



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN**  
**CARRERA PSICOLOGÍA CLÍNICA**  
**MODALIDAD PRESENCIAL**



**INFORME FINAL DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN**  
**PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE**  
**PSICÓLOGA CLÍNICA**

**TEMA:**

**CONSEJERÍA PSICOEDUCACIONAL Y LA SALUD MENTAL EN LOS**  
**ESTUDIANTES DE LA ESCUELA DE EDUCACIÓN BÁSICA MANUEL**  
**DE JESÚS CALLE**

**AUTORA:**

**SILVIA TAMARA SANDOYA FUENTES**

**TUTOR:**

**MSC. HÉCTOR PLAZA ALBÁN**

**QUEVEDO- ECUADOR**

**2019**



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN**  
**CARRERA PSICOLOGÍA CLÍNICA**  
**MODALIDAD PRESENCIAL**



**DEDICATORIA**

Esta meta te la dedico a ti mi Dios por haberme permitido llegar a este momento tan especial en mi vida, por los triunfos y los momentos difíciles que me han enseñado a valorarte cada día más, por estar en las alegrías, tristezas, angustias y soledad, que tuve en todo este camino.

A mi mamá por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores, por soportar mis errores gracias por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, pero más que nada, por su amor. ¡TÉ AMO MAMÁ ;

Para mi papá por tu esfuerzo y por creer en mi capacidad, aunque hemos pasado momentos difíciles siempre has estado brindándome tu comprensión, cariño y amor y a mi amado hijo por ser mi fuente de motivación e inspiración para poder superarme cada día más y así poder luchar para que la vida nos depare un futuro mejor.

**SILVIA TAMARA SANDOYA FUENTES**



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN**  
**CARRERA PSICOLOGÍA CLÍNICA**  
**MODALIDAD PRESENCIAL**



## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco a Dios por bendecirme la vida, por guiarme a lo largo de todo este camino, por ser el apoyo y fortaleza en aquellos momentos de dificultad y de debilidad.

A ti mamita ya que siempre puedo contar contigo porque sé que estarás conmigo en las buenas y en las malas pues tu amor hacia mí es incondicional te agradezco por haberme dado la vida y por todo lo que cada día me brindas. **TE AMO MAMÁ.**

Gracias a mi papa que, a pesar de todas las adversidades, siempre ha estado ahí apoyándome en lo que necesite, contigo he aprendido tantas cosas, una de ellas es perseverar hasta alcanzar lo que se quiere. **TE AMO PAPÁ.**

Gracias a todas las personas que compartieron sus conocimientos y experiencias a lo largo de este camino y en especial a mis compañeras que fueron otro pilar fundamental para que no desvaneciera y siga a delante.

**SILVIA TAMARA SANDOYA FUENTES**



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN**  
**CARRERA PSICOLOGÍA CLÍNICA**  
**MODALIDAD PRESENCIAL**



**AUTORIZACIÓN DE LA AUTORÍA INTELECTUAL.**

Yo, **Silvia Tamara Sandoya Fuentes**, portadora de la cédula de ciudadanía **120799489-6**, en calidad de autora del Informe Final del Proyecto de Investigación, previo a la Obtención del Título de **PSICÓLOGA CLÍNICA**, declaro que soy la autora del presente trabajo de investigación, el mismo que es original, auténtico y personal, con el tema:

**CONSEJERÍA PSICOEDUCACIONAL Y LA SALUD MENTAL EN LOS ESTUDIANTES DE LA ESCUELA DE EDUCACIÓN BÁSICA MANUEL DE JESÚS CALLE, AÑO 2019**

Por la presente autorizo a la Universidad Técnica de Babahoyo, hacer uso de todos los contenidos que me pertenecen.

  
\_\_\_\_\_  
**SILVIA TAMARA SANDOYA FUENTES**  
**120799489-6**



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN**  
**CARRERA PSICOLOGÍA CLÍNICA**  
**MODALIDAD PRESENCIAL**



**CERTIFICADO DE APROBACIÓN DEL TUTOR DEL INFORME  
FINAL DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PREVIA A LA  
SUSTENCIÓN.**

**Quevedo, 15 de abril del 2019**

En mi calidad de Tutora del Informe Final del Proyecto de Investigación, certifico que la Sra. **Silvia Tamara Sandoya Fuentes**, ha desarrollado el Informe Final del Proyecto titulado:

**CONSEJERÍA PSICOEDUCACIONAL Y LA SALUD MENTAL EN LOS  
ESTUDIANTES DE LA ESCUELA DE EDUCACIÓN BÁSICA MANUEL DE JESÚS  
CALLE, AÑO 2019**

Aplicando las disposiciones institucionales, metodológicas y técnicas, que regulan esta actividad académica, por lo que autorizo a la egresada, reproduzca el documento definitivo del Informe Final del Proyecto de Investigación y lo entregue a la coordinación de la carrera de la Facultad de Ciencias Jurídicas, Sociales y de la Educación y se proceda a conformar el Tribunal de sustentación designado para la defensa del mismo.

**MSC. HÉCTOR PLAZA ALBÁN**  
**DOCENTE DE LA FCJSE.**



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN**  
**CARRERA PSICOLOGÍA CLÍNICA**  
**MODALIDAD PRESENCIAL**



## RESUMEN

El desarrollo progresivo de los niños y adolescentes absorbe la influencia de aspectos entre los que se localiza el medio ambiente, los padres y la tecnología, por lo que, durante la infancia, el desarrollo social e interactivo recoge gran influencia de los medios tecnológicos, específicamente del uso excesivo del teléfono móvil por lo que a salud mental del adolescente puede verse expuestas a situaciones disruptivas.

El presente estudio buscó promover la consejería psicoeducacional como sustento primordial de la salud mental de los estudiantes de la Escuela de Educación Básica Manuel De Jesús Calle. Por medio de encuestas a alumnos, padres de familia y docentes se logrará reconocer los beneficios de la consejería en los diversos comportamientos de los alumnos, así como estimular las habilidades para interactuar en el entorno social, adaptabilidad al medio y mejoras en el desempeño académico en los distintos contextos.

La finalidad del trabajo fue ampliar el conocimiento sobre la psicoeducación, para contar con evidencia científica que sostenga las decisiones políticas para el diseño e implementación de la propuesta sobre Talleres de consejería psicoeducacional que favorezca la salud mental de los estudiantes y que sea convertido en cambios positivos en la salud mental de los alumnos y sus familiares.

Además, se planteó un estudio de caso con metodología cualitativa de tipo exploratorio-descriptiva, por lo que la recolección de datos se llevó a cabo a través de observaciones participantes, encuestas a estudiantes, docentes y padres de familia y apuntes del trabajo de campo que se ejecutó en las mismas instalaciones de la institución educativa.

**Palabras claves:** consejería, salud mental, desarrollo progresivo.



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN**  
**CARRERA PSICOLOGÍA CLÍNICA**  
**MODALIDAD PRESENCIAL**



**ABSTRACT**

The progressive development of children and adolescents absorbs the influence of aspects between which the environment, parents and technology are located, so that, during childhood, social and interactive development gathers a great influence of technological means, specifically of the excessive use of the mobile phone so that adolescents' mental health can be exposed to disruptive situations.

The present study sought to promote psychoeducational counseling as the primary sustenance of the mental health of the students of the Manuel de Jesús Calle School of Basic Education. Through interviews with students, parents and teachers will be recognized the benefits of counseling in the various behaviors of students, as well as stimulate skills to interact in the social environment, adaptability to the environment and improvements in academic performance in the different contexts.

The purpose of the work was to expand knowledge about psychoeducation, to have scientific evidence to support the political decisions for the design and implementation of the proposal on Psychoeducational Counseling Workshops that favor the mental health of students and that is converted into positive changes in the mental health of students and their families.

In addition, a case study was proposed with qualitative methodology of exploratory-descriptive type, so data collection was carried out through participant observations, surveys of students, teachers and parents and notes of field work It was executed in the same facilities of the educational institution.

Keywords: counseling, mental health, progressive development.



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**  
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN  
CARRERA PSICOLOGÍA CLÍNICA  
MODALIDAD PRESENCIAL



**RESULTADO DEL INFORME FINAL DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN**

TRIBUNAL EXAMINADOR DEL PRESENTE INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN, TITULADO: CONSEJERÍA PSICOEDUCACIONAL Y SALUD MENTAL DE LOS ESTUDIANTES DE LA ESCUELA DE EDUCACIÓN BÁSICA MANUEL DE JESÚS CALLE, AÑO 2019

PRESENTADO POR LA SEÑORA: SILVIA TAMARA SANDOYA FUENTES

OTORGA LA CALIFICACIÓN DE:


Ocho punto noventa y seis (8.96)


EQUIVALENTE A:


Muy bueno

TRIBUNAL:

  
MSC. ELISEO TORO TOLOZA  
DELEGADO DEL DECANO

  
MSC. FREDDY HOLGUÍN  
DÍAZ  
PROFESOR ESPECIALISTA

  
MSC. SANDRA DAZA SUAREZ  
DELEGADA DEL CIDE

  
ABG. ISETA BERRUZ  
MOSQUERA  
SECRETARIA DE ASISTENCIA GENERAL  
FAC. CC. J. J. S. S. E. E.





**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN**  
**CARRERA PSICOLOGÍA CLÍNICA**  
**MODALIDAD PRESENCIAL**



**INFORME FINAL DEL SISTEMA DE URKUND**

**Quevedo, 15 de abril del 2019**

En mi calidad de Tutor del Informe Final del Proyecto de Investigación de la Sra. **Silvia Tamara Sandoya Fuentes**, cuyo tema es: **CONSEJERÍA PSICOEDUCACIONAL Y LA SALUD MENTAL EN LOS ESTUDIANTES DE LA ESCUELA DE EDUCACIÓN BÁSICA MANUEL DE JESÚS CALLE, AÑO 2019**, certifico que este trabajo investigativo fue analizado por el Sistema Antiplagio Urkund, obteniendo como porcentaje de similitud de **[5%]**, resultados que evidenciaron las fuentes principales y secundarias que se deben considerar para ser citadas y referenciadas de acuerdo a las normas de redacción adoptadas por la institución.

Considerando que, en el Informe Final el porcentaje máximo permitido es el 10% de similitud, queda aprobado para su publicación.

**URKUND**

**Documento:** [Informe.Final.Sandoya.docx](#) (D50215227)

**Presentado:** 2019-04-04 23:57 (-05:00)

**Presentado por:** maxmotubay@gmail.com

**Recibido:** hplaza.utb@analysis.arkund.com

5% de estas 33 páginas, se componen de texto presente en 3 fuentes.

Por lo que se adjunta una captura de pantalla donde se muestra el resultado del porcentaje indicado.

**MSC. HÉCTOR PLAZA ALBÁN**  
**DOCENTE DE LA FCJSE.**

# ÍNDICE GENERAL

CARÁTULA.....	i
DEDICATORIA .....	ii
AGRADECIMIENTO .....	iii
AUTORIZACIÓN DE LA AUTORÍA INTELECTUAL.....	iv
CERTIFICADO DE APROBACIÓN DEL TUTOR DEL INFORME FINAL DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓNPREVIO A LA SUSTENTACIÓN.....	v
RESUMEN.....	vi
RESULTADO DEL INFORME FINAL DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN.	vii
INFORME FINAL DEL SISTEMA DE URKUND .....	viii
ÍNDICE GENERAL .....	ix
ÍNDICE DE TABLAS.....	xii
ÍNDICE DE FIGURAS .....	xiii
1. INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I.- DEL PROBLEMA .....	2
TEMA DE INVESTIGACIÓN .....	2
MARCO CONTEXTUAL.....	2
1.2.1. Contexto Internacional.....	3
1.2.2. Contexto Nacional .....	3
1.2.3. Contexto Local .....	4
1.2.4. Contexto Institucional.....	4
1.3. SITUACIÓN PROBLEMÁTICA.....	5
1.4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	6
1.4.1. Problema General.....	6
1.4.2. Subproblemas o Derivados.....	6
1.5. DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....	7
1.6. JUSTIFICACIÓN.....	8
1.7. OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN.....	9
1.7.1. Objetivo General .....	9
1.7.2. Objetivos Específicos.....	9
CAPÍTULO II.- MARCO TEÓRICO O REFERENCIAL .....	10
2.1. MARCO TEÓRICO.....	10

2.1.1. Marco Conceptual.....	10
Tipos de conocimiento .....	33
Conocimiento filosófico.....	33
2.1.2. Marco referencial sobre la problemática de la investigación .....	49
2.1.2.1. Antecedentes Investigativos .....	49
2.1.2.2. Categoría de análisis.....	51
2.1.3. Postura teórica .....	52
2.2. HIPÓTESIS.....	55
2.2.1. Hipótesis general .....	55
2.2.2. Subhipótesis o derivadas .....	55
2.2.3 Variables.....	55
CAPÍTULO III.- RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN .....	56
3.1. RESULTADOS OBTENIDOS DE LA INVESTIGACIÓN .....	56
3.1.1. Pruebas estadísticas aplicadas. ....	56
3.1.2. Análisis e interpretación de datos.....	57
3.2. CONCLUSIONES ESPECÍFICAS Y GENERALES .....	63
3.2.1. Específicas.....	63
3.2.2. General .....	63
3.3. RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS Y GENERALES .....	64
3.3.1. Específicas.....	64
3.3.2. General .....	64
CAPÍTULO IV.- PROPUESTA DE APLICACIÓN .....	65
4.1. PROPUESTA DE APLICACIÓN DE RESULTADOS .....	65
4.1.1. Alternativa obtenida .....	65
4.1.2. Alcance de la alternativa .....	65
4.1.3. Aspectos básicos de la alternativa.....	66
4.1.3.1. Antecedentes .....	66
4.1.3.2. Justificación.....	67
4.2.2. Objetivos. ....	68
4.2.2.2. Específicos. ....	68
4.2.2.1. General. ....	68
4.3.3. Estructura general de la propuesta.....	69

4.3.3.1. Título.....	69
4.3.3.2. Componentes.....	69
4.4. RESULTADOS ESPERADOS DE LA ALTERNATIVA.....	89
Bibliografía.....	90

ANEXOS

## ÍNDICE DE TABLA

### **Detalle de la muestra que se tomó a estudiantes, padres de familia y docentes de la Escuela de Educación Básica Manuel De Jesús Calle**

**Tabla 1:** ¿Regularmente tiene problema para pronunciar lo que siente o piensa?  
..... 57

**Tabla 2:** ¿Tiene la costumbre de conversar con sus padres sobre sus situaciones personales que le ocurren fuera de casa? ..... 58

**Tabla 3:** ¿Considera que su representado siente la misma energía para disfrutar las actividades que realiza durante un día normal en su vida? .....59

**Tabla 4:** Conversa con su representado sobre sus situaciones personales que le ocurren fuera de casa? .....60

**Tabla 5:** ¿Cree que la situación familiar actual que vive su estudiante influye en el comportamiento que demuestra en el aula de clases?? .....61

**Tabla 6:** ¿Piensa que a sus estudiantes le molestan ciertas situaciones que generalmente no le molestaban ni le llamaban la atención? .....62

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

### **Detalle de la muestra que se tomó a estudiantes, padres de familia y docentes de la Escuela de Educación Básica Manuel De Jesús Calle**

**Gráfico 1:** ¿Regularmente tiene problema para pronunciar lo que siente o piensa?  
.....57

**Gráfico 2:** ¿Tiene la costumbre de conversar con sus padres sobre sus situaciones personales que le ocurren fuera de casa? .....58

**Gráfico 3:** ¿Considera que su representado siente la misma energía para disfrutar las actividades que realiza durante un día normal en su vida? .....59

**Gráfico 4:** Conversa con su representado sobre sus situaciones personales que le ocurren fuera de casa? .....60

**Gráfico 5:** ¿Cree que la situación familiar actual que vive su estudiante influye en el comportamiento que demuestra en el aula de clases?? .....61

**Gráfico 6:** ¿Piensa que a sus estudiantes le molestan ciertas situaciones que generalmente no le molestaban ni le llamaban la atención? .....62





## INTRODUCCIÓN

La consultoría psicológica puede ayudar a entender los sentimientos y problemas y aprender cómo manejarlos en la vida diaria, ya que se puede considerar que todo lo que discutan el consejero psicológico y la persona, será confidencial, entendiéndose por ello, que el terapeuta no deberá contar a nadie, ni siquiera a los familiares, sobre lo que conversaron con el paciente, sin su previo consentimiento. El consejo psicológico está fundado en técnicas de escucha, comunicación y habilidades interpersonales; el consejero busca ayudar al sujeto a través del vínculo que desarrolla con ella en el momento actual

La consejería psicológica es un proceso a través del cual un consejero (en el caso de la UP, psicólogos de profesión) ayuda a las personas que recurren a él a obtener una mayor comprensión o entendimiento de lo que les sucede, a conocerse un poco más e identificar los recursos con los que cuenta para ayudarse a sí mismo a resolver un problema o conflicto que enfrenta que interfiere con su tranquilidad, bienestar y/o desempeño académico (este último mencionado para hacer el vínculo con el entorno universitario).

En la presente investigación denominada **CONSEJERÍA PSICOEDUCACIONAL Y LA SALUD MENTAL EN LOS ESTUDIANTES DE LA ESCUELA DE EDUCACIÓN BÁSICA MANUEL DE JESÚS CALLE** se evidenció la incidencia que tiene el trabajo psicoeducacional en la estabilidad emocional de los estudiantes adolescentes de la referida institución, contando para ello, con conocimientos e investigaciones previas, que hacen referencia sobre la temática planteada.

El consejo es diferente de la psicoterapia en la medida que esta suele ser un proceso más largo que busca calmar el malestar que una persona puede experimentar, originando cambios en la personalidad, en la conducta, en el pensamiento y en el manejo de las emociones. La psicoterapia puede estar orientada por diversos enfoques terapéuticos y suele realizarse en entornos más clínicos o médicos (clínicas, hospitales, consultorios públicos o privados)

# **CAPITULO I**

## **DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

### **1.1. IDEA O TEMA DE INVESTIGACIÓN**

CONSEJERÍA PSICOEDUCACIONAL Y LA SALUD MENTAL EN LOS ESTUDIANTES DE LA ESCUELA DE EDUCACIÓN BÁSICA MANUEL DE JESÚS CALLE, AÑO 2019

### **1.2. MARCO CONTEXTUAL**

#### **1.2.1. Contexto Internacional**

A través de la historia la psicología ha tomado diferentes rumbos, con ello, ha acogido variadas particularidades y diversos caminos con el propósito principal de combatir con las necesidades particulares de cada época y sus sujetos. La Psicología en Consejería no es la anormalidad, por tal razón es oportuno observar cambios significativos desde tiempos atrás, hasta el presente.

A nivel mundial, se busca siempre identificar algunos cambios e identificar, de forma reflexiva, algunos de los desafíos globales los cuales se enfrenta la Psicología en Consejería, incluyendo la asimilación por contraste entre los modelos de pensamiento de las culturas orientales y occidentales.

La Consejería Psicológica es una propuesta profesional, transformadora e idealista en la que se aventura una posibilidad esperanzadora para trabajar con las problemáticas de la sociedad, establecida en la peculiaridad y predominio multicultural de cada una de las naciones, por tal razón, debe ser estimada, para conseguir una transformación social trascendente que sea sostenida en el tiempo.

El constituir una identidad sólida en la especialidad, puede llevar a elaborar un cambio paradigmático, de una visión psicopatológica de una visión de enfermedad mental hacia una visión hacia una visión de prevención y problemas de vida de los participantes, debido a que existen personas con problemas psicológicos crónicos que requieren ayuda psiquiátrica.

Lo anterior permite adoptar herramientas para optimizar su calidad vida, mejorar sus relaciones interpersonales, tomar decisiones informadas sobre temáticas como el divorcio y procesos de pérdida, selección de carrera, y tantas otras circunstancias inherentes a la vida humana, las cuales en ocasiones se toman de forma ligera y que se minimiza el impacto que tendrá sobre el individuo, su familia y desarrollo a través del tiempo.

### **1.2.2. Contexto Nacional**

A nivel nacional, la consejería psicológica, ha permitido favorecer en la atención a esas otras necesidades que enfrentan los seres humanos sin peligro patológico, pero a su vez importantes para mejorar la estabilidad y buen funcionamiento de los mismo, por lo que se ha llegado a afirmar que los profesionales de la Consejería Psicológica deben posesionarse en su rol, siendo relevantes en los valores del ser humano, diversidad, relaciones familiares y de pareja, multiculturalidad y desarrollo vocacional entre tantas otras posibles temáticas donde el ser humano.

Puesto que coexisten un sin número de personas ávidas a escuchar profesionales competentes que instruyan de forma integral y que puedan constituir nuevas posibilidades, a través de las investigaciones que atiendan sus necesidades de vida, tales como el amor, el compromiso, la familia y otros tantos temas de los cuales se escribe y desinforma a los individuos, por falta de las bases necesarias de información veraz, es amplia y ardua la tarea como profesionales de la Consejería Psicológica, sin embargo, el camino está lleno de oportunidades para aportar a que esta disciplina sea establecida y solidificada en el Ecuador y el mundo, creando modelos teóricos, métodos y materiales psicoeducativos que enriquezcan el que hacer como profesionales de la salud mental.

### **1.2.3. Contexto Local**

A nivel local, la Consejería Psicológica es una propuesta profesional, transformadora y visionaria en la que se gesta una posibilidad esperanzadora para trabajar con las problemáticas de la sociedad, basada en la idiosincrasia e influencia multicultural, por lo que debe ser considerada, para lograr una transformación social trascendente.

El implantar una identidad sólida en la especialidad, ayudará a transformar un cambio único, de una visión de enfermedad mental hacia una visión de prevención y problemas de vida de los participantes, por lo que, evidentemente existen personas con problemas psicológicos crónicos que requieren ayuda psiquiátrica, pero, existe un alto número de participantes que con intervenciones psicoeducativas preventivas podrían evitar llegar a niveles crónicos como los estudiantes adolescentes de la institución educativa en donde se realizará la investigación.

### **1.2.4. Contexto Institucional**

Los profesionales de la Consejería Psicológica que trabajan en instituciones educativas, asumen posiciones de avanzada, que son notables a los valores de los niños ya adolescentes, en su diversidad, relaciones familiares y de pareja, multiculturalidad y desarrollo vocacional entre tantas otras posibles temáticas del ser humano, ya que existe un sin número de individuos ansiosos a escuchar profesionales competentes que eduquen de forma integral y que puedan establecer nuevas posibilidades.

Los profesionales en el área de la salud mental ofrecen herramientas para optimizar la calidad vida, corregir sus relaciones interpersonales, tomar decisiones informadas sobre temáticas como los trastornos de personalidad, selección de una profesión, y tantas otras circunstancias inherentes a la vida humana., las cuales en ocasiones se toman de forma ligera y que se minimiza el impacto que tendrá sobre el individuo, su familia y desarrollo a través del tiempo.

### **1.3. SITUACIÓN PROBLEMÁTICA**

Las concepciones primarias en el abordaje de la psicoeducación hacen comprensible el hecho de que los primeros programas psicoeducativos se centraran en la información brindada a los familiares. Sin embargo, programas actuales hacen énfasis en un enfoque más terapéutico donde se tratan en el paciente aspectos como: el significado de la enfermedad, el manejo de los síntomas y la adherencia terapéutica, por lo que se orientan hacia un cambio conductual

La Psicoeducación consiste en un abordaje que enseña al afectado y su familia en qué consiste el trastorno, qué características tiene y qué se puede hacer para mejorarlo. La Psicoeducación reporta beneficios a nivel de autoestima, entendimiento del trastorno, aceptación activa del trastorno y de sus limitaciones, mejora la motivación y el interés por la terapia, y establece las bases del compromiso por parte del afectado y su familia hacia la mejora terapéutica y personal.

La tarea psicoeducativa promueve que el problema sea afrontado, que la situación sea aceptada, y por ende sea asumida, que la persona pueda posicionarse críticamente frente al problema, para comenzar a pensar en un nuevo proyecto vital. Por lo que la Psicoeducación es un instrumento terapéutico que se ubica tanto en la prevención, asistencia y rehabilitación en el ámbito de la Salud Mental

El profesional de la salud que imparte psicoeducación debe entonces tener por objeto orientar y ayudar a identificar con mayor entendimiento y claridad el problema o la patología para enfocar adecuadamente, en forma conjunta, su resolución o tratamiento y favorecer, por ende, una mejora en la Calidad de Vida.

Por lo anterior, es necesario que el profesional de psicología se prepare para que pueda brindar cuidado desde la promoción y prevención de la enfermedad mental a toda la población, pero especialmente a niños y adolescentes en búsqueda de una mejor calidad de vida.



## **1.4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### **1.4.1. Problema General o Básico**

- ¿Cómo influye la consejería psicoeducacional en la estabilidad de la salud mental en los estudiantes de la Escuela de Educación Básica Manuel De Jesús Calle?

### **1.4.2. Sub-problemas o Derivados**

- ¿Qué contextos se originan por la aplicación de consejería psicoeducacional en el sostenimiento de la salud mental de los adolescentes?
- ¿Cómo está determinada la salud mental en los estudiantes de la Escuela de Educación Básica Manuel De Jesús Calle?
- ¿Cómo beneficia la consejería en el programa psicoeducacional de la salud mental en los estudiantes de la Escuela de Educación Básica Manuel De Jesús Calle?

## 1.5. DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Este proyecto investigativo, se encuentra delimitado de la siguiente manera:

**Delimitador espacial:** El presente trabajo de investigación se efectuó en la Escuela de Educación Básica Manuel De Jesús Calle, situada en la provincia de Los Ríos, en la ciudad de Quevedo, ubicada en la calle Bolívar 1111, entre Décima primera y Décima segunda.

**Área:** La consejería psicoeducacional

**Campo:** Salud mental

**Línea de investigación de la universidad:** Educación y desarrollo social.

**Línea de investigación de la facultad:** Talento humano educación y docencia.

**Línea de investigación de la carrera:** Prevención y diagnóstico

**Sub-Línea de investigación:** Repercusión en los conflictos interpersonales y grupales de los estudiantes en la práctica de las relaciones humanas de la comunidad educativa

**Delimitador temporal:** Esta investigación se efectuó en los años 2018-2019.

**Delimitador demográfico:** Los beneficiarios directos de la presente investigación serán los estudiantes, padres de familia y docentes de la Escuela de Educación Básica Manuel De Jesús Calle

## 1.6. JUSTIFICACIÓN

Cada día es más habitual hallar adolescentes que han mostrado conductas autodestructivas en los servicios de urgencias y de cuidado intensivo de los establecimientos de servicios de salud, jóvenes que requerirán más adelante consultas frecuentes, por lo menos, el primer mes con profesionales como psicólogos y psiquiatras, que son determinadas según la disponibilidad de agenda de las instituciones, sin excluir que el acceso a estas citas es cada vez menor, por el poco personal profesional de estas áreas, como la psicología, que existe en los servicios de salud.

Dentro de la salud mental se puede indicar aspectos que podrían ser notables en la comprensión de porque muchos de los sujetos tienen comprimida su capacidad de interacción social, en especial su conducta; ya que la mayoría de ellos llegan a exponerse a situaciones de riesgos que distorsionan considerablemente sus capacidades intelectuales como el pensamiento, su conducta y su esfera afectiva, induciendo una degeneración en la ejecución de la noción que tienen de sí mismo.

La investigación sobre la incidencia de la consejería psicoeducacional en la salud mental de los estudiantes de la Escuela de Educación Básica Manuel De Jesús Calle”, aporta información y apoyo, para desarrollar capacidades en el niño al ir asumiendo responsabilidades paralelamente. También, se debe considerar que en el proceso vital en el cual atraviesan los estudiantes se dan cambios importantes en su estructura psíquica y física y psicológicamente son más vulnerables cuando no han tenido un proceso de adaptación adecuada hacia esta nueva etapa.

Indicando lo anterior, se hizo prioritaria la investigación dada la connotación que tendría la consejería psicoeducacional, dentro de la población antes mencionada, ya que, de no ser así, las consecuencias lograrían ser innumerables, provocando conductas anómalas más severas de las que ya se hacen presentes y generándose más afecciones mayores en la población.

## **1.7. OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN**

### **1.7.1. Objetivo general**

- Evidenciar la influencia de la consejería psicoeducacional en la estabilidad de la salud mental en los estudiantes de la Escuela de Educación Básica Manuel De Jesús Calle

### **1.7.2. Objetivos específicos**

- Examinar los contextos que se originan por la aplicación de consejería psicoeducacional en el sostenimiento de la salud mental de los adolescentes
- Indagar los contextos que sostienen la salud mental en los estudiantes de la Escuela de Educación Básica Manuel De Jesús Calle
- Proyectar un programa de consejería psicoeducacional que beneficie la salud mental de los estudiantes de la Escuela de Educación Básica Manuel De Jesús

## **CAPITULO II**

### **MARCO TEÓRICO O REFERENCIAL**

#### **2.1. MARCO TEÓRICO**

##### **2.1.1. Marco conceptual**

###### **Consejería**

Es el proceso en el que un profesional capacitado, escucha, informa y orienta a adolescentes o jóvenes, mujeres y hombres, a tomar decisiones personales relacionadas con la temática consultada, brindando información amplia y veraz, considerando sus necesidades y problemática particular (González, Ramírez, & Montero, 2013).

También, puede ser un espacio, para orientar a la madre, padre o adulto responsable que les acompaña, para ayudarlos en su rol de modelar y apoyar la implementación y mantención de conductas saludables en sus hijos o hijas MINSAL. San Salvador (2003) citado por (González, Ramírez, & Montero, 2013).

La Consejería Psicológica enfatiza en aspectos vocacionales y de salud de los individuos que tienen problemas y dificultades de vida, sin embargo, estas diferenciaciones, lejos de ayudar a definir mejor ambas especialidades, contribuyeron a nublar las diferencias de competencias entre ambas disciplinas.

Ciertamente existen personas con problemas psicológicos crónicos que requieren ayuda psiquiátrica, pero, existe un alto número de participantes que con intervenciones psicoeducativas preventivas podrían evitar llegar a niveles crónicos, permitiéndose a sí mismos, recibir herramientas para mejorar su calidad vida, mejorar sus relaciones interpersonales, tomar decisiones informadas sobre temáticas como el divorcio y procesos de pérdida, selección de carrera, y tantas otras circunstancias inherentes a la vida humana (Cárdenas, 2014).

Cárdenas también afirma que, la consejería psicológica puede contribuir a atender esa otra las necesidades que enfrenta los seres humanos sin gravedad patológica, pero a su vez importantes para mejorar la estabilidad y buen funcionamiento de los mismos. Una de las ventajas de la consejería psicológica es que es una herramienta que constantemente va mejorando alrededor de la práctica.

El profesional que se hace de este método puede irlo mejorando durante la práctica y constantemente se encuentra en actualización de caso en caso; esto se debe a que al ser una herramienta que busca ayudar a las personas, puede aprender de previas experiencias para mejorar y pulirse (Cárdenas, 2014).

Mientras que la psicoterapia tiene su trabajo enfocado hacia trastornos, problemas o dificultades psicológicas en los pacientes, la consejería es una ruta de mediación, la ayuda para que sea el individuo mismo (o el grupo) quienes encuentren la forma de solucionar sus conflictos. Cuando la consejería es un método óptimo, en especial en casos en donde no se ha implementado anteriormente, or ejemplo, cuando se refiere al síndrome de Down, existe la información, los profesionales y los pacientes, pero no el método y la guía que reúne todos estos elementos de la forma más óptima.

Por ello la investigación se mantiene en el ámbito teórico, para poder recopilar la información e instrumentos y así dar la mejor ayuda a aquellos profesionales que busquen llegar al siguiente paso que es la práctica, pero obviamente, para que esto ocurra es necesario tener las bases claras y es ahí donde llega este trabajo (Cárdenas, 2014).

### **Consejería psicológica en adolescentes**

La consejería se define como el proceso en el que un profesional capacitado, escucha, informa y orienta a adolescentes o jóvenes, mujeres y hombres, a tomar decisiones personales relacionadas con la temática consultada, brindando información amplia y veraz, considerando sus necesidades y problemática particular. También, puede ser un espacio, para orientar a la madre, padre o adulto responsable que les acompaña, para



ayudarlos en su rol de modelar y apoyar la implementación y mantención de conductas saludables en sus hijos o hijas (Calle, 2017).

Ayuda bastante a clarificar el concepto de consejería el destacar lo que ésta no es:

- No es el suministro de información, aunque durante el proceso de ayuda ésta pueda proporcionarse.
- No es dar consejos, sugerencias o recomendaciones.
- No es influir, abierta o sutilmente, sobre las creencias o conductas por medio de la persuasión, creencias o convicción, por más indirectas o inocuas que puedan ser.
- No es influir sobre la conducta mediante advertencias, amenazas, disciplina u otros modos de
- obligar.
- No consiste solamente en realizar entrevistas, sino en la actitud con la que éstas se llevan a cabo.
- Resulta necesario, diferenciarla claramente de la psicoterapia ya que no está dirigida a la resolución de problemas en la esfera de la salud mental (Calle, 2017).

### **Principios básicos de la consejería para adolescentes y jóvenes**

Para Calle (2017), la consejería debe estar centrada en las necesidades y requerimientos de adolescentes y jóvenes, de acuerdo a la identidad sexual, etapa de desarrollo, conocimientos, intereses, cultura, etnia, valores, etc. El consejero o consejera debe conocer al adolescente o joven, en forma personal e individualizada para desarrollar confianza, afinidad y vínculo.

Consecuente con el principio de no discriminación, en la consejería se entrega asesoría, respetando y aceptando lo que cada persona es, no lo que hace. A través del lenguaje y la comunicación no verbal, se expresa consideración positiva hacia la persona. No se juzga la conducta, aún cuando no esté de acuerdo con lo que dicen o hacen

- La consejería orienta y no da direcciones, es decir el rol del consejero o consejera no es directivo, debe comprender y apreciar que el cambio de conducta se facilita cuando la

persona participa en la solución de sus problemas, toma sus propias decisiones y define sus opciones.

- Las personas, avanzan hacia la madurez resolviendo dificultades mediante la exploración y comprensión de sí mismos y actuando en base a sus propias decisiones.
- La escucha activa es la base de la consejería. Escuchar activamente no es un proceso fácil, más que una facultad, física o intelectual, es un proceso psicológico que involucra a toda la persona: interés, atención, motivación etc. Escuchar es una destreza que debe ser aprendida y enseñada, repetida y evaluada (Ministerio de Salud de Chile, 2011, p. 24) *citado por* (Calle, 2017).

El consejero o la consejera, debe:

- Identificar y utilizar las fortalezas, recursos, habilidades y estrategias de manejo que posee la persona, para enfrentar desafíos y resolver situaciones problemáticas. Asimismo, debe explorar y reconocer las fortalezas internas, externas y la resiliencia.
- Explorar las metas, necesidades, barreras para el cambio, entre otros y analizar cómo ha resuelto sus problemas en el pasado. Esta información la utiliza para construir un plan de acción conjunto.
- Identificar y centrarse en las razones subjetivas de la persona, para hacer lo que hace.
- Descubrir el significado que le asigna a cada situación.
- Explorar el significado que hay detrás de una conducta determinada, formulando preguntas abiertas que permitan identificar y comprender los hechos, situaciones y sentimientos.

- Prestar atención a la historia particular de cada persona. Si bien los problemas y las oportunidades de cambio pueden ser similares de un adolescente a otro, debe considerar las características, género y los valores individuales de quien ha solicitado la consejería.
- Apoyar para que se fijen metas específicas y realistas, para el género y la edad. Trabajar metas alcanzables, que tengan una duración limitada y utilizar intervenciones breves que motiven al cambio.
- Valorar a cada adolescente y joven desde la perspectiva del desarrollo, considerando la adolescencia y juventud como etapas normales del desarrollo, con sus problemas, oportunidades y posibilidades específicas (Ministerio de Salud de Chile, 2011, p. 24) *citado por* (Calle, 2017).

### **Consejería: ¿Aporte o desafío al rol del psicólogo escolar?**

La consejería como tal, se ha desarrollado con el paso del tiempo y se ha constituido en una aproximación valiosa para los psicólogos.

A pesar de sus variantes y diferentes modalidades, el foco de ésta es generar un espacio de ayuda para el consultante, en el cual este último ocupe un lugar fundamental en su proceso de mejora/sanación/resolución y donde se dejan los diagnósticos pre-escritos fuera de la relación para enfocarse en la experiencia y reflexividad del consultante (Guzmán, 2013).

Cuando se ve su aplicación en ámbitos educativos mediante la consejería escolar, refiere Guzmán (2013), se observa que el objetivo general de la práctica sigue siendo el mismo, centrado ahora en el bienestar integral del estudiante, sumado a problemáticas específicas de la institución escolar. Así, ésta va más allá que la sola aplicación en la escuela, trabajando diferentes temáticas que espera el sistema educativo sean abordadas por el consejero (convivencia, prevención, desarrollo personal y social, aspectos vocacionales, entre otros).

El cargo de consejero escolar no parece ser algo cercano a la realidad, esto, se afirma a partir de que la literatura encontrada respecto a este tema es mínima si la comparamos con el desarrollo del tema en países anglosajones; las investigaciones y experiencias de la región muestran avances incipientes en lo que respecta a consejería con estudiantes (Guzmán, 2013).

Si bien lo anterior puede ser cierto (faltaría mayor investigación para afirmarlo), sí se observó una cercanía de la consejería a las realidades a través de la orientación, ambas funciones tienen un mismo objetivo, el desarrollo integral de los estudiantes, a la vez que ambos cargos cumplen con tareas similares. Ahora, más allá de que la consejería sea sólo una herramienta o un modelo de trabajo, cuando se centra en las potencialidades de ésta para la escuela y la definición del psicólogo escolar, se observa aspectos importantes de destacar que pueden ser un aporte.

Así, las características de la consejería (la aproximación grupal e individual, la diferenciación con la psicoterapia y la comprensión de ser humano como seres capaces) como su objetivo principal (buscar el bienestar y desarrollo integral de los sujetos) son unos de los aspectos principales y relevantes de abordar por el psicólogo en la escuela para generar un impacto en el sistema educativo (Guzmán, 2013).

El referido autor destaca que, frente a esto, se cree que la consejería, por sus características antes señaladas, aportaría a la labor del psicólogo abordando la demanda cultural pero superando los aspectos negativos descritos en la literatura, generando así una intervención más contextualizada a las características del sistema escolar, superando los problemas asociados a un enfoque meramente clínico de trabajo en la escuela al ser la consejería una guía que no prioriza los diagnósticos prescritos en su qué hacer (principal crítica a la labor de la psicología en la escuela), centrándose por el contrario en las experiencias de los sujetos y en sus herramientas para superarlos.

Entonces, se observa que la consejería es un nuevo espacio para el psicólogo en la escuela. El cual permite abordar falencias descritas en la literatura para el rol de éste a la vez que potenciaría las labores del orientador, pudiendo ser éste psicólogo o no.

La consejería no es la respuesta total a los conflictos y problemas del trabajo del psicólogo en la escuela, sí se observa que puede ser un enfoque que potencie su definición, diferenciándolo del rol externo y ayudándolo a generar intervenciones más adecuadas a las necesidades y características del sistema escolar actual, aportando así a la salud mental de estudiantes y de la institución escolar, de este modo, que no se conozca como práctica es la principal falencia para no aprovechar sus potencialidades ni mejorar sus falencias (Guzmán, 2013).

### **Intervención psicoeducativa**

Dentro del marco de la psicología, los talleres psicoeducativos constituyen una herramienta muy importante, ya que están orientados a promover las motivaciones, actitudes, y pautas de comportamientos saludables. La idea es adecuar diferentes ámbitos educativos y que puedan estar dirigidos a distintos grupos, tanto de población normal, como de grupos conflictivos y de riesgo (Zuleta, 2017).

Ison (2009) refiere que, para responder con cierto grado de eficacia a las demandas cambiantes del ambiente, el sujeto debe disponer de recursos atencionales que le permitan dirigir la acción hacia las diferentes metas propuestas. Dependiendo de las características de la tarea y del contexto, el sujeto tendrá que ejercer un mayor o menor control atencional. Actualmente, el control atencional es considerado como un requisito indispensable para el funcionamiento del sistema ejecutivo (SE). El escolar, para conseguir los objetivos curriculares mínimos, debe estar lo suficientemente motivado para el aprendizaje de nuevos contenidos.

El escolar debe disponer eficazmente de las habilidades para focalizar, distribuir y mantener su atención durante el tiempo que le requiera la tarea. Estas habilidades atencionales permiten a la memoria de trabajo almacenar y disponer temporalmente de la información con el fin de planificar y organizar estratégicamente esos contenidos (Ison, 2009).

La autora además destaca que, la memoria de trabajo se define como un mecanismo de almacenamiento temporal que permite retener algunos datos de información, compararlos, contrastarlos o, en su lugar, relacionarlos entre sí. Familia, escuela y grupo de pares conforman los principales contextos del desarrollo infantil y proporcionan al niño/a un marco de referencia para su actuación social al validar, rectificar o desaprobado las conductas realizadas por este en situaciones de interacción social.

Por consiguiente, el niño internaliza, interpreta y responde a las demandas y restricciones provenientes de los diferentes agentes socializantes, por ello, diversas investigaciones muestran la importancia de la estimulación socioambiental sobre el desarrollo cerebral infantil; se sabe que la estimulación sensorial temprana estabiliza los circuitos cerebrales encargados del aprendizaje y del almacenamiento de la información (Ison, 2009).

### **Aportaciones para un modelo psicoeducativo**

Albarrán & Macías (2007) recalca que, el modelo psicoeducativo es una propuesta dentro del universo de abordajes en salud mental que involucra tanto a profesionales de la salud como a familiares en el proceso de atención al sujeto diagnosticado con un trastorno o enfermedad mental, este modelo procura insertarse como parte de una atención integral y multidisciplinaria

La psicoeducación se plantea como un modelo de intervención en el tratamiento integral de las enfermedades mentales. Se encuentra en el marco de los modelos multicausales de enfermedad, encabezados en psiquiatría por el modelo de vulnerabilidad-estrés (la facilidad para sufrir una enfermedad, sí se dan las condiciones precisas para que aparezca) (Albarrán & Macías, 2007).

Para los autores citados, uno de los principales objetivos de este modelo es disminuir la carga que el enfermo representa para su familia. Una vez localizados dichos comportamientos y articulados como patrones, se propone su intervención para modificarlos y cambiar sus efectos, lo que supone como resultado la disminución del número de recaídas del enfermo.

El modelo de psicoeducación se ha ampliado desde la esquizofrenia para su aplicación en varios trastornos mentales, tales como la depresión, el trastorno por déficit de atención o los trastornos de la alimentación, incluyéndose en las propuestas de educación sanitaria (Albarrán & Macías, 2007).

Así, con variantes y adecuaciones en el contenido de la información, se puede estandarizar una dinámica de información para los distintos usuarios.

Los principios metodológicos son esquematizables en las siguientes indicaciones: I.- alianza terapéutica, II.- proporcionamiento de información, III.- propiciación de ambiente que vincule al paciente en la comunidad, IV.- integración gradual del paciente en su rol familiar, y V.- continuidad en el cuidado del paciente y vinculación institucional (Albarrán & Macías, 2007).

Para Albarrán & Macías (2007) todas las modalidades psicoeducativas comparten tres aspectos: 1.- ayuda a los familiares del paciente, 2.- reconocimiento de que el ambiente no está implicado en la etiología, y 3.- reforzamiento de habilidades y competencias de los familiares.

Se proponen cuatro etapas del tratamiento: a) involucramiento familiar, b) información y orientación, c) entrenamiento en la solución de problemas, y d) facilitación de la rehabilitación social y vocacional del paciente. Una particularidad de este modelo que resulta difícil de satisfacer es el seguimiento del caso por parte de un especialista.

La literatura menciona la necesidad de un terapeuta que se involucre en cada caso y lleve a la práctica la información que en la institución se ha adquirido por parte del usuario y sus familiares traducida en “habilidades” o “competencias” (Albarrán & Macías, 2007).

### **Competencia emocional, autoestima y mindfulness**

La competencia emocional y la autoestima son dos elementos fundamentales en la configuración de la personalidad; la autoestima representa un indicador de la aceptación que

tenemos de nosotros mismos, y la competencia emocional nos dota de las habilidades necesarias para afrontar y solucionar situaciones que pondrían en peligro dicha aceptación personal (Soriano & Franco, 2010).

Ambos elementos, autoestima y competencia emocional, adquieren especial relevancia cuando afectan a personas en proceso de formación como son los adolescentes, y más aún si dichos adolescentes son inmigrantes que deben adaptarse e integrarse a un entorno social y cultural diferente al de sus países de origen.

En el contexto de la salud emocional, la autoestima representa un pilar central alrededor del cual se despliegan los diferentes aspectos de la vida de cada persona.

Es por ello, que una buena autoestima potencia la capacidad individual para asumir la vida, para desarrollar habilidades y competencias sociales y, principalmente, para desarrollar confianza en uno mismo, lo que se traduce en un impacto beneficioso para la salud mental y física y, por ende, para un adecuado ajuste emocional y social (Soriano & Franco, 2010).

## **Psicoeducación**

La psicoeducación instruye acerca de los mecanismos que desencadenan y mantienen las diferentes conductas y respuestas del sujeto, permite a los pacientes reinterpretar sus síntomas con explicaciones veraces y basadas en el respaldo médico y científico. También atiende a los pensamientos, ideas y creencias irracionales y distorsionadas con respecto al trastorno y plantea el problema de una perspectiva real y manejable (Fundación Cadah, 2018).

Según Cárdenas (2014), lo primero a considerar antes de adentrarnos en la psicoeducación es entender los antecedentes de la misma. La psicoeducación surge del trabajo con familias de sujetos diagnosticados con esquizofrenia y su primera articulación se encuentra en los trabajos de George Brown, que menciona en 1962 por primera vez su concepto de



Emoción Expresada, acuñado en base a la observación de la interacción de familias en la que alguno de sus miembros presenta un cuadro diagnosticado de esquizofrenia.

El autor, a partir de sus observaciones, afirma en tanto más intolerantes, sobre involucrados, hostiles y críticos son los familiares, más frecuentes son las recaídas en los enfermos, lo que supone haber localizado elementos para determinar en las propuestas de educación sanitaria. Así, con variantes y adecuaciones en el contenido de la información, se puede estandarizar una dinámica de información para los distintos usuarios.

La psicoeducación es necesaria no solo para el paciente o la persona que se busca ayudar, sino a su familia. Como se menciona anteriormente, la ignorancia puede rodear al paciente puede ser una grave problemática a la hora de dar avances en los diferentes aspectos terapéuticos (Cárdenas, 2014).

Por ello mismo, el trabajo y apoyo a los familiares es fundamental, la confianza debe crearse entre los profesionales que asistirán al paciente con la familia del mismo es primordial pues son los puntos de apoyo principal. Igualmente, cuando se crea esta alianza entre la familia y el personal profesional se puede impartir con mayor facilidad y comprensión la información correcta alrededor de la situación del paciente.

Uno de los momentos más primordiales es, justamente, según el autor citado, retirar ideas equivocadas y tabús que la familia puede tener alrededor de la situación de su familia y también se pueden empapar de información clínica y profesional, de manera amigable y correcta. Al crear esta alianza entre los familiares se puede obtener el apoyo que necesitan los profesionales alrededor del paciente.

Lo importante al crear estos vínculos es recordar que cada familia es única y cada paciente lo es igualmente, por lo que hay que observar los niveles de estrés y duda que está viviendo cada familia y atenderlos de la manera más personalizada y correcta (Cárdenas, 2014).

Por la misma razón cada profesional que trabajará con el paciente (Sean médicos, psicólogos, terapeutas, entre otros) deben mantener una charla constante y reuniones profesionales alrededor de cómo cada trabajo se puede enlazar con el anterior y no ser vínculos aislados. Hay que recordar que lo importante en la psico-educación no es solo entregar información. Va mucho más allá, a un compromiso y prevención. Cuando se habla de vínculos, es necesario recordar que las palabras deben ser entendibles y los métodos claros.

La búsqueda en la entrega de conocimiento debe dar resultado y la única manera de hacerlo es involucrándose en métodos que sean entendibles para pacientes y familiares por igual, ya que, a pesar de que la psicoeducación busca entregar un método de aprendizaje, entrega de información, brindar una intervención y dar una enseñanza, cuando esta se enfoca a la consejería va a un paso más allá (Cárdenas, 2014).

### **Tipos de psicoeducación**

Pérez (2014) destaca que, la Psicoeducación se puede realizar de manera individual, grupal o familiar. Se puede realizar en un ambiente hospitalario o en el hogar, y en cuanto a la duración puede ser de días hasta años. Lo cual nos indica que se le puede dar una gran variedad de enfoques. Los dos modelos básicos son los siguientes:

- Modelos de Psicoeducación centrada en la información.
- Modelos de Psicoeducación centrado en la conducta.

### **Psicoeducación informativa**

Lo más característico de este programa es el tiempo que se dedica. Debe ser corto, se recomiendan cinco o seis sesiones. La principal prioridad es la transmisión de información real acerca de la enfermedad.

La eficacia de estos programas es limitada, pues no es posible evaluar la repercusión clínica en el paciente que recibe este programa y de si con esta información será capaz

de cambiar conductas o actitudes que reduzcan el número de episodios de recaída, detección precoz de síntomas y control y conocimiento sobre su medicación (Pérez, 2014).

### **Psicoeducación conductual**

Estos programas en contrapartida requieren de un tiempo de dedicación más largo. Se requieren más sesiones, en las que se aportará al paciente, grupo o familia información sobre su enfermedad también, aunque estos programas están indicados en cambiar hábitos y conductas del paciente para que el paciente sea capaz de comprender mejor su proceso y manejar mejor su situación, además de conseguir los demás objetivos. Algunas actitudes útiles, según Pérez (2014), dirigidas desde los profesionales hacia los familiares son:

- Ser consciente de los límites farmacológicos y psicoterapéuticos y aumentarlos mediante la Psicoeducación. Emplear métodos flexibles en donde nos adaptemos a cada paciente-familia.
- Abordar el problema por el equipo multidisciplinar abordando todos los ámbitos. Sociales, económicos, convivencia, etc.
- Valorar a parte de los problemas disfuncionantes los puntos fuertes de esa familia. Consolidarlos y apoyarse en ellos.
- Escuchar a la familia y facilitar la expresión de sentimientos que aparezcan o existan. Aportar ideas prácticas y reales conociendo los límites de cada familia. Dar apoyo e información reduce la angustia y aumenta la capacidad de emplear recursos propios de la familia.
- Aumentar los conocimientos de la familia en lo que respecta a la enfermedad. Emplear grupos de autoayuda. Asesorar en recursos asistenciales que existan y puedan ser de utilidad.

- La medicación combinada con el apoyo, protección e información aportan un ambiente más propicio para la rehabilitación de paciente-familia. Dar tiempo para superar algunos problemas, como la pérdida de autoestima, desesperanza y falta de motivación (Pérez, 2014).

### **Las premisas de la psicoeducación**

La psicoeducación así planteada tendría premisas diferentes de las que emergieron en sus inicios:

1. La experiencia psicoeducativa es un evento de narración que per sigue el tejido de una nueva historia para el sujeto que sufre, para su familia y para el equipo de salud. Esto articula con la idea de Hoshmand, quien indica que “las narrativas son unidades de discurso organizadas que tienen como función interna central el relato de una historia” (43-44) *citado por* (Builes & Bedoya, 2016).
2. El experto reconoce que la familia vive en la dimensión simbólica de la enfermedad; sólo podrá tomar noticia de ella si se involucra en su curso, pues to que su experticia, al ser narrativa, exige relación, relato e historización.
3. Las emociones suscitadas por la vivencia cotidiana con el enfermo y las creencias que tienen éste y su familia nacen del mundo simbólico creado alrededor de la enfermedad, el cual emerge de la experiencia y la historia subjetiva y familiar, así como de la urdimbre cultural de la que hacen parte.
4. El experto reconoce que su experticia es conversacional, lugar desde donde aprende a conocer la vivencia que tiene la familia y el sujeto de su enfermedad.
5. El objetivo de la estabilización de los síntomas y la rehabilitación posible del enfermo en su contexto familiar, social, laboral, etc. se logra mediante la relación entre experto,

sujeto enfermo y familia. Este nexo posibilita tejer una nueva historia del padecer. Todos saben que cada uno puede aportar cuando conversa. Ello justifica la psicoeducación.

6. La calidad de las conversaciones es develada por la emergencia de historias de posibilidades particulares a través de la integración de los tres niveles de significado de la enfermedad.
7. El enfermo es restituido a la familia y al proceso. Él se resignifica, narrándose (Builes & Bedoya, 2016).

Hidalgo, Menéndez, Sánchez, Lorence, & Jiménez (2009) destacan que, la intervención con las familias en situación de riesgo ha cambiado mucho en las últimas décadas. De una intervención de marcado carácter asistencial y basada en la teoría del déficit, se ha evolucionado a formas de atención y actuación mucho más positivas, preventivas y encaminadas a la preservación y el fortalecimiento familiar.

Es ya clásica la consideración de la familia como contexto de desarrollo primordial en el que niños y niñas crecen, se socializan y adquieren las competencias necesarias para convertirse en miembros activos de la sociedad.

Igualmente, también es bien conocida la importancia del contexto familiar para los adultos y, en la actualidad, profesionales e investigadores entienden que la familia constituye el escenario social fundamental en el que todos sus miembros deberían ver cubiertas gran parte de sus necesidades de desarrollo (Hidalgo, Menéndez, Sánchez, Lorence, & Jiménez, 2009).

A la hora de satisfacer las necesidades evolutivo-educativas de todos sus miembros como individuos independientes y del sistema familia como un todo, las familias pueden utilizar estrategias diferentes. Por ello, la diversidad familiar, según los autores, que tanto ha aumentado en las últimas décadas, no debe entenderse como una crisis de la institución familiar ni supone,

en sí misma, una amenaza para que la familia pueda seguir cumpliendo con sus funciones básicas.

No obstante, aunque la diversidad familiar puede ser enriquecedora, no todos los estilos de vida familiar ni todos los modos de interacción son igualmente funcionales.

Cuando las familias no promueven la salud familiar ni aseguran el desarrollo adecuado de sus miembros, especialmente el de los niños y adolescentes que crecen en su seno, estamos ante lo que actualmente denominamos como familias en situación de riesgo psicosocial (Hidalgo, Menéndez, Sánchez, Lorence, & Jiménez, 2009).

Inicialmente, la consideración de riesgo se asociaba a ciertas características socio-demográficas o contextuales que permitían hablar de “familias desfavorecidas” como un conjunto homogéneo de contextos familiares que supuestamente suponían una amenaza para la seguridad y el bienestar de los menores.

En la actualidad y en la mayoría de los casos, la perspectiva predominante en los servicios encargados de apoyar y atender las necesidades de las familias trata de combinar la supervisión y el control derivados de la consideración judicial de la protección del menor con la filosofía descrita de la preservación y el fortalecimiento familiar (Hidalgo, Menéndez, Sánchez, Lorence, & Jiménez, 2009).

Los autores además destacan que, la pertinencia de un tipo u otro de intervención dependerá de las características de la familia y sus necesidades específicas de apoyo. Entre las posibles modalidades de intervención fundamentadas en la perspectiva de la preservación familiar, los programas psicoeducativos de apoyo para madres y padres han demostrado su eficacia y utilidad, especialmente, en situaciones familiares de riesgo medio.

Probablemente por ello, el uso sistemático de este tipo de programas se ha incrementado considerablemente en las últimas décadas como un recurso básico y valioso para la preservación familiar.

Junto a su carácter psicoeducativo, muchos de los programas para familias en situación de riesgo que se desarrollan actualmente se caracterizan por tratarse de intervenciones psicosociales que se enmarcan en el ámbito comunitario, de hecho, entre los objetivos básicos de la formación de padres desde la perspectiva de la preservación familiar figura el fomento de las redes de apoyo social (Hidalgo, Menéndez, Sánchez, Lorence, & Jiménez, 2009).

Los objetivos relacionados con el fortalecimiento de las redes de apoyo y el fomento de la utilización de los recursos comunitarios se ven claramente facilitados en los programas psicoeducativos al adoptar habitualmente el formato de trabajo en grupo, por ello, el utilizar una metodología de trabajo en grupo tiene importantes beneficios en la intervención familiar.

Los autores destacan 3 puntos importantes:

- En primer lugar, potencia el intercambio de experiencias entre personas que están en situaciones similares y, con ello, el fomento de las redes de apoyo social informal, tan necesarias siempre para el desempeño de la maternidad y la paternidad y especialmente en situaciones de dificultad.
- En segundo lugar, proporciona un escenario sociocultural de construcción del conocimiento en el que se potencia el respeto ante la diversidad de puntos de vista y el aprendizaje de comportamientos alternativos.
- En tercer lugar, la intervención grupal con padres y madres permite economizar tiempo y esfuerzo a los profesionales responsables de la atención a las familias.

En definitiva, los programas psicoeducativos para familias en situación de riesgo tratan de cubrir parte de las necesidades de apoyo de estas familias mediante el fortalecimiento de las habilidades parentales de los progenitores y con el objetivo último de conseguir la autonomía y la competencia que estos padres necesitan en sus comportamientos y decisiones.

La finalidad última de este tipo de intervención familiar es, desde un planteamiento preventivo, conseguir optimizar el desempeño parental y la dinámica familiar para, con ello, garantizar y proteger el desarrollo de estos niños y niñas en sus contextos familiares de origen (Hidalgo, Menéndez, Sánchez, Lorence, & Jiménez, 2009).

### **¿Y qué ventajas tiene psicoeducar?**

A lo largo de la última década numerosos estudios que avalan la eficacia de este tipo de intervenciones han sido publicados.

Al margen de los hallazgos significativos en los estudios publicados, existen numerosas ventajas observadas a través de la experiencia extraída de los pacientes que han participado en los grupos psicoeducativos que hemos ido realizando a lo largo de los últimos años (Pino, Belenchón, Sierra, & Livianos, 2008):

- Los pacientes mejoran el conocimiento de la enfermedad en su conjunto en cuanto a aspectos como su naturaleza cíclica, etiología biológica, posibles factores desencadenantes o síntomas clínicos de los episodios.
- Reciben entrenamiento en la detección temprana de signos de recaída, en un intento por evitar las escaladas sintomáticas. Aprenden a detectar signos de alarma tanto de fases maníacas habitualmente más conocidos y aparentemente más sencillos, como de depresión menos conocidos y en ocasiones más difíciles de detectar.
- Se aborda el tema del incumplimiento farmacológico y de los efectos nocivos tanto del incumplimiento total, como parcial. Se mejora el conocimiento de los psicofármacos empleados y de sus efectos secundarios más comunes, con el objetivo de reducir los abandonos.
- Se trata de ayudar a los pacientes a convivir con una enfermedad crónica, mejorar su calidad de vida y habilidades para afrontar las consecuencias psicosociales de episodios



pasados y futuros, con el objetivo de disminuir así el impacto en el funcionamiento psicológico, cognitivo, físico, emocional y social del trastorno bipolar.

- Se trata de modificar las percepciones sobre la disrupción que genera la enfermedad en sus vidas, en un intento por desdramatizar determinadas situaciones que pueden plantearse en la vida diaria del paciente, como el daño en las relaciones interpersonales, o los sentimientos de vergüenza o culpabilidad generados tras los trastornos conductuales propios de las fases maníacas.
- El contacto con el grupo genera beneficios secundarios sobre aspectos como los síntomas subsindrómicos interepisódicos depresivos, difíciles de tratar farmacológicamente sobre todo la apatía o ánimo subdepresivo mantenidos de forma crónica (Pino, Belenchón, Sierra, & Livianos, 2008).
- También sobre repercusiones de recaídas recurrentes como la pérdida de estatus social o de empleo que pueden configurar una autoestima más frágil y fluctuante, y las ventajas que supone para pacientes más jóvenes compartir y conocer la experiencia de pacientes más mayores (Pino, Belenchón, Sierra, & Livianos, 2008).

Además, pese al retraso en el diagnóstico, la mayoría de los pacientes reconocen un inicio muy temprano de los primeros síntomas que puede determinar un desarrollo patológico de la personalidad, o bien llevar al paciente a emplear mecanismos desadaptativos desde el momento de la adolescencia, que pueden detectarse y corregirse mediante la interacción con los grupos de psicoeducación.

- Se informa exhaustivamente a los pacientes sobre los efectos nocivos del abuso de tóxicos sobre el curso de la enfermedad.
- Se tratan temas habitualmente controvertidos como el suicidio, lo que puede actuar como factor preventivo.

- Se proporciona información concreta acerca de aspectos como embarazo y trastorno bipolar.
- Se trata de aclarar numerosas creencias erróneas que van apareciendo en las sucesivas sesiones, con lo que se consigue desculpabilizarles y desestigmatizarles.
- Se consigue un fortalecimiento de la alianza terapéutica, al aumentar la percepción de los pacientes de una mejor calidad en la asistencia que reciben (Pino, Belenchón, Sierra, & Livianos, 2008).

### **La psicoeducación como experiencia narrativa**

Para Builes & Bedoya (2016), las preguntas por la enfermedad mental que emergieron de la filosofía, la teología y la medicina hallaron en la Ilustración el terreno positivo para su respuesta. Acerca de sus orígenes se han dado explicaciones mágicas, míticas, religiosas, científicas, sociológicas y pedagógicas, pero aún sin acuerdos es urgente intervenir la patología mental.

Las tentativas de respuesta han tendido lazos con la psicología, la farmacología, las neurociencias, la pedagogía, el trabajo social, la sociología, y con otras formas de intervención sobre lo psicológico: la psicología clínica, el psicoanálisis, la farmacoterapia, la terapia familiar, la psicoeducación, entre otras (Builes & Bedoya, 2016).

Acerca de la psicoeducación, esta posee algunos dilemas que marcan su quehacer y su impacto sobre la comprensión e intervención de la enfermedad mental. La necesidad de intervenir la enfermedad mental les ha planteado históricamente a las disciplinas que se concierten en ella una serie de dilemas, algunos de ellos han devenido paradójicos, por lo que, el modelo psicoeducativo presenta aspectos controversiales.

Las familias se consideran sanas, pero se les atribuye el no saber de la enfermedad. Actualmente se considera que las sesiones educativas son un componente necesario, pero no suficiente para provocar modificaciones en el clima emocional de la familia o para prevenir recaídas (Builes & Bedoya, 2016).

Los autores afirman que, la enfermedad no existe como idea, como verdad en sí más allá de la experiencia que el sujeto, su familia y la sociedad tienen de ella. Una de las primeras consecuencias para el abordaje psicoeducativo consiste en verificar que el proceso salud-enfermedad debe tener en cuenta el mundo de significados y creencias construidos por el enfermo mental, su familia y el equipo de salud a su cargo, es decir, la enfermedad mental es lo que el enfermo, su entorno (la familia) y el equipo de salud significan de ella.

Es preciso que el equipo de salud, la familia y el enfermo promuevan conversaciones entre los tres niveles de significado, para que, de esta forma la aproximación a una experiencia ecológica de la enfermedad pase por la construcción de un vínculo recursivo entre ellos. Las narraciones que la familia, el enfermo y el equipo de salud tejen conducen la relación que los actores sostienen con la enfermedad, planteándose ahí cuatro hipótesis que ofrecen algunas respuestas a las paradojas ya enunciadas.

Lo más propio de la relación psicoeducativa es que si bien a ella cada uno acude con su historia, adoptando un lugar particular y ofreciendo una peculiar narración de sí — muchas veces promotora de significados que tornan en círculo vicioso el dolor familiar—, ella misma puede fomentar nuevos relatos de sí en todos sus participantes; relatos posibilitadores de nuevos tejidos de sentido y nuevas historias subjetivas, familiares y profesionales (Builes & Bedoya, 2016).

Para ello, el experto ofrece, además de información, una relación psicoeducativa. Y habrá de convertirse en guardián de esa relación, en su cuidador. La labor pedagógica dentro de la relación psicoeducativa llevará a que todos los implicados no sólo aprendan de la enfermedad, sino que logren establecer con ella una relación diferente, menos dolorosa, teñida de nuevos significados. De esta forma, la enfermedad misma se convierte, gracias a la labor

psicoeducativa, en posibilidad de construir nuevas relaciones familiares y nuevas tramas relacionales de la familia con el equipo de salud.

Se interviene en todos los implicados en el proceso psicoeducativo: el equipo de salud —que sale fortalecido—, el enfermo y su familia, por lo que, la intervención se hace desde los lugares que hagan posible crea nuevas comprensiones de la enfermedad; por su parte, el lugar del terapeuta está fijado por la relación psicoeducativa (Builes & Bedoya, 2016).

## **La adolescencia**

La adolescencia es un periodo de la vida que entraña cambios tanto físicos como psicológicos y sociales. Se considera crítico debido a que los adolescentes son vulnerables y pueden presentar conductas de riesgo como lo son las prácticas sexuales arriesgadas, el inicio en el consumo de bebidas alcohólicas, drogas y cigarrillos, así como otro tipo de comportamientos que se relacionan con la alimentación (Muñoz, Vega, Berra, Nava, & Gómez, 2015).

La adolescencia es una etapa fundamental en el desarrollo psicológico de una persona, pues es el periodo en el que se forja su personalidad, se consolida su conciencia del yo (adquirida en la primera infancia), se afianza su identidad sexual y se conforma su sistema de valores.

Es una época de búsqueda, de oposición, de rebelión, de extremismo a veces; la edad de los ideales, de verlo todo claro para, al instante siguiente, verse inmerso en la confusión mental más absoluta; de transgredir normas y de ir en contra de todo y de todos; de revolución personal para, poco a poco, ir reconstruyendo el propio yo fragmentado (Calle, 2017).

## **Género y salud mental en un mundo cambiante**

Montero, y otros (2014) aseveran que, el desarrollo psicológico humano tiene particularidades diferenciales según el género, que los abusos sexuales y la violencia recaen mayoritariamente sobre las mujeres, que la vivencia psicológica de la reproducción y de la paternidad/maternidad es distinta en hombres y mujeres y que el perfil psicopatológico y de morbilidad psiquiátrica presenta diferencias tanto cualitativas como cuantitativas entre los sexos son cuestiones ampliamente aceptadas hoy en día.

La investigación llevada a cabo en las últimas décadas ha demostrado de manera inequívoca la existencia de claras diferencias tanto en la morbilidad psiquiátrica como en el patrón de conducta enferma desarrollados por hombres y mujeres. Según los citados, los mecanismos que se han utilizado para explicar estas diferencias pertenecen a 2 tipos de formulaciones teóricas.

La primera de ellas postula que son los factores constitucionales, genéticos y/o endocrinos los que condicionan las diferencias de morbilidad psiquiátrica entre ambos sexos. Sin embargo, la mayor parte de los estudios realizados en esta línea se muestran insuficientes para explicar su distinto comportamiento frente a esta problemática.

Por el contrario, las teorías ambientalistas defienden que son las variables socioculturales, que actúan a través de roles y patrones de conducta socialmente impuestos, las que en última instancia condicionan el modo en que hombres y mujeres manifiestan su sufrimiento psicológico y las estrategias que adoptan para satisfacer sus necesidades de atención psiquiátrica (Montero, y otros, 2014).

Este exceso de morbilidad psiquiátrica, se debe fundamentalmente a la presencia significativamente más elevada de cuadros depresivos, ansiosos y fóbicos entre las mujeres; entre los hombres son más frecuentes los trastornos de personalidad y los derivados del consumo de alcohol y otras sustancias, que no quedan bien recogidos en muchos de los instrumentos de detección.

El consumo de ciertas drogas por parte de las mujeres es un hecho relativamente reciente y, por tanto, afecta fundamentalmente a los grupos de edad más jóvenes, los cuales, como ocurre con el consumo de alcohol, tienden a equiparar sus patrones conductuales a los de los hombres adultos.

La tendencia de las sociedades modernas a organizarse como sociedades urbanas lleva consigo una serie de cambios sociológicos capaces de transformar no sólo las interacciones que el individuo establece con su entorno, incluido su entorno sociolaboral, sino incluso con sus dinámicas familiares (Montero, y otros, 2014).

### **El rol de la comunicación familiar y del ajuste escolar en la salud mental del adolescente**

Estévez, Musitu, & Herrero (2005) cuestionan que, durante el período adolescente, los contextos familiar y escolar juegan un papel crucial en el ajuste psicológico del individuo. Investigaciones previas señalan, por ejemplo, que la existencia de problemas de comunicación entre padres e hijos adolescentes constituye uno de los factores familiares de riesgo más estrechamente vinculados con el desarrollo de problemas de salud mental en los hijos, por ejemplo, la presencia de síntomas depresivos, ansiedad y estrés.

En el contexto escolar también se han identificado varios factores que pueden influir negativamente en el ajuste psicológico del adolescente, como la baja autoestima académica/escolar o los problemas de integración social y victimización entre iguales. Sin embargo, pese a la evidencia empírica de que diversas variables familiares y escolares influyen directamente en la salud mental del adolescente, todavía quedan algunas cuestiones por dilucidar para lograr una mejor comprensión de la relación entre estas variables.

Respecto a la comunicación familiar, la investigación previa tradicionalmente no ha tenido en cuenta el posible efecto diferencial del padre y de la madre en el ajuste psicológico del hijo/a, mientras que sí se ha estudiado abundante-mente el papel desempeñado por la figura materna (Estévez, Musitu, & Herrero, 2005).

En el contexto escolar también se han identificado varios factores que pueden influir en el ajuste psicológico del adolescente tales como el fracaso escolar, las expectativas negativas de éxito académico (baja autoestima académica/escolar) o los problemas interpersonales con los compañeros en términos de victimización o aislamiento social.

Pese a la evidencia empírica de que diversas variables familiares y escolares influyen directamente en el ajuste psicológico del adolescente, todavía quedan algunas cuestiones por dilucidar para lograr una mejor comprensión de la relación entre estas variables que intervienen en la salud mental (Estévez, Musitu, & Herrero, 2005).

### **La salud mental: una prioridad de salud pública en las Américas**

Con frecuencia, la depresión, la ansiedad y otros trastornos mentales se presentan asociados con la dependencia del alcohol o de otras sustancias. Esta dependencia —que constituye por sí misma un problema de salud mental— es un importante factor de riesgo de otros trastornos mentales (Roses, 2015).

Los pacientes con problemas de salud mental y de abuso de sustancias comparten el estigma y la discriminación asociados con sus padecimientos, y su acceso a los servicios de salud es igualmente limitado.

A pesar de que las autoridades de salud reconocen que los trastornos mentales y el abuso de sustancias constituyen importantes problemas de salud pública, investigaciones realizadas en los últimos años sobre su prevalencia, repercusión y costos asociados demuestran que se ha subestimado su magnitud (Roses, 2015).

Gracias a los avances científicos de las últimas décadas, hoy se comprenden mucho mejor las causas de los trastornos mentales y del abuso de sustancias y se han ideado nuevas intervenciones de comprobada eficacia para prevenir y tratar estos problemas de salud. Sin embargo, la mayoría de las poblaciones aún no tienen acceso a ellas.

Las principales medidas propuestas para responder a las necesidades de las poblaciones en materia de salud mental son: integrar la salud mental en la atención primaria, desarrollar servicios en la comunidad y combatir el estigma que implican estos trastornos, para ello se deben promover acciones dirigidas a divulgar el conocimiento adquirido sobre las enfermedades mentales.

Como se sabe, las políticas más eficaces para prevenir y controlar el consumo de alcohol en la Región prevén aumentar los impuestos sobre las bebidas alcohólicas, reducir las horas y los lugares de expendio, controlar la publicidad y limitar a quiénes se les puede vender estas bebidas (Roses, 2015).

Además, se deben establecer medidas que impidan que las personas que se encuentren bajo los efectos del alcohol conduzcan por la vía pública. En cuanto a la divulgación de los conocimientos alcanzados sobre estos problemas de salud, queda aún mucho por hacer.

Se deben reforzar las investigaciones orientadas a desarrollar tratamientos e intervenciones más eficaces, a mejorar los servicios dirigidos a las personas con problemas de salud mental y abuso de sustancias, y a diseñar y poner en práctica políticas que permitan aumentar el control de estos problemas (Roses, 2015).

### **Enfermedad mental y salud mental**

Jarne & Arch (2009) afirman que enfermedad mental y salud mental no es lo mismo, naturalmente, tampoco es, por contra de lo que pueda parecer, las dos caras de una misma moneda; ni lo uno es lo contrario de lo otro; no se puede desarrollar salud mental si se padece una enfermedad mental, pues todo tipo de enfermedad conlleva malestar a algún nivel, pero tampoco es suficiente la ausencia de enfermedad mental para desarrollar salud mental.

Una mujer crónicamente maltratada en el ámbito doméstico por ejemplo ni padece ningún trastorno mental, ni es una enferma mental, pero generalmente no tiene una buena salud mental; sus condiciones sociales (familiares), psíquicas y también en



ocasiones físicas están marcadas por el sufrimiento y por lo tanto no son de bienestar (Jarne & Arch, 2009).

Algunas de estas mujeres llegan a desarrollar trastornos mentales, depresión, ansiedad y ansiedad postraumática generalmente, otras no, cuando consiguen dejar atrás el maltrato es cuando sus condiciones mejoran en la línea de mejorar su salud mental. El ejemplo anterior es tan claro que se podría encontrar cientos como ellos en cualquier ámbito de la vida del hombre adulto y los niños; sería extrapolable al niño acosado en su escuela, a las malas condiciones en el trabajo, a la utilización de estrategias inadecuadas para afrontar los problemas o a ciertas características de personalidad que sin ser patológicas no favorecen la salud mental.

En todas ellas no tiene por qué aparecer la enfermedad mental, tampoco tiene por qué haber mala salud mental; la capacidad de supervivencia y resistencia del ser humano es enorme y ello nos hace muy adaptativos a nuestro medio, tanto que es posible que acabemos con él (Jarne & Arch, 2009).

Simplemente no ayudan en la dirección de favorecer la salud mental, es decir de favorecer un estado de bienestar actual y futuro en el caso de los niños. Los profesionales de la salud mental lo saben y por ello, aunque el primer cuidado que se tiene siempre es detectar la enfermedad mental e intervenir sobre ella, se sabe que ello solamente no bastará para un completo bienestar de los pacientes; frecuentemente harán falta algunos cambios en su ambiente, entendido de forma genérica, y/o en su psicología para avanzar en el sentido de un estado de auténtico bienestar.

Ello es más cierto en los niños en los que el diagnóstico e intervención se hacen especialmente con proyección de futuro al mostrar preocupación por la presencia de trastornos en el momento actual y de las condiciones que en el futuro puedan favorecer o desfavorecer su salud mental y propiciar la aparición de trastornos mentales (Jarne & Arch, 2009).

El concepto de trastorno presenta un alto componente de consenso social ya que no queda definido por la simple presencia de síntomas y signos reconocidos en la exploración clínica, sino por aparecer asociado a un malestar, discapacidad o riesgo significativo, etc.; por ejemplo, por su capacidad de hacer “perder libertad”. ¿Quién define ello?, ¿el clínico, el paciente o el contexto?, ¿y si aparece una desviación de comportamiento que no produce malestar, discapacidad o riesgo significativo...? (Jarne & Arch, 2009)

El resumen es que el sistema DSM no define salud mental sino enfermedad mental y aun así con un alto nivel de indefinición, valga la redundancia. La demostración de ello es que tiene grandes dificultades para abarcar la globalidad de la clínica que atienden los profesionales de la salud mental (psiquiatras, psicólogos, etc.)

o bien porque no la reconoce a pesar de que existe como es el caso del Síndrome de Estocolmo, el Síndrome de la mujer maltratada o el trastorno ansioso/depresivo; o bien porque la reconoce pero difícilmente encaja en esta definición, como es el caso de numerosas dificultades relacionadas con el aprendizaje escolar; o bien porque representan una nueva realidad clínica que difícilmente puede estar recogida (Jarne & Arch, 2009).

### **Factores biopsicosociales que inciden en la salud**

La salud se manifiesta como una interacción múltiple, y debe definirse como la calidad de la existencia del hombre, determinada por su relación armónica con el medio social-natural que le corresponde; lógicamente la enajenación en la sociedad es inversamente proporcional a la calidad de dicha existencia (Chong, 2012).

El primer nivel denominado macrosocial es donde se establece relación entre la formación económico- social como un todo, y el estado de salud de la población en general, ya sea del mundo, una región, o un país determinado.

La relación de la sociedad con la naturaleza en su etapa actual, es una muestra evidente de cuán enajenada se halla la primera en los marcos de un orden económico- mundial que impone el capitalismo transnacionalizado; la influencia de la ecología en la salud es diversa, y el hombre no puede pretender elevar la calidad de su existencia, si no tiene en cuenta su relación con la naturaleza (Chong, 2012).

Según el autor, el grado de apropiación y asimilación del sujeto, de sus condiciones existenciales, depende del grado de desarrollo individual, de su personalidad, conocimientos, valores y actitudes. Cada individuo imprime un estilo con el que realiza esa apropiación de las condiciones económicas, políticas y morales, en el cual objetiva su existencia, y una peculiar forma de actuar.

Un aspecto que debe considerarse en la persona sana, es la presencia o no de ideales en la vida.

Un ideal es un propósito, algo por lo cual vivir, algo por lo cual luchar. La ausencia de ideales hace que en la vida demos menos de nosotros mismos, que seamos más susceptibles a ser abatidos por los contratiempos, menos estables y menos saludables (Chong, 2012).

La presencia de un sentido en la vida, es sinónimo de salud mental y física, y su ausencia nos hace susceptibles a problemas físicos, mentales y espirituales, e impide que utilicemos nuestro potencial creador. El desarrollo de las motivaciones no solo depende de las necesidades innatas del individuo, sino también de la actividad que realiza en su vida, de la comunicación con otras personas, y sobre todo del proceso educativo y socializador que le permite al individuo el contacto con nuevas realidades y necesidades.

La falta de salud no es una característica del envejecimiento, ni de la vejez, aunque existen múltiples factores biopsicosociales que inciden en esto. El envejecimiento no es un proceso de causa única sino el resultado de una compleja asociación de interacciones entre lo genético intrínseco y lo ambiental extrínseco (Chong, 2012):

- Los factores intrínsecos (del interior de la persona) obedecen al proceder de causas genéticas, y ejercen influencias en los procesos que determinan la duración de la vida. Se puede decir que el envejecimiento es un fenómeno universal progresivo, y este proceso se evidencia en la esfera biológica, psicológica, intelectual y social.
- En cuanto a lo biológico se producen cambios a escala celular, molecular, en órganos y tejidos. Así mismo ocurren cambios bioquímicos que afectan las capacidades de adaptación, recuperación y defensa del organismo.
- Se observan cambios biológicos progresivos a nivel estético, en todos los órganos y sistemas, en los órganos de los sentidos, en los sistemas neuromuscular, neuroendocrino y conjuntivo.
- Aparecen problemas de salud física tales como: mayor frecuencia de enfermedades crónicas (hipertensión arterial, diabetes mellitus, etc.) con tendencia a la disfunción y la discapacidad; presencia frecuente de más de una patología; alteraciones en la locomoción por la aparición de las osteartrosis; enfermedades descompensadas por los mismos estilos de vida inadecuados, como las adicciones y la polifarmacia; afecciones por infecciones; procesos neoplásicos y degenerativos (Chong, 2012).

El envejecimiento psicológico se expresa en el efecto del paso del tiempo sobre las distintas funciones psicológicas; dentro de estas se incluyen las formas en que se perciben la realidad, las relaciones con uno mismo y con los demás, donde la integración de todos estos elementos en una personalidad única e integral, condicionan la forma de reaccionar desde su estructura y a partir de sus componentes cognoscitivos, afectivos y volitivos; existe una alta prevalencia de alteraciones en la forma de pensar, sentir y actuar que pueden afectar la vida del anciano.

El proceso perceptivo se ve afectado por la alteración de los órganos sensoriales, lo que provoca una respuesta perceptiva motriz más lenta, y se afecta la capacidad de recibir

las informaciones del entorno; la vista, el oído y los otros sentidos, sufren déficit con la edad, sin que esto quiera decir que la mayoría de los ancianos sean sordos o ciegos, ni que estos órganos se deterioren de igual manera (Chong, 2012).

## **Adolescencia y depresión**

Pardo, Sandoval, & Umbarila (2014) aseveran que, en la literatura se ha reportado que los jóvenes que han sufrido un sólo episodio depresivo mayor, sin condiciones comórbidas asociadas, se caracterizan por presentar algunos síntomas del trastorno antisocial y del trastorno límite de la personalidad. En el caso de los hombres se ha descrito una tendencia hacia un estilo atribucional positivo, en estos casos, la presencia de depresión en los familiares del joven sucede en baja proporción.

En cuanto a los jóvenes que han sufrido episodios depresivos recurrentes, se han asociado las variables de ser mujer, presentar varios síntomas del trastorno límite de la personalidad y conflictos con los padres (para las mujeres solamente). En particular, se ha señalado que los hombres jóvenes que sufren trastorno depresivo mayor recurrente, tienden a tener un estilo atribucional negativo y a consumir sustancias psicoactivas durante la adolescencia.

Las personas que sufren depresiones durante la adolescencia y que tienden a desarrollar problemas psiquiátricos durante su adultez temprana se han caracterizado como jóvenes que presentan episodios depresivos más severos, es decir, de mayor duración, con múltiples episodios, mayor número de síntomas e historia de intentos de suicidio (Pardo, Sandoval, & Umbarila, 2014).

En general, estos casos se caracterizan por elevados niveles de estrés, conflicto y dependencia interpersonal.

Para los autores, algunos síntomas, como las quejas somáticas, la irritabilidad y el aislamiento social, son especialmente habituales en los niños, mientras que el enlentecimiento

psicomotor, la hipersomnia y las ideas delirantes son más frecuentes durante la adolescencia. En cuanto a las manifestaciones clínicas de los trastornos depresivos en la adolescencia, en ocasiones se destacan algunos síntomas que aparecen desde la infancia y se recrudecen después de la pubertad.

El síntoma característico de la depresión es el cambio notable en el estado de ánimo, que puede ser encubierto por irritabilidad o por problemas de conducta, por lo que, en los cuadros depresivos de los escolares mayores y los adolescentes menores hay cambios graduales. Los escolares mayores tienden a somatizar más sus quejas, a presentar mayor agitación psicomotora y, en ocasiones, alucinaciones (Pardo, Sandoval, & Umbarila, 2014).

La apariencia depresiva en estas edades no es el único criterio a tener en cuenta, es necesario atender los reportes de los adolescentes acerca de una mayor incidencia de síntomas de desesperanza y falta de capacidad para disfrutar lo que hacen.

En los adolescentes mayores, es muy frecuente que se presenten somatizaciones en los casos en que existe un síndrome depresivo, como es el caso de los episodios de bulimia y anorexia, síntomas de gastritis, tendencia a la hipertensión arterial o propensión al cansancio muscular, la fatiga mental, incapacidad de concentrarse y realizar ejercicios de memoria (Pardo, Sandoval, & Umbarila, 2014).

### **La eficacia de la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales**

Para Jané (2014), todavía hay falta de acuerdo en el campo de la promoción de la salud mental en relación a los niveles de riesgo de la población, ya que algunos programas sugieren que la población que más se beneficia de las intervenciones preventivas es la que tiene un mayor riesgo de sufrir problemas mentales, por el contrario, los enfoques de salud pública argumentan que el dirigirse al público en general puede ser beneficioso tanto para toda la población como para aquellos que tienen un mayor riesgo de enfermedad.

¿Debe dirigirse la prevención sólo a grupos de riesgo o a la población en general? Los metaanálisis indican que la prevención es igualmente eficaz para grupos con distintos niveles de riesgo (prevención universal, selectiva e indicada).

Estos resultados se confirman también comparando cambios en factores de riesgo y cambios en síntomas psiquiátricos; la combinación de enfoques universales con componentes más específicos para poblaciones de riesgo se propone como el paso siguiente en la investigación y en la política preventiva (Jané, 2014).

En relación a los métodos de intervención y duración de programas preventivos la investigación se centra en cuestiones como: ¿Cuáles son los mejores programas, los más cortos o más largos? ¿Cuál debe ser su duración? Y, ¿cuáles son los mejores métodos a utilizar?

Las técnicas cognitivas y las que mejoran competencias y habilidades personales son las más eficaces para mejorar la salud mental, por lo que, los programas que incluyen múltiples métodos de intervención (sobre unos cuatro) son el doble de eficaces que los programas que utilizan sólo uno o dos métodos (Jané, 2014).

Según la edad de los participantes la duración de las intervenciones debería ser distinta: los programas más largos y con mayor número de sesiones son los mejores para los niños, y los más cortos son los más indicados para grupos de la tercera edad. Igualmente, los estudios sugieren que los diseños experimentales, los procesos de implementación de mejor calidad, y la base teórica de las intervenciones preventivas son elementos cruciales para determinar si un programa es eficaz.

Para la autora en referencia, tanto el nivel de calidad del diseño experimental como su implementación predicen buenos resultados, siendo estos programas dos veces más efectivos que aquellos en los que la calidad es menor, además de la eficacia, la cuestión de la eficiencia es un tema de gran importancia en el diseño de programas preventivos. Factores genéricos tanto de riesgo como de protección, como por ejemplo el abuso sexual o físico durante la infancia o la falta de soporte psico-social, están relacionados con varios problemas mentales.

Se ha argumentado que ésta podría ser una de las razones que explique la alta comorbilidad o presencia simultánea de distintos trastornos mentales (ej., depresión y ansiedad) o entre enfermedades físicas y mentales (ej., dependencia al alcohol y lesión cerebral) (Jané, 2014).

Actualmente se cuenta con suficiente evidencia para demostrar que los programas que promocionan la salud mental no sólo funcionan, sino que además contribuyen a un mayor bienestar mental y aumentan la calidad de vida a nivel individual y comunitario. Aún se pueden mejorar considerablemente estas intervenciones y es necesario que estudios de investigación continúen descubriendo cuáles son los elementos que contribuyen a la eficacia de las prácticas preventivas.

Según Jané (2014), la integración de los resultados de varios estudios recientes revelan que: la prevención es igualmente eficaz cuando es aplicada a distintas edades y grupos con niveles de riesgo diferentes; las técnicas cognitivas y las que ayudan a mejorar la competencia y habilidades personales son las más eficaces para distintas edades y óptimas cuando se combinan en una estrategia que incluya múltiples métodos; los programas preventivos deberían ser largos para niños y cortos para la tercera edad; deberían ser implementados por profesionales de la salud; óptimamente basando las intervenciones en teorías e implementando e investigando con alta calidad.

A pesar de estos resultados, es importante tener en cuenta que estos elementos sólo explican una parte de la varianza de los resultados, y que se precisan más estudios que continúen investigando qué es lo que predice la eficacia de estas intervenciones.

Desafortunadamente, los resultados de la prevención y los predictores de su eficacia no pueden generalizarse a otros problemas de salud o a otras poblaciones más que las incluidas en los programas estudiados, por lo que debemos ser cautos al, por ejemplo, generalizar estos resultados a países en vías de desarrollo o a situaciones menos experimentales que se dan en el mundo real (Jané, 2014).



Otro problema característico en el campo de la prevención de los trastornos psiquiátricos es la falta de minuciosidad y homogeneidad a la hora de presentar los resultados de las evaluaciones de programas preventivos.

Por ello se anima a los investigadores y a los editores de revistas científicas a prestar una mayor atención a la calidad del estudio, a su implementación, a su base teórica, así como a una mayor precisión y claridad a la hora de presentar sus resultados (Jané, 2014).

Instrumentos estandarizados como listas de control ayudarían a aumentar la calidad de la implementación y a mejorar la eficacia de las intervenciones. Por ejemplo, se recomienda el desarrollo de un instrumento sistemático para controlar los procesos de implementación y un registro de programas preventivos, tanto publicados como no publicados, que pondría a disposición de los investigadores, de los responsables del desarrollo de los programas y de los asesores políticos la evidencia que existe hasta el momento.

Englobando los resultados presentados en un enfoque de salud pública más amplio, es importante intentar acercar la investigación y la política, ya que la investigación, la práctica y la política tienen por igual un rol crucial que jugar en la sociedad (Jané, 2014).

La creación de vías de colaboración entre la investigación y la práctica, y el estudio de la transferencia de programas preventivos entre distintas regiones, culturas y países podría contribuir al desarrollo de políticas e infraestructuras más sostenibles. Es vital que se reduzca los problemas mentales y la promoción y la prevención pueden contribuir considerablemente a esta nueva prioridad del siglo XXI.

Pero sólo se conseguirá combatir esta creciente problemática si la futura política de salud mental tiene como objetivo la sostenibilidad de distintos organismos y prácticas para la salud mental, y si se dirige por igual a la prevención y al tratamiento logrando un equilibrio mejor entre los dos (Jané, 2014).

## **Variables asociadas a la depresión en la adolescencia**

Pardo, Sandoval, & Umbarila (2014) afirman que, el estudio de la adolescencia debe incluir todos los factores que afectan al individuo, la cultura a la que pertenece, el ambiente físico y social que le rodea, los aspectos psicológicos, la calidad de las relaciones interpersonales y familiares, las condiciones biológicas y las circunstancias y el momento histórico en que se encuentre el joven.

Dentro de esta visión teórica, la depresión ha sido tomada como un factor asociado a los problemas de comportamiento típicos de la adolescencia, pero no como objeto de estudio en sí misma muchos de los indicadores que podrían relacionarse con la depresión aparecen asociados a conductas de riesgo específicas para comportamientos de riesgo puntuales, o hacen parte de los indicadores de riesgo generales en la presentación del síndrome de riesgo en la adolescencia (Pardo, Sandoval, & Umbarila, 2014).

Teniendo en cuenta que el disturbio de carácter emocional o la depresión aparece como parte de la covariación de los factores de riesgo relacionados con los problemas típicos de la adolescencia, se hace evidente la necesidad de estudiar este fenómeno a mayor profundidad (Pardo, Sandoval, & Umbarila, 2014).

## **Soporte Social**

Se reconoce su carácter dinámico, debido a los cambios dados a lo largo del tiempo, como son el crecimiento o la disminución real o percibida de éste. Concretamente, se ha encontrado que la pérdida y disminución de soporte, sumado al mantenimiento de interacciones sociales negativas, genera mayores dificultades en el bienestar psicológico de los adolescentes.

La aceptación del grupo de pertenencia y la buena opinión por parte de los compañeros representan un factor esencial en la vida del adolescente, ya que, desde este punto de vista, la necesidad de pertenencia a un grupo, la falta de oportunidades o el rechazo

pueden constituir una experiencia frustrante para el joven (Pardo, Sandoval, & Umbarila, 2014).

Los autores en cuestión destacan que, la mayoría de factores relacionados con la interacción de pares se encuentran vinculados a un conjunto de habilidades que muchas veces son insuficientes para el establecimiento de interacciones sociales satisfactorias y el adecuado afrontamiento de las situaciones problemáticas. Estas falencias de habilidades se agrupan en el déficit en habilidades sociales, asertividad y solución de problemas, las cuales se han relacionado como un elemento estructural en la relación con pares y la presencia de depresión.

Cuando el joven tiene dificultades en habilidades sociales, la explicación más común de este fenómeno generalmente hace referencia a que no ha aprendido a combinar de manera adecuada las conductas socialmente competentes, ya sea por falta de oportunidades o contextos de interacción o por castigos en el momento de presentar la conducta (Pardo, Sandoval, & Umbarila, 2014).

Dentro de las relaciones afectivas se llevan a cabo varios procesos de individuación necesarios para el desarrollo del adolescente, ya que posibilitan diferentes situaciones, en las cuales practican, mejoran y cambian los patrones de interacción aprendidos en la familia o con los pares.

Una relación afectiva puede convertirse en parte del riesgo cuando se establecen sentimientos de complacencia o demanda continua y sentimientos de protección, los cuales deben ser limitados, debido a que pueden generar una dependencia paralizante que deteriora la actividad del joven (Pardo, Sandoval, & Umbarila, 2014).

### **Los problemas de salud mental en los adolescentes, el derecho a la salud en la actual política de salud y el papel del profesional**

Los problemas de salud mental, según Alvarado (2011), han aumentado en todo el mundo. La Organización Mundial de la Salud estima que para el 2020 va a ser la segunda causa

de carga de enfermedad, después de la enfermedad isquémica, por lo que, la salud mental es un aspecto de la vida que se puede afectar tanto por agentes biológicos como por factores sociales, es decir, todo ser humano es susceptible de ver alterada su salud mental; no obstante, la adolescencia es una etapa que presenta mayor vulnerabilidad frente a los continuos y actuales cambios a los que se debe enfrentar.

En los últimos años han surgido diferentes enfermedades y situaciones que afectan cada vez más la salud; incluso se ha mencionado que la globalización ha repercutido directamente en ella. Estos trastornos pueden afectar de manera significativa al individuo, pero en especial a aquel que está en la adolescencia, período de la vida denominado por Erick Erickson, como la “Búsqueda de identidad vs. difusión de identidad”, quinta de ocho etapas de desarrollo, que se inicia entre los doce y los trece años y se extiende hasta los dieciocho años de edad.

Es necesario plantear un manejo adecuado al derecho a la salud mental de los adolescentes, más aún si se tienen en cuenta las condiciones actuales del país donde se presentan a diario situaciones de violencia, pobreza, desplazamiento, desempleo, etc.; en la mayoría de los países, a la salud mental se le ofrecen apenas los cuidados básicos en asistencia y tratamiento, incluso algunos países en vías de desarrollo satisfacen menos del 1% de sus necesidades (Alvarado, 2011).

## **El derecho a la salud**

En cuanto a respetar y proteger, el Estado debe abstenerse de interferir directa e indirectamente de tomar medidas que impidan o dificulten al individuo ejercer su derecho; en cambio debe protegerlo de intervenciones de terceros que puedan obstaculizar —a partir de medidas o reglamentos que dilaten o impidan— el acceso a los servicios de salud (Alvarado, 2011).

Incumplir el derecho a la salud de los adolescentes les puede generar exclusión y dificultad en adquirir las habilidades y herramientas para progresar; por el contrario, cuando se

invierte en este grupo los resultados se reflejarán directamente en el individuo, su familia y en el país, por su implicación en cuanto al desarrollo económico, social y cultural.

Una característica primordial dentro del derecho a la salud es la no discriminación, porque el riesgo de estigmatización puede ocasionar que algunos individuos no accedan a los servicios por temor y conviertan este factor en generador de una enfermedad mental (Alvarado, 2011).

La OMS menciona algunas enfermedades que considera no reciben suficiente atención: entre ellas, la salud mental.

La salud se ha visto afectada en la mayoría de los individuos con el modelo de desarrollo neoliberal, ya que pasó de ser un derecho a un servicio público, en el que el individuo debe pagar para obtener el beneficio de la atención (Alvarado, 2011).

En este modelo, el Estado pasó de ser proveedor de servicios de salud a ser un ente regulador, que disminuye su responsabilidad con lo ratificado en diferentes pactos; además, así se limita la calidad del servicio y las consultas se realizan cada vez en menor tiempo, con lo cual se impide reconocer factores de riesgo, ya que sólo se trata lo urgente y vital. La salud mental, es un derecho poco atendido, a pesar de que se reconoce su papel decisivo en el desarrollo del individuo, incluso para su autocuidado y el cuidado de los demás, por ello, es importante dar un manejo apropiado a los determinantes sociales que la pueden afectar.

La dificultad en el manejo de los trastornos y la enfermedad mental tiene una historia y unos antecedentes que la hacen en sí misma una molestia que la gente quiere ocultar o disimular por el estigma que puede generar hacia el individuo y la familia del que la padece (Alvarado, 2011).

## **2.1.2. Marco referencial sobre la problemática de investigación**

### **2.1.2.1. Antecedentes investigativos**

Albarrán & Macías (2007) en su artículo de investigación titulado “Aportaciones para un modelo psicoeducativo en el servicio de psiquiatría del Hospital Civil Fray Antonio Alcalde en Guadalajara, Jalisco, México” destaca que un factor de relevancia es también la postura que el personal del Servicio de psicología debería tener hacia la psicoeducación, convergiendo distintas aplicaciones en la Institución: la capacitación del personal interno para proporcionar un mejor servicio; la información que el profesional proporciona al paciente para “identificar y atender problemas, así como resolver dudas ante un tema.

Por lo anterior, es necesario un programa estratégico que cuente con el aval de las instituciones hospitalarias y el apoyo de la industria farmacológica con el suministro de recursos financieros a fin de trabajar en la mejora de la calidad de vida de las familias que presentan un miembro sintomático.

Las definiciones de Salud Mental han sido modificadas en diversas ocasiones; por lo cual, tal concepto no puede considerarse como definitorio; más la implicación de éste repercute en las políticas de salud y por tanto en la atención al usuario, así como en la posición en la que sea colocado el sujeto que se clasifique como sano o enfermo, y en consecuencia en las áreas donde la institución debe intervenir para el cumplimiento de los estándares de vida que la Salud Mental propone como adecuados (Albarrán & Macías, 2007).

Desde la perspectiva académica, las concepciones sobre la Salud Mental varían según los enfoques teóricos y criterios de diagnóstico utilizados, las concepciones filosóficas, morales y psicológicas vigentes y particularmente el modelo médico, el cual prima en nuestro medio sobre los anteriores. Considerar a alguien como enfermo o con un deterioro en su bienestar psicológico no sólo depende de alteraciones emocionales o de la personalidad, sino también de las actitudes de la sociedad con relación a este tipo de alteraciones.

Recuérdese que el principal objetivo del modelo de psicoeducación es evitar las recaídas del usuario; así se podría trabajar en la conformación de asociaciones psiquiátricas que faciliten la obtención de los medicamentos, consultas psicológicas y psiquiátricas por igual y que esta atención sea para los usuarios y para sus familiares (Albarrán & Macías, 2007).

Así mismo, Pardo, Sandoval, & Umbarila (2014) en su trabajo de investigación titulado “Adolescencia y depresión”, destaca que la familia es el centro primario de socialización infantil y juvenil, en el cual se encuentran los modelos a seguir por medio de la educación, de la observación constante del comportamiento de los padres y las formas de relación social establecidas por el núcleo familiar con otros grupos. Se ha reportado que la construcción del comportamiento de los jóvenes en edad escolar está relacionada con las características del estilo de paternidad y la familia.

Las familias clasificadas como no-clínicas presentan un mayor grado de cohesión, de satisfacción con el tipo de vínculo entre los miembros y de adaptabilidad, mayor utilización de la estrategia de reestructuración para afrontar los problemas y mayor orgullo de pertenecer a la familia (Pardo, Sandoval, & Umbarila, 2014).

De la misma forma, se encuentra que este tipo de familias despliega mejores estrategias de afrontamiento ante la acumulación de eventos estresantes. Otra característica de las familias no clínicas es la idea de aceptar el conflicto entre los miembros de la familia como algo necesario para el desarrollo de los individuos pertenecientes a la misma.

La mayoría de los niños y adolescentes con padres separados tiene, de forma moderada, desempeños más pobres en diferentes áreas: emocional, dificultades académicas, problemas de salud, embarazos no deseados y trabajo a edades tempranas, que aquellos niños y adolescentes que viven en familias que permanecen constituidas por dos padres (Pardo, Sandoval, & Umbarila, 2014).

Muchos de los problemas que se creen consecuencias del divorcio están presentes antes de la separación. La disolución marital puede ser entendida como un proceso que se manifiesta antes de la separación física de los padres.

Así, los desempeños pobres detectados antes de la separación pueden ser el resultado de la progresión de eventos disfuncionales en la familia, lo que a su vez genera la disolución marital, por lo que, muchos niños y adolescentes pueden llegar a beneficiarse con la separación de sus padres (Pardo, Sandoval, & Umbarila, 2014).

En esta línea, muchos autores han encontrado que hay instancias cuando la separación es benéfica para los niños y el mejoramiento de su bienestar.

#### **2.1.2.2. Categorías de análisis**

##### **Categoría de análisis 1: Consejería psicoeducacional**

**Definición:** Es el proceso en el que un profesional capacitado, escucha, informa y orienta a adolescentes o jóvenes, mujeres y hombres, a tomar decisiones personales relacionadas con la temática consultada, brindando información amplia y veraz, considerando sus necesidades y problemática particular

##### **Operacionalización de las subcategorías**

- Programas de intervención
- Competencia emocional
- Intervención familiar

##### **Categoría de análisis 2: Salud mental**

**Definición:** La salud mental se manifiesta como una interacción múltiple, y debe definirse como la calidad de la existencia del hombre, determinada por su relación armónica



con el medio social-natural que le corresponde; lógicamente la enajenación en la sociedad es inversamente proporcional a la calidad de dicha existencia

### **Operacionalización de las subcategorías**

- Adolescencia
- Comunicación familiar
- Enfermedad mental

### **2.1.3. Postura teórica**

La autora de la presente investigación sostiene la tesis de Albarrán & Macías (2007), en la que refiere que la psicoeducación, al tomar a la “enfermedad mental” como una circunstancia en la que todas sus manifestaciones desarrollan vínculos patológicos, pasa por alto que el malestar subjetivo hace formas de vínculos dentro de la estructura familiar. Sólo reconoce el *modus vivendi* que se propone como “formas sanas de relación”, resultando estereotipos que no siempre están en concordancia con la realidad de las familias inmersas en estas situaciones, pues la información estandarizada no da cuenta de la vivencia privada de los sujetos.

Aquí el papel del profesional de la salud es atender la demanda y profundizar en el tipo de vínculo que se crea, a nivel familiar e institucional. involucre en cada caso y lleve a la práctica la información que en la institución se ha adquirido por parte del usuario y sus familiares, traducidas en “habilidades” o “competencias” (Albarrán & Macías, 2007).

Un modelo psicoeducativo basado en la postura médica deja de lado otras disciplinas que se involucran en el tema de la salud-enfermedad, por ello, la problemática de los procesos de enfermedad mental, tratamiento y rehabilitación involucran factores como las emociones, los afectos y los vínculos. El tratamiento basado únicamente en la medicación y la disposición de información se muestra insuficiente ante la emergencia de fuertes afectos que las relaciones entre los usuarios conllevan; de aquí la importancia del manejo psicoterapéutico.

Una problemática que se presenta es el desplazamiento de los distintos enfoques de atención psicológica, tal ha sido el caso del psicoanálisis, la terapia familiar sistémica y otras prácticas psicoterapéuticas, ya que sus distintas visiones han sido desplazadas por el modelo conductista, que ha adquirido carácter de tratamiento recetable sintonizado a la práctica médica (Albarrán & Macías, 2007).

Es necesario, por lo tanto, que el modelo psicoeducativo tome en cuenta las características, necesidades, posibilidades y disposición de los usuarios, ya que cada caso es singular y su demanda de atención es distinta.

Por otro lado, la autora también destaca la versión de, Pardo, Sandoval, & Umbarila (2014) en la que afirman que, la depresión en la adolescencia puede presentarse como un problema transitorio y común, o como una enfermedad peligrosa que puede generar conductas autodestructivas; adicionalmente, durante esta etapa vital suceden al tiempo varios cambios en la personalidad que hacen difícil determinar la normalidad de este trastorno.

Es necesario, entonces, conocer las características de la adolescencia para así identificar los criterios diagnósticos, el pronóstico y el tratamiento que corresponde a esta etapa del desarrollo. En este sentido, se debe conocer la historia clínica del adolescente para identificar la presencia de alguna de estas tres condiciones:

1. Psicopatologías previas o de inicio temprano que se han reforzado por las estructuras externas (familia, escuela, etc.).
2. Crisis motivadas tanto por los cambios físicos, fisiológicos y emocionales, como por los desafíos que impone el ambiente. Las reacciones de los adolescentes ante cada una de estas crisis difieren en función de sus recursos. En ocasiones, la forma en que las personas afrontan cada crisis motiva juicios sociales y diagnósticos psiquiátricos.

3. Alteraciones emocionales y mentales, que se inician en la adolescencia, pero que pertenecen, por su larga evolución, a la edad adulta (Pardo, Sandoval, & Umbarila, 2014).

En el caso particular de los adolescentes se deben tener en cuenta, además, los siguientes elementos cuando se diagnostica un trastorno depresivo: (a) la forma y gravedad del episodio depresivo, (b) la funcionalidad del adolescente en su medio y las actividades que realiza, (c) la conciencia del trastorno y, (d) su capacidad para enfrentar los contenidos depresivos particulares en su mente.

En todas estas definiciones y modos de ver, enfermedades como la depresión, se entienden como un conglomerado de posibles respuestas comportamentales, fisiológicas y cognitivas, las cuales se estiman normales o anormales en función de variables como la intensidad, la duración, el número de síntomas presentes, la edad, la incapacidad generada y los factores contextuales que puedan estar afectando el estado de ánimo de las personas, entre otros (Pardo, Sandoval, & Umbarila, 2014).

Por último, la autora cita también a Alvarado (2011), que referencia, el reconocimiento que estas enfermedades pueden estar relacionadas con inseguridad, rápido cambio social, violencia, problemas de salud física y desesperanza. A pesar de lo expuesto, la salud mental aún no hace parte clara de los derechos del ser humano, incluso los individuos con alteraciones mentales pueden ver sus derechos humanos afectados, como es el caso de la participación social, la libertad de opinión, la posibilidad de conseguir empleo, además del acceso a la educación y la salud, aspectos necesarios para llevar una vida digna.

Dentro de los problemas de salud mental de los adolescentes, el suicidio y el intento de suicidio han ido en constante aumento en el mundo, debido a que la adolescencia, una etapa de constantes cambios psicológicos, hace al individuo en extremo vulnerable, por la ansiedad y depresión que aumentan cuando existe conflicto familiar o problemas sociales o económicos (Alvarado, 2011).

Es preciso recalcar que la salud mental no es sólo responsabilidad del sector de la salud, es una responsabilidad ética de todos: padres, profesores, comunidades educativas, laborales y científicas, y siempre se debe trabajar en pro de sostenerla y mantenerla (Alvarado, 2011).

## **2.2. HIPÓTESIS**

### **2.2.1. Hipótesis General o Básica**

- La consejería psicoeducacional influye en la estabilidad de la salud mental en los estudiantes de la Escuela de Educación Básica Manuel De Jesús Calle

### **2.2.2. Sub-hipótesis o Derivadas**

- La consejería psicoeducacional permite el origen de contextos que benefician el sostenimiento de la salud mental de los adolescentes
- La salud mental en los estudiantes de la Escuela de Educación Básica Manuel De Jesús Calle está determinada por la influencia de las relaciones familiares.
- Un programa de consejería psicoeducacional beneficia la salud mental de los estudiantes de la Escuela de Educación Básica Manuel De Jesús Calle

### **2.2.3. Variables**

#### **Variable Independiente:**

La consejería psicoeducacional

#### **Variable Dependiente:**

La salud mental.

## CAPITULO III

### RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

#### 3.1. RESULTADOS OBTENIDOS DE LA INVESTIGACIÓN

##### 3.1.1. Pruebas estadísticas aplicadas

La población es el grupo de individuos que habitan en una determinada zona donde se realiza la investigación. En la presente investigación se consideró una población de estudio determinada en la totalidad por estudiantes, padres de familia y docentes de la Escuela de Educación Básica Manuel De Jesús Calle. Además, se tomó en consideración una población de 70 estudiantes, 70 padres de familia y 5 docentes, la misma que facilitará el estudio y la investigación.

<b>INVOLUCRADOS</b>	<b>POBLACIÓN</b>	<b>%</b>	<b>MUESTRA</b>	<b>%</b>
Estudiantes	70	47%	70	47%
Padres de familia	70	47%	70	47%
Docentes	5	6%	5	6%
<b>Total</b>	<b>145</b>	<b>100</b>	<b>145</b>	<b>100</b>

*Elaborado por: SILVIA TAMARA SANDOYA FUENTES  
Fuente: Escuela de Educación Básica Manuel De Jesús Calle"*

**Total: 145**

### 3.1.2. Análisis e interpretación de datos

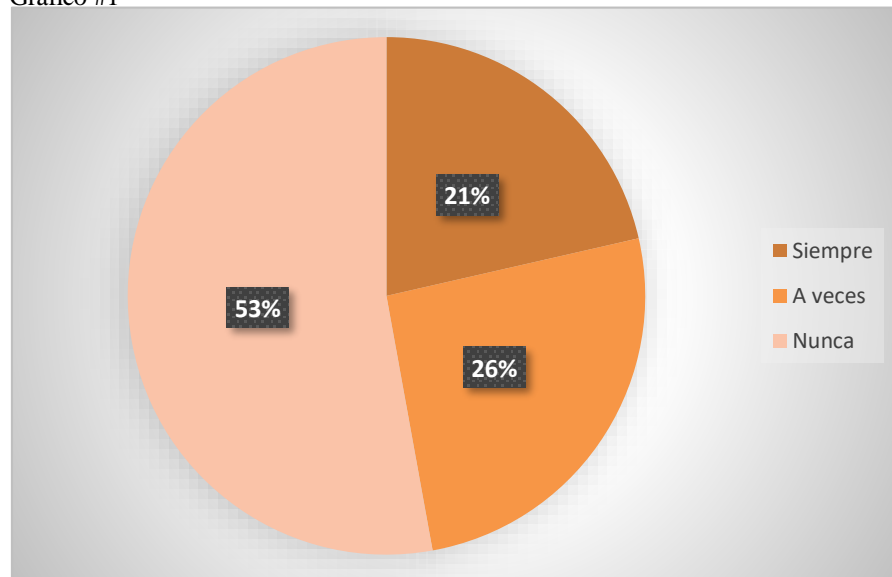
#### Encuesta dirigida a los estudiantes de la Escuela de Educación Básica Manuel De Jesús Calle”

¿Regularmente tiene problema para pronunciar lo que siente o piensa?

Tabla #1

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Siempre	15	21%
A veces	18	26%
Nunca	37	53%
TOTAL	70	100%

Gráfico #1



FUENTE: Encuesta realizada a los estudiantes de la Escuela de Educación Básica Manuel De Jesús Calle”  
ELABORACIÓN: SILVIA TAMARA SANDOYA FUENTES

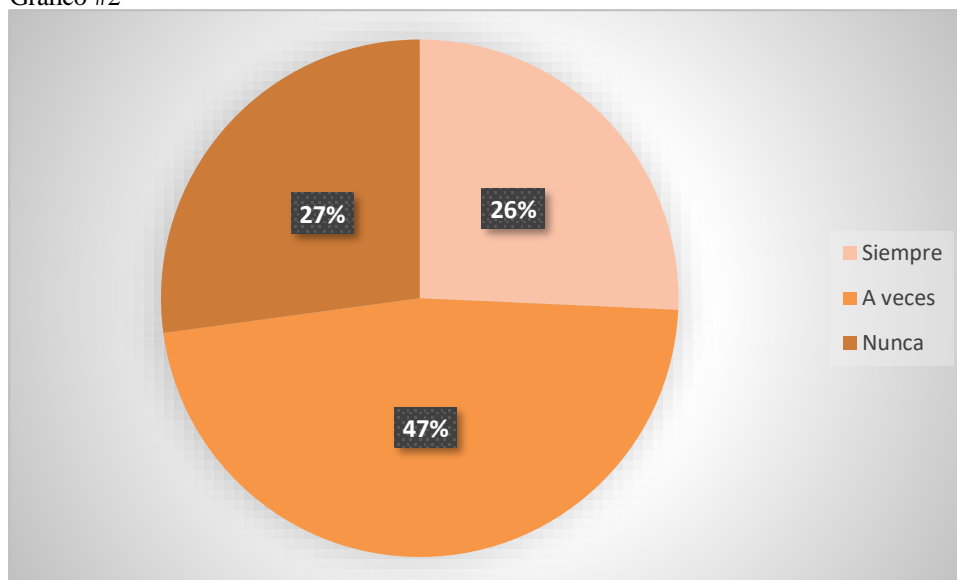
**Análisis e interpretación.** – El 21% de los estudiantes encuestados refirieron que regularmente tienen problemas para pronunciar lo que siente o piensa, el 26% afirmó que algunas veces y el 53% contestó que nunca tiene problemas para expresar lo que piensan. Es importante que los estudiantes tengan la sana costumbre de comunicar sus necesidades o pensamientos, ya que eso les permitirá liberarse de situaciones que por el contrario, si no las comunican, causarían efectos negativos en ellos.

**¿Tiene la costumbre de conversar con sus padres sobre sus situaciones personales que le ocurren fuera de casa?**

Tabla #2

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Siempre	18	26%
A veces	33	47%
Nunca	19	27%
TOTAL	70	100%

Gráfico #2



FUENTE: Encuesta realizada a los estudiantes de la Escuela de Educación Básica Manuel De Jesús Calle”  
ELABORACIÓN: SILVIA TAMARA SANDOYA FUENTES

**Análisis e interpretación.** – De los encuestados, el 26% afirmó que tiene la costumbre de conversar con sus padres sobre sus situaciones personales que le ocurren fuera de casa, el 47% comenta a veces y el restante 27% nunca lo hace. Por diferentes situaciones, tales como el miedo o el desinterés que muestran sus adultos, los hijos pueden llegar a pensar que no es importante comunicar sus situaciones a los demás, por lo que los progenitores deben estar atentos a estas situaciones que se pueden dar y pueden tener consecuencias negativas en la salud mental del alumno.

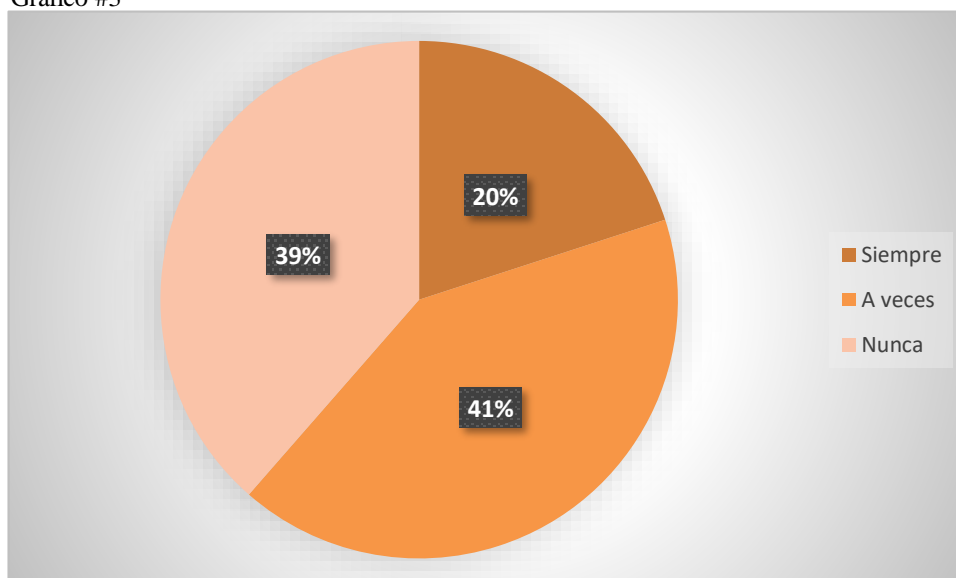
**Encuesta dirigida a los padres de familia de la Escuela de Educación Básica Manuel De Jesús Calle”**

**¿Considera que su representado siente la misma energía para disfrutar las actividades que realiza durante un día normal en su vida?**

Tabla #3

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Siempre	14	20%
A veces	29	41%
Nunca	27	39%
TOTAL	70	100%

Gráfico #3



FUENTE: Encuesta realizada a los padres de familia de la Escuela de Educación Básica Manuel De Jesús Calle”  
ELABORACIÓN: SILVIA TAMARA SANDOYA FUENTES

**Análisis e interpretación.** – De los padres de familia encuestados, el 20% considera que su representado siente la misma energía para disfrutar las actividades que realiza durante un día normal en su vida, el 41% destaca que sólo las disfruta en algunas ocasiones y el restante 39% destaca que su hijo/a ya no goza como antes las actividades. Los cambios hormonales debido a la edad pueden hacer que los estudiantes sufran de modificaciones en sus comportamientos, por lo que es el momento en el que los padres deben mostrar tolerancia y apoyo hacia ellos.

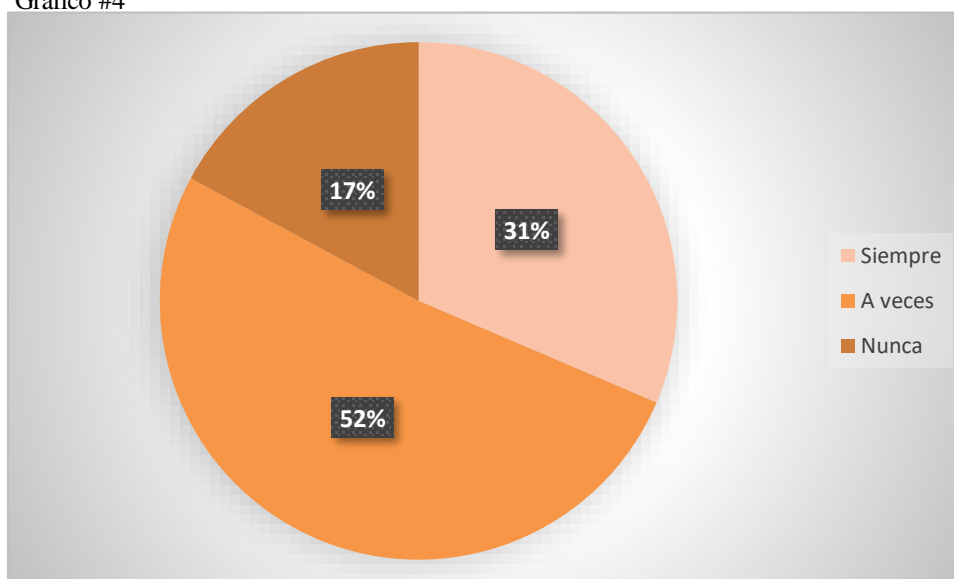


**¿Conversa con su representado sobre sus situaciones personales que le ocurren fuera de casa?**

Tabla #4

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Siempre	22	31%
A veces	36	52%
Nunca	12	17%
TOTAL	70	100%

Gráfico #4



FUENTE: Encuesta realizada a los padres de familia de la Escuela de Educación Básica Manuel De Jesús Calle”  
ELABORACIÓN: SILVIA TAMARA SANDOYA FUENTES

**Análisis e interpretación.** – Los padres de familia afirmaron en un 31% que sus hijos siempre conversan con ellos sobre sus situaciones personales que le ocurren fuera de casa, el 52% destacó que sólo a veces y el 17% final refirió que nunca sus hijos comunican sobre las actividades que tienen externamente. La confianza es básica en toda relación, incluso en la que se debe establecer entre padres e hijo, siendo notorio que los niños y adolescentes prefieran mentir a pasar por una reprimenda o falta de consideración en atender por parte de sus progenitores.

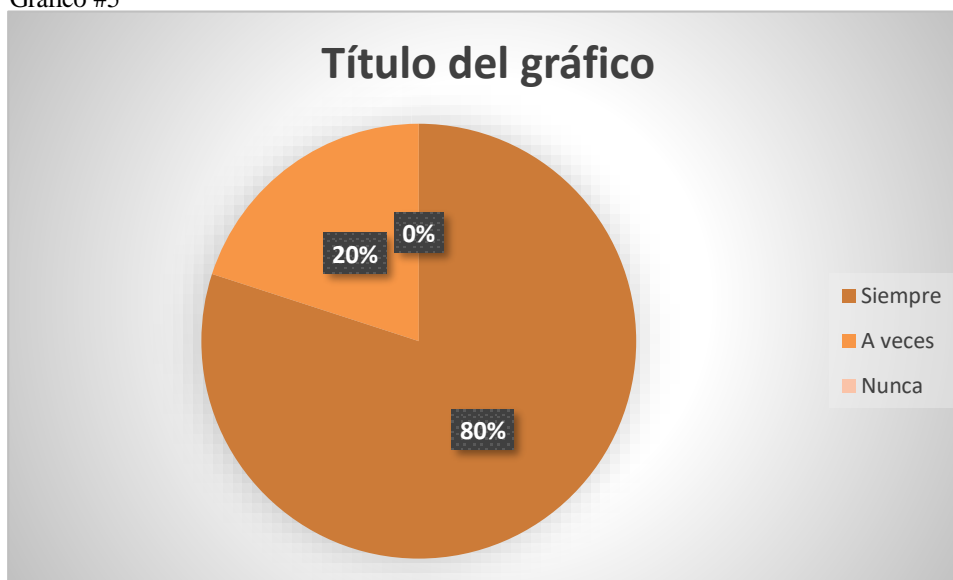
## Encuesta dirigida a los docentes de la Escuela de Educación Básica Manuel De Jesús Calle”

¿Cree que la situación familiar actual que vive su estudiante influye en el comportamiento que demuestra en el aula de clases?

Tabla #5

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Siempre	4	80%
A veces	1	20%
Nunca	0	0%
TOTAL	5	100%

Gráfico #5



FUENTE: Encuesta realizada a los docentes de la Escuela de Educación Básica Manuel De Jesús Calle”  
ELABORACIÓN: SILVIA TAMARA SANDOYA FUENTES

**Análisis e interpretación.** – El 80% de maestros encuestados afirmaron que la situación familiar actual que vive su estudiante influye en el comportamiento que demuestra en el aula de clases y el restante 20% considera que esto sólo tienen influencia en algunas ocasiones. El entorno familiar siempre será determinante a la hora de hablar del comportamiento que puedan mostrar los hijos fuera de casa.

**¿Piensa que a sus estudiantes le molestan ciertas situaciones que generalmente no le molestaban ni le llamaban la atención?**

Tabla #6

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Siempre	3	60%
A veces	1	20%
Nunca	1	20%
TOTAL	5	100%

Gráfico #6



FUENTE: Encuesta realizada a los docentes de la Escuela de Educación Básica Manuel De Jesús Calle”  
ELABORACIÓN: SILVIA TAMARA SANDOYA FUENTES

**Análisis e interpretación.** – El 60% de docentes cree que a sus estudiantes le molestan ciertas situaciones que generalmente no le fastidiaban ni le llamaban la atención, el 20% determinó que en algunas ocasiones ocurre esto y el 20% manifestó que nunca han visto esta reacción en sus estudiantes. Los maestros deben prestar mucha atención en los cambios que sus estudiantes pueden ir presentando durante el año lectivo, ya que esto puede ser determinante a la hora de tratar algún comportamiento o actitud que tenga uno de ellos y que impida un adecuado rendimiento escolar.

## **3.2. CONCLUSIONES ESPECÍFICAS Y GENERALES**

### **3.2.1. Específicas**

- La salud mental individual está explícita por variados factores sociales, psicológicos y biológicos tales como las presiones sociales constantes que se establecen como un conflicto bien conocido para los niños, adolescentes y sus sociedades, estando relacionada con los problemas educativos que presentan los estudiantes.
- El entorno familiar y escolar juegan un rol transcendental en el desarrollo de las dificultades de salud mental, siendo los factores asociados más frecuentes los conflictos familiares (separaciones o divorcios complicados) o las distintas maneras de violencia que pueden suceder en ambos entornos, por lo que es prioritario que los progenitores sostengan una buena comunicación con los hijos.
- La consejería psicoeducacional proyecta una forma de dar solución a los acontecimientos estresantes que se exteriorizan en la vida cotidiana de los estudiantes y que son de dificultosa resolución para los hijos y sus familiares, ya que cuando uno de sus miembros padecen alguna situación estresora, se genera un entorno inestable y conflictivo.

### **3.2.2. General**

- La consejería psicoeducacional ayuda a establecer la salud mental como un período de bienestar en el que los estudiantes desarrollan sus capacidades y son competentes de confrontar a las situaciones diarias, de trabajar de manera beneficiosa y de favorecer a su comunidad, por lo que este estado, se convierte en el cimiento del bienestar individual y del funcionamiento eficaz de la colectividad.

### **3.3. RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS Y GENERALES**

#### **3.3.1. Específicas**

- Que las autoridades de la institución educativa provean de herramientas para que se mantenga la salud mental individual que puede disminuirse por variados factores sociales, psicológicos y biológicos tales como las presiones sociales constantes que se establecen como un conflicto bien conocido para los niños, adolescentes y sus sociedades, estando relacionada con los problemas educativos que presentan los estudiantes.
- Que el entorno familiar y escolar fortalezcan el rol transcendental en el desarrollo de las dificultades de salud mental, evitando los factores asociados más frecuentes de los conflictos familiares (separaciones o divorcios complicados) o las distintas maneras de violencia que pueden suceder en ambos entornos, haciéndose prioritario que los progenitores sostengan una buena comunicación con sus hijos.
- Proyectar un programa de consejería psicoeducacional como una forma en la que se dé alternativas de solución a los acontecimientos estresantes que se exteriorizan en la vida cotidiana de los estudiantes y que son de dificultosa resolución para estos y sus familiares, ya que cuando uno de sus miembros padecen alguna situación estresora, se genera un entorno inestable y conflictivo.

#### **3.3.2. General**

- Que las autoridades de la institución gestionen y mantengan la consejería psicoeducacional, permitiendo establecer la salud mental como un período de bienestar en el que los estudiantes desarrollan sus capacidades y logren ser competentes de confrontar a las situaciones diarias, de trabajar de manera beneficiosa y de favorecer a su comunidad, generando bienestar individual y un funcionamiento eficaz de la colectividad.

## **CAPÍTULO IV**

### **PROPUESTA DE APLICACIÓN**

#### **4.1. PROPUESTA DE APLICACIÓN DE RESULTADOS**

##### **4.1.1. Alternativa obtenida**

Talleres de consejería psicoeducacional que favorezca la salud mental de los estudiantes de la Escuela de Educación Básica Manuel De Jesús Calle

##### **4.1.2. Alcance de la alternativa**

La época de la pubertad ha concebido durante los actuales períodos un buen número de indagaciones y un rápido interés entre los profesionales de la intervención psicológica, sobre todo debido a la notoriedad y gran preocupación social que suscitan muchos de los problemas propios de este periodo: estrés, inestabilidad emocional, conductas de desarrollo de riesgos, problemas alimentarios, violencia y comportamiento antisocial, etc.

En la presente propuesta de intervención que se ha desarrollado en función de los resultados obtenidos en el estudio, se pretende destacar contenidos que se podrán trabajar en la consejería psicoeducacional que favorecerá la salud mental de los estudiantes de la Escuela de Educación Básica Manuel De Jesús Calle de la que muestran en la actualidad comportamientos inseguros.

De esta forma se pretende el desarrollo de habilidades sociales, y concretamente favorecer la salud mental, haciendo insistencia en aquellos contenidos en los que presentan mayores dificultades que quedaron establecidas en los resultados que se obtuvieron en la aplicación de las encuestas a los padres de familia, estudiantes y docentes de la institución.

### **4.1.3. Aspectos básicos de la alternativa**

#### **4.1.3.1. Antecedentes**

Los estudios han definido una correspondencia que puede darse entre las dificultades en el desarrollo de destrezas sociales en la etapa de la juventud y distorsiones cuando llegan a la edad adulta; por ello, un apropiado adelanto en la situación emocional, es una de las guías que se relaciona más con la salud mental de los adolescentes y su calidad de vida.

Las habilidades sociales son aspectos esenciales en el desarrollo emocional de los adolescentes que los preparan para relacionarse con sus semejantes, así como el fortalecer la manera de discutir sobre sus impresiones y hábitos, sobre pretender llevar una autonomía, en un nivel personal como social. El concepto de la pubertad como una etapa dificultosa, problemática e incluso emocionante ha estado presente en la literatura, la filosofía y la psicología durante la mayor parte del siglo pasado.

Los estudiantes que están pasando su pubertad y que no han tenido comportamientos sociales apropiados distinguen a menudo aislamiento, retroceso e complacencia personal, los mismos que pueden estimular diversas reacciones ante lo que viven, entre ellas la ansiedad y estrés que ponen en riesgo la salud mental de ello e inclusive de sus propias familias y amigos.

La destreza para iniciar y mantener una interacción social positiva con los demás es esencial para el desarrollo de los niños y adolescentes, debido que les suministran la oportunidad de aprender y efectuar habilidades sociales que puedan influir de forma crítica en su posterior adaptación social, emocional y académica, por ello la importancia de la consejería psicoeducacional, para proveer de herramientas a los estudiantes que están pasando por algún tipo de dificultad que les impide gozar de una salud mental apropiada.

#### **4.1.3.2. Justificación**

Los estudiantes de los últimos años de educación básica, están aventurados a diferentes períodos estresores que por lo general sostienen ciertas emociones o sentimientos que quedan establecidas en intranquilidades o memorias distorsionados durante el día, por lo que desaprovechan interés por las cosas que antes solían disfrutar, lo que les impide manifestar su sensibilidad, mostrándose susceptibles, más agresivos que antes o incluso violentos.

Todo lo que pueda generarles inquietud, puede ser altamente angustioso, lo que les llevaría a evitar ciertos lugares o ambientes que traen a la memoria esos recuerdos. En la Escuela de Educación Básica Manuel De Jesús Calle se han dado situaciones de estrés y agresiones, los mismos que han generado dificultades en los procesos educativos, convirtiéndose en elementos productores de estrés en ellos, por lo que se establece la necesidad de aportar con esta planificación sobre el tema de consejería psicoeducacional que favorezca la salud mental de los estudiantes

El programa de consejería psicoeducacional tiene como receptores a los estudiantes de los últimos años de educación básica y está diseñado para ser aprovechado en el contexto escolar, contando con el apoyo de los maestros, ya que su comprensión del grupo ayudará a ejecutar las acciones del modo más acertado y provechoso posible para toda la comunidad educativa.

Además, la presentación está concebida para perseguir una metodología de trabajo en grupo, es decir, todas las actividades están proyectadas para ejecutarse de manera vinculada por toda la clase, encaminando la motivación del grupo y alcanzar una colaboración activa por parte de cada uno de los estudiantes, de esta manera se procurará que a través de la interacción con los demás, experimenten e interioricen los contenidos de cada uno de los talleres en los que se incluye a los estudiantes y padres de familia. El programa constará de 5 sesiones que serán distribuidas a lo largo de un semestre, ejecutándose durante el año lectivo, cada sesión tendrá una duración de 2 horas, detallando los contenidos que se van a trabajar y se realizará una introducción teórica de los conceptos principales.



## **4.2. OBJETIVOS**

### **4.2.1. General**

- Ejecutar los Talleres de consejería psicoeducacional que favorezcan la salud mental de los estudiantes de la Escuela de Educación Básica Manuel De Jesús Calle

### **4.2.2. Específicos**

- Favorecer la obtención de conocimientos sobre la salud mental en los estudiantes de la Escuela de Educación Básica Manuel De Jesús Calle
- Originar la necesidad de destrezas de interacción que permitan un desarrollo emocional adecuado en los estudiantes de la Escuela de Educación Básica Manuel De Jesús Calle
- Proveer alternativas de acción frente aquellas situaciones que pongan en peligro la salud mental de los estudiantes de la Escuela de Educación Básica Manuel De Jesús Calle

### **4.3. ESTRUCTURA GENERAL DE LA PROPUESTA**

#### **4.3.1. Título**

Talleres de consejería psicoeducacional que favorezca la salud mental de los estudiantes de la Escuela de Educación Básica Manuel De Jesús Calle

#### **4.3.2. Componentes**

**Sesión 1.** Comunicación verbal y no verbal

**Sesión 2.** Asertividad

**Sesión 3.** Decir no y cortar interacciones

**Sesión 4.** Defender los propios derechos y opiniones

**Sesión 5.** Hacer peticiones y relacionarnos con el sexo opuesto

#### **Sesiones**

**Sesión 1.** Comunicación verbal y no verbal

#### **Objetivos**

- Aprender a utilizar la comunicación verbal y no verbal de forma adecuada y coherente en las interacciones.
- Ser consciente de la importancia de utilizar de forma adecuada la comunicación no verbal para mantener relaciones satisfactorias.

#### **Introducción teórica**

En el proceso de la comunicación interpersonal intervienen dos canales, el verbal y el no verbal:

### **Comunicación verbal**

La comunicación verbal es aquella en la que se utiliza la palabra para hacer llegar un mensaje a nuestro receptor o receptores, ya sea dar una opinión, expresar un sentimiento, realizar una pregunta, dar una orden, argumentar, dar una indicación etc.

### **Comunicación no verbal**

Cuando se habla de comunicación no verbal se refiere a los gestos, posturas, expresiones faciales, tono de voz, movimientos, miradas etc. que acompañan a la comunicación verbal y que complementan el mensaje, ya que expresan el estado de ánimo, emociones o actitud de la otra persona.

### **Actividades 1:** Observar nuestro lenguaje no verbal

#### **Desarrollo:**

Los alumnos formarán grupos de 3 personas, dos de ellos se situarán uno enfrente del otro para conversar durante 5 minutos sobre un tema que habrá sido previamente dictado por el profesional, deberán hacerlo dando su opinión y tratando de comportarse en la forma en la que lo harían habitualmente.

La tercera persona deberá observar la conversación, fijándose en la conducta no verbal de ambos y anotando todo aquello que le parezca relevante, tanto lo que hacen bien como aquello que podrían mejorar. Al pasar los 5 minutos se volverá a reunir toda la clase y cada uno de los observadores explicará al grupo sus anotaciones.

Entre todos comentarán si están de acuerdo con el observador y añadirán sus propias opiniones. Si existe algún aspecto que se considere que se debe mejorar, los

que mantenían la conversación la continuarán, realizando las modificaciones pertinentes en su lenguaje no verbal.

**Duración:** 30 minutos.

**Recursos:** Un aula equipada con mesas y sillas, lo bastante amplia para albergar a todos los alumnos que participan en la dinámica.

### **1. Adivina cómo se sienten a través de la comunicación no verbal**

#### **Desarrollo:**

En la siguiente actividad se formarán grupos de dos personas, el tutor repartirá a un miembro de la pareja una tarjeta con una emoción determinada (cariño, alegría, tristeza, desprecio, enfado)

Los alumnos deberán representar una conversación informal, simulando a dos amigos que se encuentran;

Hola Marta.

¡Eh! Hola Roberto, ¿Cómo va todo?

-Todo bien, cuánto tiempo sin verte. ¿Qué es de tu vida?

Aquel que tiene la tarjeta deberá expresar la emoción que le haya tocado mediante el lenguaje no verbal, (tono de voz, los gestos, las pausas, distancia que toma con la otra persona, posición...) de manera que su compañero adivine de que emoción se trata.

Cada pareja realizará la representación delante de la clase, de forma que todos puedan observar la situación e intentar adivinar la emoción de su compañero.

Al acabar, entre todos se comentará en que aspectos de la comunicación no verbal han detectado la emoción, y se corregirá cualquier forma inadecuada de expresarla.

Tras observar a todos los grupos, se reflexionará sobre toda la información que nos transmite la comunicación no verbal.

**Duración:** 30 minutos

**Recursos:** Un aula equipada con mesas y sillas, lo bastante amplia para albergar a todos los alumnos que participan en la dinámica. Tarjetas para repartir.

## **2. Comunicación verbal y comunicación no verbal**

### **Desarrollo:**

Para llevar a cabo esta actividad se dividirá a la clase en grupos de 4 personas. Cada uno de estos grupos deberá pensar en una escena que representar, y cada uno de los miembros del grupo asumirá un papel. La actividad consiste en que representen esta escena delante de sus compañeros, acompañando su comunicación verbal de su comunicación no verbal de forma coherente.

Por ejemplo, los cuatro miembros del grupo simulan que están aconsejando a uno de sus amigos que acaba de tener una discusión con su pareja. Cada uno de ellos deberá reflejar tanto con sus palabras como su tono de voz, gestos, o posición, el mismo mensaje.

Al finalizar, los compañeros analizarán la representación, comentando en que aspectos de la comunicación no verbal han observado que el mensaje era coherente con la comunicación verbal.

**Duración:** 30 minutos

**Recursos:** Un aula equipada con mesas y sillas, lo bastante amplia para alojar a todos los alumnos que participan en la dinámica.

## **Sesión 2. Asertividad**

### **Objetivos**

- Identificar el estilo asertivo y los otros dos estilos de relación interpersonal: inhibido y agresivo.
- Tomar conciencia de la importancia de comportarse de forma asertiva en las relaciones interpersonales.

### **Introducción teórica**

Se puede diferenciar tres estilos a la hora de relacionarse con los demás.

#### **Asertivo**

La persona asertiva muestra respeto hacia su interlocutor así como hacia su propia persona, es decir, defiende sus derechos y respeta los derechos de los demás, mantiene una relación de igual a igual con la otra persona, no se cree ni superior ni inferior, es flexible y sabe solucionar los conflictos mediante el diálogo, de manera pacífica, no intenta manipular, ni deja ser manipulado, consigue sus objetivos sin tener que herir para ello a nadie y es consciente de que tiene derecho a equivocarse, por lo que acepta sus propias limitaciones, siendo a su vez tolerante con los errores ajenos.

#### **Inhibido**

La persona con un estilo inhibido, se sitúa en un plano de inferioridad en sus relaciones interpersonales, no se respeta, ni se hace respetar por la otra persona, no defiende sus propios derechos, antepone los deseos de los demás a los suyos propios,

quiere siempre agradar a los demás por lo que evita cualquier conflicto y no se atreve a expresar sus propias opiniones o sentimientos por miedo a molestar.

### **Agresivo**

La persona agresiva se considera superior a todos los demás, utiliza la agresión verbal, psicológica y física en sus relaciones, defiende sus derechos por encima de todo sin respetar los de los demás, para conseguir sus objetivos manipula, humilla y atenta contra todos sin considerar el daño a la otra persona. Siempre está en estado de ataque, dispuesto a discutir, es rígido en sus opiniones y no admite sus propios errores, cree que nunca se equivoca.

### **Actividades**

#### **1. Transformar la conducta al estilo asertivo.**

#### **Desarrollo:**

Se realizan grupos de tres personas, cada grupo debe pensar una conducta inhibida o agresiva que haya tenido, o haya observado en otra persona durante la última semana. Los miembros del grupo deben explicar frente a sus compañeros el tipo de conducta que han escogido, y que características la identifican como conducta inhibida o agresiva.

Una vez explicado, deberán representar la situación cambiándola al estilo asertivo.

Al terminar la representación el resto de compañeros podrá aportar nuevas opiniones o propuestas para comportarse de forma asertiva en la situación determinada que se esté representando. Al finalizar todos los grupos, se reflexionará sobre los beneficios de comportarse de manera asertiva.

**Duración:** 30 minutos

**Recursos:** Un aula equipada con mesas y sillas, lo bastante amplia para albergar a todos los alumnos que participan en la dinámica.

## **1. Técnicas asertivas**

### **Desarrollo:**

En la siguiente actividad se pondrán en práctica las técnicas de la pregunta asertiva, el aplazamiento asertivo y el acuerdo asertivo.

Para ello se dividirá a la clase por parejas, quienes deberán simular las siguientes situaciones:

- Un amigo le reprocha a otro que no se haya acordado de esperarlo para ir juntos a casa después de clase.
- Un compañero recrimina al otro por llegar media hora tarde de la hora acordada.
- Un familiar reprende contra otro argumentando que está siempre malhumorado y solo piensa en sí mismo.
- Un amigo acusa a otro de dejarlo de lado por comenzar a conocer a gente nueva.

Cada miembro de la pareja asumirá un papel, uno de ellos realizará la crítica y el otro deberá contestar utilizando las diferentes técnicas asertivas. Se irán intercambiando los papeles para que ambos puedan practicar estas técnicas en las diferentes situaciones sugeridas.

Tras pasar 15 minutos toda la clase se reunirá de nuevo y en grupo se comentará la actividad.



Cada pareja explicará de qué manera ha utilizado las técnicas asertivas y que dificultades ha observado, y podrá realizar las sugerencias o aportaciones que considere oportunas.

**Duración:** 30 minutos.

**Recursos:** Un aula equipada con mesas y sillas, lo bastante amplia para albergar a todos los alumnos que participan en la dinámica.

## **2. Debate asertivo**

### **Desarrollo:**

Se dividirá la clase en grupos de 4 o 5 personas. A cada grupo se le propondrá que debata sobre un tema determinado, y a cada miembro del grupo se le asignará una postura ante este tema.

Por ejemplo, se propone a los miembros del grupo que simulen que cada uno de ellos es el delegado de una de las clases de su curso, y se han reunido para debatir si los exámenes de recuperación se realizarán en julio o en septiembre. Cada miembro del grupo deberá tener una postura (uno defenderá que se realicen en julio, otros en septiembre y uno de ellos puede proponer una alternativa distinta).

Deben realizar el debate practicando la conducta asertiva; tratando, por tanto, de respetar los turnos de palabra de sus compañeros, hacer respetar su turno de palabra, expresar sus puntos de vista, respetar los puntos de vista de los demás, cuidando su lenguaje no verbal y verbal etc. Cada grupo deberá debatir durante 5 minutos delante del resto de la clase, de esta forma todos los alumnos podrán observar y aprender de las conductas asertivas de sus compañeros. Al acabar el debate, todos podrán dar su opinión comentando tanto los aspectos positivos como aquellos que se puedan mejorar.

**Duración:** 30 minutos

**Recursos:** Un aula equipada con mesas y sillas, lo bastante amplia para albergar a todos los alumnos que participan en la dinámica.

### **Sesión 3: Defender los propios derechos y opiniones**

#### **Objetivos**

- Aprender a expresar nuestros sentimientos, opiniones y derechos, y defenderlos de manera asertiva ante otras personas.
- Fomentar el respeto por los derechos, opiniones y sentimientos de los demás.

#### **Introducción teórica**

Todas las personas poseen una serie de derechos que deben ser respetados. En ocasiones, durante nuestras relaciones interpersonales estos derechos son vulnerados (insultos, humillaciones, se nos minusvalora, no se nos respeta, no se tienen en cuenta nuestras opiniones...) y de igual forma, otras ocasiones son las mismas personas quienes atentan contra los derechos de los demás.

Se debe, por tanto, conocer cuáles son los derechos, aprender a defenderlos y hacerlos respetar, y de igual forma respetar los derechos de los demás, siempre de manera asertiva.

#### **Actividades**

##### **1. Defender nuestros derechos.**

#### **Desarrollo:**

En la siguiente actividad se les propone a los alumnos que imaginen las siguientes situaciones:

- Estas en el cine y la persona del asiento de al lado habla constantemente en un tono muy elevado.
- Tus padres te acusan de haber roto uno de los sillones de casa, pero no has sido tú.
- Estas haciendo cola, para entregar unos papeles en la secretaría de tu instituto, y varias personas se cuelan en la fila por delante de ti.

Deberán formar parejas y representar cada una de estas escenas, cada vez será uno de los miembros de la pareja quien defienda sus derechos de manera asertiva ante estas situaciones. Antes de empezar se les da los siguientes consejos, para defender sus derechos de manera asertiva (Monjas, 2007):

- Expresa la expresión verbal correcta (expresiones directas, sin rodeos, mensajes “yo”, breves y claros).
- Utiliza un lenguaje corporal asertivo (tono de voz firme y tranquilo, contacto ocular, distancia cercana al interlocutor...)
- Dirigirte a la otra persona de manera respetuosa y amable, sin dar órdenes ni intentar “castigarlo” o ridiculizarlo por lo ocurrido.
- Pide mediante una sugerencia el cambio de conducta
- Agradece a la otra persona que te haya escuchado.

Tras 15 minutos de práctica se volverá a reunir a toda la clase, y se reflexionará sobre cómo suelen actuar frente estas situaciones, y que ventajas nos aporta defender nuestros derechos de manera asertiva.

**Duración:** 30 minutos

**Recursos:** Un aula equipada con mesas y sillas, lo bastante amplia para albergar a todos los alumnos que participan en la dinámica.

## **2. Defender y respetar opiniones**

**Desarrollo:**

Se dividirá a la clase en grupos de 4 personas. Cada grupo deberá realizar un debate sobre uno de estos temas (la eutanasia, el aborto, la pena de muerte...), se procurará que los miembros del grupo tengan opiniones contrapuestas en el tema elegido, si no es así, simularán que se defienden puntos de vista opuestos.

El debate durará 15 minutos, tras este tiempo se comentará de forma conjunta la actividad. Cada grupo expondrá como se ha sentido al defender sus opiniones, así como al respetar la de los demás de manera asertiva. Se señalarán las dificultades que se hayan tenido y entre todos se intentarán dar soluciones o alternativas.

**Duración:** 30 minutos

**Recursos:** Un aula equipada con mesas y sillas, lo bastante amplia para albergar a todos los alumnos que participan en la dinámica.

### **3. Ejemplos cotidianos**

#### **Desarrollo:**

Para la realización de la siguiente actividad se dividirá a la clase en grupos de 5 personas. Cada uno de los miembros del grupo deberá pensar en una situación que les haya ocurrido recientemente en la que: han sido vulnerados sus derechos, no se han tenido en cuenta sus sentimientos o no han sabido defender sus opiniones de manera asertiva.

Por ejemplo:

Nuestro grupo de amigos está formado por 6 personas, el otro día nos reunimos para decidir cuál sería el destino de nuestro próximo viaje. Todos los miembros del grupo opinaron, pero al llegar mi turno ninguno de mis compañeros escucho mi opinión al respecto, alegando que todos estaban de acuerdo y no iban a cambiar el destino por una persona. Ante esta situación no supe reaccionar de manera asertiva y comenzamos a discutir.

Se dejarán 5 minutos para que cada uno de los miembros del grupo piense en una de estas situaciones. A continuación, cada uno de los miembros expondrá su historia, cómo se sintió ante tal situación y como debería haber actuado según el estilo asertivo. T

ras 10 minutos se volverá a reunir toda la clase, y se les pedirá que piensen en una situación que hayan vivido recientemente en la que: han vulnerado los derechos de otra persona, no han tenido en cuenta los sentimientos de otro o no han respetado las opiniones de un compañero.

Cada miembro comentará a su grupo la situación en la que haya pensado, y se reflexionará sobre la importancia de saber defender nuestros derechos, sentimientos y opiniones de igual forma que respetamos los derechos opiniones y sentimiento de los demás.

**Duración:** 30 minutos

**Recursos:** Un aula equipada con mesas y sillas, lo bastante amplia para albergar a todos los alumnos que participan en la dinámica.

#### **Sesión 4: Decir no y cortar interacciones**

##### **Objetivos**

- Aprender a decir no y cortar interacciones de manera asertiva.
- Aprender a asimilar de forma asertiva las negativas que nos hacen otras personas.

##### **Introducción teórica**

Como hemos explicado en la sesión anterior, dentro del apartado derechos asertivos, todas las personas tenemos el derecho a decir “no” y rechazar peticiones, y

no tenemos por qué sentirnos culpables por ello, ni ceder para conseguir la aprobación de los demás. Es muy frecuente que otras personas nos pidan que hagamos algo que no queremos e insistan intentándonos manipular, haciéndonos sentir culpables o dándonos múltiples razones de por qué deberíamos hacer lo que nos dicen o piden.

Debemos recordar que tenemos derecho a expresar nuestros propios sentimientos y opiniones, juzgar nuestras necesidades, establecer nuestras prioridades y tomar nuestras propias decisiones, decir “no” sin sentirnos culpables y de la misma forma pedir lo que queremos entendiendo que las otras personas también tienen el derecho a decir “no”.

A continuación, exponemos un guía en las que se marcan las pautas a seguir para decir no y responder y recibir negativas de manera asertiva (Monjas, 2007).

Decir “no” de manera asertiva.

1. Decidir por ti mismo que no quieres o no debes hacer lo que te piden.
2. Buscar el momento y el lugar apropiado para comunicar nuestra decisión a la otra persona (cuando haya poca gente, pudiendo estar a solas con la otra persona, cuando consideremos que el otro se encuentra relajado y dispuesto a escucharnos...)
3. Utilizar las expresiones verbales correctas e intentar expresarlo de una forma directa, sin rodeos, breve y clara. Si lo creemos oportuno es positivo que justifiquemos o demos una razón a nuestra negativa.
4. Acompañar nuestra comunicación verbal de nuestra comunicación no verbal, utilizando un lenguaje corporal asertivo (contacto ocular, expresión corporal tranquila, tono de voz firme y seguro...)
5. En el caso que lo consideremos oportuno, sugerir una alternativa.
6. Agradecer a la otra persona que haya comprendido y aceptado tu decisión.

### **Recibir y responder a una negativa de manera asertiva**

1. Escuchar con atención e interés lo que nos está diciendo la otra persona al negarse a nuestra petición.

2. Ponernos en el lugar de la otra persona para comprender lo que nos dice y su punto de vista.
3. Controlar el enfado y aquellas sensaciones desagradables que nos produzca escuchar la negativa de la otra persona.
4. Actuar en consecuencia a lo que nos dice la otra persona (abandonar el tema, pedir más aclaraciones, seguir insistiendo si se cree necesario...)

### **Algunas técnicas asertivas**

**Técnica del sándwich:** La siguiente técnica asertiva consiste en expresar algo positivo tanto antes como después de dar la negativa o rechazar una petición, de forma que resulte menos molesto para la otra persona. Por ejemplo:

- Un amigo te invita a una fiesta este sábado, pero no te apetece lo más mínimo ir, si utilizas la técnica del sándwich podrías contestarle de la siguiente manera:
- Muchas gracias por invitarme (mensaje positivo), pero no me viene bien ir este sábado (negativa), podemos quedar otro día y pasar la tarde juntos (mensaje positivo).

### **Actividades**

1. Decir no de forma asertiva.

#### **Desarrollo:**

Para la realización de la siguiente actividad se dividirá la clase por parejas, para que practiquen entre ellos a decir no de manera asertiva, simulando las siguientes situaciones:

- Tu amigo te pide que le gastes una broma pesada a un compañero de clase.
- Te proponen no entrar a clase e irte a casa de uno de tus compañeros.
- Durante una fiesta tus amigos insisten en que bebas más alcohol y pruebes el tabaco.

- Después de una fiesta tus amigos te insisten en que te quedes en vez de regresar a casa a la hora que habías acordado con tus padres.

Cada miembro de la pareja asumirá un papel, de forma en que uno será el que insista, utilizando todo tipo de estrategias para que su compañero ceda, y el otro deberá negarse de manera asertiva, haciendo uso de la técnica del disco rayado y la técnica del banco de niebla, así como aplicando las técnicas de la guía para decir “no”, explicada en la introducción teórica.

La pareja se irá intercambiando los papeles para que ambos puedan practicar las técnicas. Tras 20 minutos de práctica se volverá a reunir toda la clase para comentar la actividad, así como para reflexionar sobre las ventajas de decir no de manera asertiva.

**Duración:** 30 minutos

**Recursos:** Un aula equipada con mesas y sillas, lo bastante amplia para albergar a todos los alumnos que participan en la dinámica.

## 2. Cortar interacciones

**Desarrollo:**

En la siguiente actividad se pondrá en práctica la técnica del sándwich, con el objetivo de aprender a cortar interacciones de forma asertiva. Se formarán parejas para que practiquen entre ellas simulando las siguientes situaciones:

- Voy a una tienda y el vendedor insiste en venderme un producto que no me gusta, ni necesito.
- Tengo mucha prisa y justo antes de salir de casa me llama un amigo por teléfono, intento cortarle, pero habla mucho.



- Una amiga me pide que le preste un collar, tiene un gran valor sentimental para mí y preferiría no prestárselo a nadie.
- Llevo unas semanas quedando con un chico/a que conocí durante las vacaciones, pero no me apetece seguir quedando con él/ella y tengo que comunicarle mi decisión.

Las parejas se irán intercambiando los roles para que cada vez sea uno el que practique a cortar interacciones de forma asertiva.

Tras 15 minutos de práctica, la clase se volverá a reunir para comentar la actividad y las dificultades que han tenido. Por último, se reflexionará sobre cómo nos sentimos cuando tenemos que decirle “no” a una persona, y de qué manera mejorara la situación si utilizamos la asertividad.

**Duración:** 30 minutos

**Recursos:** Un aula equipada con mesas y sillas, lo bastante amplia para albergar a todos los alumnos que participan en la dinámica.

### **Sesión 5: Hacer peticiones y relacionarnos con el sexo opuesto**

#### **Objetivos**

- Conocer nuevas técnicas para iniciar relaciones y comunicarse de manera asertiva.
- Mejorar la capacidad para hacer y recibir elogios.

#### **Introducción teórica**

Los seres humanos somos seres sociales, por lo que es habitual que en nuestro día a día nos decidamos a hacer peticiones a otras personas. Como hemos estado viendo, las personas asertivas se esfuerzan por conseguir sus objetivos, satisfacer sus necesidades y hacer realidad sus deseos.

Por lo que debemos entender estas peticiones como algo natural y positivo, tanto para nosotros como para nuestras relaciones interpersonales, siempre que las realicemos de una manera asertiva. Para realizar peticiones de forma asertiva podemos seguir las siguientes pautas (Roca, 2007):

- En primer lugar, deberemos tener claro cuáles son nuestros objetivos, las características de la situación y de la persona a la que realizamos la petición.
- Debemos evitar las actitudes de exigencia (hacia ti mismo o hacia la otra persona) o catastrofismo (si rechaza tu petición te está rechazando a ti como persona).
- Es importante que elijamos el momento oportuno para hacerla. Un momento en el que podamos conversar sin prisas y nos encontremos cómodos y relajados.
- Debemos recordar que la otra persona tiene el derecho a decidir y a decirnos "no". Por ello no debemos sentirnos rechazados, ni en ridículo.
- Respetar los derechos y sentimiento de la otra persona.
- Cuidar el lenguaje no verbal (volumen de voz adecuado, tono amable, mantener el contacto visual...) y que éste tenga congruencia con nuestras palabras. Asimismo, deberemos observar el lenguaje no verbal de la otra persona para saber si es el momento más adecuado o como se está tomando nuestra petición.
- Cuidar la forma (ser amables, pedir las cosas por favor, agradecer que te escuche...) y el contenido (peticiones realistas, claras y concretas, explicar el interés que tiene para ti...)

## **Actividades**

### **1. Hacer peticiones**

### **Desarrollo:**

En la siguiente actividad se pondrán en práctica las pautas ofrecidas durante la introducción teórica, para hacer peticiones de forma asertiva.

Por parejas (en la medida de lo posible se intentará formar parejas compuestas por un chico y una chica) los alumnos simularan las siguientes situaciones:

- Pide a tu profesor que te deje salir de clase antes de la hora, para realizar una llamada importante.
- Pide una cita a un compañero de clase que te guste.
- Pide dinero a un amigo.
- Invita a un compañero a tomar algo después de las clases.

Cada vez será uno de los miembros del grupo quien deberá practicar a hacer peticiones. El otro compañero podrá decidir si acepta la petición o la rechaza, siempre que lo haga de manera asertiva. Tras 20 minutos de práctica se comentará en grupo la actividad y se reflexionará sobre las ventajas de hacer peticiones de manera asertiva.

**Duración:** 30 minutos

**Recursos:** Un aula equipada con mesas y sillas, lo bastante amplia para albergar a todos los alumnos que participan en la dinámica

## **2. Hacer y recibir elogios**

**Desarrollo:** Para la realización de la siguiente actividad se pedirá a los alumnos que se pongan de pie y formen dos filas, colocándose unos enfrente de los otros e intentando que ambas filas tengan el mismo número de alumnos, de manera que todos los alumnos tengan un compañero enfrente.

La actividad consiste en decirle a nuestro compañero de enfrente un elogio sincero, es decir destacar alguna de sus cualidades o alguno de sus aspectos positivos. Al acabar, será este mismo compañero quien nos diga un elogio.

Tras pasar 3 minutos, una de las filas se moverá un sitio hacia la izquierda y repetiremos la misma operación con el siguiente compañero, de manera que podemos decir y recibir un elogio de todos los compañeros de nuestra clase. Tras 15 minutos de práctica, los alumnos tomarán asiento y se reflexionará sobre como solemos reaccionar cuando otra persona nos hace un elogio, y porque en ocasiones nos avergonzamos e intentamos quitarnos méritos o quitarle importancia a lo que nos están diciendo.

Asimismo, se compartirán técnicas para hacer y recibir elogios de manera asertiva.

**Duración:** 30 minutos

**Recursos:** Un aula equipada con mesas y sillas, lo bastante amplia para albergar a todos los alumnos que participan en la dinámica

### **3. Iniciar conversaciones**

**Desarrollo:**

Para la realización de la siguiente actividad se pedirá a los alumnos que formen pareja con aquella persona del aula con la que tengan menos relación o más dificultad para relacionarse. Una vez formadas las parejas se les pedirá que inicien una conversación. Se les dará las siguientes pautas a seguir (Roca, 2007):

- Iniciar conversación
- Saludo agradable y amistoso
- Inicia la conversación con una frase hecha o comentando algún tema que sea de su interés o de interés mutuo.

- Mantener conversación
- Cuida el lenguaje no verbal.

### **Cerrar conversación**

- Observar el lenguaje no verbal de tu interlocutor te ayudará a saber si la conversación se está haciendo larga y pesada.
- Corta la conversación de manera asertiva.

Tras 15 minutos de práctica se reunirá a toda la clase para comentar la actividad. Cada pareja deberá explicar al resto de sus compañeros su experiencia y como se han sentido poniendo en práctica las pautas asertivas.

**Duración:** 30 minutos

**Recursos:** Un aula equipada con mesas y sillas, lo bastante amplia para albergar a todos los alumnos que participan en la dinámica

#### **4.4. RESULTADOS ESPERADOS DE LA ALTERNATIVA**

- Generar una reflexión acerca de la situación actual en función de la situación emocional de los estudiantes, así como del uso de estrategias autorregulatorias que permitan un afrontamiento adaptativo, dentro del contexto escolar y que se pueden gestionar desde la consejería psicoeducacional por parte de los profesionales en el área de la psicología que laboran dentro de la institución.
- Generar motivación en los estudiantes y una actitud optimista para la solución de problemas, concibiendo en ellos la capacidad para tolerar, controlar o influir en las diversas situaciones en las que deben desenvolverse, para que su salud mental se mantenga y logren cumplir con lo que ellos se propongan.
- Desarrollar en los estudiantes estrategias de afrontamiento, así como su capacidad para autorregularse, generando una toma de conciencia de cada una de las circunstancias en las que debe tomar decisiones, fortaleciendo su desarrollo emocional para contrarrestar cualquier situación de índole personal, familiar o social que quiera desestabilizarlo.
- Fomentar en los maestros, la necesidad de ayudar a sus estudiantes en el desarrollo de las habilidades motivacionales como instrumentos para la enseñanza, así como también, el empoderamiento de habilidades motivacionales, incluyendo el control de la acción y respuesta frente a sus pares.
- Que los padres de familia ayuden con el establecimiento de pautas de convivencias en sus hogares, para que se trate adecuadamente los comportamientos, pensamientos y sentimientos de sus hijos, atendiendo diligentemente y formando destrezas del como la participación en los deportes y otras actividades sociales que optimicen la salud mental de sus hijos.

## BIBLIOGRAFÍA

Albarrán, A., & Macías, M. (2007). Aportaciones para un modelo psicoeducativo en el servicio de psiquiatría del Hospital Civil Fray Antonio Alcalde en Guadalajara, Jalisco, México. *Investigación en Salud*, 9(2), 118-124.

Alvarado, H. (2011). Los problemas de salud mental en los adolescentes, el derecho a la salud en la actual política de salud y el papel del profesional de enfermería. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 13(1), 79-92.

Builes, M., & Bedoya, M. (2016). La psicoeducación como experiencia narrativa: comprensiones posmodernas en el abordaje de la enfermedad mental. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 463-475.

Calle, J. (2017). *Proyecto piloto de un instrumento de asesoría y consejería Psicológica virtual para adolescentes*. Departamento de Psicología, Facultad de Ciencias Sociales y Humanas. Medellín: Universidad de Antioquia.

Cárdenas, M. (2014). *Construcción teórica sobre consejería psico-educacional direccionada a padres de familia de niños con Síndrome de Down*. Facultad de Psicología. Quito, Ecuador: Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

Chong, A. (2012). Aspectos biopsicosociales que inciden en la salud del adulto mayor. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 28(2), 79-86.

Estévez, E., Musitu, G., & Herrero, J. (2005). El rol de la comunicación familiar y del ajuste escolar en la salud mental del adolescente. *Salud Mental*, 81-89.

Fundacion Cadah. (29 de 06 de 2018). <https://www.fundacioncadah.org>. Obtenido de <https://www.fundacioncadah.org>:  
<https://www.fundacioncadah.org/web/articulo/psicoeducacion-base-en-el-tratamiento-del-trastorno-por-deficit-de-atencion-e-hiperactividad.html>

González, M., Ramírez, L., & Montero, A. (2013). *Guía práctica de Consejería para Adolescentes y Jóvenes*. Ministerio de Salud. Santiago-Chile: Ministerio de Salud. Gobierno de Chile.

Guzmán, I. (2013). *Consejería: ¿Aporte o desafío al rol del psicólogo escolar?* Carrera de Psicología, Facultad de Ciencias Sociales. Santiago, Chile: Universidad de Chile.

Hidalgo, M., Menéndez, S., Sánchez, J., Lorence, B., & Jiménez, L. (2009). La intervención con familias en situación de riesgo psicosocial. Aportaciones desde un enfoque psicoeducativo. *Apuntes de Psicología*, 27(2-3), 413-426.

Ison, M. (2009). Abordaje psicoeducativo para estimular la atención y las habilidades interpersonales en escolares argentinos. *Persona 12*, 29-51.

Jané, E. (2014). La eficacia de la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales. *Originales y Revisiones*, 67-77.

Jarne, A., & Arch, M. (2009). DSM, salud mental y síndrome de alineación parental. *Papeles del Psicólogo*, 30(1), 86-91.

Montero, I., Aparicio, D., Gómez, M., Moreno, B., Reneses, B., Usall, J., & Vázquez, J. (2014). Género y salud mental en un mundo cambiante. *Gaceta Sanitaria*, 175-181.

Muñoz, S., Vega, Z., Berra, E., Nava, C., & Gómez, G. (2015). Asociación entre estrés, afrontamiento, emociones e IMC en adolescentes. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 17(1), 11-29.

Pardo, G., Sandoval, A., & Umbarila, D. (2014). Adolescencia y depresión. *Revista Colombiana de Psicología*, 13-28.

Pérez, A. (2014). *Programas de Psicoeducación en Recursos Asistenciales de Salud Mental*. Escuela Universitaria de Enfermería y Fisioterapia. Salamanca, España: Universidad de Salamanca.



Pino, A., Belenchón, M., Sierra, P., & Livianos, L. (2008). *Trastorno bipolar y psicoeducación: Desarrollo de un programa para clínicos*. Alicante, España: Editorial Club Universitario .

Roses, M. (2015). La salud mental: una prioridad de salud pública en las Américas. *Revista Panamericana de Salud Publica*, 223-225.

Soriano, E., & Franco, C. (2010). Mejora de la autoestima y de la competencia emocional en adolescentes inmigrantes sudamericanos residentes en España a través de un programa psicoeducativo de mindfulness (conciencia plena). *Revista de Investigación Educativa*, 28(2), 297-312.

Zuleta, M. (2017). *Intervención psicoeducativa y nivel de ansiedad en madres gestantes en el Centro de Salud Integral El Rosal*. Carrera de Psicología, Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. La Paz-Bolivia: Universidad Mayor De San Andrés.

# **ANEXOS**

## CRONOGRAMA DEL PROYECTO

Tiempo Actividades	2019																			
	ENERO				FEBRERO				MARZO				ABRIL				MAYO			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Enunciado del problema y tema	X																			
Formulación del problema	X																			
Planteamiento del problema		X																		
Formulación del objetivo			X	X																
Marco teórico de la investigación					x															
Hipótesis						x	X													
Variables operacionales								X												
Metodología de la investigación									x	X										
Presentación del proyecto											X	X								
Conclusiones, recomendaciones y propuestas													x	x	X					
Revisión final del tutor																X				
Presentación																				x
Sustentación final																				x

**CONSEJERÍA PSICOEDUCACIONAL Y LA SALUD MENTAL EN LOS ESTUDIANTES DE LA ESCUELA DE EDUCACIÓN BÁSICA MANUEL DE JESÚS CALLE, AÑO 2019**

<b>PROBLEMA</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>HIPOTÉISIS</b>
¿Cómo influye la consejería psicoeducacional en la estabilidad de la salud mental en los estudiantes de la Escuela de Educación Básica Manuel De Jesús Calle?	Evidenciar la influencia de la consejería psicoeducacional en la estabilidad de la salud mental en los estudiantes de la Escuela de Educación Básica Manuel De Jesús Calle	La consejería psicoeducacional influye en la estabilidad de la salud mental en los estudiantes de la Escuela de Educación Básica Manuel De Jesús Calle
¿Qué contextos se originan por la aplicación de consejería psicoeducacional en el sostenimiento de la salud mental de los adolescentes?	Examinar los contextos que se originan por la aplicación de consejería psicoeducacional en el sostenimiento de la salud mental de los adolescentes	La consejería psicoeducacional permite el origen de contextos que benefician el sostenimiento de la salud mental de los adolescentes
¿Cómo está determinada la salud mental en los estudiantes de la Escuela de Educación Básica Manuel De Jesús Calle?	Indagar los contextos que sostienen la salud mental en los estudiantes de la Escuela de Educación Básica Manuel De Jesús Calle	La salud mental en los estudiantes de la Escuela de Educación Básica Manuel De Jesús Calle está determinada por la influencia de las relaciones familiares.
¿Cómo beneficiaría un programa de consejería psicoeducacional la salud mental en los estudiantes de la Escuela de Educación Básica Manuel De Jesús Calle?	Proyectar un programa de consejería psicoeducacional que beneficie la salud mental de los estudiantes de la Escuela de Educación Básica Manuel De Jesús	Un programa de consejería psicoeducacional beneficiaría la salud mental de los estudiantes de la Escuela de Educación Básica Manuel De Jesús



ESCUELA DE EDUCACIÓN BÁSICA MANUEL DE JESUS CALLE - 12H00717

Quevedo- Quevedo- Los Rios  
Zona Urbana INEC  
Email: escmjcalles@hotmail.com



## CERTIFICADO DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Mediante la presente certificó que la Sra. SANDOYA FUENTES SILVIA TAMARA, con C.I 120799489-6 egresada de la UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO EXTENSIÓN QUEVEDO de la carrera de PSICOLOGÍA CLÍNICA, realizó el proyecto de investigación titulado:

**CONSEJERÍA PSICOEDUCACIONAL Y LA SALUD MENTAL EN LOS ESTUDIANTES DE LA ESCUELA DE EDUCACIÓN BÁSICA MANUEL DE JESÚS CALLE, AÑO 2019**

Dentro de nuestra institución, con los estudiantes de 4to año de básica.

Se expide el presente Certificado, para los fines que la interesada considere conveniente.

  
Msc. **Olga Yáñez Moran**

**DIRECTORA DE LA ESCUELA DE EDUCACIÓN BÁSICA  
MANUEL DE JESUS CALLE**



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA**  
**EDUCACIÓN**  
**CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**



Quevedo, 21 de Enero del 2019

Licenciada

**Msc. Elsa Vásquez Moran**

**DIRECTORA DE LA ESCUELA DE EDUCACIÓN BÁSICA MANUEL DE JESÚS CALLE**

De mis consideraciones. -

Yo, **SANDOYA FUENTES SILVIA TAMARA**, con C.I. 120799489-6 Egresada de la **UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO - EXTENSIÓN QUEVEDO**, de la carrera de **PSICOLOGÍA CLÍNICA**, me dirijo a usted de la manera más comedida y respetuosa para solicitar, se me permita realizar el proyecto de investigación cuyo tema es:

**CONSEJERÍA PSICOEDUCACIONAL Y LA SALUD MENTAL EN LOS ESTUDIANTES DE LA ESCUELA DE EDUCACIÓN BÁSICA MANUEL DE JESÚS CALLE, AÑO 2019**

Cabe recalcar que la realización del proyecto de investigación es fundamental para culminar mis estudios superiores.

Por la atención que digno a la presente quedo de usted muy agradecido.

**SANDOYA FUENTES SILVIA TAMARA**  
C.I. 120799489-6  
e-mail: [sandoyafuentes@hotmail.com](mailto:sandoyafuentes@hotmail.com)

*Revisado*  
*21/01/2019*

Estimado(a) estudiante, su opinión acerca de la salud mental en los estudiantes, es muy importante. A continuación, se presentan una serie de aspectos relevantes en este sentido, por lo que se pide sinceridad en las respuestas. Favor de responder con una equis (X) a la opción que mejor represente tu opinión.

**1. ¿Regularmente tiene problema para pronunciar lo que siente o piensa?**

Siempre ( )      A veces ( )      Nunca ( )

**2. ¿Siente la misma energía para divertirse con las actividades que realiza durante un día normal?**

Siempre ( )      A veces ( )      Nunca ( )

**3. ¿Piensa que su estado de ánimo afecta su comportamiento negativamente?**

Siempre ( )      A veces ( )      Nunca ( )

**4. ¿Tiene la costumbre de conversar con sus padres sobre sus situaciones personales que le ocurren fuera de casa?**

Siempre ( )      A veces ( )      Nunca ( )

**5. ¿Está satisfecho (a) con la ayuda que recibe de sus familiares cuando tiene un problema?**

Siempre ( )      A veces ( )      Nunca ( )

**6. ¿Considera que para sus familiares es indiferente la situación familiar actual que se vive dentro de casa?**

Siempre ( )      A veces ( )      Nunca ( )

**7. En la actualidad, ¿piensa que le incomodan ciertas situaciones que habitualmente no le molestan ni le llaman la atención?**

Siempre ( )      A veces ( )      Nunca ( )

Estimado(a) Padre de Familia, su opinión acerca de la salud mental en los estudiantes, es muy importante. A continuación, se presentan una serie de aspectos relevantes en este sentido, por lo que se pide sinceridad en las respuestas. Favor de responder con una equis (X) a la opción que mejor represente tu opinión.

**1. ¿Regularmente su representado tiene dificultad para expresar lo que siente o piensa?**

Siempre ( )      A veces ( )      Nunca ( )

**2. ¿Considera que su representado siente la misma energía para disfrutar las actividades que realiza durante un día normal en su vida?**

Siempre ( )      A veces ( )      Nunca ( )

**3. ¿Con qué frecuencia su representado se siente fastidiado después de un día de actividades?**

Siempre ( )      A veces ( )      Nunca ( )

**4. ¿Considera que el estado de ánimo de su representado afecta negativamente su comportamiento?**

Siempre ( )      A veces ( )      Nunca ( )

**5. ¿Conversa con su representado sobre sus situaciones personales que le ocurren fuera de casa?**

Siempre ( )      A veces ( )      Nunca ( )

**6. ¿Está satisfecho (a) con la ayuda que le brinda a su representado cuando este presenta un problema o desafío?**

Siempre ( )      A veces ( )      Nunca ( )

**7. ¿Para Ud. es trascendente la situación familiar actual que se vive dentro de casa?**

Siempre ( )      A veces ( )      Nunca ( )

**8. ¿Considera que a su representado le molestan ciertas situaciones que generalmente no le molestaban ni le llamaban la atención?**

Siempre ( )      A veces ( )      Nunca ( )



Estimado(a) docente, su opinión acerca de la salud mental en los estudiantes, es muy importante. A continuación, se presentan una serie de aspectos relevantes en este sentido, por lo que se pide sinceridad en las respuestas. Favor de responder con una equis (X) a la opción que mejor represente tu opinión.

**1. ¿Por lo general, sus estudiantes tienen problema para expresar lo que sienten o piensa?**

Siempre ( )      A veces ( )      Nunca ( )

**2. ¿Considera que sus estudiantes sienten la misma energía para disfrutar las actividades que realizan durante un día normal de clases?**

Siempre ( )      A veces ( )      Nunca ( )

**3. ¿Con qué reiteración sus estudiantes se sienten cansados después de una jornada de actividades?**

Siempre ( )      A veces ( )      Nunca ( )

**4. ¿Considera que el estado de ánimo de sus estudiantes afecta negativamente en su comportamiento?**

Siempre ( )      A veces ( )      Nunca ( )

**5. ¿Dialoga con sus estudiantes sobre las situaciones personales que le suceden fuera de casa?**

Siempre ( )      A veces ( )      Nunca ( )

**6. ¿Está satisfecho (a) con el apoyo que le brinda a sus alumnos cuando presentan problemas o desafíos?**

Siempre ( )      A veces ( )      Nunca ( )

**7. ¿Cree que la situación familiar actual que vive su estudiante influye en el comportamiento que demuestra en el aula de clases?**

Siempre ( )      A veces ( )      Nunca ( )

**8. ¿Piensa que a sus estudiantes le molestan ciertas situaciones que generalmente no le molestaban ni le llamaban la atención?**

Siempre ( )      A veces ( )      Nunca ( )

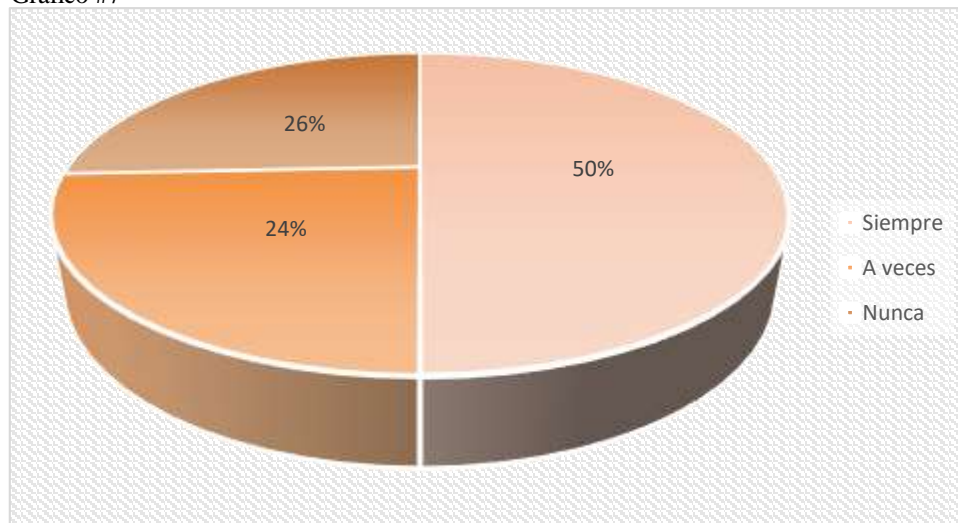
## Pruebas estadísticas aplicadas a los estudiantes de la Escuela de Educación Básica Manuel De Jesús Calle

¿Siente la misma energía para divertirse con las actividades que realiza durante un día normal?

Tabla #7

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Siempre	35	50%
A veces	17	24%
Nunca	18	26%
TOTAL	70	100%

Gráfico #7



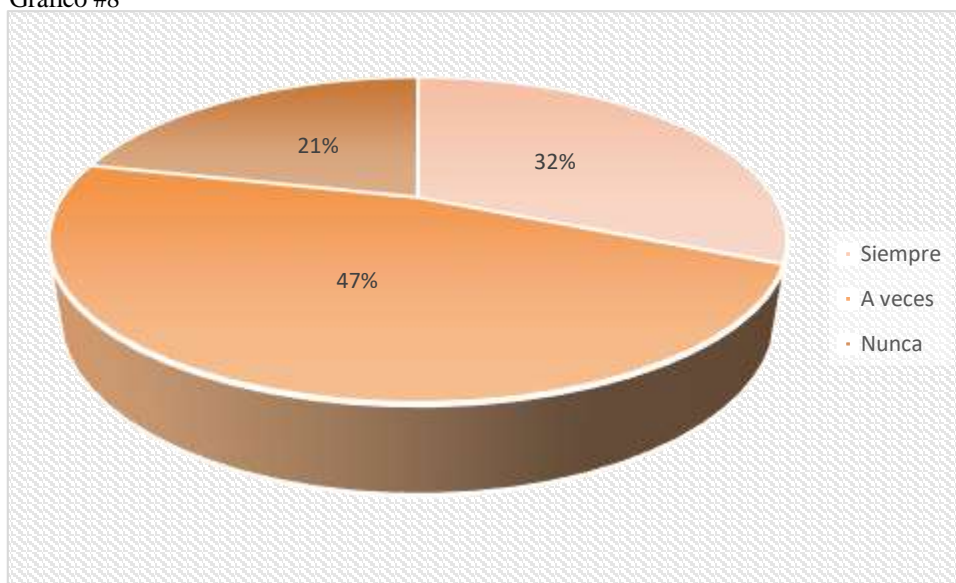
FUENTE: Encuesta realizada a los estudiantes de la Escuela de Educación Básica Manuel De Jesús Calle  
ELABORACIÓN: SILVIA TAMARA SANDOYA FUENTES

**¿Piensa que su estado de ánimo afecta su comportamiento negativamente?**

Tabla #8

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Siempre	22	32%
A veces	33	47%
Nunca	15	21%
TOTAL	70	100%

Gráfico #8



FUENTE: Encuesta realizada a los estudiantes de la Escuela de Educación Básica Manuel De Jesús Calle  
ELABORACIÓN: SILVIA TAMARA SANDOYA FUENTES

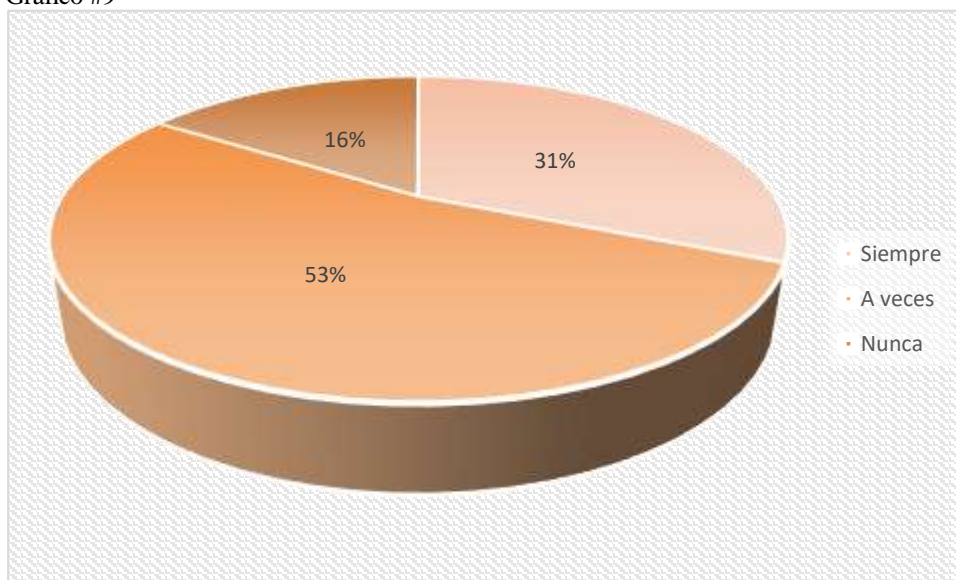
}

**¿Está satisfecho (a) con la ayuda que recibe de sus familiares cuando tiene un problema?**

Tabla #9

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Siempre	22	31%
A veces	37	53%
Nunca	11	16%
TOTAL	70	100%

Gráfico #9



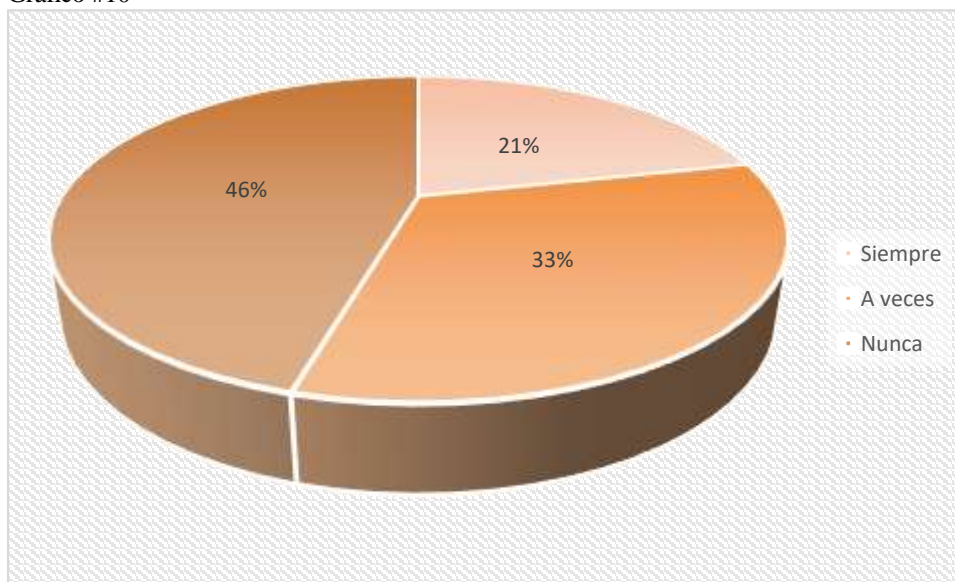
FUENTE: Encuesta realizada a los estudiantes de la Escuela de Educación Básica Manuel De Jesús Calle  
ELABORACIÓN: SILVIA TAMARA SANDOYA FUENTES

**¿Considera que para sus familiares es indiferente la situación familiar actual que se vive dentro de casa?**

Tabla #10

<b>ALTERNATIVA</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Siempre	15	21%
A veces	23	33%
Nunca	32	46%
<b>TOTAL</b>	<b>70</b>	<b>100%</b>

Gráfico #10



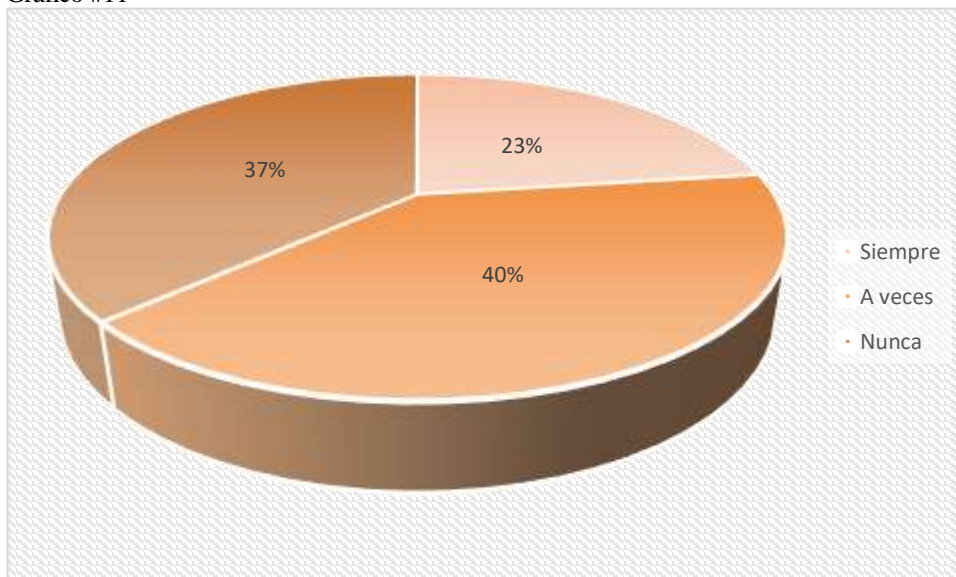
FUENTE: Encuesta realizada a los estudiantes de la Escuela de Educación Básica Manuel De Jesús Calle  
ELABORACIÓN: SILVIA TAMARA SANDOYA FUENTES

**En la actualidad, ¿piensa que le incomodan ciertas situaciones que habitualmente no le molestan ni le llaman la atención?**

Tabla #11

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Siempre	16	23%
A veces	28	40%
Nunca	26	37%
TOTAL	70	100%

Gráfico #11



FUENTE: Encuesta realizada a los estudiantes de la Escuela de Educación Básica Manuel De Jesús Calle  
ELABORACIÓN: SILVIA TAMARA SANDOYA FUENTES

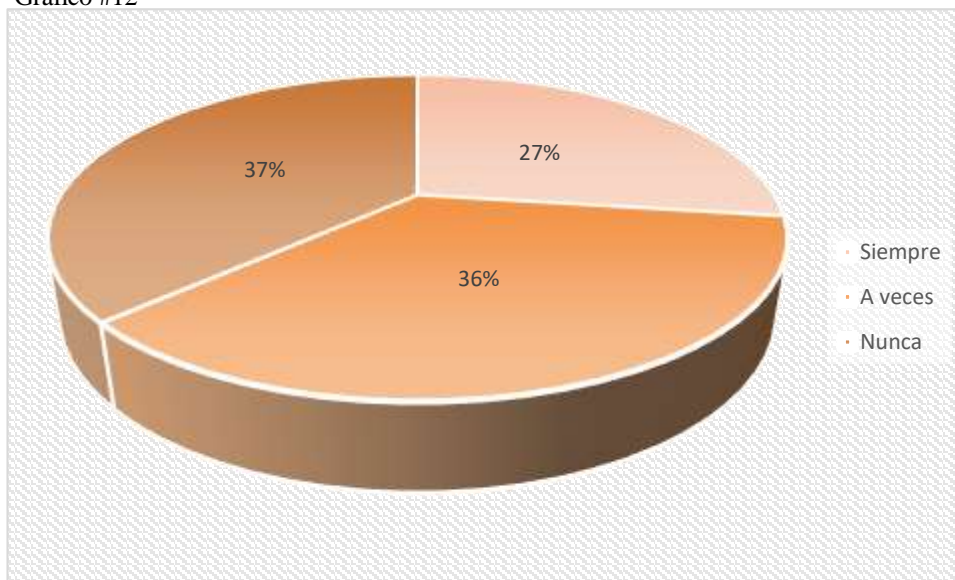
**Pruebas estadísticas aplicadas a los padres de familia de la Escuela de Educación Básica Manuel De Jesús Calle**

**¿Regularmente su representado tiene dificultad para expresar lo que siente o piensa?**

Tabla #12

<b>ALTERNATIVA</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Siempre	19	27%
A veces	25	36%
Nunca	26	37%
<b>TOTAL</b>	<b>70</b>	<b>100%</b>

Gráfico #12



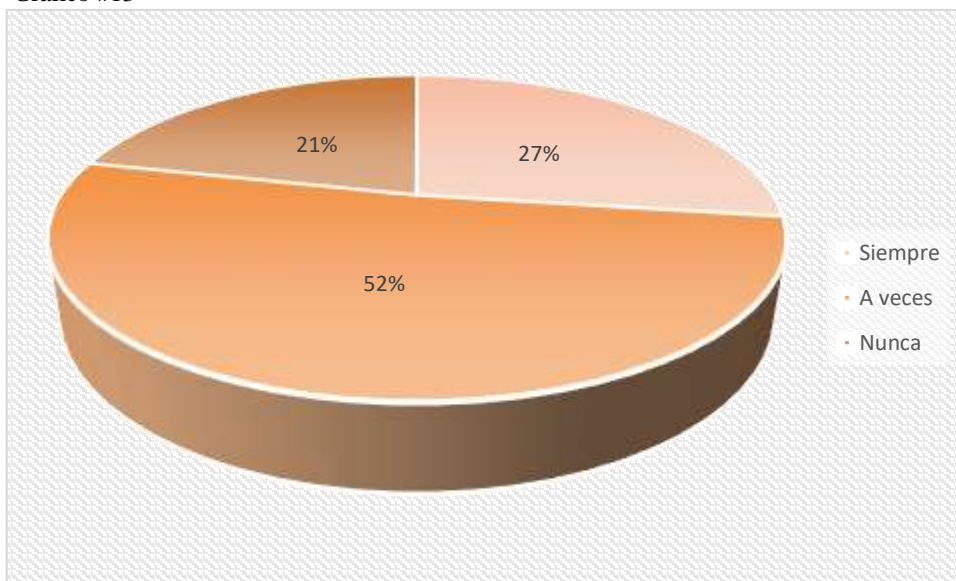
*FUENTE: Encuesta realizada a los padres de familia de la Escuela de Educación Básica Manuel De Jesús Calle  
ELABORACIÓN: SILVIA TAMARA SANDOYA FUENTES*

**¿Con qué frecuencia su representado se siente fastidiado después de un día de actividades?**

Tabla #13

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Siempre	19	27%
A veces	36	52%
Nunca	15	21%
TOTAL	70	100%

Gráfico #13



FUENTE: Encuesta realizada a los padres de familia de la Escuela de Educación Básica Manuel De Jesús Calle  
ELABORACIÓN: SILVIA TAMARA SANDOYA FUENTES

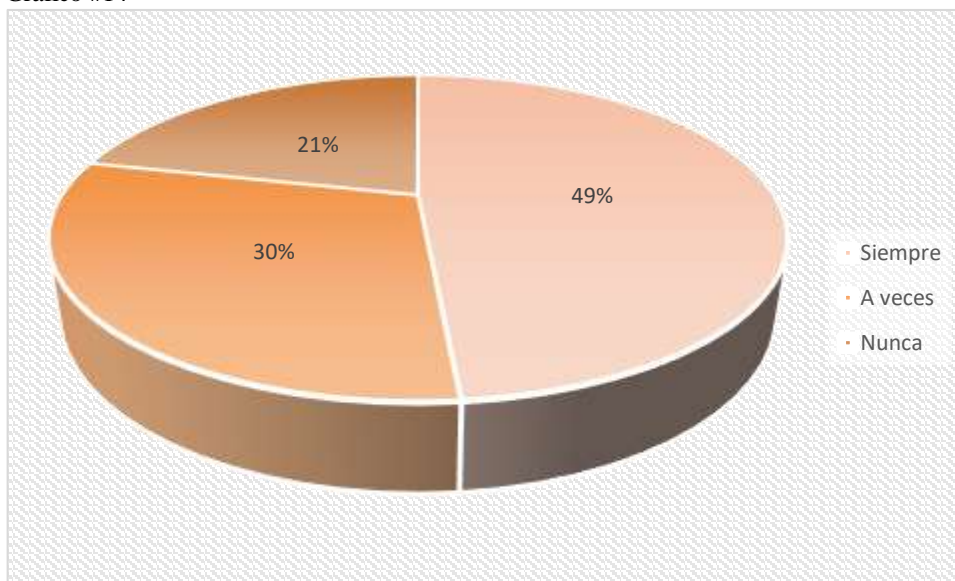


**¿Considera que el estado de ánimo de su representado afecta negativamente su comportamiento?**

Tabla #14

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Siempre	34	49%
A veces	21	30%
Nunca	15	21%
TOTAL	70	100%

Gráfico #14



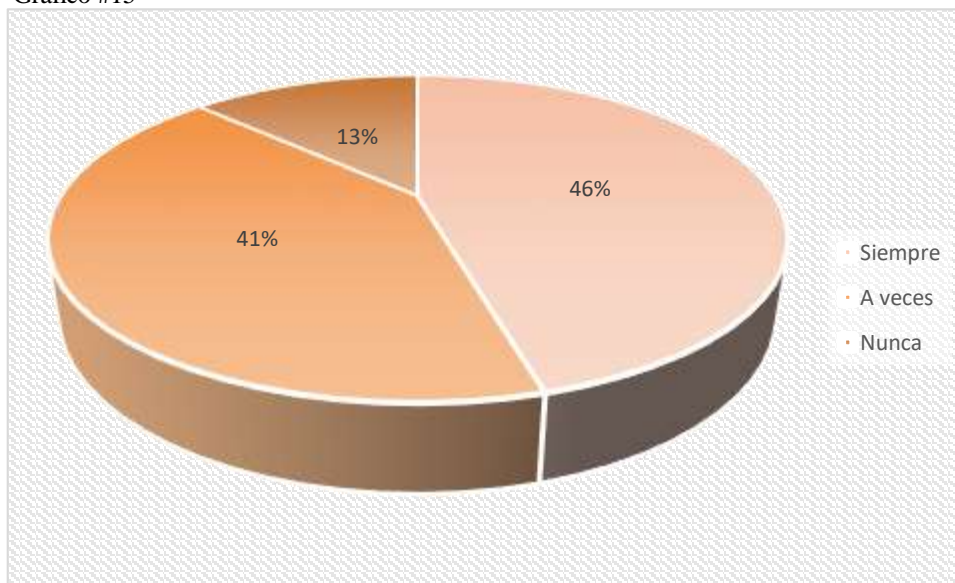
FUENTE: Encuesta realizada a los padres de familia de la Escuela de Educación Básica Manuel De Jesús Calle  
ELABORACIÓN: SILVIA TAMARA SANDOYA FUENTES

**¿Está satisfecho (a) con la ayuda que le brinda a su representado cuando este presenta un problema o desafío?**

Tabla #15

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Siempre	32	46%
A veces	29	41%
Nunca	9	13%
TOTAL	70	100%

Gráfico #15



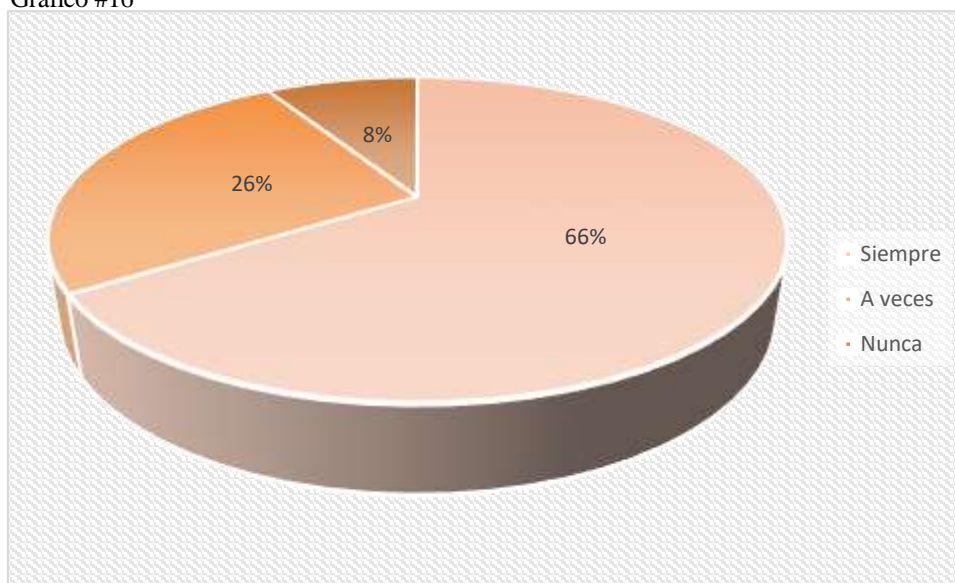
FUENTE: Encuesta realizada a los padres de familia de la Escuela de Educación Básica Manuel De Jesús Calle  
ELABORACIÓN: SILVIA TAMARA SANDOYA FUENTES

**¿Para Ud. es trascendente la situación familiar actual que se vive dentro de casa?**

Tabla #16

<b>ALTERNATIVA</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Siempre	46	66%
A veces	18	26%
Nunca	6	8%
<b>TOTAL</b>	<b>70</b>	<b>100%</b>

Gráfico #16



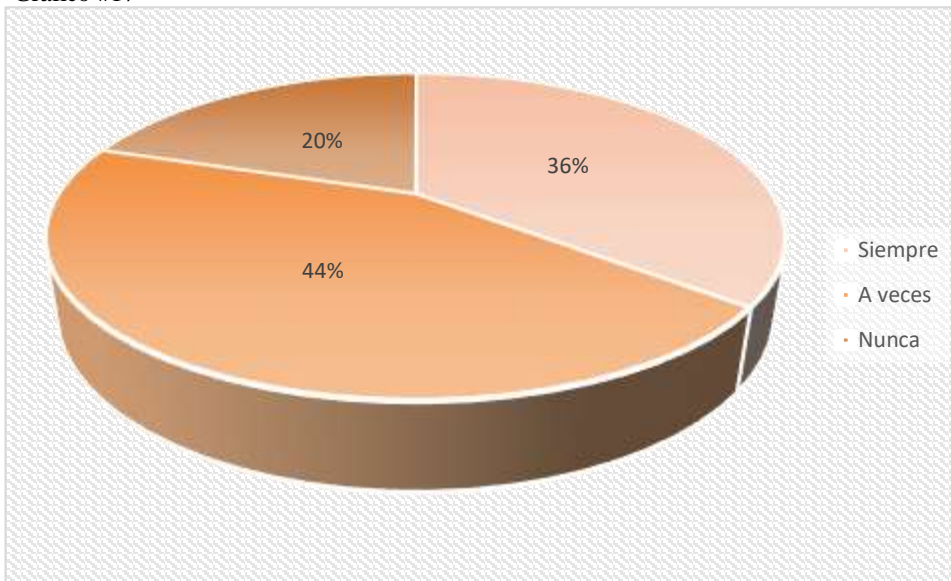
*FUENTE: Encuesta realizada a los padres de familia de la Escuela de Educación Básica Manuel De Jesús Calle  
ELABORACIÓN: SILVIA TAMARA SANDOYA FUENTES*

**¿Considera que a su representado le molestan ciertas situaciones que generalmente no le molestaban ni le llamaban la atención?**

Tabla #17

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Siempre	25	36%
A veces	31	44%
Nunca	14	20%
TOTAL	70	100%

Gráfico #17



*FUENTE: Encuesta realizada a los padres de familia de la Escuela de Educación Básica Manuel De Jesús Calle  
ELABORACIÓN: SILVIA TAMARA SANDOYA FUENTES*

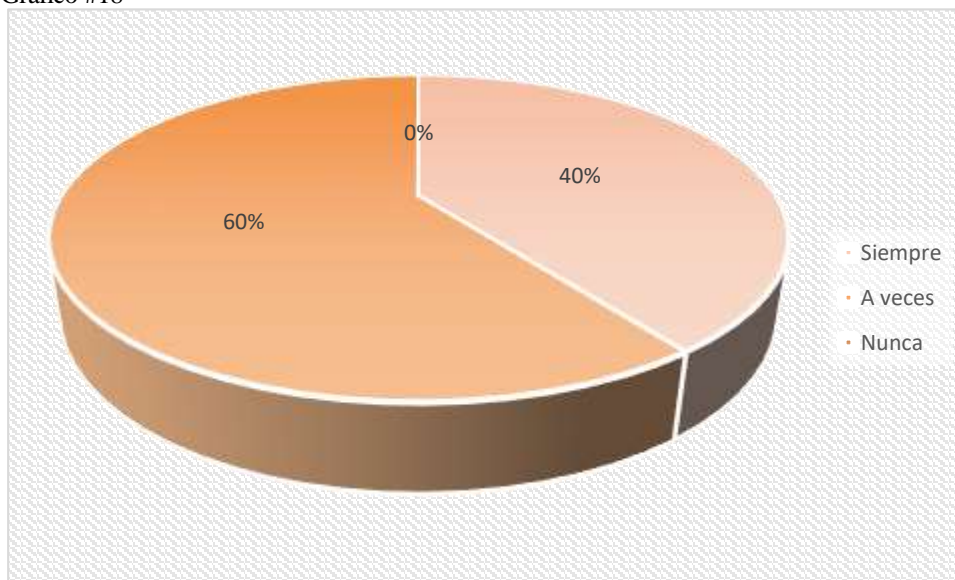
## Pruebas estadísticas aplicadas a los docentes de la Escuela de Educación Básica Manuel De Jesús Calle

¿Por lo general, sus estudiantes tienen problema para expresar lo que sienten o piensa?

Tabla #18

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Siempre	2	40%
A veces	3	60%
Nunca	0	0%
TOTAL	5	100%

Gráfico #18



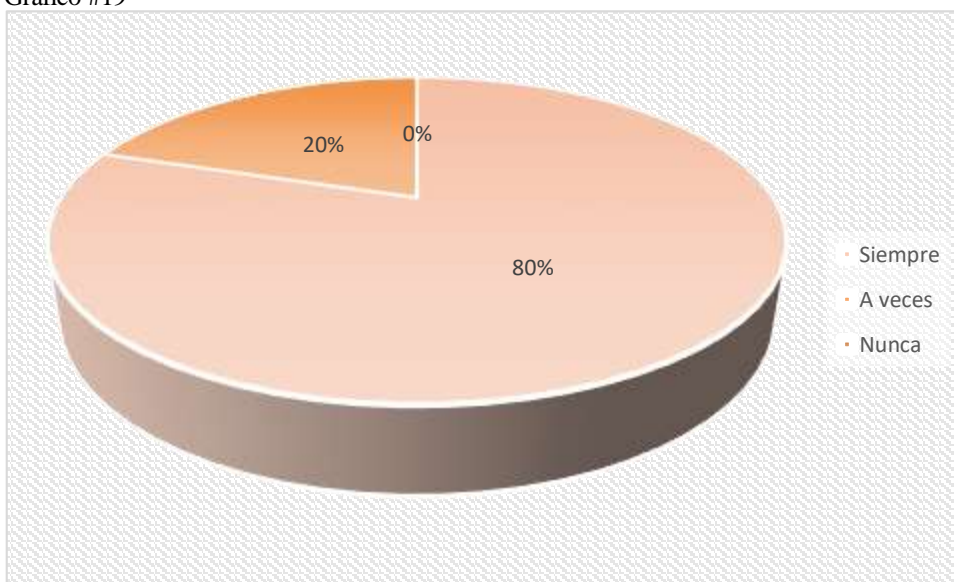
FUENTE: Encuesta realizada a los docentes de la Escuela de Educación Básica Manuel De Jesús Calle  
ELABORACIÓN: SILVIA TAMARA SANDOYA FUENTES

**¿Considera que sus estudiantes sienten la misma energía para disfrutar las actividades que realizan durante un día normal de clases?**

Tabla #19

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Siempre	4	80%
A veces	1	20%
Nunca	0	0%
TOTAL	5	100%

Gráfico #19



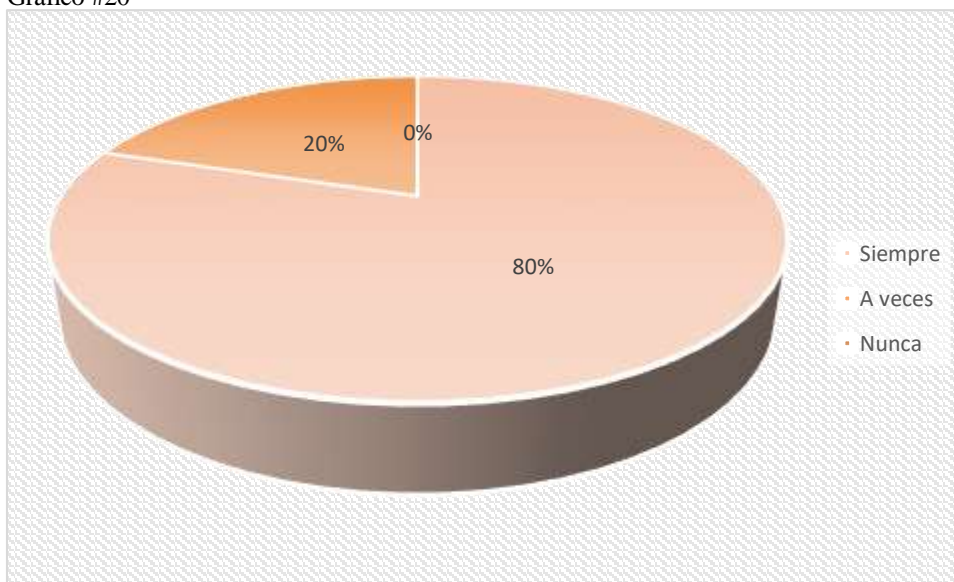
FUENTE: Encuesta realizada a los docentes de la Escuela de Educación Básica Manuel De Jesús Calle  
ELABORACIÓN: SILVIA TAMARA SANDOYA FUENTES

**¿Con qué reiteración sus estudiantes se sienten cansados después de una jornada de actividades?**

Tabla #20

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Siempre	4	80%
A veces	1	20%
Nunca	0	0%
TOTAL	5	100%

Gráfico #20



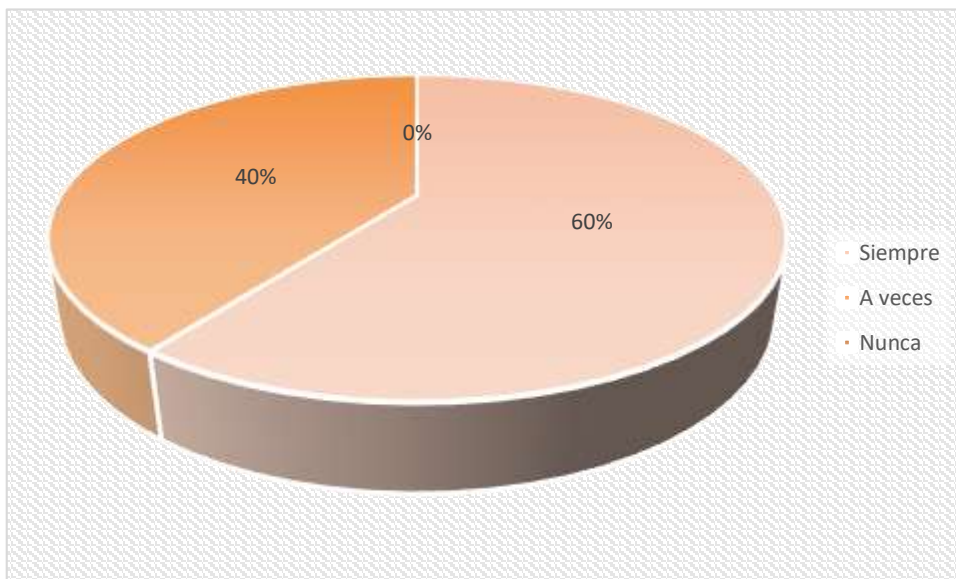
FUENTE: Encuesta realizada a los docentes de la Escuela de Educación Básica Manuel De Jesús Calle  
ELABORACIÓN: SILVIA TAMARA SANDOYA FUENTES

**¿Considera que el estado de ánimo de sus estudiantes afecta negativamente en su comportamiento?**

Tabla #21

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Siempre	3	60%
A veces	2	40%
Nunca	0	0%
TOTAL	5	100%

Gráfico #21



FUENTE: Encuesta realizada a los docentes de la Escuela de Educación Básica Manuel De Jesús Calle  
ELABORACIÓN: SILVIA TAMARA SANDOYA FUENTES

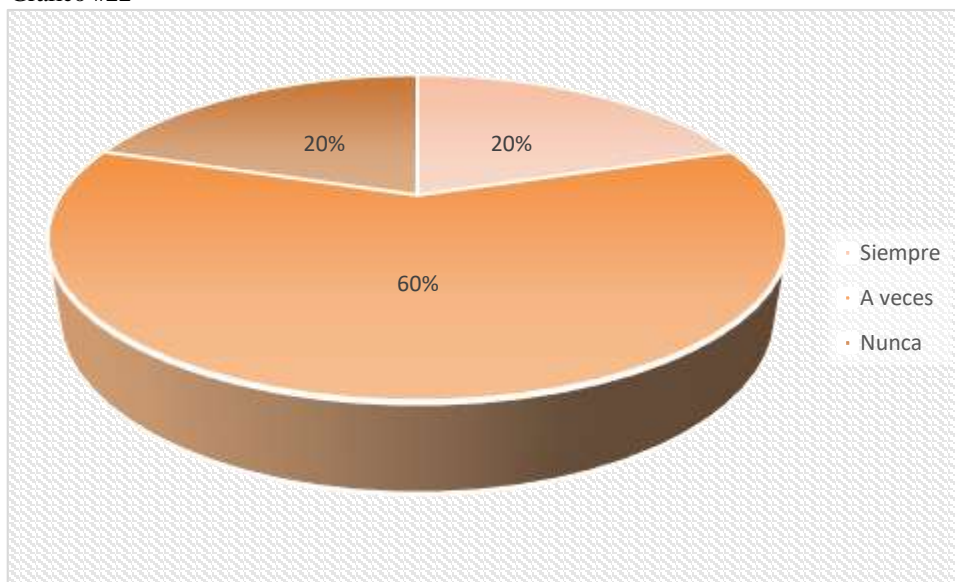


**¿Dialoga con sus estudiantes sobre las situaciones personales que le suceden fuera de casa?**

Tabla #22

<b>ALTERNATIVA</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Siempre	1	20%
A veces	3	60%
Nunca	1	20%
<b>TOTAL</b>	<b>5</b>	<b>100%</b>

Gráfico #22



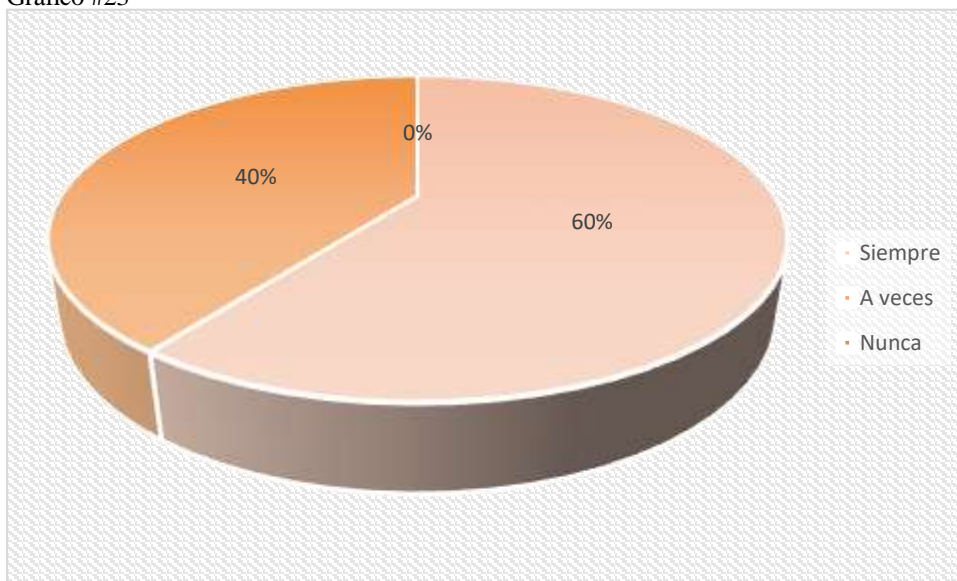
FUENTE: Encuesta realizada a los docentes de la Escuela de Educación Básica Manuel De Jesús Calle  
ELABORACIÓN: SILVIA TAMARA SANDOYA FUENTES

**¿Está satisfecho (a) con el apoyo que le brinda a sus alumnos cuando presentan problemas o desafíos?**

Tabla #23

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Siempre	3	60%
A veces	2	40%
Nunca	0	0%
TOTAL	5	100%

Gráfico #23



FUENTE: Encuesta realizada a los docentes de la Escuela de Educación Básica Manuel De Jesús Calle  
ELABORACIÓN: SILVIA TAMARA SANDOYA FUENTES

***DANDO LA CHARLA A LOS ESTUDIANTES DE CUARTO AÑO DE LA ESCUELA DE EDUCACIÓN BÁSICA MANUEL DE JESÚS CALLE***



***REALIZANDO LAS ENCUESTAS A LOS ESTUDIANTES DE CUARTO AÑO DE LA ESCUELA DE EDUCACIÓN BÁSICA MANUEL DE JESÚS CALLE***





***ENTREGA DE LAS ENCUESTAS A LOS PADRES DE FAMILIA DE LOS ESTUDIANTES DE CUARTO AÑO DE LA ESCUELA DE EDUCACIÓN BÁSICA MANUEL DE JESÚS CALLE***









**EXTENSION - QUEVEDO**  
**ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES, PERIODISMO, INFORMACIÓN Y DERECHO**  
**PSICOLOGIA CLINICA**  
**UNIDAD DE TITULACIÓN**

**SEGUIMIENTO DE PROYECTOS DE TITULACIÓN**

**DOCENTE TUTOR:** PLAZA ALBAN HECTOR RAYMUNDO  
**ESTUDIANTE:** SANDOYA FUENTES SILVIA TAMARA  
**PERIODO ACADÉMICO:** ENERO 2019 - MAYO 2019  
**MODALIDAD DE TITULACIÓN:** PROYECTO DE INVESTIGACIÓN  
**FASE DE MODALIDAD:** PERFIL  
**PROYECTO DE TITULACIÓN:** CONSEJERÍA PSICOEDUCACIONAL Y LA SALUD MENTAL EN LOS ESTUDIANTES DE LA ESCUELA DE EDUCACIÓN BÁSICA MANUEL DE JESÚS CALLE, AÑO 2019

**INFORMACIÓN DEL PROYECTO DE TITULACIÓN**

CONSEJERÍA PSICOEDUCACIONAL Y LA SALUD MENTAL EN LOS ESTUDIANTES DE LA ESCUELA DE EDUCACIÓN BÁSICA MANUEL DE JESÚS CALLE, AÑO 2019

FASE	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
PERFIL	2019-01-22	2019-02-01	TERMINADO	86%	HABILITADO

**INFORMACIÓN DE ACTIVIDADES DEL PROYECTO**

IDEA O TEMA DE INVESTIGACIÓN					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
IDEA O TEMA	2019-01-28	2019-02-01	TERMINADO	80%	HABILITADO

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA (DESCRIPCIÓN BREVE DEL HECHO PROBLEMÁTICO)					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA (BREVE DESCRIPCIÓN)	2019-01-28	2019-02-01	TERMINADO	90%	HABILITADO

PROBLEMA (GENERAL).					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
PROBLEMA GENERAL	2019-01-28	2019-02-01	TERMINADO	90%	HABILITADO

OBJETIVO (GENERAL).					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN	2019-01-28	2019-02-01	TERMINADO	80%	HABILITADO

JUSTIFICACIÓN					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
JUSTIFICACION	2019-01-28	2019-02-01	TERMINADO	90%	HABILITADO

MARCO TEÓRICO PRELIMINAR (ESQUEMA DE CONTENIDOS)					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
MARCO TEORICO PRELIMINAR	2019-01-28	2019-02-01	TERMINADO	90%	HABILITADO

HIPÓTESIS (GENERAL)					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
HI	2019-01-28	2019-02-01	TERMINADO	90%	HABILITADO

TIPO DE INVESTIGACION					
ACTIVIDAD	E. INICIO	E. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
TIPO DE INVESTIGACION	2019-01-28	2019-02-01	TERMINADO	80%	HABILITADO

METODOLOGIA					
ACTIVIDAD	E. INICIO	E. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION	2019-01-28	2019-02-01	TERMINADO	80%	HABILITADO

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS					
ACTIVIDAD	E. INICIO	E. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
BIBLIOGRAFIA	2019-01-28	2019-02-01	TERMINADO	90%	HABILITADO

  
 PLAZA ALBAN HECTOR RAYMUNDO  
 DOCENTE TUTOR

  
 SANDOYA FUENTES SILVIA TAMARA  
 ESTUDIANTE



**EXTENSION - QUEVEDO**  
**ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES, PERIODISMO, INFORMACIÓN Y DERECHO**  
**PSICOLOGIA CLINICA**  
**UNIDAD DE TITULACIÓN**

**SEGUIMIENTO DE PROYECTOS DE TITULACIÓN**

**DOCENTE TUTOR:** PLAZA ALBAN HECTOR RAYMUNDO  
**ESTUDIANTE:** SANDOYA FUENTES SILVIA TAMARA  
**PERIODO ACADÉMICO:** ENERO 2019 - MAYO 2019  
**MODALIDAD DE TITULACIÓN:** PROYECTO DE INVESTIGACIÓN  
**FASE DE MODALIDAD:** PROYECTO DE INVESTIGACION  
**PROYECTO DE TITULACIÓN:** CONSEJERÍA PSICOEDUCACIONAL Y LA SALUD MENTAL EN LOS ESTUDIANTES DE LA ESCUELA DE EDUCACIÓN BÁSICA MANUEL DE JESÚS CALLE, AÑO 2019.

**INFORMACIÓN DEL PROYECTO DE TITULACIÓN**

CONSEJERÍA PSICOEDUCACIONAL Y LA SALUD MENTAL EN LOS ESTUDIANTES DE LA ESCUELA DE EDUCACIÓN BÁSICA MANUEL DE JESÚS CALLE, AÑO 2019.

FASE	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
PROYECTO DE INVESTIGACION	2019-02-01	2019-02-20	TERMINADO	333333333333	HABILITADO

**INFORMACIÓN DE ACTIVIDADES DEL PROYECTO**

INTRODUCCIÓN.					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
INTRODUCCION	2019-02-07	2019-02-18	TERMINADO	90%	HABILITADO

CAPÍTULO I.- DEL PROBLEMA					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO

IDEA O TEMA DE INVESTIGACIÓN					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
TEMA DE INVESTIGACION	2019-02-07	2019-02-18	TERMINADO	90%	HABILITADO

MARCO CONTEXTUAL. (NO SE RESUELVE)					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO

CONTEXTO INTERNACIONAL					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
CONTEXTO INTERNACIONAL	2019-02-07	2019-02-18	TERMINADO	90%	HABILITADO

CONTEXTO NACIONAL.					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
CONTEXTO NACIONAL	2019-02-07	2019-02-18	TERMINADO	90%	HABILITADO

CONTEXTO LOCAL					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
CONTEXTO LOCAL	2019-02-07	2019-02-18	TERMINADO	90%	HABILITADO

CONTEXTO INSTITUCIONAL.					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO



CONTEXTO INSTITUCIONAL	2019-02-07	2019-02-18	TERMINADO	90%	HABILITADO
------------------------	------------	------------	-----------	-----	------------

SITUACIÓN PROBLEMÁTICA					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
SITUACIÓN PROBLEMÁTICA	2019-02-07	2019-02-18	TERMINADO	90%	HABILITADO

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	2019-02-07	2019-02-18	TERMINADO	90%	HABILITADO

PROBLEMA GENERAL					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
PROBLEMA GENERAL	2019-02-07	2019-02-18	TERMINADO	90%	HABILITADO

SUBPROBLEMAS O DERIVADOS					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
SUBPROBLEMAS O DERIVADOS	2019-02-07	2019-02-18	TERMINADO	80%	HABILITADO

DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
DELIMITACION DE LA INVESTIGACIÓN	2019-02-07	2019-02-18	TERMINADO	90%	HABILITADO

JUSTIFICACIÓN					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO

JUSTIFICACIÓN	2019-02-07	2019-02-18	TERMINADO	80%	HABILITADO
---------------	------------	------------	-----------	-----	------------

OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN. (NO SE RESUELVE)					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO

OBJETIVO GENERAL					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
OBJETIVO GENERAL	2019-02-07	2019-02-18	TERMINADO	90%	HABILITADO

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	2019-02-07	2019-02-18	TERMINADO	90%	HABILITADO

CAPÍTULO II.- MARCO TEORICO O REFERENCIAL					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO

MARCO TEÓRICO. (NO SE RESUELVE)					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO

MARCO CONCEPTUAL					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
MARCO CONCEPTUAL	2019-02-07	2019-02-18	TERMINADO	90%	HABILITADO

MARCO REFERENCIAL SOBRE LA PROBLEMÁTICA DE INV. (NO SE RESUELVE)					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
MARCO REFERENCIAL SOBRE LA PROBLEMÁTICA DE INVESTIGACIÓN	2019-02-07	2019-02-18	TERMINADO	90%	HABILITADO

ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS.					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO

ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS	2019-02-07	2019-02-18	TERMINADO	90%	HABILITADO
-----------------------------	------------	------------	-----------	-----	------------

#### CATEGORÍAS DE ANÁLISIS.

ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
CATEGORÍAS DE ANÁLISIS.	2019-02-07	2019-02-18	TERMINADO	90%	HABILITADO

#### POSTURA TEÓRICA.

ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
POSTURA TEÓRICA	2019-02-07	2019-02-18	TERMINADO	90%	HABILITADO

#### HIPÓTESIS. (NO SE RESUELVE)

ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
-----------	-----------	--------	---------	-------	--------

#### HIPÓTESIS GENERAL

ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
HIPÓTESIS GENERAL	2019-02-07	2019-02-18	TERMINADO	90%	HABILITADO

#### SUBHIPÓTESIS O DERIVADAS

ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
SUB-HIPÓTESIS O DERIVADAS	2019-02-07	2019-02-18	TERMINADO	90%	HABILITADO

#### VARIABLES

ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
VARIABLES	2019-02-07	2019-02-18	TERMINADO	90%	HABILITADO

#### CAPÍTULO III.- METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
-----------	-----------	--------	---------	-------	--------

METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN	2019-02-07	2019-02-18	TERMINADO	90%	HABILITADO

MODALIDAD DE INVESTIGACIÓN.					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO

TIPO DE INVESTIGACIÓN					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
TIPO DE INSTIGACIÓN	2019-02-07	2019-02-18	TERMINADO	90%	HABILITADO

MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS. (NO SE RESUELVE)					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO

MÉTODOS.					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO

TÉCNICAS.					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	2019-02-07	2019-02-18	TERMINADO	80%	HABILITADO

INSTRUMENTOS.					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	2019-02-07	2019-02-18	TERMINADO	90%	HABILITADO

POBLACIÓN Y MUESTRA DE INVESTIGACIÓN. (NO SE RESUELVE)					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
POBLACIÓN Y MUESTRA	2019-02-07	2019-02-18	TERMINADO	80%	HABILITADO

PRESUPUESTO					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
CRONOGRAMA DEL PROYECTO					
CRONOGRAMA DEL PROYECTO	2019-02-07	2019-02-18	TERMINADO	90%	HABILITADO
BIBLIOGRAFIA					
BIBLIOGRAFIA	2019-02-07	2019-02-18	TERMINADO	90%	HABILITADO
ANEXOS. Máximo 50 PÁGINAS					
ANEXOS	2019-02-07	2019-02-18	TERMINADO	80%	HABILITADO



**PLAZA ALBAN HECTOR RAYMUNDO**  
DOCENTE TUTOR



**SANDOYA FUENTES SILVIA TAMARA**  
ESTUDIANTE



**EXTENSION - QUEVEDO**  
**ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES, PERIODISMO, INFORMACIÓN Y DERECHO**  
**PSICOLOGIA CLINICA**  
**UNIDAD DE TITULACIÓN**

**SEGUIMIENTO DE PROYECTOS DE TITULACIÓN**

**DOCENTE TUTOR:** PLAZA ALBAN HECTOR RAYMUNDO  
**ESTUDIANTE:** SANDOYA FUENTES SILVIA TAMARA  
**PERIODO ACADÉMICO:** ENERO 2019 - MAYO 2019  
**MODALIDAD DE TITULACIÓN:** PROYECTO DE INVESTIGACIÓN  
**FASE DE MODALIDAD:** REVISION DE PROYECTO INF.FINAL  
**PROYECTO DE TITULACIÓN:** CONSEJERÍA PSICOEDUCACIONAL Y LA SALUD MENTAL EN LOS ESTUDIANTES DE LA ESCUELA DE EDUCACIÓN BÁSICA MANUEL DE JESÚS CALLE, AÑO 2019..

**INFORMACIÓN DEL PROYECTO DE TITULACIÓN**

CONSEJERÍA PSICOEDUCACIONAL Y LA SALUD MENTAL EN LOS ESTUDIANTES DE LA ESCUELA DE EDUCACIÓN BÁSICA MANUEL DE JESÚS CALLE, AÑO 2019..

FASE	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
REVISION DE PROYECTO INF.FINAL	2019-02-28	2019-04-16	TERMINADO	100%	HABILITADO

**INFORMACIÓN DE ACTIVIDADES DEL PROYECTO**

INTRODUCCION					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
INTRODUCCION	2019-03-15	2019-04-13	TERMINADO	90%	HABILITADO

INTRODUCCIÓN.					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO

CAPÍTULO I.- DEL PROBLEMA					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO

1.1. IDEA O TEMA DE INVESTIGACIÓN					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO

1.2. MARCO CONTEXTUAL. (NO SE RESUELVE)					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO

1.2.1. CONTEXTO INTERNACIONAL.					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
CONTEXTO INTERNACIONAL	2019-03-15	2019-04-13	TERMINADO	90%	HABILITADO

1.2.2 CONTEXTO NACIONAL.					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
CONTEXTO NACIONAL	2019-03-15	2019-04-13	TERMINADO	90%	HABILITADO

1.2.3. CONTEXTO LOCAL.					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
CONTEXTO LOCAL	2019-03-15	2019-04-13	TERMINADO	90%	HABILITADO

1.2.4. CONTEXTO INSTITUCIONAL.					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
CONTEXTO INSTITUCIONAL	2019-03-15	2019-04-13	TERMINADO	90%	HABILITADO

1.3. SITUACIÓN PROBLEMÁTICA.					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
SITUACIÓN PROBLEMÁTICA	2019-03-15	2019-04-13	TERMINADO	90%	HABILITADO

1.4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA. (NO SE RESUELVE)					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO

1.4.1. PROBLEMA GENERAL.					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO

1.4.2. SUBPROBLEMAS O DERIVADOS.					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO

1.5. DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO

1.6. JUSTIFICACIÓN.					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
JUSTIFICACIÓN	2019-03-15	2019-04-13	TERMINADO	90%	HABILITADO

1.7. OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN. (NO SE RESUELVE)					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO

1.7.1 OBJETIVO GENERAL.					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
OBJETIVO GENERAL	2019-03-15	2019-04-13	TERMINADO	90%	HABILITADO



1.7.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
OBJETIVOS ESPECIFICOS	2019-03-15	2019-04-13	TERMINADO	90%	HABILITADO

CAPÍTULO II.- MARCO TEORICO O REFERENCIAL.					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO

2.1. MARCO TEÓRICO. (NO SE RESUELVE)					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO

2.1.1. MARCO CONCEPTUAL.					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
MARCO CONCEPTUAL	2019-03-15	2019-04-13	TERMINADO	80%	HABILITADO

2.1.2. MARCO REFERENCIAL SOBRE LA PROBLEMÁTICA DE INV. (NO SE RESUELVE)					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
MARCO REFERENCIAL SOBRE LA PROBLEMÁTICA DE INVESTIGACIÓN	2019-03-15	2019-04-13	TERMINADO	90%	HABILITADO

2.1.2.1. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS.					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO

2.1.2.2. CATEGORÍAS DE ANÁLISIS.					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO

2.1.3. POSTURA TEÓRICA.					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO

POSTURA TEÓRICA	2019-03-15	2019-04-13	TERMINADO	90%	HABILITADO
-----------------	------------	------------	-----------	-----	------------



2.2. HIPÓTESIS. (NO SE RESUELVE)					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO

2.2.1. HIPÓTESIS GENERAL					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
HIPÓTESIS GENERAL O BÁSICA	2019-03-15	2019-04-13	TERMINADO	90%	HABILITADO

2.2.2. SUBHIPÓTESIS O DERIVADAS.					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
HIPÓTESIS ESPECÍFICAS	2019-03-15	2019-04-13	TERMINADO	90%	HABILITADO

2.2.3. VARIABLES.					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO

CAPÍTULO III.- RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN.					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
3.1. RESULTADOS OBTENIDOS DE LA INVESTIGACIÓN. (NO SE RESUELVE)					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO

3.1.1. PRUEBAS ESTADÍSTICAS APLICADAS					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
PRUEBAS ESTADÍSTICAS APLICADAS	2019-03-15	2019-04-13	TERMINADO	90%	HABILITADO

3.1.2. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS.					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS	2019-03-15	2019-04-13	TERMINADO	90%	HABILITADO

3.2. CONCLUSIONES ESPECÍFICAS Y GENERALES (NORESUELVE)					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO

**PROCESO**

ESPECÍFICAS.					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO

3.2.2. GENERAL.					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
CONCLUSIÓN GENERAL	2019-03-15	2019-04-13	TERMINADO	90%	HABILITADO

3.3. RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS Y GENERALES (NO SE RESUELVE)					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
3.3.1. ESPECÍFICAS.					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
CONCLUSIONES ESPECÍFICAS	2019-03-15	2019-04-13	TERMINADO	90%	HABILITADO
RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS	2019-03-15	2019-04-13	TERMINADO	90%	HABILITADO
3.3.2. GENERAL.					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
RECOMENDACIÓN GENERAL	2019-03-15	2019-04-13	TERMINADO	90%	HABILITADO

**CAPÍTULO IV.- PROPUESTA TEORICA DE APLICACIÓN.**

4.1. PROPUESTA DE APLICACIÓN DE RESULTADOS. (NO SE RESUELVE)					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
4.1.1. ALTERNATIVA OBTENIDA.					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
ALTERNATIVA OBTENIDA	2019-03-15	2019-04-13	TERMINADO	90%	HABILITADO

4.1.2. ALCANCE DE LA ALTERNATIVA.					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
ALCANCE DE LA ALTERNATIVA	2019-03-15	2019-04-13	TERMINADO	90%	HABILITADO

4.1.1 ALTERNATIVA OBTENIDA.						
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO	
ALTERNATIVA OBTENIDA	2019-03-15	2019-04-13	TERMINADO	90%	HABILITADO	

4.1.2. ALCANCE DE LA ALTERNATIVA.						
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO	
ALCANCE DE LA ALTERNATIVA	2019-03-15	2019-04-13	TERMINADO	90%	HABILITADO	

4.1.3. ASPECTOS BÁSICOS DE LA ALTERNATIVA. (NO SE RESUELVE)						
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO	

4.1.3.1. ANTECEDENTES.						
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO	
ANTECEDENTES	2019-03-15	2019-04-13	TERMINADO	90%	HABILITADO	

4.1.3.2. JUSTIFICACIÓN						
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO	
JUSTIFICACIÓN	2019-03-15	2019-04-13	TERMINADO	90%	HABILITADO	

4.2. OBJETIVOS. (NO SE RESUELVE)						
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO	

4.2.1. GENERAL.						
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO	

4.2.2. ESPECÍFICOS						
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO	
OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE LA PROPUESTA	2019-03-15	2019-04-13	TERMINADO	90%	HABILITADO	

4.3. ESTRUCTURA GENERAL DE LA PROPUESTA. (NO SE RESUELVE)						
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO	

4.3.1. TÍTULO						
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO	
TÍTULO DE PROPUESTA	2019-03-15	2019-04-13	TERMINADO	90%	HABILITADO	

4.3.2. COMPONENTES.						
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO	
COMPONENTES	2019-03-15	2019-04-13	TERMINADO	90%	HABILITADO	

4.4. RESULTADOS ESPERADOS DE LA ALTERNATIVA. (NO SE RESUELVE)						
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO	
RESULTADOS ESPERADOS DE LA ALTERNATIVA	2019-03-15	2019-04-13	TERMINADO	90%	HABILITADO	

BIBLIOGRAFÍA.						
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO	
BIBLIOGRAFÍA Y ANEXOS	2019-03-15	2019-04-13	TERMINADO	80%	HABILITADO	

ANEXOS						
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO	



PLAZA ALBAN HECTOR RAYMUNDO



SANDOYA FUENTES SILVIA TAMARA