o el mundo; al no cumplirse estas exigencias aparecen pensamientos disfuncionales. Por su parte, las distorsiones cognitivas propuestas por Ellis como producto de las creencias irracionales se catalogan de la siguiente manera:

-Sobregeneralización y etiquetación negativas

-Adivinar el futuro.

-Descalificar lo positivo.

-Sacar conclusiones negativas

-Fijarse en lo negativo

-Magnificar/minimizar

-Personalización

-Razonamiento emocional

A partir de lo anterior, el objetivo de la terapia racional emotiva se centra en modificar las evaluaciones negativas, producto de las distorsiones, así como las creencias subyacentes.

2. Terapia cognitiva de Beck: explicada por Cia (1994), la terapia propuesta por Beck es un tratamiento breve, que necesita de la participación activa del paciente y del análisis constante de sus pensamientos así como de una actividad de proximidad por parte del terapeuta, promoviendo así una auto-observación del paciente. Inicialmente el terapeuta realiza una explicación del modelo, enfatizando en la diferenciación de síntomas cognitivos,

conductuales, emocionales y fisiológicos; de igual modo, el terapeuta explica cómo los pensamientos automáticos pueden ser promotores o perturbadores del estado emocional y percepción de sí mismo. Esta terapia cuenta con dos componentes de abordaje:

- a) Resolución de problema: en este punto se hace necesaria la identificación de los problemas del paciente y el significado atribuido por este y posteriormente se identifica una estrategia de abordaje de los mismos. Esta técnica le permite al paciente recuperar su confianza por cuando aprende a reconocer diferentes y nuevos métodos de reaccionar ante la vida (Goyheneix, 2003)
- b) Reestructuración cognitiva: la reestructuración cognitiva se basa en la identificación de pensamientos desadaptativos que posteriormente serán reemplazados por otros de mayor eficacia, buscando así resolver la perturbación emocional y conductual que se producía a partir de los primeros. Debido a que estos pensamientos se consideran hipótesis, el terapeuta y paciente trabajan juntos por la determinación del grado de utilidad de dichas hipótesis. El terapeuta no hace explícita la validez o invalidez de los pensamientos, sino que promueve la identificación de la misma por parte del paciente a través del uso de preguntas y experimentos conductuales. (Clark citado por Bados & García, 2010)

3. Técnica de detención de pensamiento: la detención del pensamiento (inventada por Bain en la década de 1920 y adaptada por Wolpe a finales de la década de 1950) es una técnica de autocontrol efectiva para evitar los pensamientos rumiativos, esto es, aquellos pensamientos no deseados que se repiten continuamente en ciertas ocasiones y que llevan a sensaciones desagradables, llegando a afectar nuestro estado de ánimo. Dos características importantes de este tipo de pensamientos es que son improductivos (es decir, no llevan a

tomar acciones para resolver lo que preocupa) y no se adaptan a la realidad. Aunque la mayoría de las personas tiene algún pensamiento de este tipo en algunos momentos, en ciertos casos dichos pensamientos se manifiestan en forma de obsesiones o pensamientos fóbicos. Algunos de los pensamientos rumiativos más comunes en personas que no padecen un trastorno psicológico identificado se refieren a las dudas sobre sí mismo (no soy capaz de hacer las cosas bien, soy un desastre, siempre me equivoco, etc.), sobre los demás (nadie me quiere, mi pareja/familia/amigos me engañan, todo el mundo me abandona, etc.).

Técnicas cognitivo-conductuales

1. Toma de decisiones: Judith Beck (1995) señala que muchos pacientes experimentan dificultades para tomar decisiones. El terapeuta en estos casos le pide al paciente que confeccione una lista de las ventajas y desventajas de cada una de las elecciones posibles y lo ayuda a evaluar cada ítem y a llegar a la conclusión de cuál es la opción más conveniente.

Presentación del caso:

Análisis descriptivo:

Instrumento de evaluación

De acuerdo a las implicaciones éticas del presente estudio de caso, se hizo necesario la implementación de consentimiento informado, que garantizara la reserva de la identidad de la paciente, y a su vez, permitiera el estudio de caso para ser plasmado en la presente monografía.

- ✓ *Consentimiento informado estudio de caso:* Este formato implica la autorización de la paciente para exponer su caso con fines académicos, permitiendo sustentar el proceso realizado durante la terapia, manifestando que su identidad será respetada e informando que el caso será asesorado por una profesional en psicología, todo ello regido por el código deontológico y bioético del psicólogo, Ley 1090 del 2006 (Anexo 1)

Asimismo, para la evaluación de las problemáticas expresadas por la paciente se implementaron los siguientes instrumentos:

- ✓ *Historia clínica del Hogar Misericordioso Corazón De María:* Este formato recoge información relativa al problema y los antecedentes del mismo, a partir del análisis de diferentes áreas de desempeño de la paciente. Incluye la estructura familiar, las redes de apoyo, las estrategias implementadas para el afrontamiento ante su condición actual, el diagnóstico diferencial de la paciente y planteamiento del proceso terapéutico. (Anexo 2)

- ✓ *Formato de seguimiento terapéutico*: este formato permite una breve descripción de las temáticas abordadas en los seguimientos (Anexo 3)
- ✓ *Diagrama de conceptualización cognitiva*: esquema que permite organizar la información relativa a las creencias, pensamientos, emociones y conductas del paciente, con el fin de establecer un tratamiento acertado ante su problemática (Anexo 4)
- ✓ *Test de autoestima de Coopersmith*: es un instrumento de auto-reporte de 58 ítems: dentro del mismo, el sujeto lee una sentencia declarativa y luego decide si esa afirmación es “igual que yo” o “distinto a mí”. El inventario está referido a la percepción del paciente en cuatro áreas: autoestima general, social, familiar, escolar académica y una escala de mentira de ocho ítems. (Anexo 5)

Paciente.

Motivo de consulta: paciente quien es procedente de Mogotes/Santander. Ingresó al Hogar Corazón Misericordioso de María, dado que quedó en estado de embarazo y necesitaba encontrar un lugar el cual pasar su estado de gestación y período de lactancia, buscando un espacio de tranquilidad, que le permitiera estabilizarse y empoderarse en su proyecto de vida. A su vez, en búsqueda de escape frente a la relación conflictiva con su madre de familia.

Datos Sociodemográficos

Nombre: N. N.

Edad: 17 años

Estado civil: Soltera

Escolaridad: Bachiller

Estrato socio económico: tres

Procedencia: Mogotes/Santander

Número de hijos: Uno.

Antecedentes

- La paciente refiere no tener información sobre antecedentes relacionados con la gestación, manifiesta durante sus primeros años fue criada bajo núcleo familiar matriarcal, siendo trabajadores, donde se involucraron buenos modales y valores.
- No refiere antecedentes de enfermedades físicas o mentales en su sistema familiar.
- Al parecer se presentó una situación de abuso a su madre durante la adolescencia y existe una relación conflictiva con sus padres.
- De acuerdo a lo referido por la paciente presenta constantes discusiones con su madre generando una relación disfuncional.
- A sus 11 años inicia su colaboración frente actividades laborales del negocio familiar.
- A sus 15 años queda en estado de embarazo de un primo en segundo grado.
- A sus 16 años culmina sus estudios como bachiller, semestralizado mientras pasaba su tiempo de gestación en el Hogar Misericordioso Corazón de María. Esto lo realizó con el apoyo de su padre de familia, quien siempre estuvo al tanto de las necesidades de la paciente y su hijo. Asimismo, el día de la graduación acompañó a la paciente a la ceremonia.
- Los primeros meses de gestación y permanencia en el hogar no hubo comunicación con su madre.

Dinámica familiar

La paciente es hija de padres casados y tiene 3 hermanos. La paciente define a su madre como una mujer dominante, y a su padre, como un hombre pasivo quien encuentra un espacio para brindar apoyo a la paciente. Sin embargo, gran parte del tiempo termina por acceder ante los requerimientos de su esposa. Frente a la relación con su madre, manifiesta que presenta una relación disfuncional debido a las constantes discusiones por las exigencias de la su mamá frente a los comportamientos emitidos por la paciente. La madre argumenta que es necesario mostrar una imagen ante la gente como una persona culta, respetuosa y responsable, lo cual a lo referido por la paciente así: “mi madre vive del qué dirán”. Esto reforzó en la paciente creencia de mostrarse como una persona perfecta ante la sociedad y obligarse a serlo, viviendo bajo presión por temor a decepcionar a sus padres. Frente a la relación con sus hermanos, la paciente manifiesta relación normativa; sin embargo, se presentan frecuentes discusiones en especial cuando la paciente entraba en peleas con su madre dado que emitía constantemente comparativos “ellos son los juiciosos” “ellos no la van a hacer quedar mal”. La paciente acepta que en ocasiones se mostraba desafiante ante ciertas normas establecidas en su casa, dado que no le permitían fácilmente salir con sus amigos y sentía ahogo por constantes supervisiones y exigencias. Teniendo en cuenta los antecedentes familiares, al parecer su madre fue víctima de abuso y existe una historia de vida conflictiva frente relaciones con sus padres.

Frente al padre de su hijo, manifiesta que es un primo en segundo grado, y que mantiene escaso contacto con él.

Frente a la relación con su hijo manifiesta cercanía y empoderamiento frente al manejo afectivo y asistencia frente a las necesidades de su hijo

Descripción individual

Cognitiva

Paciente quien se evidencia estabilidad en memoria, atención y concentración, orientada en tiempo y espacio. Responde de forma coherente ante las preguntas formuladas. Se observa inestabilidad emocional, reforzada por pensamientos disfuncionales de sí misma “debo ser perfecta” “debo hacer las cosas que me piden para que piensen que si puedo hacerlas” “me da miedo fracasar, voy a decepcionar a mis padres”.

Emocional.

Presenta alteración emocional, reforzado por pensamientos disfuncionales los cuales generan tristeza y en ocasiones ansiedad. En ocasiones se le dificulta expresar sus emociones.

Conductual

Paciente quien se muestra participativa en actividades establecidas al interior del hogar. Cuando percibe alguna situación como estresante fácilmente entra en llanto, muestra preferencia por bloquear sus emociones, lo cual, tiende a satisfacer necesidades de terceros, dificultando su capacidad de decir “no”.

Redes de apoyo.

Cuenta con el apoyo de su sistema familiar: a pesar de los conflictos evidenciados, mantiene contacto con sus padre, quien la apoyan a distancia.

Tabla 2*Análisis de contextos*

CONTEXTOS	DESCRIPCIÓN.
INTERACCIÓN SOCIAL	<p data-bbox="558 390 1393 573">La paciente ha presentado un patrón de relaciones interpersonales de difícil vinculación, dado que sus padres no le permitían salir a compartir con sus compañeros fuera de su casa.</p> <p data-bbox="558 684 1393 1010">Frente a sus compañeros de colegio, su grupo siempre fue limitado caracterizándose por ser la líder del grupo de amigas: sin embargo, manifiesta que en ocasiones no toleraba la conducta de algunas de sus compañeras, dado que no cumplían algunas exigencias interpuesta por ella.</p> <p data-bbox="558 1121 1393 1524">La paciente manifiesta que al momento de llegar al Hogar, el hecho de compartir con otras madres jóvenes la obligó a tener que tolerar conductas y opiniones de los demás, con lo cual, aprendió a manejar relaciones funcionales; sin embargo, el hecho de sentirse supervisada por las hermanas de la institución, en ocasiones frenó conductas de intolerancia por parte de ella.</p> <p data-bbox="558 1635 1393 1818">Frente a sus figuras de autoridad siempre cumplió órdenes dadas por ellos, dado que sentía la obligación de cumplir ya que no quería que tuvieran una mala imagen de su conducta.</p>

ACADÉMICO/ LABORAL	<p>Paciente quien culminó sus estudios como bachiller en Bucaramanga el 20 de diciembre del 2014, mientras estaba interna en el Hogar Corazón de María. Se presentó la oportunidad de terminar sus estudios bajo el apoyo de su padre de familia. Como proyección quiere tener su negocio de Ferretería (en su familia extensa, cada uno tiene una ferretería) lo cual muestra deseo de ser independiente; sin embargo, se evidencia miedo a fracasar.</p>
PAREJA/SEXUAL	<p>Actualmente no tiene una pareja estable. Con el padre de su hijo que es un primo en segundo grado, no mantiene comunicación con él. Por ello, la paciente se hace cargo de las necesidades afectivas y económicas de su hijo, con el apoyo de su padre.</p>
CONDICIONES AMBIENTALES	<p>Actualmente se encuentra vinculada al Hogar Corazón de María, donde cuenta con las instalaciones físicas adecuadas para el cuidado de su hijo y permanecía frente al fortalecimiento de su autoestima.</p> <p>En Mogotes vivía con sus padres en una casa propia y amplia; sin embargo, de acuerdo a lo referido por la paciente, siempre vivió bajo presión por parte de los vecinos dado que debía mostrar un comportamiento funcional, ya que su madre siempre recalcó que era necesario que la gente tuviera un concepto agradable de ellos y que no la debían hacer quedar mal.</p>

Análisis explicativo:

De acuerdo a lo evidenciado y referido por la paciente, se presentó relación disfuncional con su madre debido a las constantes discusiones sobre las expectativas de la madre frente a los comportamientos funcionales que debía tener, por lo cual, emitía el discurso de que la gente del pueblo debía, pensar que son una familia con valores, que deben ser perfectos, no demostrar debilidad ante los demás, ser reconocidos en el pueblo con gente de bien. Por ello, no quería verla en las calles del pueblo departiendo con sus amigos argumentando “qué iba a pensar la gente que no tenía padres que la supervisaran”, “que tenía que sacar las mejores notas en el colegio” “debe ser un ejemplo para sus hermanos menores” “que no puede mostrar ninguna equivocación porque a gente la va a juzgar”. Frente a las obligaciones laborales en la casa, la paciente sentía recarga dado que debía estar pendiente de las labores domésticas y de sus hermanos. Cuando la paciente no respondía ante alguna labor entraba en discusión con su madre y ésta hacía una comparación con sus hermanos argumentando que “de ella no esperaba nada” “que sus hermanos nunca la iban a decepcionar”. Estas situaciones generaron en la paciente el mantenimiento de pensamientos disfuncionales de tipo “tengo que” “debo hacer” y creencias de “ser perfecta” “si no es perfecta es incapaz” generando inestabilidad emocional y la formulación de un autoconcepto estricto generando baja autoestima.

De acuerdo con Ellis (1964) una autoevaluación se forma a partir de nuestros éxitos o fracasos con relación a las metas o ideas y las opiniones de otras personas significativas, por lo que una valoración errónea puede desencadenar un efecto emocional negativo. Asimismo, define a las creencias como todo aquello en lo que uno cree, es decir, son los

mapas internos que permiten dar sentido al mundo, se construyen y generalizan a través de la experiencia

A partir de lo anterior se puede referir con base a lo propuesto por Ellis, que la paciente presenta una valoración errónea de lo que ella es y debe ser, generando inestabilidad emocional, lo cual fue reforzado por las opiniones de su madre siendo ella una persona significativa. Por lo tanto, se evidencia necesidad de intervención desde el enfoque cognitivo-conductual.

Intervención propuesta

Objetivo general

Implementar un tratamiento cognitivo conductual para el fortalecimiento de la autoestima en una adolescente madre soltera de 17 años.

Objetivos específicos.

- ✓ Lograr que la paciente maneje sus pensamientos disfuncionales y creencias buscando estabilizar la percepción funcional de sí misma, a partir del enfoque cognitivo conductual
- ✓ Empoderar a la paciente en la toma de decisiones frente a su egreso de la institución.
- ✓ Sensibilizar a la paciente frente conductas de su madre para generar entendimiento de las situaciones vivenciadas por ella y la relación con su estilo de crianza, favoreciendo el manejo funcional de la relación.
- ✓ Realizar la aplicación de la prueba de autoestima de Coopersmith antes de iniciar la intervención y después de finalizada con la finalidad de evaluar la percepción

de la paciente frente a cuatro áreas: autoestima general, social, familiar y escolar lo cual permite evidenciar evoluciones del proceso terapéutico.

Procedimiento

Dentro de la atención psicológica para este caso específico, el proceso se llevó a cabo de la siguiente manera:

Sesión 1-2: establecimiento de rapport y recolección de datos para el diligenciamiento de historia clínica y establecimiento de tratamiento.

Sesión 3: aplicación de prueba de autoestima de Coopersmith

Sesión 4-7: identificación de esquemas de pensamientos y creencias maladaptativos, e intervención en la modificación pensamientos y creencias identificadas.

Sesión 8: toma de decisiones frente a su situación de egreso de la institución.

Sesión 9: evaluación del proceso, aplicación de prueba de autoestima de Coopersmith y preparación del egreso.

A continuación se realizará una descripción del proceso adelantado con la paciente y la evolución obtenida frente a la problemática identificada y tratada. Asimismo, los resultados obtenidos en la prueba aplicada.

Tabla 3*Descripción del proceso terapéutico*

Sesión 1	
Diciembre 18 de 2015	
Objetivo	Realizar apertura de historia clínica, a partir de la recolección de datos, y a su vez, establecer proceso empático.
Desarrollo	Se inicia sesión explicando a la paciente las condiciones en las cuales se llevarán a cabo las intervenciones terapéuticas y los compromisos por parte de la usuaria y del terapeuta: asimismo, se lleva a cabo la firma del consentimiento informado (Anexo 1); posteriormente por medio de entrevista semiestructurada se realiza recolección de datos para el diligenciamiento de Historia Clínica de la paciente. (Anexo 2)
Evaluación	La usuaria se muestra atenta y participativa en la sesión terapéutica., responde coherentemente las preguntas formuladas; asimismo, presenta estabilidad emocional. Los datos para la elaboración de la Historia Clínica son recogidos sin ninguna dificultad. A su vez, acepta las directrices del proceso firmando el consentimiento informado.
Sesión 2	
Enero 20 de 2015	
Objetivo	Continuar con la recolección de información lo cual permita identificar aspectos relevantes de situaciones que requieran intervención terapéutica y continuación de diligenciamiento de Historia Clínica de la paciente.

Desarrollo Paciente quien ingresa a consulta orientada en tiempo y espacio. Entra en llanto lo cual se permite, para facilitar la expresión de emociones. Mediante diálogo, la paciente manifiesta cansancio por el mantenimiento de una imagen tranquila, responsable, cumplidora de su deber, dado que para ella es importante que la gente mantenga una percepción favorable, lo cual la hace dejar de un lado sus sentimientos, a la vez que argumenta temor a fracasar en el futuro.

Manifiesta tener inconvenientes frente a la relación familiar en especial con su madre debido al déficit en comunicación refiere que la madre emite constantes exigencias en sus deberes escolares, hogar y toma de decisiones frente a comportamientos ante las personas. Manifiesta que la madre le exigía que debe ser una mujer perfecta, que no la avergonzara ante los demás ya que deben ser una familia reconocida en el pueblo, a su vez, manifestaba constantes comparaciones con sus hermanos menores

La usuaria refiere que en ocasiones es voluntariosa, constantemente discute con sus hermanos en especial cuando discute con su madre. Presenta poca tolerancia ante la desorganización de las otras personas pero no manifiesta su inconformidad.

No se siente segura de lo que quiere y en ocasiones, insegura de sí misma.

Evaluación En el discurso emitido por la usuaria se logran evidenciar pensamientos disfuncionales que afectan su estado emocional. Se identifican aspectos relevantes de los antecedentes de la usuaria que podrían estar relacionados con el mantenimiento de pensamientos generadores de inestabilidad

emocional. Presencia marcada de opiniones de la madre marcadas frente a la toma de decisiones y concepto de sí mismo. Ansiedad frente a su estabilidad en el futuro.

Sesión 3

Enero 27 de 2015

Objetivo Aplicación de test de autoestima de Coopersmith, con la finalidad de evaluar la autoestima de paciente, enfatizando en la percepción en 4 aspectos: autoestima general, autoestima social, autoestima familiar, autoestima escolar para corroborar el diagnóstico y reconfirmar los objetivos terapéuticos.

Desarrollo Paciente quien ingresa a consulta atenta y participativa. Se realiza la aplicación de la prueba de autoestima de Coopersmith. En primera instancia se explica a la paciente la finalidad y el desarrollo de la prueba y ella muestra aceptación por el desarrollo de la misma.

Se introduce a la paciente en identificar pensamientos que originan inestabilidad emocional, para lo cual se realiza entrenamiento en el enfoque cognitivo y el diligenciamiento de autorregistro de pensamientos automáticos.

Evaluación Se evidencia en la paciente, aceptación por la aplicación de la prueba, comprensión por la dinámica trabajada del enfoque cognitivo y diligenciamiento del autorregistro de pensamientos disfuncionales.

Sesión 4

Febrero 10 de 2015

Objetivo	Revisar y analizar pensamientos automáticos y promover la comprensión del paciente frente a su cuadro de dificultades.
Desarrollo	Se inicia la sesión terapéutica, donde se revisa el registro de pensamientos automáticos. Se identifica una marcada percepción disfuncional de sí misma. A partir de esta tarea se diligencia el diagrama de conceptualización cognitiva (anexo 4), donde permite a la paciente comprender su cuadro de dificultades evidenciándose creencia de incapacidad, de tener que ser perfecta y miedo a fracasar. Dentro de la sesión se realiza análisis de pautas de crianza, mediante el análisis de la historia de vida de su madre. La paciente reconoce que no ha sido fácil lo vivido por ella, siendo este un factor importante para comprender actitudes de su madre, y buscar la forma de cortar círculo vicioso frente a la crianza de su hijo.
Evaluación	Usuaría quien logra identificar la influencia de sus pensamientos frente a su estado emocional y percepción de sí misma. Manifiesta que siente alivio al percibir que la perfección no existe. A su vez, comprende cuál es el mantenimiento de su estado emocional, y manifiesta interés en continuar empoderándose en el manejo de los pensamientos disfuncionales.

Sesión 5

febrero 24 de 2015

Objetivo	Educar en el uso de técnicas de afrontamiento ante situaciones y percepciones disfuncionales de sí misma: técnica de detección de pensamiento.
-----------------	--

Desarrollo Se inicia sesión terapéutica en la cual se observa a la paciente estable a nivel emocional y se realiza retroalimentación de lo manejado en la anterior sesión. Manifiesta que en dos ocasiones presentó inestabilidad emocional; se hizo recordación de lo dialogado en la sesión como método de manejo de inestabilidad emocional; se realizó entrenamiento de la técnica de STOP. Se evidencia en la paciente comprensión de la técnica entrenada.

Se realiza listado de pensamientos funcionales que pueda poner en práctica como remplazo de pensamientos disfuncionales. (terminar listado tarea)

Evaluación Paciente quien continúa con el reconocimiento de distorsiones cognitivas, comprende el uso de la técnica de STOP, así como la utilidad de su empleo frente a su problemática.

Sesión 6

Marzo 10 de 2015

Objetivo

- Realizar evaluación de los avances obtenidos hasta el momento de las intervenciones terapéuticas y refuerzo de técnica aprendida.
- Revisión de la lista de pensamientos funcionales.

Desarrollo Paciente quien entra a la sesión terapéutica estable a nivel emocional. Se realiza revisión de percepción hacia sí misma: la paciente manifiesta que a partir de la identificación de pensamientos ha logrado entender el porqué de su estado emocional, aunque en ocasiones presenta alteración dado que no es fácil el cambio de estilo de vida (estar interna en una institución y su rol de madre). Se realiza análisis de la situación en donde se identifican las ventajas de permanecer interna en la institución: manifiesta que el hecho de

estar en el Hogar y con la convivencia diaria con las otras madres ha logrado incrementar mayor tolerancia y manejo de las relaciones interpersonales. Da reconocimiento a sus fortalezas, nuevamente refiere que para ella fue un alivio reconocer que la perfección no existe. Se continúa con el manejo de su estado emocional aunque se evidencia mayor empoderamiento, se continúa con el refuerzo de la técnica de STOP, y el análisis de pensamientos funcionales.

Manifiesta que el diálogo con sus padres se dará próximamente cuando viaje a Mogotes, con la finalidad de visitarlos y conocer a su hermana.

Evaluación Se evidencia en la paciente mayor empoderamiento frente al manejo de su estado emocional, lo cual le ha permitido reconocerse como persona normativa con cualidades y defectos incrementando su autoconocimiento y la racionalización de sus pensamientos.

Sesión 7

marzo 24 del 2015

Objetivo Entrenamiento en afrontamiento y manejo de situaciones frente a su visita a casa de sus padres en Mogotes.

Desarrollo Paciente quien ingresa a la sesión terapéutica: se observa atenta y participativa. Se realiza retroalimentación de lo manejado en la anterior sesión, se evidencia uso efectivo de la técnica. La paciente manifiesta que ha disminuido la percepción negativa de sí misma, por lo que ya no se presenta inestabilidad emocional.

Frente a su viaje a Mogotes por un día, refiere que siente ansiedad debido a que no sabe qué cosas se pueda encontrar, aunque señala que telefónicamente se ha comunicado con sus padres y ha logrado dar apertura a la comunicación en especial con su madre. Se realiza el análisis de las posibles situaciones, respuestas fisiológicas, pensamientos, a las que se pueda enfrentar. A su vez, se realiza análisis de técnicas que pueda implementar frente a esas situaciones (respiración, técnica de STOP y racionalización de situaciones)

Evaluación Paciente quien sale de sesión terapéutica tranquila, focalizada en el manejo de posibles situaciones de manera adaptativa. Reconoce que la visita que va a realizar a Mogotes es manera de exponer lo aprendido en este tiempo en el Hogar y en las sesiones terapéuticas.

Sesión 8

Abril 14 del 2015

Objetivo

- Socialización de su visita a mogotes.
- Aplicación de técnica de toma de decisiones frente a su egreso.

Desarrollo Paciente quien ingresa a sesión manifestando que su visita a Mogotes fue favorecedora: en ella tuvo diálogo con sus padres frente a su posible egreso de la institución. Sus padres manifestaron el deseo de que vuelva a Mogotes y continuar recibiendo apoyo de ellos, frente a sus necesidades y las de su hijo. Señala que allí podría trabajar en la ferretería de su tía, y a su vez, tendría posibilidad de irse a vivir con su tío a Piedecuesta y trabajar en la ferretería de él. Manifestó que en su llegada a Mogotes se sintió segura; junto a sus

padres fue al parque principal y a la plaza con su hijo, sintió miradas de las personas del pueblo pero estas pasaron a segundo plano. Reconoce que el hecho de predisponerse generó ansiedad; sin embargo, al momento de enfrentarse a esta visita sintió seguridad y se desmontaron sus imaginarios negativos.

Se implementa la técnica de toma de decisiones frente a su egreso: reconoce y permite la ayuda de sus padres, siendo su opción de egreso regresar a Mogotes.

Evaluación Paciente en quien se evidencia empoderamiento frente al manejo de su estado emocional e incremento en la seguridad en sí misma, siendo favorecedor frente a su autoestima. Se evidencia aceptación frente al apoyo ofrecido por sus padres siendo esta evidencia del manejo de pensamientos disfuncionales identificados en anteriores sesiones.

Sesión 9

14 de mayo del 2015

Objetivo Aplicación de prueba de autoestima de Coopersmith con la finalidad de evaluar avances obtenidos en su proceso terapéutico y manejo de prevención de recaídas

Desarrollo Se realiza aplicación de prueba de autoestima de Coopersmith, con el propósito de constatar a nivel cuantitativo el progreso obtenido a partir del tratamiento. Se realiza proceso de prevención de recaídas a través de un reconocimiento de los avances obtenidos: se pide a la paciente realizar un recuento de lo aprendido durante el proceso terapéutico, dando

reconocimiento a la utilidad al implementación de técnicas. Se refiere a la posibilidad de una nueva experimentación de alteración emocional para lo cual se le puntualiza en la adquisición de herramientas para manejarlo.

Evaluación La paciente muestra conocimiento y reconocimiento de sus avances, así como técnicas implementadas para el aumento de la seguridad de sí misma y manejo de inestabilidad emocional.

Resultados

Resultados de las pruebas aplicadas

- Diagrama de conceptualización cognitiva

Datos relevantes de la infancia. <ul style="list-style-type: none"> - Relación disfuncional con la madre (escasa percepción de afecto y elevada exigencia)
Creencia(s) nuclear(es): <ul style="list-style-type: none"> - Debo hacer las cosas muy bien, no puedo fallar porque eso quiere decir que soy incapaz, que va a pensar las personas de mí.
Reglas/creencias/suposiciones condicionales: <ul style="list-style-type: none"> - Tengo que trabajar fuerte para lograr las cosas, tengo que demostrar a la gente que soy capaz. - Si no hago mucho esfuerzo fracasaré.
Estrategias compensatorias <ul style="list-style-type: none"> - Evitar pedir ayuda. - Compararse con otras personas. - Buscar fallas. - No permitirse expresar emociones,

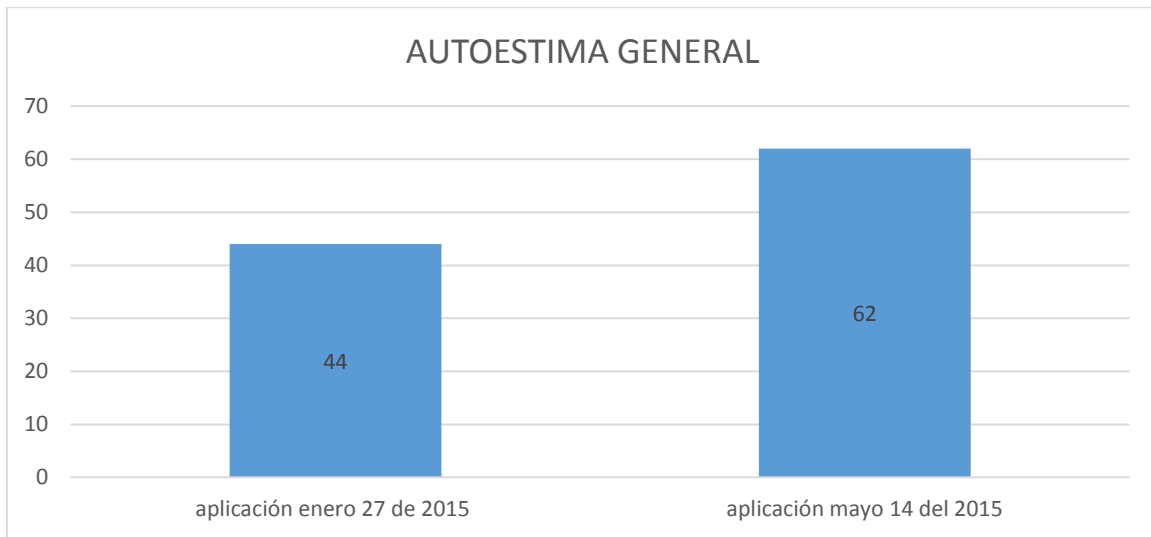
Situación 1.	Situación 2	Situación 3
Se encuentra en su cuarto sola y se pone a pensar.	Felicitaron a una compañera del Hogar por sus buenos actos.	La madre superiora le pide colaboración de hacer una actividad del hogar
P.A	P.A	P.A

“debo ser capaz de manejar todas las situaciones sola”	“ella sí pudo hacer las cosas bien y yo no”	“Debo cumplir para que piense que soy buena en lo que hago”, “no le puedo decir que no”
Significado de P.A Debo ser perfecta.	Significado de P.A Soy un fracaso	Significado de P.A Si no hago las cosas bien va a pensar que soy incapaz.
Emoción Tristeza y rabia.	Emoción Tristeza	Emoción Angustia, tristeza
Conducta Entra en llanto.	Conducta Se aleja del grupo.	Conducta Se desespera, entra en llanto a solas y después realiza las actividades del hogar.

Análisis cuantitativo:

Prueba de autoPrueba de Autoestima de COOPERSMITH

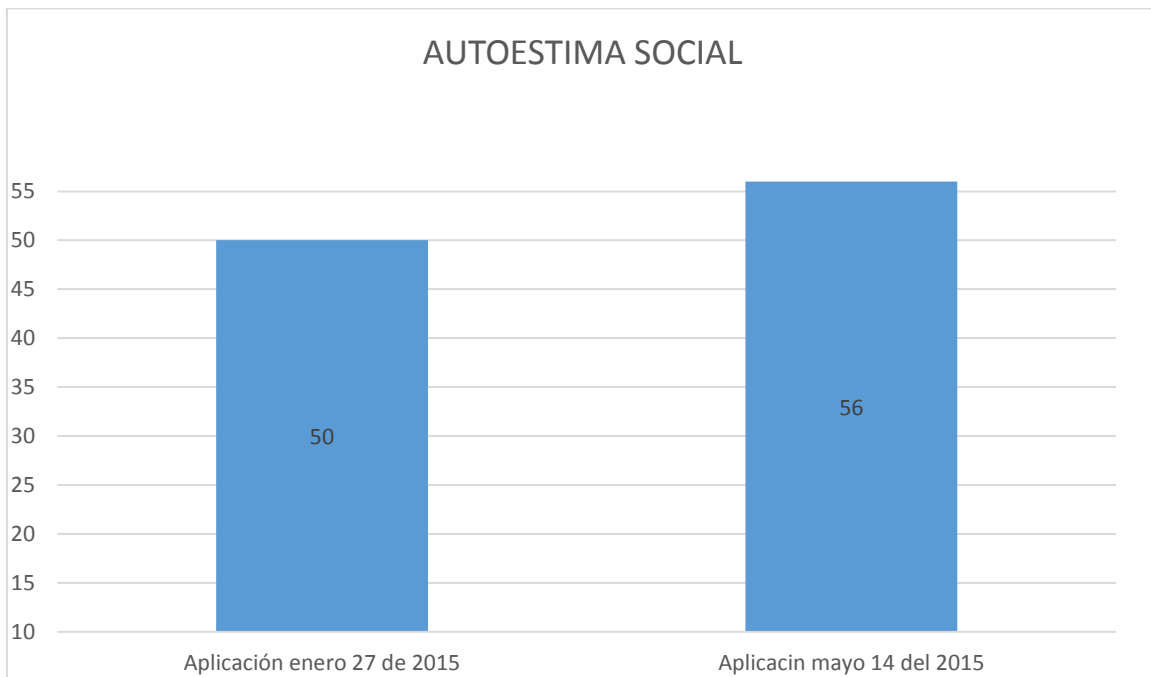
Teniendo en cuenta las áreas evaluadas por la prueba de autoestima (Autoestima General, Autoestima social, Autoestima familiar y Autoestima escolar) a continuación se evidencian los resultados obtenidos en las aplicaciones realizadas el día 27 de enero del 2015 y el día 14 de mayo del 2015, lo cual se podrá observar de manera cuantitativa la evolución de la paciente frente al proceso terapéutico.



Gráfica 1 Autoestima general.

En esta gráfica, se puede observar cuantitativamente la percepción que tiene la paciente frente a sus conductas autoperceptivas, evidenciando lo siguiente: en la aplicación elaborada el día 27 de enero del 2015 cuya puntuación fue de 44 (de acuerdo a los criterios de calificación de la prueba se obtiene como resultado bajo), la paciente maneja pensamientos

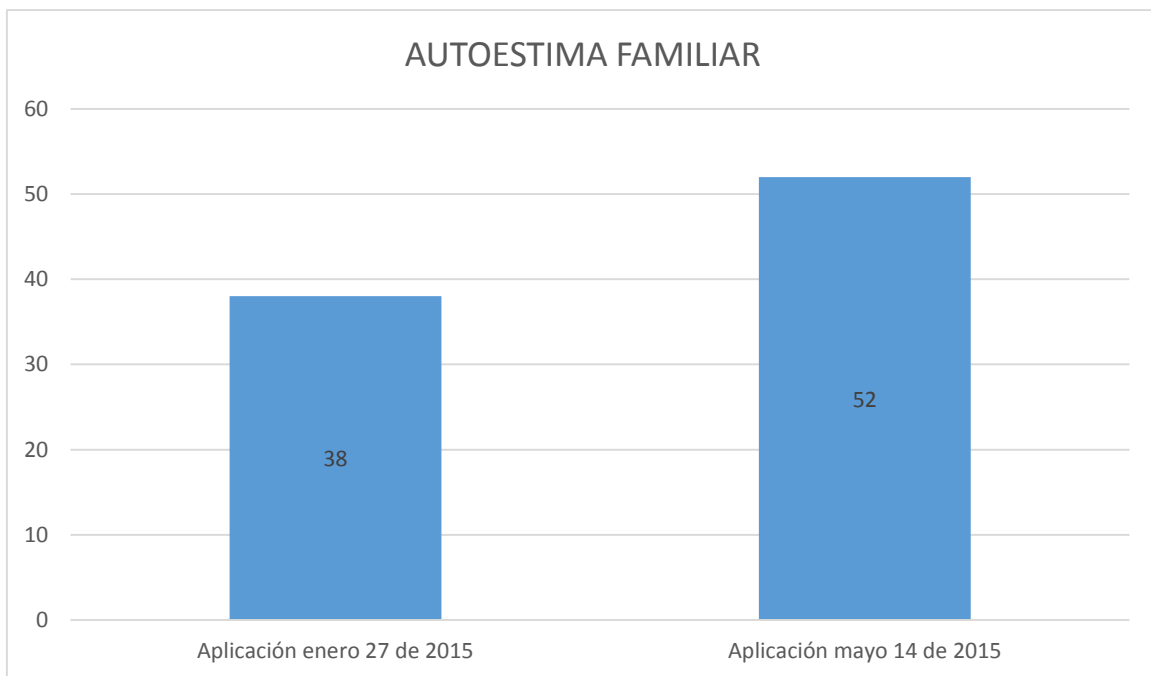
negativos, lo cual genera sufrimiento y rechazo a sí misma, ya que al parecer no se siente contenta con sus características. A su vez en la prueba aplicada el día 14 de mayo del 2014 cuya puntuación es de 62 (de acuerdo a los criterios de calificación obtiene como resultado alto) lo que señala que en la paciente imperan los pensamientos positivos sobre sus características habilidades y rasgos, suele estar contenta consigo misma, lo que redundará en una mejor relación con los demás. A partir de lo anterior se puede evidenciar cuantitativamente mejora de la paciente con respecto a su auto percepción.



Gráfica 2. Autoestima social.

En esta gráfica, se puede observar cuantitativamente la percepción que tiene la paciente frente de su relación autodescriptiva en con sus pares, evidenciando lo siguiente: en la aplicación elaborada el día 27 de enero del 2015 cuya puntuación fue de 50 (de acuerdo a los criterios de calificación de la prueba obtiene como resultado medio) se evidencia

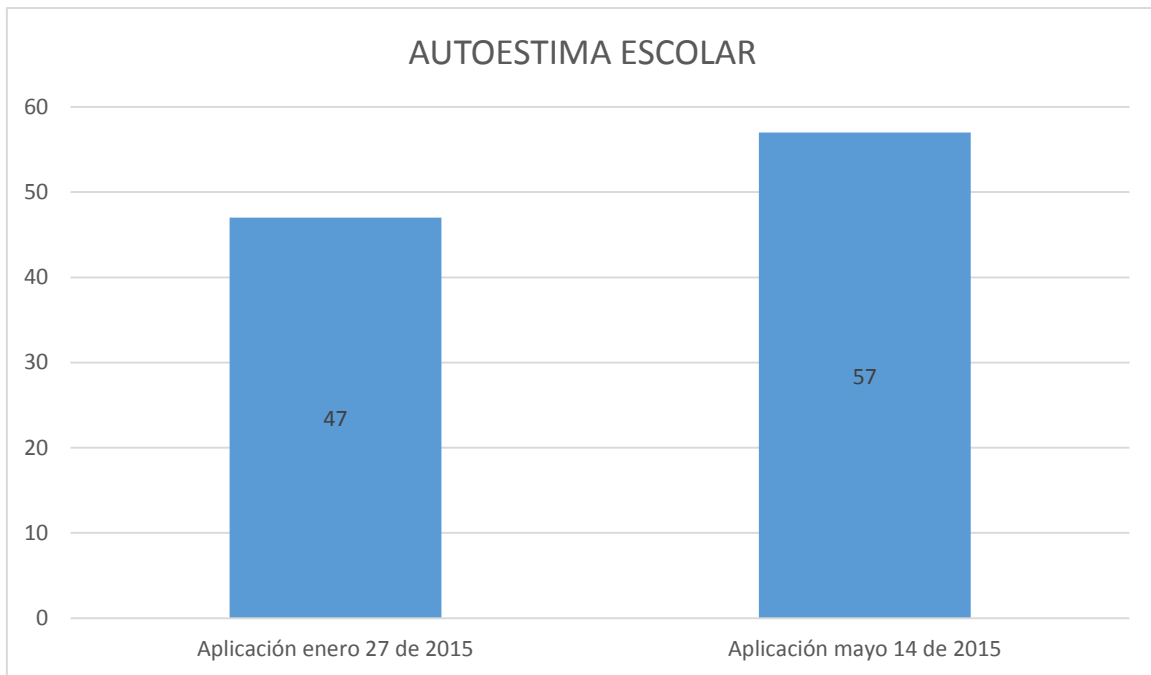
aceptación por los demás logrando relacionarse con las personas conocidas. Tiende a establecer relaciones de amistad, pero de manera limitada y sólo cuando se siente segura y aceptada. En la aplicación elaborada el día 14 de mayo de 2015 cuya puntuación es de 56 (de acuerdo a los criterios de calificación de la prueba obtiene como resultado alto), la paciente logra relacionarse fácilmente estableciendo lazos de amistad de forma estable, se siente aceptada y capaz de influir significativamente en los otros, percibiéndose como querida y escuchada. A partir de lo anterior se puede evidenciar cuantitativamente mejora en la paciente en lo que respecta su percepción frente a la relación con su grupo de pares.



Gráfica 3. Autoestima Familiar.

En esta gráfica, se puede observar cuantitativamente la percepción que tiene la paciente frente de su relación autodescription con sus familiares cercanos, evidenciando lo siguiente: en la aplicación elaborada el día 27 de enero del 2015 cuya puntuación fue de 38

(de acuerdo a los criterios de calificación de la prueba obtiene como resultado bajo) al parecer las relaciones familiares no la satisfacen, lo que generaba distanciamiento y escaso compromiso familiar. Frente a la aplicación elaborada el día 14 de mayo de 2015 cuya puntuación es de 52 (de acuerdo a los criterios de calificación de la prueba obtiene como resultado medio), se observa adecuada aceptación y adaptación por parte de la familia, se siente apoyada y valorada por sus familiares más cercanos. A partir de lo anterior se puede evidenciar cuantitativamente mejora en la paciente en lo que respecta su percepción frente a la relación con sus familiares.



Gráfica 4. Autoestima Escolar.

En esta gráfica, se puede observar cuantitativamente la percepción que tiene la paciente frente de su relación autodescription con sus compañeros de clase y profesores, evidenciando lo siguiente: en la aplicación elaborada el día 27 de enero del 2015 cuya puntuación fue de 47 (de acuerdo a los criterios de calificación de la prueba obtiene como

resultado bajo) la paciente no se siente a gusto ya que no obtiene los resultados académicos esperados. Frente a la aplicación elaborada el día 14 de mayo de 2015 cuya puntuación es de 57 (de acuerdo a los criterios de calificación de la prueba obtiene como resultado alto), la paciente percibe un ambiente escolar favorable. A partir de lo anterior se puede evidenciar cuantitativamente mejora en la paciente en lo que respecta su percepción frente a la relación con el ambiente escolar.

Análisis cualitativo:

Se pudo observar en la paciente mayor comunicación y tranquilidad al momento de interactuar con su grupo de pares. Disminuyeron sus episodios de llanto y frustración. Se observa sus facies relajadas. Mayor manejo en toma de decisiones, argumento seguridad en si misma y manejo de los pensamientos disfuncionales.

Conclusiones.

Frente a la intervención propuesta para este caso clínico es importante tomar como referencia a Beck (1979) citado por Calderón (2013) quien argumenta que la Psicoterapia Cognitiva es una de las herramientas más eficaces a la hora de tratar los problemas de autoestima. Mediante ella, se enseña al paciente a pensar de una forma más constructiva y realista consigo mismo, ayudándole a eliminar la constante autocrítica que le limita a la hora de enfrentarse a diferentes acontecimientos de su vida.

En este orden de ideas y teniendo en cuenta el caso en particular se logra concluir lo siguiente:

-Lo más inmediato que se puede apreciar, es que la intervención psicológica propuesta demostró efectividad frente al manejo de sus cogniciones negativas, debido a que se observó reducción de las mismas, logrando establecer pensamientos funcionales de sí misma, y estabilizar su estado emocional y su percepción frente al afrontamiento de situaciones cotidianas.

- En relación con los resultados obtenidos en la puntuación de la prueba de autoestima de Coopersmith, se pudo evidenciar la diferencia entre los resultados obtenidos en la aplicación al inicio de la intervención propuesta y al finalizar el proceso terapéutico. Allí se observó un cambio significativo en las puntuaciones dado que en la segunda aplicación se pudo evidenciar de manera cuantitativa una percepción funcional frente autoestima general, familiar, escolar y social. Es importancia mencionar que la intervención terapéutica ofrecida desde el enfoque cognitivo conductual para este caso arrojó incremento en su autoestima.

-Durante el proceso fue necesario valorar las relaciones familiares, permitiendo evaluar la percepción que tenía la adolescente frente a la dinámica de interacción, evidenciándose relación disfuncional y el origen y mantenimiento de sus creencias disfuncionales.

-la intervención psicológica realizada a la paciente, permitió avalar los datos arrojados en otras investigaciones donde refieren la importancia de los patrones cognitivos adaptativos tiene influencia en el estado emocional y conductual. A su vez la influencia de los patrones de crianza frente a la formación del autoconcepto y fortalecimiento del autoestima

-se evidencio efectividad en el proceso de sensibilización frente a las situaciones vivenciadas por su madre, dado que permitió en la paciente reconocer y entender los patrones de crianza y su poca expresión emocional.

-a partir del acompañamiento psicológico se ofrecieron estrategias de afrontamiento que posibilitaron el manejo de los pensamientos disfuncionales y el afrontamiento ante situaciones percibidas como estresantes. (Contacto con su mamá)

-se evidenció inicialmente dificultad en el proceso dado que en primera instancia la paciente mostró una imagen favorable de sí misma dificultando la evaluación de su problemática, para lo cual fue necesario fortalecer el proceso empático y generar concientización frente a la ayuda ofrecida por la institución y el acompañamiento psicológico.

-se puede decir que la intervención psicológica culminó con éxito, ya que además de la satisfacción de la paciente frente al acompañamiento brindado, se logró cumplir los objetivos terapéuticos fijados desde el inicio.

-se evidencia necesidad de realizar investigaciones encaminadas en la intervención terapéutica para el autoestima de las adolescentes en estado de embarazo ubicadas en zonas rurales.

-es importante mencionar que dentro de mi formación como psicóloga clínica, la realización de la practica permitió fortalecer conocimiento en el manejo e intervención con población adolescente en estado de embarazo, a su vez, reconocer la importancia del fortalecimiento del autoestima basado en la identificación de esquemas cognitivos, para la estructuración de proyecto de vida y empoderamiento en rol de madre.

-cabe mencionar que la experiencia en la realización de la práctica, fue necesario la implementación de estrategias que permitieran el establecimiento del rapport, dado por el tipo de población adolescente, ya que se evidencio facilidad en la manipulación de información suministrada dificultando en primera instancia la intervención terapéutica.

Referencias.

Barra (2013) Autoestima, apoyo social y satisfacción vital en adolescentes. *Terapia Psicológica*, Vol 31 n°3, 287-291

Beck, J. (1993) Diagrama de conceptualización cognitiva. Anexo 4

Calderón (2013) determinar si la terapia racional emotiva para elevar la autoestima, es más eficaz para los hombres o para las mujeres: estudiantes que ingresan al periodo de nivelación a la carrera de geografía y medio ambiente. Trabajo para obtener magister en psicoterapia. Universidad central de ecuador.

Cazalla y Molero (2013) Revisión teórica sobre el autoconcepto y su importancia en la adolescencia. *Revista electrónica de investigación y docencia (REID)* 43-64

Diana M (2012) Estrategias de afrontamiento y el nivel de autoestima en madres adolescentes. Informe final del trabajo de titulación de psicóloga Clínica. Universidad central del ecuador.

Oliva (2006) Relaciones Familiares y desarrollo adolescente. Anuario de psicología, vol 37
nº3, 209-223

Plan de Atención Institucional PAI hogar Hijas del Corazón Misericordioso de María (2013)

Roca, E. (S:F) La terapia Racional Emotiva. Recuperado de <http://www.cat-barcelona.com/pdf/biblioteca/terapia-racional-emotiva/tre7.pdf>

Rodríguez y Caño (2012) Autoestima en la adolescencia: análisis y estrategias de intervención. International Journal of Psychology and Psychological therapy, vol 12 num 3, 2012 p.p 389-403

Vados y García (2010) La técnica de la reestructuración cognitiva. Universidad de Barcelona.

Zacarea, Ibarra, Tomas y Sierra (2009) El desarrollo de la identidad en la adolescencia y adultez emergente: una comparación de la identidad global frente a la identidad en dominios específicos. Anales de la Psicología, Vol 25 nº2 p 316-329

Anexos

Anexo 1. Consentimiento informado. Universidad Pontificia Bolivariana.



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____, identificado con cédula de ciudadanía No _____ de _____, en calidad de representante legal de _____, identificado con documento de identidad _____ de _____. Manifiesto que conozco que el servicio de psicología que ofrece EL HOGAR CORAZON DE MARIA que desarrolla a través de **Psicólogos en Práctica y Pasantías** de la Universidad Pontificia Bolivariana bajo la supervisión directa de un asesor quien tendrá acceso a toda la información que se recoja durante el proceso, y quien en los casos que se considere pertinente acompañará las sesiones.

Acepto que la información que apporto a través de la entrevista psicológica podrá ser usada con fines académicos, guardando reserva absoluta de los datos confidenciales de identificación de las personas allí mencionadas.

Reconozco que tengo derecho a solicitar un resumen de la historia clínica así como los resultados de las pruebas aplicadas.

Acepto que en los casos que obligue la ley la información de la historia clínica puede ser presentada a las autoridades pertinentes.

Tengo claro que me puedo retirar del proceso en el momento que lo desee y que asumo las consecuencias que ello implique.

Autorizo para el cabal cumplimiento de los objetivos del proceso terapéutico sean aplicadas las pruebas pertinentes y necesarias.

Después de haber leído toda la información contenida en este documento y haber recibido del Psicólogo practicante o pasante explicaciones sobre la intervención y habiendo dispuesto de tiempo suficiente para

reflexionar sobre las implicaciones de mi decisión libre, consciente y voluntaria, manifiesto que he decidido autorizar la intervención de _____ de quien soy el representante legal o tutor, dada su imposibilidad de firmar este documento con completa autonomía por tratarse de un menor de edad.

En constancia de lo anterior firmo este documento de consentimiento informado el día _____ . En presencia del pasante/practicante de psicología _____ ,

Consultante

Psicólogo en prácticas /pasantía

C.C _____

Psicólogo Asesor

T.P _____

Anexo 2. Formato historia clínica Hogar Corazón Misericordioso De María.



Hijas del Corazón Misericordioso de María

NTT 860.010.525 – 8

Hogar Corazón de María

**DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
VALORACION INICIAL**

FECHA DE SILIGENCIAMIENTO: DIA: __ MES: __ AÑO: __

NOMBRE

Y

APELLIDO:

DOCUMENTO

DE

IDENTIDAD:

FECHA DE NACIMIENTO: _____

FECHA DE INGRESO A LA INSTITUCION: _____ PROCEDENCIA:

NÚMERO DE HIJOS: _____

MOTIVO DE INGRESO:

ANTECEDENTES:

DESCRIPCION INDIVIDUAL

COGNITIVA

EMOCIONAL

CONDUCTUAL

DESCRIPCION FAMILIAR

REDES DE APOYO

CONCEPTO PSICOLOGICO

FIRMA DE QUIEN REALIZA LA VALORACION

Anexo 3. Formato de seguimiento Hogar Misericordioso De Maria



Hijas del Corazón Misericordioso de María

NIT 860.010.525 – 8

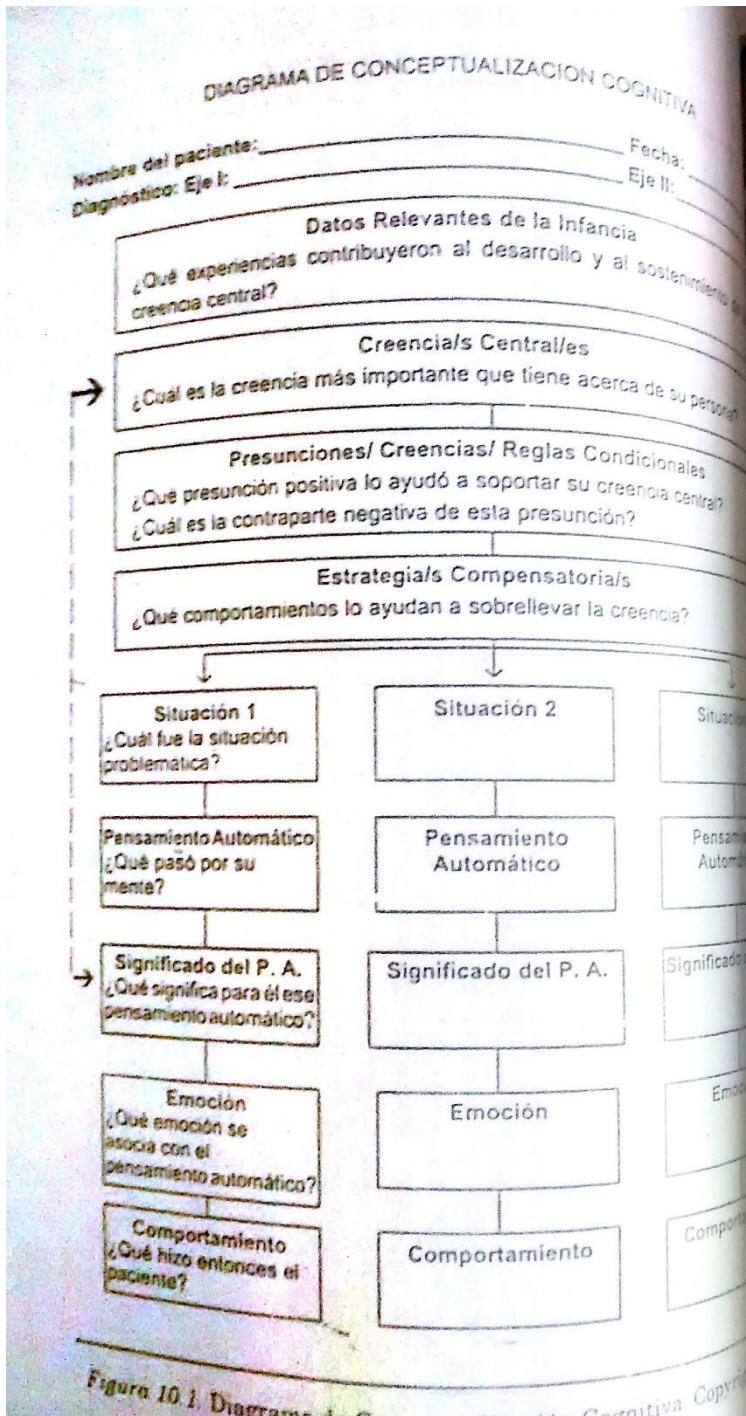
Hogar Corazón de María

NOMBRE Y APELLIDO	
FECHA DE SEGUIMIENTO	
OBJETIVO DE SEGUIMIENTO	

DESCRIPCION DE LA SESION
COMPROMISOS

MAYRA ALEJANDRA VEGA GONZALEZ
PSICOLOGA

Anexo 4. Modelo de Diagrama de conceptualización cognitiva.



Anexo 5. Prueba de autoestima de Coopersmith

INVENTARIO DE AUTOESTIMA DE COOPERSMITH

Nombre: _____ Fecha: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____

Instrucciones: marca con una "x" la frecuencia con la que habitualmente sientes cada una de las siguientes declaraciones: Ítem NUNCA A VECES SIEMPRE

- 1- Paso mucho tiempo soñando despierto.
- 2- Estoy seguro de mí mismo.
- 3- Deseo frecuentemente ser otra persona.
- 4- Soy simpático.
- 5- Mis padres y yo nos divertimos mucho juntos.
- 6- Regularmente me preocupo por todo
- 7- Me avergüenza pararme frente al grupo para hablar
- 8- Desearía tener mayor edad
- 9- Hay muchas cosas acerca de mí mismo que me gustaría cambiar si pudiera.
- 10- Puedo tomar decisiones fácilmente.
- 11- Mis amigos se divierten cuando están conmigo
- 12- Me incomoda en casa fácilmente.
- 13- Siempre hago lo correcto.
- 14- Me siento orgulloso de cómo trabajo en el aula
- 15- Tengo siempre que tener a alguien que me diga lo que tengo que hacer.
- 16- Me toma mucho tiempo acostumbrarme a cosas nuevas.
- 17- Frecuentemente, me arrepiento de las cosas que hago.
- 18- Soy popular entre mis compañeros de mi misma edad.
- 19- Usualmente, mis padres consideran mis sentimientos.
- 20- Frecuentemente estoy triste.
- 21- Estoy haciendo el mejor trabajo que puedo.
- 22- Me doy por vencido fácilmente.

- 23- Usualmente, puedo cuidarme de mí mismo.
- 24- Me siento suficientemente feliz.
- 25- Preferiría jugar con niños menores que yo.
- 26- Mis padres esperan demasiado de mí.
- 27- Me gustan todas las personas que conozco.
- 28- Me gusta que el profesor me pregunte en clases.
- 29- Me entiendo a mí mismo.
- 30- Me cuesta comportarme como en realidad soy.
- 31- Las cosas en mi vida están muy complicadas.
- 32- Los demás niños casi siempre siguen mis ideas.
- 33- Nadie me presta mucha atención en casa
- 34- Me regañan seguido
- 35- En la escuela progreso como me gustaría.
- 36- Puedo tomar decisiones y cumplirlas.
- 37- Realmente me gusta ser niño (a)
- 38- Tengo una opinión positiva de mí mismo.
- 39- Me gusta estar con otra gente.
- 40- Muchas veces me gustaría irme de casa.
- 41- Soy tímido
- 42- Frecuentemente, me incomoda la escuela.
- 43- Frecuentemente, me avergüenzo de mí mismo.
- 44- Me considero guapo (a)
- 45- Si tengo algo que decir, habitualmente lo digo.
- 46- A los demás les gusta pelear conmigo
- 47- Mis padres me entienden.
- 48- Siempre digo la verdad.
- 49- Mi profesor me hace sentir que soy una gran persona
- 50- A mí me importa lo que me pasa.
- 51- Soy un niño exitoso en lo que hago

- 52- Me incomodo fácilmente cuando me regañan.
- 53- Las otras personas son más agradables que yo.
- 54- Habitualmente, siento que mis padres esperan más de mí.
- 55- Siempre sé qué decir a otras personas.
- 56- Frecuentemente, me siento desilusionado en la escuela.
- 57- Generalmente, me interesan las cosas que pasan
- 58- Soy una persona confiable como para que otros crean en mí.

HOJA DE RESPUESTAS IAE –

COOPERSMITH

NOMBRE: _____ SEXO: _____
 FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD: _____
 ESTUDIOS: _____ FECHA DE APLICACION: _____

	A	B		A	B
	Igual que yo	Distinto a mí		Igual que yo	Distinto a mí
1.	()	()	30.	()	()
2.	()	()	31.	()	()
3.	()	()	32.	()	()
4.	()	()	33.	()	()
5.	()	()	34.	()	()
6.	()	()	35.	()	()
7.	()	()	36.	()	()
8.	()	()	37.	()	()
9.	()	()	38.	()	()
10.	()	()	39.	()	()
11.	()	()	40.	()	()
12.	()	()	41.	()	()
13.	()	()	42.	()	()
14.	()	()	43.	()	()
15.	()	()	44.	()	()
16.	()	()	45.	()	()
17.	()	()	46.	()	()
18.	()	()	47.	()	()
19.	()	()	48.	()	()
20.	()	()	49.	()	()
21.	()	()	50.	()	()

- | | | | | | |
|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| 22. | () | () | 51. | () | () |
| 23. | () | () | 52. | () | () |
| 24. | () | () | 53. | () | () |
| 25. | () | () | 54. | () | () |
| 26. | () | () | 55. | () | () |
| 27. | () | () | 56. | () | () |
| 28. | () | () | 57. | () | () |
| 29. | () | () | 58. | () | () |