



Revista Electrónica de Psicología Iztacala



Universidad Nacional Autónoma de México

Vol. 22 No. 2

Junio de 2019

INTEGRACIÓN DE LA TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL Y TERAPIA CENTRADA EN SOLUCIONES EN UN TALLER PARA EL AUMENTO DE LA AUTOESTIMA Y ASERTIVIDAD

Karen Michell Ordaz Leal¹ y Melissa Bennett Vidales²

Facultad de Psicología
Universidad Autónoma de Nuevo León
México

RESUMEN

En el presente artículo se evalúa la integración de la Terapia Cognitivo conductual y la Terapia Breve Centrada en Soluciones para incrementar la autoestima y la asertividad en adultos de entre 40 y 60 años, mediante un taller de 6 sesiones, al cual asistieron 8 personas (1 hombre y 7 mujeres) los cuales eran empleados del espacio gubernamental donde se impartió dicho taller. El taller tuvo la finalidad de dar herramientas a los participantes de autoconocimiento, modificación de percepciones negativas, asertividad y búsqueda de soluciones, para un mejor rendimiento en sus actividades. Los resultados mostraron que el objetivo se cumplió, al tener un aumento en la autoestima y la asertividad. La integración de estos enfoques al igual que la combinación de las diferentes técnicas, demuestran ser efectivas en el trabajo grupal para el aumento de la autoestima y la

¹ Preparatoria Politécnica Santa Catarina (PPSC) Unidad La Fama, Proyecto de la Universidad de Monterrey (UDEM).

Calle Justo C. Díaz S/N Col. La Fama, Santa Catarina, Nuevo León. C.P. 66100. Tel: +52 (81) 1492 0496. Correo Electrónico: karen.ordazleal@gmail.com

² Universidad Metropolitana de Monterrey (UMM) Clínica de atención psicológica. Galeana Sur #437 entre 5 de mayo y 15 de mayo, Centro, Monterrey, Nuevo León. Tel: (01) 8130 7900 (ext. 1504). Correo Electrónico: bennettvidales@gmail.com

Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL), Facultad de Psicología (FAPSI)
Av. Universidad S/N Ciudad Universitaria, San Nicolás de los Garza, Nuevo León, C.P. 6451, México. Tel: +52 8183294050. Fax: +52 81 83338222 Correo Electrónico: bennettvidales@gmail.com

assertividad.

Palabras clave: autoestima, assertividad, terapia centrada en soluciones, terapia cognitivo conductual.

COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY AND SOLUTION-FOCUSED THERAPY INTEGRATION IN A WORKSHOP TO INCREASE SELF-ESTEEM AND ASSERTIVENESS

ABSTRACT

This paper evaluates the integration of Cognitive Behavioral Therapy and Solution Focused Therapy to increase self-esteem and assertiveness in adults between 40 and 60 years old. The intervention was performed in 6 sessions, 8 people participated (1 man and 7 women), they were employees of the governmental space. The workshop had the purpose of giving tools to the participants of self-knowledge, modification of negative perceptions, assertiveness and search for solutions. The results showed that the goal was achieved, self-esteem and assertiveness increase. The integration of these approaches and the different techniques proves to be effective in the group worked for the increase of the self-esteem and assertiveness.

Key Words: self-esteem, assertiveness, cognitive behavioral therapy, solution-focused therapy.

A. Autoestima

El conocimiento, concientización y aceptación es la base fundamental de la autoestima. Rosenberg (1965, en Mínguez, Rodes y Ortega, 2000) menciona que la autoestima se basa en las atribuciones, externas o internas, en lo que es bueno según cada individuo y esto varía según el grado de importancia que le atribuya la persona.

Enrique y Muñoz (2015) señalan que cuando las personas encuentran su motivación, validan sus capacidades y habilidades, reaccionan de manera positiva ante los retos que se les presentan, su autoestima es alta. González-Arratia, Medina y García (2015) mencionan que personas que no cuentan con herramientas que faciliten la armonía y convivencia o con habilidades sociales, pueden ser consideradas con baja autoestima ya que se observan con miedo al fracaso, lo cual genera obstáculos dentro de su desarrollo emocional.

La autoestima se construye desde pequeños y esta misma definirá cómo se

actuará de grande. La autoestima se fomenta desde pequeños mensajes que les ayudan a los niños a identificarse como buenos o malos en algo, por eso es importante que desde edades tempranas se les motive a creer que son capaces de lograr lo que se propongan (Pineda y Casas, 2015).

Voli (2001, en Martínez García, 2011) menciona 5 componentes básicos de la autoestima los cuales son: a) Autoconcepto el cual es la forma en que nos percibimos y este se puede modificar a través de la reestructuración cognitiva, b) sentido de la seguridad, el cual se incrementa según los logros que se vayan teniendo, esto se da con el uso de la técnica prevención de recaídas y el entrenamiento en asertividad, c) Pertenencia o sentido de la integración en el cual se ve la manera en que nos relacionamos con los demás y que tanto nos sentimos parte del grupo y se puede ir estimulando a través de la psicoeducación y el uso de reencuadres, d) motivación la cual sirve de guía para el cumplimiento de los objetivos, buscando las excepciones y usando la imaginación a través de metáforas y e) competencia el cual ayuda a que se dé la realización de actividades necesarias para el cumplimiento de las metas, su intervención puede ser a través de las técnicas de proyección a futuro, solución de problemas y tareas. Su forma de intervención se explica a detalle más adelante, en el apartado de estrategias.

A.1 Claves para alcanzar una buena autoestima

Hay diversas posturas que sostienen cuales deberían de ser los pilares para una buena autoestima, Escoria y Pérez (2015) hacen una comparación donde dan a conocer dichas posturas (Figura 1).

Branden	André y Lelord	Parinello
1)Vivir conscientemente	1) Confianza en sí mismo	1) Características
2) Autoaceptarse	2) Visión de sí mismo	2) Expectativas
3)Ser autorresponsable	3) Amor a sí mismo	3) Atención
4)Tener autoafirmación		4) Evidencias
5)Vivir con determinación o propósito en la vida		
6)Vivir con integridad		

Figura 1. Se muestran los pilares de la autoestima con distintas posturas y autores (tomado de Escoria y Pérez, 2015).

Como puede apreciarse en la figura 1, la confianza y aceptación en uno mismo son pilares básicos de la autoestima según las tres posturas presentadas. Estos dos pilares son los que llevan a que la persona genere un juicio de su capacidad y le ayudan a reconocer sus límites, hacen que le dé un valor a sus logros y aprenda de sus fracasos.

Larota, Rojas y Sánchez (2016) indican que los pilares para una buena autoestima están enfocadas más hacia la valoración que tenga la persona sobre sí misma, la confianza que ejerza a su capacidad, la seguridad y respeto que tenga de las cosas que hace y la capacidad para la crítica que pudieran tener las otras personas.

A. 2 Estrategias para el aumento de la autoestima

Larota, Rojas y Sánchez (2016) mencionan que la autoestima tiene gran relevancia en el estado de la salud psicológica, ya que consideran que un individuo que cuenta con una buena autoestima es capaz de planear su futuro, obtener estrategias para enfrentar situaciones estresantes, son capaces de tomar decisiones y buscar soluciones, generan más relaciones interpersonales y son más razonables al hacer autoevaluaciones de sus habilidades. Esto significa que las estrategias deben de ir enfocadas a trabajar sobre estos rubros.

Pineda y Casas (2015) explican que aunado con la autoestima, va el desarrollo socio afectivo, el cual representa la parte emocional de la persona, que implica facilitar la

expresión de sus emociones, valores y creencias. Esto significa que es importante darle a la persona la oportunidad de escoger, decidir y valorar el cómo se siente y cuál debería de ser la mejor forma de actuar, buscando soluciones sanas.

Cordero (2006) menciona que la terapia cognitivo conductual tiene gran relevancia en el manejo de la autoestima ya que permite a los pacientes que registren sus pensamientos y sentimientos negativos a fin de sustituirlos por pensamientos positivos, permitiéndole que avance en la eliminación o reducción de sus síntomas, algunas de las técnicas que han mostrado gran eficacia son: solución de problemas, reestructuración cognitiva, psicoeducación y el uso de las metáforas.

Cuando la persona se centra en sus metas y la forma en que lo va a lograr es importante que se trabaje sobre la toma de decisiones y búsqueda de soluciones en la cual Gil-Monte (2014) presenta un modelo llamado PRACTICE el cual fue tomado como referencia de la técnica de solución de problemas desarrollada por D'Zurrilla y Nezu en 1982. Esta técnica consiste en ayudar a la persona mediante siete pasos a tomar decisiones y buscar alternativas, remarcando sus fortalezas y ayudándole a ver sus cualidades, esto ayuda a que la persona confíe en lo que es capaz de hacer y parte del modelo cognitivo conductual.

Las autoevaluaciones que la gente hace en ocasiones lo llevan a tener problemas en la percepción de su realidad, ya que sus pensamientos pueden ser pesimistas y estos los lleven a presentar profecías autocumplidas. Dentro de las opciones para trabajar la reestructuración cognitiva se encuentran la terapia racional emotiva de Ellis, la terapia cognitiva de Beck y el entrenamiento autoinstruccional por Meichenbaum (Bados, 2008; Carrasco, 1995; Carrasco y Espinar, 2008 en Bados y García, 2010) las cuales parten del modelo cognitivo conductual.

En la intervención de González y Landero (2013) se utiliza la reestructuración cognitiva para la modificación de pensamientos irracionales, ellos implementaron la técnica a nivel grupal dónde de forma anónima la gente escribía la situación estresante, alguien más tomaba ese escrito y todo el grupo empezaba a cuestionar sus pensamientos y proponían pensamientos positivos, a fin de ir modificando sus creencias.

Galiart y Álvarez (2017) comentan que el uso de metáforas dentro de la intervención psicológica ayuda a mejorar la gestión de las emociones, contribuye a la maduración personal y a incrementar su autoestima, le dan esperanza a la persona de que no está sola y que su problema tiene solución. Albert Ellis (1993), vio la necesidad de incluir en la

terapia cognitiva conductual el uso de metáforas para un mejor acercamiento a la realidad (Kopp y Jay, 1998; Lyddon, Clay y Sparks, 2001; Meichenbaum, 1993; Otto, 2000 en Moix 2006).

Estrada, Beyebach y Herrero de Vega (2006) dicen que se han hecho estudios en los que se comprueba que el uso de la terapia centrada en soluciones es de gran ayuda para el aumento de la autoestima y se pude ver reflejado en los estudios de Springer, Lynch y Rubin en el 2000, así mismo en LaFountain y Garner en 1996, dónde el grupo experimental tuvo grandes cambios, después de la aplicación de esta terapia. Las técnicas para el incremento de la autoestima son: proyección a futuro, reencuadres, excepciones, tareas y prevención de recaídas.

Con respecto a que una persona con buena autoestima es capaz de planear su futuro, la proyección a futuro parte del modelo de terapia breve centrado en soluciones y sirve para ubicar las metas a alcanzar y la forma en que se llevará acabo el cumplimiento de las mismas, tal como se ve en el caso expuesto en González-Ramírez y Juarez-Carrillo (2016). Esta técnica fomenta en el sujeto sentirse con la capacidad necesaria para conseguir las metas que se proponga, dándole un mayor panorama sobre cómo actuar. Esta es una técnica inspirada en la bola de cristal de Milton Erickson, adaptada por De Shazer en 1988 (Flores, 2015).

En ocasiones las personas no ven salida de su problema, el uso de las excepciones es de gran utilidad ya que las personas se dan cuenta que hay ocasiones en las que su problema no se presenta o se presenta en modo y tiempo diferente, dándoles más seguridad de actuar diferente, esta técnica fue propuesta por de Shazer en 1986 y es parte de la terapia centrada en soluciones (Herrero, S.F). Así mismo es importante que se le deje tareas al paciente sobre cosas por hacer o en que pensar a fin de que la persona aplique en lo que se trabajó en su vida cotidiana (Beyebach en Navarro, Fuertes y Ugidos, 1999).

Hay diversidad de técnicas para el incremento de la autoestima, sin embargo Chávez (2010) comenta que para favorecer el desarrollo de la autoimagen las técnicas que mejor funcionamiento tienen son el entrenamiento en habilidades sociales, el entrenamiento asertivo, la reestructuración cognitiva, solución de problemas con toma de decisiones, relajación y el autocontrol.

B. Asertividad

La asertividad es entendida como la acción de expresar de manera adecuada lo que se siente o se piensa en el momento. Es la manera en que se expresan los desacuerdos, se hacen respetar los derechos, la capacidad de hacer y recibir críticas y la expresión de sentimientos negativos (Riso, 1988 en Mikulic, Crespi, y Radusky, 2015).

La comunicación asertiva se define como la forma de expresión congruente, directa y consciente cuya finalidad es comunicar pensamientos, ideas, emociones, sentimientos sin agredir a la persona con la que se está hablando (Duque y Diaz, 2016). Esto quiere decir que al momento de expresar lo que se siente, la persona se hace responsable de lo que su comentario pudiera ocasionar o cómo lo vaya a tomar la otra persona.

Para identificar que una persona es asertiva características predominantes, según Roca (2005) son: Se conoce a sí misma y hay congruencia en lo que siente y hace, se acepta incondicionalmente, comprende sus sentimientos y el de los demás, sabe cómo pedir las cosas que necesita, es consciente de sus limitaciones y lucha por cumplir sus metas, es responsable de sus actos, es capaz de decir lo que siente-piensa-hace congruentemente y elige bien a las personas con las que convive.

La asertividad está relacionada con ciertos aspectos de la personalidad de cada individuo, sin embargo no es considerada como tal, ya que va cambiando y modificándose según sea la situación a la que se enfrente la persona. Habrá casos en los que se actué de manera más asertiva que en otras (Monje, Camacho, Rodríguez y Carvajal, 2009).

B. 1 Estilos de comunicación

Hay diferentes tipos y estilos de comunicación. El primero hace referencia a que puede ser de manera verbal (a través de palabras) o no verbal (gestos, posturas, tonos de voz, silencios). En la comunicación de ideas, pensamientos, sentimientos y opiniones puede darse de tres modalidades: pasiva, agresiva o asertiva. La primera hace referencia a que suelen callar lo que sienten o quieren, no muestran capacidad de hacer exigir sus derechos, prefieren huir de los problemas que afrontarlos, se disculpa de manera constante y siente miedo o vergüenza (Mondragón-Lasagabaster, 2012).

El estilo de afrontamiento agresivo hace referencia a que no respeta los derechos de los demás, entre sus conductas están el ofender, agredir, provocar, atacar. Tienden a mostrarse presumidos, no aceptan la responsabilidad de sus actos, se hacen llamar sinceros o congruentes porque expresan sus opiniones pero dañando a los demás. Tienen predominio a agredir física o de manera verbal (Roca, 2005).

La respuesta asertiva va orientada hacia comunicar a los demás que les importa lo que les pasa, expresan con claridad lo que esperan de los demás, su voz es firme y con confianza. Aceptan los comentarios de los demás, siendo flexibles en la manera de pensar y creando dialogo entre todos los involucrados (Monje, Camacho, Rodríguez y Carvajal, 2009).

La manera en que uno se expresa ya sea a través de gestos, frases o forma de actuar da a conocer el estilo de comunicación que emplea la persona. En la Figura 2 se presentan algunos de estos rasgos que pueden ayudar a identificarlo.

Actitud inhibida	Actitud Agresiva	Actitud Asertiva
Tú ganas – Yo pierdo	Yo gano – Tú pierdes	Yo gano – Tú pierdes
Los demás antes que yo	Siempre yo	Primero yo, pero también los demás
El otro es superior	El otro es inferior	El otro es igual que yo
Asume la opinión de los demás y oculta la suya	Impone su opinión e ignora la de los demás	Expone su opinión y escucha la de los demás
Expresa las emociones en función de lo que quiere que los demás piensen	Oculta sus emociones o las exagera	Expresa sus sentimientos auténticos
No critica, siempre hace comentarios positivos	Críticas siempre negativas	Realiza críticas constructivas
No exige sus derechos	Impone sus derechos sin tener en cuenta los de los demás	Exige sus derechos con eficacia y justicia
Muestra falta de confianza en sí mismo	Muestra exceso de confianza	Muestra autoconfianza, receptividad
Se culpabiliza a sí mismo de sus errores	Nunca asume sus errores, culpabiliza siempre a los demás	Asume sus errores pero intenta evitarlos en lo sucesivo

Figura 2. Actitudes que toma la persona según su estilo de comunicación:agresivo, pasivo y asertivo (tomado de Roca 2005).

Cómo puede apreciarse en la Figura 2, se ve reflejado lo que hasta el momento se ha descrito en los estilos de comunicación. Hay diferencias entre cada uno de ellos, en la parte de expresar lo que pasa, así mismo en la forma de actuar y mostrar ante los demás.

B.2 Técnicas para incrementar la asertividad

Algunas de las técnicas que se pueden encontrar para el desarrollo o estimulación de la asertividad son: psicoeducación para la presentación de los derechos asertivos, role-playing para realizar prácticas dirigida al saber decir que no, cómo pedir favores y cómo pedir que las personas externas a mí modifiquen algún comportamiento que no es agradable para mí (Linares-Ortiz, Robles-Ortega y Peralta-Ramírez, 2014).

Para el trabajo con la asertividad, la persona debe de ser capaz de hacer peticiones sin manipular a los demás. Para algunas personas es complicado el pedir ayuda o el hacerlo desde lo que piensan y sienten. Algunas de las técnicas para reforzar este rubro son: el ser persistente a través de parábolas o el disco rayado; el primero hace referencia a hacer comparaciones con situaciones y buscar la manera más adecuada haciendo una lista donde se pongan los 3 estilos. La segunda es repetir una petición las veces que sean posibles a fin de que cuando llegue el momento de hacerla, se haga con la misma intensidad, tono de voz y con mayor seguridad (Roca, 2016). Otra característica de la persona asertiva es que no solo sabe hacer peticiones, sino que también es capaz de rechazarlas y aceptar que a él se las rechacen.

La estrategia fundamental de este punto es, analizar la situación, cuidar el lenguaje no verbal, expresarse de manera clara, breve, segura y amable. Esta última es conocida como “el sándwich” la cual consiste en decir algo positivo antes y después de rechazar la petición a fin de que se suavicen los mensajes (Roca, 2016).

Para que una persona pida el cambio de conducta de alguna otra o haga alguna negociación, la técnica que más se utiliza es el acuerdo viable, el cual consiste en hacer que las dos personas cedan algo, y vean la situación de manera externa, para que ambas partes se den cuenta de que están siendo escuchados y comprendidos (UNIR, 2015)

Para que la comunicación sea positiva, las técnicas que mejor funcionan se presentan en la Figura 3.

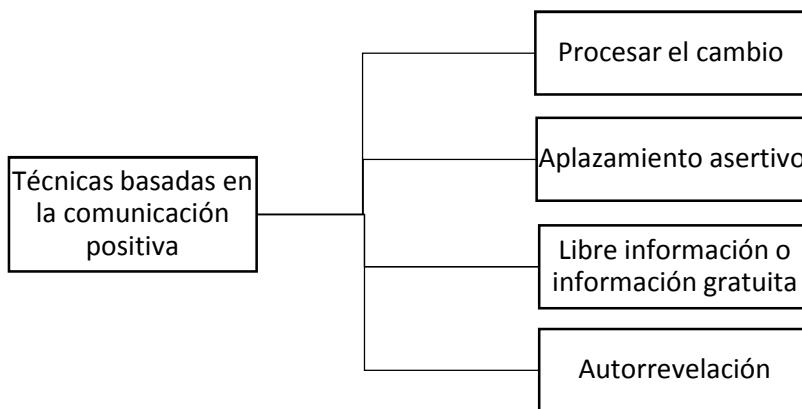


Figura 3. Se muestran diversas técnicas basadas en la estimulación de una comunicación positiva (tomada de UNIR, 2015).

La primera técnica mostrada en la figura 3 dice que es importante cambiar el centro de atención o desfocalizar la interacción y centrándose en el tema a tratar, para evitar inconformidades entre las personas. El segundo hace referencia a buscar el mejor momento para hablar sobre el tema y no cuando los sentimientos nublan la conciencia de ambas partes. El tercero busca rescatar de cada persona la necesidad por la cual están empleando la discusión, a fin de encontrar cual es el tema relevante que a la otra persona le importa. Y la última consiste en compartir con la otra persona, datos personales a fin de que cada uno revele sus intereses (UNIR, 2015).

B.3 Relación entre autoestima y asertividad

Para Bustamante (2004) la autoestima y la asertividad van de la mano, ya que la persona que expresa lo que siente y hace que se respeten sus derechos, opiniones e ideas y respeta las de los demás, es una persona que sabe lo que quiere. Y para que una persona sea asertiva, debe de tener seguridad en ella misma para creer que merece que lo traten bien.

Lo que se piensa de uno mismo y las acciones que tomen, están determinadas por la seguridad y el autoconocimiento que tenga la persona. Bustamante (2004) menciona que de la autoestima se proyecta la comunicación en base a lo afectivo personal y con los demás. Esto significa que si la persona sabe cuáles son sus necesidades o deseos, será capaz de expresar de una manera adecuada y le ayudará en la interacción con los demás.

Moro (2009) dice que en ocasiones la gente tiende a postergar sus necesidades, deseos, sentimientos por el hecho de que creen que interfiere con los gustos de las otras personas. Eso significa que se les da un mayor valor a los otros que a uno mismo, lo cual lleva a disminuir la autoestima, ya que se ve por el otro y no primero por uno mismo.

La persona que tiene altos niveles de asertividad, tiende a relacionarse de manera favorable con los demás, es capaz de recibir retroalimentación de los demás y lo toma de manera positiva, lo cual incrementa la dimensión de la autoestima.

Objetivo

Es así que se planteó como objetivo evaluar la integración de la Terapia Cognitivo conductual y la Terapia Centrada en soluciones bajo el enfoque de Terapia Breve para incrementar la autoestima y la asertividad, mediante un taller aplicado a adultos. El propósito del taller fue incrementar la autoestima y la asertividad en personas de entre 40 y 60 años a fin de que mejoren sus habilidades de comunicación y apreciación de sí mismas.

MÉTODO

Población y muestra

La intervención se aplicó a 8 empleados Del Centro Espacio SI en Apodaca, 1 hombre y 7 mujeres, los cuales fueron seleccionados por ser empleados. El programa fue creado a fin de aumentar su autoestima y proporcionarles herramientas que les permitan desenvolverse adecuadamente en su vida cotidiana.

Para poder responder a la necesidad expuesta anteriormente, se diseñó una intervención psicológica, la cual se aplicó en el DIF Municipal de Apodaca, en la sala de usos múltiples. Con una duración de 6 sesiones semanales de dos horas de duración cada una.

Instrumentos

Para la evaluación de los adultos se empleó una batería de pruebas conformadas por los siguientes inventarios: Inventario de Asertividad de Rathus y Escala de Autoestima de Rosenberg. Dichas escalas se aplicaron tanto al inicio como al final de la intervención a fin de identificar la eficacia de la misma.

Escala de Autoestima de Rosenberg

Esta escala tiene como objetivo evaluar el sentimiento de satisfacción que la persona tiene de sí misma. La escala consta de 10 ítems, 5 de ellos están escritos en forma positiva y los otros en negativa. Con escala de respuesta tipo Likert de 4 a 1 (Muy en desacuerdo hasta Muy de acuerdo), en los ítems del 1 al 5 y en los ítem del 6 al 10 de 1 a 4 (Vázquez, Jiménez y Vázquez-Morejón, 2004).

Escala de Asertividad de Rathus

El instrumento está diseñado para ser autoadministrado, consta de 30 afirmaciones de las cuales solo se utilizaron 8, las cuales hablan de asertividad, el resto se refiere a los estilos de comunicación pasivo o agresivo. Las opciones de respuesta van de -3 (muy poco característico en mí, extremadamente no descriptivo) a +3 (muy característico de mí, extremadamente descriptivo) (Madrigala y Halabíb, 2009).

Pregunta escala

La pregunta escala es una técnica centrada en soluciones donde se le dice al paciente: En una escala de 1 a 10, donde 1 sería cuando peor han estado las cosas, y 10 que están del todo solucionadas, ¿dónde dirías que estás ahora? (De Shazer; 1985; O`Hanlon, 2001; Beyebach, 2006 en Riojas y Cisneros, 2013)., sin embargo se le hizo una modificación a la pregunta quedando cómo: “*En una escala del 1 al 10, dónde 1 es siento que no merezco, no valgo y no me quiero, y 10 es me siento que merezco, valgo y me quiero ¿Dónde te ubicarías?*”

Procedimiento

Se solicitó permiso a la coordinadora general de los Centros Espacios SI de Apodaca. Posteriormente se solicitó permiso a la coordinadora de Espacio SI en Hacienda las Margaritas, se acordaron fechas y horarios, al igual que el plan del taller. Después la coordinadora compartió los nombres de los empleados que acudirían al taller. La aplicación de instrumentos y el taller fueron llevados a cabo en un salón del mismo centro, el cual era un espacio amplio y climatizado. La aplicación de instrumentos duro 30 min para los 8 empleados del plantel.

Objetivo de la intervención

Para la intervención se estableció como objetivo general el incrementar la autoestima y la asertividad a fin de que los adultos mejoren sus habilidades de comunicación.

Diseño de la intervención

A continuación se describen las 6 sesiones (figura 4) que se emplearon durante la intervención psicológica, así mismo se incluyen los objetivos particulares de cada una de ellas y las actividades realizadas.

Sesión 1.
Objetivo: Evaluar por medio de una batería de pruebas su nivel de autoestima y asertividad.
-Integración grupal y conocimiento de compañeros.
Técnicas utilizadas: -Psicoeducación -Metáfora -Tareas
Evaluación:
-Inventario de Autoestima. -Inventario de Asertividad.
-Pregunta escala.
<i>“En una escala del 1 al 10, dónde 1 es siento que no merezco, no valgo y no me quiero, y 10 es me siento que merezco, valgo y me quiero ¿Dónde te ubicarías?</i>
Desarrollo de la sesión:
-Bienvenida. -Dinámica: Trabajando con las etiquetas (Anexo).
-Presentación del equipo y programa. 1).
-Dinámicas de integración. -Plantear un compromiso y tarea.
-Aplicación de batería de pruebas. -Pregunta escala.
-Psicoeducación de ¿Quién soy?

Sesión 2.
Objetivo: Identificar las principales cualidades que tiene la persona, para generar reflexión en la persona sobre la aceptación.
Técnicas utilizadas: -Reencuadres -Excepciones -Tareas -Psicoeducación
Evaluación: -Pregunta escala. <i>“En una escala del 1 al 10, dónde 1 es siento que no merezco, no valgo y no me quiero, y 10 es me siento que merezco, valgo y me quiero ¿Dónde te ubicarías?</i>
Desarrollo de la sesión: -Bienvenida y presentación del programa correspondiente a ese
-Imaginación guiada: Gracias-Perdón-Gracias. Confrontación con ellos mismos (Técnica del

día.	espejo) (Anexo 2).
-Buscar avances y excepciones.	-Hacer un collage de quien soy y que tengo con recortes de revista.
-Puesta en común ¿Qué es ser hombre y mujer?	-Compromiso y tareas.
-Reencuadres sobre género y sexo.	-Pregunta escala.
-Psicoeducación ¿Cuánto valgo y qué merezco?	

Sesión 3.

Objetivo: Identificar los pensamientos e ideas irracionales para poder cambiarlos a forma positiva.

Técnicas utilizadas:

-Reestructuración cognitiva -Excepciones -Tareas -Psicoeducación

Evaluación: -Pregunta escala.

“En una escala del 1 al 10, dónde 1 es siento que no merezco, no valgo y no me quiero, y 10 es me siento que merezco, valgo y me quiero ¿Dónde te ubicarías?

Desarrollo de la sesión:

-Bienvenida y presentación del programa correspondiente a ese día. -Identificar mis creencias y las que tengo de los demás.

-Buscar avances y excepciones. -Reestructuración cognitiva grupal

-Psicoeducación de las creencias, puesta en común.

Figura 4. Se muestra el desarrollo de las sesiones y las actividades planteadas en cada una de ellas, así mismo se incluye la evaluación de las mismas.

RESULTADOS

El grupo se encontraba formado por 8 participantes de los cuales eran 7 mujeres y 1 hombre, quienes tenían una edad media de 45 años ($DE = 5.92$).

Posterior a identificar las características del grupo se procedió a verificar la puntuación reportada ante la pregunta escala realizada durante la primera sesión. Se identificó que los participantes se encontraban, en una escala del 1 al 10, en un 7.1 ($DE = .90$). Conforme fueron pasando las sesiones, las puntuaciones medias se fueron modificando (figura 5) de modo que en la sesión 2 se tuvo una media de 8 ($DE = .82$), en la sesión 3 una media de 8.2 ($DE = .75$), en la sesión 4 una media de 8.8 ($DE = 1.1$), en la sesión 5 una media de 9.1 ($DE = .69$) y finalmente en la sesión 6 una media de 9.7 ($DT = .75$).

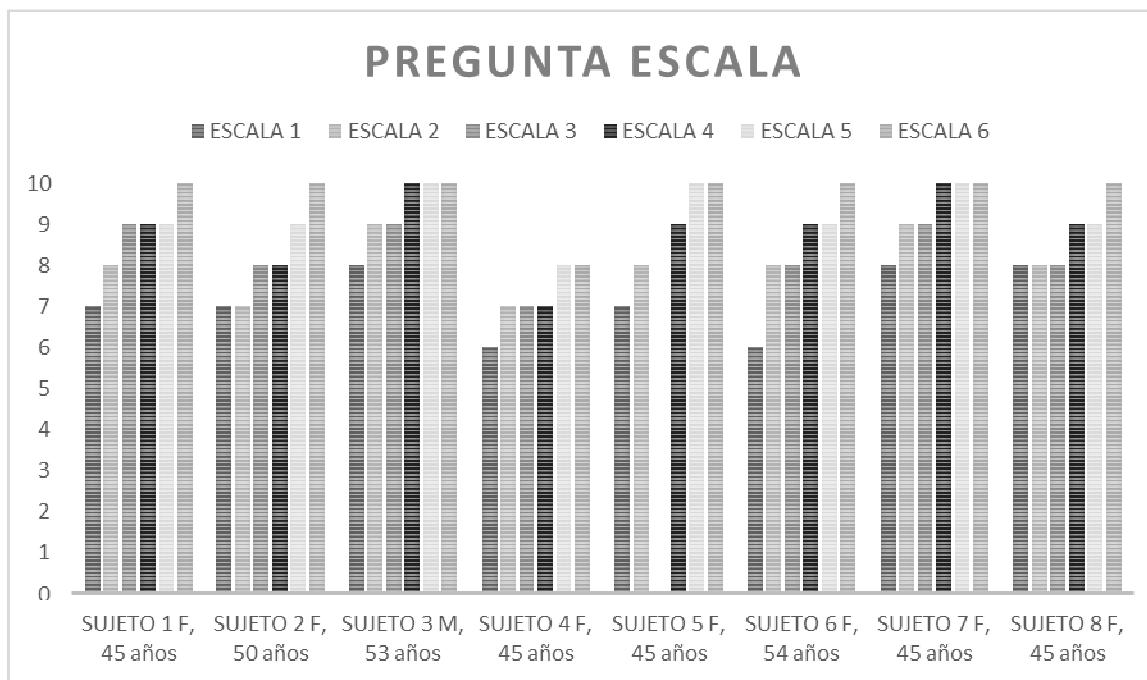


Figura 5. Resultados de cada sesión de la pregunta escala por participante.

Como se aprecia en la tabla, todos los sujetos mostraron mantenimiento o, incluso, aumento en sus puntuaciones en relación con el ítem que explora la autoestima y la assertividad.

En relación a la escala de autoestima aplicada a los participantes se identificó que la escala presenta un alfa de Cronbach de .90 lo cual indica que es confiable. Inicialmente se identificó que los participantes presentaban una media de 34.25 (DE= 5.47) y que, una vez finalizada la intervención presentaban una media de 35.62 (DE= 3.16). En cuanto a las variaciones intrasujeto, en la figura 6 se muestran los cambios presentados al inicio y al final de la intervención en cada uno de los participantes.

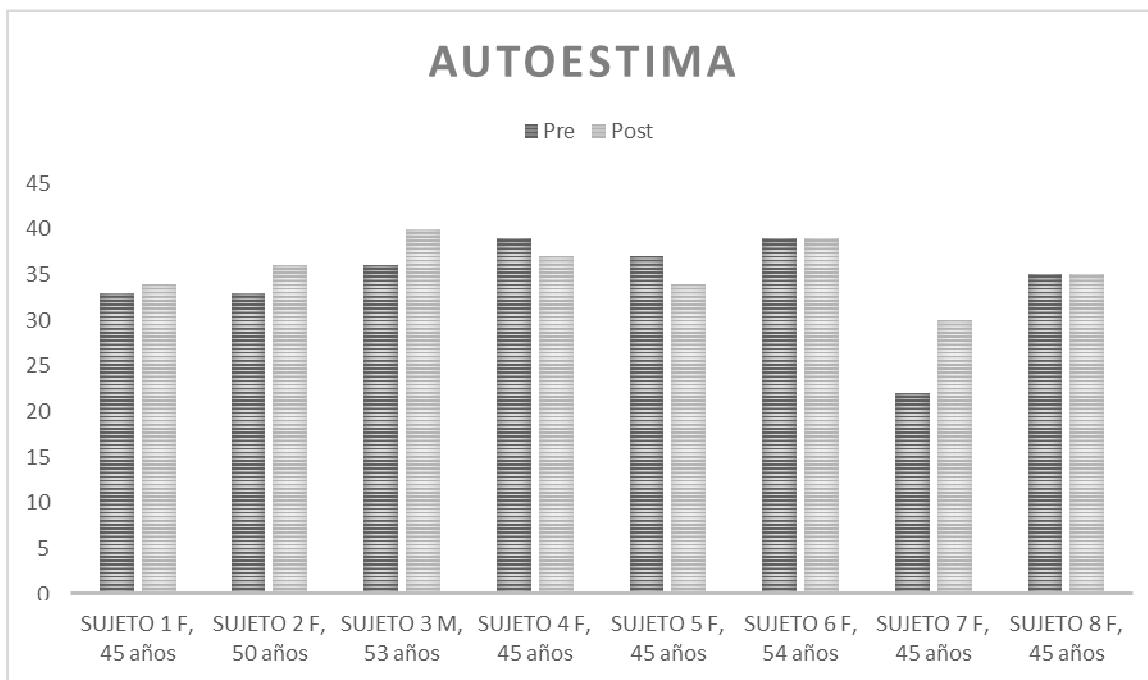


Figura 6. Resultados previos y posteriores a la intervención obtenidos por participante, sobre la escala de autoestima.

Los participantes mostraron autoestima media alta al principio de la intervención, sin embargo al finalizar cuatro de ellos mostraron un incremento, dos mantuvieron el nivel de autoestima. Más de la mitad del grupo consiguió incrementar o mantener su autoestima. En relación a la escala de asertividad aplicada a los participantes se identificó que la escala es confiable (alfa de Cronbach de .83) tomando como base los ocho ítems, orientados hacia respuestas de asertividad. Inicialmente se identificó que los participantes presentaban una media de 0.375 (DE= 10.51) y que, una vez finalizada la intervención presentaban una media de 6.3 (DE= 8.6). En cuanto a las variaciones intrasujeto, la figura 7 expresa la manifestación de los cambios presentados al inicio y al final de la intervención en cada uno de los sujetos.

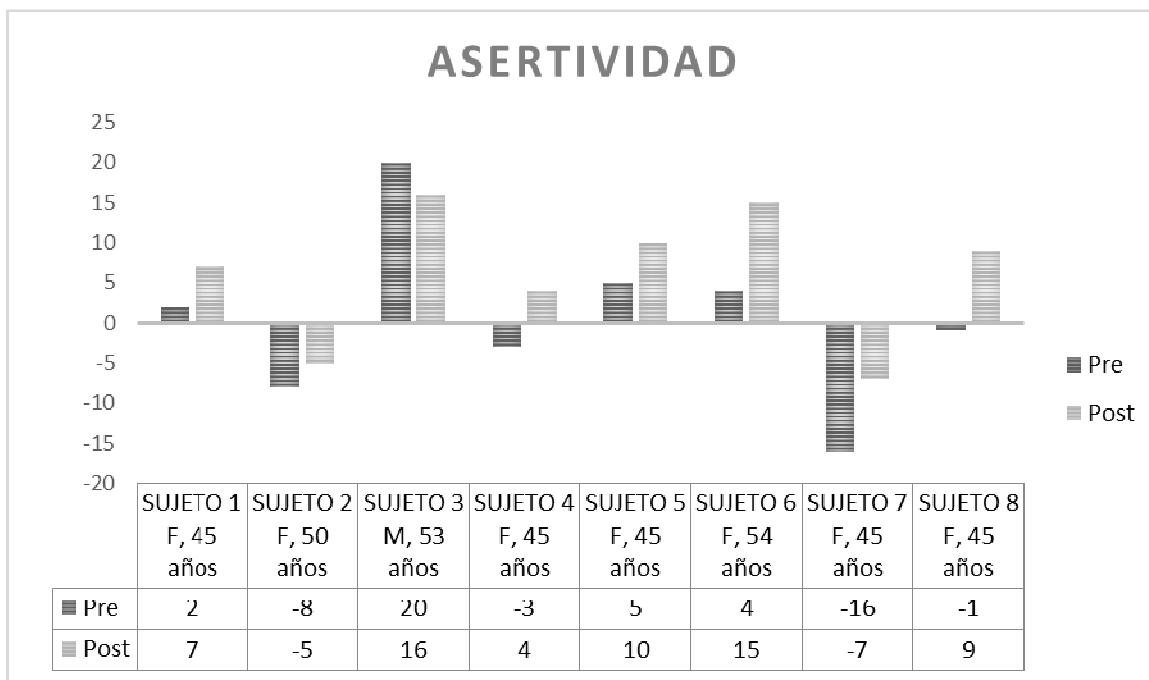


Figura 7. Resultados previos y posteriores a la intervención obtenidos por participante, sobre la escala de asertividad.

En la figura 7 se puede observar que siete de los participantes lograron incrementar la asertividad. Puede observarse que más de la mitad del grupo incrementó su estilo de comunicación asertiva.

DISCUSIÓN

Posterior a la realización de la intervención se identificó que el objetivo que se había establecido se cumplió. Los participantes desde un inicio presentaban niveles medio-altos de autoestima, sin embargo conforme se iba dando la intervención reportaban cambios personales, mismos que otras personas también veían.

La pregunta escala mostró cambios progresivos en los sujetos, ya que conforme pasaban las sesiones iban descubriendo cómo sentirse queridos, valiosos, merecedores y poder expresar lo que necesitaban. Había ocasiones en las que decían que se mantenían en el mismo número debido a que les había faltado aplicar mejor la técnica enseñada.

La intervención tenía como objetivo mejorar en las personas su autoconcepto,

trabajando la aceptación, la asertividad y el autoconocimiento. González-Ramírez y Landero-Hernández (2013) indican que el autoconcepto tiene dos componentes: cognitivos en los cuales van implicados los pensamientos las cuales son las creencias sobre uno mismo y los evaluativos que son los sentimientos.

Para que una persona pueda percibirse de manera favorable es importante trabajar a través de sus percepciones, las cuales pueden presentarse de forma negativa y desde la Terapia Cognitivo Conductual se trabaja con la reestructuración cognitiva. Sales, Atiénzar, Mayordomo, Satorres-Pons y Meléndez (2015) comprobaron la efectividad del uso de esta técnica aplicada en un programa de depresión, concluyendo que tiene efectos satisfactorios en el aumento de la autoestima, ya que trabaja en la reducción de niveles de ansiedad y estrés con los que la persona pudiera encontrarse.

En esta investigación se vio reflejado dentro del clima laboral, ya que los empleados expresaban más lo que necesitaban y querían, usando la asertividad. Así mismo su aspecto físico mejoró, procurando más su presentación.

Otro de los pilares de la autoestima que se pretendía mejorar en esta intervención era el sentido de la seguridad. Watanabe (2014) dice que el sentido de la seguridad se va adquiriendo a través de las experiencias por las que pase el sujeto, evaluando de manera cognitiva la calidad de cada una de ellas mediante la expresión de sus necesidades. Partiendo de esta definición las técnicas que se utilizaron dentro de esta intervención fueron la Prevención de recaídas y Habilidades Asertivas.

Otero, Kendzierski y Rubio (2015) muestran en su intervención conductual en un caso de bajo estado de ánimo la efectividad del entrenamiento de habilidades asertivas para proporcionar en el paciente la expresión de verbalizaciones positivas y negativas, ayudándole a tener más sentido de seguridad. Tal como se muestran en los resultados de la escala de Rathus, los participantes muestran avance, lo cual indica que la asertividad es un factor que motiva al incremento de la autoestima.

Otro de los factores a evaluarse dentro de la intervención era el sentido de pertenencia o integración mediante Técnicas Cognitivo Conductual como la Psicoeducación y Centrada

en soluciones con los reencuadres. Morales Castillo (2017) comprobó la efectividad que tiene el uso de la Psicoeducación para la mejora de los niveles de autoestima, destacando que el propósito de dicha técnica es reeducar a las personas a fin de que tengan un mejor entendimiento de lo que pasa, tomando en cuenta sus causas y posibles consecuencias. Otro de los factores establecidos en esta intervención fue la motivación la cual se trabajó a través de la técnica de Excepciones, de la Terapia Centrada en Soluciones. Tal como indican Tamez-Osollo y Rodríguez-Alcalá (2017), el poner especial atención a aquellos momentos en los que usan sus recursos o habilidades para que no se presente el problema, ayuda a que el paciente vea que se está acercando poco a poco a su objetivo. El uso de la técnica de solución de problemas y proyección a futuro ayudan a las personas a tener bienestar, ya que se relaciona con la satisfacción que tiene la persona desde su presente y su futuro, dándoles un balance entre las expectativas y los logros a los que se enfrentaran (Montoya y Landero, 2013). El uso de estas técnicas funcionó en el incremento de la autoestima y la asertividad, debido a que las personas expresaban que al momento de tener algún conflicto puedes detenerte a pensar en diversas alternativas, que te pueden funcionar o no, pero vas descartando las posibilidades que te quedan.

CONCLUSIÓN

El objetivo de esta investigación se alcanzó ya que los sujetos reportaron incremento en su autoestima y asertividad, por lo que los resultados son evidencia de que el trabajo grupal integrando las terapias cognitivo conductual y centrada en soluciones es factible y efectivo. Uno de los aspectos que favorecieron el resultado, fue el compromiso que tenían al asistir a cada sesión del taller, así mismo la participación activa.

Algunas de los contratiempos que se tuvieron en esta intervención fue que para asistir al taller los participantes se debían de quedar dos horas más después del trabajo. En la primera sesión los participantes se mostraban cansados y obligados, sin embargo con el paso a la segunda sesión tenían más disposición y comentaban que asistían con gusto, esto debido a que notaron que otras personas percibían que habían cambiado.

El amplio rango de edad entre los participantes, no fue una limitante en la aplicación del taller, ya que las interacciones entre ellos se daban con respeto al no tener la misma manera de pensar. Cada uno hablaba desde su experiencia y enriquecía con su conocimiento. Sin embargo, para fines de investigación, la heterogeneidad del grupo puede considerarse una limitante para la validez externa, así como el tamaño del grupo, la selección de los participantes y la falta de un grupo control.

La integración entre la Terapia Cognitivo Conductual y el Enfoque Centrado en Soluciones aplicado al aumento de la autoestima en adultos revela un nuevo aporte, ya que existe poca evidencia de la efectividad que tiene. En esta investigación, la integración de ambas terapias funcionó.

Para futuras investigaciones se recomienda que los investigadores utilicen una muestra mayor para una evidencia más grande sobre la integración de dichas terapias.

Conforme a los resultados que se obtuvieron, se concluye que la selección de técnicas fue correcta. Tal como sugieren Tamez-Osollo y Rodríguez-Alcalá (2017), en este taller fue posible la integración de las técnicas eficaces de cada enfoque; ayudando a las personas a encontrar y generar recursos, implementar diversas maneras de resolver conflictos y modificar aquellas creencias distorsionadas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bados López, A., y García Grau, E. (2010). La Técnica de la reestructuración cognitiva. *Universidad de Barcelona*, España.
- Beyebach, M. (1999). Introducción a la terapia breve basada en soluciones. En J. Góngora, A. Fuertes y T. Ugidos (Eds.) *Intervención y prevención en salud mental*. Salamanca: Amarú.
- Bustamante, S. (2004). Autoestima y Asertividad. Santiago, Chile: Comite Nacional para el Adulto Mayor.
- Chávez, E. (2010). Prevención de recaídas. Manual de aplicación. Centros de Integración Juvenil, dirección de tratamiento y rehabilitación. Recuperado el 22 de Marzo del 2017 en:

http://www.intranet.cij.gob.mx/archivos/pdf/materialdidacticotratamiento/manualpre_vrecaidas.pdf

Cordero, C. (2006). Detección y fortalecimiento de la autoestima en los adolescentes de 10-12 años del 6to año “b” de educación básica de la unidad educativa “departamento libertador” del municipio unión Barquisimeto-Estado Lara. 2004-2006. Universidad Centro occidental “Lisandro Alvarado”, Barquisimeto.

Cordero, C. (2006). Detección y fortalecimiento de la autoestima en los adolescentes de 10-12 años del 6to año “b” de educación básica de lña unidad educative “departamento libertador” del municipio union Barquisimeto-Estado Lara. 2004-2006. Universidad Centroccidental “Lisandro Alvarado”, Barquisimeto.

Duque, S. Y., y Díaz, A. (2016). Estrategias gerenciales para la promoción de la comunicación assertiva en el mejoramiento de las relaciones interpersonales de los docentes de la UE “Rafael Álvarez” del municipio cárdenas, estado Táchira. *Comisión Organizadora Recuperado el 23 de noviembre de 2017 de* <http://ciegc.org.ve/2015/wp-content/uploads/2016/07/MEMORIAS-X-INTERCAMBIO.pdf>

Enrique, M., y Muñoz, R. (2014). El problema de la autoestima basado en la eficacia. *{PSOCIAL} Revista de Investigación en Psicología Social*, 1(1), 52-58. Recuperado el 23 de Marzo del 2017 en:
<http://publicaciones.sociales.uba.ar/index.php/psicologiasocial/article/view/168/536>

Escorcia, I. S., y Pérez, O. M. (2015). Autoestima, adolescencia y pedagogía. *Revista Electrónica Educare*, 19(1), 241-256.

Estrada, B., Beyebach, M., y Herrero de Vega, M. (2006). El estatus científico de la terapia centrada en las soluciones: una revisión de los estudios de resultados. *Revista de la Federación Española de Asociaciones de Terapia Familiar*, 36, 33-41.

Flores, L. V. (2015). Terapia centrada en soluciones: un triángulo equilátero. *Revista de psicología*, 9(1), 121-125.

Galiart, C. T., y Álvarez, F. P. (2017). EL EFECTO VIVENCIAL DE LA METÁFORA: EL PODER DE LAS IMÁGENES EN LA INTERVENCIÓN PSICOPEDAGÓGICA. *International Journal of Developmental and Educational Psychology. Revista INFAD de Psicología.*, 6(1), 501-510.

- García-López, L. M., Díaz del Campo, D. G., González-Villora, S., y Valenzuela, A. V. (2012). Cambios en la empatía, la asertividad y las relaciones sociales por la aplicación del modelo de instrucción educación deportiva. *Revista De Psicología Del Deporte*, 21(2), 321-330.
- Gil-Monte, P. R. (2014). Coaching cognitivo conductual: una herramienta para los psicólogos. *INFORMACIO PSICOLOGICA*, (107), 34-46.
- González Ramírez, M. T., y Landero Hernández, R. (2013). Terapia asistida con animales como apoyo en la reestructuración cognitiva. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 5(1), 35-43.
- González-Arratia, N. I., Medina, J. L. V., y García, J. M. S. (2015). Autoestima en jóvenes universitarios. *CIENCIA ergo-sum*, 10(2), 173-179.
- González-Ramírez. M.T., Juarez Carrillo, L.L. (2016). Análisis Funcional En Terapia Breve Cognitivo Conductual Centrada en Soluciones. Revista electrónica de psicología de Iztacala 19 (3),1027-1039
<http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol19num3/Vol19No3Art10.pdf>
- Herrero, M (S.F.). La terapia breve centrada en soluciones. Proyecto: Más allá de las drogas: nuevos retos en la intervención con jóvenes. Pág. 28-32. Salamanca, España. Recuperado el 23 de noviembre del 2017 de <http://www.proyectoohombre.es/archivos/100.pdf>
- Larrota, R., Rojas, L. S., y Sánchez, J. (2016). Niveles de autoestima y uso de estrategias de afrontamiento en un grupo de personas privadas de la libertad en un centro de reclusión de la ciudad de Bucaramanga/Colombia. *Informes Psicológicos*, 16(1), 51-64.
- Linares-Ortiz, J., Robles-Ortega, H., y Peralta-Ramírez, M. I. (2014). Modificación de la personalidad mediante una terapia cognitivo-conductual de afrontamiento al estrés. *Anales de psicología*, 30(1), 114-122.
- Madrigala, M. L., y Halabíb, T. V. (2009). Validación y estandarización de la Escala de Asertividad de Rathus (RAS) en una muestra de adultos costarricenses Validation and Standardization of the Rathus Assertiveness Schedule (RAS) in a Costa Rican Adult Sample. *Revista Costarricense de Psicología*, 28(41-42), 187-205.
- Martínez García, R. (2011). *Aplicación de la terapia centrada en soluciones (tcs) en un contexto educativo. Trabajando la autoestima*. Tesis fin Master en Terapia Sistémica Familiar e Intervenciones Sistémicas de la Universidad Pontificia de Salamanca, España.

Mikulic, I. M., Crespi, M., y Radusky, P. (2015). Construcción y validación del Inventory de Competencias Socioemocionales para Adultos (ICSE). *Interdisciplinaria*, 32(2), 307-329.

Moix Queraltó, J. (2006). Las metáforas en la psicología cognitivo-conductual. *Papeles del psicólogo*, 27(2) 116-122.

Mondragón-Lasagabaster, J. (2012). La mediación en el ámbito penal/criminológico. Recuperado de: https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/25661/1/Tema_7.pdf el 22 de septiembre del 2017.

Monje, V., Camacho, M., Rodriguez, E. y Carvajal, L. (2009). Influencia de los estilos de comunicación asertiva de los docentes en el aprendizaje escolar. *Psicogente*, 12 (21),78-95

Montoya, B. I. , y Landero, R. (2013). Satisfacción con la vida y autoestima en jóvenes de familias monoparentales y biparentales. *Psicología y Salud*, 18(1), 117-122.

Morales Castillo, A. L. (2017). *La Psi coeducación Para Mejorar Los Niveles De Autoestima En Los Residentes Del Centro Terapéutico Salvando Al Adicto De La Ciudad De Loja Período Junio-Agosto 2016* (Bachelor's thesis). Recuperado el 19 de Mayo del 2017 en:
<http://dspace.unl.edu.ec/ispu/bitstream/123456789/18559/1/TESIS%20ANA%20MODORALES.pdf>

Moro, L. (2009). Guía para la promoción personal de las mujeres gitanas: perspectiva psico-emocional y desarrollo profesional. Capítulo 4: La inteligencia emocional, la asertividad y otras habilidades sociales como estrategias para el desarrollo profesional. Madrid, España.

Otero, M. O., Kendzierski, M., y Rubio, M. E. A. (2015). Intervención Conductual en un Caso de Bajo Estado de Ánimo. *Revista de Psicoterapia*, 26(102), 175-188.

Pineda, M. P. B., y Casas, S. M. M. (2015). Fortalecimiento de la autoestima como eje transversal del desarrollo humano de los niños de transición a, Institución Educativa Sofía Hernández Marín de Pereira. *Textos y Sentidos*, (11), 155-173.

Queraltó, J. (2006). Las metáforas en la Psicología Cognitivo Conductual. *Papeles del Psicólogo*, 27 (2), 116-122.

Riojas, N. G., y Cisneros, B. E. C. (2013). Intervención centrada en soluciones-cognitivo conductual en un caso de violencia en el noviazgo. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 16(2), 476-503.

- Roca, E. (2005). Cómo mejorar tus habilidades sociales: programa de asertividad, autoestima e inteligencia emocional. Acde Ediciones: Valencia, España.
- Roca, E. (2016). Taller de técnicas asertivas. Valencia, España. Recuperado de <https://eliarocapsicologa.files.wordpress.com/2016/02/taller-tc3a9nicas-asertivas.pdf> el 22 de septiembre del 2017.
- Sales, A., Atiénzar, A. P., Mayordomo, T., Satorres-Pons, E., y Meléndez, J. C. (2015). Efectos de la terapia cognitivo-conductual sobre la depresión en personas mayores institucionalizadas. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 20(2), 165-172.
- Taméz-Osollo, A. I., y Rodríguez-Alcalá, J. C. (2017). INTEGRACIÓN DE MODELO COGNITIVO-CONDUCTUAL Y TERAPIA CENTRADA EN SOLUCIONES EN UN CASO DE FALTA DE ASERTIVIDAD Y BAJA AUTOESTIMA. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 20(1), 338-369.
- Unir (2015). Modulo III. Habilidades sociales en la interacción social: Tema 9 Asertividad. Psicología de la comunicación. Recuperado el 23 de noviembre del 2017 de: http://eoepsabi.educa.aragon.es/descargas/G_Recursos_orientacion/g_5_habilidades_sociales/g_5.3.hhss_asertivas/1.2.La%20asertividad%20Unir.pdf
- Vázquez, A., Jiménez, R., Vázquez-Morejón, R. (2004). Escala de autoestima de Rosenberg: fiabilidad y validez en población clínica española. Apuntes de Psicología, 22(2), 247-255.
- Watanabe, B. Y. A. (2014). Satisfacción por la vida y teoría homeostática del bienestar. *Psicología y Salud*, 15(1), 121-126.

ANEXOS

Anexo 1.

Nombre: Trabajando con las etiquetas	
Objetivo: Hacer conciencia en los participantes sobre las etiquetas que nos ponen o ellos mismos se ponen. ¿Cómo me siento? ¿Qué hago para no creérmela? ¿Cómo me doy cuenta de que no me gusta?	
Material: Stickers en blanco, marcadores	Duración: 20 min
Desarrollo de la actividad: <ul style="list-style-type: none">- Se ponen en las etiquetas palabras positivas y negativas (trabajadora, con iniciativa, alegre, triste, miedoso, enojón, facilona, siempre juzga, etc).- Al azar, sin que la persona vea su etiqueta, se la pegan en la frente.- Caminarán a lo largo del salón y tienen que actuar cómo se sienten al estar en presencia de alguien que es igual que en la etiqueta.- Reflexión de cómo se sintieron al traer esa etiqueta, de que se dieron cuenta.	

Anexo 2.

Nombre: El cofre mágico adecuado con imaginación guiada Gracias-Perdón-Compromiso.

Objetivo: Aumentar la autoestima de los participantes, que sean capaces de reconocer sus virtudes y aprendizajes.

Material: Baúl o cofre, espejo.

Duración: 30 min

Desarrollo de la actividad:

- Se les pide a los participantes que se pongan en una posición cómoda. Se hacen ejercicios de respiración para que poco a poco vayan relajándose más y más.
- Empezar con la imaginación guiada, diciéndoles que quieren que vayan a un lugar que les produce tranquilidad y alegría. Que sientan que están en ese lugar, cómo huele, que se siente, que observan, que sabores perciben, que escuchan y lo vayan percibiendo cada vez más en su mente. Después que traigan a su mente a una persona que ha estado con ellos en los momentos más difíciles, en los más alegres, en los más tristes. De quién han aprendido constantemente y le agradecen en su mente todo aquello que esa persona hizo por ellos. Después que le pidan perdón si alguna vez le fallaron o le hicieron mal o esa persona a ellos y que lo perdonen. Se les deja un tiempo en cada uno de ellos y después se les dice que es momento de regresar al espacio donde se está trabajando, porque hay una sorpresa.
- Frente a ellos se pone el baúl con un espejo dentro de él en la parte del centro. Se les dice a los participantes que quieren que pasen de 1 por 1, porque dentro de ese baúl encontrarán a la persona que los ha acompañado toda la vida y sin decir nada, regresaran a su lugar y volverán a agradecerle y pedirle perdón.
- Cada una pasa, se abre el cofre, se deja que se observen y después se cierra para cuando venga el otro participante.

- Ya que todos hayan pasado, se les dice que hagan un compromiso con esa persona que vieron dentro del baúl.
- A manera de reflexión se les pregunta que si era lo que esperaban ver, cómo se sintieron, que les hizo pensar esto, cómo lo pueden aplicar en su vida.

Anexo 3

Nombre: El bote salvavidas	
Objetivo: Poner a prueba la asertividad de los participantes y que ellos valoren que tan importante es la vida para ellos y que estilo de comunicación emplean.	
Material: Sillas, más no son necesarias	Duración: 30 min
Desarrollo de la actividad:	
<ul style="list-style-type: none">- El instructor pide a los participantes que se sienten en el medio del salón, sobre el piso o en sillas, en una formación que parezca un bote o balsa.- El instructor trata de ambientar el lugar pide que se imaginen que se encuentran en un crucero por el Atlántico, que una seria tormenta se ha presentado y que su barco ha sido alcanzado por los rayos y que todos tienen que subirse a un bote salvavidas. Explica que el principal problema que existe en ese momento es que el bote tiene comida y espacio suficiente sólo para nueve personas y hay diez (Se pone en número según los participantes de la dinámica). Una de ellas tiene que sacrificarse para salvar al resto. Informa que la decisión deberá tomarla el mismo grupo: cada miembro va a "abogar por su caso", dando razones de porqué debe vivir y luego el grupo va a decir quién va a abordar el bote. Les notifica que tienen 15 minutos para tomar su decisión. Al finalizar el tiempo, el bote salvavidas se hundirá si aún hay diez personas en él. Pone su reloj despertador junto a los participantes para que puedan oír el tic tac y fija la alarma para que suene en 15 minutos.- El instructor induce al grupo a discutir el proceso y los sentimientos que han surgido durante la actividad. Ya que la experiencia es fuerte, se debe permitir tener tiempo suficiente para que la tarea se haya cumplido con éxito. (15 minutos más).- Reflexión sobre porque dar tu vida por alguien que no conoces, porque salvarte tú y pedir a alguien más que no se salve, que pasaría si vas con familia o alguien allegado a ti?	