



UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO
FACULTAD DE CIENCIAS HISTÓRICO
SOCIALES Y EDUCACIÓN



Unidad de Posgrado de
Ciencias Histórico Sociales y Educación

PROGRAMA DE MAESTRÍA
EN CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN

EFFECTOS DE UN PROGRAMA COGNITIVO
CONDUCTUAL EN LA DEPRESIÓN DEL ADULTO
MAYOR DEL PROGRAMA CAM - DE LA PROVINCIA
DE LAMBAYEQUE, 2016

Tesis presentada para obtener el Grado Académico de Maestro
en Psicología con Mención en Psicología Clínica.

PRESENTADA POR:

Bach. Jaime Rodríguez, Johan Pablo

LAMBAYEQUE – PERÚ
2019

EFFECTOS DE UN PROGRAMA COGNITIVO CONDUCTUAL EN LA
DEPRESIÓN DEL ADULTO MAYOR DEL PROGRAMA CAM - DE LA
PROVINCIA DE LAMBAYEQUE, 2016

AUTOR

Bach. Jaime Rodríguez, Johan Pablo

ASESOR

Castro Kikuchi, Jorge Isaac

Presentada a la Unidad de Posgrado de Ciencias Histórico Sociales y
Educación de la FACHSE de la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo para
obtener el Grado de **MAESTRO EN PSICOLOGÍA CON MENCIÓN EN
PSICOLOGÍA CLÍNICA.**

APROBADO POR:

MARÍA DEL PILAR FERNÁNDEZ CELIS
Presidenta

RAQUEL YOVANA TELLO FLORES
Secretaria

DANIEL EDGAR ALVARADO LEÓN
Vocal

Abril, 2019

DEDICATORIA

A Dios, por darme la oportunidad de existir y ser feliz con mi familia.

A Agustín e Isabel, mis padres por ser el motor y motivo de mis logros, y llenar de amor y felicidad mi vida.

A Johana Isabel, mi hermana por ser mi ejemplo de fuerza y superación.

A mi hija Johana Alondra eres mi sueño hecho realidad y motivación de vida

A Nieves la mujer que le dio sentido a mi vida al darme una hija hermosa e inteligente, gracias por tu amor.

A mis colegas de la promoción N^a 1 de maestría de psicología clínica de la Universidad Nacional “Pedro Ruiz Gallo”.

AGRADECIMIENTO

A mis padres, por su confianza y apoyo incondicional, por amarme y orientarme en la vida.

A mi hermana Johana, por ser el ente motivador para estudiar psicología y protegerme desde el Cielo.

A todos los Docentes de la Maestría en Psicología clínica de la UNPRG, por sus enseñanzas que lograron mi formación profesional.

ÍNDICE

ÍNDICE	05
RESUMEN	08
ABSTRACT	09
INTRODUCCIÓN	10
CAP. I. ANÁLISIS DEL OBJETO DE ESTUDIO	11
Ubicación	11
Como surge el problema	11
Como se manifiesta el problema	16
Descripción detallada metodológica	18
Objetivo General y específico	
Población y Muestra	18
Materiales, técnica e Instrumentos	19
Métodos y procedimiento	20
Análisis Estadísticos de los datos	20
CAP. II. MARCO TEÓRICO	21
Antecedentes de la investigación	21
Internacional	21
Nacional	22
Local	23
Fundamentación científica del modelo teórico	22
Enfoque Cognitivo Conductual	22
Teoría Cognitiva de Beck (1991)	22
Triada cognitiva	23
Técnicas y Estrategias	26
Técnicas conductuales	26

a.1. Modelado e imitación	26
a.2. Role playing	26
a.3. Reforzamiento	26
a.4. Economía de fichas	27
Técnicas cognitivas	27
b.1. Reestructuración cognitiva	27
b.2. Técnicas de relajación	27
b.3. Entrenamiento en resolución de problemas	27
Técnicas de animación sociocultural	27
Técnicas de control del entorno de aprendizaje	28
d.1. Clima de relación	29
d.2. Actividades colaborativas	29
d.3. Contexto facilitador y reforzante	29
Presentación del modelo teórico	29
Depresión	29
La teoría cognitiva de Beck	32
Tipos de Depresión	36
El Trastorno Depresivo Mayor	36
La Distimia	36
Trastorno Bipolar o Trastorno Maníaco	37
Causas de la Depresión	37
El Trastorno Depresivo Mayor	37
El Paciente Deprimido	38
Características del tipo de personalidad depresiva	38
Características clínicas	39

b.1. Síntomas psíquicos	39
b.2. Afecto	40
b.3. Pensamiento	40
b.4. Conducta	41
b.5. Síntomas físicos	42
b.6. El paciente suicida	42
b.7. Valoración Diagnóstica	43
b.7.1. Depresión mayor (endógena)	43
b.7.2. Trastorno bipolar, fase depresiva	43
b.7.3. Trastorno distímico	44
b.7.4. Trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo	44
b.7.5. Duelo no complicado	44
CAP. III. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN	46
Resultados	46
Análisis y discusión de resultados	49
Conclusiones	166
Recomendaciones	167
Referencias Bibliográficas	168
Anexo	170
Escala De Depresión Geriátrica (EDG)	170
Confiabilidad Y Validez	171

RESUMEN

La investigación, se realizó debido a los altos índices de depresión sintomatológica en los adultos mayores en Lambayeque, cuyo objetivo fue producir efectos que disminuyan la depresión mediante la aplicación de un programa cognitivo conductual, cuyos fundamentos teóricos se basan en la propuesta de Aron Beck, para la modificación de conductas y de pensamientos en el entrenamiento de habilidades sociales. El diseño fue experimental de tipo cuasi experimental. Las unidades de análisis fueron 30 adultos mayores, 15 de grupo experimental y 15 del grupo control de ambos sexos 65 a 70 de edad que constituyen la población muestral. Para la recolección de datos se utilizó la Escala de Depresión Geriátrica (EDG), como pre y post test. Se utilizó la estadística descriptiva e inferencia como la T de Student. Los datos se analizaron el Software Estadístico SPSS versión 22. Se concluyó que, el programa de intervención de enfoque cognitivo conductual ha producido efectos altamente significativos, con una significancia bilateral de .000 a un nivel de $p < .01$. En el promedio del pre test se obtuvo 11.70 y en el post test 3.97 notándose la disminución. Se evidencia también que antes de la aplicación del programa cognitivo conductual. El 83% tuvo depresión y el 17% una probabilidad de sufrir esta sintomatología. Sin embargo, después de la aplicación del programa cognitivo conductual, el 87% no presenta depresión y el 13% aún tiene probabilidad de tener depresión.

Palabras clave: *Adultos mayores, programa cognitivo conductual*

ABSTRACT

The research was conducted due to the high rates of symptomatic depression in the elderly in Lambayeque, whose objective was to produce effects that reduce depression through the application of a cognitive behavioral program, whose theoretical foundations are based on the proposal of Aron Beck, for the modification of behaviors and thoughts in the training of social skills. The design was experimental of quasi-experimental type. The analysis units were 30 older adults, 15 of experimental group and 15 of control group of both sexes 65 to 70 of age that constitute the sample population. For data collection, the Geriatric Depression Scale (EDG) was used as a pre and post test. Descriptive statistics and inference were used as Student's T test. The data were analyzed by the SPSS Statistical Software version 22. It was concluded that the intervention program of cognitive behavioral approach has produced highly significant effects, with a bilateral significance of .000 at a level of $p < .01$. In the average of the pre-test, 11.70 was obtained and in the post-test 3.97, the decrease was noted. It is also evident that before the application of the cognitive behavioral program. 83% had depression and 17% a probability of suffering this symptomatology. However, after the application of the cognitive behavioral program, 87% have no depression and 13% are still likely to have depression.

Key words: *Adults, cognitive behavioral program*

INTRODUCCIÓN

La depresión cada día cobra mayor importancia, y se estima que en el año 2020 será la segunda causa de años de vida saludable perdidos a escala mundial y la primera en países desarrollados, por lo que el diagnóstico adecuado y oportuno permitirá brindar un manejo integral que incluya psicoterapia y tratamiento médico adecuado, lo que mejorará de manera significativa la calidad de vida y el pronóstico de estas personas.

En la depresión, desde el inicio del tratamiento, impacta negativamente en el bienestar de los individuos, en la salud pública y en los costos directos e indirectos de los servicios sanitarios. La depresión es uno de los padecimientos psicogerítricos más frecuentes y en México su prevalencia global es de 9.5% en mujeres y 5% en hombres mayores de 60 años. En la mayoría de los casos no es diagnosticada por la presentación atípica de la misma o por la falsa creencia de que forma parte del envejecimiento normal, puesto que en el adulto mayor la depresión se puede esconder en síntomas somáticos, ya sea como manifestaciones del síndrome depresivo o porque a causa de éste se acentúan los síntomas de otras enfermedades concomitantes. Los síntomas cognitivos secundarios se presentan con más frecuencia en este grupo etario.

Así mismo, en el Capítulo I, se hace referencia a como se manifiesta la problemática, concluyendo en el contexto investigado, así como la descripción metodológica, materiales y pasos a seguir en el diseño para su ejecución y las técnicas estadísticas a utilizar para el procesamiento de los datos.

En el Capítulo II, se presentan los estudios previos referidos a la variable, a nivel internacional, nacional y local, así también los postulados teóricos científicos del enfoque cognitivo conductual y las técnicas a seguir en la aplicación del programa de intervención. No obstante, se presenta las definiciones de la depresión y toda la sintomatología de esta problemática

Por consiguiente, en el Capítulo III, se evidencian los resultados del estudio, con su respectivo análisis. No obstante se presenta la propuesta del programa cognitivo conductual, así como su estructura y sesiones para su aplicación.

Finalmente se termina la investigación concluyendo los hallazgos, acompañado de sus respectivas recomendaciones oportunas.

CAP. I. ANÁLISIS DEL OBJETO DE ESTUDIO

1.1. Ubicación: En el CAM de la provincia de Lambayeque; centro de adulto mayor orientado a mejorar su calidad de vida, mediante programas de integración familiar, intergeneracional, sociocultural, recreativa, productiva y de estilos para un envejecimiento activo.

1.2. Como surge el problema

La (Organización Mundial de la Salud [OMS] 2015), en el informe de Envejecimiento, nos informa que la proporción de personas mayores está aumentando rápidamente en todo el mundo. Según se calcula, entre 2000 y 2050 dicha proporción pasará de 11% a 22%. En números absolutos, el aumento previsto es de 605 millones a 2 000 millones de personas mayores de 60 años. Es preciso reconocer que los adultos mayores pueden sufrir problemas físicos y mentales.

Becerra, M. (2012). En su investigación Depresión del Adulto mayor, más de un 20% de las personas que pasan los 60 años de edad sufren algún trastorno mental o neural (sin contar los que se manifiestan por cefalea) y el 6,6% de la discapacidad en ese grupo etario se atribuye a trastornos mentales y del sistema nervioso. La demencia y la depresión son los trastornos neuropsiquiátricos más comunes en ese grupo de edad.

En el Perú, el Programa Plan Nacional del Adulto Mayor (2013), refiere incremento demográfico de la población adulta mayor, se evidencia a través de los datos estadísticos proporcionados por el instituto nacional de estadística e informática (INEI), el Perú está envejeciendo de manera lenta pero inexorable. Es un proceso presente en todo el país, aunque con diferentes grados de volumen e intensidad. El grupo de personas de 65 y más años de edad, se incrementará sostenidamente en las próximas décadas. De poco menos de 1.5 millones de adultos mayores en el 2010, se pasará a

casi 6.5 millones en 2050; 5 millones adicionales, la mayor parte de los cuales serán mujeres. Este proceso de envejecimiento demográfico plantea desafíos y exigencias de diferentes naturalezas en términos de políticas y programas sociales a nivel regional y local, dependiendo de la escala, características y heterogeneidad de este proceso en cada departamento del país. La (Comisión Económica para América Latina y el Caribe [CEPAL], 2010), considera que para la región de América latina la población adulta mayor, pasó de apenas un 5,6% del total regional en 1950 a un 10% en el año 2010. En el contexto de América latina, el Perú aparece con un crecimiento de población adulta mayor de 8.76% al año 2010. El Programa Plan Nacional del Adulto Mayor (2013) y el Ministerio de Salud (2003), viene desarrollando el modelo de atención integral en salud (MAIS) enfocado por etapas de vida, en el nivel de atención primaria (centros y puestos de salud), está orientado a la prevención y promoción de la salud; el desarrollo de este modelo es aún gradual y se vienen realizando diversas actividades de diagnóstico situacional y capacitación al personal en las diferentes direcciones de salud.

En la región Lambayeque, según el Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI] 2012), de acuerdo a las características sociodemográficas en el Adulto Mayor, es de 8104, donde 4243 adultos mayores representan 52.36% como activos y saludables, el 38.99% están en la categoría de enfermos, son una cantidad de 3160 adultos mayores, 7.66% en la categoría de frágiles con una población de 621 y 0.99% en la categoría de geriátricos completos con un número de 80 adultos mayores. Por lo tanto el envejecimiento del ser humano es un proceso natural, que se produce a través de todo el ciclo de vida, sin embargo, no todas las personas envejecen de la misma forma, la calidad de vida y la funcionalidad durante la vejez, están directamente relacionadas con las oportunidades y privaciones que se han tenido durante la infancia, la adolescencia y la edad adulta, los estilos de vida, exposición a factores de riesgo y

posibilidades de acceso a la educación y a la promoción de la salud en el transcurso de la vida. Es significativamente frecuente la presencia de síntomas depresivos en esta etapa de la vida, se calcula que entre el 10 y el 45% de la población mayor de 65 años ha presentado dichos síntomas en algún momento de su vida (Langarica, 1999).

El enmascaramiento de la depresión en el anciano suele ocurrir por la presencia de quejas somáticas, dolor o ansiedad, manifestándose de forma más relevante el matiz hipocondríaco. Incluso en la temática delirante depresiva son más frecuentes los contenidos de culpa, persecución y negación, lo que constituye el síndrome de Cotard (Barbier, 2001). En esta población etaria, la depresión es confundida a menudo como una reacción a la adversidad, sin embargo, la adversidad no es necesaria ni suficiente para inducir depresión y mucho menos, predice la respuesta al tratamiento. Por lo que con frecuencia la depresión en el anciano no es detectada, siendo éste un padecimiento potencialmente tratable, que al no ser diagnosticado ni tratado ocasiona sufrimiento y discapacidad en quién la padece, así como disfuncionalidad, mayor comorbilidad y mortalidad. Otro motivo por el cual pasa desapercibida la depresión en los ancianos es debido a que se considera un fenómeno propio del envejecimiento y no una patología. No obstante, el Programa del Plan Nacional del Adulto Mayor (2013), pese a la elevada prevalencia de la depresión, se estima que sólo un 10% de los ancianos que la sufren reciben un tratamiento adecuado. Una complicación frecuente de la depresión no diagnosticada o mal tratada, es el suicidio.

La depresión, es un importante indicador de salud y bienestar la cual se define generalmente como una enfermedad que altera de manera intensa los sentimientos y los pensamientos. La forma más frecuente de manifestarse es tristeza, decaimiento, sensación de incapacidad para afrontar las actividades y retos diarios, la pérdida de interés en

actividades que previamente resultaban placenteras. Es por ello que su importancia en estudiarla radica en ser un factor clave en el desarrollo de un buen ajuste emocional, cognitivo y práctico, afectando en todas las áreas de la vida. El ánimo depresivo en los ancianos, suele ser crónico y lentamente progresivo; similar a la Distimia. Puede no ser reconocido como enfermedad y atribuirse en falso, al envejecimiento. La Distimia, se sitúa entre el carácter y el estado depresivo, ambos están interrelacionados, que es difícil separar la enfermedad del estilo de vida. Finalmente, los trastornos del humor pueden ser secundarios a enfermedades, como: Alzheimer, Parkinson, neoplasias, hipotiroidismo y dolor crónico, entre otras (Martin y Pastor 2002).

Frente a esta realidad, es que surge la necesidad de diseñar intervenciones preventivas promocionales, curativas y rehabilitadoras en la población adulta mayor que promueva un envejecimiento activo y saludable. Por ello, el Ministerio de Salud según los Lineamientos de Política del Sector 2002 - 2012, busca atender de manera integral las necesidades de salud de este grupo poblacional, a fin de lograr el bienestar físico, funcional, mental y social. El Centro de atención integral del Adulto Mayor CAM, el cual pertenece a EsSalud - Lambayeque, cuyas intervenciones van dirigidas a impulsar la prevención y promoción de salud en la población de adultos mayores. El profesional y el apoyo psicológico del CAM enfocan acciones para promover un envejecimiento saludable en la población adulta mayor. Ayudando al mayor y sus cuidadores a enfrentar el proceso de envejecimiento, entendiéndolo como proceso natural y adaptativo e interviniendo en maximizar sus fuentes de poder. En las prácticas de psicología en los establecimientos de salud a nivel clínico y comunitario se observó que muchos de los adultos mayores no eran visitados por sus familiares durante su estancia hospitalaria o que algunos acudían solos a las consultas médicas solos o los familiares los dejaban y se retiraban.

De las entrevistas efectuadas durante las prácticas se encontraba a adultos mayores que referían: “siento que ya no soy importante para mi familia”, “mis hijos me han olvidado”, “ya no puedo trabajar por este pie enfermo”, “no tengo dinero para mis medicamentos” ya soy viejo por eso no se acuerdan de mí”, “me siento como una carga” “mis hijos se fueron y me dejaron solo” “no me tienen paciencia”, “soy un viejo amargado” “mis hijos quieren que me muera para poder quedarse con mi casa” “tengo muchos problemas en mi casa” entre otras expresiones.

En este contexto podemos decir que este grupo poblacional se está incrementando y adquiriendo mayores necesidades propias de esta edad como el aislamiento, la mayoría de las personas de la tercera edad reciben pensiones o jubilaciones bastante más magras que su sueldo habitual, razón por la cual suele haber una caída en su estándar de vida, salvo excepciones, los duelos, tanto de familiares cercanos como de amigos, que afecta sobre todo a las personas de edad muy avanzada, ya que toda su generación comienza a desaparecer, se sienten cada vez más solos y empiezan a sentir que van a ser el próximo, es así que sus Cognitivo Conductual se ven opacadas, existe entonces ahí la gran necesidad de efectuar un programa cognitivo conductual de Cognitivo Conductual en nuestra población lambayecana.

1.3. Cómo se manifiesta el problema

El problema se manifiesta en el Centro del Adulto Mayor perteneciente EsSalud de la ciudad de Lambayeque, ubicada en el Distrito lambayecano, que manifiestan dificultades expresadas en esta población etaria, como la depresión que es confundida a menudo como una reacción a la adversidad, sin embargo, la adversidad no es necesaria ni suficiente para inducir depresión y mucho menos, predice la respuesta al tratamiento. Por lo que con frecuencia la depresión en el adulto mayor no es detectada, siendo éste un padecimiento

potencialmente tratable, que al no ser diagnosticado ni tratado ocasiona sufrimiento y discapacidad en quién la padece, así como disfuncionalidad, mayor comorbilidad y mortalidad.

Estados de duelo y de tristeza, podrían sugerir patología depresiva. En ambos el humor es triste, con tendencia al pesimismo y a la desesperanza, pero se impone el diagnóstico diferencial en estos casos. La depresión se acompaña de un sentimiento profundo de futilidad e incapacidad para experimentar placer. Las personas que sufren depresión tienen un enlentecimiento o descenso en prácticamente todos los aspectos de la emoción y el comportamiento. Las actividades básicas (alimentación, sueño y autocuidado) están afectadas, así como el curso del pensamiento, del lenguaje, y la sexualidad.

La gravedad de la depresión varía ampliamente desde un retardo leve en el pensamiento y en general en las funciones cognoscitivas, hasta la presencia de síntomas psicóticos graves con autorreproches, ideas delirantes de contenido depresivo y alucinaciones. Otro motivo por el cual pasa desapercibida la depresión en los ancianos es debido a que se considera un fenómeno propio del envejecimiento y no una patología.

Después de haber revisado minuciosamente la información sobre Programas de Intervención Cognitivo Conductual para abordar la depresión en el Adulto Mayor encontramos que existe poca o escasa información o desconocemos, salvo lo mencionado por (Vera 2006); muchos menos si nos referimos a investigaciones locales. Por lo tanto nuestra investigación pretende evaluar la Depresión en Adulto Mayor, elaborar y Ejecutar un Programa Cognitivo Conductual para disminuir los efectos de esta situación problemática.

1.4. Descripción detallada metodológica

El alcance o tipo de investigación es explicativa, porque se pretende medir los efectos de la variable independiente (Programa de Habilidades Sociales) en la variable dependiente (Depresión) (Hernández, Fernández & Baptista, 2014).

El diseño es experimental, de tipo cuasi-experimental con pre-test y post-test y grupo de control. Se efectúa la medición antes y después de la aplicación de la variable independiente. cuyo esquema es el siguiente:

GE	O1	X	O3
GC	O2	_____	O4

Donde:

GE : Grupo experimental
GC : Grupo control
X : Programa de Habilidades Sociales
O1 : Pre-Test del grupo experimental
O2 : Pre-Test del grupo control
O3 : Post-Test del grupo experimental
O4 : Post-Test del grupo control
----- : Ausencia del programa en el grupo control

Población y Muestra

La población estará conformada por adultos mayores con depresión del Centro de Adulto Mayor de Lambayeque, siendo un total de 120 adultos mayores. La muestra será no probabilístico y por conveniencia (Hernández; et al 2014), teniendo en cuenta la disponibilidad de los adultos mayores, los cuales serán 15 de grupo experimental y 15 grupo control, siendo un total de 30

Criterios de inclusión:

Adultos mayores de diferentes niveles socioeconómico y cultural.

Adultos mayores de 65 años hacia adelante.

Adultos mayores de ambos sexos.

Materiales, técnica e Instrumentos

Materiales: se utilizara copias, hojas bond, lápices, folder, etc.

Técnica: Psicométrica; se define como el uso de un instrumentos con objetivo, medible con respecto a una variable a investigar (Toro, 2015)

Instrumento: Fichas de control en las sesiones de la propuesta del programa. Así mismo se aplica la escala de depresión de Geriátrica de (Yesavage, 1987).

Ficha Técnica

Nombre Original : Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage

Autores : Brink y Yesavage en 1982.

Objetivo : fue especialmente concebida para evaluar el estado afectivo de los ancianos, ya que otras escalas tienden a sobrevalorar los síntomas somáticos o neurovegetativos, de menor valor en el paciente geriátrico.

Administración : Individual

Tiempo de Aplicación : 5 a 7 minutos.

Rango de Aplicación : 65 a 83 años.

Propiedades Psicométricas: Los índices Psicométricos establecidos son buenos, con una elevada consistencia interna, elevados índices de correlación con otras escalas como las de Hamilton y Zung, y buena validez predictiva (sensibilidad 84 %, especificidad 95 %).

Validez y Confiabilidad : La sensibilidad del GDS fue del 92% y la especificidad fue del 89% cuando la evaluación se realizó con criterios diagnósticos. La validez y confiabilidad de la herramienta han sido respaldadas tanto con la consulta como la investigación clínica. En un estudio de validación que comparaba los cuestionarios corto y largo

de GDS para la autocalificación de los síntomas de la depresión, ambos cumplieron su objetivo para diferenciar entre adultos deprimidos y no deprimidos con una correlación alta ($r = 0.84$, $p < .001$) (Sheikh & Yesavage, 1986).

Métodos y procedimiento

El método cuantitativo deductivo, son aquellas situaciones sociales en que el investigador no puede presentar los valores de la Variable Independiente a voluntad ni puede crear los grupos experimentales por aleatorización pero sí puede, en cambio, introducir algo similar al diseño experimental en su programación de procedimientos para la recogida de datos (Campbell y Stanley, 1973).

Se realizará revisión de bibliografía, técnica y manuales

Procedimiento: Se les informará de manera grupal de como ejecutar el programa con el derecho confidencialidad. Se les informará de manera grupal de la aplicación de la prueba con el derecho confidencialidad.

Análisis Estadísticos de los datos

Los datos de la investigación que se aplicaron son:

Media, desviación estándar y para la contratación de hipótesis se le aplicara T Student. Para muestras independientes y relacionadas, comparadas así el grupo experimental y control. Ello ira acompañado de tabla unidimensionales de frecuencia y porcentaje para una mejor ilustración de resultados se diseñó las figuras de barras. Todos los análisis estadísticos de los datos serán mediante el software del Spss versión 22 y como media auxiliar el programa de Excel-2015.

CAP. II. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

Internacional

Puyaca (2014), en su programa de intervención cognitivo conductual en el nivel de depresión en los adultos mayores del centro Gerontológico María Reina de la Paz de Cuenca. Es un estudio cuantitativo, cuasi-experimental, en el que se evaluó por medio de un pre y post test en un periodo de 3 meses, se trabajó con 25 adultos mayores que asistieron, se utilizó como instrumento la escala de depresión geriátrica de Yesavage (abreviada), validado por el ministerio de salud. Los resultado determinaron que el 45% de adultos mayores presentó un estado depresión leve, posterior a ello el post-test, se estableció que el 87% de adultos mayores presento un estado normal.

Scogin y McElreath (2009). En su investigación llevaron a cabo la aplicación de un programa cognitivo conductual con 18 adultos mayores para la depresión en la vejez con un aproximado de 10 sesiones psicoeducativas. El tamaño medio del efecto para el tratamiento en comparación con la no aplicación de tratamiento o placebo fue de .78, lo cual es comparable con el tamaño del efecto para la psicoterapia con la población general (0,73) y las medicaciones antidepresivas para adultos mayores ($d= 0,57$). Estos resultados son importantes, ya que proporcionan evidencia de que la TCC para la depresión en la vejez es tanto o más efectiva que la no aplicación de tratamiento en grupos control o las medicaciones aisladas.

Vera (2006). En su investigación, evaluación de una intervención cognitivo-conductual breve dirigida a un grupo de adultos mayores con el objetivo de disminuir su sintomatología ansiosa y depresiva. El tratamiento duró un mes (dos sesiones semanales de dos horas cada

una). Participaron 38 adultos mayores de la ciudad de Santiago de Chile diagnosticados con depresión leve/ moderada y sintomatología ansiosa, los cuales fueron asignados aleatoriamente a los grupos experimental y control. Las principales técnicas utilizadas fueron relajación progresiva, reestructuración cognitiva y psicoeducación. Para el análisis de resultados se utilizó un diseño experimental multivariado de comparación de dos grupos, con mediciones pre, durante, post y seguimiento a las dos semanas y al mes de finalizada la intervención. Los resultados mostraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos experimental y control en todas las mediciones de tratamiento y seguimiento de las variables estudiadas $p < 0,05$. El tamaño del efecto fue moderado-alto para ansiedad-estado (0,74) y depresión (0,68) y moderado para ansiedad-rasgo (0,52). En relación a la Potencia, ésta fue alta para todas las variables estudiadas, presentando un valor de 1 al finalizar la investigación.

Nacional

Ventura (2009). En su investigación el objetivo de este estudio fue determinar la eficacia de un Programa de Intervención Grupal Cognitivo Conductual para disminuir el trastorno de depresión mayor. El tratamiento grupal duró un mes (dos sesiones semanales). Participaron 30 mujeres y hombres, cuyas edades oscilan entre 60 y 80 años, las cuales fueron designadas a 15 al grupo experimental y 15 al grupo control. Se utilizó como instrumento la Escala de Depresión de Yesavage, del cual se hizo el análisis psicométrico respectivo. El diseño metodológico fue Cuasi experimental con mediciones pre test y post test. Los resultados mostraron diferencias significativas a favor del grupo experimental, concluyendo que el Programa de intervención Grupal Cognitivo Conductual logró disminuir el trastorno de Depresión.

Local

Obando y Rojas (2012). En su investigación con Docentes de la escuela de enfermería de la Universidad Nacional Pedro Ruiz de Lambayeque realizaron un proyecto de investigación sobre la salud mental en Adultos Mayores de la Comunidad las Dunas Lambayeque, utilizando tamizajes y encuestas; con una muestra de 75 donde se evidenció que existe una salud mental deficiente presentándose como variable principal la depresión, recomendando elaborar programas de intervención en salud mental.

2.2. Fundamentación científica del modelo teórico

2.2.1. Enfoque Cognitivo Conductual

El enfoque cognitivo conductual considera que las personas nacemos con una herencia y un determinado temperamento, con los cuales comienza a interrelacionar con su medio, aprendiendo pautas de comportamiento buenas o malas. El termino de conducta se entiende en un sentido amplio, abarcando conductas objetivas así como pensamientos, sentimientos y emociones (Bandura & Beck, 2007).

2.2.1.1. Teoría Cognitiva de Beck (1991)

Existe una clara relación entre los pensamientos de la persona (lo que se dice a sí misma sobre las situaciones que vive, sobre los demás, sobre la vida, sobre sí misma y sobre los problemas que presenta), y las emociones y los sentimientos que experimenta. A su vez, esta reacción emocional influirá en la reacción comportamental de la persona ante esa situación, ante la conducta de otro, o ante los síntomas que experimenta, según el caso.

Cuando las emociones son muy negativas e intensas, nuestro comportamiento se ve entorpecido o se vuelve desadaptativo, de modo que los problemas se mantienen o empeoran.

Realmente, lo que ocurre, desde esta teoría, es que no son las situaciones en sí las que producen malestar (o la gran intensidad del malestar) directamente, sino las interpretaciones personales que hacemos de ellas. Esto implica que, muchas veces, al no poder ser objetivos en una situación, podemos distorsionar la información de la que disponemos en un momento dado, o sacar conclusiones negativas sin información suficiente o incluso ignorando otra información disponible más realista y constructiva. Cuando esto ocurre, dice Beck, cometemos errores en la interpretación o errores de razonamiento.

Hay personas que tienen más tendencia a cometer estos errores, influidos también por algunas creencias de base, que pueden ser rígidas o incorrectas, generalmente aprendidas a través de la educación y de las experiencias previas. También se dan más errores de interpretación cuando se desarrollan los diferentes trastornos psicológicos.

Esta explicación es importante de cara al tratamiento, dentro de la llamada Terapia Cognitiva de Beck, que nosotros aplicamos de modo integrado con otras técnicas. Lo básico en esta terapia (no lo único) sería enseñar a la persona la relación situación - pensamientos automáticos ante la situación- sentimientos /emociones-comportamiento resultante. La persona practica la identificación de tales pensamientos, aprende a ver sus posibles errores de interpretación y, siempre con la guía del psicólogo, aprenderá a cuestionarse sus pensamientos, de modo que llegue a ver las cosas de otra forma, más realista, más constructiva.

2.2.2.2. Triada cognitiva

El primer componente de la triada se centra en la visión negativa del paciente acerca de sí mismo. Tiende a tribuir sus

experiencias desagradables a un defecto suyo de tipo sitico, moral o físico. Debido a este modo de ver las cosas el paciente cree, a causa de estos defectos es inútil carente de valor. Por ultimo piensa que carece de los atributos esenciales para lograr la alegría y la felicidad.

El segundo componente de la triada cognitiva se centra, en el caso del depresivo, en interpretar sus experiencias de una manera negativas. A el le parece que el mundo le hace demandas exageradas y/o le presenta obstáculos insuperables para alcanzar sus objetivos. Interpreta sus interacciones con el entorno en términos de relaciones de derrota o frustración. Estas interpretaciones negativas se hacen evidentes cuando se observa como construye el paciente las situaciones en una dirección negativa, aun cuando pudieran hacerse interpretaciones alternativas más plausibles.

El tercer componente de la triada cognitiva se centra en la visión negativa acerca del futuro. La persona espera penas, frustraciones y privaciones interminables. Cuando piensa en hacerse cargo de una determinada tarea en un futuro inmediato, inevitable mente sus expectativas son de fracaso.

El modelo cognitivo considera los signos y síntomas de un síndrome depresivo, como consecuencia de los patrones cognitivos, negativos. Por ejemplo si el paciente piensa erróneamente que va a ser rechazado, reaccionara con el mismo afecto negativo (tristeza, enfado), que cuando el rechazo es real. Si piensa erróneamente que vive marginado de la sociedad se sentirá solo.

2.2.2. Técnicas y Estrategias

Las técnicas de intervención para el programa incluyen componentes de entrenamiento en habilidades sociales, habilidades cognitivas específicas y laborales. Todas estas técnicas pretenden fomentar el desarrollo cognitivo y conductual que les permitan enfrentarse a problemas cotidianos con sus propios recursos, habilidades, y que les ayuden sobre todo a enfrentar funcionalmente situaciones problemáticas. Dentro de las técnicas a utilizar se encuentran:

a. Técnicas conductuales

Estas técnicas sirven para la instauración y fortalecimiento de conductas positivas que coadyuven a la no incidencia en el maltrato e intimidación niveles de depresión en el adulto mayor.

a.1. Modelado e imitación: Consiste en el aprendizaje por medio de la observación. Se expone al sujeto, a modelos que muestran correctamente la habilidad o conducta objetivo del entrenamiento, para luego, dejar que el adulto mayor practique la conducta observada en el modelo.

a.2. Role playing: Consiste en la representación que realiza el adulto mayor de la habilidad o conducta a aprender; en un contexto simulado, controlado y estructurado, que le permite adquirir confianza y seguridad, reduciendo la posibilidad de fracaso para incorporar realmente las habilidades entrenadas a su repertorio y ponerlas en práctica en situaciones reales.

a.3. Reforzamiento: Estímulo inmediatamente posterior a la emisión de la habilidad o conducta, que motiva a al adulto mayor a volver a emitir la habilidad reforzada. El reforzamiento puede ser material, social o el auto refuerzo.

a.4. Economía de fichas: Consiste en establecer un sistema de refuerzos diferido, mediante la utilización de fichas, para premiar las conductas que se desean establecer. Los participantes pueden ser recompensados con fichas que posteriormente serán intercambiadas por reforzadores materiales y/o sociales que, en un principio se han acordado con el grupo.

b. Técnicas cognitivas

Estas técnicas no inciden directamente sobre la conducta o habilidad sino en los procesos cognitivos y emocionales que subyacen en la misma. Si se modifican las creencias cognitivas erróneas, el sujeto podrá desplegar sus fortalezas.

b.1. Reestructuración cognitiva. Consiste en un conjunto de estrategias que ayudan al sujeto a percibir e interpretar el mundo que le rodea de una manera más adaptada. Se intenta que el sujeto sea consciente de los errores y distorsiones cognitivas que comete para controlar sus auto verbalizaciones y pensamientos negativos.

b.2. Técnicas de relajación. En la medida en que el adulto mayor sea capaz de reducir la ansiedad y, por tanto, controlar la activación fisiológica que la acompaña, estará en disposición de modificar sus pensamientos y de afrontar nuevas conductas. La relajación puede además ser muy útil para controlar respuestas asociadas a emociones negativas fuertes como la ira y la agresividad.

b.3. Entrenamiento en resolución de problemas interpersonales Esta técnica tiene como objetivo general el ayudar a solucionar problemas, a tomar decisiones y decisiones acertadas. Sus objetivos específicos abarcan, ayudar a las

personas a reconocer un problema en el momento en que comienza a presentarse, inhibir la tendencia a responder a una situación problema de forma impulsiva, facilitar una amplia gama de posibles respuestas adecuadas a la situación y establecer un procedimiento para escoger la respuesta más adecuada al problema presentado. El resultado será una mayor eficacia para hacer frente a los problemas así como una reducción de las posibles respuestas emocionales (como la ansiedad) asociadas a éstos.

c. Técnicas de animación sociocultural

Son el conjunto de prácticas sociales que tiene como finalidad estimular la iniciativa y la participación de las personas en el proceso de su propio desarrollo y en la dinámica global de la vida social y política en que están integradas.

El término "animación" alude a dinamización, activación y puesta en marcha; el término "social" hace referencia al trabajo con grupos de personas, comunidades o sectores sociales y "culturales" a la construcción social que envuelve la organización, la vida y las interacciones de los grupos humanos y las sociedades en que se inscriben.

La animación, hace referencia a la promoción de los grupos humanos y de las personas, a través de la práctica social crítica y la participación de los/as ciudadanos y ciudadanas.

d. Técnicas de control del entorno de aprendizaje

Las características del ambiente son importantes para el aprendizaje, entrenamiento y mantenimiento de las conductas sociales, por ello su control resulta imprescindible durante esta fase.

d.1. Clima de relación. Cualquier entrenamiento en habilidades de relación interpersonal debe producirse en un contexto acogedor en el que todos los participantes se sientan respetados, apoyados y aceptados.

d.2. Actividades colaborativas. Las dinámicas de grupo, las actividades que impliquen la distribución de funciones y responsabilidades y la necesidad de lograr el consenso grupal ayudan a poner en práctica numerosas habilidades de relación. Las metas compartidas y el éxito logrado entre todos son una de las mejores recompensas del esfuerzo grupal.

d.3. Contexto facilitador y reforzante. Un contexto en el que las habilidades sociales y de relación interpersonal sean valoradas y premiadas favorecerá en los participantes el interés por adquirir y poner práctica las mismas.

2.3. Presentación del modelo teórico

2.3.1. Depresión

Ocasionalmente, todos nos sentimos melancólicos o tristes, pero estos sentimientos, por lo general, son pasajeros y desaparecen en unos días. Cuando una persona tiene una enfermedad depresiva, esta interfiere con la vida diaria y el desempeño normal y causa dolor tanto para quien padece como para quienes se preocupan por él o ella. La depresión es una enfermedad común pero grave.

El Manual de Diagnóstico Psiquiátrico DSM-IV-TR. (2014), refiere notablemente que la depresión mayor es un trastorno del humor, constituido por un conjunto de síntomas, entre los que predominan el de tipo afectivo (tristeza patológica, desesperanza, apatía, anhedonia, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar) y se pueden presentar también síntomas de tipo cognitivo, volitivo y

físicos. Podría hablarse, por tanto, de una afectación del funcionamiento personal, con especial énfasis en la esfera afectiva. Muchos casos de depresión son claramente apreciables en la práctica clínica, aunque no suele presentarse de forma aislada como un cuadro único, sino que es más habitual su asociación a otras entidades psicopatológicas. Así, por ejemplo, la asociación entre trastorno depresivo y de ansiedad es alta y con diversas combinaciones sintomáticas en sus manifestaciones.

A su vez para Jama (2006). Refiere que, la depresión (del latín depressus, que significa "abatido", "derribado") es un trastorno emocional que se presenta como un estado de abatimiento e infelicidad que puede ser transitorio o permanente. El término médico hace referencia a un síndrome o conjunto de síntomas que afectan principalmente a la esfera afectiva: la tristeza patológica, el decaimiento, la irritabilidad o un trastorno del humor que puede disminuir el rendimiento en el trabajo o limitar la actividad vital habitual, independientemente de que su causa sea conocida o desconocida. Aunque ése es el núcleo principal de síntomas, la depresión también puede expresarse a través de afecciones de tipo cognitivo, volitivo o incluso somático. En la mayor parte de los casos, el diagnóstico es clínico, aunque debe diferenciarse de cuadros de expresión parecida, como los trastornos de ansiedad. Tener al menos 5 de estos síntomas casi todos los días, por un período mínimo de 2 semanas: Sentirse triste o vacío, Menor interés o placer por las actividades, Cambios de apetito con pérdida o aumento de peso, Dormir más o dormir menos, Fatiga o pérdida de energía, Sentirse indigno o culpable, estar agitado o desganado, Dificultad para pensar o concentrarse, pensamientos recurrentes de muerte o suicidio. Algunos tipos de depresión se consideran: el Trastorno bipolar (antes conocido como trastorno maníaco-

depresivo) - episodios de depresión y episodios de euforia llamados manía (severos) o hipomanía (menos severos).

Ciertamente compartimos la idea del autor Martin (2005). Por mencionar que la depresión es una enfermedad grave, que en determinados casos puede amenazar la vida del paciente y que necesita un tratamiento especializado. Las características principales de la depresión son: un ánimo triste o la sensación de un vacío interior, el sobre-esfuerzo, los estados de ansiedad y el miedo, el desasosiego interno, los problemas para razonar y dormir. Las personas depresivas no sienten alegría y les resulta muy difícil tomar decisiones sencillas por sí mismas.

En los últimos años la depresión ha sido catalogada como uno de los problemas que más sufrimiento causa en las personas y que en distintos grados afecta a un porcentaje muy alto de la población sin diferencia de género, edad, nivel socioeconómico, convirtiéndola en uno de los principales motivos de consulta clínica, así mismo las investigaciones realizadas sobre el tema se ha encontrado que existen factores genéticos y psicosociales que interrelacionados actúan como desencadenantes o mantenedores de la depresión. Aunque en algunos casos existe un componente genético, en otros, prima la configuración psicológica que el individuo tenga (Arrivillaga, 2003). Encontramos que la depresión comparte quizás la misma perspectiva en cuanto a su sintomatología según nuestros autores, siendo así de gran importancia mencionar a nuestro ilustre Freud (1935). Que nos habla desde su punto de vista Psicoanálisis que es un “Duelo y melancolía” comparó los mecanismos psicológicos de la melancolía (así llamaba lo que hoy día se conoce como ‘depresión’) con los del duelo, que es un estado de tristeza normal por la pérdida del objeto de amor en la realidad. La diferencia esencial estaría en el narcismo del melancólico, cuya intolerancia a experiencias de

pérdida debido a sus fijaciones orales, lo llevan a la identificación con el objeto perdido, para poseerlo subjetivamente en su ausencia real, pero en su ambivalencia es atacado por haber abandonado al sujeto, con el resultante de que el atacado resulta ser el yo.

Como último autor encontramos y escogemos como autor principal en nuestra tesis a Beck (1967). Que nos muestra que el paciente con depresión presenta un esquema que involucra una visión de sí mismo, del entorno y del futuro. A este esquema se le conoce como la triada cognitiva. El paciente se ve a sí mismo incapaz e inútil, quizás despreciado o defectuoso. Con relación a su entorno, interpreta en términos de daños y pérdida la mayor parte de sus experiencias vitales al tiempo que cree que el futuro vendrá acompañado de fracasos y frustraciones. Dado que la persona con depresión se siente desesperanzada, cree que la situación es venidera serán incontrolables, responde entonces con pasividad, resignada a no poder modificarlas.

Al existir demasiada información acerca de nuestra variable Depresión decidimos enfocarnos en la mera teoría de data basada en hechos empíricos con bases científicas, comportamentales, y neuronales para comprender mejor la variable siendo de gran ayuda para nuestra situación problemática.

2.3.2. La teoría cognitiva de Beck

Beck (1967) Actualmente la mayoría de los trabajos empíricos sobre la depresión se basan en la teoría cognitiva que propusieron Beck et al. (1979), según la cual la depresión es en gran medida el resultado de una interpretación errónea de los acontecimientos y situaciones que tiene que afrontar el sujeto.

Esta formulación teórica gira en torno a tres conceptos básicos: la cognición, el contenido cognitivo y los esquemas. La cognición se refiere al contenido, proceso y estructura de la percepción, del

pensamiento y de las representaciones mentales. El contenido cognitivo es el significado que el sujeto da a los pensamientos e imágenes que tiene en su mente; para los terapeutas cognitivos la interpretación que haga el sujeto sobre un hecho (contenido cognitivo) tendrá una influencia importante en lo que siente.

Los esquemas son creencias centrales que se constituyen en los principios directrices que sirven para procesar la información procedente del medio. Aunque no se especifica claramente el origen de los esquemas erróneos, parece sugerirse que podrían ser el resultado del aprendizaje a través de la exposición a acontecimientos y situaciones anteriores, jugando un importante papel las experiencias tempranas y la identificación con otras personas significativas. Los esquemas depresivos tienen que ver con acontecimientos tales como la desaprobación o la pérdida de los padres. De ello se deduce, que muy probablemente aquellos individuos que padecen una depresión episódica presentan esquemas menos patológicos o con menos áreas claves de vulnerabilidad (p.ej., confianza, seguridad, amor) que aquellos con depresión crónica.

La teoría cognitiva considera que hay cuatro elementos cognitivos clave que explican la depresión (Perris, 1989):

- 1) La tríada cognitiva, formada por una visión negativa sobre uno mismo, el mundo y el futuro.
- 2) Los pensamientos automáticos negativos.
- 3) Errores en la percepción y en el procesamiento de información.
- 4) Disfunción en los esquemas.

La tríada cognitiva (Beck, 1967), se refiere a que el contenido cognitivo de un sujeto deprimido acerca de sí mismo, su mundo y su futuro es disfuncional y negativo. El paciente deprimido se ve a sí mismo como indigno, incapaz e indeseable, el mundo lo ve lleno de

obstáculos y de problemas insolubles y el futuro lo contempla como totalmente desesperanzador. Los pensamientos automáticos negativos son aquellas cogniciones negativas específicas que desencadenan la activación emocional característica del paciente depresivo. Son pensamientos automáticos (el paciente no se da cuenta del mismo o de su proceso de interpretación), repetitivos, involuntarios e incontrolables. Entre el 60-80% de los pensamientos automáticos tienen un valor negativo (Friedman y Thase, 1995). Aunque todas las personas tienen pensamientos negativos de vez en cuando, en personas con un problema de depresión grave estos pensamientos ya no son irrelevantes, sino que predominan en su conocimiento consciente (Beck, 1991). El pensamiento perturbado de la depresión es consecuencia del procesamiento erróneo o sesgado de la información que nos llega de nuestro medio (Beck, 1976; Haaga, Dick y Ernst, 1991).

Los errores más importantes que se producen en el procesamiento de información de los individuos deprimidos son (Beck et al., 1979): la inferencia arbitraria (llegar a una conclusión en ausencia de evidencia que la apoye); la abstracción selectiva (extraer una conclusión basándose en un fragmento sesgado de información); la sobregeneralización (elaborar una regla general a partir de uno o varios hechos aislados); la magnificación y la minimización (sobreestimar o infra depresión: Diagnóstico, modelos teóricos y tratamiento a finales del siglo XX 427 valorar la significación de un acontecimiento); la personalización (atribuirse a uno mismo fenómenos externos sin disponer de evidencia para ello); y el pensamiento absolutista dicotómico (tendencia a valorar los hechos en función de dos categorías opuestas).

Estos errores, que se producen en el procesamiento de la información de las personas deprimidas, son un reflejo de la

actividad de los esquemas cognitivos disfuncionales, que como ya indicamos anteriormente toman la forma de creencias centrales o «asunciones silenciosas (Beck et al., 1979). Los esquemas son teorías o hipótesis simples que dirigen el proceso por medio del cual una persona organiza y estructura la información sobre el mundo (Freeman y Oster, 1997); determinan qué situaciones son consideradas como importantes para el sujeto y qué aspectos de la experiencia son importantes para la toma de decisiones (Freeman y Oster, 1997). Ejemplos de estas creencias son: «yo no puedo ser feliz si la mayoría de la gente que conozco no me admira», «si yo fracaso en mi trabajo, entonces yo soy un fracaso como persona». Por tanto, los esquemas son estructuras cognitivas que subyacen a la vulnerabilidad depresiva, a través de las cuales se procesan los acontecimientos del medio y la disfuncionalidad de los mismos causa errores en el procesamiento de información. A su vez, estas distorsiones cognitivas facilitan que se mantengan los esquemas disfuncionales, produciéndose finalmente la depresión (el paciente depresivo espera fracaso, rechazo e insatisfacción, y percibe que la mayoría de las experiencias confirman sus expectativas negativas). Beck (1967). La teoría cognitiva de la depresión también propone un modelo de diátesis. Se hipotetiza que la predisposición a la depresión se adquiere a través de las experiencias tempranas, las cuales van modelando esquemas potencialmente depresógenos (es decir, los esquemas con contenido negativo constituyen la diátesis cognitiva). Estos esquemas cognitivos disfuncionales permanecerán latentes hasta que son activados por un estímulo estresante (factores precipitantes, como, por ejemplo, la ruptura de una relación amorosa) para el cual el individuo está sensibilizado. Los esquemas depresógenos pueden permanecer en reposo e inactivos durante mucho tiempo o toda la vida si el sujeto no está expuesto a situaciones de riesgo; por consiguiente, el sujeto tendrá pocos pensamientos negativos (Eaves y Rush, 1984). No todos los

aspectos del modelo cognitivo de la depresión han recibido un apoyo empírico firme (Coyne y Gotlib, 1986; Segal y Shaw, 1986a; 1986b; Haaga et al., 1991). Las hipótesis relativas a la vulnerabilidad de los esquemas y el papel de las cogniciones en la etiología de la depresión son los aspectos que han recibido menor apoyo, además de ser los más difíciles de comprobar (Segal, 1988; Thase y Beck, 1992).

2.3.3. Tipos de Depresión

Al igual que otras enfermedades, existen varios tipos de depresión: Trastorno Depresivo Mayor, Distimia y Trastorno Bipolar. En cada uno de estos tres tipos, el número, la gravedad y la persistencia de los síntomas varían. DSM IV-TR (Andrade, 2011).

- a. **El Trastorno Depresivo Mayor**, se manifiesta por una combinación de síntomas que interfieren en la vida cotidiana: estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, pérdida de placer o interés en casi todas las actividades pérdida o aumento importante de peso o de apetito, insomnio o exceso de sueño, lentitud o agitación física, fatiga, sentimientos de inutilidad o culpa excesivos, dificultad para concentrarse y pensamientos recurrentes de suicidio muerte. Un episodio de depresión muy incapacitante puede ocurrir sólo una vez en la vida, pero puede repetirse en el curso de la vida. DSM IV-TR (Andrade, 2011).
- b. **La Distimia**, es un estado de ánimo depresivo de larga duración (al menos dos años continuados) acompañado de alguno de los síntomas del Episodio Depresivo Mayor. Es un tipo de depresión menos grave pero que interfiere en el funcionamiento y en el bienestar de la persona. Muchas personas con Distimia también pueden padecer de episodios depresivos severos en algún momento de su vida. DSM IV-TR (Andrade, 2011).

c. **Trastorno Bipolar o Trastorno Maníaco**

Depresivo. Se caracteriza por cambios cíclicos en el estado de ánimo: fases de ánimo elevado o eufórico (manía) y fases de ánimo bajo (depresión). Los cambios de estado de ánimo pueden ser dramáticos y rápidos. En la fase depresiva pueden aparecer varios de los síntomas del trastorno depresivo; en la maníaca, la persona puede estar hiperactiva, hablar excesivamente y tener una gran cantidad de energía. La manía afecta a la manera de pensar y de comportarse con los demás, pudiendo llevar a la persona a situaciones embarazosas como tener proyectos grandiosos o tomar decisiones de negocios descabelladas, metiéndose en graves problemas. Si la manía no se trata puede convertirse en un estado psicótico. DSM IV-TR (Andrade, 2011).

2.3.4. Causas de la Depresión

Las causas de la depresión generalmente incluyen una combinación de factores genéticos, psicológicos y ambientales. Algunos tipos de depresión tienden a afectar miembros de la misma familia, lo cual sugeriría que se puede heredar una predisposición biológica. En el caso del trastorno bipolar se ha encontrado que aquellos que enferman tienen una constitución genética algo diferente de quienes no enferman. Sin embargo hay que ser cautos, pues no todos los que tienen predisposición genética padecen la enfermedad. Existen otros factores adicionales que contribuyen a que se desencadene la enfermedad: tensiones en la vida, problemas de familia, trabajo o estudio (Andrade, 2011).

- a. **El Trastorno Depresivo Mayor**, también puede presentarse en diferentes miembros de una familia pero, al igual que el trastorno bipolar, puede afectar a personas que no tienen una historia familiar de depresión. Suele estar asociado con cambios en las estructuras o funciones cerebrales. Las personas con baja

autoestima, escasas habilidades sociales y falta de recursos para resolver problemas están más predispuestas a padecer depresión (Andrade, 2011).

Asimismo, algunas enfermedades físicas pueden acarrear problemas mentales. Enfermedades tales como los accidentes cerebro-vasculares, los ataques del corazón, el cáncer y los trastornos hormonales, pueden llevar a una enfermedad depresiva. La persona enferma y deprimida se siente apática y sin deseos de atender a sus propias necesidades físicas, lo cual prolonga el periodo de recuperación. La pérdida de un ser querido, los problemas en una relación personal, los problemas económicos, o cualquier situación estresante en la vida también pueden precipitar un episodio depresivo. Después de un episodio inicial, otros episodios depresivos pueden desencadenarse por una situación de estrés leve, e incluso sin que dicha situación aparezca (Andrade, 2011).

2.3.5. El Paciente Deprimido

a. Características del tipo de personalidad depresiva

En los episodios depresivos el paciente sufre un estado de ánimo bajo Andrade (2011):

- Disminución de la actividad
- Reducción de la energía
- La capacidad para disfrutar, interesarse y concentrarse está reducida.
- Es frecuente un cansancio importante incluso tras un esfuerzo mínimo.
- El sueño suele estar alterado y el apetito disminuido.
- La autoestima y la confianza en uno mismo casi siempre está reducida.
- A menudo están presentes ideas de culpa o inutilidad.

- No responde a las circunstancias externas por su estado de ánimo bajo.
- Lentitud psicomotora importante, agitación, pérdida de apetito, pérdida de peso y disminución de la libido.
- Un episodio depresivo puede especificarse como leve, moderado o grave.

b. Características clínicas

Aunque el perfil de la depresión es algo variable y depende del tipo de trastorno afectivo, el núcleo básico es el afecto depresivo. El interlocutor lo capta fácilmente pues habitualmente se percibe la irradiación de tristeza que emite el paciente.

b.1. Síntomas psíquicos. Los pacientes suelen presentar de forma predominante y estable, un estado de ánimo deprimido, con tristeza y pérdida de interés por sus actividades habituales, tendencia al llanto y sensación de desesperanza. Su mímica transmite a los que están alrededor abatimiento y la sensación de que les cuesta pensar y que cualquier actividad les supone un suplicio. Pueden presentar pérdida de la autoestima, ideas de culpa, autopunitivas e incluso suicidas. Otras veces destacan la irritabilidad, la ansiedad, los sentimientos de frustración o de inseguridad y el temor catastrófico. Incluso puede suceder que no hagan referencia al estado de ánimo y centren sus quejas en molestias físicas, conductuales o dificultades cognitivas. En algunas depresiones intensas y de naturaleza psicótica pueden llegar a presentarse ideas delirantes, que frecuentemente suelen estar en concordancia con el estado afectivo y justificar las vivencias de culpa o de ruina que refieren. DSM IV-TR (Andrade, 2011).

b.2. Afecto. La persona deprimida experimenta un descenso de su estado de ánimo. Lo describe como tristeza, melancolía o desesperación. El paciente podría destacar un aspecto particular de sentimiento depresivo, hablando de angustia, tensión, miedo culpabilidad, vacuidad y anhelo. Pierde el interés por la vida sus apetitos se reducen antes de que su conducta manifiesta se vea afectada y en las depresiones benignas pasa por los movimientos del comer, sexo o juego pero con poco entusiasmo. A medida que su depresión progresa acaba sintiendo indiferencia por aquello que anteriormente había constituido sus ocasiones principales de placer. La despersonalización podrá desempeñar una función defensiva similar en estado depresivo más agudo por ser un síntoma complejo que se ve también otros estados y que no siempre tiene un significado defensivo el enojo es así mismo manifiesto en el afecto de los pacientes depresivos. Los síntomas son: tristeza, cólera inducida, distracción, humor, limitación de las expresiones de disforia, período de llantos incontrolables, sentimientos de culpabilidad, vergüenza, cólera y ansiedad (Andrade, 2011).

b.3. Pensamiento, la persona deprimida está preocupada consigo mismo por su estado, lamentándose de su infortunio y del afecto de éste sobre su vida. Sus pensamientos estereotipados presentan un color monótono a su conversación. El individuo moderadamente deprimido podría combatir su depresión dirigiendo conscientemente sus pensamientos donde sea, defensa particularmente corriente en los pacientes obsesivos. El paciente psicóticamente deprimido cavilará acerca de incidentes menores de su juventud que son recordados con sentimientos de culpabilidad y miedo de un severo castigo. En las etapas finales de la depresión psicótica el paciente trata de explicar sus sentimientos encontrándoles un significado oculto

estos patrones defensivos se relacionan con los que se ven en pacientes paranoides. Los temas que no entran en la mente del paciente son tan importantes como los pensamientos con los que está preocupado el entrevistador ha de tener presente que se produce una considerable introspección retrospectiva al describir el paciente su vida. No es raro que el paciente pinte su estado de ánimo como de larga duración y gradual en su progreso, en tanto que otros describen los síntomas como relativamente recientes y abruptos. En cierto sentido el paciente tiene razón: en efecto ha estado simplemente escondiendo su depresión frente a los demás y tal vez frente a sí mismo. No sólo está trastornado el contenido mental del paciente sino que sus procesos cognitivos están también deformados. Sus pensamientos están disminuidos en cantidad y aunque puede ser sensible, el paciente muestra con todo poca iniciativa o espontaneidad. DSM IV-TR (Andrade, 2011). Entre los síntomas tenemos: la indecisión, percibir los problemas como abrumadores, autocrítica, pensamiento absolutista, problemas de memoria, dificultad para concentrarse.

b.4. Conducta. La lentitud caracteriza tanto a la vida entera del paciente deprimido como sus procesos mentales. Sus movimientos y sus respuestas requieren más tiempo e inclusive si parece agitado y superactivo, la conducta orientada o intencional está disminuida. El paciente participará acaso en la vida si le empuja a hacerlo, pero si se le deja a sí mismo, es probable que se retraiga. Las actividades que selecciona son pasivas y a menudo socialmente aisladas. Entre los síntomas tenemos: pasividad, evitación e inercia frente a los problemas prácticos, problemas de habilidad sociales. DSM IV-TR (Andrade, 2011).

b.5. Síntomas físicos, suelen asociarse alteraciones del apetito con modificaciones de peso, insomnio o hipersomnia, agitación o enlentecimiento psicomotor, astenia y falta de energía; y disminución de la capacidad de concentración con enlentecimiento del pensamiento pero sin incoherencia mental (Andrade, 2011).

b.6. El paciente suicida, la exploración de los sentimientos y sentimientos de suicidio revisten no solo importancia excesiva en la decisión práctica de la persona que proporciona también una de las vías más valiosas para comprenderla. El examen del suicidio al igual que cualquier otro acto completo puede dividirse en la consideración de los motivos o impulsos y la de las estructuras reguladoras y de control que actúan en reciprocidad con dichos motivos. La motivación del acto aparentemente racional de privarse de la vida puede ser compleja y variada. Algunos pacientes no tienen intención de suicidarse y si la conducta tiene por fin consiente una comunicación dramática, en vez de ser un acto destructor hablamos de gestos suicidas. Sin embargo, estos se hayan sujetos a un error de cálculo y puede provocar la muerte (Licas, 2014).

Licas (2014) El aspecto autodestructor de la motivación hacia el suicidio es complejo y variado. Para algunas personas deprimidas, el suicidio puede proporcionar una oportunidad de recuperar cierto sentimiento de dominio de su destino.

Licas (2014) El fenómeno clínico frecuentemente observado de mejoramiento del estado de ánimo del paciente después que ha decidido privarse de la vida se relaciona con este mecanismo.

Licas (2014) Un impulso para cometer un suicidio puede con un impulso para matar a alguien. El suicidio puede servir como medio para controlar las agresiones a sí misma, devolver la agresión contra el yo, de matar a otra persona que ha sido psicológicamente incorporada por el individuo suicida. Una persona que inconscientemente decide matar a alguien puede suprimir su propia vida. La vida podrá parecer intolerable en determinadas circunstancias y el suicidio podrá proporcionar un medio de escape de una situación dolorosa o humillante (Licas, 2014).

b.7. Valoración Diagnóstica

Es importante diferenciar ante qué situación depresiva nos encontramos dado que el manejo será diferente.

b.7.1. Depresión mayor (endógena). Aparecen al menos cuatro de los siguientes síntomas y durante más de dos semanas: alteración del apetito, del sueño, de la actividad psicomotora, del funcionamiento cognitivo, de la energía física, pérdida de la sensación de placer, sentimientos de culpa e ideación suicida. Pueden aparecer también síntomas psicóticos congruentes o no congruentes con el estado de ánimo. Son frecuentes los antecedentes personales de episodios depresivos similares (50%) o de otras características, así como de ansiedad o angustia. Igualmente es frecuente encontrar antecedentes familiares de depresiones mayores, trastornos bipolares o alcoholismo; y antecedentes biográficos de ambientes familiares caóticos o pérdidas parentales tempranas DSM IV-TR (Andrade, 2011).

b.7.2. Trastorno bipolar, fase depresiva. En la evolución previa de la enfermedad han existido uno o varios episodios

de características maníacas. En sus antecedentes familiares aparecen con muy alta frecuencia trastornos bipolares o unipolares. DSM IV-TR (Andrade, 2011).

b.7.3. Trastorno distímico. Coincide aproximadamente con los diagnósticos clásicos de neurosis o personalidad depresiva. Los síntomas son menos intensos pero más crónicos y responden peor a las terapéuticas farmacológicas. Pocas veces están asintomáticos desde el inicio del trastorno aunque pueden sufrir exacerbaciones relacionadas con sucesos externos. En sus antecedentes destacan síntomas neuróticos desde la infancia, así como problemas desadaptativos y de relaciones interpersonales mantenidos crónicamente. También refieren ambientes familiares conflictivos en su desarrollo biográfico. No está demostrada una mayor incidencia familiar. DSM IV-TR (Andrade, 2011).

b.7.4. Trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo. Surge desencadenado por un estrés claramente identificable que ha tenido lugar en las últimas semanas. La reacción desaparece bien por desaparecer el suceso desencadenante o por alcanzar el paciente un nuevo nivel adaptativo en su funcionamiento. DSM IV-TR (Andrade, 2011).

b.7.5. Duelo no complicado. Se trata de una reacción normal frente a una pérdida afectiva importante. A veces pueden aparecer síntomas semejantes a la depresión mayor, principalmente ideas de culpa (centradas en no haber hecho lo suficiente por la persona fallecida; nunca tienen características delirantes). También ideas de muerte, más como deseo de reunirse con la persona fallecida que como

deseo de quitarse la vida. Sólo si se prolonga un tiempo superior a seis meses o alcanza una intensidad invalidante se considera que se ha complicado con depresión y se tratará como tal. DSM IV-TR (Andrade, 2011).

CAP. III. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Resultados

En la tabla 1, se observa que la intervención del programa cognitivo conductual ha producido efectos altamente significativos, es decir se ha logrado disminuir la depresión en los adultos mayores con una significancia bilateral de .000 a un nivel de $p < .01$. En el promedio del pre test se obtuvo 11.70 y en el post test 3.97 notándose la disminución significativa del mismo. Por tanto se acepta la hipótesis de estudio.

Tabla 1

Efectos de un programa Cognitivo Conductual en el adulto mayor que presentan depresión en la provincia de Lambayeque 2016.

Prueba T student					
		Media	N		
Depresión	pretest	11,70	30		
	posttest	3,97	30		

Prueba T muestras relacionadas					
Diferencias relacionadas					
pretest - posttest	Media	Desviación típ.	95% Intervalo de confianza para la diferencia		Sig. (bilateral)
			Inferior	Superior	
	7,733	3,237	6,525	8,942	,000

Nota: 30 adultos mayores
Pre test 11.70
Pos test 3.97

En la tabla 2, se muestra que antes de la aplicación del programa cognitivo conductual a los 30 adultos mayores. El 83% tiene depresión y el 17% una probabilidad de sufrir esta sintomatología.

Tabla 2

Niveles de depresión antes de la aplicación del programa cognitivo conductual en los adultos mayores de Lambayeque 2016

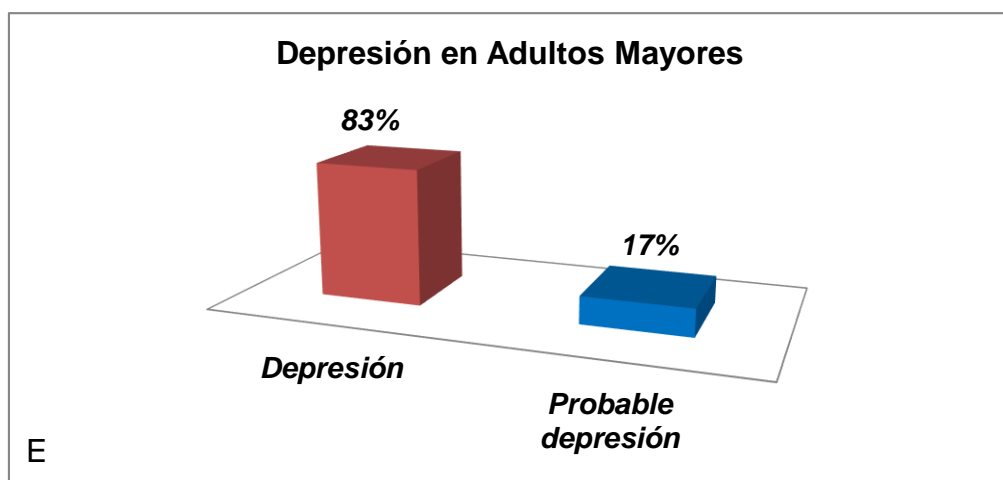
Puntaje Directo del Pre-Test en Adultos Mayor	
Media	10,37
Mediana	10,50
Moda	10
Desviación estándar	1,956

Categoría Diagnostica Pre-Test en Niveles de Depresión en Adultos Mayores			
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Depresión	25	83%
	Probable	5	17%
	Total	30	100%

*Nota: 30 adultos mayores
83% tiene depresión
17% probabilidad de depresión*

Grafico 1

Niveles de Depresión antes de la aplicación del programa cognitivo conductual en los adultos mayores de Lambayeque 2016



En la tabla 3, se evidencia que después de la aplicación del programa cognitivo conductual en los 30 adultos mayores, el 87% no presenta depresión, lo que indica que el tratamiento hizo efectos, así mismo, el 13% aún tiene probabilidad de tener depresión.

Tabla 3

Niveles de depresión después de la aplicación del programa cognitivo conductual en los adultos mayores de Lambayeque 2016

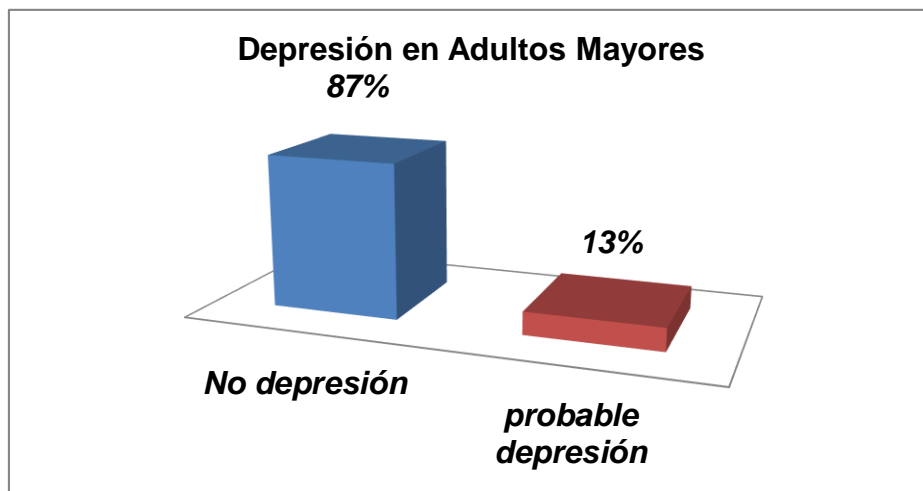
Puntaje directo Post Test en Adulto Mayor		
Media	2,47	
Mediana	1,00	
Moda	1	
Desviación estándar	1,814	

Categoría Diagnostica de Post Test Adulto Mayor		
	Frecuencia	Porcentaje
No depresión	26	87%
probable	4	13%
Total	30	100%

*Nota: 30 adultos mayores
87% no posee depresión
13% probabilidad de depresión*

Grafico 2

Niveles de depresión después de la aplicación del programa cognitivo conductual en los adultos mayores de Lambayeque 2016



3.2. Análisis y discusión de resultados

En esta investigación se observa que la intervención del **programa cognitivo conductual** ha producido efectos altamente significativos, es decir se ha logrado disminuir la depresión en los adultos mayores del centro de adulto mayor de ESSALUD, lo cual se corrobora que en una investigación realizada por Puyaca en el año 2014, el cual consta de un **programa de intervención cognitivo conductual** en el nivel de depresión en los adultos mayores del centro Gerontológico “**María Reina de la Paz de Cuenca**”. Donde se utilizó el mismo instrumento, la escala de depresión geriátrica de Yesavage (abreviada), se obtuvo que el 45% de adultos mayores presentó un estado depresión leve y posterior a ello el post-test, se estableció que el 87% de adultos mayores presento un estado normal. Confirmando así la importancia significativa de aplicar el enfoque cognitivo conductual en esta variable y a este tipo de población.

Por otro lado Scogin y McElreath en el año 2009 realizaron una investigación con un programa **cognitivo conductual** con 18 adultos mayores para la depresión con un aproximado de 10 sesiones psicoeducativas. Donde se obtuvo resultados que proporcionan evidencia de que la **TCC** para la depresión en la vejez es tanto o más efectiva que la no aplicación del tratamiento en grupos control o las medicaciones aisladas. Confirmado por nuestra investigación al ejecutarla con 12 sesiones de intervención basadas en el modelo **cognitivo conductual**, a su vez se hace referencia que lo resultados aciertan que el modelo de intervención es el más idóneo.

Por consiguiente notamos que Ventura en el 2009, aporó en su investigación cuyo objetivo de estudio fue determinar la **eficacia de un Programa Cognitivo conductual en Intervención Grupal**, para disminuir el trastorno de depresión mayor. El tratamiento duró un mes y los participantes cuyas edades oscilan entre 60 y 80 años, las cuales fueron designadas 15 al grupo experimental y 15 al grupo control. Usó el

instrumento de la Escala de Depresión de Yesavage, su diseño metodológico fue Cuasi experimental, en los resultados mostraron diferencias significativas a favor del grupo experimental, concluyendo que el Programa de intervención **Grupal Cognitivo Conductual** logró disminuir el trastorno de Depresión. Evidenciando que comparte el método de investigación, la escala de medición en un pre test y pos test, la misma cantidad de participantes en el grupo control y experimental y a su vez el enfoque de intervención **cognitivo conductual**, obteniendo los cambios significativamente a favor del grupo experimental. Esto refleja y confirma la claridad de investigación en el mismo país con resultados altamente comprobados y queda de importante aporte para múltiples investigaciones en esta variable de depresión y en esta muestra, para que siga difundiéndose no solo su investigación sino su adecuada intervención, dando así valioso aportes en psicología en los cambios y mejoras en la calidad de vida de nuestros adultos mayores.

3.3. Etapa de significación práctica

3.3.1. Presentación de la propuesta

Presentación

Durante los últimos años hemos sido testigos del incremento de conductas suicidas, en las diversas etapas del ser humano como en niños, adolescentes y adultos mayores, expresadas en muchos de los casos como conductas atentatorias que perjudican a sí mismos, sus pares y sobre todo a sus familiares; ya que, quienes tienen que abordarlo asumen una actitud de indiferencia, motivadas por su desconocimiento y falta de sensibilidad para reparar las consecuencia de estos actos.

Ante dicha realidad es necesario que en el ámbito promocional y preventivo dispongamos de las herramientas necesarias para hacer frente a esta amenaza que atenta contra una convivencia saludable.

Una de las formas de contribuir a tal propósito es crear un programa de habilidades sociales, ya que ayudaran a que los adultos mayores adquieran las competencias necesarias para un mejor desarrollo humano y pueda enfrentar en forma efectiva los retos de la etapa de su vida; así también permiten promover la competitividad necesaria para lograr una transición saludable hacia su desarrollo personal y familiar.

En el presente Programa se desarrollaron de manera sistemática los aspectos fundamentales, que permiten desarrollar las habilidades sociales en los adultos mayores, como formas de intervenir las conductas depresivas.

El programa se orienta hacia el enfoque cognitivo conductual y su objetivo principal es el de fortalecer y/o dotar a los participantes de competencias psicosociales básicas que le permitan desempeñarse adaptativamente en la etapa y circunstancia de su vida y la sociedad. Las sesiones serán grupales, con ensayos conductuales, reflexividad y razonamiento crítico. El programa, tiene la flexibilidad para incorporar la participación de instituciones públicas y privadas que puedan contribuir con el logro de los objetivos planteados.

Marco Conceptual

El término “Habilidad” proviene del modelo psicológico de la modificación de conductas y se emplea para expresar que la competencia social no es un rasgo de personalidad, sino más bien un conjunto de comportamientos aprendidos y adquiridos. Algunas de las definiciones más importantes que los diversos autores asignan a la expresión Habilidades Sociales son las siguientes.

Valles, A. (2000), expresa que las habilidades sociales son comportamientos que permiten a las personas actuar según las normas socialmente deseables, permitiendo defender sus derechos y respetar los de los demás, solucionar conflictos interpersonales y expresar los sentimientos, opiniones y deseos, de manera adecuada a cada situación y de forma mutuamente satisfactoria.

Monjas, I. (1999), sostiene que las habilidades sociales son capacidades específicas requeridas para ejecutar competentemente una tarea. Son conductas necesarias para interactuar y relacionarse con los iguales de forma efectiva y satisfactoria.

Caballo, V. (2002), define las habilidades sociales como un conjunto de conductas emitidas por el individuo en un contexto interpersonal que expresa sus sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de un modo adecuado a la situación, respetando esas conductas en los demás y que, generalmente, resuelve los problemas inmediatos a la situación mientras minimiza la probabilidad de futuros problemas.

Finalmente, Gil, F. (1993), ofrece una amplísima y aclaratoria definición, síntesis de otras definiciones dadas por diversos autores: "las habilidades sociales son conductas que se manifiestan en situaciones interpersonales; estas conductas son aprendidas, y por tanto pueden ser enseñadas. Estas conductas se orientan a la obtención de distintos tipos de reforzamiento, tanto del ambiente (consecución de objetos materiales o refuerzos sociales) como auto refuerzos. Las conductas que se emplean para conseguir estos refuerzos deben ser socialmente aceptados (lo que implica tener en cuenta normas sociales básicas y normas legales del contexto socio-cultural en el que tiene lugar, así como criterios morales). Se excluye de esta forma el empleo de métodos ilegítimos.

Componentes de las habilidades sociales.

Existen tantos componentes en sus contenidos como autores han desarrollado trabajos sobre el tema (Vallés, A. y Vallés, C. 1996).

Así, por ejemplo, (Lazarus, L 1973: citado por Valles, A. y Valles, C. 1996) fue uno de los primeros en establecer, desde la práctica clínica, como principales clases de respuesta o dimensiones de dichas habilidades, las siguientes: conductual y verbal, cognitiva, fisiológica y situacional.

A la hora de estudiar estos componentes se ha enfatizado la posibilidad de hacerlo desde dos niveles de análisis: el molar y el molecular (Caballo, V. 2002).

El enfoque molar incluye tipos de habilidad general, por ejemplo: la defensa de los derechos. Se supone que cada una de esas habilidades generales depende del nivel y de una variedad de componentes moleculares de respuesta, como el contacto ocular, el volumen de voz, o la postura. Este enfoque molar prefiere evaluaciones generales, subjetivas.

El enfoque *molecular* está íntimamente unido al modelo conductual de la habilidad social. La conducta interpersonal se divide en componentes específicos, que pueden medirse de manera objetiva (p. ej., número de sonrisas y número de segundos de contacto ocular). Pero la cuestión más importante es que el impacto social está determinado no por el número de sonrisas o los segundos de contacto ocular, sino por un complejo patrón de respuestas que tienen lugar en conjunción con las de la otra persona en la interacción. De ahí que el análisis molecular será esencial para la investigación.

Sin embargo, autores expertos en la materia abogan por el uso de ambos enfoques o procedimientos (Caballo, V. 2002). Por otra parte, algunos autores señalan que la estrategia más útil sería un tercer enfoque que recogiera otros aspectos como los juicios globales (relevancia clínica) y las medidas moleculares (la especificidad metodológica). Este enfoque se denomina medición de nivel intermedio y habilidades de este nivel serían por ejemplo: la expresión facial, la postura, etc.

En estas reflexiones sobre los niveles molar y molecular, casi siempre se tienen en cuenta los componentes conductuales de las HH.SS., que son observables. Este énfasis en la conducta observable es propio de la terapia de conducta y de la literatura sobre las HH.SS. Sin embargo, desde hace unos años se ha dado un progresivo auge a la consideración de la conducta encubierta, es decir, pensamientos, creencias, procesos cognitivos, etc., de los individuos.

Aún queda mucho por investigar sobre los componentes cognitivos de las HH.SS, y si nos situamos en el análisis de los componentes fisiológicos la situación es más delicada aún. Por un lado, los trabajos realizados sobre el tema son pocos y los resultados nada concluyentes. A continuación vamos a analizar los diferentes componentes de las HH.SS.

Componente conductual y verbal.

Como ya quedó claro al definirla, la habilidad social incluye un conjunto de conductas aprendidas (por tanto, conductas que pueden aprenderse y enseñarse), se ha intentado descomponer esta dimensión en elementos más simples, observables y cuantificados objetivamente (enfoque o nivel de análisis molecular).

En cuanto a la dimensión verbal (Lazarus, L. 1973: citado por Valles, A. y Valles, C. 1996) consideró que los sujetos con HH.SS. eran

capaces de conversar en períodos de silencio de la interacción y eran más sensibles a la retroalimentación del otro. Según este autor entre los elementos de la dimensión verbal estarían:

- a) Capacidad de decir “no”.
- b) Capacidad de pedir favores y hacer peticiones.
- c) Capacidad de expresar sentimientos positivos y negativos.
- d) Capacidad de defender derechos.
- e) Capacidad de iniciar, mantener y terminar conversaciones.

Posteriormente la lista de estos elementos se ha completado dando cabida a los siguientes (Caballo, V. 1998):

- a) Hacer cumplidos.
- b) Aceptar cumplidos.
- c) Hacer peticiones.
- d) Expresar amor, agrado y afecto.
- e) Iniciar y mantener conversaciones.
- f) Defender los propios derechos.
- g) Rechazar peticiones.
- h) Expresar opiniones personales, incluido el desacuerdo.
- i) Expresión justificada de molestia, desagrado o enfado.
- j) Petición de cambios en la conducta del otro.
- k) Disculparse o admitir ignorancia.
- l) Afrontar las críticas.

Componente cognitivo.

El análisis tradicional de las HH.SS. enfatizó los componentes conductuales, dejando de lado esta dimensión cognitiva hasta recientemente.

Actualmente parece estar claro que las situaciones y los ambientes influyen en los pensamientos, sentimientos y acciones de los individuos. La persona busca algunas situaciones y evita otras. El modo cómo selecciona las situaciones, los estímulos y

acontecimientos, cómo los percibe y evalúa en sus procesos cognitivos forma parte de esta dimensión cognitiva y depende de los procesos cognitivos o expectativas de autoeficacia percibida. El procesamiento y la percepción e interpretación pueden ser erróneos influyendo negativamente sobre la conducta desencadenando emociones negativas y conductas inadaptadas o inexistentes.

Podemos decir pues que los componentes conductuales tienen su correlato en el sistema de respuesta cognitivo y viceversa, las habilidades sociales de carácter conductual están mediatizadas por el proceso de pensamiento que se genera en la estructura neurológica del sistema nervioso (Vallés, A. y Vallés, C. 1996). Señala que las dificultades en la conducta social podrían estar originadas por factores cognitivos (distorsiones cognitivas) y éstos eran, asimismo situacionales y específicos. Los elementos que forman parte de esta dimensión cognitiva son (Vallés A. y Vallés, C. 1996):

La competencia cognitiva formada por los conocimientos sobre HH.SS., habilidades como el uso de la empatía (saber ponernos en el lugar de otro) y la destreza en la solución de problemas, así como la capacidad de usar la conducta verbal y no verbal, al igual que entender su significado.

Las estrategias de codificación y constructos personales donde entrarían en juego aspectos como la atención, la interpretación, la percepción social e interpersonal, así como fenómenos de percepción, traducción y ejecución de conductas sociales. En este sentido, cabe recordar que la percepción social permite a las personas observar el entorno social y poder organizarlo, y para ello es necesario aprender a interpretar las reglas de funcionamiento así como las costumbres y las normas sociales.

Otro factor a tener en cuenta son las *creencias* y valores que las personas tenemos acerca de nosotros mismos, de los otros y del mundo social que nos rodea. Estas creencias están influenciadas por los procesos de socialización y funcionan como esquemas simplificadores de la realidad, regulan nuestras experiencias y lo que aprendemos (Kendall, J 1983: citado en Vallés, A y Vallés, C 1996). La percepción y la conducta que emite la persona están claramente influenciadas por sus creencias de modo que se puede ver distorsionada la percepción de la realidad y su influencia en el comportamiento social atendiendo a creencias erróneas o irracionales (Ellis, A. 1980).

Las expectativas conducta-resultados se refieren al pronóstico que una persona realiza en relación a la consecución de unos resultados ante una situación determinada. Las expectativas de autoeficacia se refieren a la seguridad que tiene una persona de poder realizar una conducta particular. Esto le permite valorarse como competente para manejar unas determinadas situaciones e incompetente para desenvolverse en otras Caballo, V. (2002). Podemos decir que, las expectativas guían la selección (elección) de la respuesta óptima de entre las muchas que la persona es capaz de construir dentro de cada situación social. Si el sujeto cree que los resultados de su actuación no serán positivos, dejará de enfrentarse a la situación (inhibición) o bien emitirá conductas inadecuadas.

Componente fisiológico.

Los componentes fisiológicos de las HH.SS. son aquellas señales o variables corporales que se manifiestan como activación del sistema nervioso y demás aparatos respiratorios, digestivo, circulatorio, etc. (Vallés, A. y Vallés, C. 1996). En este sentido, Caballo, V. (2002) señala como variables fisiológicas que han formado parte de la investigación en HH.SS.: la tasa cardíaca, la presión sanguínea, el

flujo sanguíneo, las respuestas electrodermales (conductancia de la piel), las respuestas electromiográficas (tensión relajación muscular) y la respiración. Aunque los estudios experimentales realizados sobre los componentes fisiológicos de las HH.SS no son concluyentes, parece ser que los sujetos de alta habilidad social tardan menos en reducir su activación (medida por la tasa cardíaca o el volumen de sangre) que los sujetos de baja habilidad social (Caballo, V. 2002). Sin embargo, tradicionalmente se han señalado una serie de problemas en el análisis de los componentes fisiológicos de las HH.SS. (Eisler, L 1976: citado en Caballo, V. 2002).

Componente situacional o ambiental.

Esta dimensión de las HH.SS. se refiere a las variables situacionales o ambientales que influyen claramente en la conducta social de la persona. Si tenemos en cuenta que las habilidades sociales son respuestas específicas a situaciones específicas, entonces su efectividad depende del contexto concreto de la interacción y de los parámetros que pueden concurrir en ella.

Según ya señaló Fernández, R. (1986), los tipos de variables ambientales a tener en cuenta son:

- a) Físicas: temperatura, polución, hacinamiento, construcción de edificios.
- b) Sociodemográficas: género, edad, estado civil, situación de la estructura familiar, número de miembros en el hogar, familia, ocupación del cabeza de familia, lugar de nacimiento, ingresos personales, raza, lengua, religión.
- c) Organizativas: variables que ordenan o normativizan el comportamiento de los habitantes en un determinado ambiente como parque, jardín, empresa.
- d) Interpersonales o psicosociales: variables implicadas en las relaciones interpersonales pues las relaciones humanas suelen ser

evaluadas en función del comportamiento externo de los sujetos (roles, liderazgo, estereotipos).

e) Conductuales: tipos de conducta que se van a adoptar en un ambiente determinado como conductas motoras, fisiológicas o cognitivas.

En relación a los elementos del ambiente, podemos decir que los ambientes cálidos son aquellos lugares físicos agradables inductores de la comunicación personal. El entorno en el que se producen las interacciones sociales puede generar un cierto acogimiento o frialdad en el sentido psicológico, lo cual nos hace sentir más cómodos y relajados o, por el contrario, si el ambiente se percibe como frío nos hará sentir más tensos. Algunos elementos físicos como la combinación de color de las paredes de la estancia, cortinas, alfombras, mobiliario, etc. nos hacen sentir más o menos relajados en las situaciones de interacción social (Vallés y Vallés, 1996) y de ahí la necesidad de estudiarlos y modificarlos.

En resumen y como conclusión a este análisis de los componentes o dimensiones de las HH.SS. debemos recordar que la dimensión conductual ha sido la más estudiada por ser una de las más fácilmente cuantificables. Parece, sin embargo, que con la ayuda del vídeo, de instrumentos de medida cognitivos y de aparatos de registro fisiológico portátiles se puede lograr una mayor integración en la evaluación de los tres sistemas de respuesta dentro del área de las HH.SS, así como una útil aportación al campo del EHS, que puede contar además con las técnicas de modificación de conducta cognitiva y del biofeedback para tratar directamente los elementos cognitivos y fisiológicos.

Otro aspecto relativamente olvidado en la investigación de las HH.SS. es el análisis de las situaciones sociales. Para que una conducta sea

socialmente eficaz deben tenerse en cuenta las variables que intervienen en cada situación en las que se exhibe la destreza social.

Formación y mantenimiento de las habilidades sociales.

Desde la teoría del aprendizaje social, las HH.SS. se entienden como capacidades y conductas aprendidas (Caballo, V. 2002). Por lo que se refiere a su formación, podemos decir que existe un período crítico en la formación y adquisición de las HH.SS. que es la niñez y aunque no hay datos definitivos sobre cómo y cuándo se aprenden, parece ser que este proceso de formación de las HH.SS. está influido por una predisposición biológica y genética (temperamento o expresión de emociones) y por factores ambientales de tipo socioemocional donde el aprendizaje juega un papel relevante (Bandura, A. 1976). Así, las primeras experiencias de aprendizaje podrían interaccionar con predisposiciones biológicas para determinar ciertos patrones relativamente consistentes de funcionamiento social en, por lo menos, algunos jóvenes y en, al menos, una parte significativa de la infancia, además considera que el temperamento, definido como una disposición innata basada en mecanismos neurales y/u hormonales determina la naturaleza del ambiente socioemocional interpersonal en muchos aspectos (relaciones interpersonales), e influyen en el aprendizaje de las HH.SS., así como en las expectativas sociales que un individuo experimenta a través de una serie de sistemas complejos de feedback. El temperamento estaría implicado en la expresión e inhibición de la emoción, tendría importantes implicaciones sociales y emocionales, y colocaría los cimientos para el posterior desarrollo de la conducta social. El niño expresivo proporcionaría más información a los demás sobre su estado emocional/motivacional, obtendría más retroalimentación de los demás (al fomentar más expresión por parte de la otra persona) y tendería a crear un ambiente emocional más enriquecedor. Esto, a su vez, facilitaría el desarrollo de las HH.SS. y fomentaría la competencia social. Por otra parte, consideran que la

explicación más aceptable para el temprano aprendizaje de la conducta social la ofrece la teoría del aprendizaje social. El factor crítico sería entonces el modelado. Así, en el proceso de formación, el aprendizaje por observación de personas significativas (padres y cuidadores) sería fundamental en la adquisición de las HH.SS., sobre todo en la configuración del estilo de interacción, la conducta verbal y no verbal y las actuaciones sociales. Pero no sólo serían importantes los padres y cuidadores, sino también los iguales, especialmente durante la adolescencia y dado que las costumbres sociales, modas y estilos de vestir o el lenguaje, cambian durante la vida de la persona se tendría que continuar aprendiendo con el fin de seguir siendo socialmente habilidoso. Así una vez adquiridas, estas habilidades se mantendrían o no dependiendo de los procesos de maduración y de las experiencias de aprendizaje en cuanto a éxitos y fracasos en las interacciones con los otros. Además, la oportunidad para practicar la conducta en una serie de situaciones y el desarrollo de las capacidades cognitivas serían otros de los procedimientos que parecen estar implicados en la adquisición de las HH.SS. Así pues, las HH.SS. en el adulto estarían relacionadas con la competencia social (efectividad), influida por el temperamento (expresión de emociones), las experiencias ante las situaciones, la situación y el momento. Desde este punto de vista, cuanto más experiencia tenga un individuo de una situación, más dependerá su conducta social de lo que el individuo haya aprendido a hacer en esa situación y menor será la contribución aparente del temperamento. Por el contrario, si la situación es nueva y no sabe mucho de ella, el temperamento sería el factor predictor más importante. En definitiva, las HH.SS. se aprenden, y en este proceso juega un papel fundamental la interacción entre factores intrínsecos a la persona y factores ambientales y situacionales (Caballo, V. 2002)

Cómo se aprende las Habilidades Sociales:

Según Vallés, A. (1996) Las Habilidades Sociales se entienden como conductas aprendidas. Los modelos de adquisición de las Habilidades Sociales que explican su aprendizaje son: el reforzamiento directo, el aprendizaje por observación (modelado), la retroalimentación interpersonal y las expectativas cognitivas.

El Reforzamiento directo.

Ya desde la primera infancia los niños aprenden aquellas conductas que permiten predecir consecuencias agradables en el ambiente que les rodea. Se llora y como consecuencia se recibe alimento, atención y alivio de las molestias. Si una conducta social se intenta repetidamente sin conducir a ninguna consecuencia positiva, sobre todo en las primeras fases del aprendizaje, puede ser extinguida y dejar de emitirse; por ejemplo, la conducta de saludar de un niño. Si ésta es ignorada, se extinguirá y difícilmente formará parte de su repertorio de conductas sociales.

Aprendizaje por observación (modelado).

Observar cómo se desenvuelve eficazmente otra persona en una situación de interacción social, constituye una fuente aprendizaje por efectos del modelado comportamental. En las primeras edades son los padres y los hermanos mayores las personas que se constituyen en modelos y objetos de observación; pero también existen otros canales de imitación tales como la representación de la realidad (televisión, cine, video, etc.).

Retroalimentación Interpersonal.

El reforzamiento social dispensado por nuestros interlocutores puede ser negativo o positivo. Cuando la información solicitada al interlocutor es negativa debilita algunos aspectos de la conducta social, como

puede ser reducir el tiempo de habla con el interlocutor porque sus comentarios nos han molestado; no mirarle a la cara para manifestarle enfado.

Las expectativas cognitivas.

Son las predicciones que tiene un individuo sobre la probabilidad de cómo afrontar con éxito una determinada situación. En función del resultado obtenido en experiencias similares en ocasiones anteriores, el individuo tendrá una expectativa favorable o desfavorable de cómo afrontar una determinada situación social por ejemplo, si un estudiante ha tenido experiencias favorables con respecto a un tema expuesto a sus compañeros la cual le escuchan atentamente en clase; en la próxima ocasión en que tenga que exponer desarrollará una expectativa, favorable de éxito y calificará a dicha situación como agradable; por lo contrario si ocurrió lo opuesto como: se puso nervioso el momento de exponer, sus compañeros no estuvieron atentos como si no les importara lo expuesto por su amigo o ha recibido críticas negativas. La próxima vez que tenga que exponer frente a sus compañeros el estudiante habrá desarrollado expectativas cognitivas de carácter negativo que se concretan en pensamientos de tipo autodevaluativo, tales como “me saldrá mal” “yo no sé hacerlo” “no soy competente”, etc. Así pues las expectativas positivas se adquieren como resultado de experiencias exitosas y las expectativas negativas o desfavorables se adquieren como resultado de las dificultades sufridas en situaciones embarazosas y se mantienen por cogniciones de fracaso respecto a su ejecución.

Competencias a Desarrollar en el Programa:

- Fortalecer las habilidades sociales básicas en los participantes (asertividad, control de la ira, manejos de límites).

Áreas a Intervenir:

Las Áreas a intervenir en los participantes del programa se especifican a continuación:

ÁREA	TEMAS
Habilidades sociales	<ul style="list-style-type: none"> - Competencias sociales básicas. - Autoestima - Manejo de emociones - Empática - Resolución creativa de conflictos - Asertividad - Motivación

Además de las áreas señaladas, se tiene una sesión de introducción y evaluación de entrada; y una sesión de evaluación final.

Desarrollo de Sesiones

Las sesiones se desarrollarán en los ambientes de la Institución educativa a intervenir, o en otros acondicionados para tal fin y se desarrollarán de acuerdo a la siguiente programación, la misma se encuentra desarrollada en los siguientes apartados del presente manual.

ÍTEM	TEMA	Nº SESIONES	MINUTOS
01	Pre test e Introducción	01	60
02	Conceptualización "Depresión"	01	60
03	Cortesía y respeto	01	60
04	Autoestima	01	60
05	Manejo de emociones	01	60
06	Manejo del enojo	01	60
07	Empática	01	60
08	Resolución creativa de conflictos	01	60
09	Asertividad	01	60
10	Estrategias asertivas	01	60
11	Manejo de limites	01	60
12	Post test	01	60

SESIÓN I

I. METODOLOGÍA.

OBJETIVO	MÉTODOS Y TÉCNICAS	DURACIÓN
Encuadrar las pautas, objetivos, acuerdos, responsabilidades e implicancias de la participación en el programa.	✓ Instrucciones. ✓ Dinámica de grupos. ✓ Discusión de grupos.	50 min.

II. DESARROLLO DE ACTIVIDADES:

Los facilitadores se presentan y presenta al equipo de trabajo, comunica los objetivos del programa de intervención, la metodología, la duración de las sesiones, las responsabilidades, los beneficios de participar en el programa y las implicancias en la vida diaria de los temas a tratar.

A. Presentación de los participantes: Dinámica “El ovillo de lana”.

1. Objetivo.

Presentación de los participantes, generar confianza entre los mismos y promover la integración frente a los demás.

2. Duración: 20 minutos.

3. Materiales:

- Ovillo de lana.
- CD de música variada (Opcional)
- Reproductor de CD (Opcional).

4. Descripción de la Dinámica:

a). El facilitador dispone que los participantes se ubiquen en círculo, entrega un ovillo de lana a uno de ellos y pide que este diga en voz alta sus nombres y apellidos, a que se dedica, con quienes vive, su comida favorita, lugar de nacimiento y la fecha de su cumpleaños. Dicho esto, el participante deberá lanzar el ovillo a un compañero que se encuentre en el lado opuesto, reteniendo la parte inicial de la lana, el participante receptor también señalará los datos personales antes mencionados y lanzará a otro estudiante quedándose con un extremo de la lana. La secuencia se repite hasta que todos los Participantes hayan participado y se forme una red con la lana.

b). Cuando el último estudiante tenga el ovillo de lana, luego de que haya dicho sus datos, deberá recordar y mencionar los datos del compañero que le lanzó el ovillo, es decir del que lo antecedió; dicho esto, le devolverá el ovillo. El participante receptor, mencionará los datos del compañero anterior y seguirá la secuencia hasta concluir con todos los Participantes y se haya desenredado la red.

Variante: Puede adicionarse, música de fondo a la dinámica y solicitar a los Participantes que se expresen según lo que les motive el ritmo de la música.

B. Construcción de Acuerdos Básicos: “Feria de Principios” ·

1. Objetivo.

Construir por consenso de los participantes y previo análisis, los principios que regirán la conducta de los Alumnos dentro del programa.

2. Duración: 20 minutos.

3. Materiales:

- Papelógrafos.
- Plumones gruesos para papelógrafo.
- Maskintape.
- Ficha para la construcción de la feria de principios.

4. Descripción de la Dinámica.

- a). El facilitador señala la importancia del comportamiento de los participantes dentro de las sesiones del programa de intervención, y la necesidad de establecer principios básicos de interacción.
- b). Se pide a los participantes que se pongan de pie y que cada uno diga en voz alta un número del 1 al 5 de manera correlativa (el facilitador deberá prever que se puedan conformar máximo 6 grupos). Luego se les pide que se agrupen por números iguales.
- c). Conformados los grupos se le entregará una tarjeta con preguntas; las mismas que deberán responder previa discusión y análisis (también se puede proyectar a través del multimedia).

FICHA PARA LA FERIA DE PRINCIPIOS	
-	¿Qué reglas de conducta se deberían respetar en las sesiones del programa?
-	¿Cómo le gustaría ser tratado por los demás participantes?
-	¿Cómo le gustaría ser tratado por los facilitadores del programa?
-	¿Cómo debe ser la asistencia y presentación personal de los participantes?
-	¿Qué es lo que no se debería permitir en las sesiones del programa?

- d). Las respuestas consensuadas del grupo se escribirán en un Papelógrafo y serán presentadas por el grupo en plenario.
- e). El facilitador ira resumiendo los principios que alcancen el consenso del grupo y que regirán el comportamiento de los Participantes en las sesiones del programa de intervención. El facilitador deberá asegurarse de que se encuentren como mínimo los siguientes principios:

PRINCIPIOS MÍNIMOS BÁSICOS DE COMPORTAMIENTO DE LOS PARTICIPANTES
--

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">— Confidencialidad. Cada persona está de acuerdo en mantener la reserva y confidencialidad de lo que pase en el grupo de trabajo.— Igualdad y cortesía Todos se comprometen a tratar a los demás de manera igualitaria, con respeto dentro y fuera de las sesiones de trabajo.— Alentar, no rebajar: Todos están de acuerdo en no rebajar, burlarse o minimizar a los demás, o a ellos mismos.— Derecho a pasar: Cada persona tiene derecho a permanecer callado si no desea hablar.— Expresión de sentimientos: Todas las personas en el grupo están de acuerdo con respetar y permitir la expresión de sentimientos de los demás y los suyos mismos.— Participación: Cada persona se compromete a asistir puntualmente a todas las reuniones, salvo caso de fuerza mayor justificable, para ello deberán comunicar a los facilitadores.— Presentación y aseo personal: Cada participante se compromete a asistir a cada sesión, debidamente aseado y presentable.— Conservación del ambiente: Cada participante se compromete a conservar y mantener limpio el ambiente de las sesiones. |
|---|

El grupo acordará transcribir los principios mínimos acordados, en un papelógrafo. Este deberá permanecer pegado en la pared del ambiente de sesiones por todo el tiempo que dure el programa de intervención.

C. Programación de estímulos a los participantes.

1. Objetivo.

Implementar un sistema para otorgar estímulos por cumplimiento de principios básicos y logro de objetivos.

2. Duración:

El ejercicio tendrá una duración aproximada de 30 minutos. La duración del sistema para otorgar estímulos es igual a la duración del programa de intervención.

3. Materiales:

- Ficha de Conductas y logros.
- Ficha personal de cumplimiento de principios y objetivos.
- Premios.

4. Descripción de la Actividad.

Una vez que se ha construido los principios básicos para el comportamiento de los Participantes, se plantea la pertinencia de la implementación de premios y estímulos a otorgarse a los participantes por cumplimiento de objetivos y principios básicos de buen comportamiento, de acuerdo a las siguientes pautas:

a) Identificación de las conductas a reforzar:

Se presenta a los Participantes la tabla de comportamientos y logros que nos interesa desarrollar en los participantes en cada sesión y se plantea que el cumplimiento de estas conductas será reforzado o premiado por los facilitadores.

Ficha: “Conductas y logros”

CONDUCTAS Y LOGROS	PUNTAJE
Asistencia.	
Puntualidad.	
Permanencia durante toda la sesión.	
Presentación personal.	
Respeto a los demás.	
Participación en los talleres.	
Logro de objetivos del taller.	
PUNTAJE MÁXIMO	

Se comunica que cada participante llevará una ficha de evaluación de estos comportamientos y que los puntos alcanzados podrán ser luego canjeados por algunos premios que los facilitadores gestionarán.

El puntaje máximo por sesión podrá ser de 100 puntos, de los cuales 50 puntos corresponden al logro de los objetivos del taller para los Participantes. Para la determinación del puntaje de las demás conductas, se procederá de la siguiente forma:

b). Democracia directa.

Se plantea que cada alternativa tiene tres posibles opciones de puntajes: 5, 10 o 20 puntos. El facilitador pide a los participantes que voten levantando la mano por cada alternativa de puntajes, recordando a los participantes que el total de puntajes debe ser igual a 100 puntos y que lo acordado deba ser respetado por los participantes.

c). Establecimiento de los sistemas de registro:

El facilitador consolida los puntajes que corresponderán a cada comportamiento, se asegura de que el puntaje total sea de 100 puntos y generará las fichas de registro y evaluación para cada participante de acuerdo al siguiente formato “Ficha personal de cumplimiento de principios y objetivos”. Los puntajes se asignaran en cada sesión y se calificará presencia o ausencia del comportamiento:

Ficha personal de cumplimiento de principios y objetivos

CONDUCTAS Y LOGROS	PUNTAJES POSIBLES	1º SESIÓN Taller: “ ”	2º SESIÓN Taller: “ ”
Asistencia.	(0) ó ()		
Puntualidad.	(0) ó ()		
Permanencia durante toda la sesión.	(0) ó ()		
Presentación personal.	(0) ó ()		
Respeto a los demás.	(0) ó ()		
Participación en los talleres.	(0) ó ()		
PUNTAJE ALCANZADO			

d). Identificación de los reforzadores significativos:

Los reforzadores para los participantes del programa quedan a facultad de los facilitadores

e). Contrato de participación en el programa:

En esta sesión el participante firma un contrato de cumplimiento de los principios, normas, reglas y acuerdos para el desarrollo de las sesiones del programa, de acuerdo al formato siguiente:

CONTRATO DE PARTICIPACIÓN EN EL PROGRAMA

Yo.....con
.....años de edad, participante del CAM-LAMBAYEQUE.

Tomo conocimiento:

Que la ejecución del Programa “REVIVIR”, tiene por objetivo la reeducación y reincorporación de los alumnos al ámbito educativo.

Que este programa de intervención REVIVIR tiene una duración de 2 meses y medios en el cual se ejecutará 12 sesiones de fortalecimiento y/o desarrollo de competencias sociales.

Que, la participación en el programa de intervención “REVIVIR” requiere la asistencia motivada del participante a todas las sesiones durante el tiempo programado.

Que, la participación es fundamental dentro del proceso de intervención.

Por lo tanto, me comprometo a participar en el programa de intervención “REVIVIR” a desarrollarse desde el mes de hasta el mes de del 201... y para lo cual señalo:

Mi domicilio en:.....

Mi número telefónico:

Teléfono fijo:

Mi correo Electrónico:

Mi Facebook:

En señal Conformidad firmo a los..... días del mes de del año 201.....

FIRMA Y HUELLA
DEL PARTICIPANTE

SESIÓN II

CONOCIENDO EL PROBLEMA

I. METODOLOGÍA:

COMPETENCIAS	MÉTODOS Y TÉCNICAS	DURACIÓN
<u>Saber conocer</u> (Información): Que conozcan de DEPRESIÓN	- Exposición - Presentación de la información.	60 min. Incluida información y evaluación de salida.
<u>Saber hacer</u> (Técnicas y destrezas). Que los participantes describan e identifiquen los tipos de depresión.	- Reforzamiento. - Modelado(video) - Clima de relación.	
<u>Saber ser.</u> (Actitud). Que los participantes consideren útil el tema de depresión como intervención psicológica.	- Análisis crítico de casos. - Discusión de grupos en plenario	

I. DESARROLLO DEL TEMA

A.- “Punto de no retorno” cuyo contenido presenta las implicancias de depresión

1. Objetivo:

Que los participantes conozcan e identifiquen a la depresión como problema que tiene tratamiento y solución.

2. Duración: 30 minutos aproximadamente.

3. Materiales:

- Proyector multimedia.
- Equipo de sonido.
- Papelotes

- Plumones
- Cinta adhesiva

4. Desarrollo.

Se presenta el video “Punto de no retorno” cuyo contenido presenta las implicancias del bullying.

El facilitador dispone que los participantes formen 5 a 6 personas.

Se pide a cada grupo que discuta sobre lo apreciado en el video, deberán escribir en el papelote, las conclusiones de la discusión, es decir, deberán colocar como ellos entendieron.

Luego solicitará que los participantes reflexionen acerca de este tipo de relaciones basadas en la violencia.

B.- DEFINIENDO EL CONCEPTO “DEPRESIÓN”

1. Objetivo:

Que los participantes interioricen conceptos en referente al bullying como problemática educativa

2. Duración: 40 minutos

3. Materiales:

Paleógrafos. Papelitos que definan la depresión, sus Características, Factores que contribuyen a que se presente los tipos.

4. Desarrollo.

El facilitador dispone que los participantes formen grupos de 5 a 6 personas.

Luego procede a distribuir papelitos a cada equipo con el tema que se le designe trabajar

FICHA PAR TRABAJAR.

Estas Definiciones deben estar cortadas palabra por palabra por palabra para que pueda ser trabajado como si este fuera un rompecabezas.

Grupo01:

Ocasionalmente, todos nos sentimos melancólicos o tristes, pero estos sentimientos, por lo general, son pasajeros y desaparecen en unos días. Cuando una persona tiene una enfermedad depresiva, esta interfiere con la vida diaria y el desempeño normal y causa dolor tanto para quien padece como para quienes se preocupan por él o ella. La depresión es una enfermedad común pero grave.

Grupo02:

Refiere que, la depresión (del latín depressus, que significa "abatido", "derribado") es un trastorno emocional que se presenta como un estado de abatimiento e infelicidad que puede ser transitorio o permanente.

Grupo03:

Tipos de Depresión

Al igual que otras enfermedades, existen varios tipos de depresión: Trastorno Depresivo Mayor, Distimia y Trastorno Bipolar. En cada uno de estos tres tipos, el número, la gravedad y la persistencia de los síntomas varían. DSM IV-TR (Andrade, 2011).

El Trastorno Depresivo Mayor, se manifiesta por una combinación de síntomas que interfieren en la vida cotidiana: estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, pérdida de placer o interés en casi todas las actividades pérdida o aumento importante de peso o de apetito, insomnio o exceso de sueño, lentitud o agitación física, fatiga, sentimientos de inutilidad o culpa excesivos, dificultad para concentrarse y pensamientos recurrentes de suicidio muerte. Un episodio de depresión muy incapacitante puede ocurrir sólo una vez en la vida, pero puede repetirse en el curso de la vida. DSM IV-TR (Andrade, 2011).

La Distimia, es un estado de ánimo depresivo de larga duración (al menos dos años continuados) acompañado de alguno de los síntomas del Episodio Depresivo Mayor. Es un tipo de depresión menos grave pero que interfiere en el funcionamiento y en el bienestar de la persona. Muchas personas con distimia también pueden padecer de episodios depresivos severos en algún momento de su vida. DSM IV-TR (Andrade, 2011).

Trastorno Bipolar o Trastorno Maníaco Depresivo. Se caracteriza por cambios cíclicos en el estado de ánimo: fases de ánimo elevado o eufórico (manía) y fases de ánimo bajo (depresión). Los cambios de estado de ánimo pueden ser dramáticos y rápidos. En la fase depresiva pueden aparecer varios de los síntomas del trastorno depresivo; en la maníaca, la persona puede estar hiperactiva, hablar excesivamente y tener una gran cantidad de energía. La manía afecta a la manera de pensar y de comportarse con los demás, pudiendo llevar a la persona a situaciones embarazosas como tener proyectos grandiosos o tomar decisiones de negocios descabelladas, metiéndose en graves problemas. Si la manía no se trata puede convertirse en un estado psicótico. DSM IV-TR (Andrade, 2011).

Grupo04:**Causas de la Depresión**

Las causas de la depresión generalmente incluyen una combinación de factores genéticos, psicológicos y ambientales. Algunos tipos de depresión tienden a afectar miembros de la misma familia, lo cual sugeriría que se puede heredar una predisposición biológica. En el caso del trastorno bipolar se ha encontrado que aquellos que enferman tienen una constitución genética algo diferente de quienes no enferman. Sin embargo hay que ser cautos, pues no todos los que tienen predisposición genética padecen la enfermedad. Existen otros factores adicionales que contribuyen a que se desencadene la enfermedad: tensiones en la vida, problemas de familia, trabajo o estudio (Andrade, 2011).

El Trastorno Depresivo Mayor, también puede presentarse en diferentes miembros de una familia, pero, al igual que el trastorno bipolar, puede afectar a personas que no tienen una historia familiar de depresión. Suele estar asociado con cambios en las estructuras o funciones cerebrales.

Las personas con baja autoestima, escasas habilidades sociales y falta de recursos para resolver problemas están más predispuestas a padecer depresión (Andrade, 2011).

Asimismo, algunas enfermedades físicas pueden acarrear problemas mentales. Enfermedades tales como los accidentes cerebro-vasculares, los ataques del corazón, el cáncer y los trastornos hormonales, pueden llevar a una enfermedad depresiva. La persona enferma y deprimida se siente apática y sin deseos de atender a sus propias necesidades físicas, lo cual prolonga el periodo de recuperación. La pérdida de un ser querido, los problemas en una relación personal, los problemas económicos, o cualquier situación estresante en la vida también pueden precipitar un episodio depresivo. Después de un episodio inicial, otros episodios depresivos pueden desencadenarse por una situación de estrés leve, e incluso sin que dicha situación aparezca (Andrade, 2011).

Grupo05:**Características del tipo de personalidad depresiva**

En los episodios depresivos el paciente sufre un estado de ánimo bajo Andrade (2011):

- Disminución de la actividad
- Reducción de la energía
- La capacidad para disfrutar, interesarse y concentrarse está reducida.
- Es frecuente un cansancio importante incluso tras un esfuerzo mínimo.
- El sueño suele estar alterado y el apetito disminuido.
- La autoestima y la confianza en uno mismo casi siempre está reducida.
- A menudo están presentes ideas de culpa o inutilidad.
- No responde a las circunstancias externas por su estado de ánimo bajo.
- Lentitud psicomotora importante, agitación, pérdida de apetito, pérdida de peso y disminución de la libido.

Un episodio depresivo puede especificarse como leve, moderado o grave

Grupo06:

La teoría cognitiva considera que hay cuatro elementos cognitivos clave que explican la depresión (Perris, 1989):

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none">1) La tríada cognitiva, formada por una visión negativa sobre uno mismo, el mundo y el futuro.2) Los pensamientos automáticos negativos.3) Errores en la percepción y en el procesamiento de información.4) Disfunción en los esquemas. |
|--|

Los participantes deberán colocar los papelitos en orden para obtener la definición correcta y trabajar en grupo.

Deberán escribir en el papelote, las conclusiones de la discusión, es decir, deberán colocar como ellos entendieron para exponer de manera grupal.

SESIÓN III

COMPETENCIAS BÁSICAS: CORTESÍA Y RESPETO

I. METODOLOGÍA:

COMPETENCIA A ADQUIRIR	MÉTODOS Y TÉCNICAS	DURACIÓN
<u>Saber conocer</u> (Información): Los Participantes conocen conductas de cortesía y respeto, así como sus efectos en la vida cotidiana.	-Exposición de información. -Clima de relación.	60 min. Incluido información y evaluación final
<u>Saber hacer</u> (Técnicas y destrezas). Los Participantes dominan estrategias útiles para emitir conductas de respeto y cortesía.	-Role play o dramatización. -Modelado. -Reforzamiento. -Animación sociocultural. -Actividades colaborativas.	
<u>Saber ser.</u> (Actitud). Los Participantes adquieren actitudes favorables, hacia el comportamiento cortes y respetuoso con los demás.	- Discusión de grupos. - Dinámica de grupos.	

II. INFORMACIÓN:

Una de las dimensiones más importantes de nuestra vida son las interacciones sociales. En cada una de las actividades que realizamos existen componentes de relaciones con los demás, que determinan en gran medida nuestro éxito o fracaso en la adaptación al medio y en el respeto por las normas y la convivencia pacífica.

Dentro de nuestros diferentes roles, en la familia, trabajo, estudios o cualquier otro ámbito, las habilidades sociales son un requisito primordial para empezar y mantener una interacción saludable y pro-social, nos permiten acceder a mejores oportunidades de trabajo, relaciones positivas con los demás y mejoran nuestra calidad de vida.

Si bien sabemos que todas las habilidades sociales son importantes, en el presente programa de intervención, se priorizan algunas de ellas, en el entendido que su entrenamiento otorgará a los Participantes mejores oportunidades de adaptación al medio social. Las habilidades sociales que se consideran son: la cortesía y sociabilidad, autoestima, asertividad, empatía y manejo de emociones.

La forma de conducción personal en cada una de nuestras interacciones y encuentros con los demás es importante para la convivencia social. El respeto hacia los otros, sea quien sea esta, la no discriminación y la integridad en nuestro accionar dice mucho de nosotros. ¿Qué impresión tienen los demás de nosotros?; siempre hay que recordar que: **“NO HAY UNA SEGUNDA OPORTUNIDAD PARA LOGRAR UNA PRIMERA IMPRESIÓN”** y siempre hay que tratar de que esta sea favorable para nosotros.

Principios básicos de buena interacción son el saludar, la cortesía y el respeto. Cada vez se pierden más estas costumbres y cada vez nosotros y nuestros hijos vamos olvidando las formas amables y el respeto a los demás. Pero así como perdemos la calidad humana para con los otros, también perdemos la capacidad y la habilidad de pedir y exigir respeto para nosotros.

III. DESARROLLO DE LOS TEMAS.

A. LA CIUDAD DE LOS PERROS¹.

1. Objetivo:

Adquirir actitudes favorables, hacia el tipo de comportamiento cortés y respetuoso con los demás. Conocer y valorar las ventajas de la cortesía en las interacciones sociales.

2. Duración: 10 minutos aproximadamente.

3. Materiales:

- Lápices.
- Colores.
- Hojas en blanco.
- Papelógrafo.

- Plumones de punta gruesa.
- Ficha “temas de reflexión”.
- CD de música instrumental (opcional).
- Reproductor de CD (opcional).
- Proyector multimedia (opcional).

4. Desarrollo del tema.

a). El facilitador narra la historia siguiente:

Érase un pequeño perro, de color blanco con pequeñas manchas negras, su nombre era Manchas. Se había extraviado de sus dueños y caminaba perdido por una gran ciudad. Con temor avanzaba por las calles de la inmensa ciudad.

De pronto, a lo lejos observó una casa abandonada; en la puerta de madera envejecida había una pequeño abertura, por la cual el pequeño Manchas logró ingresar y pudo protegerse del fuerte frío de la ciudad.

A una hora después de haber ingresado, observó por las rendijas de la puerta una jauría de perros de la calle que se acercaban a la casa. Preocupado Manchas, sintió un escalofrío por todo el cuerpo y pensó “Estos perros son enormes y me van a lastimar”; con este pensamiento lo primero que hizo fue armarse de valor y empezó a ladrar con furia y cada vez más fuerte, queriendo intimidar a los otros perros para que se alejen.

Al escuchar los ladridos de Manchas, la jauría de perros callejeros, empezó también a ladrar más fuerte, con rabia, cada vez que se acercaban a la casa sus ladridos se escuchaban como estruendos en los oídos de Manchas. Intentaron abalanzarse contra el pequeño perdido, pero por fortuna no pudieron ingresar por la pequeña abertura de la vieja puerta. Luego de unos minutos que para Manchas fueron siglos, los perros siguieron su ruta y se alejaron de lugar.

Al día siguiente, Manchas, nuevamente observó la jauría de perros de la calle que venían hacia la casa abandonada; el pequeño perdido, esta vez cambió su forma de pensar y se dijo “vienen amigos, ya no estaré sólo y ellos podrán ayudarme”, luego cuando estuvo frente a los demás perros empezó a mover la cola y a saltar de alegría. Como si fuera algo mágico, los

demás perros empezaron a hacer lo mismo, todos movían la cola y buscaban lamerse entre ellos y al pequeño Manchas.

c. Actividades sobre la historia.

Los temas de reflexión pueden ser tratados en forma personal, mediante la participación voluntaria o mediante discusiones grupales cuyas conclusiones serán escritas en papelógrafo y sustentadas en plenario.

TEMAS DE REFLEXIÓN
1. ¿Qué reflexión pueden hacer de esta historia? 2. ¿Qué opinan de la primera actitud de Manchas? 3. ¿Qué opinan de la segunda actitud de Manchas? 4. ¿Qué motiva a Manchas a actuar de manera distinta en cada ocasión? 5. ¿Qué respuestas provoca cada tipo de conducta de Manchas? 6. ¿Identifique comportamientos emitidos por usted que le hayan causado problemas con otras personas y comportamientos que le hayan facilitado sus relaciones personales con otros?

B. EXPRESIONES DE CORTESÍA Y AMABILIDAD.

1. Objetivo.

Conocer y valorar las fórmulas de cortesía y amabilidad en el trato diario con los demás.

2. Duración. 10 minutos aproximadamente.

3. Materiales.

Lapicero, Hojas en blanco.

4. Desarrollo del Tema.

Recuerde, que las principales reglas de la cortesía y amabilidad son:

- El saludo.
- Pedir “Por favor”.
- Dar las “Gracias”.
- Pedir “Disculpas”.
- Sonreír.

- Saber escuchar.
- Hablar sin agredir.

Las reglas de cortesía, son el primer paso para entablar una conversación amable y de respeto mutuo. Implica una actitud positiva y de reconocimiento hacia la otra persona. Estas pautas deben estar presentes en toda conversación y en todo encuentro con personas que conocemos y con quienes no conocemos.

¿USTED HACE USO DE ESTAS REGLAS SIEMPRE?

Como saludamos?..... Dice mucho de nosotros... Dice mucho de usted.

- Buenos días.
- Hola.
- Muy buenos días, como está usted.
- Mmmm.
- Habla local.
- Que tal, como amaneció hoy.
- Hola, te ves muy bien, que bueno verte.

Que hace cuando saluda?. Lo que hace, dice mucho de su actitud frente a la otra persona.

- No lo mira.
- Está serio, casi molesto.
- Sonríe y da la mano cálidamente.
- Sonríe, da la mano y un abrazo.
- Se muestra emocionado o frío.
- Se mantiene alejado.
- Voltea el rostro.

El facilitador forma grupos de 5 o 6 personas y solicita que dentro del grupo, cada miembro exponga una situación en la cual él o algún familiar cercano se han comportado de manera agresiva, prepotente, sin mostrar cortesía; luego el grupo decidirá por una de las narraciones la cual deberá representar en un role play frente al grupo total. Al culminar, el mismo grupo señalará las conductas inadecuadas y explicará las consecuencias de este actuar.

El mismo grupo hará una representación de la misma escena con formas de trato y comportamiento que impliquen el uso de las reglas de cortesía y respeto; luego explicará las ventajas de este tipo de comportamiento.

Nota. En cada fase de la dinámica, los facilitadores deben reforzar la idea de las ventajas que implica el actuar con cortesía y respeto; y las desventajas de no hacerlo; motivando a un razonamiento crítico en cada caso.

C. TRATA A LOS DEMÁS COMO QUIERES SER TRATADO².

1. Objetivo:

Conocer e identificar nuestros comportamientos frente a personas significativas y frente a los demás.

2. Duración:

10 minutos aproximadamente.

3. Materiales:

- Lapicero.
- Hojas en blanco.
- Ficha “Trata a los demás como quieres ser tratado” N° 01 y 02.

4. Desarrollo del tema:

El facilitador hace una explicación general sobre el trato a los demás. Sin duda que en las relaciones humanas, lo más importante es el trato, es decir, las actitudes y comportamientos que las personas tenemos ante los demás. El modo de tratar a otros puede ser muy diverso y se podrá comprender que, muchas veces, dependiendo del tipo de trato que se dé, es la respuesta que se puede obtener. Así podemos reconocer que existen tratos amables, agresivos, persuasivos, impositivos, solidarios, autoritarios, amigables, discriminadores, etc.

La regla de oro es un principio moral por excelencia que se ha mantenido desde hace milenios y en las diferentes culturas. Platón decía “Que me sea dado hacer a los otros lo que yo quisiera que me hicieran a mí”. Confucio señalaba “No hagas a otro lo que no te gustaría que te hicieran”. En el cristianismo: Todas las cosas que quisierais que los hombres hicieran con vosotros, así también haced vosotros con ellos”.

Tras este principio tan simple hay una escala de valores, una moral que pone como punto más alto al ser humano y da sentido a la vida personal y social. Hoy en día las relaciones entre las personas están contaminadas por la desconfianza, el cálculo, el aislamiento y el individualismo. Pero si se reconstituyen las relaciones en base al ideal de tratar al otro como uno quisiera ser tratado, se abren las puertas a una nueva sociedad.

Si revisamos nuestra vida cotidiana, encontraremos algunos tratos que nos gustan porque nos alientan, alegran, potencian y nos hacen sentir bien, mientras que hay otros que nos deprimen, asustan, enojan, y nos hacen sentir mal.

5. Actividades sobre el tema.

a). En la ficha “Trata a los demás como quieres ser tratado N° 01”, de manera individual mencionar 05 personas con las que te agrada conversar, que te traten y te hagan sentir bien (fila numerada). En la fila siguiente señala las razones por las que consideras que cada una de estas personas hace que te sientas bien.

b). El facilitador, elegirá al azar participantes para que leas en voz alta las respuestas señaladas en la tabla anterior. El facilitador reforzará las ideas, razones e implicancias del buen trato.

Trata a los demás como quieres ser tratado - Nº 01.

Personas Agradables	1.	2.	3.	4.	5.
Razones					

- b) Posteriormente, en la tabla ***“Trata a los demás como quieres ser tratado Nº 02”***, los participantes deberán menciona 05 personas con las que no les agrade conversar, personas que sientan que los tratan y le hacen sentir fastidiado o mal. En la fila siguiente señalarán las razones por las que esta persona hace que se sienta mal.

Trata a los demás como quieres ser tratado - Nº 02

Personas Desagradables	1.	2.	3.	4.	5.
Razones					

- d). El facilitador, elegirá al azar participantes para que leas en voz alta las respuestas señaladas en la segunda tabla. El facilitador reforzará las ideas, razones e implicancias del mal trato.
- e). El facilitador solicita opiniones sobre la tarea y motiva a que los participantes expongan sus respuestas. El facilitador hará la diferencia entre ambos tipos de comportamientos y los relacionará con los propios comportamientos de Participantes.

SESIÓN IV

Autoestima - Conociéndome tal como soy

I. METODOLOGÍA:

Competencia A Adquirir	Métodos Y Técnicas	Duración
<u>Saber conocer</u> (Información): Comprender los aspectos que conforman la autoestima, así como los pasos que ayudarla a poder desarrollarla.	Presentación de la Información.	80 minutos
<u>Saber hacer</u> (Técnicas y destrezas). Que los participantes a través de estrategias identifiquen una adecuada autoestima	Discusión de grupo. Análisis crítico en plenario.	
<u>Saber ser.</u> (Actitud). .Los participantes consideran útil la práctica de una adecuada autoestima.	- Reforzamiento - Clima de relación	

II. INFORMACIÓN:

El **AUTOESTIMA** es el concepto que tenemos de nuestra valía y se basa en los pensamientos, sentimientos, sensaciones y experiencias que sobre nosotros mismo hemos ido recogiendo durante nuestra vida; creemos que somos inteligentes o tontos, nos sentimos aburrido o simpáticos, nos gustamos o no. Todo ello se expresa en un sentimiento positivo hacia nosotros mismos, o por el contrario, en un sentimiento de no ser lo que esperábamos.

III. **DESARROLLO DE LOS TEMAS**

A. Las preguntas reveladoras

1. Objetivo:

Que los y las participantes tengan elementos de autoconocimiento que les permitan valorarse de forma positiva.

2. Duración: 30 minutos

3. Materiales:

Materiales: Preguntas impresas, sillas y un lugar iluminado y amplio.

4. Desarrollo del tema.

Se les reparten a las y los asistentes tres preguntas que a continuación se enuncian. Se les pide que las respondan de manera individual y posteriormente se comparten en plenaria las respuestas de cada integrante del grupo.

1. Si yo no pienso en mí ¿quién lo hará?
2. Si sólo pienso en mí ¿quién soy?
3. Si no es ahora ¿cuándo? (Talmud, citado en Bucay, 2005).

Finalmente se comparte con el grupo el siguiente texto y se les pide que comenten cómo se sienten al escuchar esto y en qué pueden comprometerse consigo mismos y consigo mismas para tener una mejor autoestima a raíz de lo reflexionado en la actividad.

Recordar y practicar las 5 libertades de Virginia Satir (1994).

1. La libertad de ver y escuchar lo que está aquí, en lugar de lo que debería estar, estuvo o estará.
2. La libertad de decir lo que se siente y se piensa, en lugar de lo que se debería sentir y pensar.
3. La libertad de sentir lo que se siente, en lugar de lo que debería sentirse.
4. La libertad de pedir lo que se quiere, en lugar de tener siempre que pedir permiso.

5. La libertad de arriesgarse por su propia cuenta, en lugar de optar únicamente por estar “seguro” o “segura” y no perturbar la tranquilidad.

B. La caja de Pandora

1. Objetivo:

Reconocer aspectos positivos y áreas de oportunidad

2. Duración:

30 minutos.

3. Materiales:

Tarjetas

Una Caja

Preguntas impresas

Sillas y un lugar iluminado y amplio

4. Desarrollo del tema.

Cada una y cada uno de los alumnos y las alumnas en su lugar escribe en una tarjeta de manera anónima algún aspecto que le desagrada mucho de sí mismo o de sí misma y desee mejorar y la deposita en una caja.

En otra tarjeta escribe un aspecto que le agrada mucho de sí mismo o de sí misma y del cual se siente muy orgulloso u orgulloso y la deposita en una caja diferente.

Se pide al grupo que todos se pongan de pie. Se traza una línea por la mitad del salón y se asigna a un lado el rótulo “De acuerdo” y al otro el de “Desacuerdo”. Posteriormente se leen de manera alternada una tarjeta de cada caja y se pide que cada uno y cada una se ubique en el lado correspondiente, según coincida la leyenda con algo que puede aplicar a su propia persona o no.

Se comentan en el grupo aquellas leyendas que llamen la atención.

SESIÓN V

MANEJO DE EMOCIONES:

SEÑALES Y EXPRESIONES DEL ENOJO

I. METODOLOGÍA.

COMPETENCIAS	MÉTODOS Y TÉCNICAS	DURACIÓN
<u>Saber conocer</u> (Información): Fomentar el conocimiento de las emociones a través de la toma de conciencia	<ul style="list-style-type: none">- Instrucciones.- Presentación de la información.	60 min. Incluida información y evaluación de salida.
<u>Saber hacer</u> (Técnicas y destrezas). Los participantes Dominan estrategias y técnicas para identificar las señales que del enojo o ira.	<ul style="list-style-type: none">- Dinámica de grupos.- Técnica de modelado- Role play.- Reforzamiento.- Clima de relación.- Contexto facilitador.	
<u>Saber ser.</u> (Actitud). Que los participantes consideren útil estas estrategias y así poder adquirir habilidades favorables	<ul style="list-style-type: none">- Análisis crítico de casos.- Discusión de grupos en plenario.	

II. INFORMACIÓN.

Cuando algunas personas se enfadan tienden a gritar, a patear las cosas y a tirar objetos; todos aquellos que se encuentran a su alrededor se dan cuenta inmediatamente que esta persona está enojada. Pero esta no es la única manera de enfadarse. Algunas personas lloran, se sienten molestos, pero son incapaces de hablar sobre lo que sienten. Otras se retiran y acuden a consumir alcohol o drogas. Aunque también existen quienes controlan su

enojo y actúan tranquilamente sin generar problemas a los demás ni a ellos mismos.

Cuando uno está enojado, puede escoger que tipo de comportamiento ejecutar, puede guardar sus sentimientos de coraje, puede patear y golpear o muy bien, puede hablar con la persona con la cual está enojado y así tratar juntos de resolver la situación por el bienestar de ambos.

En el más general de los sentidos, el enojo es un sentimiento o emoción que abarca desde la irritación leve hasta la furia y rabia intensas. El enojo es una respuesta natural a las situaciones en las cuales nos sentimos amenazados, creemos que estamos a riesgo de sufrir daños, o pensamos que otra persona nos ha causado daño innecesariamente.

También podemos enojarnos cuando sentimos que otra persona, como un niño o alguien cercano a nosotros está siendo amenazado o está sufriendo un daño. Además, el enojo puede ser resultado de la frustración cuando nuestras necesidades no están siendo satisfechas y nuestros deseos y metas no se están cumpliendo. Cuando nos enojamos podemos perder la paciencia y actuar de manera impulsiva, agresiva o violenta. Muchas personas confunden con frecuencia el enojo con la hostilidad y la agresión.

El enojo: Por su lado, es una emoción y no conduce necesariamente a la agresión. Por lo tanto, una persona puede enojarse sin llegar a actuar de manera agresiva.

La agresión: Es una conducta dirigida a causar daño a otra persona o a una propiedad. Esta conducta puede incluir abuso verbal, amenazas o acciones violentas.

La hostilidad: Un término relacionado con el enojo y la agresión es la hostilidad. La hostilidad comprende una compleja colección de actitudes y juicios que suscitan conductas agresivas.

Mientras que el **ENOJO** es una emoción y la **AGRESIÓN**, una conducta; la **HOSTILIDAD** es una actitud que implica desagrado por los demás y una evaluación negativa de ellos.

III. DESARROLLO DE LOS TEMAS.

A. LO BUENO, LA MALO Y LO FEO DEL ENOJO O IRA

1. Objetivo:

Que los participantes conozcan e identifiquen los tipos de ira en relación a nuestra adaptación al medio social.

2. Duración: 150 minutos.

3. Materiales:

- Papel en blanco.
- Lápiz.
- Ficha “Lo bueno, lo malo y lo feo de la ira”.
- Papelógrafos.
- Plumón de punta gruesa.

4. Desarrollo de la actividad:

El facilitador explica y orienta a los participantes sobre los tipos de ira y se asegura de que hay una comprensión al respecto.

Ira valida.

La ira es una emoción saludable perfectamente normal y significa un aviso de que algo está agrediendo nuestra integridad y que requiere ser solventado. Sin embargo cuando ante uno o varios estímulos **no podemos controlar la ira**, esta puede convertirse en una reacción destructiva para la persona que la padece y para los demás. Lo mejor que podemos hacer es siempre reconocer que estamos enojados.

Ira adaptativa.

La ira es adaptativa cuando nos impulsa a lograr metas o nos impulsa a realizar acciones socialmente aceptables, a realizar reclamos de manera asertiva o cuando nos ayuda a hacer respetar nuestros derechos de manera socialmente aceptable.

La ira como un problema:

- ✓ **Cuando en demasiado frecuente.** El enojo se convierte en un problema cuando se siente con demasiada frecuencia.
- ✓ **Cuando es demasiada intensa.** La ira se presente con diferentes niveles de intensidad. Con frecuencia una ira pequeña o moderada puede resultar beneficiosa. Pero los grados elevados de ira no suelen proporcionar resultados positivos.
- ✓ **Cuando dura demasiado.** Cuando la ira se prolonga demasiado, la resolución del conflicto resulta más difícil y, finalmente, se hace muchas veces imposible.
- ✓ **Cuando conduce a la agresión.** Los actos agresivos son una fuente de conflictos. El sentirse enojado intensa o frecuentemente causa extremado estrés físico en el cuerpo. Durante episodios prolongados y frecuentes de enojo, ciertas áreas del sistema nervioso se activan intensamente. Llevado a un extremo, el enojo puede conducir a la violencia o a la agresión física, lo cual puede ocasionar un sin número de consecuencias negativas, tales como el ser expulsado del colegio, resultar herido, ser sujeto a revanchas, perder a seres queridos, ser expulsado de un programa de tratamiento o inclusive tener sentimientos de culpa, vergüenza o arrepentimiento.
- ✓ **Cuando desorganiza su trabajo o dificulta sus relaciones.** Cuando la ira le impide hacer un buen trabajo o dificulta las relaciones con los demás, entonces la ira resulta demasiado costosa.

5. Actividades sobre el tema.

- a). El facilitador forma grupos de 5 o 6 personas, luego presenta la tabla “Lo bueno, lo malo y lo feo de la ira” e invita a que discutan sobre los tipos de ira planteados en la tabla.

Ficha: “Lo bueno, lo malo y lo feo de la ira”

TIPO DE IRA	SITUACIONES
Válida	Toda ira es válida y normal. La expresión o forma de manejo puede ser adaptativo o problemática
Adaptativa	El alumno Juan Pérez, tiene una cita con un compañero de clase; esta es la segunda oportunidad que tiene la cita, la primera el compañero nunca llegó. El alumno Juan Pérez, acude a la cita a la hora pactada, espera por una hora y el compañero vuelve a fallar. El alumno Juan Pérez, se siente molesto, con ira; y esto le da la motivación para llamar a su amigo y decirle firmemente que se siente mal porque le han hecho perder el tiempo, pues el tenía también otras cosas importantes que hacer.
Ira como problema	El alumno Pepito, se levantó temprano para salir a estudiar, y cuando su madre le sirve el desayuno, esta se olvida de ponerle la servilleta, ante lo cual El alumno Pepito, se molesta grita a su madre y se retira enfurecido. Sale a la calle con dirección a su trabajo y como el microbús se encontraba lleno, se molesta sube al micro y avanza empujando a las personas sin pedir permiso. Llega al aula y como no encuentra a su compañero con quien se sienta, se molesta y cuando el aparece se burla de él e insinúa que es un flojo,.....

- b). Se pide a cada grupo que construya un ejemplo de los tipos de ira adaptativa y problemática, la misma que plasmará en papelógrafo.
- c). En plenario, cada grupo: explicará lo que entendió por ira adaptativa y problemática; luego el grupo, presentará sus ejemplos planteados, los

dramatizará y luego procederá a señalará las ventajas y desventajas de cada tipo de ira.

Nota. En cada fase de la dinámica, los facilitadores deben reforzar las ideas fundamentales sobre los tipos de ira, sus ventajas y desventajas.

B. SEÑALES DEL ENOJO.

1. Objetivo:

Que los participantes conozcan e identifiquen las señales que presentan cuando se enojan.

2. Duración: 15 minutos.

3. Materiales:

- Papel en blanco.
- Lápiz.
- Ficha: “Señales del enojo”.
- Música instrumental.
- Reproductor de CD.
- Esquema: “Proceso del enojo o ira”.

4. Desarrollo de la actividad:

El facilitador explica la señales que las personas e presentan cuando se enojan y la importancia de poder identificarlas.

a) Información específica.

Un aspecto muy importante de la observación del enojo es la identificación de las señales que se manifiestan como respuesta a una situación que provoca el enojo. Estas señales sirven para advertir que están sintiendo enojo y que el enojo se está intensificando. Es posible clasificar estas señales en cuatro categorías: fisiológicas, conductuales, emocionales y cognitivas (pensamientos).

Señales fisiológicas. Las señales fisiológicas se relacionan con la manera en que el cuerpo responde al enojo. Por ejemplo:

- Aceleramiento del ritmo cardíaco.
- Sensación de opresión en el pecho.
- Sensación de acaloramiento y enrojecimiento.

Estas señales fisiológicas también pueden advertirles que su enojo se está intensificando hacia un punto fuera de control y que se acerca a un nivel máximo en la escala del enojo. Ustedes pueden aprender a identificar estas señales cuando ocurren en respuesta a una situación que les provoca enojo.

Señales conductuales. Las señales conductuales se relacionan con las conductas que se exhiben cuando una persona se siente enojada. Estas conductas pueden ser observadas por las personas que les rodean. Por ejemplo:

- Apretar los puños.
- Pasearse nerviosamente en un mismo lugar.
- Cerrar puertas con fuerza.
- Patear objetos que se encuentren cerca.
- Alzar la voz.

Estas respuestas conductuales constituyen el segundo tipo de señal de enojo. Como ocurre con las señales fisiológicas, las señales conductuales sirven para advertir que pueden estar acercándose a un nivel máximo en la escala del enojo.

Señales emocionales. Las señales emocionales se relacionan con otros sentimientos que pueden ocurrir de manera simultánea con su enojo. Por ejemplo, usted puede sentir enojo cuando se siente abandonado, asustado, ignorado, culpable, humillado, impaciente, inseguro, celoso, o rechazado, o cuando se siente que no es respetado. Estos tipos de sentimientos son los sentimientos primarios que constituyen las razones subyacentes, o sea, las razones profundas y escondidas de su enojo. Es fácil descontar estos sentimientos primarios porque a menudo les hacen sentirse vulnerables.

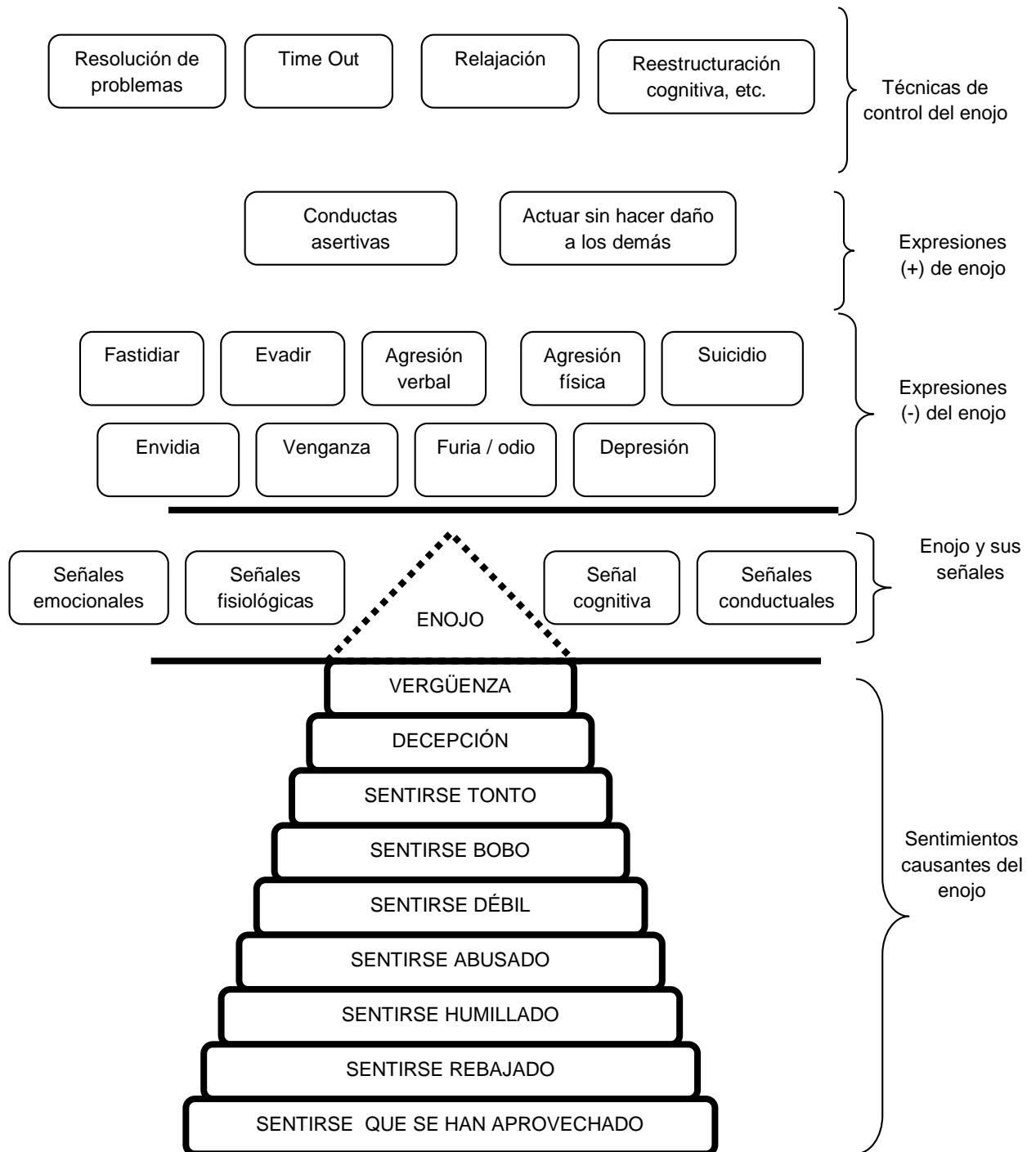
Un componente importante del manejo del enojo consiste en identificar y reconocer los sentimientos primarios que constituyen las razones subyacentes, o sea, las razones profundas y escondidas de su enojo. En este grupo trataremos el enojo como una emoción secundaria con respecto a estos sentimientos primarios.

Señales cognitivas. Las señales cognitivas se relacionan con pensamientos que surgen como respuesta a situaciones que les provocan enojo. Cuando alguien siente enojo, puede interpretar las situaciones de cierta manera. Por ejemplo: Ustedes pueden interpretar los comentarios de un amigo como una crítica, o pueden interpretar que las acciones de otros están dirigidas a rebajarlo, humillarlo o controlarlo. Algunas personas denominan a estos pensamientos “lenguaje interno” o “conversación de la mente consigo misma”. Para las personas con problemas de enojo, este “lenguaje interno” presenta normalmente un tono y contenido muy crítico y hostil.

El lenguaje refleja cómo estas personas piensan que el mundo debería ser y lo que creen con respecto a las personas, los lugares y las cosas. En estrecha relación con los pensamientos y el lenguaje interno están las fantasías y las imágenes. Tanto las fantasías como las imágenes se consideran como otros tipos de señales cognitivas que pueden indicar una intensificación del enojo. Por ejemplo, ustedes pueden tener una fantasía acerca de cómo vengarse de alguien a quien perciben como un enemigo o imaginar o visualizar qué su pareja está teniendo otra relación. Cuando tienen estas fantasías e imágenes, su enojo se puede intensificar aún más rápidamente.

El Enojo esconde otras emociones y sentimientos, por ejemplo podemos encontrar como sentimientos causantes del enojo la vergüenza, la decepción, sentirse tonto, estúpido, débil, abusado, humillado, rebajado, sentir que se han aprovechado. Ante esta emoción, la persona debe reconocer las señales del enojo y elegir la forma de expresión de la ira. Véase la figura siguiente:

ESQUEMA: PROCESO DEL ENOJO



b) Actividades sobre el tema.

1. El facilitador solicita a los participantes que se sienten cómodamente, coloca música instrumental y dice: “respiren profundamente, con calma, traten de poner la mente en blanco, piensen en una pared en blanco, sin mancha ni escritura alguna, todo en blanco; ahora traten de pensar en una situación en la que usted se molestara mucho, no importa con quien, sólo que se molestara intensamente; imagine la situación, cómo empezó el disgusto, que le dijeron, que hicieron; y que dijo, que hizo, que pensó, que sintió usted....., ¿recuerda?, ahora abra los ojos y en la Tabla “Señales del enojo” escriban las señales que percibieron en ese momento, los sentimientos y emociones subyacentes al enojo y la forma en que expresó el enojo. Identifique, si cada vez que se enoja intensamente las señales del enojo se presentan de forma parecida.

Ficha: Señales del enojo

SITUACIÓN:			
TIPOS DE SEÑALES		SENTIMIENTOS Y EMOCIONES SUBYACENTES	EXPRESIÓN DEL ENOJO
Fisiológicas.			
Conductuales.			
Emocionales.			
Cognitivas.			

2. Practique con el siguiente ejemplo: Pedro es un padre de familia, tenía que asistir a su trabajo, pero su esposa se demora en servirle el desayuno y por ello llega tarde. Pedro se siente enojado y ¿cuáles son las formas en que se puede manifestar su enojo? Utilice la misma tabla de “señales del enojo”. El facilitador, pide a algunos participantes que lean sus respuestas en voz alta.

C. CREENCIAS ERRÓNEAS SOBRE LA IRA

1. Objetivo:

Que los participantes conozcan y modifiquen sus creencias erróneas sobre la ira.

2. Duración: 30 minutos.

3. Materiales:

- Papel en blanco.
- Lápiz.
- Ficha “Creencias erróneas”.

4. Desarrollo de la actividad:

El facilitador indica a los participantes que formen grupos de 5 o 6 personas y que lean detenidamente las afirmaciones de la tabla “Creencias erróneas sobre el enojo”. Estas serán discutidas en los grupos y en plenario se expondrá las respuestas consensuadas sustentadas. Posteriormente el facilitador aclarará cada creencia errónea sobre el enojo y ayudará a que cada estudiante entienda las respuestas.

CREENCIAS ERRÓNEAS SOBRE EL ENOJO

Nº	Creencia errónea	Ejemplos
1.	El enojo es hereditario.	“Como mi padre era explosivo, yo soy así pues”.
2.	El enojo conduce automáticamente a la agresión.	“Me amargue porque mi ñori me mintió y entonces no había otra que darle su chiquita pe”.
3.	Hay que ser agresivos para conseguir lo que queremos.	“A la firme si no le das su troncazo no aprende pe”.
4.	Hay que ser agresivos para conseguir que nos respeten.	“Hay que enseñarle quien manda en la casa pues”.
5.	Siempre es deseable expresar el enojo.	“La expresión agresiva del enojo, como gritar o pegarle a la almohada, es terapéutica y saludable”.

5. Información Específica:

5.1. El enojo es hereditario.

Una creencia errónea y común acerca del enojo es que la manera de expresar el enojo es heredada y no se puede cambiar. “Como mi viejo era así por eso yo también soy dinamita, explosivo”. Esta afirmación implicaría que la expresión del enojo es un conjunto de conductas fijas e inalterables.

La evidencia proveniente de investigaciones realizadas indica, que debido a que la expresión del enojo es una conducta aprendida, por lo general esta ha sido aprendida de otras personas, y así también, otras maneras más apropiadas de expresar el enojo pueden ser aprendidas.

Gran parte de la conducta se aprende al observar a otros, particularmente a personas que ejercen influencia, como los padres, miembros de la familia y amigos. Si los niños observan que sus padres expresan el enojo a través de acciones agresivas, tales como el abuso verbal y la violencia, es muy probable que aprendan a expresar el enojo de maneras similares. Afortunadamente, esta conducta puede cambiarse mediante el aprendizaje de nuevas y apropiadas maneras de expresión del enojo. No es necesario continuar expresando el enojo a través de medios agresivos y violentos.

5.2. El enojo conduce automáticamente a la agresión.

Consiste en creer que la única manera eficaz de expresar el enojo es a través de la agresión. Muchas veces se cree que el enojo es algo que, una vez que empieza, se va intensificando hasta desembocar en una agresiva explosión de agresividad.

Sin embargo, el enojo no lleva necesariamente a la agresión. De hecho, el manejo eficaz del enojo implica controlar la intensificación del enojo mediante el aprendizaje de habilidades relacionadas a la asertividad, la modificación de la conversación negativa y hostil de nuestro lenguaje interno, el cuestionamiento de las creencias irracionales y la utilización de

una variedad de estrategias conductuales. Estas habilidades, técnicas y estrategias se tratarán en sesiones posteriores.

5.3. Tenemos que ser agresivos para conseguir lo que queremos.

Muchas personas confunden la asertividad con la agresión. La meta de la agresión es dominar, intimidar, dañar, o lesionar a otra persona; es lograr ganar cueste lo que cueste. Por el contrario, la meta de la asertividad es expresar los sentimientos de enojo de un modo respetuoso hacia otras personas. Por ejemplo, si alguien estuviera disgustado porque un amigo llega repetidamente tarde a las reuniones, podría responder gritando obscenidades e insultos. Esta manera de proceder es un ataque hacia la otra persona, sin un esfuerzo por dirigirse a la conducta que provoca enojo o frustración.

Una manera asertiva de enfrentar la situación podría ser diciendo: “Cuando llegas tarde a una reunión conmigo, me siento bastante frustrado. Desearía que llegaras a tiempo más a menudo”.

5.4. Hay que ser agresivos para conseguir que nos respeten.

Algunas personas creen que gritando y agrediendo es la forma de conseguir el respeto de los demás, pero lo que se consigue de esta forma es el temor y el miedo, o el odio. Estas son las peores formas de intentar conseguir respeto. Un mejor camino para conseguir el respeto es la sinceridad y el respeto mutuo.

5.5. Siempre es deseable expresar el enojo.

Muchas personas incluso muchos profesionales creen que la expresión agresiva del enojo, como gritar o pegarle a la almohada, es terapéutica y saludable. Estudios de investigación han encontrado, sin embargo, que las personas que expresan su enojo de manera agresiva simplemente llegan a ser mejores en su función de sentirse enojadas. En otras palabras, expresar el enojo de una manera agresiva sólo refuerza la conducta agresiva.

SESIÓN VI

MANEJO DE EMOCIONES: MANEJO DEL ENOJO

I. METODOLOGÍA.

COMPETENCIAS	MÉTODOS Y TÉCNICAS	DURACIÓN
<u>Saber Conocer</u> (Información): Los participantes conocen la relación entre pensamiento, ira y cuerpo.	- Instrucciones. - Presentación de la información.	60 min. Incluido información y evaluación de sesión
<u>Saber hacer</u> (Técnicas y destrezas). Los participantes dominan estrategias y técnicas útiles para manejar el enojo.	- Dinámica de grupos. - Role play. - Modelado. - Reforzamiento. - Reestructuración cognitiva. - Relajación	
<u>Saber ser.</u> (Actitud). Los participantes consideran útiles las estrategias y técnicas de manejo de la ira y adquieren actitudes favorables hacia las mismas.	- Discusión de grupos. - Análisis crítico de casos.	

II. INFORMACIÓN.

La expresión inapropiada del enojo tiene inicialmente muchas recompensas aparentes. Una recompensa es poder manipular y controlar a los demás a través de la conducta amenazadora o agresiva; otros pueden hacer caso a las demandas de una persona porque temen sus amenazas verbales o su violencia. Otra recompensa es el alivio de la tensión que se produce cuando se pierde el control y se actúa con agresividad. Aunque es posible que una persona se sienta mejor después de una explosión de enojo, es muy probable que todos los demás se sientan peor.

A largo plazo, sin embargo, estas recompensas iniciales conducen a consecuencias negativas. Por esta razón se las llama recompensas “aparentes”, ya que las consecuencias negativas a largo plazo superan ampliamente las ganancias de corto plazo.

Por ejemplo, contemplemos el caso de un padre que convence a sus hijos y los hace satisfacer sus demandas a través de un tono de voz enojado y de gestos amenazantes. Para los niños, tales conductas significan que sufrirán daños físicos si no obedecen. La recompensa inmediata para el padre es que los hijos obedecen sus órdenes. La consecuencia a largo plazo, sin embargo, puede ser que los niños aprenden a tenerle miedo o a sentir desagrado por él y lleguen a sentirse distanciados afectivamente de él. Es posible que a medida que crezcan, traten de evitar el contacto con el padre o se nieguen totalmente a verlo. Por ello la mejor alternativa es poder manejar nuestra ira y expresarla de manera adaptativa.

III. DESARROLLO DE TEMAS:

A. ATENCIÓN AL CUERPO.

1. Objetivo:

Aprender a identificar la tensión de nuestro cuerpo y disminuirla mediante la relajación progresiva.

2. Duración: 15 minutos.

3. Materiales:

- Reproductor de CD, CD de Música instrumental.
- Ficha: “Lenguaje del cuerpo”.
- Ropa cómoda de los participantes.
- Escala de Unidades Subjetivas de Ansiedad.
- Ficha: “Posibles señales en la expresión de ansiedad o nerviosismo”.
- Ficha: “contra indicciones en la técnica de relajación”.

4. Desarrollo de la actividad:

a). Lenguaje del cuerpo.

Aprendamos a escuchar lo que dice nuestro cuerpo, de modo que podamos usar sus indicaciones para cuidar mejor de sí mismo sobre todo cuando estamos con ira o enojados.

Cuando pueda escuchar lo que su cuerpo dice, podrá responder a sus necesidades. A veces su cuerpo habla de manera indirecta, como cuando tiene dolor de cabeza o de estómago, los músculos adoloridos o se siente fatigado.

El facilitador motiva a que los participantes identifiquen lo que dice el propio cuerpo y el cuerpo de los demás en los siguientes casos:

Ficha: Lenguaje del cuerpo

LENGUAJE DEL CUERPO	SIGNIFICADO
¿Qué nos dice un dolor de cabeza?	
¿Qué nos dice una erección sexual?	
¿Qué nos dice un bostezo?	
¿Qué nos dice el llanto de un bebé?	
¿El llanto de una amiga?	

La tensión constituye la etapa inicial de la excitación de la ira. Cuando estamos tensos es más fácil que nos dejemos afectar por la provocación. Los músculos tensos, los dolores de cabeza y la tirantez en el pecho reducen nuestra tolerancia para enfrentarnos de una manera efectiva a las provocaciones cotidianas. Si nuestro nivel de tensión es alto podemos tratar una molestia sin importancia como si fuera una catástrofe.

b). Ejercicio de relajación.

Para iniciar la relajación, es necesario que los facilitadores generen algún ejercicio que genere ansiedad. A continuación se presenta un ejemplo que puede ser tomado en cuenta:

b.1. Comunica a los participantes que cierren los ojos y que no lo abran por ningún motivo hasta que se les indique hacerlo. El facilitador señala que “aquella persona que es tocada en el hombro tendrá que ponerse de pie, pasar al frente de todos y contar detalladamente por que fue sancionado y cantar una canción bailando”.

Inmediatamente después los facilitadores, recorren rápidamente todo el ambiente tocando a todos los participantes por el hombro.

Variante: También pueden dar instrucciones para que con los ojos cerrados, los participantes, recuerden alguna situación en la que experimentaron ansiedad elevada.

b.2. Inmediatamente los participantes deberán responder una Escala de Unidades Subjetivas de Ansiedad (EUSA o SUDS) para determinar el nivel subjetivo de ansiedad experimentado. Es decir tomando como base cero (0) como un nivel de ansiedad, “nerviosismo” y tensión mínimo y cien (100) como ansiedad máxima, intensa, “nerviosismo máximo”. Los participantes marcarán las señales percibidas, sentidas o manifestadas, durante el estado de ansiedad o “nerviosismo” máximo alcanzado.

Escala de Unidades Subjetivas de Ansiedad

SUDS	0-10	11-20	21-30	31-40	41-50	51-60	61-70	71-80	81-90	91-100
Autoevaluación	Completo relajamiento									Tensión máxima

b.3. Luego el facilitador motiva a los participantes a identificar señales de ansiedad, tensión experimentada en el ejercicio anterior, guiándose por la tabla siguiente:

Ficha: Posibles señales en la expresión de ansiedad o nerviosismo.

SEÑAL	SI	NO
Temblor en las rodillas		
Brazos rígidos		
Auto manipulaciones (tocarse, frotarse, etc.)		
Limitación del movimiento de las manos (en los bolsillos, en la espalda, entrelazadas.		
Temblor en las manos		
Sin contacto ocular.		
Músculos de la cara tensos (muecas, tics)		
Cara inexpresiva		
Cara pálida		
Sonrojo o rubor		
Humedecerse los labios		
Tragar saliva		
Respirar con dificultad		
Sudar (cara. Manos, etc.)		
Gallos en la voz		
Tartamudeo o frases entrecortadas		
Despejar la garganta (mediante acción similar a la de toser)		
Balancearse		
Boca seca		
Dolor o acidez del estómago		
Aumento de respiración		
Balanceo de las piernas		
Morderse las uñas		
Morderse los labios		
Sentir náuseas		
Sentirse mareado		
Sentir como que se ahogara		
Quedarse inmovilizado		
NO saber que decir.		
Deseos de retirarse		

b.4. Ensayar método de relajación progresiva de Jacobson para enseñar a los participantes a relajarse. Podría utilizarse cualquier otro que el facilitador maneje. Esta técnica puede ser aplicada en situaciones de: estrés, ansiedad, tensión, enojo, etc. Es recomendable también su aplicación en el Time Out.

El método consiste en tensar deliberadamente los músculos que suelen tensarse en una situación de ansiedad o temor, para posteriormente relajarlos conscientemente. Con el tiempo y mucho entrenamiento es posible que el participante pueda relajarse cuando quiera o cuando se sienta tenso.

La relajación progresiva emplea ejercicios de tensión - relajación de una serie de músculos para conseguir la relajación completa. Tome en cuenta como mínimo los siguientes grupos de músculos:

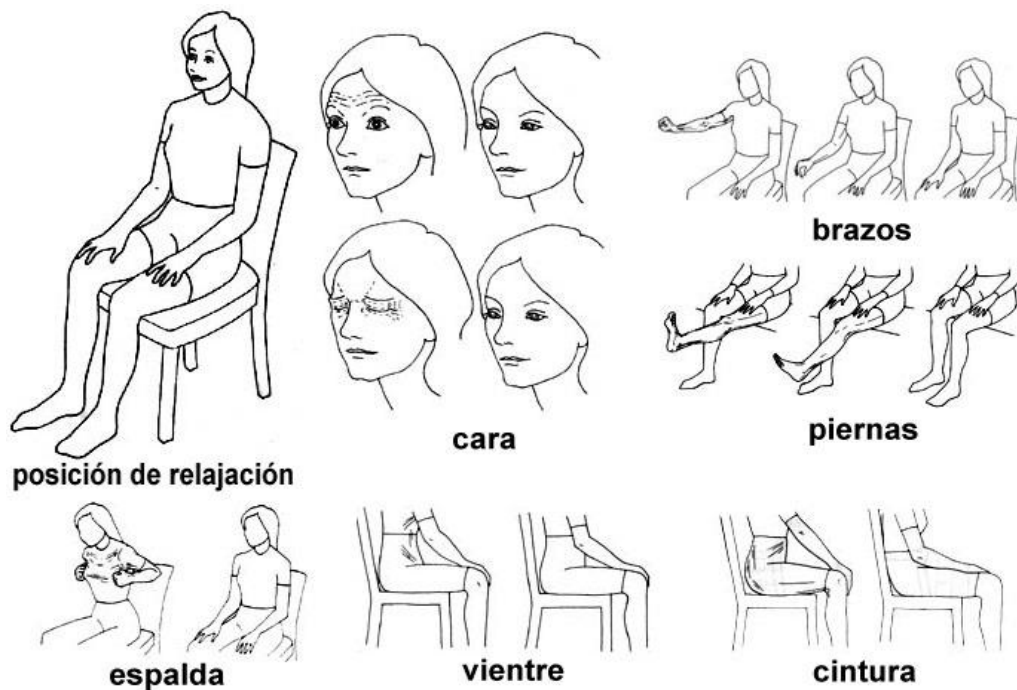
1. Manos: Se aprietan los puños.
2. Antebrazo: Se doblan los brazos por el codo y se aprieta el antebrazo contra el brazo.
3. Brazo: Se ponen los brazos rectos, con las manos sueltas, estirándolos hacia delante.
4. Hombros: se alzan los hombros hacia arriba.
5. Parte posterior del cuello: Se aprieta la barbilla contra el pecho.
6. Nuca: Se aprieta la nuca contra el sillón donde tenemos apoyada la cabeza.
7. Frente: Se alzan las cejas hacia arriba, arrugando la frente.
8. Ojos: Se aprietan los párpados.
9. Boca: Se abre la boca tanto como se pueda. Luego se aprietan los labios.
10. Mandíbulas: Se aprietan las mandíbulas.
11. Lengua y parte interior del cuello: Se aprieta la punta de la lengua sobre la parte superior del paladar, donde se junta con los dientes superiores.
12. Pecho: Se toma aire por la nariz, se mantiene en el pecho y se hecha lentamente por la boca.
13. Abdomen: Se empujan hacia adelante los músculos abdominales.
14. Nalgas: Se empujan hacia delante las nalgas junto con las caderas.
15. Muslos: Se extienden las piernas, se levantan y se estiran hacia fuera.
16. Pantorrillas: Se extienden las piernas hacia fuera, con los dedos de los pies apuntando recto.
17. Pies: Se curvan los dedos de los pies hacia abajo y luego se estiran hacia arriba.

Cada grupo de músculos se tensan durante unos 10 segundos y luego se relaja. Se vuelve a tensar una y otra vez acompañada con relajación. Aplicar también en forma progresiva, respiración profunda y el acompañamiento de música suave.

El facilitador deberá guiar la experiencia con las siguientes instrucciones: Pónganse cómodos y cierren los ojos; presten atención sólo a mi voz y en la música: Concéntrense en sus manos, cuando diga ¡YA! Van a apretar fuertemente los puños, manteniendo la tensión hasta que diga ¡ALTO!, entonces procuraras que las manos se relajen totalmente. Concéntrense en sus manos ¡YA!, tensa los puños, apriétalos fuertemente manteniendo la tensión, nota la sensación de tensión en esa parte de tu cuerpo. Los puños se encuentran fuertemente apretados... ¡ALTO! Relaja los puños, dejarlos que descansen sobre tus piernas. Siente la diferencia entre tensión y relajación. Ahora vamos a volver a tensar los músculos ¡YA!, aprieta los puños... ténsalos..., mantenlos en tensión y siente la sensación de tensión en ellos.... ¡ALTO!, afloja los puños deja que descansen sobre tus piernas, Deja que la sensación vaya desapareciendo lentamente, tranquilamente. Nota como los músculos de tus dedos se distienden, como se relajan tus manos poco a poco, suavemente... tranquilamente... cada vez más ... cada vez un poco más.

Así se irá procediendo con cada grupo de músculos. Cuando todo el cuerpo está relajado, se puede inducir a una imagen relajante, agradable que ayude a intensificar e estado de relajación como por ejemplo: la playa, un bosque u otra cualquier imagen.

Figuras: Posiciones de relajación (Jacobson)



b.5. Posibles contraindicaciones de las técnicas de relajación.

Es necesario que los facilitadores tomen en cuenta que es riesgosa la práctica de la relajación progresiva en los siguientes casos:

- Historia de enfermedades físicas graves.
- Operaciones recientes.
- Accidentes graves recientes o pasados.
- Alteraciones de la presión.
- Ataques epilépticos.
- Utilización de fármacos psicodélicos importantes.
- Diabetes.
- Narcolepsia.
- Trastornos o tratamiento psiquiátrico.
- Estados histéricos o de disociación.
 - Trastornos emocionales.

Ficha: contraindicaciones de la técnica de relajación

PROHIBICIÓN DE APLICACIÓN DE LA TÉCNICA DE RELAJACIÓN (JACOBSON)

Precaución:

Preferentemente, no aplicar la relajación progresiva en participantes que tengan las siguientes características:

- Historia de enfermedades físicas graves.
- Operaciones recientes.
- Accidentes graves recientes o pasados.
- Alteraciones de la presión.
- Ataques epilépticos.
- Utilización de fármacos psicodélicos importantes.
- Diabetes.
- Narcolepsia.
- Trastornos o tratamiento psiquiátrico.
- Estados histéricos o de disociación.
- Trastornos emocionales.

B. PENSANDO EN LA IRA.

1. Objetivo:

Aprender a identificar pensamientos que generan emociones negativas.

2. Duración: 15 minutos.

3. Materiales:

- Ficha: "Pensamientos y emociones".
- Ficha: "Modelo A-B-C del enojo".
- Lapiceros.

4. Desarrollo de la actividad:

Nuestros pensamientos influyen en cómo nos sentimos y en nuestras reacciones. En una situación cualquiera, los pensamientos que uno tiene juegan un papel importante para definir o conformar las emociones.

El facilitador conforma grupos pequeños de 4 a 6 integrantes; otorga a cada grupo la hoja de trabajo “Pensamiento y emociones” y pide que ante cada situación califiquen la reacción probable de acuerdo al tipo de pensamiento:

FICHA: “PENSAMIENTOS Y EMOCIONES”

SITUACIÓN (A)	PENSAMIENTO (B)	TIPO DE REACCIÓN POSIBLE (C)
Pedro se encuentra paseando por el Real Plaza y se encuentra con su amigo Javier quien paseaba con su enamorada, quien no es tan agraciada. En una segunda oportunidad que ambos amigos se encuentran Pedro dice: “HOLA JAVIER, TU JERMA ES BIEN BONITA” emitiendo una sonrisa	“Este <i>pata</i> quiere caerle a mi jerma”.	
	“Se está burlando de ella, este está loco”.	
	“Mi jerma le parece bonita, que bueno, tengo buen gusto”.	
El hijo de Juan llega una hora más tarde del colegio, y Juan lo esperaba para que fuera a ayudarlo en un trabajo de albañilería.	“Seguro que se ha quedado con sus amigotes vagando en la calle”	
	“Este vago seguro no quiere trabajar, solo le gusta ociosear, pero ahora va a ver”.	
	“Que habrá pasado, quizás ha tenido un problema en el colegio, ojala esté bien”.	
Juana una bonita mujer de 25 años vive con su esposo de 40 años y su pequeño hijo en su casa, en donde tiene en alquiler un cuarto en el segundo piso. Un día llegan un joven de 28 pregunta por el alquiler del cuarto y Juana se lo alquila sin problema alguno.	“Este tipo va a seducir a mi esposa, porque dijo ella que era muy amable, porque le alquiló sin consultarme primero”.	
	“Que va a hacer mi jerma todo el día con este <i>pata</i> en casa, puede sacarme los cachitos, ta` loco”.	

Cuando llega su esposo en horas de la noche, Juana le dice: "Cariño ya alquilé el cuarto de arriba, es un joven alto, simpático y esta sólo; es muy amable, creo que me voy a llevar muy bien con él".	"Qué bueno, se alquiló el cuarto, una entrada económica más para la casa".	
Marcos se encuentra en una pollada con sus amigos y algunas amigas, de pronto casualmente otro invitado que había estado bailando antes con una de sus amigas tropieza y cae encima de Marcos haciéndole caer.	"Este tonto lo ha hecho a propósito, quiere figurar con las flacas".	
	La gente se está riendo, piensan que soy un bobo, y este tonto.... Se pasa de fresa.	
	"Se tropezó y cayó, bueno estas cosas suelen suceder"	

No son las situaciones en sí las que provocan nuestra ira, sino la forma de interpretarlas. La mejor forma de parar el desenlace de la emoción negativa, es parando nuestro pensamiento. ¡Cuando pueda identificarlo, podrá detenerlo!.

Aplicación del modelo A-B-C del enojo.

Solicitar a los participantes que se agrupen de cinco o seis personas y que cada grupo deberá describir y dramatizar una situación en la que, la forma de pensamiento sobre el evento desencadene tipos de respuestas diferentes: agresivas, sumisas, adaptadas (asertivas).

Ficha: Modelo A-B-C del Enojo

EVENTO (A)	PENSAMIENTO (B)	RESPUESTA O REACCIÓN POSIBLE (C)

C. SUSPENSIÓN DE LA IRA O ENOJO.

1. Objetivo:

Aprender a manejar la ira o el enojo.

2. Duración: 15 minutos.

3. Materiales:

- Tabla: "Pensamientos y emociones".
- Lapicero.

4. Desarrollo de la actividad:

El facilitador explica el procedimiento y los mecanismos de la técnica. La ira es un proceso que incrementa su intensidad en espiral. Cuando llega a su punto extremo, es casi imposible actuar o pensar productivamente, porque nuestros pensamientos, excitación fisiológica y comportamiento se apoyan mutuamente para avanzar hasta un estado de furia. Así quedamos atrapados en nuestra propia ira. En la mayoría de la gente, la furia cesa cuando queda agotado emocionalmente o cuando la otra persona posee una resistencia mayor. En ambos casos la precipitación en la atmósfera después de la explosión es venenosa.

La técnica de Suspensión temporal o Time Out, ayudará a reducir de inmediato la intensidad de la ira antes de que sea excesiva.

a. La técnica de suspensión temporal o Time Out.

Consiste en aislarse inmediatamente de la situación que excita el enojo o la ira, esta acción evitará que la excitación fisiológica se intensifique y, al mismo tiempo, le ayudará a evaluar de nuevo la situación.

Pasos:

- Debe abandonar la situación en que se encuentra, durante una hora, ni un minuto más ni uno menos. Esto le dará tiempo para serenarse. Si no hay otra persona implicada, abandone igualmente la situación. Una vez que dé el primer paso, el resto resulta fácil.
- No beba, ni consuma drogas, pues obrar así sólo perjudicará y empeorará las cosas.
- Practique algún ejercicio físico constructivo como caminar o limpiar alguna parte de su casa. Asegúrese de que la actividad que realiza en ese tiempo, sea una actividad constructiva.
- Si durante esa pausa no puede dejar de pensar en la situación que ha provocado su ira, dígame: “Empiezo a sentirme airado y quiero hacer una suspensión temporal”. Y trate de llevar una suspensión física y mental.

En caso de que la ira sea en la casa o con algún familiar cercano (padre, madre, esposa, hijos, un amigo cercano, etc.) al cabo de una hora, regrese a la situación, si la persona todavía está ahí dígame que le gustaría hablar con él(ella) o caso contrario telefonéele. Si los dos están de acuerdo en conversar dígame que es lo que provocó su enojo o ira. Pregúntele que siente por su parte. Puede hablar también de lo que experimentaron ambos durante la suspensión temporal. Comparta la efectividad de esta técnica. Este es el comienzo de un diálogo productivo sobre la ira.

Si uno de los involucrados no está listo aún para hablar sobre el tema o dice “ahora no quiero hablar de eso”, no lo haga. Es preciso respetar los deseos del otro. Si esto provoca su ira, haga otra suspensión temporal, lo cual le

ayudará a reforzar su habilidad para usar la suspensión temporal con eficacia.

En lugares donde no pueda hacer una suspensión temporal tan larga, utilice suspensiones temporales cortas pero creativas. Por ejemplo, si estuviera en el trabajo, puede salir por cinco minutos a otro ambiente o retirarse al servicio higiénico, o puede contar hasta cincuenta (50). Las verbalizaciones “Empiezo a sentirme enfadado y quiero hacer una suspensión temporal” ayudan en la ejecución de esta técnica de control de la ira.

El facilitador motivará a los participantes que realicen Role Play sobre el tema tratado con casos y experiencias reales.

b. Tips para controlar la manifestación negativa de la ira.

Cuando el estudiante identifique las señales del enojo:

Intente recordar:

- No debo utilizar palabras vulgares hacia la persona o palabras que pudieran herir.
- No debo culpar a la otra persona por lo sucedido.
- No debo gritar, llorar o tirar objetos.
- No debo sacar al aire todos los problemas anteriores al presente, o sacar en cara cosas que yo haya hecho a favor de la otra persona.

Trate de:

- Alejarse momentáneamente de la zona de conflicto (físicamente o mentalmente).
- Dejarle saber a la otra persona lo que le agrada de ésta, antes de hablar sobre los motivos de su enojo.
- Comunicarle en una forma calmada, tanto como le sea posible, el porqué de su enojo.

- Decirle que le gustaría arreglar las cosas sin perjudicar las buenas relaciones o la amistad.
- Escuche lo que la otra persona tiene que decir. Espere a que la persona termine su parte y luego déjele saber que usted está escuchando lo que le dice.
- Si es interrumpido cuando está hablando, trate de no aumentar su nivel de coraje. Tome un respiro profundo, espere a que la persona termine lo que está diciendo, y luego proceda a informarle lo que usted siente.
- Dialogue acerca de cómo ambas partes pueden ayudarse a resolver el inconveniente.

Los facilitadores ensayan con los participantes las estrategias aprendidas para manejar el enojo o ira. Realizan un modelado de la aplicación de los tips y estrategias abordadas y luego solicita a los participantes que en grupos de 4 a 6, repliquen el comportamiento modelado.

SESIÓN VII

EMPATÍA

I. METODOLOGÍA.

COMPETENCIAS	MÉTODOS Y TÉCNICAS	DURACIÓN
<u>Saber conocer (Información):</u> Que los participantes identifiquen las condiciones fundamentales para desarrollar la empatía.	- Exposición - Presentación de la información.	60 min. Incluida información y evaluación de salida.
<u>Saber hacer (Técnicas y destrezas).</u> Que los participantes manejen estrategias para el desarrollo de la empatía, a través de comportamientos de apoyo y solidaridad.	- Reforzamiento. - Modelado(video) - Clima de relación.	
<u>Saber ser. (Actitud).</u> Que los participantes adoptan actitudes favorables hacia un comportamiento empático.	- Análisis crítico de casos. - Discusión de grupos en plenario	

II. INFORMACIÓN.

III. DESARROLLO DE LOS TEMAS.

A. CAMINANDO EN LOS ZAPATOS DE LA OTRA Y DEL OTRO

1. **Objetivo:** Reflexionar sobre la empatía tomando en cuenta a las y los demás.
2. **Duración:** 20 minutos.
3. **Desarrollo de la actividad:**

La coordinadora o coordinador pedirá a los niños y a las niñas que se reúnan en un círculo en medio del salón y les indicará que se quiten los zapatos, dejándolos en medio del círculo. Enseguida les dará la indicación de ponerse los zapatos de otra niña u otro niño y que caminen por todo el salón observando qué sienten al caminar con esos zapatos.

Terminar el ejercicio y pedirles que se sienten nuevamente en círculo y se pongan sus zapatos. Después les preguntará qué sintieron de caminar en los zapatos de otra persona y cómo creen que se siente ésta en sus propios zapatos. Propiciar la reflexión acerca de conocer la perspectiva de la otra y del otro para comprenderla y comprenderlo.

A. EL LAZARILLO

1. **Objetivo:** Desarrollar la empatía estimulando comportamientos de apoyo y solidaridad.

2. **Duración:** 30 minutos.

3. **Materiales:**

Pañuelos para vendar los ojos de la mitad de las y los participantes.

4. **Desarrollo de la actividad:**

El coordinador, organizará al grupo en parejas: y les pedirá que elijan quién será la persona A y quién la B. Enseguida les pedirá a las personas A que se venden los ojos con el pañuelo, en un lugar apartado les dará la instrucción, a las personas **B**, de guiar cuidadosamente a las personas **A** por todo el salón. Al terminar la actividad, indicará a las personas B que platiquen cómo se sintieron al guiar a sus compañeras o compañeros, y que digan cómo creen que se sintieron las personas A durante el ejercicio. Después pedir que las personas A platiquen su experiencia durante el ejercicio y si sintieron comprensión de parte de su guía. Además de que expresen si sintieron y brindaron confianza y qué necesitan para confiar en alguien. Reflexionar sobre la importancia de reconocer los sentimientos que nos provocan determinadas situaciones relacionales y la necesidad de tomar en cuenta los sentimientos de la otra persona para prestarle apoyo.

SESIÓN VIII.

RESOLUCIÓN CREATIVA DE CONFLICTOS

I. METODOLOGÍA.

COMPETENCIAS	MÉTODOS Y TÉCNICAS	DURACIÓN
<u>Saber conocer</u> (Información): Que los participantes entiendan el término conflicto y los métodos para resolverlos.	<ul style="list-style-type: none">- Exposición- Presentación de la información.	60 min. Incluida información y evaluación de salida.
<u>Saber hacer</u> (Técnicas y destrezas). Que los participantes manejen estrategias para identificar los pasos en la resolución creativa de los conflictos.	<ul style="list-style-type: none">- Reforzamiento.- Modelado(video)- Clima de relación.	
<u>Saber ser.</u> (Actitud). Los participantes evidencian actitudes favorables hacia el enfrentamiento de conflictos.	<ul style="list-style-type: none">- Análisis crítico de casos.- Discusión de grupos en plenario.	

II. INFORMACIÓN.

Entender lo que es el conflicto

Cuando hablamos de conflictos nos referimos a aquellas situaciones en las que se presentan diferencias de intereses, necesidades y valores entre las personas, que dificultan la resolución de un problema. La palabra en sí, surge de la voz latina conflictos que deriva del verbo confluyere (combatir, luchar, pelear, etc.). Un problema no es un conflicto, sino un hecho cualquiera. En este no existen divergencias o diferentes formas de pensar o

actuar frente a una situación determinada. Pero cuando ante dichas situaciones se presentan puntos de vista distintos entre dos o más personas, entonces se convierte en un conflicto

Todas y todos hemos vivido conflictos a lo largo de nuestras vidas.

Éstos forman parte sustancial del ser humano y de la vida misma. Son inevitables, por lo que no podemos ni debemos eliminarlos, sino por el contrario, aprender a analizarlos, comprenderlos, minimizarlos o re-canalizarlos, y resolverlos de manera creativa y constructiva.

Dentro de las razones principales que los originan se encuentran la falta de comunicación, búsqueda de poder, insatisfacción, liderazgo débil, falta de apertura, cambios en el ámbito familiar, escolar, laboral, social, personal, y desconfianza entre la gente. Por consiguiente, lo anteriormente mencionado será reflejado mediante el lenguaje corporal y verbal, retención de información o malas noticias, sorpresas repentinas, “ventanear” los desacuerdos a través de los medios comunicativos.

Por lo general, hemos aprendido que los conflictos son negativos, ya que la manera más frecuente de resolverlos ha sido por medio de la violencia. Los percibimos a través de las consecuencias destructivas que tiene la forma habitual de resolverlos, entrando en este con una actitud de competitividad. Sin embargo, es importante enfatizar que el conflicto no es sinónimo de violencia, pues ésta es una forma de respuesta inadecuada.

Por consiguiente, estos pueden ser abordados desde dos perspectivas:

El conflicto es destructivo cuando:

Se le da más atención que a las cosas realmente importantes.

- Quebranta la moral o la auto-percepción.
- Polariza a la gente o a los grupos, reduciendo la cooperación.
- Aumenta y agudiza las diferencias.

- Conduce a un comportamiento irresponsable y dañino, tal como insultos, malos nombres o peleas. Es decir, genera comportamientos violentos.

El conflicto es constructivo cuando:

- Resulta en la clarificación de problemas y asuntos importantes.
- Resulta en la solución de problemas.
- Involucra a la gente en la solución de asuntos importantes para ellos o ellas.
- Conduce a una comunicación más auténtica.
- Ayuda a liberar emociones, estrés y ansiedad.
- Ayuda a desarrollar más cooperación entre la gente cuando se conocen mejor.
- Permite la solución de un problema latente.
- Ayuda a los individuos a desarrollar nuevos entendimientos y destrezas.

Métodos para la resolución de conflictos

Todo proceso de resolución de conflictos supone una actitud de aprendizaje en el cual no sólo es importante el resultado, sino lo que sucede a lo largo de dicho proceso; es decir, cuando se resuelve un conflicto no sólo importa que las partes hayan encontrado una solución a sus diferencias o desencuentros, sino cómo llegaron a tal solución.

En este proceso se aprende de otros y de otras, esto es, el aprendizaje se produce en la convivencia y en la interacción con las y los demás en un contexto social determinado. De esta manera, al aprender el sujeto se transforma porque adquiere nuevos conocimientos, actitudes, habilidades o valores, pero al mismo tiempo, al aprender se transforma la realidad en la que vivimos.

Para aprender a resolver los conflictos es necesario precisar cuál es el punto de partida; es decir, cuál es el conflicto que se desea resolver y determinar

cuál será el punto de llegada, hasta dónde quiere llegar las partes para solucionar dicho conflicto.

De manera exógena se cuenta con:

- ✓ La justicia.- Representa la intervención del poder del estado, las partes encuentran la solución a través del litigio en los tribunales.
- ✓ La mediación.- Una o un tercero imparcial asiste o facilita la negociación de las partes, alcanzando un acuerdo al que les hubiera sido difícil arribar sin esa asistencia.
- ✓ El arbitraje.- Cuando una o un tercero facilita el proceso, representa a alguna institución que tiene autoridad para exigir el cumplimiento del acuerdo alcanzado.

De manera endógena se cuenta con:

- ✓ La confrontación.- Es la forma primaria de la resolución de conflictos, se resuelve por la ley del más fuerte, siempre generan un o una ganadora y un o una perdedora.
- ✓ La negociación.- Es el proceso por el cual dos o más partes se disponen a dialogar, influenciándose en forma recíproca. Conduce a un acuerdo mutuamente aceptado.

Pasos sugeridos para la resolución creativa de los conflictos

Paso 1: Ponerse de acuerdo en una declaración del problema que representa el conflicto.

Para ello es importante que puedan estar lo suficientemente tranquilos para dialogar y que cuiden que su tono de voz y su lenguaje corporal resulten adecuados.

Paso 2: Enlistar las posibles soluciones.

Es importante que estén dispuestos a ceder algo, pues eso es parte de la negociación y sin ella no hay diálogo, sino imposición y violencia.

Una vez que tengan una lista de las posibles soluciones pueden pasar al paso siguiente. Es importante que usen su creatividad para encontrar más de una solución cada uno y cada una.

Paso 3: Discutir las posibles soluciones y su probabilidad de éxito.

Una vez que definieron propuestas pueden discutir cual es la mejor de todas donde ambas partes ganen lo que necesitan, sin ceder más de lo que puede o quiere.

Paso 4: Seleccionar una solución con la que estén de acuerdo ambas personas involucradas.

Es importante que ambas partes definan la solución final, con el objetivo de que sea del todo clara y de no dejar lugar a malos entendidos. También habrá que definir cuál es la participación de cada quien en esa solución.

III. DESARROLLO DE LOS TEMAS.

A. HISTORIA DE UN CONFLICTO

1. Objetivo:

Conocer e implementar los pasos sugeridos para la resolución creativa de conflictos.

2. Duración: 60 minutos.

3. Materiales:

4. Desarrollo de la actividad:

Para hacer una breve introducción al tema del conflicto se solicita al grupo que a modo de lluvia de ideas aporte todas aquellas palabras o frases con las que definirían el concepto de conflicto según lo en tiendan.

Los facilitadores retoman aquellos términos que se acerquen al marco teórico expuesto previamente en este manual y lo plantea.

Posteriormente, el Facilitador o la Facilitadora lee al grupo la historia de un conflicto, incluida al final de esta actividad. Es importante hacer notar que en la historia finalmente nadie resulta ganador. Posteriormente se exponen los pasos sugeridos para la resolución creativa de conflictos, se escriben en el pizarrón.

Ahora se les invita a hacer el rol de “detectives del conflicto” y entre todos y todas analizarán la situación y propondrán una estrategia para dar un final diferente a esta historia y que todas las partes sean ganadoras. Para ello se divide al grupo en seis equipos al azar y a cada equipo se entrega una

Como **paso 1** se aceptarán del grupo en general las tentativas de definición del conflicto. De mencionarse las características periféricas de la situación se hará notar que es común “irse con la finta” y hacer una descripción falsa de los conflictos y por ello hay que encontrar el nudo principal (por ejemplo, que las chicas y los chicos digan que el problema fue que Cristian llegara, hay que llevarlos a reflexionar sobre la inapropiada actitud de todo el grupo y la responsabilidad de todos y todas). Se planteará la rivalidad entre los grupos a causa de la baja tolerancia a sus diferencias y su trato irrespetuoso como el nudo del conflicto de la historia.

En el **paso 2** cada equipo deberá sugerir una (sólo una) alternativa de solución diferente para la historia. Dicha estrategia ha de enfocarse al principio o la parte media de la narración, cuando el conflicto es conocido por las autoridades escolares o antes de ello. Todas las ideas se escriben en el pizarrón

En el **paso 3** se elige la mejor opción de solución cuidando que las partes implicadas tanto cedan como ganen con ella, y que ésta no resulte una estrategia violenta o pasiva.

En el paso 4 se plantea la necesidad de que los personajes de la historia lleguen a un acuerdo y planteen opciones de instancias superiores para saber a quién recurrir si el acuerdo no es respetado.

MATERIAL ANEXO

La historia de un conflicto

Alguna vez, en una secundaria como ésta, hubo un problema muy grave entre los alumnos y alumnas de un salón. Al iniciar un nuevo año escolar se integró un chico nuevo, Cristian. Este chico, al parecer, antes había estado en una escuela particular, era un poco más joven que el resto y un poco más güerito también. Resultó ser el hijo de una maestra de la escuela. Le costó trabajo integrarse a sus nuevos compañeros, pero poco a poco fue haciendo algunos amigos y amigas.

Un buen día este chico fue a la dirección para denunciar que un grupito de su salón lo estaba molestando. Explicó que lo insultaban, lo empujaban al pasar y lo veían de manera intimidante, como amenazándolo de golpearlo o agredirlo de alguna manera. Y señaló a Raymundo y sus amigos como los responsables, un grupo que ya tenía fama de conflictivo. Inmediatamente las autoridades escolares tomaron cartas en el asunto y citaron a aquellos que él mencionó. Pero quienes empezaron a entrevistar a estos alumnos se sorprendieron al encontrar una nueva versión de la situación; por ejemplo, Ray contó que Cristian era quien los provocaba, pues desde que llegó a la secundaria se había portado de manera ofensiva y prepotente con ellos, y solía verlos con desprecio. En cuanto se hizo amigo de dos o tres chicos frescos del salón empezaron a molestar al resto, burlándose, echándoles indirectas, diciéndoles “nacos” y presumiendo sus cosas caras como el ipod, el celular o ropa “de marca”.

Finalmente, la directora habló con cada alumno por separado, pero el ambiente en el salón era cada vez más tenso y ya los maestros y maestras lo notaban. Por ejemplo, cuando pedían trabajos en grupo nadie

quería estar con quien no fuera de su banda. Apoyaban al maestro sólo aquellos que no pertenecían a ninguna de ellas, pero tampoco querían participar demasiado, y era peor en la hora de deportes para hacer equipos de fútbol o básquet. Todos y todas pensaban que cualquier día se agarrarían a golpes.

Un día, después del baile del 14 de febrero Joel, uno de los amigos de Ray, estuvo platicando con una de las amigas de Cristian. Al parecer ya se gustaban y empezaron a platicar en los recesos, se dejaban mensajes en el facebook, total parecía que iban a andar. Esto puso como locos a los de ambos grupos y la situación se volvió más tensa aún. Además de todo, en una ocasión una chica del grupo de Ray discutió con la nueva casi-novia de Joel. Parece que ella siempre había querido andar con él, pero no lo había logrado. La discusión se hizo tan grande que terminaron peleando a golpes a la vuelta de la secundaria. Para ver la pelea se juntaron los dos grupos y terminaron golpeándose todos contra todos. La pelea se hizo tan grande que terminó interviniendo la policía. Ray, Cristian y las dos chicas fueron expulsados. Una verdadera lástima, porque una de ellas estaba por ganarse una beca. Los demás chicos están condicionados a ser expulsados también a la menor falta, y la escuela tiene ahora la peor fama de la colonia.

¿Han conocido alguna historia como ésta?

¿Quizá aquí en tu escuela?

B. DIFERENCIA DE OBJETIVOS

1. Objetivo:

Identificar estrategias efectivas para la resolución creativa de conflictos.

2. Duración: 60 minutos.

3. Materiales:

4. Desarrollo de la actividad:

Se divide al grupo por parejas y se da a cada persona un papel en donde viene una instrucción de una figura que deberá dibujar.

Se reparten por parejas un lápiz y una hoja. Las dos personas deberán dibujar, sujetando el mismo lápiz, las figuras diferentes que les fueron asignadas (por ejemplo, un elefante y una casa). Se les da la instrucción de que no pueden hablar en ningún momento durante el ejercicio.

Al contar con un solo lápiz es probable que ambas personas traten de forcejear para lograr sus objetivos. Algunas otras quizá cedan para que el otro realice su cometido o algunas más tal vez negocien sin palabras.

Al final, en plenaria, se discutirá cómo se sintieron con esta dinámica y qué papeles suelen tomar en los conflictos. Se comenta también que el ceder totalmente o el imponer no son formas válidas de resolver un conflicto, pues a menudo lo agravan a la larga.

SESIÓN IX

ASERTIVIDAD

I. METODOLOGÍA:

COMPETENCIA A ADQUIRIR	MÉTODOS Y TÉCNICAS	DURACIÓN
<u>Saber conocer</u> (Información): Los participantes identifican estilos de comportamiento asertivo, pasivo y agresivo e identifican el suyo propio; conocen los derechos asertivos básicos	- Exposición	60 minutos, incluida información y evaluación de salida.
<u>Saber hacer</u> (Técnicas y destrezas). Los participantes manejan técnicas para discriminar los tipos de comportamiento interpersonal.	- Role play. - Modelado. - Reforzamiento. - Animación sociocultural. - Clima de relación. - Contexto facilitador o reforzante.	
<u>Saber ser.</u> (Actitud). Los participantes adoptan actitudes favorables, hacia el comportamiento asertivo y lo valoran como comportamiento adaptativo.	- Discusión de grupos. - Dinámica de grupos. - Análisis crítico de casos.	

I. INFORMACIÓN:

Los seres humanos somos eminentemente sociales y nos relacionamos entre sí con estilos de comportamiento habituales,

estilos de relacionarnos que nos generan un clima social de bienestar o de malestar.

A) Estilos de comportamiento interpersonal.

- 1. Estilo pasivo o sumiso:** La persona con un estilo de comportamiento interpersonal sumiso, no expresa sus propios sentimientos y pensamientos, o los expresa de manera ineficaz, negativa e inadecuada (excusas, sin confianza, con temor...). No ejerce sus propios derechos, no los expresa, no emite sus opiniones. Su autoestima es baja y su grado de necesidad de ser aceptado y querido por los demás es alto.
- 2.** En cuanto a la expresión de su enojo o de emociones negativas, se suele “tragar” este sus sentimientos o los expresa de manera tímida e indirecta. Si comete un error, toma la crítica como una descalificación total de su persona, puede pensar “soy un torpe” “un inútil”. Se siente culpable y se disculpa reiteradamente. Cuando desarrolla una actividad de manera exitosa, y es felicitado o reconocido, tiene dificultad para aceptar ese reconocimiento y los toma como no merecidos.
- 3.** Se puede creer erróneamente que el estilo de comportamiento pasivo o sumiso tiene como ventaja que la persona nunca se va a meter en problemas interpersonales; pero tras esta posibilidad, está la gran probabilidad de que las demás personas terminen aprovechándose, burlándose, no tomándola en cuenta o maltratándola frecuentemente.
- 4. Estilo hostil o agresivo:** La persona con un estilo de comportamiento interpersonal agresivo expresa sus sentimientos, ideas y pensamientos, sin respetar a los demás, emitiendo normalmente conductas agresivas directas (insultos, agresión

física) o indirectas (comentarios o bromas sarcásticas, ridiculizaciones). Sólo tiene en cuenta sus propios derechos.

En cuanto a la expresión de su enojo o de emociones negativas, estas personas responsabilizan y culpabilizan a los demás, de lo que les ocurre o de lo que sienten; todos son culpables, menos ellos. Toman como personal las críticas y agreden como respuesta inmediata. Ante una felicitación o reconocimiento, tiene dificultades para aceptarlo, pues lo suelen tomar con suspicacia y recelo.

La persona con un estilo de comportamiento agresivo por lo general y temporalmente, consigue con frecuencia lo que requiere, pero a costa de deteriorar la relación interpersonal. Sus resultados son más aprovechados frente a personas de estilo pasivo o sumiso.

5. **Estilo asertivo:** La persona con un estilo de comportamiento interpersonal asertivo expresa directamente sus sentimientos, ideas, opiniones, derechos, etc., sin amenazar, castigar o manipular a otros. Respeta los derechos de los demás y hace que se respeten los suyos. Estas habilidades le permiten ser objetivo y respetuoso consigo mismo y con los demás.

La persona con un estilo de comportamiento interpersonal asertivo, expresa sus sentimientos adaptativamente y se responsabilizan por ellos; frente a las críticas, las toman simplemente como la opinión de otra persona. Si comete un error, lo acepta y se disculpa honestamente. Si no, reafirma su punto de vista y su versión de manera pausada y tranquila. Acepta las felicitaciones por la tarea cumplida y sabe otorgar reconocimiento a los demás cuando realizan una buena acción.

La persona con un estilo de comportamiento interpersonal asertivo, consigue sus objetivos dentro de un clima de cordialidad y fortalecimiento de las relaciones interpersonales. Mantienen un alto nivel de autoestima y ayudan a que los demás también lo tengan. Es necesario, tener en cuenta que existen algunas excepciones para el estilo asertivo, y es cuando se encuentra en riesgo nuestra propia vida o la de los demás.

B) Derechos asertivos básicos:

Todos, por el simple hecho de ser personas, tenemos una serie de derechos que nos permiten gozar de comodidad, tranquilidad y tomar decisiones libremente. A veces el fracaso en las relaciones personales, se produce por desconocimiento de esos derechos. Lo que no hay que olvidar, es que nosotros tenemos derechos, pero los demás gozan también de los mismos derechos. Podemos actuar libremente en tanto no colisionemos con los derechos de los otros. Desconocer nuestros derechos o no saber defenderlos, nos hace vulnerables a los demás, nos provoca sentimientos de malestar y pasividad. No respetar los derechos de los demás y solo exigir los nuestros nos hace agresivos, desconsiderados, egocéntricos; este es el caso del comportamiento **agresivo**.

En la vida cotidiana, nos encontramos siempre con personas que suelen ser manipuladoras. Estas personas intentan imponer su visión del mundo y su forma de hacer las cosas; se aprovechan de una relación estrecha y afectuosa para satisfacer sus necesidades, sin importarle en absoluto los sentimientos de la otra persona. Para detectar la manipulación y saber quién manipula, analiza lo que sientes cuando estás con esa persona: ¿Miedo? ¿Culpa? ¿Vergüenza? ¿Aprensión? ¿Inseguridad? ¿Repulsión? ¿Pensar que eres un tonto o un inútil? ¿Intenso afecto inmotivado? Una relación normal no debe producirte emociones negativas y sentimientos demasiado positivos con alguien a quien acabas de conocer, eso resulta

sospechoso. Una persona intenta manipularte cuando te sugiere o dice lo que tienes que hacer de tal forma que se beneficie más que tú.

Quien desee decir NO y ser asertivo, debe partir del conocimiento y reconocimiento de los derechos asertivos básicos; sólo así podrá respetarlos y reclamarlos como derechos.

Ficha: Derechos asertivos básicos

Nº	DERECHOS ASERTIVOS BÁSICOS
01	Derecho a ser tratado por los demás con respeto y dignidad.
02	Derecho a poder expresar libremente nuestros sentimientos y opiniones.
03	Derecho a tomar nuestras propias decisiones, aún a riesgo de equivocarnos.
04	Derecho a satisfacer nuestras propias necesidades siempre y cuando con ello no perjudiquemos a los demás.
05	El derecho a cambiar.
06	El derecho a cometer errores.
07	El derecho a gozar y a disfrutar.
08	El derecho a ser independiente.
09	Derecho a decir “NO” sin sentirse por ello culpable o egoísta.
10	El derecho a pedir lo que quiero, dándome cuenta que también los demás tienen derecho a decir “NO”.

III. DESARROLLO DE TEMAS

A. ESTILOS DE COMPORTAMIENTO INTERPERSONAL

1. Objetivo:

El estudiante aprenderá a identificar los estilos de comportamiento interpersonal y presentará disposición favorable al estilo asertivo.

2. Duración: 60 minutos.

3. Materiales:

- Ficha “Estilos de comportamiento interpersonal”.
- Pizarra acrílica.
- Plumones gruesos para pizarra acrílica y para papel.
- Papelógrafos.
- Lapiceros.
- Ficha: “Identificando el estilo de comportamiento interpersonal”.
- Ficha “Posibles respuestas de acuerdo con los estilos de comportamiento interpersonal”.

4. Desarrollo de la actividad:

El facilitador hace referencia a los estilos de comportamiento, entrega la ficha “Estilos de comportamiento interpersonal” y explica sobre los estilos comportamientos pasivo, agresivo y asertivo.

Ficha: Estilos de comportamiento interpersonal

ESTILO PASIVO	ESTILO AGRESIVO	ESTILO ASERTIVO
Características: No expresa sus pensamientos, sentimientos, ni sus necesidades, si atropellan sus derechos cree que su suerte es así. y si lo hace, suele ser dubitativo, temeroso. La persona con este estilo cree que está pidiendo un favor cuando en realidad se trata de reclamar un	Características: Tiende a expresar sus pensamientos, sentimientos y sus necesidades sin importarle si atropella los derechos de los demás o los hiere innecesariamente. Sus pedidos suelen darse pero en forma impositiva e intimidatoria, con verbalizaciones negativas hacia las personas, sarcasmo y humillaciones.	Características: Expresa sus pensamientos, sentimientos y sus necesidades en el momento y lugar oportuno. No agrede a los demás, ni permite que pisoteen sus derechos. Sus verbalizaciones son positivas, toma en consideración el sentimientos de los otros.

derecho.	Nunca pide por favor.	
Conducta verbal: <i>"No importa"</i> <i>"Como tú quieras, está bien"</i> <i>"Bueno, lo que tú digas"</i> <i>"Yo...nosotros..... pensamos, si se puede....."</i> <i>"Podría de repentesi no se puede no se preocupe....."</i> <i>....."</i>	Conducta verbal: <i>"Yo lo quiero así, porque sí, hazlo o no eres capaz ni siquiera de eso"</i> <i>"Tráeme ese tajador..... rápido pues..... o no quieres hacerlo"</i> <i>"Por tu culpa....."</i> <i>"Más te vale que"</i> <i>"Eres un....."</i> <i>"Pareces....."</i> <i>"Deberías de"</i>	Conducta verbal: <i>"Yo pienso que"</i> , <i>"Comprendo que tú..... pero yo....."</i> , <i>"¿Qué piensas de?"</i> , <i>"Qué te parece si?"</i> , <i>"¿Tú qué opinas de?"</i> , <i>"A mí me gustaría..."</i> ,

ESTILO PASIVO	ESTILO AGRESIVO	ESTILO ASERTIVO
Conducta no verbal: Tono de voz bajo, evita el contacto de la mirada, titubeos, postura corporal hundida, expresión facial de temor y/o inseguridad, movimientos corporales nerviosos o torpes.	Conducta no verbal: Tono de voz elevado, discurso rápido y atropellado. Mirada fija, agresiva, amenazante. Postura corporal tensa, gestos enérgicos y amenazantes.	Conducta no verbal: Tono de voz firme, discurso calmado. Busca y mantiene la mirada, postura corporal erecta, movimientos corporales serenos, asentimientos hacia los argumentos de los demás.

<p>Consecuencias</p> <p><i>A corto plazo</i>, se puede creer erróneamente que el estilo de comportamiento pasivo o sumiso tiene como ventaja que la persona nunca se va a meter en problemas interpersonales, pero tras esta posibilidad, está la gran probabilidad de que las demás personas terminen aprovechándose, burlándose, no tomándola en cuenta o maltratándola frecuentemente.</p> <p><i>A largo plazo</i>, se da la sensación de vacío, tristeza, evaluación negativa de sí mismo, impotencia, rencor, falta de control, sensación de ser manipulado, sentirse humillado, burlado, rabia hacia sí mismo o hacia los demás.</p>	<p>Consecuencias</p> <p>A corto plazo, la persona con un estilo de comportamiento agresivo por lo general, consigue lo que requiere, pero a costa de deteriorar la relación interpersonal.</p> <p>Sus aparentes ganancias, incluyen sentimiento de poder y superioridad. Sus resultados son más aprovechados frente a personas de estilo pasivo o sumiso.</p> <p><i>A largo plazo</i>, se tiene la culpa por las acciones y verbalizaciones agresivas, remordimiento, soledad, tensión en las relaciones personales, frustración, pérdida de personas importantes, el rechazo de los demás.</p>	<p>Consecuencias</p> <p><i>A corto plazo</i>, consigue sus objetivos dentro de un clima de cordialidad; aunque muchas veces la persona puede ser objeto de críticas e incluso puede ser tachado de egoísta e incomprensivo, porque siempre va a hacer respetar sus derechos, a pesar de que no vulnere ningún derecho de los otros.</p> <p><i>A largo plazo</i>, la persona se sentirá a gusto y bien consigo mismo, puesto que habrá conseguido actuar de acuerdo a sus principios y sus valores.</p> <p>Fortalecerá sus relaciones interpersonales y mantendrá un alto nivel de autoestima. Es necesario, tener en cuenta que existen algunas excepciones para el estilo asertivo, y es cuando se encuentra en riesgo nuestra propia vida o la de los demás.</p>

Luego los facilitadores escenifican (modelan) para los participantes los estilos pasivo, agresivo y asertivo.

Se otorga a los participantes la ficha “Identificando el tipo de comportamiento interpersonal” y se pide que lean atentamente cada situación narrada (el facilitador ayuda leyendo en voz alta cada caso); inmediatamente, cada participante deberá escribir en la ficha el estilo de comportamiento interpersonal del que se trata”.

Ficha “Identificando el estilo de comportamiento interpersonal”

Nº CASO	DESCRIPCIÓN	ESTILO DE COMPORTAMIENTO
01	<p>Pedro, acude a un restaurante a almorzar. La carta señalaba que el menú costaba 5.00 nuevos soles. Al finalizar su almuerzo, la dueña del restaurante le dice que el costo es de 7.00 nuevos soles.</p> <p>Ante esto, Pedro, se molesta, se pone rojo de cólera, saca de su monedero, dinero y paga los 7.00 nuevos soles.</p>	
02	<p>Roxana llega a su trabajo a la 8:00 de la mañana, cuando se dispone a dar inicio a sus labores del día, se acerca su amiga María y se produce el siguiente dialogo:</p> <p>María: “Acompañe a comprar unos panecillos para tomar desayuno”.</p> <p>Roxana: “No puedo amiga, tengo el trabajo retrasado y tengo que avanzar lo más que pueda”.</p> <p>María: “Eres mi amiga o no, sólo va a ser un rato, como si con eso te vas a morir, ¿vamos no?”.</p> <p>Roxana: Si soy tu amiga, entiendo que deseas salir a comprar con migo; pero también me gustaría que tú me entiendas, tengo que avanzar mi trabajo. No puedo ir. Gracias por entenderme.</p>	
03	<p>Víctor, llega a su casa después del colegio, y encuentra a su mama descansando (luego de haber culminado con las labores de la casa y de atender a sus dos hermanos menores); se prepara para salir a una fiesta y encuentra que su “camisa tonera” está aún sin planchar; se enfurece y dice mamá:</p> <p>“No has planchado ni siquiera mi camisa, nada haces ni nada, todo el día duermes; uno viene de estudiar y nada bueno encuentra.....; no sirves para</p>	

	nada, todo tengo que hacerlo yo; eres una Inútil”	
04	<p>Junior, se encuentra con unos amigos que conoció en un una discoteca, ellos estaban tomando licor y fumando marihuana; lo llaman y de dicen: “hola loco, en que andas; siéntate pe` tomate un traguito con tus amigos”.</p> <p>Junior que no deseaba quedarse, porque había decidido alejarse de ese tipo de amistades, luego de saludarlos cortésmente dice: “discúlpame, pero llevo prisa, no puedo quedarme”.</p> <p>A lo que le responden: “Es sólo un toque, mira que después van a venir una flacas y te vas a ganar”</p> <p>Junior insiste: “De verdad discúlpame, pero llevo prisa, no puedo quedarme”.</p> <p>Insisten: “ya ves loco, ahora te apestamos, así es la cosa....., toma con tus causas pe` o como es el asunto”.</p> <p>Junior persiste: “De verdad, discúlpame, todo está tranquilo, pero llevo prisa, no puedo quedarme”. Y se retira.</p>	
05	<p>Javier, sale por la tarde de su casa y se va a la canchita a jugar una pichanguita, culminado el partido, sus amigos le dicen “Pedro, habrá que agarrarnos a botellazos, un parcito de chelas para quitar el frio”;</p> <p>Javier, no tenía ganas de tomar cerveza y quería llegar temprano a su casa, pero se queda callado y luego en voz baja dice: “pero tengo que ir a mi <i>jato</i>..... mi <i>jerma</i> me espera” .</p> <p>Ante esto, los amigos le increpan: “Pero si casi nunca sales... no creo que seas hijito de mamá. No pareces hombrecito..... ya ven que se está calentando el agua (la cerveza)”.</p> <p>Frente a ello, Javier, se queda a tomar cerveza con sus amigos.</p>	

<p>06</p>	<p>Un domingo Juana, pide a su esposo que saliendo del trabajo compre ½ docena de cajas de leche de 1 litro. El esposo sale del trabajo y se dirige a comprar pero, se da cuenta de que el dinero no le alcanza para comprar lo pedido; así es que compra sólo un litro de leche.</p> <p>Al llegar a su casa, Juana, observa el litro de leche e inmediatamente reclama e insulta a su esposo: “Donde esta lo que falta....., no me digas que sólo eso crees que van a tragar tus hijos, eres un inútil de m....., ni siquiera eso puedes comprar; por que no te largas de una vez.....”</p>	
------------------	--	--

El facilitador pide que de manera voluntaria los participantes lean sus respuestas; luego explica, comenta y señala la respuesta correcta a cada uno de los casos. Luego propone el ejercicio siguiente, pide que los participante formen grupos de 4 a 6 personas y vuelvan a leer uno de los ejercicios; en este caso pediremos que vuelva a leer la primera parte del caso N° 01. Deberán formular ¿Cómo podría responder pedro?, si su estilo de comportamiento interpersonal fuera: pasivo, agresivo o asertivo. La respuesta se registrará en la ficha “posibles respuestas de acuerdo con los estilo de comportamiento interpersonal”. Cada grupo deberá leer en voz alta sus respuestas.

Ficha “posibles respuestas de acuerdo con los estilos de comportamiento interpersonal”

CASO	POSIBLES RESPUESTAS DE PEDRO.
Pedro, acude a un restaurante a almorzar. La carta señalaba que el menú costaba 5.00 nuevos soles. Al finalizar su almuerzo, la dueña del restaurante le dice que el costo es de 7.00 nuevos soles.	Estilo agresivo:
	Estilo pasivo o sumiso:
	Estilo asertivo:

Posteriormente, se forman grupos de 4 a 6 personas y se entrega al azar una tarjeta donde está indicado un estilo de comportamiento (pasivo, agresivo, asertivo). Un facilitador monitorea a cada grupo para que escenifiquen el estilo de comportamiento indicado en la tarjeta (entre 3 a 5 minutos por cada grupo).

Una vez que un grupo escenifica, se procede al análisis de la escenificación, en pleno, motivando la participación de los participantes, pasando a la escenificación del segundo grupo y sucesivamente hasta concluir con todos los grupos.

B. DERECHOS ASERTIVOS BÁSICOS

1. Objetivo:

El estudiante conocerá los derechos asertivos básicos, como propios y como pertenecientes también a los demás.

2. Duración: 60 minutos.

3. Materiales:

- Ficha “Derechos asertivos básicos”.
- Pizarra acrílica.
- Plumones gruesos para pizarra acrílica y para papel.
- Papelógrafos.
- Lapiceros.
- Ficha: Derechos asertivos básicos”.

4. Desarrollo de la actividad:

El facilitador explica sobre los derechos asertivos básicos y la importancia de hacerlos respetar adecuadamente. Se entrega la ficha “derechos asertivos básicos” a cada estudiante para efectuar la lectura acompañada.

Ficha: “Derechos asertivos básicos”

Nº	DERECHOS ASERTIVOS BÁSICOS
01	Derecho a ser tratado por los demás con respeto y dignidad.
02	Derecho a poder expresar libremente nuestros sentimientos y opiniones.
03	Derecho a tomar nuestras propias decisiones, aún a riesgo de equivocarnos.
04	Derecho a satisfacer nuestras propias necesidades siempre y cuando con ello no perjudiquemos a los demás.
05	El derecho a cambiar de opinión, de forma de ser.
06	El derecho a cometer errores.
07	El derecho a gozar y a disfrutar.
08	El derecho a ser independiente.
09	Derecho a decir “NO” sin sentirse por ello culpable o egoísta.
10	El derecho a pedir lo que quiero, dándome cuenta que también los demás tienen derecho a decir “NO”

Luego conforma 05 o más grupos de participantes para lo cual se puede recurrir a una dinámica, pudiendo ser “el maremoto” “agrupación por afines”. A cada grupo se le asigna un facilitador, quien monitoreará el trabajo del grupo y portará un papelógrafo y un plumón.

Se pide a cada grupo que discuta sobre uno de los derechos asertivos básicos, deberán escribir en el papelote, las conclusiones de la discusión, es decir, deberán colocar como ellos entienden el derecho analizado, de ser posible deben colocar ejemplos de la defensa de dicho derecho o de su vulneración.

Cada grupo designará un secretario quien presentará y explicará el papelógrafo en plenario. Un facilitador efectuará una conclusión de la dinámica y efectuará las conclusiones globales del taller incidiendo en la aplicación de lo aprendido al entorno familiar y laboral.

SESIÓN X

ASERTIVIDAD II: ESTRATEGIAS ASERTIVAS

I. METODOLOGÍA:

COMPETENCIA A ADQUIRIR	MÉTODOS Y TÉCNICAS	DURACIÓN
<u>Saber conocer</u> (Información): Los participantes conocen estrategias y técnicas asertivas que le permiten hacer respetar sus derechos.	- Exposición de información.	60 minutos incluido información y evaluación de la sesión.
<u>Saber hacer</u> (Técnicas y destrezas). Los participantes manejan técnicas para desarrollar comportamiento asertivo, evitando ser objeto de manipulación.	- Role play. - Modelado. - Reforzamiento. - Resolución de problemas. - Clima de relación. - Contexto facilitador. - Actividades colaborativas.	
<u>Saber ser.</u> (Actitud). Los participantes evidencian actitudes favorables, hacia el estilo de comportamiento asertivo y lo valoran como comportamiento adaptativo.	- Discusión de grupos. - Dinámica de grupos. - Pensamiento reflexivo.	

II. INFORMACIÓN:

La asertividad nos ayuda a hacer lo que deseamos hacer, sin vulnerar los derechos de los demás y sin dejar que vulneren nuestros derechos. Como se pudo ver en la sesión anterior; es nuestro derecho:

1. Ser tratado por los demás con respeto y dignidad.
2. Poder expresar libremente nuestros sentimientos y opiniones.
3. Tomar nuestras propias decisiones, aún a riesgo de equivocarnos.
4. Satisfacer nuestras propias necesidades siempre y cuando con ello no perjudiquemos a los demás.
5. A cambiar cuanto queramos, siempre y cuando con ello no afectemos a los demás.
6. A cometer errores.

7. A gozar y a disfrutar.
8. A ser independiente.
9. A decir “NO” sin sentirse por ello culpable o egoísta.
10. A pedir lo que quiero, dándome cuenta que también los demás tienen derecho a decir “NO”.

A menudo nuestro estilo de comportamiento interpersonal como es el estilo sumiso o pasivo, el agresivo, o la presión del grupo nos obliga a hacer cosas y a realizar comportamientos que no deseamos; aun a sabiendas de que son equivocados. Muchos participantes, cuando regresan a un ambiente agresivo, señalan que algunas amistades, lo involucraron en el evento que no pudieron decir no cuando le ofrecieron un participar. Este tipo de actitud, denota falta de madurez, falta de habilidades sociales, ausencia de fortaleza para mantenerse en sus creencias y principios.

La presión de grupo, puede ser contrarrestada fácilmente, mediante estrategias sencillas y prácticas que ayudan a que la persona haga respetar sus derechos de manera firme, y a la vez sin agredir o vulnerar la integridad de los demás. La presión de grupo es más peligrosa, cuando la persona se siente dependiente o demasiado identificada con el grupo, cuando le afecta significativamente lo que ellos piensen de su comportamiento, cuando teme por su integridad frente al grupo.

Pero la presión de grupo no siempre es negativa. No siempre que nos intentan persuadir es para hacer algo malo; a veces los otros pueden tener razón y tratar de indicar nuestros errores para hacer algo sobre ellos. También puede haber presión para realizar grandes hazañas positivas para nosotros y para los demás.

Por eso, para responder a los intentos persuasivos hay que:

- Escuchar cuidadosamente lo que la otra persona nos dice.
- Comparar lo que deseamos hacer nosotros con lo que quiere la otra persona.
- Analizar si lo que nos piden o insinúan es dañino para nosotros o para los demás.

- Decidir por uno mismo lo que se desea, respetando nuestros derechos y los de los demás.
- Comunicar nuestra decisión. Si decidimos no hacer lo que nos piden debemos rechazar la propuesta de forma clara y sencilla. Para ello, es importante poseer la habilidad para decir “no” e imponer unos límites a las actuaciones de los demás si es necesario.

Es necesario que los participantes recuerden siempre que:

1. La presión ejercida por el grupo es un posible factor asociado al inicio de situaciones de riesgo y a la conducta agresiva.
2. La presión del grupo y las conductas perjudiciales como beber alcohol, fumar, son puertas de acceso a romper las normas sociales.
3. El grupo o las amistades dañinas, también usan estrategias para intentar convencer de que se haga lo que ellos desean. Por ello, es importante que el individuo las conozca ya que así le será más fácil darse cuenta cuando le estén intentando convencerlo.

III. DESARROLLO DE LOS TEMAS

A. PRESIÓN DE GRUPO Y REINCIDENCIA EN EL BULLYING

1. Objetivo

Los participantes Identifican estrategias manipulativas del grupo para presionar hacia comportamientos agresivos

2. Duración: 60 minutos.

3. Materiales:

- Ficha “Estrategias manipulativas para intentar convencernos”.
- Ficha: “Escenas para el intento de manipulación”.
- Pizarra acrílica
- Plumones gruesos para pizarra acrílica
- Lapiceros

- Equipo de música
- CD de música instrumental

4. Desarrollo de la actividad:

El facilitador explica a los participantes que, en la vida existen amigos buenos que nos ayudan a crecer y a ser cada vez mejores y amigos nocivos, que nos llevan por el mal camino y siempre nos meten en problemas. Prueba de ello, se tiene, la versión de muchos participantes cuando narran que se mantienen su conducta agresiva por que no pudieron decir “NO”, a la presión del grupo. En la mayoría de indisciplinas, siempre encontramos “amigos” que nos convencieron a participar, o a los cuales convencimos.

La presión del grupo o de quienes se hacen llamar nuestros “amigos”, para algunas personas es tan fuerte, que se sienten incapaces de decir que no o de dejar en claro su propia posición y pensamiento. El grupo o los “amigos” indisciplinados tienen estrategias que hacen aún más difícil llevarle el contrario o negarnos a hacer caso. Estos atacan directamente a la autoestima, a la confianza o directamente a la propia amistad. “En nombre de la amistad, tantos abusos y manipulaciones se pueden cometer”.

A continuación, se describen las estrategias más comunes que el grupo o algunas malas amistades utilizan para intentar convencernos de hacer cosas arriesgadas, indebidas; en contra de nuestros pensamientos, creencias y convicciones.

Ficha: Estrategias manipulativas para Intentar convencernos

ESTRATEGIA	EJEMPLOS
Ridiculizar	"Eres una niña" "No le ruegues, lo que pasa es que es gallina"
Retar	"A que no la haces" "No eres capaz, eso es para grandes"
Halagar	"Con lo inteligente que eres, no te costaría nada" "Eres bueno en el asunto, por eso te buscamos"
Amenazar	"Como no lo hagas, dejaremos de ser tus amigos"
Prometer recompensas	"Si lo haces, vamos a medias" "Está botado el trabajo, tú lo repartes"
Insistir	"Vamos, ven con nosotros. Di que sí. Ven. Vamos, ánimo. Ven...." "Es la última que te pido, vamos"
Engañar	"Yo ya lo he hecho antes y no pasa nada" "Ya lo has hecho antes, ese trabajo es seguro, no va a pasar nada".

El facilitador, pide que los participantes lean y analicen la Ficha: "Estrategias manipulativas para intentar convencernos"; luego forma grupos de 4 a 6 personas, quienes tendrán que realizar un ensayo conductual, es decir escenificar, guiándose de la Ficha: "Escenas para el intento de manipulación". El facilitador asigna la representación al azar. En la escenificación, un grupo de amigos tratará de convencer a uno de los participantes para que realice alguna conducta indebida, para ello utilizarán todas las estrategias de la ficha leída. La respuesta del participante abordado, siempre deberá ser negativa.

Ficha: Escenas para el intento de manipulación

Nº	ESCENA
01	Amigos, que intentan convencernos de agredir a otro.
02	Amigos, que intentan convencernos de robar un cuaderno, o una mochila.
03	Amigos que intentan convencernos de salir y tener relaciones con una prostituta.
04	Amigas que intentan convencernos para llevar drogas en el aula de clases.
05	Amigos que intentan convencernos de que le prestemos nuestro celular.
06	Amigos que intentan convencernos de quedarnos un tono a seguir tomando licor.

Al finalizar cada escenificación, los participantes expondrán en el plenario, que sintieron ante la presión y que tan difícil les fue negarse ante la presión del grupo. El facilitador comenta, que es común este tipo de presión y motiva a que los participantes narren experiencias personales en los cuales se han sentido presionados por algunas amistades. Cierra el ejercicio, dejando en claro que las personas deben hacer siempre lo que desean y lo que piensan, claro está, sin dañar a otras personas; eso demuestra madurez y respeto por sí mismas.

B. DECIR NO

1. OBJETIVO

Los participantes aprenden estrategias para hacer frente a la presión de grupo y decir no a la posibilidad de agredir a su compañero

2. Duración: 60 minutos.

3. Materiales:

- Ficha “Estrategias manipulativas para Intentar convencernos”.
- Pizarra acrílica.
- Plumones gruesos para pizarra acrílica.
- Lapiceros.
- Equipo de música.
- CD de música instrumental.
- Ficha “Escenificaciones 01, 02, 03, 04, 05”.
- Lapiceros
- Dado.
- Gorro.
- Lentes oscuros.

4. Desarrollo de la actividad:

Cuando una persona ha tomado la decisión de no volver a cometer una indisciplina, es importante que posea la habilidad para comunicar a los demás este hecho e imponer límites a los demás si es necesario; para ello es importante que determinen:

- El momento indicado para hacerlo.
- El lugar adecuado.
- Las expresiones verbales correctas: expresión directa, sin rodeos; mensajes “yo”, breve y claro, utilizar modismos del tipo: “lo siento, pero no voy a tomarlo”, “te importaría dejar de meterte conmigo”.
- Las expresiones no verbales, lenguaje corporal asertivo (tono de voz firme y tranquila, contacto ocular, distancia cercana al interlocutor). Se trata de decirlo de forma amable, respetuosa y positiva, sin ser autoritario.

El facilitador hace referencia a la presión del grupo (amigos, familia) y su influencia en la reincidencia en la agresión. Pide a los participantes que revisen nuevamente la ficha “Estrategias manipulativas para Intentar convencernos” y explica sobre los argumentos que utilizan las personas que ejercen presión para convencernos de que hagan lo que deseamos. Se resalta la importancia de que cada persona conozca estos argumentos o estrategias para que se dé cuenta cuando le estén intentando convencer o presionar.

Comenta que existen algunas técnicas para hacer frente a la presión de grupo y a la presión de amigos o familiares; y que es necesario que los participantes las aprendan para poder utilizarlas en la vida cotidiana. Estas técnicas tienen el nombre de “Sencillamente di NO”, “Disco rayado”, “Para ti, para mí”, “Banco de niebla” y “Decir no sin tener amigos”.

Se forman grupos de 4 a 6 personas con los participantes designándolos con números. Se les entrega materiales para complementar su atuendo (gorro, teléfono celular y lentes oscuros) y con ello escenifique alguna estrategia de presión que con ellos han utilizado algunas personas para que vuelvan a agredir. Un facilitador apoyará a cada grupo. Las víctimas de la presión de grupo pueden utilizar cualquiera de las técnicas antes mencionadas y que se encuentran en las “fichas de escenificaciones”.

Ficha: “Escenificaciones – 01”

“SENCILLAMENTE DI NO”
<p><u>Descripción:</u></p> <p>Consiste sencillamente en decir “No” ante cualquier presión, para que nadie nos manipule. La palabra “sencillamente” se refiere a que no hace falta darle muchas vueltas para decir ciertas cosas, ya que <i>basta con un NO</i>. No hay que ponerse a discutir ni y enfadarse con el grupo.</p> <p><u>¿Cómo hacerlo?</u></p>

- Decir que NO: un no sencillo y firme.
- Si la otra persona insiste en su petición, continuar diciendo una y otra vez que No, empleando nuevas fórmulas: No, Que va, Ni hablar, Eso ya no, Que no, etc.

Ejemplo:

“Hola brother, vamos, quitarle su recreo a luchito”

NO, ALLÍ NO MAS

“¡Venga, vamos a es lorna!”

“NO GRACIAS”

“¡No tengas miedo todos lo agarran de gil!”

“LO SIENTO. NO ME INTERESA...”

“¡Ya pues, no te tires, si sé que no trajiste nada!”

“PERDONA, PERO MEJOR NO”

“Esa *mochila* está botada, no seas tonto, como vas a desaprovechar!”

“NO, DE VERDAD, TE AGRADEZCO, NO ME INSISTAS”

“Pero si no va a pasar nada, ¡anímate! Tu eres bueno en eso, vamos”

“MUY BIEN, PERO DECIDÍ QUE YA NO....”

“¿Es que vas a quedar ante los patas como mariquita?”

“TE AGRADEZCO, PERO ENTIÉNDEME HERMANO. NO”

Ficha: “Escenificaciones – 02”

“DISCO RAYADO”
<p><u>Descripción:</u></p> <p>“Disco rayado”: Consiste en la repetición de las palabras que expresan nuestros deseos, pensamientos, etc., sin enojarnos ni levantar la voz y sin hacer caso de las presiones o intentos de desviación por parte de la otra persona. Es como si tuviera grabada la respuesta automática, y ¡no hay nada que hacer! ya que suscita en el otro la resignación que, ante una máquina, no vale la pena insistir pues repetirá lo grabado cuantas veces</p>

sea necesario y sin atender a nuevos mensajes.

¿Cómo hacerlo?

- Repetir la frase que exprese nuestro deseo sobre un aspecto concreto, aunque no aporte demasiadas explicaciones.
- Repetirla una y otra vez, siempre de forma serena, ante las intervenciones de la otra persona.

Ejemplo:

“Hola brother, vamos, quitarle su recreo a luchito”

“lo siento. Ya he cambiado....”

“¡Venga, vamos a es lorna!”

“Lo siento. Ya he cambiado....”

“¡No tengas miedo todos lo agarran de gil!”

“Lo siento. Ya he cambiado....”

“¡Ya pues, no te tires, si sé que no trajiste nada!”

“Lo siento. Ya he cambiado....”

“Esa *mochila* está botada, no seas tonto, como vas a desaprovechar!”

“Lo siento. Ya he cambiado....”

“Pero si no va a pasar nada, ¡anímate! Tu eres bueno en eso, vamos”

“lo siento. Ya he cambiado....”

“¿Es que vas a quedar ante los patas como mariquita?”

“Lo siento. Ya he cambiado....”

FICHA: ESCENIFICACIONES – 03

“PARA TI, PARA MÍ”

Descripción:

Para ti - Para mí: Es una técnica que se emplea cuando al manifestar nuestra negativa, podemos ser objeto de presiones, agresiones verbales o críticas injustas para intentar manipularnos. Cuando la empleamos conseguimos dos cosas: no enfadarnos cuando otros/as nos critican, y que no se salgan con la suya.

¿Cómo hacerlo?

Partimos de una situación en la que otra persona nos hace una petición que no queremos aceptar.

Ejemplo:

Un amigo nos ofrece un “trabajito” y le manifestamos que ya no estamos en esa.

- Paso previo: **EXPLICACIÓN + DECISIÓN.**
"No, ya me retiré, gracias".
- Ante cualquier insulto o crítica injusta que nos dirija el otro, por ejemplo: "eres un cobarde, no te atreves"
 - Primer paso: **PARA TI** + (Repetir lo que dijo la persona que critica):
"Para ti seré un cobarde".
 - Segundo paso: **PARA MÍ** + (Decir algo positivo de uno/a mismo/a):
"Pero para mí soy una persona que ha aprendido a valorar su libertad."

Repetir el proceso el tiempo que sea necesario.

Ficha: Escenificaciones – 04

“BANCO DE NIEBLA”

Descripción:

Banco de niebla: Es una técnica que se emplea cuando al manifestar nuestra negativa, podemos ser objeto de presiones, agresiones verbales o críticas injustas para intentar manipularnos. Consiste en reconocer la razón o posible razón que pueda tener la otra persona, pero expresando la decisión de no cambiar nuestra conducta. Es huir del riesgo, sin atacar demasiado al que te dice u ofrece algo. De algún modo, se trata de no entrar en discusión.

¿Cómo hacerlo?

- No entrar en discusión sobre las razones parciales, que incluso pueden ser aceptables.
- Dar la razón a la otra persona: reconocer cualquier verdad contenida en sus declaraciones cuando nos propone algo que no nos parece conveniente, pero sin aceptar lo que propone.
- Dar la razón y la posibilidad (sólo la posibilidad) de que las cosas pueden ser como se nos presentan. Utilizar expresiones, tales como: “Es posible que...”, “Puede ser que...”.
- Después de reflejar o parafrasear lo que acaba de decir la otra persona, podemos añadir a continuación una frase que exprese nuestro deseo de no volver a agredir: “pero lo siento, no puedo hacer ese trabajo”, “...pero no gracias”, “...pero prefiero no hacer ese trabajo, gracias hermano”.

Ejemplo:

“ ¡ Hola brother, vamos, quitarle su recreo a luchito!”
“**Puede ser que tengas razón, pero prefiero no participar**”
“ ¡ Venga vamos a quitarle!”
“**Si, puede ser que yo sea un cobarde, pero no**”
“Si varios lo hacen, vamos, a quitarle”
“**Es posible que todo esté arreglado, pero no**”

“Pero si no va a pasar nada, qué pasa, recuerda los tiempos”
"Es posible que tengas razón y no pase nada, pero no gracias"
“ ¿Es que nos vas a dejar a tus patas con el plan? Te necesitamos”
“Puede que tengas razón, pero no, ya me retiré, de verdad, gracias”

Ficha: Escenificaciones – 05

“DECIR NO SIN PERDER AMIGOS”

Descripción:

“**DECIR NO SIN PERDER AMIGOS**”: Esta técnica consiste en **DECIR NO** ante cualquier petición que no nos agrade y decir un **No** claro, firme y sin excusas. ¿Cómo hacerlo?

Repetirlo las veces que sean necesarias (emplear nuevas fórmulas de “decir NO” o utilizar el “disco rayado”):

Si al manifestar nuestra negativa, la persona que nos intenta convencer, utiliza la agresión verbal y la crítica injusta para intentar manipularnos, podemos utilizar la técnica “Para ti / Para mí” o la técnica “Banco de niebla”:

Ejemplo:

“Hola brother, vamos, quitarle su recreo a luchito”

NO, Gracias

“¡Venga, vamos a es lorna!”

“Lo siento no me interesa

“¡No tengas miedo todos lo agarran de gil!”

“Que te parece si mejor hacemos apuesta a ver de aquí a un mes a quien le va mejor....”

Si nos insisten intentando obligarnos, dejar de dar respuestas, marcharnos.

Concluidas las escenificaciones se solicita la opinión de los participantes de los grupos pares, observantes, sobre el modo en que dramatizaron el afrontamiento de la situación de presión y qué hubieran hecho ellos en su lugar. Luego se pide a los participantes que dramatizaron que comenten con el grupo cómo se han sentido al decir NO, si ha sido difícil, si en la vida real es posible actuar del mismo modo.

El facilitador general efectuará las conclusiones globales del taller incidiendo en la aplicación de lo aprendido al entorno amical y familiar.

SESIÓN XI

MANEJO DE LÍMITES EN CASA

I. METODOLOGÍA.

COMPETENCIAS	MÉTODOS Y TÉCNICAS	DURACIÓN
<p><u>Saber conocer (Información):</u></p> <p>Los participantes construyen en conjunto herramientas para desarrollar la confianza en los miembros del grupo</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Exposición - Presentación de la información. 	<p>60 min.</p> <p>Incluida información y evaluación de salida.</p>
<p><u>Saber hacer (Técnicas y destrezas).</u></p> <p>Que los participantes a través de estrategias experimenten compromisos de comportamientos entre ellos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Juego de roles - Reforzamiento. - Modelado(video) 	
<p><u>Saber ser. (Actitud).</u></p> <p>Que los participantes adopten conductas pacíficas y con límites claros en la consecución de sus objetivos propuestos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Análisis crítico de casos. - Discusión de grupos en plenario 	

II. INFORMACIÓN.

III. DESARROLLO DE LOS TEMAS.

A. Ser la jefa o el jefe

1. Objetivo:

Que los participantes adquieran recursos para manejar sus emociones frente a la dirección de un grupo.

2. Duración: 30 minutos

3. Materiales: Hojas bon

4. Desarrollo de la actividad:

Dar oportunidad a diferentes niños y niñas de ser la jefa o jefe de la clase. La jefa o el jefe, puede darle a alguien cualquiera de las instrucciones de la siguiente lista:

Salten tres veces.

Reciten "los pollitos dicen". Denle una vuelta a su pupitre. Saluden a...

Aleteen como un pájaro. Digan tres veces su nombre. Denle la mano a...

Froten su estómago y dense golpecitos en la cabeza al mismo tiempo.

Discusión:

¿Cómo te sentiste al ser la jefa o el jefe?

¿Cómo te sentiste al ser mandado o mandada?

¿Cómo sería ser mandado o mandada todo el tiempo?

¿Podría la jefa o el jefe hacer enfadar a las personas con ella o él?

¿Cómo?

¿Qué habría pasado si alguien se hubiera negado a ser mandado o mandada?

B. El código de conducta personal

1. Objetivo:

2. Duración: 15 minutos

3. Materiales:

Lapiceros

Plumones

Papelotes

4. Desarrollo de la actividad:

Invitar a las alumnas y a los alumnos que escriban tres finales para las siguientes frases incompletas:

En situaciones frustrantes, yo intentaré.

Cuando me sienta enfadado o enfadada y agresivo o agresiva, intentaré.

Cuando esté en una situación de conflicto, intentaré . . .

Discusión:

¿Qué escribieron?

¿Cómo llegaron a esas decisiones?

¿Qué significa desarrollar un código personal de conducta?

¿Qué tipo de compromisos implica?

¿Será fácil o difícil seguir el código?

3.2.2. Recomendaciones metodológicas

Método

El programa de intervención “Programa de habilidades sociales contra la depresión en el adulto mayor”, es un instrumento flexible, una pauta y guía

para el trabajo de los profesionales, que puede ser modificado de acuerdo con las condiciones y experiencias del campo. Se orienta al enfoque cognitivo conductual, para lo cual hace uso de un modelo clínico y se apoya con elementos de la psicología clínica y de la psicología social.

El desarrollo de cada sesión está estructurado en sesiones grupales, bajo la modalidad de taller, en grupos de mínimo 20 y máximo 30 participantes; el mismo que de acuerdo al tema podrá tener la siguiente secuencia:

- a. Motivación.
- b. Información.
- c. Representación de modelos funcionales.
- d. Ejecución de comportamientos por parte de los participantes.
- e. Análisis y discusión

Duración:

El programa consta de 12 sesiones, la que incluye: 01 sesión introductoria y la evaluación de entrada, 10 sesiones de desarrollo de talleres y 01 sesión de evaluación final.

Cada sesión tendrá una duración de 60 minutos; siendo las sesiones semanales. Durante el mes se desarrollará cuatro sesiones.

Técnicas y Estrategias

Las técnicas de intervención para el programa incluyen componentes de entrenamiento en habilidades sociales, habilidades cognitivas específicas y laborales. Todas estas técnicas pretenden fomentar el desarrollo cognitivo y conductual que les permitan enfrentarse a problemas cotidianos con sus propios recursos, habilidades, y que les ayuden sobre todo a enfrentar funcionalmente situaciones problemáticas. Dentro de las técnicas a utilizar se encuentran:

- a. Técnicas conductuales.** En el presente programa se utilizarán estas técnicas para la instauración y fortalecimiento de conductas positivas que

coadyuven a la no incidencia en el maltrato e intimidación (bullying) entre escolares

Modelado e imitación: Consiste en el aprendizaje por medio de la observación. Se expone al sujeto, a modelos que muestran correctamente la habilidad o conducta objetivo del entrenamiento, para luego, dejar que el estudiante practique la conducta observada en el modelo.

Role-playing: Consiste en la representación que realiza el estudiante de la habilidad o conducta a aprender; en un contexto simulado, controlado y estructurado, que le permite adquirir confianza y seguridad, reduciendo la posibilidad de fracaso para incorporar realmente las habilidades entrenadas a su repertorio y ponerlas en práctica en situaciones reales.

Reforzamiento: Estímulo inmediatamente posterior a la emisión de la habilidad o conducta, que motiva a al estudiante a volver a emitir la habilidad reforzada. El reforzamiento puede ser material, social o el auto refuerzo.

Economía de fichas: Consiste en establecer un sistema de refuerzos diferido, mediante la utilización de fichas, para premiar las conductas que se desean establecer. Los participantes pueden ser recompensados con fichas que posteriormente serán intercambiadas por reforzadores materiales y/o sociales que, en un principio se han acordado con el grupo.

b. Técnicas cognitivas

Estas técnicas no inciden directamente sobre la conducta o habilidad sino en los procesos cognitivos y emocionales que subyacen en la misma. Si se modifican las creencias cognitivas erróneas, el sujeto podrá desplegar sus habilidades sociales.

- **Reestructuración cognitiva.** Consiste en un conjunto de estrategias que ayudan al sujeto a percibir e interpretar el mundo que le rodea de una manera más adaptada. Se intenta que el sujeto sea consciente de los

errores y distorsiones cognitivas que comete para controlar sus auto verbalizaciones y pensamientos negativos.

- **Técnicas de relajación.** En la medida en que el estudiante sea capaz de reducir la ansiedad y, por tanto, controlar la activación fisiológica que la acompaña, estará en disposición de modificar sus pensamientos y de afrontar nuevas conductas. La relajación puede además ser muy útil para controlar respuestas asociadas a emociones negativas fuertes como la ira y la agresividad.
- **Entrenamiento en resolución de problemas interpersonales.** Esta técnica tiene como objetivo general el ayudar a solucionar problemas, a tomar decisiones y decisiones acertadas. Sus objetivos específicos abarcan, ayudar a las personas a reconocer un problema en el momento en que comienza a presentarse, inhibir la tendencia a responder a una situación problema de forma impulsiva, facilitar una amplia gama de posibles respuestas adecuadas a la situación y establecer un procedimiento para escoger la respuesta más adecuada al problema presentado. El resultado será una mayor eficacia para hacer frente a los problemas así como una reducción de las posibles respuestas emocionales (como la ansiedad) asociadas a éstos.

c. Técnicas de animación sociocultural.

Son el conjunto de prácticas sociales que tiene como finalidad estimular la iniciativa y la participación de las personas en el proceso de su propio desarrollo y en la dinámica global de la vida social y política en que están integradas.

El término "animación" alude a dinamización, activación y puesta en marcha; el término "social" hace referencia al trabajo con grupos de personas, comunidades o sectores sociales y "culturales" a la construcción social

que envuelve la organización, la vida y las interacciones de los grupos humanos y las sociedades en que se inscriben.

La animación, hace referencia a la promoción de los grupos humanos y de las personas, a través de la práctica social crítica y la participación de los/as ciudadanos y ciudadanas.

d. Técnicas de control del entorno de aprendizaje.

Las características del ambiente son importantes para el aprendizaje, entrenamiento y mantenimiento de las conductas sociales, por ello su control resulta imprescindible durante esta fase.

- **Clima de relación.** Cualquier entrenamiento en habilidades de relación interpersonal debe producirse en un contexto acogedor en el que todos los participantes se sientan respetados, apoyados y aceptados.
- **Actividades colaborativas.** Las dinámicas de grupo, las actividades que impliquen la distribución de funciones y responsabilidades y la necesidad de lograr el consenso grupal ayudan a poner en práctica numerosas habilidades de relación. Las metas compartidas y el éxito logrado entre todos son una de las mejores recompensas del esfuerzo grupal.
- **Contexto facilitador y reforzante.** Un contexto en el que las habilidades sociales y de relación interpersonal sean valoradas y premiadas favorecerá en los participantes el interés por adquirir y poner práctica las mismas.

Evaluación del Programa

a) Evaluación de Ingreso:

Cada participante contará a su ingreso, con una evaluación realizada por los profesionales, la misma que será parte de su legajo personal. Esta evaluación comprenderá:

Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage.

Además es necesario contar una ficha técnica psicosocial del programa, en dicha ficha se deberá registrar sus datos: Nombres y apellidos del participante.

b) Evaluación de salida

Al finalizar el programa de intervención, se evaluará al participante con el instrumento que permitan evaluar la eficacia del programa.

3.2.3. Validación de la propuesta realizada

Se validación se realizó a través del criterio de expertos, es decir la validación con juicio de expertos, los cuales fueron tres psicólogos con grado de Maestría que verificaron las sesiones y validaron el mismo para su aplicación.

CONCLUSIONES

El programa cognitivo conductual ha producido efectos altamente significativos, disminuyendo la depresión en los adultos mayores con una significancia bilateral de .000 a un nivel de $p < .01$.

En el promedio del pre test se obtuvo 11.70 y en el post test 3.97 notándose la disminución significativa del mismo.

Antes de la aplicación del programa cognitivo conductual, el 83% tiene depresión y el 17% una probabilidad de sufrir esta sintomatología.

Se evidenció que después de la aplicación del programa cognitivo conductual, el 87% no presenta depresión, lo que indica que el tratamiento hizo efectos, así mismo, el 13% aún tiene probabilidad de tener depresión.

RECOMENDACIONES

- A las autoridades del ministerio de salud de la región Lambayeque, que ya cuentan con datos específicos de los niveles de depresión y sobre los efectos del programa de habilidades sociales en la depresión, puedan desarrollar alternativas de solución frente a este problema latente de salud.
- Realizar futuras investigaciones que puedan aportar estrategias de intervención de diversas corrientes psicológicas adaptándolas según sus resultados de la población en estudio, con el objetivo de mejorar la depresión, colaborando de esta forma con la salud del adulto mayor que esta vulnerable.
- Desarrollar actividades de sensibilización con la población, incentivándolos a participar activamente en la promoción de habilidades sociales que les permita interactuar de manera adecuada, además promover su participación organizada en la erradicación de la discriminación en la población.
- Empoderar a los padres e hijos, asesorándolos en el desarrollo de las adecuadas formas de interacción y comunicación, así como el conocimiento y abordaje de las diversas manifestaciones de la en el adulto mayor.
- Implementar estrategias y programas de convivencia saludable y sistemas de apoyo al adulto mayor.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Becerra, M. (2012). *Psiquiatra y Psicogeriatría Profesora del Depto. De Salud Mental y Psiquiatría*. Facultad de Medicina UNAM
dra.becerraconsultorio@hotmail.com
- Beck, A. (1967) *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. Nueva York: Harper & Row.
- Beck, A. (1976) *Cognitive therapy and the emotional disorders*. Nueva York: International Universities Press.
- Beck, A. (1991) *Cognitive therapy: A 30-year retrospective*. American Psychologist, 46, 368-375.
- Características Sociodemográficas del Adulto Mayor (INEI) 2012. *Primera Encuesta Sensal a Adultos Mayores*. Lima, Perú.
- Freud. S. (1035) *Teorías de la Personalidad- Depresión*. Citado por Boerre G. (2002). Mexico- DF.
- INEI (2005) *Porcentaje en el Adulto Mayor*.
- Langarica. R. (1999). *La problemática del envejecimiento humano: Implicaciones y Trascendencia Psicosocio-política y Cultural*. Primera Parte. Mexico.
- La Salud Integral (2003) *Compromiso de todos*. El modelo de atención integral en salud. Lima: MINSA
- Martínez, J. Onís, M. Dueñas, R. (2018) *Versión española del cuestionario de Yesavage abreviado (GDS) para el despistaje de depresión en mayores de 65 años: adaptación y validación*. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1131-57682002001000003&script> 2011-05-30 17.
- Moreno, C. y Lopera, R. (2011) *Efectos de un entrenamiento cognitivo sobre el estado de ánimo*. Recuperado de <http://www.neurociencia.cl/docs/articulos/sub/59.pdf> 2011-05-08
- Ministerio De La Mujer Y Población Vulnerable (2013). *Cuaderno Sobre Población Vulnerable N°5*. Recuperado de http://www.mimp.gob.pe/files/mimp/especializados/boletines_dvmpv/cuaderno_05_dvmpv.pdf

MINSA (2001) *Lineamientos de política del sector salud*. 20022012. Lima: minsa; 2001.

Organización Mundial de la Salud (2013). *Datos y estadísticas. La salud mental y los adultos mayores*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/es/>

Organización Mundial de la Salud (2015). *Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud*. Estados Unidos de América. Recuperado de file:///C:/Users/Usuario1/Desktop/MAESTRIA/oms%20vejez.pdf

Programa del Plan Nacional del Adulto Mayor (2013). *Realidad del Adulto Mayor*. Ana Jara Velazques. Lima- Perú.

Santander, J. (2005) *Depresión en el adulto mayor: abordaje diagnóstico*. Revista biomédica revisada por pares *medwave*. Recuperado de abr;5(3)Link:<http://www.mednet.cl/link.cgi/medwave/puestadia/congresos/65>

Yesavage, A. Brink, L. Rose, L. (1983) *Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report*. (EEUU); 17:37-49 pp.

ANEXOS, APENDICES

ANEXO 1

ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA (EDG)

Instrucciones: Encierre en un círculo la respuesta que mejor describa cómo se ha sentido la última semana.

N°	PREGUNTA	SI	NO
1	¿Está satisfecho con su vida?		
2	¿Ha abandonado muchos de sus intereses y actividades?		
3	¿Siente que su vida está vacía?		
4	¿Se encuentra a menudo aburrido?		
5	¿Está de buen humor la mayor parte del tiempo?		
6	¿Teme que algo malo vaya a ocurrirle?		
7	¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?		
8	¿Se siente impotente con frecuencia?		
9	¿Prefiere quedarse en casa en lugar de salir y hacer otras actividades?		
10	¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de las personas?		
11	¿Le parece maravilloso estar vivo en este momento?		
12	¿Se siente inútil tal como está ahora?		
13	¿Se siente lleno de energía?		
14	¿Siente que su situación es desesperada?		
15	¿Piensa que la mayoría de las personas están mejor que usted?		

Puntuación total: _____

ANEXO 2

CONFIABILIDAD

Alfa de Cronbach	N de elementos
,708	30

VALIDEZ

Items Depresión	Índice
1	.34
2	.70
3	.40
4	.54
5	.79
6	.43
7	.55
8	.67
9	.47
10	.38
11	.80
12	.70
13	.33.
14	.36
15	.67