



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

DIVISIÓN DEL SISTEMA DE UNIVERSIDAD ABIERTA

**“DISEÑO Y APLICACIÓN DE UN TALLER DE
ENTRENAMIENTO EN ASERTIVIDAD PARA
ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS”**

INFORME PROFESIONAL DEL SERVICIO SOCIAL

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A:
EVA LUZ AGUEDA GIRÓN MONTESINOS**

**DIRECTORA:
DRA. MARIANA GUTIÉRREZ LARA**

**REVISORA:
LIC. MARGARITA MOLINA AVILÉS**

**SUPERVISORA:
LIC. REBECA SÁNCHEZ MONROY**

**INSTITUCIÓN RECEPTORA:
CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS “DR. GUILLERMO DÁVILA”
SUB PROGRAMA DE SERVICIO SOCIAL EN CLÍNICA
CLAVE: 2006 12/23 3250**



**FACULTAD
DE PSICOLOGÍA**

MÉXICO, D.F.

AGOSTO 2007



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DIVISIÓN DEL SISTEMA DE UNIVERSIDAD ABIERTA

“DISEÑO Y APLICACIÓN DE UN TALLER DE ENTRENAMIENTO
EN ASERTIVIDAD PARA ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS”

INFORME PROFESIONAL DEL SERVICIO SOCIAL

(IPSS)

EVA LUZ AGUEDA GIRÓN MONTESINOS

DIRECTORA: Dra. MARIANA GUTIERREZ LARA

REVISORA: Lic. MARGARITA MOLINA AVILÉS

SUPERVISORA: Lic. REBECA SÁNCHEZ MONROY

INSTITUCIÓN RECEPTORA:

CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS “DR. GUILLERMO DÁVILA”
SUB PROGRAMA DE SERVICIO SOCIAL EN CLÍNICA
CLAVE: 2006 12 / 23 3250

MÉXICO, DF. Agosto de 2007

ÍNDICE

RESUMEN.....	2
JUSTIFICACIÓN Y CONTEXTO.....	3
Datos de la institución.....	5
Objetivos del servicio social.....	7
MARCO TEÓRICO DE REFERENCIA.....	8
El modelo cognitivo conductual.....	8
Psicología de la salud.....	9
Técnicas de la terapia cognitivo conductual.....	11
Asertividad y habilidades sociales.....	18
Asertividad y salud.....	18
La relajación en la asertividad.....	21
Investigaciones sobre asertividad.....	22
ESTRATEGIAS METODOLÓGICAS Y O DE INTERVENCIÓN.....	26
Procedimiento.....	36
RESULTADOS OBTENIDOS.....	37
Competencias adquiridas.....	40
CONSIDERACIONES FINALES.....	44
Discusión.....	44
Limitaciones.....	50
Perspectivas de trabajo.....	50
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	52
ANEXOS.....	55

RESUMEN

El presente informe contiene los datos relacionados con la práctica realizada como pasante de Psicología en área clínica en el Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila”.

Aquí se encuentra una breve reseña y descripción de la Terapia Cognitivo Conductual y la importancia que tiene en relación a la salud, así como las técnicas que utiliza y su interrelación con otras disciplinas. Además se presentan técnicas y procedimientos utilizados para lograr los objetivos preestablecidos durante la práctica clínica en el Centro antes mencionado.

Así mismo se presenta la planeación, diseño y aplicación de un taller de entrenamiento en asertividad que fue impartido en el Centro dando a conocer sus respectivos objetivos, desarrollo y resultado obtenidos.

Para la incorporación de la teoría a la práctica, en este Centro se ofrece formación académica a nivel licenciatura proporcionando al estudiante una enseñanza directa y supervisada, para desarrollar programas de investigación y al mismo tiempo ofrecer servicio psicológico a la comunidad en un segundo nivel de atención, a través de los servicios de entrevista de preconsulta, evaluación y diagnóstico al aplicar, calificar e interpretar instrumentos de medición con el respectivo manejo de expedientes.

Las prácticas además de ser supervisadas, se sustentaron en información bibliográfica, lo que implica un campo de interacción en el cual además del contacto con escenarios reales, se entra en contacto con productos de otros miembros de la comunidad científica para el estudio de una problemática determinada, demandando una serie de estrategias y habilidades de análisis y síntesis obteniendo no solo conocimiento sino maneras de razonar respecto a los productos generados en el campo de su interés.

Como resultado de estas acciones podemos asumir dos componentes importantes en el prestador de servicio social: la capacidad para la identificación de los problemas a tratar y capacidad para utilizar estrategias de solución, como un perfil general del egresado de la carrera de psicología que posee los conocimientos y habilidades básicas así como valores necesarios para planear, prevenir, diagnosticar, intervenir, evaluar e investigar en el ámbito del comportamiento, a fin de contribuir al bienestar de los individuos, y grupos con juicio crítico y compromiso social.

Se incluyen algunas recomendaciones y observaciones que pueden ser tomadas en cuenta para facilitar y mejorar el desarrollo de las prácticas.

JUSTIFICACIÓN Y CONTEXTO

EL servicio social es una actividad temporal y obligatoria que permite consolidar la formación académica, llevar a la práctica los conocimientos adquiridos, tomar consciencia de la problemática nacional, en particular de los sectores más desprotegidos y extender a la sociedad los beneficios de la ciencia, la técnica y la cultura (Facultad de Psicología, 2005).

En el servicio social es fundamental la reestructuración de los conocimientos científicos y la relación teoría-práctica, por ende es una disciplina encaminada a conocer y resolver los problemas humanos y sociales históricamente determinados, relativos a la relación entre personas, entorno, y organización social.

Para tal funcionamiento se vale de diferentes conocimientos referentes al hombre y a la sociedad, con diversas aproximaciones teóricas y metodológicas, construidas sobre un conjunto de aportaciones pertenecientes a varias disciplinas, con la intención de llegar a una visión unitaria del proceso de ayuda en las enseñanzas profesionales y de esta manera colocarlo en el contexto de un sistema organizado de servicio público, dirigido a individuos o grupos, con la tendencia a impulsar un cambio en el modo de situarse de estos frente a los problemas que los afectan, y en la relación entre exigencias descubiertas y las respuestas personales, colectivas e institucionales (op. cit.).

El proceso de beneficio del servicio social se plantea como objetivo para ayudar al individuo, al grupo y a la colectividad a utilizar de manera más adecuada los recursos necesarios para resolver su estado de necesidad; recursos que son absolutamente personales (la propia capacidad de reaccionar y de afrontar los problemas), pero también ambientales-familiares (capacidad de entrar en contacto y de utilizar las redes naturales de solidaridad sociales y de ayuda) y sociales (los recursos institucionales o colectivos organizados en servicios, estructuras y prestaciones) (op.cit.).

El profesional al encontrarse en el contexto del sistema formado por individuos y por su entorno natural y social influye sobre los diversos elementos del sistema para organizar interacciones más constructivas. A través de los proyectos de servicio social se pueden iniciar avances en las comunidades necesitadas. La importancia reside en vivir una experiencia para acercarse a los problemas sociales de México y convertirse en agentes de cambio a través de esta actividad, marcada como necesaria por la Ley de Profesiones como un requisito para obtener el título profesional. Su resultado es la adquisición de competencias, el desarrollo de herramientas y la solución de problemas (Bianchi, 1994).

El proceso de asesoría dentro del servicio social de la Facultad de Psicología está diseñado para transmitir a los alumnos el compromiso con el otro y consigo mismo, fomentándole practicar actividades que le den una estabilidad física, psicosocial y profesional como el auto- cuidado personal, el esparcimiento, la convivencia en una sociedad con grandes necesidades y problemáticas, pero que también brinda valiosas oportunidades para desarrollar la creatividad, el entusiasmo, la reflexión y la búsqueda de alternativas para un desarrollo humano pleno y mejor calidad de vida (Facultad de Psicología, 2005).

Se reconoce que las demandas sociales plantean actualmente situaciones impensables en nuestro ámbito inmediato anterior. Ahora más que nunca se requiere de una preparación profesional que asegure tanto la formación de competencias profesionales y de investigaciones necesarias y deseables, como el desarrollo del pensamiento crítico y creativo; la toma de decisiones oportuna y fundamentada; la expresión clara de las ideas, el trabajo transdisciplinario y el intercambio efectivo con diversas audiencias. Así la formación de profesionistas en Psicología debe ser de tal calidad que asegure que sus egresados desarrollen las competencias necesarias para enfrentar los retos del siglo XXI con la mayor pericia posible, competitivos en el ámbito internacional, resolvedores de la problemática que les plantean las necesidades de país y con una consciencia crítica de su función social (op.cit.).

Una de esas acciones es el entrenamiento asertivo al generar en el individuo sentimiento de bienestar, estas respuestas le reducen el estrés y estará en mejores condiciones de lograr recompensas tanto sociales como materiales, lo que propiciará una vida más tranquila (Reynoso y Seligson, 2005).

Día a día las personas se enfrentan a diferentes relaciones interpersonales y situaciones, cada uno con sus propias experiencias desarrolla una forma particular de enfrentarse a su medio tanto físico como social. De estas situaciones aquellas que involucran a otras personas son las que mayores alegrías y bienestar o disgustos y malestar conllevan. Las reacciones que tenemos ante las relaciones interpersonales muchas veces nos llevan a encontrar que tenemos limitaciones en las capacidades o formas de enfrentar dicho problema. Uno de los propósitos del entrenamiento asertivo es dar a conocer y entender el problema de la comunicación con mayor claridad y desarrollar más y mejores capacidades para lidiar con esas relaciones al encontrarse ante disyuntivas que causan conflicto y la necesidad de tomar un curso de acción para resolver la situación y defender los derechos a través de varias técnicas (Vargas, 2000).

Ante una situación conflictiva, inesperada o problemática, algunos individuos responden con ansiedad, como una reacción biológica, natural y normal al no saber que va a suceder o cual es el curso de acción más apropiado. Cierta nivel de ansiedad permite tener energía para manejar las situaciones y tanto los humanos como los animales, han desarrollado la agresividad y la pasividad, como formas de respuestas básicas de enfrentamiento ante un problema; sin embargo en los humanos se encuentra otra forma de respuesta, esta es la asertividad, basada en la capacidad humana de dialogar, razonar y negociar, como una vía para solucionar sus problemas (Smith, 2004).

Si el ser humano moderno esta inmerso en una sociedad en la que constantemente está interactuando con otras personas, además de los familiares y amistades, interactuamos en contextos individuales en los que cada persona tiene que considerar su bienestar personal, para lo cual es necesario sentirse satisfecho al ser valorado, respetado y poseer una serie de habilidades para responder correctamente con una serie de convicciones o esquemas que lo hagan sentirse bien consigo mismo. El nivel de asertividad que poseemos es la consecuencia de todas las experiencias vividas a través de las etapas de nuestra vida, por lo cual es una conducta aprendida, de igual forma por medio del aprendizaje podemos reaprenderlas a través de la concientización de su significado en nuestros comportamientos (Goldstein ,1990).

De acuerdo a Newman, Suprafrkin y Gershaw (citado en Buendía, 1999 p. 135) “uno de los componentes principales para un funcionamiento psicológico sano es la capacidad de establecer y mantener relaciones cálidas y de cooperación con los otros. La gente que tiene éxito en la esfera interpersonal suelen hacer que las otras personas se sientan valoradas y comprendidas. Saben muy bien escuchar, son respetuosos al hablar y tienden a la reciprocidad. Las personas con habilidades interpersonales, son capaces de maximizar el amor que existe en sus familias y en las relaciones íntimas, y son capaces de llevarse bien con una gran diversidad de personas en sus vidas diarias”.

DATOS DE LA INSTITUCIÓN RECEPTORA

Durante la década de los setentas en la Facultad de Psicología se comenzó a gestar el proyecto para la creación de un centro de docencia, investigación y asistencia comunitaria para atender a las necesidades y demandas del programa de formación de psicólogos en el área clínica de postgrado y así vincular conocimientos teóricos con la práctica supervisada.

En 1977, se inicia formalmente la creación del Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila”, coordinado por la Lic. Josette Benavides Tourres, con la finalidad de otorgar servicio a estudiantes y a su familia nuclear, y para el desarrollo de docencia e investigación en estudios de postgrado. Este centro fue inaugurado oficialmente el 8 de mayo de 1981 (Lorentzen, citado en Alvarez, 2005).

Desde su inicio el Centro de Servicios Psicológicos estableció los siguientes objetivos:

- Ofrecer a los estudiantes formación académica especializada a nivel de estudios superiores.
- Proporcionar al estudiante una enseñanza práctica, directa y supervisada par vincular la teoría y la práctica.
- Desarrollar programas de investigación
- Ofrecer servicio psicológico a la comunidad.

Esta institución se encuentra ubicada en la Universidad Nacional Autónoma de México, en el sótano del edificio “D” dentro de la Facultad de Psicología y depende de una Coordinación de Centros y Programas al Servicio de la Comunidad Universitaria y al Sector Social.

El centro tiene como visión brindar un servicio psicológico integral para la comunidad universitaria, individuos y grupos de la población externa para mejorar su calidad de vida, empleando estrategias psicofisiológicas que estén a la vanguardia a nivel nacional e internacional.

Su misión es brindar servicio psicológico con compromiso, respeto y amabilidad a los miembros de la comunidad universitaria, así como a individuos y grupos de la población externa, favoreciendo la docencia, investigación y servicio comunitario. Proporcionar al estudiante en Servicio Social un escenario profesional y materia de trabajo pertinente que le permita confirmar y desarrollar sus conocimientos y habilidades clínicas abordando las problemáticas psicológicas vigentes en nuestra sociedad de forma efectiva, eficiente y eficaz, con responsabilidad, compromiso y alta calidad humana.

Actualmente atiende a través de la consulta externa, a población universitaria, (administrativos, académicos y estudiantes), así como al público en general.

Los programas proporcionan asistencia en la modalidad de terapia breve en atención individual o grupal y brinda talleres como una aproximación preventiva.

Los servicios terapéuticos que ofrece son:

- Entrevista de preconsulta.
- Evaluación y diagnóstico
- Canalización (interna/externa).
- Psicoterapia de Grupo y Narrativa.
- Intervención en crisis.

Los Programas de atención individual y/o familiar son:

- Retroalimentación biológica.
- Víctimas de abuso sexual
- Terapia infantil.
- Trastornos de la alimentación
- Proceso de duelo
- Terapia Psicodinámica
- Terapia cognitivo-conductual
- Consejería
- Aprendizaje transformativo, rendimiento escolar y ondas cerebrales
- Juego del optimismo
- Maltrato infantil
- Terapia familiar y narrativa en escenario institucional.

Talleres:

- Entrenamiento en solución de problemas
- Control de la ansiedad
- Control del enojo
- Autoestima
- Duelo
- Perdida afectiva
- Asertividad
- Taller a padres

Características de la población de acuerdo al segundo informe semestral de actividades clínicas del 2005:

- Edad de: 4 a 69 años.
- Sexo: 72.2% femenino y el 27.8 % masculino.
- Procedencia: 54.4% público en general, 6.1% trabajadores administrativos de la UNAM y 43.5% estudiantes de la UNAM.
- Escolaridad: 60% licenciatura, 6.1% primaria, 1.7% técnico y 1.3% postgrado.

OBJETIVOS DEL SERVICIO SOCIAL

Como prestador de servicio social, en esta institución los objetivos a cubrir son:

Conocer de cerca los problemas sociales como una estrategia educativa y de esta manera responder a las necesidades de salud mental y así promover, reforzar e incrementar el aprendizaje.

Aplicar los conocimientos teóricos a la práctica para adquirir experiencias, competencias y desarrollar habilidades en la solución de problemas sociales relacionados con la salud mental.

Solucionar diversas situaciones relacionadas con la salud mental en el enfoque cognitivo-conductual de manera oportuna, al establecerse objetivos precisos con la correspondiente verificación y supervisión, de un equipo multidisciplinario en sus diferentes etapas.

Desarrollar habilidades en la planeación, diseño e impartición de talleres, así como en la elaboración de material educativo y de esta manera intervenir en forma importante en la promoción, prevención y tratamiento de la salud mental.

MARCO TEÓRICO DE REFERENCIA

EL MODELO COGNITIVO CONDUCTUAL

La terapia de la conducta tiene varios orígenes, existen en ella diferentes estrategias, técnicas y conceptos teóricos, pero también existe algo en común en los terapeutas conductuales como es un compromiso con la evaluación, la intervención y los conceptos sustentados en un marco teórico de aprendizaje E-R (estímulo-respuesta), inmerso a su vez dentro de la metodología del científico comportamental (Servera, 2002).

Este modelo conductual surge como un movimiento de oposición a las otras teorías psicológicas, que no eran como las que integraban al modelo psicodinámico, y también en cierto modo contra el modelo médico que a través de la incipiente psiquiatría mantenía, importantes con las teorías freudianas (op.cit.).

El modelo conductual coloca todo el énfasis en el aprendizaje rechazando la existencia de los procesos conscientes o inconscientes, al menos en los términos vagos y poco operativos en que inicialmente fueron concebidos, según Eysenck (1959) la conducta es el problema, no un reflejo de conflictos, de disonancias o de otros elementos subyacentes (op.cit.).

El gran desarrollo de la psicología clínica se debe en gran parte a la influencia del modelo conductual, donde el psicólogo clínico ha ampliado su campo de acción al abordar los aspectos conductuales de los trastornos orgánicos formando una nueva disciplina llamada medicina conductual, considerada en un inicio sólo como aplicación de técnicas de biofeedback, sin embargo continuó ampliando su campo de aplicación utilizando diversas técnicas de modificación de conducta (op.cit.).

Actualmente la medicina conductual se define como la aplicación de técnicas de modificación de la conducta para la investigación, evaluación, tratamiento y prevención de trastornos físicos o disfunciones fisiológicas. Es una relación interdisciplinar entre la psicología conductual y la medicina (Buela-Casals, Carrobes, citado en Caballo, 1996).

La terapia cognitivo- conductual es un término genérico que se refiere a las terapias que incorporan tanto intervenciones conductuales como intervenciones cognitivas. Ambas se basan en la suposición de que un aprendizaje anterior esta produciendo actualmente consecuencias desadaptativas y el propósito consiste en reducir la conducta no deseada desprendiendo lo aprendido y proporcionando nuevas experiencias de aprendizaje más adaptativas según Brewin (citado en Lega, Caballo y Ellis, 2002).

Las terapias cognitivo-conductuales comparten las siguientes suposiciones (Ingram y Scout, citado en Lega, et. al., 2002):

- Los individuos responden a las representaciones cognitivas de los acontecimientos ambientales en vez de a los acontecimientos mismos.
- El aprendizaje está mediado cognitivamente
- La cognición media la disfunción emocional y conductual (la cognición afecta a las emociones y a la conducta y viceversa).
- Algunas formas de cognición pueden registrarse y evaluarse.

- La modificación de las cogniciones puede cambiar las emociones y la conducta.
- Tanto los procedimientos cognitivos como los conductuales para el cambio son deseables y se pueden integrar en las intervenciones.

Algunas de las principales características de la terapia cognitivo-conductual serían las siguientes (op. cit.).

- Las variables cognitivas constituyen importantes mecanismos causales
- Los objetivos específicos de algunos procedimientos y técnicas son cognitivos
- Se realiza un análisis funcional de las variables que mantienen el trastorno, especialmente de las variables cognitivas.
- Se emplean estrategias conductuales y cognitivas en el intento de modificar las cogniciones
- Se pone un notable énfasis en la verificación empírica
- La terapia es de duración breve
- La terapia es una colaboración entre terapeuta y paciente
- Los terapeutas cognitivo- conductuales son directivos.

Los psicólogos clínicos cognitivo-conductuales creen que el cambio de los síntomas tiene lugar una vez producido el cambio cognitivo, que se inicia después de una serie de intervenciones y práctica de nuevas conductas, el análisis de patrones erróneos de pensamiento y la enseñanza de un diálogo con uno mismo más adaptativo (Brewin, citado en Lega, et. al., 2002).

La posición cognitivo-conductual explica que la cognición se entiende mejor en términos de estructuras cognitivas (organización interna de la información, como memoria a largo y corto plazo, almacenamiento sensorial), de contenido cognitivo (contenido real que se almacena como conocimiento semántico, información generada internamente, creencias almacenadas), procesos cognitivos (manera de funcionar del sistema para recibir, almacenar, transformar y gobernar la salida de la información como atención, elaboración cognitiva, codificación, recuperación) y de los productos cognitivos (resultados de la manipulación del sistema cognitivo como atribuciones, imágenes, creencias a las que se ha accedido, decisiones, pensamientos) (Servera, 2002).

Las estructuras y el contenido se denominan “esquemas”. Las deficiencias cognitivas y las distorsiones van a servir para explicar el funcionamiento desadaptativo del individuo (Kendall 1995, citado en Lega, et. al., 2002).

PSICOLOGÍA DE LA SALUD

El Plan Nacional de Salud 2001-2006, reporta que en México, la esperanza de vida al nacer se incrementó considerablemente de 40 años en hombres y 42 en mujeres en el año de 1940 a 73 y 77 años respectivamente en el 2000. La Psicología de la Salud surge como un campo particular de aplicación de los conocimientos psicológicos a la solución de los más importantes problemas de salud pública contemporánea, es un área que busca que el conocimiento de principios básicos del funcionamiento psicológico del humano se traduzca en intervenciones terapéuticas basadas en tal información y se pretende además que sean sometidas a evaluación para conocer su eficacia.

Es en la década de los 70's cuando el interés de diferentes psicólogos preocupados por cuestiones relacionadas con la salud desde sus áreas de trabajo (clínica, experimental, social, educativa, entre otras) consolidan el surgimiento de una Psicología de la Salud como tal, definida por Matarazzo (1980) como: "El agregado de las contribuciones educativa, científica y profesional de la disciplina de la Psicología para la promoción y el mantenimiento de la salud, la prevención y tratamiento de la enfermedad, y la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y disfunciones relacionadas" (citado en Oblitas y Becoña, 2000, p 17-18).

La psicología de la Salud se debe visualizar desde una perspectiva multidisciplinaria para integrar la distinta información existente del problema, derivada de los factores biológicos, psicológicos y sociales sin perder de vista el contexto cultural y sanitario proveniente de otras fuentes (Servera, 2002).

Según Reynoso y Seligson (2005) el psicólogo que trabaja en esta área tiene como supuestos básicos:

- Realizar investigaciones con el objetivo de cambiar el estilo de vida de las personas para prevenir algunas enfermedades crónico- degenerativas.
- Diseñar y aplicar programas de intervención con el objeto de modificar conductas que por sí mismas constituyen un problema.
- Intervenir con el objetivo de enfocar el cambio de conducta hacia la persona que proporciona cuidados en el área de la salud con el fin de mejorar la prestación de servicios a los usuarios.
- Diseñar y aplicar programas para mejorar la adherencia terapéutica entendida como el apego de los pacientes hacia diferentes regímenes de tratamiento, ya sean médicos o conductuales.
- Diseñar y desarrollar programas para prevenir algunas enfermedades-crónico degenerativas.

La prevención y el manejo de las enfermedades crónico- degenerativas representa un gran reto conjunto tanto para la tecnología conductual como para la medicina, desde el punto de vista de la psicología de la salud, aparte del diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, la prevención se percibe como fundamental. Para alcanzar este objetivo se parte del presupuesto de que el individuo, grupo o colectividad puede desarrollar potencialidades y autonomía, y desplegar acciones promocionales, preventivas y reparativo- curativas; que de ninguna manera constituye una realidad estática, sino un sistema vital en continuo devenir, respecto al cual los conocimientos deberán actualizarse continuamente y la relación deberá verificarse y reevaluarse constantemente (Bianchi, 1994).

La Psicología de la Salud es una disciplina en desarrollo, en construcción, que enfrenta los desafíos propios de la naturaleza de un objeto de estudio complejo, un conjunto de conocimientos, métodos y tecnologías en el que pueden reconocerse resultados parciales con coherencia y autonomía suficiente como para ser introducidos en la práctica con aceptables niveles en lo que respecta a la legitimidad, eficiencia y ética en la solución de problemas prácticos. Podría decirse que es una disciplina emergente cuya consolidación dependerá; de los avances que se obtengan progresivamente en la psicología, en

general, y en la teoría de la salud en particular, de la integración del conocimiento psicológico con los aportes de otras disciplinas, como la epidemiología, la sociología, la antropología (entre las más orientadas hacia lo social); así como la medicina clínica, la genética y las neurociencias (entre las más vinculadas en lo biológico) (Morales, 1997).

En la actualidad existe evidencia epidemiológica que permite identificar poblaciones y problemas de riesgo, como las ya mencionadas en el resultado de las encuestas, y para las cuales es factible establecer programas preventivos.

Los clínicos conductuales atienden problemas sociales y psiquiátricos, empleando tratamientos que están abiertos a la medición objetiva, aplican criterios de resultado que pueden validarse y enfatizan la necesidad de evaluar la eficacia de métodos científicos aplicados a problemas particulares; tanto a la terapia individual como grupal (González, Monroy, 1999).

TÉCNICAS DE LA TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL

Las principales técnicas que el psicólogo conductual puede utilizar en el área de la salud son las siguientes:

- **La entrevista conductual**

Es un complejo proceso de formación de una relación, se considera la primera conexión crítica del proceso terapéutico. Es una interacción diádica entre el paciente y el terapeuta, por medio de la cual éste último busca la información necesaria para llevar a cabo un análisis del problema del paciente; de aprendizaje y de evaluación que permite al terapeuta ser lo suficientemente flexible para investigar indicios y explorar diversos aspectos que va descubriendo.

La entrevista conductual tiene diversos propósitos que van desde el establecimiento de la relación terapéutica que incluye el desarrollo de una conexión armónica y el enseñar al paciente conductas de rol apropiadas para poder participar y colaborar en el procesos de la entrevista; la acumulación de información necesaria para un análisis funcional y preciso y la identificación de conductas meta para la intervención sobre los problemas que presenta el paciente (Hawkins, 1988, citado en Lega, et. al., 2002).

- **Relajación**

Es una de las principales estrategias de intervención que se utiliza el campo de la Psicología clínica de la salud, en la mayoría de los problemas a tratar como en cáncer, hipertensión, manejo del dolor, manejo del estrés, etc. por lo que es importante como terapeuta conocer y aplicar en sus programas alguna variante de relajación dirigidos a reducir la ansiedad en los pacientes, no sólo desde la perspectiva fisiológica sino también en las áreas afectiva y cognitiva. Sus diversas variantes utilizadas son:

Respiración diafragmática (respiración profunda). Se entrena al paciente a respirar a través de su diafragma, como un paso inicial para después entrenarlo en ejercicios de respiración más profundos.

Relajación muscular progresiva. Estrategia basada en los principios de que la relajación (músculos relajados) es lo opuesto a la ansiedad (tensión fisiológica) que Jacobson desarrolló entrenando a los pacientes a tensar y relajar varios pares musculares a través del cuerpo de manera ascendente a descendente (cara, cuello, hombros, brazos, abdomen, glúteos y piernas). Wolpe continuó esta técnica utilizando menos pares musculares para tensar y relajar obteniendo los mismos resultados. En entrenamiento autógeno o autogénico de Schulttz se enseña al paciente a crear un estado de relajación profundo al generar autoafirmaciones positivas dirigidas a varias partes del cuerpo, relacionándolas con diferentes sensaciones de tranquilidad, paz, calor, calma (Reynoso y Seligson, 2005).

- **Desensibilización Sistemática**

Procedimiento empleado para reducir y posteriormente eliminar las fobias, implica la exposición del paciente a una jerarquía de situaciones aversivas, cuando está desempeñando una actividad que sea incompatible con la ansiedad. Se basa en la hipótesis de que la respuesta de angustia puede inhibirse al ser sustituida por una actividad antagónica. En términos conductuales, dicha aproximación puede lograrse por la exposición real o por la imaginación. Se inicia con una situación no amenazante, cuando ésta se ha dominado y no evoca ansiedad, el entrenamiento progresa a un nivel mayor de la amenaza y se alienta al paciente a practicar la respuesta recién aprendida en su ambiente natural, para proporcionarle una exposición adicional y asegurar la generalización (González, Monroy, 1999).

- **Imaginación Guiada.**

Representa una herramienta útil para el control de las emociones y de los procesos internos. Para efectuar cambios deseados en la conducta, puede utilizarse para aliviar la tensión muscular, reducir o eliminar el dolor y facilitar el manejo de procedimientos médicos estresantes a través de un cambio conductual. Aquí es importante describir los efectos positivos tanto fisiológicos como psicológicos al estar imaginando escenas. Con el proceso de imaginación guiada se le pide que imagine o visualice escenas placenteras con todo detalle. Logrado esto con la previa definición de las situaciones que le causan dolor o tensión se le pide ir confrontando la situación no placentera se relaje y visualice las imágenes previamente seleccionadas (Reynoso y Seligson, 2005).

- **Modelamiento**

Este procedimiento está basado en la teoría del aprendizaje observacional de Bandura; permite facilitar al paciente el aprendizaje de conductas adaptativas y otras habilidades que le ayudarán a manejar más efectivamente las demandas propias de una enfermedad crónica.

Consiste en proporcionar información correcta y útil acerca de la actuación, exponer al paciente ante uno o más individuos presentes o filmados que demuestren las conductas que el debe adoptar. Su objetivo no es solo mostrar un incremento en las conductas sino también un decremento o disminución de temores, incluso eliminación de conductas.

Implica la participación del paciente en la conducta modelada inmediatamente después de la demostración, y dar una retroalimentación cuando el desempeño es correcto. Los comentarios deben formularse en términos comprensibles y centrarse sobre aspectos

específicos 1 ó 2 conductas como máximo al mismo tiempo y hacer sugerencias sobre alternativas de actuación, otorgarse en forma inmediata y referirse a aspectos positivos concretos (op. cit.).

- **Ensayo encubierto**

Modalidad que instruye al sujeto para que se imagine a sí mismo exhibiendo aquellas conductas que no poseen y que les gustaría ejecutar, tiene como principal ventaja como el modelado encubierto permitir una gran flexibilidad respecto a la elección de conductas y situaciones como respecto al momento de la ejecución del ensayo, y puede emplearse como forma considerablemente eficaz para preparar ejecuciones reales posteriores, lo que posibilita que evalúen anticipadamente los hechos y lleven a cabo cualquier acción correctora (Gil y León 1998).

- **Contrato conductual**

Es una estrategia para cambiar conductas problemáticas, que se establece en un clima placentero y de entendimiento; en él se encuentran tres personas involucradas: el paciente, el terapeuta y un mediador. La tarea inicial es seleccionar la conducta con la que se va a trabajar, posteriormente se describe la conducta a fin de observarla y medirla, esto es la especificación.

Es necesario registrar la ocurrencia de la conducta durante algún tiempo sin el contrato de intervención considerado como “línea base” que permitirá especificar si la conducta es realmente problema, también hay que identificar reforzadores que se utilizarán para que exista motivación.

Como mediador se seleccionará a alguien que tenga contacto frecuente con el paciente y registrar si la conducta a modificar se está llevando a cabo.

Al negociar un contrato se redactará de manera que se entienda y deben aparecer: fecha de inicio y término del contrato y renegociación, la conducta a cambiar, cantidad, frecuencia y los reforzadores o incentivos que se utilizarán y deberán estar disponibles cuando sean requeridos, firma de los involucrados, la manera como se va a motivar al paciente, alguna cláusula adicional de recompensa por un desempeño excepcional y en su caso los castigos que se impondrán si la conducta no se cambia.

Después de establecido el contrato verificar si existe progreso o es necesario redefinir para que el paciente observe progreso en su problemática y una vez que esto ha ocurrido, se puede seleccionar otra conducta para trabajar (Reynoso y Seligson, 2005).

- **Reestructuración cognitiva**

Los humanos, a no ser que sean deficientes en un grado superior, no pueden dejar de pensar, debido a esto el terapeuta tiene que estar consciente del importante papel que la cognición o el filosofar desempeña en los individuos y así como pueden trastornar de manera emocional, también pueden ayudar a superar dichos trastornos (González, Monroy, 1999).

- La primera etapa de la terapia consiste en la detección para buscar creencias irracionales, que el paciente y el terapeuta trabajan hacia el reconocimiento de la sensación de malestar sobre todo en los “debes que” y “tienes que” que conducen a conductas y emociones autocastigadoras.
- El terapeuta hace una serie de preguntas que sirven para ayudar al paciente a abandonar las creencias irracionales, procede con las preguntas hasta que el paciente descubre la falsedad de estas creencias y reconoce la verdad de la alternativa racional.
- Una vez reconocidas éstas, la discusión lógica se centra hacia la discriminación de eventos privados del paciente esto es sus sistemas de creencias y descreencias, así como de sus compromisos, con el propósito de evaluar las bases lógicas y buscar entonces las alternativas de solución, en términos de una discusión socrática guiada por el terapeuta, para que el paciente encuentre las alternativas de solución y las ponga en práctica (Reynoso y Seligson, 2005).

- **Solución de problemas**

Cuando no se encuentra solución a algún problema las personas empiezan a tener malestares. Si las estrategias de afrontamiento fracasan, aparece un sentimiento creciente de desamparo que dificulta la búsqueda de nuevas soluciones, la posibilidad de alivio disminuye, el problema empieza a parecer insoluble y la ansiedad o desesperación pueden llegar a niveles paralizantes.

El entrenamiento en la solución de problemas es un procedimiento conductual que elabora una variedad de respuestas eficaces, que amplían el repertorio de enfrentamiento del paciente contribuyendo a su crecimiento e incrementa la posibilidad de encontrar la respuesta más eficaz entre las diversas alternativas posibles, al brindar al paciente un papel activo en la terapia y contrarrestar las tendencias de dependencia (González, Monroy, 1999).

D’Zurilla y Godfried (citado en Caballo, 1993), idearon una estrategia de solución de problemas cuyo objetivo terapéutico que se persigue es ayudar al paciente a identificar y resolver problemas cotidianos que están causando respuestas no apropiadas, de manera que es necesario aprender a definir los problemas no en términos de situaciones imposibles, sino de situaciones no apropiadas.

Las etapas para la solución de problemas incluyen:

- Orientación general. Se intenta conocer cuál es la percepción que el individuo tiene del problema, las consecuencias que esta experimentando, la evaluación del problema y el tiempo y esfuerzo que utiliza para resolverlo. Se le ayuda a reconocer que las situaciones problemáticas son un aspecto normal de la vida, que existen muchas formas de enfrentarlas y que es importante que se abstenga de responder de manera impulsiva al enfrentarlas.

- Definición y formulación del problema. El terapeuta obtiene la mayor información y la más relevante y junto con el paciente definen de modo completo cuál es el problema, intentan poner una meta realista para resolverlo y evalúan si en realidad ese es el problema principal.
- Generación de posibles soluciones o alternativas. Al iniciar la generación de alternativas, se utiliza la estrategia denominada “lluvia de ideas” (brainstorm), se le pide al paciente que genere la mayor cantidad de ideas para solucionar el problema sin hacer un juicio de valor, sin importar lo disparatadas o irracionales que sean en las cuales se excluyen las críticas esto es no se juzga si son buenas o malas, se valen todas las ideas no importa lo rara o disparatada que sea, entre más cantidad de ideas es mejor y aumenta la probabilidad de elegir a las mejores.
- Toma de decisiones. Una vez con las lista de posibles soluciones se empiezan a valorar las consecuencias de ellas y se descartan las que no son factibles. Después son evaluadas las consecuencias positivas o negativas que puede tener cada solución y se le asigna una puntuación de 0 a 5. La toma de decisiones inicia valorando los resultados factibles para cada una de las respuestas seleccionadas pulsando los aspectos positivos contra los negativos.
- Evaluación de los resultados. Se alienta al paciente a actuar conforme a su decisión y a evaluar hasta donde se resolvió la situación. En caso de que esta no se haya solucionado de forma satisfactoria, se recomienda al paciente retornar a la etapa de definición del problema y continuar con los pasos otra vez (Reynoso y Seligson, 2005).

- **Intervención en crisis.**

Existen situaciones o eventos en la vida inesperados que causan crisis psicológica en el cual el paciente no encuentra la forma de afrontar el problema. El terapeuta en el campo de la Psicología clínica de la salud debe tener los elementos necesarios para enseñar a una persona cómo afrontar estas situaciones que ocurren debido a diversas causas como: pérdidas inesperadas, accidentes, desastres naturales, situaciones imprevistas entre otras.

Korchin (citado en Reynoso y Seligson 2005) menciona tres objetivos que deben ser abordados en estas situaciones:

- Manejar el estado de estrés, ansiedad, desamparo y confusión del paciente.
- Establecer patrones de conducta que permitan al paciente regrese a su nivel de funcionamiento previo al evento.
- Ayudar al paciente y los otros afectados en una estrategia de solución de problemas que permita llevar a cabo acciones inmediatas.

Esto es posible enseñando al paciente cómo manejar sus pensamientos, sentimientos y conductas, instruyéndole sobre la manera de explorar diferentes alternativas para definir con claridad los principales problemas y encontrar soluciones para cada uno de ellos. Analizar juntos las habilidades del paciente para manejar situaciones difíciles, buscar fuentes de ayuda y apoyo tanto moral como económico, trabajar el duelo cuando haya ocurrido la pérdida de un ser querido, así como dar apoyo a la familia (Reynoso y Seligson 2005).

- **Entrenamiento asertivo**

La conducta asertiva es la conducta interpersonal que implica la expresión honesta y sincera de los sentimientos. Este entrenamiento incluye a todo procedimiento terapéutico que tiende a incrementar la capacidad del paciente para adoptar ese comportamiento de manera socialmente apropiada.

Las metas conductuales incluyen la expresión de sentimientos negativos como el odio y el resentimiento, pero a menudo los procedimientos asertivos se utilizan para facilitar la expresión de sentimientos negativos como el odio, el resentimiento y para facilitar la expresión de sentimientos positivos, como el afecto o elogio y beneficia a los pacientes al comportarse de manera asertiva generando un sentimiento de bienestar, esta clase de respuesta reduce el estrés y la persona estará en mejores condiciones de lograr recompensas tanto sociales como materiales que propiciará que viva más tranquilo.

En este proceso es importante que el terapeuta preste atención a las consecuencias interpersonales que pueden surgir y mantener el equilibrio entre las respuestas pasiva y agresiva, sabiendo hacia quién se dirige la respuesta asertiva y en que momento utilizarla; implica algo más de parte del terapeuta que tan solo dar instrucciones y practicar la expresión facial y el tono de voz. Generalmente este entrenamiento se aplica a personas con problemas de habilidades sociales, lo cual los hace aparecer como antisociales o a individuos que son muy agresivos en sus reacciones y respuestas, actitud que suele generar una serie de problemas cotidianos (Reynoso y Seligson, 2005).

La asertividad surge en el contexto de la psicología clínica a fines de los 40's y principios de los 50's pero es hasta la década de los 60's que hay un interés sobre el concepto.

En el desarrollo histórico se remonta a los escritos de Andrew Salter (1949), en su libro "Conditioned Reflex Therapy", donde describe las primeras formas de asertividad (Flores y Díaz, 2002)

Lazarus en 1953 definió la conducta asertiva en términos de cuatro patrones de respuestas: la habilidad de decir "no", habilidad para pedir favores y hacer demandas, para expresar sentimientos positivos y negativos, para iniciar, continuar y mantener conversaciones generales (op. cit.).

Más tarde, a Wolpe en 1958 (citado en Flores, 1989) se le señala como el responsable del desarrollo de concepto de asertividad definiéndolo como "la expresión adecuada dirigida hacia otra persona, de cualquier emoción que no sea la respuesta de ansiedad".

También surgió el enfoque cognoscitivo, representado por Lange y Jakubowski, (citado en Flores, 1989), estos sostienen la necesidad de la incorporación de cuatro procedimientos básicos en el adiestramiento asertivo: enseñar la diferencia entre asertividad y agresividad; ayudar a identificar y a aceptar sus propios derechos y los derechos de los demás, reducir obstáculos cognoscitivos y afectivos para actuar de manera asertiva y reducir ideas irracionales, ansiedades, culpas y desarrollar destrezas asertivas a través de la práctica activa de dichos métodos.

El enfoque conductual desde la perspectiva del aprendizaje social de Bandura (citado en Flores 1994), plantea que la conducta asertiva se aprende a través de la observación de los modelos significativos que las presentan.

Alberti y Emmons (1999) definieron que “la asertividad es la conducta que permite a una persona actuar para implantar su propio interés, defenderse a sí mismo sin ansiedad y expresar sus derechos, destruir lo derechos de los otros”.

En este mismo año Rimm y Master (citados en Concha y Rodríguez, 2001; p 17) mencionan que era “la conducta interpersonal que implica la expresión honesta y relativamente recta de los sentimientos”.

Blanco (citado en Concha y Rodríguez, 2001; p 20) señaló que “la conducta asertiva es la manifestación de habilidades sociointeractivas como: la capacidad de decir “no” a peticiones ilógicas o fuera de lugar, expresar sentimientos positivos y negativos, mantener o finalizar una conversación, mostrarse tal como uno es; salvaguardar los derechos propios y manifestar opiniones, creencias personales, todo ello de acuerdo con los requerimientos de la situación”.

Aguilar (2000) define la asertividad como la habilidad para transmitir y recibir los mensajes de sentimientos, creencias u opiniones propias o de los demás de una manera honesta, oportuna, profundamente respetuosa y que tiene como meta fundamental lograr una comunicación satisfactoria hasta donde el proceso de la relación humana lo haga necesario.

La palabra asertivo viene del latín asertum, que significa: “afirmar mis derechos positivamente con seguridad y sencillez, sin atacar ni huir”.

El ser asertivo significa: expresar un desacuerdo con tranquilidad, atreverse a decir “no”, exigir un derecho con aplomo y decencia, hablar claramente y sin agredir, en pocas palabras asertar, atinar, tener tino (Vargas, 2000 p. 20).

La asertividad puede beneficiar a la persona de dos formas significativas, en primer lugar se considera que el comportarse de manera más asertiva inspirará un mayor sentimiento de bienestar y en segundo lugar, la persona será capaz de lograr recompensas sociales así como materiales obteniendo mayor satisfacción de la vida. Por lo que se considera que la respuesta asertiva es muy similar a la relajación muscular profunda, en cuanto a su capacidad para inhibir recíprocamente la ansiedad (Ladoucer, Fontaine y Cottrauy, 1994).

ASERTIVIDAD Y HABILIDADES SOCIALES

Como cualquier otra habilidad humana, la asertividad es susceptible de aprenderse, entrenarse y mejorarse. Esto se consigue mediante las Técnicas denominadas Entrenamiento Asertivo o también Entrenamiento en Habilidades sociales, aunque esto engloba un mayor número de competencias.

Las habilidades sociales y más concretamente la asertividad son habilidades básicas para nuestro desenvolvimiento en la vida diaria. Las personas tienen intereses y formas de ver el mundo distinto, por lo cual el conflicto interpersonal está a la orden del día. Cuando estas habilidades no están lo suficientemente desarrolladas o se emplean de forma equivocada surge la frustración y la insatisfacción (GEOCITES/Páginas de salud/Asertividad, 2005).

Hay quienes consideran que asertividad y habilidades sociales son términos sinónimos. Sin embargo, la asertividad es sólo una parte de las habilidades sociales; es aquella que reúne las conductas y pensamientos que nos permiten defender los derechos de cada uno sin agredir ni ser agredido, la asertividad, se describe como una forma de vida que se convierte en un hábito profundo.

Dicho término está insertado en el primer hábito; el ser proactivo, el ser responsable de nuestro propio destino y de nuestras respuestas ante cualesquier estímulo de éxito o fracaso que nos plantee el medio.

La asertividad hace que los estímulos que nos llegan sean los que exactamente nos fueron enviados y hace que enviemos aquellos mensajes que en realidad queremos mandar y que fundamentan nuestro respeto y el de los demás (Op. cit.).

ASERTIVIDAD Y SALUD

Con respecto a la salud mental, la asertividad es una técnica que se ha demostrado efectiva en el tratamiento de la depresión, ansiedad y estrés provocados por las relaciones interpersonales. Nos ayuda a respetar a los demás, y por ende a nosotros mismos.

El hecho de ser proactivo, no descarta que no exista sufrimiento humano, existe, pero su existencia nos ennoblece porque nos hace fuertes, nos templea y no nos daña. La asertividad es la herramienta para acertar en la relación humana, donde no hay ganadores y perdedores, hay sólo seres que se relacionan en un ámbito de profundo respeto, en donde sólo se gana en una relación solo y a condición de que la otra parte también gane.

Los principios asertivos, identifican el modelo de efectividad personal que parte del profundo respeto al yo. Se parte del principio del profundo respeto al más grande activo que tenemos como persona: nuestro yo, nuestro cuerpo, nuestro ser, y sólo al sentar tal respeto, podemos respetar a los demás (GEOCITES/Páginas de salud/Asertividad, 2005). La vida nos plantea problemas a todos, pero lo importante es saber que somos capaces de enfrentarlos eficientemente. Algunos de estos problemas tienen que ver con nuestras relaciones interpersonales, donde la comunicación es indispensable para dar a conocer al otro la forma en que pensamos, sentimos y actuamos.

La asertividad se construye de dentro hacia fuera al crear fortalezas, para después mostrar un desempeño que favorezca las relaciones interpersonales, donde, el respeto por uno mismo, permite respetar a los demás (op. cit.)

Los principios generales de una comunicación asertiva son:

- Respetarse a sí mismo
- Respetar a los demás
- Ser directo
- Ser honesto
- Ser oportuno
- Tener control emocional
- Saber decir
- Saber escuchar
- Ser positivo
- Y mantener una postura corporal correcta con el fin de mejorar la expresión no verbal de los mensajes.

La asertividad requiere de una autoeducación, para lograr comunicarse de manera positiva con los demás y no entrar en relaciones de manipulación o chantaje que deterioren la autoestima. La asertividad reafirma y consolida el proceso de la autoestima (Flores y Díaz, 2002).

Conducirse asertivamente favorece la igualdad en las relaciones interpersonales a través de la comunicación abierta, facilita la manifestación de los sentimientos con honestidad y sin sentirse incomodo por ello y permite defender los derechos propios sin negar los derechos de los otros, evitando en lo posible una actitud pasiva o agresiva (op. cit.).

La persona realmente asertiva posee cuatro características:

- Se siente libre para manifestarse.
- Puede comunicarse con todo tipo de personas.
- Tiene una orientación activa en la vida.
- Actúa de un modo que juzga respetable.

Mejorar la autoestima para ser más asertivo. La autoestima es quererse a uno mismo y querer a los demás. Implica una serie de habilidades que debemos practicar para sentirnos bien; por ejemplo: no debe importarnos mucho lo que la gente opine sobre nosotros, salvo que en sus opiniones veamos que tienen algo de razón; podemos aprender a convertir lo negativo en positivo; saber que todos tenemos alguna habilidad de la que debemos estar orgullosos; que debemos aceptarnos a nosotros mismos a pesar de nuestros defectos; que debemos cuidar de nuestra salud: practicar un deporte, ingerir buena alimentación, evitar el consumo de drogas; debemos aprender a manejar la ira: en una situación capaz de generar ira pensar siempre si vale la pena ponerse colérico; debemos aprender a respirar correctamente para tranquilizarnos: respirar lento y profundo; aprender a dar confianza para que luego confíen en ti; etc. Cuando nuestra autoestima sea alta, estoy seguro que vamos a estar llanos (GEOCITES/Páginas de salud/Asertividad, 2005).

Podemos concluir respecto a la asertividad que es una habilidad personal para ser más asertivos y nos permite expresar nuestros sentimientos, deseos, opiniones y pensamientos, en el momento oportuno, de la forma adecuada y sin negar ni desconsiderar los derechos de los demás. Es una manera de llegar a conseguir los objetivos que nos proponemos sin sentirnos incómodos por ello ni incomodar a los demás (Manual TIPPS, 2001).

¿Por qué es importante conocer sobre asertividad? Porque en nuestra vida diaria a menudo tenemos que tomar decisiones, esas decisiones deben ser las más acertadas, es decir las que sean más asertivas. La asertividad se va consolidando al tomar decisiones libres y responsables, por ejemplo para discrepar con el jefe cuando nos sobrecarga en el trabajo, para poner límites a los hijos, para no prestar dinero cuando no podemos hacerlo, para quitarnos de encima a un vendedor pesado, para no caer en la tentación de consumir drogas, para decir no a una cita que no deseas. Ser asertivo, a menudo favorece al aumento de la confianza y seguridad en uno mismo, y esto puede mejorar nuestra posición social y respeto de los demás hacia nosotros. GEOCITES/Páginas de salud/Asertividad, 2005).

La reestructuración cognitiva conductual

Otro factor importante dentro de la asertividad lo constituye el pensamiento. Es de suma importancia pensar positivamente, las creencias, las actitudes y los sentimientos son la base del comportamiento y si estos son equívocos impiden desarrollar ideas de una forma natural, así los pensamientos generarán un comportamiento asertivo, si se logra deshacer de lo negativo.

El problema principal de este modo de pensar es que se puede empezar a creerlo verdadero. Existen circunstancias que contribuyen a una apreciación deformada de lo que sucede en nuestras vidas, las experiencias negativas ocurren y crean la impresión de que todo es parte de nuestro destino y lo concebimos como una cadena interminable de sucesos deprimentes (Ellis, 1974^a, 1975 y Maultsby, 1975, citados en Lega, et. al., 2002).

Se entiende por irracionalidad cualquier pensamiento, emoción o comportamiento que conduce a consecuencias contraproducentes y autodestructivas que interfiere de forma importante en la supervivencia y felicidad del organismo, la persona piensa, cree, a veces firmemente que esta irracionalidad se ajusta a los principios de la realidad; se aferran a la irracionalidad y se denigran o no quieren aceptarse a sí mismos, interfiere con la buena amistad de los miembros de sus grupos sociales primarios, bloqueando seriamente el conseguir la clase de relaciones interpersonales que les gustaría tener, impide su trabajo lucrativo y alegre en algún quehacer productivo, e interfiere en sus mejores intereses propios en otros aspectos importantes (op.cit.).

Bajo el título de terapia cognitiva, de acuerdo a Reynoso y Seligson (2005); se engloban formas de trabajo que han sido sustentadas con las siguientes bases:

- Busca enseñar a modificar la forma de pensar.
- Cada emoción tiene su contraparte cognitiva y cada cognición tiene su contraparte emocional.
- La conducta es un complejo que abarca sensaciones, movimientos, pensamientos y emociones.

- Nada es bueno o malo: es el pensamiento el que confiere esas cualidades.
- Las cogniciones falsas subyacen en los problemas emocionales y de conducta, y tratan de modificarlas utilizando técnicas cognitivo- conductuales.
- Reconocen la importancia, no siempre la primacía, de los procesos cognitivos, insistiendo en la utilización de procedimientos conductuales desarrollados experimentalmente.
- Las pautas de respuesta cognitiva, afectiva y abierta no son unidades independientes, sino procesos interactivos que conforman la conducta en su sentido más amplio.
- Casi todos los métodos terapéuticos que se aplican a los seres humanos probablemente provocan cambios cognitivos.

De aquí la importancia que tiene el uso de la reestructuración cognitiva, técnica propuesta por Mahoney, donde la primera etapa de la terapia consiste en que el paciente y el terapeuta trabajen hacia el reconocimiento de las sensaciones de malestar y una vez reconocidas éstas, la discusión lógica se centra hacia la discriminación de los eventos privados del paciente, esto es sus creencias, así como sus compromisos, con el propósito de evaluar las bases lógicas y buscar entonces las alternativas de solución, siempre en términos de una discusión socrática guiada por el terapeuta, con el propósito de que el paciente encuentre las alternativas de solución, las ponga en práctica y se premie por ello, si es que los resultados son los esperados (Reynoso, Seligson, 2005).

LA RELAJACIÓN EN LA ASERTIVIDAD

Algunos individuos presentan un grado elevado de ansiedad ante determinadas situaciones sociales, razón por la cual es importante enseñarles a relajarse.

La tensión muscular es uno de los componentes de la ansiedad, se trata de un mecanismo generalmente automático e involuntario, pero que podemos aprender a controlar voluntariamente, igual que la respiración o los pensamientos (Caballo, 1993).

Un individuo con elevados niveles de ansiedad no puede razonar claramente y la información que le llega está frecuentemente distorsionada. Si se da cuenta del grado de ansiedad cuando se encuentra en un nivel todavía bajo, puede iniciar algún procedimiento de relajación para evitar que la ansiedad siga aumentando y que llegue a un nivel donde no se pueda controlar.

Como la tensión muscular forma parte de la reacción de ansiedad, y la relajación muscular forma parte de la reacción de relajación podemos avanzar desde la ansiedad hacia la relajación, centrándonos en cambiar la tensión muscular por la relajación muscular (op.cit.).

El aprendizaje de la relajación puede compararse al de otras habilidades como aprender a nadar o andar en bicicleta, o a manejar un auto: es necesario tomarse un tiempo y practicar una y otra vez hasta que se aprende; pero una vez aprendida puede ponerse en práctica sin esfuerzo en cualquier lugar. Así podrás relajarte y estar tranquilo, en cualquier situación en que lo desees, requiere de una práctica regular en casa para ayudar a controlar la ansiedad. Podemos utilizar el método de la relajación muscular progresiva de Jacobson empleando ejercicios de tensión y relajación (op.cit.).

INVESTIGACIONES SOBRE ASERTIVIDAD

Para poder determinar la importancia de la asertividad y su relación con la salud y el bienestar de las personas, se han realizado investigaciones. En las que se han utilizado conceptos originales para trabajar sobre problemas relacionados con asertividad. Dichos estudios se han dirigido hacia las estandarizaciones de pruebas que la miden para tener instrumentos que permitan discernir de entre las conductas de interacción adecuadas. Además se han aplicado algunos programas de entrenamiento en asertividad dirigidos a múltiples poblaciones y se ha profundizado sobre el concepto de asertividad para una población mexicana.

La investigación en México respecto a la asertividad relativamente no es muy extensa, los principales estudios que se han realizado son los de tesis.

Flores (1989), desarrolló una investigación con el objetivo de elaborar una escala de asertividad, obtener la validez del constructo del inventario comprensivo de Choynowsky, conocer la relación entre la asertividad y la agresividad, así como también conocer las situaciones problemáticas que las personas enfrentan con mayor frecuencia y su forma de resolverlas. Encontró que las dimensiones de los reactivos traducidos de la escala de asertividad de Rathus variaban de cultura a cultura, por lo que desarrolló nuevos reactivos de las dimensiones encontradas (asertividad, asertividad por medios indirectos y asertividad en situaciones cotidianas) constituyendo la Escala de Medida de Rasgos Asertivos (MERA).

Camargo (1985); Ordoñez (1986); Buitrón (1991); Romero y Odoñez (1991); Gutiérrez (1994) y Martínez (1995); citados por Guerra (1996), implementaron programas para incrementar el repertorio conductual y social adecuado para facilitar las interacciones, logrando que los sujetos mostraran mayor asertividad.

Otros autores que han trabajado con la asertividad relacionada con la salud son:

Pérez (1981) llevó a cabo un estudio con 79 estudiantes de Psicología, a los cuales después de aplicarles la escala de asertividad de Rathus, (1973) y el cuestionario de ansiedad de Spielberge, los dividió en dos categorías: sujetos no ansiosos/ no ansiosos y asertivos / no asertivos. Concluyendo que los sujetos asertivos no ansiosos, serían los que presentarían mayores habilidades sociales; mientras que los sujetos no asertivos/ ansiosos presentaban una marcada inhabilidad social.

Por otra parte el aumento y la creciente complejidad del consumo de drogas en México exigen el desarrollo de programas más eficaces, centrados en factores específicos de riesgo o protectores (la falta de asertividad y afrontamiento pasivo).

El uso de sustancias se asocia con la pertenencia a redes sociales disfuncionales, trastornos de conducta, una baja adherencia escolar, un uso inadecuado del tiempo libre y trastornos afectivos y psicológicos entre los que sobresalen la depresión y la ansiedad (Silva, 2003).

Caballo (1993), retoma estudios en los que indican que el uso de drogas se utiliza como un medio para enfrentarse al estrés, por lo que en el entrenamiento en habilidades de afrontamiento requiere que se enseñe al individuo a anticipar y prepararse para situaciones estresantes y desagradables, para hacer frente a los obstáculos difíciles y

desafíos. Indica que se ha encontrado que algunos alcohólicos les faltan las habilidades necesarias para enfrentarse a situaciones conflictivas y señala que es probable que las situaciones familiares, donde el alcohol se consume a lo largo de distintas circunstancias y a menudo se utiliza como medio de afrontamiento, transmitan un patrón similar de ingesta de alcohol. Puede ser que algunos hijos de personas bebedoras aprendan que el exceso de bebida es un requisito para afrontamiento de situaciones sociales y por lo tanto no hayan aprendido como afrontar dichas situaciones en ausencia de alcohol.

Se puede observar un doble proceso implicado que evita la adquisición de respuestas sociales más apropiadas y que sirve para mantener un repertorio de respuestas inadecuado y poco adaptativo. Estos sujetos pueden seleccionar por amigos a gente que bebe mucho, haciendo menos probable que aprendan una conducta social más apropiada a partir de los iguales. El inicio de la conducta de beber es reforzado por las expectativas del individuo de que el alcohol mejorará las interacciones sociales y reducirá la tensión. Los sujetos pasivos beben para facilitar las interacciones sociales y de esta manera, el beber se convierte en un agente social reforzante. Los individuos altamente asertivos pueden beber para cambiar sus sensaciones y disminuir el tedio.

Arellanez, Díaz, Wagner y Pérez (2004) encontraron que los jóvenes abusadores o dependientes de drogas ilícitas se encuentran expuestos a un mayor número de situaciones y factores estresantes y recurren con más frecuencia a estrategias inadaptativas de afrontamiento al estrés; presentan mayores síntomas de depresión, inadecuados niveles de cohesión y adaptabilidad familiares, una menor percepción de riesgo y una mayor percepción de accesibilidad de las mismas. Además de los factores estresantes antes mencionados se indica que existe una alta probabilidad de consumo de drogas asociadas con la exposición a conflictos interpersonales y familiares.

Flores (1994), tuvo como objetivos evaluar el significado semántico de la asertividad, elaborar una escala multidimensional de asertividad y determinar la validez concurrente y discriminante de la misma al relacionarla con el autoconcepto, el locus de control y la orientación al logro. Encontró que el significado semántico de la asertividad es denotativo y negativo dentro de la cultura mexicana. Desarrollaron la escala multidimensional de asertividad para estudiantes y empleados, observaron que las personas asertivas tienen un autoconcepto positivo, con un locus de control interno y orientado hacia la maestría, el trabajo y la competencia. Además de que los sujetos de mayor escolaridad obtenían puntajes mayores en escala.

Gutiérrez (1994), argumenta la relevancia del entrenamiento asertivo como medio para mejorar la calidad de vida y señala la necesidad de evaluar su efectividad y promover su aplicación.

Martínez (1995), comprobó las ventajas que ofrece la inclusión de ejercicios tendientes a incrementar las conductas asertivas en un programa de educación sexual para adolescentes. Observó que tales ejercicios facilitan el aprendizaje y favorecen actitudes más abiertas hacia la sexualidad y los métodos anticonceptivos.

Aguilar (1995), al estandarizar la Escala de Conducta Asertiva en niños de Michelson y Wons (1981) investigó en una muestra de 2018 niños de escuelas públicas y privadas del D. F. cuyas edades fluctuaban entre los 9 y 16 años, encontró que en cuanto al género, las niñas resultaron ser más asertivas que los niños, y en cuanto al tipo de escuelas y

grado escolar se observó que los sujetos que pertenecían a las escuelas públicas fueron más asertivos que los de las escuelas privadas, de igual manera, los sujetos que estaban cursando del grado de secundaria fueron más asertivos que los que estaban en primaria.

Guerra (1996), encontró que ante la necesidad de tener al alcance instrumentos psicométricos adaptados a la población mexicana, que es posible detectar de manera rápida información relevante sobre los problemas que presenten las personas en su conducta asertiva estandariza el inventario de Asertividad de Gambrill y Richey. Señaló que el inventario es capaz de proporcionar medidas consistentes y en este sentido es confiable y válido, sin perder de vista la inespecificidad de los reactivos y las limitaciones que impone la existencia de pocos reactivos para cubrir algunas categorías conductuales. De los resultados obtenidos observó que no existen diferencias significativas en cuanto al género y en cuanto a la escolaridad, se obtuvo que las personas con estudios de postgrado son más asertivas que las personas con grados inferiores.

Egozcue (1997) llevó a cabo un estudio donde evaluó si existen diferencias de género en torno a la asertividad en una muestra de jóvenes estudiantes universitarios de 14 escuelas y facultades de la UNAM, usando como instrumento de medición la escala multidimensional de asertividad de Flores Galaz; donde obtuvo que no existen diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos.

Autores como Delgado (citado por Guerra, 1996) encontraron que un tratamiento está indicado cuando se aprecian déficits conductuales específicos que impiden una adecuada relación con el entorno social en determinadas situaciones, y que por lo general se trata de habilidades que no fueron desarrolladas suficientemente durante el proceso de aprendizaje de la persona y que ello puede provocar síntomas secundarios.

González, Villatoro, Pick y Collado (1998), observaron un incremento de estresores psicosociales que vive la gente joven en el mundo actual, por lo que es importante considerar el contenido de las fuentes generadoras de estrés en lugar de considerar solamente el grado. Dicen que es necesaria una propuesta preventiva integral en donde intervenga no sólo el adolescente mismo sino también las personas con quienes comparte su entorno vivencial más inmediato y emocionalmente significativo: su familia y su grupo de pares, y cualquier otro grupo de referencia en particular.

Por su parte Ordaz (2000); llevó a cabo la investigación sobre el perfil de personalidad y nivel de asertividad en pacientes con trastorno límite de personalidad, al identificar situaciones específicas problemáticas a través de la aplicación del inventario de asertividad de Gambrill y Richey los pacientes presentaron mayor grado de incomodidad y menor probabilidad de respuesta en situaciones asertivas, detectó la necesidad de modificar su patrón de relaciones interpersonales inestable y adquirir nuevos patrones de conductas asertivas para incorporarlos al repertorio conductual.

Velázquez (2000); desarrolló una investigación sobre el efecto del programa de entrenamiento asertivo sobre la calidad de vida en estudiantes universitarios, concluye que el programa de asertividad fue efectivo, después del curso se sienten con menos angustia y mayor seguridad ante situaciones sociales, lo cual mejoró la calidad de vida ya que presentaron bienestar subjetivo y logran sentirse bien consigo mismos, con la familia, amigos y físicamente.

Concha y Rodríguez (2001) realizaron una investigación para obtener la prevalencia de casos de inasertividad que se registran dentro de la población estudiantil de Ciudad universitaria, UNAM, al aplicar el inventario de Asertividad de Gambrell y Richey estandarizado para la población mexicana por Guerra (1996). Los resultados señalan que la prevalencia de casos de inasertividad es del 30% y de manera general no existen diferencias significativas entre hombres y mujeres en su conducta asertiva.

Fajardo (2001) realizó un estudio cuyo objetivo era conocer la relación existente entre la autoestima y la ansiedad, así como la depresión y la asertividad en adolescentes mexicanos y la interacción entre dichas variables. Los resultados indican que sí existen una relación estadísticamente significativa entre la autoestima y la ansiedad, la asertividad y la depresión en adolescentes.

En el caso de las personas que se muestran asertivas y abandonan un tratamiento para conductas adictivas es importante también observar como percibe el sujeto los cambios que requiere. Puede ocasionarle conflicto el hecho de llevar a cabo un profundo cambio en su estilo de vida y funcionamiento. Estos sujetos según Hynes y Sackett (citados por Andrade, 2001) muestran un mayor grado de dificultad en poder cumplir con el tratamiento. Además es importante observar el grado de cumplimiento, disciplina y planeación del sujeto en otras áreas de su vida ya que puede estar relacionado con la deserción, aquellas personas que cuentan con estas habilidades asertivas tendrán más posibilidades de manejar adecuadamente sus tratamientos.

En contextos escolares, las aplicaciones de la investigación sobre asertividad son de enorme diversidad. Ejemplos de ello son: la intervención psicoeducativa con personas con necesidades educativas especiales (Gras, 2002) las intervenciones para mejorar el rendimiento escolar y la adaptación social en las que se ha encontrado que un bajo estatus social se relaciona con un autoconcepto social negativo lo que a su vez se asocia con estilos negativos de atribución y expectativas de fracaso que con altas probabilidades conducen a un desempeño escolar pobre.

Existen también estrategias de ayuda para personas con deficiencia visual que consideran como parte integral de su propuesta la calidad de las interacciones sociales. Las habilidades sociales se han aplicado también con adolescentes para prevenir problemas de alcoholismo, delincuencia, embarazos no deseados, entre otros. Destaca la aplicación de las habilidades sociales en una serie de temas emergentes, entre los que destaca la educación en derechos humanos (GEOCITES/Páginas de salud/Asertividad, 2005).

ESTRATEGIAS METODOLÓGICAS Y/O DE INTERVENCIÓN

Para lograr los objetivos establecidos del servicio social en el Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila”, se realizan diversas actividades para responder a las necesidades en beneficio de nuestra sociedad y como estrategias educativas para propiciar, promover e incrementar el aprendizaje, así como aplicar conocimientos teóricos a la práctica para adquirir, experiencias, competencias y desarrollar habilidades en la solución de problemas relacionados con la salud mental dentro del enfoque cognitivo conductual. Estas actividades fueron:

La entrevista conductual

Es considerada como el sistema de interacción mediante el cual se realiza todo el proceso de evaluación-intervención conductual y es necesaria para llevar a cabo un análisis del problema del usuario (Alberts y cols, citado en Caballo 1993).

La entrevista conductual ha sido ampliamente cuestionada en la evaluación psicológica y médica, sin embargo es sin duda el principal y más extendido instrumento de valoración, incluye del desarrollo de una conexión armónica y el enseñar al usuario conductas apropiadas, de modo que pueda participar prestando su colaboración en el proceso de la entrevista; cumple, además la función de acumulación de información necesaria para un análisis funcional preciso de los problemas presentes del usuario; funciones motivadoras y terapéuticas, establece las bases y la oportunidad para una adecuada relación interpersonal, posibilita el intercambio de información confidencial, se obtiene información no accesible a la observación directa (Caballo, 1996).

Procedimiento de la entrevista en el centro de servicios psicológicos

Mediante la atención al público que solicita el servicio en este centro como primera instancia se presenta en la recepción donde la persona encargada la atiende amablemente y le proporciona una hoja de solicitud para ser llenada por el usuario.

En ella se anotan sus datos socio-económicos y las siguientes preguntas: ¿Con quien vive?, ¿en que consiste su trabajo y en donde trabaja?, ¿cuantas personas dependen de su ingreso? y ¿quienes más ayudan al ingreso familiar? Cuando no trabaja de quién depende económicamente y su escolaridad.

Además se describe brevemente el motivo de la consulta y desde cuando inició., si ya recibió ayuda especificar el tipo de tratamiento y la fecha en que lo recibió. Menciona si tiene algún problema de salud y su tratamiento.

Y finalmente cómo, sus dificultades actuales están afectando o limitando las áreas de amistades, labores, familiares, académicas, sexuales y de salud, en una escala de 1 a 10 donde 1 significa nada y 10 mucho.

Durante el procedimiento se toman en cuenta los componentes de una relación efectiva, esto es disponer de un conocimiento global y adecuado de la diversas áreas, lo que implica ser bastante hábil para comprobar y conocer que sucede a los usuarios con suficiente dinamismo e intensidad para inspirar seguridad y el refuerzo necesario para conseguir la colaboración del usuario y sean activos durante las sesiones, adaptando métodos y tecnologías a cada uno, proporcionando el apoyo necesario para generar esperanza, y reducir la ansiedad.

Es importante detectar si esta desesperado o tiene actitudes suicidas, y fundamental determinar la tendencia al suicidio por el riesgo que implica, notificarlo a la coordinadora del Centro para que valore su envío a un servicio de emergencias y ser atendido por el médico especialista con prescripción de medicamentos o vigilancia estrecha. La intervención en crisis se antepone a cualquier otra, cuando el paciente está expuesto a riesgos por la acción de otras personas o cuando representa un riesgo potencial para los demás.

En resumen, esta actividad tiene como objetivo recabar información del usuario porque es importante para la evaluación del problema particular y no por interés, o por curiosidad. El manejo ético debe distinguir en todo momento a la entrevista.

Durante el procedimiento se llena el formato correspondiente a la preconsulta donde nuevamente se anotan datos socioeconómicos.

Se esquematiza un familiograma donde se remarca al usuario dentro de este esquema, y se anota la edad y ocupación de los integrantes, encerrando en un círculo a los que viven en el mismo domicilio.

Se redacta en forma breve la problemática, así como las alternativas que ha realizado para su posible solución y las áreas más afectadas se explican específicamente.

Antes de terminar la entrevista, se pregunta al usuario, si tiene algo más que agregar a su información que él considere importante o que no se le haya preguntado, se agradece su colaboración y se le dan instrucciones respecto al trámite que sigue su solicitud, se aclaran sus dudas y se despide amablemente acompañándolo hasta la puerta de salida.

A esta solicitud, se le anota el nombre de quien realiza la entrevista, y el nombre del responsable del programa cognitivo- conductual, así como la impresión diagnóstica de acuerdo a la información obtenida.

Empleo de cuestionarios de autoinforme en la evaluación conductual

Existen numerosas ventajas asociadas con el uso de cuestionarios de autoinforme que contribuyen en la evaluación conductual.

Sus ventajas son: tienen una elevada razón de costo-eficacia, se puede obtener una gran información con una inversión mínima del tiempo del usuario o del terapeuta, son fáciles de puntuar de manera objetiva, eliminando la necesidad de inferencias por parte de la persona que los pasa, poseen validez lo que proporciona una contribución positiva a la confianza y a la relación entre el clínico y el usuario, se han desarrollado para evaluar una amplia variedad de problemas objetivo y pueden utilizarse para un gran número de poblaciones de usuarios, son potencialmente apropiados para evaluar los tres componentes del triple sistema de respuesta como son los aspectos motores, fisiológicos y cognitivos de la conducta del usuario. Por todas estas razones los cuestionarios son una importante fuente de información en la terapia de la conducta (Caballo, 1996).

Lo terapeutas de conducta han utilizado los cuestionarios para:

- Identificación y selección de las conductas objetivo que se han de modificar, estas pueden ser motoras, fisiológicas y cognitivas que son problemáticas para el usuario.
- Diseño de programas de intervención.
- Evaluación de los resultados de tratamiento (op.cit.).

Recomendaciones sobre el empleo de cuestionarios:

- Emplear los cuestionarios como una fuente de información pero no la única, para la obtención de información relativa a la evaluación.
- Usar cuestionarios con fiabilidad comprobada.
- Considerar la validez de contenido, la “validez en relación con el criterio” y la sensibilidad de los cuestionarios disponibles.
- Utilizar cuestionarios que posean normas establecidas para la población de interés.
- Emplear puntuaciones de las subescalas, además totales. (op.cit).

Procedimiento para realizar la evaluación en el centro de servicios psicológicos

Los expedientes de los usuarios seleccionados para la evaluación son proporcionados por el residente de medicina conductual, o la coordinadora del centro, cuando se considera que esta es necesaria para identificar sintomatología psiquiátrica y de esta manera solicitar el apoyo médico para su tratamiento y trabajar en forma conjunta, o bien es utilizada para fundamentar su canalización a un servicio especializado.

El usuario es contactado por vía telefónica y se le explica que para continuar con su atención es necesario realizar una evaluación a través de la aplicación de cuestionarios, para lo cual se le pide disponer de al menos dos horas de su tiempo, y se concerta la cita con él.

El día que se presenta, se recibe y se saluda amablemente, se conduce a un cubículo donde se sienta cómodamente, donde pueda apoyarse para llenar los cuestionarios, estos se proporcionan uno por uno, se dan instrucciones al respecto y se aclaran las dudas. Durante el llenado de los cuestionarios, puede dejarlo solo, pero estar disponible a prestar ayuda al usuario cuando lo solicite.

Al finalizar la aplicación de los cuestionarios revisar que estén contestados correctamente y completos. Agradecer su colaboración y despedirlo de manera cortés.

Los inventarios que se incluyen en la evaluación son: el inventario de depresión (Beck y cols, 1979a) y ansiedad de Beck (Beck, Epstein, Brown y Steer, 1988), inventario de habilidades sociales (Goldstein, Soprafkin, y Gershaw, 1990), inventario multifásico de la personalidad MMPI-2 (S.R. Hathaway y Mcklnley 1995, adaptado al español por Lucio).

Estos instrumentos de medición son analizados y calificados y al obtener los resultados la información se transcribe al formato de modalidad de tratamiento y es entregado al residente de medicina conductual para comentar dichos resultados, en caso necesario se realizan los tramites necesarios para canalizarlo a otra institución de apoyo para su tratamiento con el médico especialista. Los resultados son integrados al expediente, se utilizan como apoyo en el inicio y la planeación de su tratamiento.

Terapia individual con supervisión

Dentro del Centro de Servicios Psicológicos al trabajar como co-terapeuta uno de los textos consultados fue el de Beck (2000), en el cual cita respecto al terapeuta:

“El desarrollo de los conocimientos técnicos que requiere un terapeuta cognitivo, son las capacidades para demostrar empatía, preocupación y competencia ante los usuarios”

También menciona:

Primero se aprende a estructurar la sesión y a utilizar las técnicas básicas, y se adquiere la habilidad para conceptualizar un caso en términos cognitivos, fundamentándose en una evaluación inicial y en los datos obtenidos en la sesión.

Segundo se comienzan a integrar la conceptualización con su conocimiento de las técnicas. Aumenta su capacidad para comprender el desarrollo de la terapia y logran identificar con mayor facilidad los objetivos importantes.

Poco a poco se adquiere mayor habilidad para conceptualizar a los usuarios y se aprende a tomar decisiones respecto a las intervenciones, ampliando su repertorio de técnicas y cada vez se seleccionan mejor las más adecuadas incluyendo el manejo de los tiempos.

Tercero el terapeuta integra más automáticamente los datos nuevos, aumenta su capacidad para plantear hipótesis que confirman o modifican su visión de los pacientes. Pueden variar la estructura y las técnicas de la terapia para adecuarlas a los casos difíciles, como los trastornos de la personalidad (Beck, 2000).

Procedimiento de la terapia individual en el centro

El terapeuta transmite en forma implícita o explícita que se preocupa por el usuario y que confía en que pueden trabajar juntos, que cree poder ayudarlo y enseñarle a ayudarse a sí mismo, que desea comprender verdaderamente lo que está experimentando y ponerse en su lugar, que aunque el usuario pueda estarlo, él no está abrumado por los problemas que se plantean; que ha atendido a otros y el tratamiento es adecuado a su caso para mejorar y para demostrar respeto y colaboración, al final de cada sesión el terapeuta se ocupa de investigar cual es la percepción que el usuario tiene del proceso terapéutico y del terapeuta (Beck, 2000).

Los usuarios son asignados por la coordinadora del Centro o el residente de medicina conductual quienes proporcionan asesoramiento y supervisión desde la entrega del expediente.

Se revisa el caso de acuerdo a los datos contenidos en el expediente del usuario, donde se encuentra la información que se obtuvo en la preconsulta, puede contener también la síntesis de una evaluación de la cual revisa los resultados, los problemas planteados por él, su funcionamiento actual, sus síntomas que ayudan a realizar una conceptualización inicial y a establecer un plan general para su terapia y anota aquellos puntos que desea tratar durante la primera sesión.

Se concerta la cita con el usuario por vía telefónica, especificando día y hora en que se debe presentar en la recepción del centro, así como el nombre del terapeuta que lo atenderá.

Los objetivos a establecer en la primera sesión son:

- Crear confianza y establecer componentes de relación (día de la cita, hora, tiempo asignado a la terapia, costo de las sesiones, cancelar con anticipación en caso de no ser posible acudir a la sesión y aclarar que dos faltas consecutivas ameritan baja del servicio).
- Se instruye acerca del modelo cognitivo- conductual.
- Revisar el problema que presenta y efectuar una actualización del estado en que se encuentra, desde la evaluación y establecer objetivos.
- Preguntar al usuario sus expectativas respecto de la terapia.
- Instruir al usuario acerca de su trastorno.
- Asignar tareas para el hogar.
- Se le informa al usuario que la sesión va a terminar, esto se hace 10 minutos antes de finalizar, hacer una síntesis de la sesión.
- Solicitar retroalimentación por parte del usuario.
- Se realizan las anotaciones en el expediente, especialmente si tiene indicado algún medicamento, o tiene alguna adicción.
- Se acuerda la siguiente cita, se despide al usuario, agradeciendo su asistencia y se le invita a no suspender su tratamiento.

La terapia individual incluye el manejo y la integración del expediente que se realiza con los siguientes datos y formatos: En un fólder que proporciona la institución y contiene datos específicos para el control de registros de citas, asistencias y faltas; se engrapa en la contraportada la ficha de admisión y la hoja de derechos y responsabilidades de los usuarios.

En la portada se acomodan los formatos en el siguiente orden iniciando con:

- 1.- Hoja de preconsulta.
- 2.- Instrumentos de medición.
- 3.- Hoja de modalidad de tratamiento.
- 4.- Notas de evolución psicológica.
- 5.- Historia clínica.
- 6.- Programa de tratamiento.
- 7.- Hoja frontal
- 8.- Hoja de alta, de alta voluntaria o de baja.

El llenado de la nota psicológica y de evolución se actualiza en cada sesión terapéutica. También se elabora y se proporciona al usuario una tarjeta para anotar sus citas.

En las siguientes sesiones, se ayuda al usuario a escoger un tema para otorgarle la posibilidad de ser más activo y asertivo y le permite tomar más responsabilidades, comenzar a resolver problemas y reforzar el modelo cognitivo conductual, revisión de la sesión anterior, revisión de la tarea, conversaciones sobre los temas planificados, asignación de nuevas tareas, síntesis periódicas, resumen final y retroalimentación.

El contenido de cada sesión varía según los problemas y objetivos del usuario y los propósitos del terapeuta.

Cuando el tratamiento finaliza es importante llenar el formato de alta del cliente incluirlo en el expediente y registrarlo en la libreta correspondiente.

Es posible que durante el tratamiento el usuario falte a sus citas o deje de asistir, es importante a través de una llamada telefónica, ponerse en contacto con el paciente para conocer sus razones o bien para informarle de su baja del servicio, llenar el formato de baja y notarlo en la libreta correspondiente.

Las entrevistas de seguimiento se generan cuando un usuario es dado de alta y se concertan citas para conocer su evolución y estado emocional en diversos intervalos de tiempo, primero cada 15 días, 3 veces; al mes una vez y finalmente a los tres meses.

Programas de intervención o planes de tratamiento

El diseño de programas de intervención, se encuentra contenido en las actividades de terapia individual, a fin de mantener la terapia en la dirección correcta

Esta estrategia esta dirigida hacia tres aspectos fundamentales:

- Intentar demostrar si algún tipo de aproximación terapéutica es o no efectiva en el tratamiento de un problema concreto.
- Tratar de establecer si algunas técnicas son más efectivas que otras.
- Especificar de la forma más clara y objetiva posible cuáles son los elementos activos de las mismas.

La aproximación conductual para cambiar la conducta se distingue de otras formas de intervención por su proceso de evaluación que intenta determinar la relación de la conducta problema por un lado y por otro los eventos medioambientales que controlan su aparición y mantenimiento, esto se inicia con la identificación de la conducta problema y continúa hasta que las metas de tratamiento han sido logradas.

Para establecer el desarrollo de un programa de intervención conductual se selecciona la conducta problema que requiere ser modificada y hasta donde se pretende llegar, esto es la conducta meta. Para seleccionarla es importante considerar si la corrección esperada en el comportamiento es consistente con las metas y necesidades del paciente, incluyendo la familia y a otras personas involucradas, o de lo contrario la probabilidad de que el programa no funcione es alta, también es importante crear un programa que se enfoque en la modificación de la conducta problema y en el mantenimiento de la nueva conducta aprendida (Beck, 2000).

La mayoría de las veces los usuarios muestran más de una conducta problema, por lo que se recomienda en el inicio del tratamiento escoger una conducta que tenga mayor probabilidad de tener un cambio rápido y positivo y pueda funcionar como un elemento motivacional para el individuo.

Las conductas problema son consideradas en el contexto en el cual ocurren, por lo que la misma conducta difiere de un paciente a otro en diferentes momentos.

Kanfer y Saslow (citados en Caballo 1993) definieron categorías de las conductas metas:

- Ocurren con una frecuencia, intensidad y duración muy altas en un ambiente o circunstancia en particular.
- Déficit conductuales. En algunos pacientes una conducta determinada representa un problema debido a que ocurren con muy baja frecuencia, intensidad inadecuada o de forma inapropiada.
- Control de estímulos. Excesos conductuales. Son conductas que se tornan problemáticas debido a deficiente. La conducta ocurre bajo condiciones o tiempos inadecuados, tal vez el paciente tiene las habilidades pero no las utiliza de manera adecuada, en el momento necesario en el contexto apropiado.

La planificación efectiva del tratamiento requiere de una sólida formulación del caso y la consideración de las características particulares y los problemas del paciente. El tratamiento se estructura a la medida del individuo y el terapeuta desarrolla una estrategia general y un plan específico para cada sesión. El terapeuta desarrolla y modifica continuamente un plan general de tratamiento y un plan específico para cada sesión y para cada parte de la misma (Beck, 2000).

Planeación, diseño e impartición de talleres

Trabajar con talleres es un proceso pedagógico en el cual los alumnos y docentes desafían en conjunto problemas específicos. El taller se convierte en una actividad central a través de la cual se realizan básicamente las tareas de docencia, investigación y extensión, es una actividad académica que no se encierra en la universidad ni en el aula, sino que se desarrolla principalmente en contacto con los grupos susceptibles de requerir solución de sus necesidades objetivas sentidas; está concebido como un equipo de trabajo, formado generalmente por un docente y un grupo de alumnos en el cual cada uno de los integrantes hace su aporte específico (Barros y Gissi, 1980).

Los alumnos en el taller deben dar su aporte personal, creativo y crítico, transformándose en sujetos creadores de su propia experiencia y superando así la posición antigua de meros receptáculos de los conocimientos impartidos por los maestros. La relación teoría práctica es la dimensión del taller que intenta superar la antigua separación entre la teoría y la práctica al interrelacionar el conocimiento y la acción y así aproximarse al campo de la tecnología o de la acción fundamentada. Esta instancia requiere de la reflexión, del análisis de la acción, de la teoría y de la sistematización (op.cit.)

El taller se concibe como una realidad integradora, compleja, reflexiva en que se une la teoría y la práctica como fuerza motriz de proceso pedagógico, orientado a una comunicación constante a una la realidad social, y como un equipo de trabajo altamente dialógico formado por docentes y estudiantes, en el cual cada uno es un miembro más del equipo y hace sus aportes específicos.

El maestro es responsable del grupo y lo dirige, pero al mismo tiempo adquiere junto con ellos experiencias de la realidad social enfrentada en la que se desarrolla el taller y su tarea va más lejos de la labor puramente académica en función del estudiante, debiendo prestar su aporte profesional y experiencias de la realidad en tareas específicas del taller y en los servicios a la comunidad.

Todo esto va ofreciendo al estudiante, en su recorrido gradual, diferentes niveles de aproximación a la realidad social enfrentada, que le permite ir descubriendo las contradicciones y problemas que en ella se encuentran y, a través de la acción-reflexión, darle la explicación científica. En suma, en taller es otro estilo de comunicación entre el docente y el alumno (op.cit.).

Con todas estas razones y riquezas de interacción que ofrece la impartición de talleres, se decidió la planeación, el diseño e impartición del taller de habilidades sociales como una primera forma de adquirir experiencia en esta estrategia, la cual sirvió de base para la planeación de un segundo taller, en el que se realizaron modificaciones de acuerdo a las necesidades y experiencia adquirida, pero ahora como taller de entrenamiento en asertividad.

Esta actividad se inició con el tema de entrenamiento en habilidades sociales, con el siguiente contenido: elaboración de pre y post evaluación de cada sesión, seleccionar dinámicas grupales, redacción de instrucciones de cada sesión, redacción de viñetas, elaboración de formatos de registro, determinar tiempo para cada actividad del taller, determinar la asignación de tareas para cada sesión, organizar el orden de las sesiones de manera lógica en donde la tarea anterior sea parte del contenido terapéutico de la siguiente, llevar bitácora de modificaciones o aceptaciones.

Taller de entrenamiento en asertividad

El propósito de impartir este taller es lograr que el estudiante universitario a nivel licenciatura de 20 a 30 años, adquiera habilidades para expresarse con seguridad, sin tener que recurrir a comportamientos pasivos, agresivos o manipuladores, lo que conlleva a un mayor autoconocimiento y estar de acuerdo consigo mismo, donde se requiere saber escuchar y responder a las necesidades de otros sin descuidar sus propios intereses o sus principios, todo relacionado con la capacidad de mejorar sus habilidades en el trato con otros, en una comunicación, eficiente.

El programa de entrenamiento en asertividad está dividido en tres fases distribuidas de la siguiente manera:

Fase I llamada evaluación pretratamiento comprende una evaluación psicológica (aplicación del inventario de asertividad de Aguilar (2000) y el inventario de ideas irracionales IBT Jones (1969), así como la presentación del programa.

Para la evaluación psicológica pretratamiento y postratamiento aplicados, calificados y analizados en el entrenamiento asertivo, se utilizaron los siguientes instrumentos:

Cuestionario de evaluación del comportamiento asertivo (Aguilar, 2000).

Instrumento que contiene 40 reactivos en las que el paciente valoró si emitía o no determinado comportamiento asertivo en situaciones interpersonales, conforme a 9 categorías, descritas en la siguiente tabla:

	Número de reactivos
Respeto por sí mismo. Se refiere a la consideración que se tiene a los demás, sin olvidar sus propios deseos o intereses, manteniendo la relación humana.	22, 31, 37
Respeto por los demás. Se refiere al trato que hay que tener por los demás, distinguiendo claramente que tienen los mismos derechos que nosotros. Implica acercarnos a los demás de manera responsable, sensitiva, cortés y sin menospreciar los propios deseos, creencias y opiniones, es decir expresar los mensajes sin ofender.	14, 18, 25, 26, 27, 39
Ser directo. Se refiere a los mensajes transmitidos, los cuales serán lo suficientemente claros tanto en la expresión de afecto positivo como en la manifestación de lo que nos molesta o desagrada, evitar caer en el juego de la adivinanza o confusión.	15, 33, 36
Ser honesto. Se refiere a la necesidad de reflejar nuestros pensamientos, sentimientos o creencias para facilitar la comunicación.	5, 16, 29, 32, 34, 35, 40
Ser apropiado. Se refiere a la necesidad de tomar en cuenta lo que decimos o escuchamos, tanto en el contexto en donde ocurre la comunicación, como en el momento en que nos expresamos.	6, 19, 20, 24, 38
Expresar opinión. Se refiere a las diversas formas de expresión, dependerán del objetivo en cualquier interacción. Se puede explicar como una regla de expresión que nos gustaría que tuvieran los demás hacia nosotros.	12, 13, 21, 23, 30
Saber escuchar. Se refiere al proceso activo que requiere un genuino esfuerzo para comprender lo que los demás quieren transmitirnos.	11, 28
Ser positivo. Significa que aprendamos a señalar lo agradable o acertado de los demás y de nosotros mismos.	7, 8, 9, 10
Lenguaje no verbal. Se refiere a la congruencia que existe entre los componentes verbales y no verbales, significa que dichos componentes que acompañan a las palabras den el apoyo y la fuerza suficiente o necesaria.	1, 2, 3, 4, 17

Cuestionario de ideas irracionales de Jones (1969). Es el cuestionario de ideas irracionales más difundido del que se han derivado otros. Consta de 100 ítems que se basan en las ideas de Ellis, responden según el nivel de acuerdo en una escala de Likert de cinco puntos.

Las diez subescalas son: aprobación social, perfeccionismo, culpabilidad, catastrofismo o reactividad a la frustración, locus de control externo, preocupación o aprehensión ante el futuro, evitación de responsabilidades, dependencia, determinismo del pasado y soluciones ideales; estas escalas surgen de un análisis factorial efectuado con estudiantes (Caballo, 1996)

Fase II o de entrenamiento donde se desarrollaran actividades cognitivo y conductuales que les permite a los participantes adquirir mejores habilidades o mejorarlas.

Fase III o de evaluación postratamiento, se lleva a cabo una evaluación psicológica postratamiento. Ver anexo 1

Se utilizan el diseño preprueba – postprueba con un solo grupo y los resultados se evalúan a través la correlación de los datos obtenidos en el pretratamiento y en el postratamiento.

Objetivo del taller

Que este grupo de sujetos que asistan al taller adquiera y mejore ese conjunto de comportamientos emitidos en un contexto interpersonal, que exprese los sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de un modo adecuado a la situación, respetando esa mismas conductas en los demás, y que generalmente resuelva sus problemas inmediatos de la situación, en tanto minimiza la probabilidad de futuros problemas.

Características de los participantes:

- Participan en el taller de entrenamiento estudiantes universitarios de 20 a 30 años, cuyo motivo de consulta sea déficit en asertividad.

Criterios de inclusión

- Que curse cualquier licenciatura dentro de la UNAM con un rango de edad de 20 a 30 años.

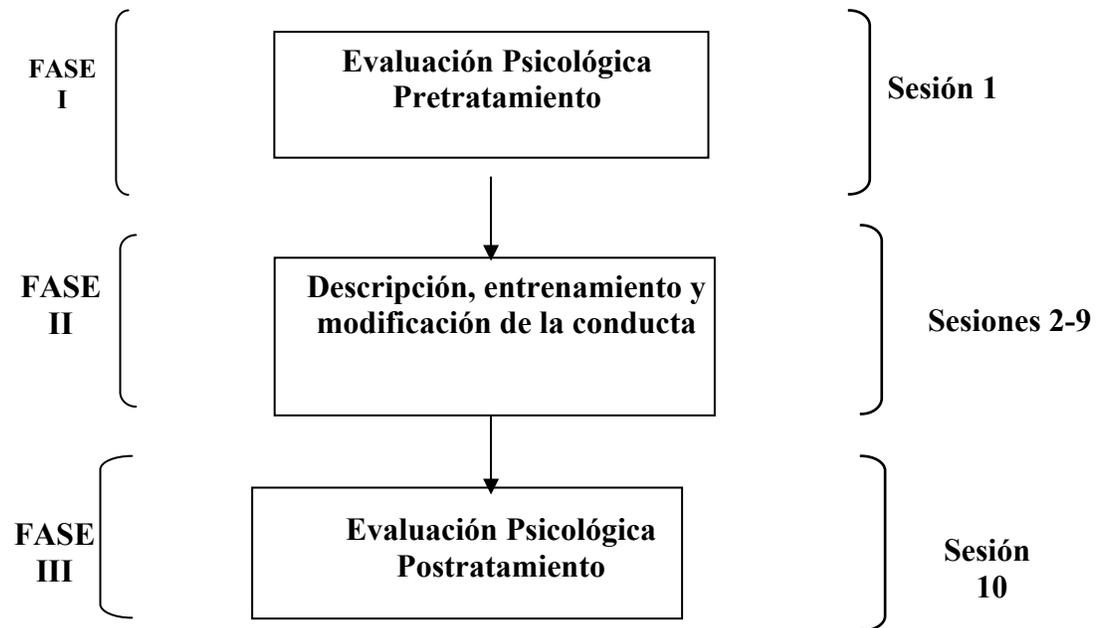
Criterios de exclusión

- Sujetos con un diagnóstico psiquiátrico.

Escenario:

El Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila” se encuentra ubicado en la Universidad Nacional Autónoma de México, en el sótano del edificio “D” dentro de la Facultad de Psicología.

PROCEDIMIENTO



En el taller de entrenamiento en asertividad se impartieron 10 sesiones, con duración de 2 horas, una vez por semana, de 17 a 19 horas en la sala 5. Ver anexo 1 y 7.

RESULTADOS OBTENIDOS

La población en la que se impartió el taller está formada por 12 sujetos, que acudieron a solicitar el servicio en el Centro de Servicios Psicológicos, en quienes por el motivo de consulta que refieren se clasificaron con déficit en asertividad.

Este grupo estuvo formado por cuatro hombres y ocho mujeres que cursan diversas carreras a nivel de licenciatura, dentro de las que se encontraban: dos en ingeniería en 2º. Y 4º. Semestre respectivamente, uno en 3er semestre de matemáticas, uno en 6º semestre de física, dos en derecho de 4º y 6º semestre respectivamente, uno en economía de 2º semestre, dos en contaduría de 2º y 4º semestre respectivamente, uno en 4º. Semestre de psicología, uno en 6º semestre arquitectura; y uno en maestría de ingeniería.

Las edades están comprendidas entre 20 y 28 años.

Respecto a su estado civil: una mujer era madre soltera con un hijo, otra mujer vive en unión libre, con un hijo y los 10 restantes eran solteros sin hijos.

3de los integrantes trabajan medio tiempo.

A continuación se muestran los resultados obtenidos:

Tabla 1 Asertividad

	Pretratamiento		Postratamiento	
	Media	Desviación	Media	Desviación
1. Respeto por sí mismo	66.41	31.94	87.00	16.25
2. Respeto por los demás	44.75	14.82	75.83	21.40
3. Ser directo	68.08	25.52	90.25	13.76
4. Ser honesto	70.00	23.19	84.75	15.73
5. Ser apropiado	57.16	28.18	86.25	15.82
6. Expresar opinión	44.41	29.87	75.66	11.58
7. Saber escuchar	79.16	25.74	99.00	3.46
8. Ser positivo	72.50	25.80	92.75	11.23
9. Lenguaje no verbal	70.50	26.13	91.58	9.56

En la tabla 1 se puede observar el resultado del grupo y las diferencias que se encontraron en el pre y postratamiento, los cuales se establecieron a partir de un análisis de frecuencia por las categoría que propone Aguilar (2000) para evaluar el comportamiento asertivo.

En las nueve categorías se presentaron cambios significativos después del tratamiento de estas en cuatro se logró una media de más de 90 en las siguientes: saber escuchar de una media de 79.16 y una desviación de 25.80, alcanza una media de 99 y una desviación de 3.46; ser positivo de una media de 72.50 y una desviación de 25.80,

alcanza una media de 92.75 y una desviación de 11.73; el lenguaje no verbal de una media de 70.50 y desviación de 26.13, alcanza una media de 91.58 y desviación de 9.56 respectivamente; ser directo de una media de 68.08 y una desviación de 14.82, la media alcanzada es de 90.25 con una desviación de 13.76.

En las siguientes tres categorías la media alcanzada es superior a 80 y son: respeto por si mismo con una media de 66.41 y una desviación de 31.94 alcanzó una media de 87 con una desviación de 16.25; ser apropiado de una media de 57.16 con una desviación de 28.18 cifras que cambian a una media de 86.25 y una desviación de 15.82; ser honesto registró una media de 70 con una desviación de 23.19 se adquirió una media de 84.75 con una desviación de 15.73.

En respeto por los demás y expresar opinión los resultados correspondieron a una media mayor de 70.

Los resultados obtenidos nos dan a conocer como el entrenamiento como un abordaje educativo dentro de la terapia cognitiva, interfirió en mejorar las habilidades de asertividad.

Tabla 2 Ideas Irracionales

	Pretratamiento		Postratamiento	
	Media	Desviación	Media	Desviación
1.Aprobación social	47.50	21.37	26.66	13.02
2.Perfeccionismo	60.83	21.51	36.66	13.02
3.Culpabilidad	32.50	18.64	31.66	7.17
4.Catastrofismo(reactividad a la frustración)	45.00	17.83	38.33	9.37
5.Locus de control externo	30.00	17.05	24.16	7.92
6.Preocupación (aprehensión ante el futuro)	60.83	16.21	34.16	13.11
7.Evitación de responsabilidades	45.83	17.29	31.66	10.29
8.Dependencia	37.50	17.64	27.50	8.66
9.Determinismo del pasado	43.33	23.09	32.50	13.56
10. Soluciones ideales	50.83	18.80	35.00	12.43

En la tabla 2 se pueden observar en forma inversa las categorías de creencias irracionales a las de asertividad como las cifras de la media y la desviación descienden después del entrenamiento, que representa una tendencia a la erradicación de las creencias irracionales con cambios significativos en las categorías de aprobación social, perfeccionismo, preocupación (aprehensión ante el futuro), evitación de responsabilidades y soluciones ideales. En las otras categorías que son culpabilidad, catastrofismo (reactividad a la frustración), locus de control externo, dependencia y determinismo del pasado el cambio es mínimo no significativo no obstante también se observa la tendencia a la erradicación de creencias irracionales.

Para comprobar que existen diferencias estadísticamente significativas en los dos instrumentos antes y después de la intervención se utilizó el programa estadístico SPSS y se obtuvo el valor de Wilcoxon.

En el caso de la variable de asertividad se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en todas las variables (ver tabla 3).

Tabla 3.- Wilcoxon de asertividad

Respuesta	Wilcoxon	Significancia
Respeto por sí mismo	-2.20	.02
Respeto por los demás	-2.80	.005
Ser directo	-2.53	.01
Ser honesto	-2.52	.01
Ser apropiado	-2.95	.003
Expresar opinión	-2.75	.006
Saber escuchar	-2.12	.03
Ser positivo	-2.38	.01
Lenguaje no verbal	-2.55	.01

En el caso de ideas irracionales se obtuvieron los siguientes resultados.

Tabla 4.- Wilcoxon de ideas irracionales.

Respuesta	Wilcoxon	Significancia
Aprobación social	-2.82	.005
Perfeccionismo	-2.88	.004
Culpabilidad	-.300	.76
Catastrofismo (reactividad a la frustración)	-1.04	.296
Locus de control externo	-1.38	.16
Preocupación (aprehensión ante el futuro)	-3.12	.002
Evitación de responsabilidades	-1.99	.04
Dependencia	-1.69	.09
Determinismo del pasado	-1.43	.15
Soluciones ideales	-1.94	.05

Como se observa en la tabla 4, solamente cinco variables de las diez evaluadas fueron estadísticamente significativas.

El Centro de Servicios Psicológicos, a través de los talleres impartidos tiene la finalidad de atender a un mayor número de personas, tomando en cuenta que la demanda de servicio es muy alta, quienes solicitan el servicio son agrupados por características como edad, escolaridad y motivo de consulta principalmente; de esta manera por medio de la implementación de los talleres es posible atenderlos disminuyendo notablemente el tiempo de espera, lo cual repercute de forma importante en la promoción y el prestigio de la institución a través de estudiantes que acuden a solicitar información directamente acerca de los diversos talleres, muchas veces por la información previa y buenas referencias que reciben de otros compañeros, maestros, administrativos, u otro medio de información.

La formación profesional obtenida en este programa permite integrar los conocimientos teóricos y prácticos de tal forma que al finalizar el servicio social existe una enorme diferencia respecto al prestador de servicio que ingresa y el futuro profesional que egresa, al tomar consciencia de la responsabilidad que implica estar inmerso en esta profesión. El compromiso de efectuar las prácticas, superarse y progresar como profesional de psicología no se puede evitar, la preparación es constante y actualizada al tratar con alumnos y usuarios de diversas instituciones, facultades y niveles tanto sociales como de estudios.

Por tales motivos antes mencionados es de suma importancia implementar y mantener centros educativos como este que garantizan la excelente formación como psicólogo clínico y aún más importancia le confiere la modalidad de la formación en el área cognitivo conductual, todo ello repercutiendo e incrementando el prestigio de la Universidad Nacional Autónoma de México como formadora de profesionales.

COMPETENCIAS ADQUIRIDAS

La competencia es producto de muchos procesos de aprendizaje, aunque no necesariamente hayan ocurrido solo en contextos escolares, porque se nutren también de la práctica y la experiencia, que incorporan en la persona rasgos muy diversos, intelectuales, cognitivos, afectivos, motivacionales, conductuales y sociales, cuya dinámica e interacción van creando formas cada vez más complejas y profundas de conocimientos, habilidad, aptitud y disposición en una visión incremental y evolutiva; son estos rasgos los que van construyendo la competencia.

Cuando hablamos de competencias se hace referencia a modalidades o formas de competencia y en ocasiones a los componentes particulares que la forman (Castañeda, 2004).

De esta manera es importante destacar que no bastan sólo documentos que avalen esos estudios para calificar a una persona como competente. Las competencias son el referente y el criterio para comprobar la preparación de un individuo para un trabajo específico. Las normas de competencia se conciben como una expectativa de desempeño en el lugar de trabajo, que equivale al comportamiento esperado. Así la norma constituye un patrón que permite establecer si un trabajador es competente o no, independientemente de la forma en que la competencia haya sido adquirida (Morfin, citado Facultad de Psicología 2005).

Desde esta perspectiva, lo importante no es la posesión de determinados conocimientos sino el uso que se haga de ellos.

Se hace evidente que la relación entre las condiciones y demandas de las situaciones concretas en el trabajo (la práctica) con las necesidades de sistematización del conocimiento (la teoría) es más significativa para el individuo si los conocimientos teóricos se abordan en función de las condiciones concretas del trabajo (Malpica, citado en Facultad de Psicología 2005).

Por esta razón la demanda inicial era dar respuesta a las competencias formuladas desde el ámbito laboral, en estrecha relación con los procesos de capacitación en las empresas y con la formación tecnológica en las instituciones educativas. Gran parte de estas competencias se han incorporado a las instituciones que forman profesionistas desde una visión más integral y no reducida al ámbito técnico.

Esta visión integral plantea la formación promovida por la universidad, diseñada no sólo en función de la incorporación del sujeto a la vida productiva a través del empleo, sino a partir de una formación profesional que además de promover el desarrollo de habilidades, conocimientos, actitudes aptitudes y valores considere la ocurrencia de varias tareas simultáneas en un contexto (Gonezi, citado en Facultad de Psicología 2005).

Las competencias básicas, genéricas y específicas

EL modelo de competencias profesionales integrales establece tres niveles (OIT, 2005), las básicas, genéricas y las específicas, cuyo rango de generalidad va de lo amplio a lo particular.

Las competencias básicas son las capacidades intelectuales indispensables para el aprendizaje de una profesión; en ellas se encuentran las competencias cognitivas, técnicas y metodológicas, muchas de las cuales son adquiridas en los niveles educativos previos (uso del lenguaje oral, escrito y matemático).

Las competencias básicas adquiridas son:

- Habilidad para usar la tecnología con un propósito específico.
- Comunicarse utilizando una diversidad de medios y formatos.
- Escuchar para obtener e intercambiar información en una variedad de formas.
- Compilar, organizar, analizar y sintetizar información.
- Derivar conclusiones y hacer generalizaciones basadas en la información recolectada.
- Utilizar información y seleccionar las herramientas apropiadas para resolver problemas.
- Conocer el contenido y poder localizar información adicional a medida que se necesite.
- Convertirse en practicantes autodirigidos.
- Colaborar y cooperar en un equipo.
- Participación en programas de educación continua.
- Tener conciencia tecnológica o recepción competente, para reconocer la tecnología de uso.

Las competencias genéricas son la base común de la profesión o se refieren a las situaciones concretas de la práctica profesional que requieren de respuestas complejas. También son llamadas habilidades o competencias esenciales y pueden referirse a resoluciones de problemas, comunicación y actitudes personales, competencias aritméticas, uso de la información tecnológica y uso de la lengua moderna.

Las competencias genéricas adquiridas son:

- Interactuar con ética y de manera apropiada (el cliente debe recibir un trato como persona o como un fin en sí misma, y no como un objeto o un medio para alcanzar un fin: todo individuo tiene derecho a que se aprecie su valor innato como ser humano y que se reconozca que este valor no aumenta ni disminuye dependiendo de alguna característica, condición o estado, como su cultura discapacidad mental, condición socioeconómica, raza, orientación sexual, religión, sexo, estado civil, discapacidad física, color, edad o nacionalidad).
- Informar al paciente y a los familiares acerca del problema o del estado de salud y de las medidas que conviene tomar.
- Proporcionar al paciente la atención con la amabilidad que requiere de manera eficiente y eficaz.
- Obtener información acerca de la condición del paciente (sus antecedentes y problemática actual).
- Recibir evaluación formativa intensiva.
- Diseñar material como alternativa de respuesta a la demanda de la problemática en el centro (talleres, carteles, trípticos)
- Planear, diseñar e impartir un taller.
- Revisión de solicitudes de los pacientes canalizados al taller y conformación del grupo de acuerdo a las solicitudes.
- En el manejo de talleres tener la capacidad de aprender a solucionar problemas de grupo, tener la posibilidad de generar ideas transferibles a situaciones reales y mayor receptividad a nuevas informaciones.

Las competencias específicas son la base particular del ejercicio profesional y están vinculadas a condiciones específicas de ejecución, con aquellas adquiridas en la especialización profesional. No pueden ser transferibles, los contenidos son ligados estrictamente a una especialidad definida.

Las competencias específicas adquiridas son:

- Realizar la entrevista que favorezca la identificación del problema.
- Identificar el problema que se va atender.
- Explorar o reconocer síntomas que configuren un patrón.
- Valorar la sintomatología y determinar su congruencia o consistencia.
- Formular hipótesis acerca del problema que presenta el paciente.
- Utilizar instrumentos psicométricos o proyectivos para comprobar la hipótesis.
- Interpretar los resultados de las evaluaciones.
- Expresar conclusiones a partir de los resultados.
- Establecer la gravedad o nivel de riesgo del paciente.

- Pronosticar el curso probable del problema si no se proporcionar la atención.
- Iniciar el tratamiento psicoterapéutico.
- Valorar los cambios en la evolución del estado del paciente.
- Interactuar adecuadamente con el paciente en un consultorio psicológico.

De acuerdo al Dr. López Olivas citado en (Castañeda 2004, p. 346) “La idea que prevalece es que el alumno es el constructor o productor activo de su conocimiento y ubica, como centro de todo aprendizaje, a la solución de problemas contextualizada. Resolver problemas es tal vez el rasgo más sobresaliente de la competencia, y el aprendizaje es responsable de que se llegue a ser apto o incompetente”.

Podemos decir que la competencia esta vinculada a los valores, tareas, problemas, apreciaciones críticas, y capacidades de forma tal que se satisfagan normas y estándares de actuación para realizar con calidad los desempeños que demanda la vida productiva, traduciéndose en habilidad para hacer y no sólo en habilidad para adquirir conocimiento. La competencia se manifiesta como saber explorar, identificar, reconocer y valorar patrones, síntomas, señales, indicios, trayectorias, tendencias, rasgos y secuencias temporales o de acción que pueden interpretarse o verse como signos o manifestaciones de problemas actuales o potenciales para los cuales se tiene capacidad de proporcionar atención adecuada y respuestas acertadas (Castañeda, 2004).

Por lo tanto podemos asumir que hay dos componentes importantes en la realización de competencias, la capacidad para la representación de los problemas a tratar y capacidad para utilizar estrategias de solución, cualidades requeridas para un perfil general del egresado de la carrera de psicología enunciado como el profesional que posee los conocimientos, habilidades y valores para planear, prevenir, diagnosticar, intervenir, evaluar e investigar en el ámbito del comportamiento, a fin de contribuir al bienestar de los individuos, y grupos con juicio crítico y compromiso social.

En el cuadro 1 se encuentran esquematizadas las actividades realizadas durante el servicio social. Ver anexo 8

CONSIDERACIONES FINALES

Discusión

En la práctica se reafirma la parte teórica y parece adecuado preguntarse algunas veces si los conocimientos adquiridos funcionan realmente, como característica humana es normal sentir aprehensión sobre algo nuevo y querer estar suficientemente convencido de la eficiencia antes de cambiar algo, tal es el caso del taller de entrenamiento en asertividad.

Las diversas investigaciones sobre asertividad realizadas en las que se han estandarizado algunas pruebas como la (MERA) Escala de Medida de Rasgos Asertivos de Flores (1989); la Escala de Asertividad de Rathus aplicada por Pérez(1981), la escala multidimensional de asertividad de Flores (1994) entre otras y al mismo tiempo se han aplicado programas de entrenamiento en asertividad a múltiples poblaciones, coinciden en afirmar que la asertividad constituye un componente básico en el establecimiento de relaciones sociales satisfactorias que inciden en el bienestar psicológico y social del individuo, y han demostrado que la inasertividad se encuentra relacionada con el origen y evolución de graves problemas de adaptación en el ser humano puesto que un individuo incapaz de responder eficazmente a los conflictos derivados de la interacción social cotidiana, puede desarrollar sentimientos negativos.

El trabajo en el taller de entrenamiento en asertividad se fundamenta en el enfoque cognitivo-conductual como mencionan Ingram y Scout (citado en Lega et. al. 2002) como característica principal el trabajo participativo y colaborativo entre terapeuta y paciente, se toma en cuenta a cada uno de los participantes en su individualidad, fomentando y contribuyendo a la expresión de opiniones en grupo, resultando esto último un recurso apreciado e importante para la generación de discusión, análisis y reflexión.

Durante el transcurso del taller se implementaron dinámicas y juegos grupales para asegurar el entendimiento de los temas, que sensibilizaron con respecto a la problemática, y lograr un acercamiento más humano en el grupo y de esta manera logren el aprendizaje por medio de aportaciones voluntarias, que por experiencia y correspondencia a los temas, harán detectar un espacio de expresión y entendimiento emocional.

La terapia cognitivo conductual fue efectiva en provocar cambios en los participantes en relación a las dos condiciones de interés: asertividad e ideas irracionales.

Enseñar el modelo cognitivo conductual fue importante por ser una forma de tratamiento que conlleva un abordaje estructurado y colaborativo, era necesario que comprendieran algunos de sus principios y métodos, además porque el instructor hace constantemente referencia al modelo y a conceptos específicos; de esta manera saben lo que sucede durante el proceso de entrenamiento y refuerza la noción de asumir la responsabilidad de sus propios pensamientos y acciones. Se coloca todo el énfasis en el aprendizaje rechazando la existencia de los procesos conscientes o inconscientes, al menos en los términos vagos y poco operativos en que inicialmente fueron concebidos, según Eysenck (citado en Servera 2002).

A partir de datos de la entrevista, se definieron varias situaciones interpersonales problemáticas específicas y durante el entrenamiento se utilizaron técnicas donde la conducta ensayada es muy parecida a una situación real, los participantes perciben las situaciones como relativamente seguras, no amenazantes y saben que no habrá consecuencias negativas como ocurre en situaciones naturales, por lo tanto es posible que emita sin problema su conducta habitual en escenas que se individualizaron respecto a cada participante, estos fueron capaces de ajustarse a la situación algunos en forma más rápida que otros interactuando de forma directa con el interlocutor, imaginándose en la situación real y hasta olvidando la presencia del instructor. Algunas veces fue necesario repetir la técnica hasta obtener cierto dominio en las categorías sugeridas por Aguilar (2000).

Un aspecto importante fue enfatizar como la teoría del aprendizaje influye para aclarar el desarrollo de la conducta humana asertiva y no asertiva como resultado de la imitación como factor socializador mencionados por Bandura (1969) quien sostiene que el funcionamiento psicológico se explica por una continua y recíproca interacción entre factores determinantes personales y ambientales. Según esta estructura la adquisición de la conducta asertiva es el resultado de varios mecanismos de aprendizaje como consecuencia del refuerzo directo, resultado de experiencias observacionales.

Si la conducta asertiva se va aprendiendo por imitación y refuerzo, es decir por lo que nos han transmitido como modelos de comportamiento, el ensayo conductual en el entrenamiento de asertividad fue determinante en la práctica de las conductas que fueron objeto de intervención que propone Aguilar para un mejor comportamiento asertivo; tales conductas son: el respeto por sí mismo y por los demás, manteniendo la relación humana sin olvidar los propios deseos y el respeto por los demás, recordando que tienen los mismos derechos que nosotros; ser directo en cuanto a los mensajes transmitidos en la manifestación de lo que nos molesta y en la expresión de afecto; ser honesto y ser apropiado, en cuanto a la necesidad de transmitir nuestros pensamientos, sentimientos y creencias tomando en cuenta lo que decimos o escuchamos en el contexto de la comunicación: al expresar opinión en cuanto a las diversas formas de conducirnos que dependerán del objetivo que se persiga, expresándonos de la misma forma que nos gustaría que tuvieran los demás hacia nosotros; saber escuchar y ser positivo como un proceso que requiere de esfuerzo para comprender lo que los demás quieren transmitirnos y aprender a señalar características agradables de los demás y reconocer las propias; el lenguaje no verbal en la conducta asertiva se da en armonía con los componentes verbales y el conocimiento de los derechos asertivos mencionados por Flores (2002).

Tomando en cuenta la aplicación de de diversas técnicas de modificación conductual en la terapia cognitivo conductual, el ensayo conductual consistió en practicar las conductas que incluían las categorías antes mencionadas por Aguilar donde los participantes realizaron ensayos de forma real y encubiertos. En el primer caso las practican en situaciones de interacción social reales a través de las tareas para la casa, estas se les dejaban después de practicar conductas en la imaginación anticipando posibles situaciones inesperadas y buscando soluciones. En las sesiones de entrenamiento los sujetos eran reforzados tanto por el instructor como por el resto de los participantes.

Las diversas técnicas que componen el entrenamiento estuvieron orientadas hacia objetivos específicos entre los que se encuentran: información sobre las respuestas adecuadas (biofeedback); práctica de las mismas, moldeamiento de las conductas emitidas, mantenimiento y generalización de las respuestas.

Se trató de identificar los elementos conductuales, que en conjunto componen el manejo efectivo del tipo de situaciones en que se encuentran dificultades. Al analizar los componentes conductuales durante el entrenamiento de asertividad centrándose en la presencia frecuencia o su ausencia de estos componentes tanto verbales como no verbales capaces de producir una respuesta socialmente eficaz más que en como se integran entre sí.

Respecto al modelo de inhibición de respuestas por ansiedad, el entrenamiento asertivo consistió en reducir esa ansiedad que interfiere con la emisión de conductas asertivas, no se verificó el vínculo causal entre la supresión de ansiedad y la aparición espontánea de conductas apropiadas, sin embargo la técnica de relajación con imaginaria les permitió identificar los músculos que están tensos y distinguir entre sensación de tensión y relajación, los participantes aprendieron una habilidad que pueden practicar en cualquier lugar para estar mas tranquilos en las diversas situaciones con los beneficios que esta conlleva y que menciona Jacobson en su técnica e investigaciones relacionadas con asertividad y ansiedad como menciona Pérez (1981) quien concluye que los sujetos asertivos no ansiosos presentaban mayores habilidades sociales. Asimismo con imaginaria evocan fantasías o situaciones que activaron sentimientos positivos al sustituir pensamientos desagradables por otros más agradables y al mismo tiempo favorecieron la atención y concentración que los participantes consideraron muy importantes para sus estudios, y que antes del taller de entrenamiento era difícil para ellos mantenerlas según manifestaron, antes de practicar la técnica de relajación.

Esta práctica les permitió, enfrentar de una mejor manera situaciones que les causaban incomodidad, así como tratar a personas que algunas veces les atemorizaba o se sentían incapaces de abordar. En relación a los patrones irracionales de pensamiento que Ellis (citado en Beck, 2000), menciona la técnica de reestructuración cognitiva es otro ejemplo de las estrategias utilizadas en el taller de entrenamiento asertivo.

El modelo explicativo asume como las personas conocen y poseen las conductas apropiadas, no obstante la evaluación errónea de las situaciones, las expectativas negativas de la actuación, las autorreferencias negativistas que hacen a sí mismas provocan respuestas emocionales inadaptadas que les llevan a evitar dichas situaciones e inhiben los comportamientos apropiados. En el taller de asertividad fue posible verificar la importante influencia de las evaluaciones cognitivas inadaptadas y una de las mayores preocupaciones es la evaluación de los demás al percibir la autorregulación de otras personas como muy negativa, esperan consecuencias menos favorables de sus actuaciones, al sostener un dialogo interno conflictivo en el que las autorreferencias negativas compiten con las positivas como resultado de la educación tradicional tanto en la escuela como en la familia fomentando situaciones que no enseñan a ser asertivos, como ser obedientes ante los mayores o ante una autoridad, permanecer callados, preocuparse por la opinión de los demás, no expresarse mal de padres o maestros entre otras.

La reestructuración cognitiva, técnica utilizada dentro del enfoque Cognitivo-Conductual, como menciona Reynoso y Seligson, (2005) se buscó inicialmente conociendo el contenido específico de las cogniciones y creencias de los participantes a través de un inventario de creencias irracionales, se les enseñó a identificar y a informar sobre sus disfunciones cognitivas, cuando ocurren y el impacto en sus sentimientos a través de autorregistros.

De esos pensamientos irracionales se analizaron los más comunes y se eligieron pensamientos alternativos, se llevan a la práctica los argumentos racionales elegidos, esto fue posible formando equipos, revisando sus autoregistros, buscar las situaciones estresantes y en ellas identificar pensamientos para debatir las creencias irracionales entre los integrantes, situación que facilitó la enseñanza, reconocimiento y colaboración para desarrollar formas más equilibradas de evaluar sus cogniciones, identificar tales errores de razonamiento y cotejarlos con la realidad ante situaciones que se presenten cotidianamente.

El instructor trabajó para persuadir a los participantes de sus creencias irracionales y como al debatirlas se ofrece una filosofía de vida más adaptativa. El participante pudo aprender a evaluar sus propias cogniciones y analizar la validez de sus creencias, destacando el aspecto colaborativo del modelo partiendo del supuesto de que el cambio en el pensamiento ocurre cuando este viene de su propia introspección (Beck 2000). El objetivo no fue solo cambiar las creencias disfuncionales actuales, sino también enseñarle a cambiar esas creencias cada vez que aparecen.

Los hallazgos en los resultados de los inventarios muestran como posterior a un programa de diez semanas, se pueden cambiar todas las categorías de la asertividad, particularmente en aquellos que han practicado métodos ineficaces durante varios años, este programa origina un ciclo de cambio en su vida, reflejado en las diferencias significativas en las categorías relacionadas con aprobación social, perfeccionismo, preocupación, evitación de responsabilidades y soluciones ideales y en menor proporción pero también hay indicios de cambios en las cogniciones que pueden ir mejorando, estas son culpabilidad, catastrofismo, locus de control, dependencia, y determinismo del pasado, después de haber adquirido cierta información al respecto y practicando la reestructuración cognitiva a través de sus autorregistros.

Las personas participantes inicialmente presentan un alto grado de incomodidad y bajas probabilidades de respuesta asertiva al verse involucrados en los diferentes tipos de interacción social, esto es dado a conocer por ellos mismos al manifestar que los diversos temas tratados en el taller para ellos son totalmente desconocidos.

El concepto de asertividad fue difícil para ellos concluirlo, no habían escuchado este término, solo un estudiante de maestría en ingeniería menciona que alguna vez había leído sobre la impartición de un curso en asertividad pero no tuvo la curiosidad de investigar sobre lo que se trataba. Así la mayoría de los participantes mostraron gran interés en el transcurso de las sesiones.

Acerca de la existencia de ideas irracionales, también ocurre la misma situación. Por lo que se puede concluir que se trataron temas poco conocidos, razón por la cual es importante el conocimiento de dichos temas en los programas de entrenamiento asertivo tanto en el aspecto emocional como conductual.

De la misma manera se observó interés en los participantes al aprender a identificar y explorar en situaciones concretas los pensamientos irracionales más comunes, la tendencia para destruir o minimizar estos pensamientos que interfieren con la asertividad.

A la mayoría de las personas les preocupa cómo comportarse ante diversas situaciones, quieren saber si están haciendo lo correcto o no, esto los priva de su libertad y los conduce a vivir en un estado de tensión emocional, dificultad experimentada por individuos que no conocen en forma definida sus derechos asertivos o tienen una idea equivocada, porque tienen problemas al no saber defenderlos.

Por lo tanto en el transcurso del taller se fomenta reflexionar en los siguientes aspectos que menciona Flores (2002).

Si todos somos iguales y gozamos de los mismos derechos, la aceptación que tenemos al hacer valer nuestras necesidades, deseos y sentimientos frente a otras personas es de vital importancia para actuar de manera más autoafirmativa.

Estas expectativas razonables en las relaciones interpersonales son importantes para actuar de manera asertiva, tanto para sí como para los otros.

La capacidad de ser asertivo no o socialmente competente no se hereda, no es innato e inalterable, sino que es posible aprender diversas técnicas a lo largo de la vida.

La asertividad tiene tres componentes conductual (conductas), cognoscitivo (creencias) y situacional (situaciones), bajo esta perspectiva, desde diferentes posiciones teóricas se han creado una serie de técnicas para modificar uno o varios de los componentes y lograr cambios, en los individuos y de esta manera incrementar su asertividad, estas son: técnicas de reestructuración cognoscitiva, técnicas de reducción de la ansiedad y entrenamiento en habilidades sociales (op. cit.).

La actitud hacia nosotros mismos y nuestro comportamiento actúan en círculos. Cuando nos sentimos mal acerca de nosotros mismos actuamos en forma insegura. Esto afecta la forma en que nos perciben y les hace responder como si no mereciéramos respeto, al recibir el rechazo confirmamos nuestra actitud.

El entrenamiento asertivo rompe el círculo enseñando a actuar con seguridad y al hacerlo recibe retroinformación positiva de los demás y ayuda a mejorar su actitud, con una nueva sensación de autoestima como principio de un cambio (Castanyer, 1996).

Finalmente podemos concluir que cuando se aprende a expresarse con seguridad, se transmite con claridad y certeza sus ideas a los demás. Si aprende a identificar sus aciertos y errores, aprende a modificar su conducta, el resultado es ser más eficiente en las relaciones interpersonales, al saber comportarse en distintas situaciones, controlando

su ansiedad, potenciando y mejorando las relaciones personales, reconducir situaciones conflictivas, hacer y rechazar propuestas y tratar con personas problemáticas, practicando estrategias eficaces para mejorar la capacidad asertiva y conseguir las metas (Bishop, 2000).

Para que el profesional en servicio social intervenga sobre la problemática del comportamiento, es necesario crear consciencia sobre el hecho de que el prestigio de la Psicología esta sujeta a frecuentes cuestionamientos por parte de la sociedad, debido al aumento de charlatanes. El psicólogo se distingue de ellos por el respaldo científico de sus afirmaciones, evaluación y estrategias de intervención por lo que es necesario entender que construir la Psicología científica es una necesidad colectiva de los psicólogos para conseguir un lugar destacado como ciencia y como profesión entre las diversas disciplinas que se imparten en la UNAM.

Las diversas funciones profesionales que sustentan las competencias en la formación del psicólogo, se desarrollan a lo largo de distintos momentos del proceso curricular. Un requerimiento tiene que ver con la integración del conocimiento del proceso como conocimiento aplicable a las circunstancias y situaciones sociales reales.

El Psicólogo debe afrontar la solución de problemas sociales desde la perspectiva integrada de los criterios que definan una determinada circunstancia social y los recursos de los individuos que forman parte de ella. Esto es importante porque implica no solo caracterizar cada situación social con la base en la especialidad de los individuos que participan en ella, sino porque recalca un criterio de cambio o adecuación social y no puede establecerse al margen o independientemente de los individuos que conforman una circunstancia de coexistencia.

Otro aspecto importante que tiene que ser considerado y tomado en cuenta por los directivos de enseñanza abierta, es la implementación y verificación de la obtención y aplicación de mejores herramientas en la formación como profesionales relacionadas con las prácticas en campo, que si bien por diversas características y necesidades como estudiante es elegida esta modalidad, se tiene la firme convicción de adquirir las bases necesarias para un buen desempeño como psicólogo, sin embargo existen diferencias significativas en relación al sistema escolarizado, que es necesario integrar a la practica del sistema abierto.

También implementar asignaturas en el plan de estudios de la facultad de Psicología que fomenten e incrementen la realización de trabajos, como experiencia previa ante la realización de informes, reportes e investigaciones que deben cumplirse al finalizar la carrera, que incluyan las diversas técnicas de investigación y de datos estadísticos, uso de tecnología avanzada para referencias bibliograficas incluyendo las obtenidas por Internet o por otros medios integrados globalmente y no en forma separada como ocurre actualmente.

Para el programa de servicio social es necesario mencionar la importancia de unificar criterios respecto a la información proporcionada en los cursos introductorios sobre los reportes y forma de elaborarlos para evitar confusiones y duplicar las actividades que se realizan y que no ofrecen ninguna retroalimentación, solo incrementan el trabajo y elevan los niveles de ansiedad.

En la institución receptora se requiere contar con más recursos humanos, tanto para atender a quienes solicitan el servicio como para los que prestan su servicio social, de esta forma realizar prácticas mejor supervisadas, tomando en cuenta la falta de experiencia y la importancia que representa la realización y verificación de planes de tratamiento, así como la atención a los niños, que si bien esta fue efectuada, si requiere mayor supervisión y quienes supervisan tienen múltiples ocupaciones y en ocasiones no pueden realizarla.

Limitaciones

Respecto a las limitaciones encontradas en la realización de la práctica la constituyó principalmente la falta de conocimientos y experiencia ante el enfoque cognitivo conductual, lo que representa inicialmente la realización de una amplia investigación al respecto, de la misma manera ocurre con la planeación e implementación de talleres tampoco se tenía la experiencia, acudir a la biblioteca y no encontrar bibliografía reciente o actualizada, además durante el servicio social hubo sobrecarga de trabajo y no se contempló tiempo para investigar y realización de reportes.

Para impartir el taller una limitante importante fue el horario de los integrantes, inicialmente al grupo fueron asignados 23 participantes de los cuales 8 no asistieron por problemas de horario en sus facultades, desertaron 3 y solo asistieron 12 de los cuales algunos acudían a clases al mismo tiempo o presentaban exámenes por lo que llegaban tarde o faltaban con frecuencia.

Perspectivas de trabajo

Es necesario contar con centros donde se facilite el desarrollo de prácticas en ámbitos reales antes de realizar el servicio social ya que si bien esta practica promueve el aprendizaje, no es suficiente el tiempo para cumplir con los objetivos establecidos.

Ante la falta de información sobre asertividad encontrada y reportada en los estudiantes de las diversas facultades y las dificultades para asistir es importante impartir el taller de entrenamiento en asertividad de ser posible en sus centros de estudio, incluir estos contenidos en sus planes de estudio por considerarlos herramientas útiles, y como una forma de intervenir en el ámbito del comportamiento, de esta manera contribuir al bienestar de los individuos y grupos como compromiso social. De ser posible también se sugiere impartir este taller de asertividad a otros ámbitos donde se incluyen niños, adolescentes y adultos por los beneficios que este ofrece.

Los talleres representan un importante medio para observar de manera directa la conducta motriz, cognoscitiva y emotiva, forma más eficaz que conseguir información indirecta, ante el hecho de revelar problemas íntimos a un grupo de personas es terapéutico, lo que constituye para el prestador de servicio social un verdadero reto activo-directivo cuando conduce un grupo.

En consecuencia la asistencia a estos talleres abre las puertas para que se busquen otros tipos de ayuda como: terapia grupal, consejo matrimonial, terapia familiar o terapia individual en aquellos que jamás hubieran consultado a un psicólogo o a un psiquiatra en busca de ayuda, y para conocer técnicas que faciliten su bienestar al originar una mayor consciencia propia y la motivación y el deseo de querer cambiar, aún cuando no se ha logrado un cambio importante.

De esta manera la realización de estas prácticas contribuye a mejorar la salud mental en beneficio de la población, favorecen la investigación en la gran diversidad que ofrece la población que acude a este centro que conlleva al prestigio de la UNAM y conduce al desarrollo de la psicología como ciencia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguilar, E. (2000). *Cómo ser tu mismo sin culpas*. México: Pax.
- Aguilar, R., (1995). *Estandarización de la escala de asertividad de Michelson y Word en una muestra mexicana de niños de 8 a 16 años de edad*. Tesis para obtener el grado de Licenciado en Psicología, Facultad de Psicología. UNAM.
- Alberti, R. y Emmons, M. (1999). *Viviendo con Autoestima como fortalecer con asertividad lo mejor de tu persona*. Editorial Pax-México.
- Álvarez, C. O., (2005). *Reporte de experiencia profesional para obtener el grado de maestría en psicología*. Facultad de Psicología, UNAM.
- Andrade, M. A. (2001). *Una propuesta motivacional para lograr la permanencia de bebedores problema durante un tratamiento*. Tesis para obtener el título de Licenciatura en Psicología. Facultad de Psicología. UNAM.
- Arellanez H.J.; Díaz N. D.; Wagner, E. F, y Pérez, I.U. (2004). *Factores Psicosociales asociados con el abuso y la dependencia de drogas entre adolescentes: análisis derivados de un estudio de casos y controles*. Salud Mental. Volúmen 27, no. 3.
- Barros, A. N.; Gissi, J. (1980). *El taller, integración de la teoría y práctica*. Editorial Humanitas. Buenos Aires.
- Beck, J. S. (2000). *Terapia Cognitiva, conceptos básicos y profundización*. Editorial Gedisa. Barcelona, España.
- Bianchi, E. (1994). *El Servicio Social Como Proceso de Ayuda*. Editorial Paidós. Barcelona, España.
- Bishop, S. (2000). *Desarrolle su asertividad*, Barcelona, Nuevos emprendedores.
- Brannon, L. y Feist, J. (2001) *Introducción a la Psicología de la Salud*, En: *Psicología de la Salud*. Editorial Paraninfo. Madrid, España
- Caballo, V. E. (1993), *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*; Siglo XX. Madrid, España
- Caballo, V. E. (1996), (comp.), *Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud*. España, Siglo XXI de España editores, Madrid.
- Castañeda, F. S. (2004). *Educación, aprendizaje y cognición*. Manual moderno. México.
- Castanyer, O. (1996). *La asertividad: expresión de una sana autoestima*. Bilbao: Desclee de Brouwer.
- Concha, G. C. y Rodríguez F. G. (2001) *Asertividad en los estudiantes de Ciudad Universitaria: Un enfoque epidemiológico*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.

- Egozcue, R. (1997). Asertividad y género en jóvenes estudiantes de Ciudad Universitaria. Tesis para obtener el grado de licenciatura en Psicología. Facultad de Psicología. UNAM.
- Facultad de Psicología (2005). Servicio Social, SUA. Disponible en: [http:// piaget.psicol.unam.mx/servicio social.html](http://piaget.psicol.unam.mx/servicio%20social.html).
- Fajardo, V. (2001). La autoestima en adolescentes mexicanos. Su relación con la ansiedad, depresión y otras variables. Tesis de Licenciatura en Psicología. Facultad de Psicología. UNAM
- Flores G. M. (1989). Asertividad, agresividad y solución de situaciones problemáticas en una muestra mexicana. Tesis de maestría. Facultad de Psicología. UNAM.
- Flores, M. (1994). Asertividad, Conceptualización, Medición y su relación con otras variables. México: Facultad de Psicología, UNAM.
- Flores, G. M. y Díaz, C. R. (2002). Asertividad: una alternativa para el óptimo manejo de las relaciones interpersonales. Ediciones Porrúa. México, D.F.
- GEOCITIES/ Páginas de Salud/Asertividad. [http:// es.geocities.com amirhalí/asertividad. htm](http://es.geocities.com/amirhalí/asertividad.htm), 2005.
- Gil, F.; León, J. (1998). Habilidades sociales, teoría, investigación e intervención. Editorial Síntesis. Madrid, España.
- Goldstein, P. A. Soprafkin P.R. y Gershaw N. J. (1990). Se lo que anda mal, pero... no se que hacer. Editorial Diana. México.
- Goldstein, A.; Keller, H. (1991). El comportamiento agresivo: Evaluación e intervención. Bilbao: Desclee de Broker.
- González, F. C.; Villatoro, J.; Pick, S. y Collado, M.E.; (1998). El estrés psicosocial y su relación con las respuestas de enfrentamiento y malestar emocional en una muestra representativa de adolescentes al sur de la ciudad de México: Análisis según su nivel socioeconómico. Salud Mental V., Vol.21, No.2, abril.
- González, N. J.; Monroy, V. A. (1999). Psicoterapia de Grupos. Manual Moderno. México.
- Gras, T.M. (2002). Competencias Sociales y Habilidades sociales en la educación especial (Revista electronica-Interunivesitaria de formación de profesorado), 5, (5).
- Guerra, R.M. (1996). Estandarización del inventario de Asertividad de Gambrell y Richey para la población de la ciudad de México. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM. México.
- Gutiérrez, F. M. (1994). Asertividad herramienta para mejorar la calidad de vida. Tesina para obtener el grado de Licenciado en Psicología, Facultad de Psicología. UNAM.

- Ladoucer, R.; Fontaine, O. Y Cottrauy, J. (1994). Terapia Cognitiva y Comportamental. Editorial Mossar. México.
- Lega, L. I.; Caballo, V.E. ; Ellis, A. (2002), Teoría y práctica de la terapia racional emotivo-conductual, Siglo XXI. España.
- Manual TIPPS (2001), tema 9, Asertividad. Fundación de Investigaciones Sociales, A.C., México.
- Martínez, L. (1995). La influencia de la autoestima y asertividad en un programa de educación sexual en la actitud hacia la sexualidad y los métodos anticonceptivos. Tesis de Licenciatura en Psicología. Facultad de Psicología. UNAM.
- Morales, C. F. (1997) Introducción al campo de la salud, Introducción al estudio de la Psicología de la salud. UniSon. México.
- Oblitas, G.L.A y Becoña, I. E (2000) Psicología de la Salud: Antecedentes, Desarrollo, Estado actual y Perspectivas. En: Psicología de la Salud. Plaza y Valdés. México.
- OIT (2005). Avance Conceptual y Metodológico de la Formación Profesional en el Campo de la Diversidad en el Trabajo y de la Certificación Profesional. Disponible en <http://www.cinterfor.org.uv/public/spanish>.
- Ordaz, C. (2000). Personalidad y nivel de asertividad en pacientes con trastorno límite de la personalidad. Tesis para obtener el grado de Licenciatura en Psicología. Facultad de Psicología. UNAM.
- Pérez, F. (1981). El autoinforme como criterio de evaluación en asertividad y ansiedad. Revista de Psicología General y Aplicada.
- Reynoso, E. L.y Seligson N. I. (2005) Psicología Clínica de la Salud, un enfoque conductual. Manual Moderno. México.
- Servera, B. M. (2002) Intervención en los trastornos del comportamiento infantil. Ediciones pirámide. Madrid, España.
- Silva, R. A. (2003) Conducta Antisocial: un enfoque psicológico. Editorial Pax. México.
- Smith, J.M. (2004). Cuando digo no, me siento culpable. Editorial de Bolsillo. Barcelona, España.
- Vargas, G. (2000). La Imagen del Éxito. Editorial Mcgraw-Hill. México.
- Velázquez, R. M. (2000). Deserción de pacientes psiquiátricos. Tesis para obtener el grado de Licenciatura en Psicología. Facultad de Psicología. UNAM.

ANEXOS

Anexo 1

TALLER DE ASERTIVIDAD

SESIÓN 1 Tema: APERTURA DEL TALLER

Objetivo: Establecer el inicio de la relación con el grupo.

El terapeuta saluda cordialmente, se presenta y agradece a los participantes su asistencia, pasa lista de asistencia.

Subtemas:

1.1 Presentación del terapeuta y bienvenida.

Objetivo: Dar la bienvenida a los participantes.

Desarrollo: El terapeuta entregará el manual del participante a cada uno de los asistentes.

1.2 Presentación cruzada en primera persona

Objetivo: Romper el hielo en el grupo y promover el conocimiento interpersonal.

Desarrollo: El terapeuta dirigirá la siguiente dinámica grupal. Utilizando tarjetas y plumones, cada integrante elabora su propio gafete, formarán se parejas e intercambiarán el gafete y platicarán durante 5 minutos cada uno, sobre temas personales, después se presentarán individualmente a través de lo informado por su compañero en primera persona. Finalmente el terapeuta propiciará una reflexión sobre su experiencia al representar y ser representados y preguntará a qué conclusiones llegan.

1.3 Presentación del contenido temático del taller.

Objetivo: Informar a los participantes sobre el contenido del programa.

Desarrollo: El terapeuta informará a los participantes acerca del objetivo y metodología del taller.

Objetivo: Que el grupo de sujetos que asistan al taller adquiera y mejore ese conjunto de comportamientos emitidos en un contexto interpersonal, que exprese los sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de un modo adecuado a la situación, respetando esa mismas conductas en los demás, y que generalmente resuelva sus problemas inmediatos de la situación, en tanto minimiza la probabilidad de futuros problemas.

Metodología: Se trabajará en el taller de entrenamiento de asertividad durante 10 sesiones, con una duración de 2 horas por sesión, un día a la semana, de 17 a 19 horas en la sala 6.

1.4 Ejercicio de relajación

Objetivo: Aprender a diferenciar entre tensión y relajación par disminuir la ansiedad, ante determinadas situaciones.

Desarrollo: El terapeuta utilizará el método de relajación muscular progresiva de Jacobson para enseñar a los participantes a relajarse. Esta técnica consta de dos fases.

En la primera fase, se aprende a discriminar cuando un músculo esta tenso y cuando esta relajado. Para ello, estando en una posición cómoda, tumbado o recostado, se va tensando cada músculo y después de mantenerlo tenso durante 3 o 4 segundos, lo relajas y se centra en la sensación de relajación y en la diferencia entre ella y la anterior sensación de tensión.

Los distintos grupos de músculos que se consideran y de los ejercicios empleados para tensarlos son los siguientes:

Extremidades superiores:

1. MANO Y ANTEBRAZO. Se aprietan los puños.

2. BRAZO: Apretar el codo contra el sillón.

Se inicia con el dominante, que en la mayoría de los sujetos es el derecho y se continúa con el no dominante (izquierdo).

Cabeza y cuello:

3. FRENTE: Levantar las cejas.

4. OJOS Y NARIZ: Se aprietan los párpados y la nariz.

5. BOCA: Apretar los dientes, los labios y la punta de la lengua sobre la parte superior del paladar, donde se junta con los dientes superiores.

6. CUELLO: Se aprieta la barbilla contra el pecho y evitar que lo toque.

Tronco:

7. HOMBROS, PECHO Y ESPALDA: Se alzan los hombros hacia arriba. A partir de aquí se instruye para inspirar profundamente y contener la respiración durante la tensión y soltar el aire despacio y rítmicamente durante la relajación.

8. TORAX: Se toma aire por la nariz, se mantiene el aire y se saca lentamente por la boca.

9. ABDOMEN: Encoger los músculos abdominales como preparándose para recibir un golpe.

Extremidades inferiores:

10. MUSLOS: Apretar el muslo contra el sillón.

11: PIERNA: Doblar los dedos de los pies apuntando hacia arriba.

12. PIES: Se curvan los dedos de los pies hacia adentro y curvar el pie.

Cada grupo se tensa durante 7 segundos y luego se relaja. Se vuelve a tensar y vuelve a relajarse, induciendo a partir de ese momento sensaciones de relajación cada vez más intensas.

El terapeuta da las siguientes indicaciones:

Adopten una posición cómoda, cierren los ojos. Presten atención sólo a mi voz y escuchen lo que voy diciendo. Concentrarse en sus manos cuando yo diga ¡ya! Van a apretar fuertemente sus puños, mantengan la tensión hasta que les diga, ahora intenten relajarse lentamente. Concéntrense en sus manos ¡ya! tensen los puños. Apriétenlos fuertemente manteniendo la tensión. Noten las sensaciones de tensión en esa zona del cuerpo. Los puños se encuentran fuertemente apretados. Ahora aflojen los puños. Déjenlos que descansen, observen la diferencia entre tensión y relajación. Noten como esos músculos se van relajando, vamos a volver a tensar los puños ¡ya! apretar los puños, ténsalos, mantengan la tensión y sientan las sensaciones de tensión en ellos. Ahora aflojen los puños, dejen que descansen, dejen que la tensión vaya desapareciendo lentamente, tranquilamente, noten como los músculos de sus dedos se distienden, cómo se relajan las manos, y notan la diferencia entre tensión y relajación, sus manos se relajan poco a poco suavemente, tranquilamente, cada vez mas, cada vez un poco más....y así se procede con los demás grupos musculares.

Se recomienda que al tensar los músculos de la cabeza, se atienda principalmente la relajación del cuero cabelludo, sienes, frente y los músculos del abdomen, por ser lugares que están frecuentemente tensos. Cada ejercicio dura alrededor de 25 minutos, y hay que practicarlo una o dos veces al día, es importante mantener una actitud de atención pasiva: no tratar de exigir relajarte, y no tener prisa.

Segunda fase, una vez que se ha aprendido a discriminar fácilmente cualquier tensión muscular y a relajarla a voluntad, te centras solamente en prestar atención a tu cuerpo, e ir relajando cualquier tensión que detectes en él. Para ello revisar mentalmente cada grupo muscular y relajar la tensión que se detecte en él sin necesidad de tensarlas antes.

Conviene practicar la respiración diafragmática lenta y repetir la palabra o frase tranquilizadora, al soltar el aire puedes pensar “relájate” o “calma” o “manso y tranquilo” o lo que funcione para cada uno.

Una vez que consigas relajarte bien, en la posición de acostado o recostado, conviene que te acostumbres a relajarte, en posición sentado, y después en diferentes lugares y situaciones.

La práctica de la relajación para afrontar la ansiedad en las situaciones interpersonales, implica ser capaz de ocupar en ella una parte de tu atención, mientras dejas libre otra parte de tu mente para atender otras tareas o cuestiones es decir, cuando puedas relajarte en cualquier tarea o a la interacción con otras personas.

Otra cuestión importante a tener en cuenta es que la relajación debe empezar a aplicarse al detectar las primeras señales de ansiedad, antes de que se haga demasiado fuerte. Cualquier situación, y simultáneamente a la realización de cualquier tarea o a la interacción con otras personas.

Podrás conseguir esto después de haber practicado mucho.

1.5 Evaluación prediagnóstica y retroalimentación.

Objetivo: Obtener una evaluación prediagnóstica sobre la asertividad de los participantes.

Desarrollo: El terapeuta otorgará a cada participante el inventario de comportamiento asertivo (Aguilar 2000) e informará que con él conocerá respecto a la asertividad de cada uno la cual podrán mejorarla o adquirir más habilidades. Ver anexo 2

1.6 Conociendo la asertividad.

Objetivo: Motivar al participante en el conocimiento de dicho concepto.

Desarrollo: El terapeuta pedirá a los participantes que pregunten a dos de sus compañeros lo que significa para ellos el término asertividad, enriquecer el material obtenido con sus propias palabras y exponerlo en el grupo. Finalmente con ayuda del terapeuta llegar a un concepto de asertividad.

1.7 Cierre de la sesión.

Objetivo: Informar a los participantes que la sesión ha finalizado.

Desarrollo: Como tarea el terapeuta proporcionará el inventario de ideas irracionales (IBT Jones 1969) ver anexo 3, para traerlo contestado en la siguiente sesión. Se hará un breve resumen de la sesión, se practicará la relajación dos veces diariamente y se registrará la hora y el tiempo en que se realizó. Se despedirá, agradeciendo a los participantes su asistencia.

SESIÓN 2 Tema: LAS IDEAS QUE ORIGINAN LAS EMOCIONES

Objetivo: Analizar las propias ideas irracionales.

2.1 Inicio de la sesión y revisión de tareas. Tiene como objetivo integrar al grupo en la sesión y revisar tareas.

Desarrollo. El terapeuta saluda cordialmente y agradece a los participantes su asistencia. Pide que le entreguen los inventarios IBT contestados, y los registros de la práctica de la relajación, corroboran el nombre en la lista y marca su asistencia.

2.2 Ejercicio de relajación.

Objetivo; Disminuir el grado de ansiedad ante determinadas situaciones sociales.

Desarrollo: El terapeuta utilizará el método de relajación muscular progresiva de Jacobson, para enseñar a los participantes a relajarse, con imaginiería (seguir instrucciones de relajación de la sesión 1), agregar la siguiente imaginiería.

El terapeuta informa a los participantes que al ejercicio de relajación de la sesión anterior se le agregará ahora una imagen relajante. Se dan las mismas indicaciones para la relajación progresiva y se agrega: Imagínate un día soleado. Vas paseando por un bosque donde ya has estado anteriormente. El cielo está azul. Hay unas pequeñas nubes blancas flotando por encima de las copas de los árboles. Encuentras un pequeño camino, Te sientes alegre y relajado. Notas como crujen las pequeñas ramas caídas conforme vas por el camino. Oyes el ruido del agua de un río que esta cerca de tí, observas el agua clara y cristalina, alcanzas a ver un prado muy verde, con unos pocos árboles, te quitas los zapatos para cruzar el río, sientes el agua que moja tus pies, Oyes el dulce trinar de los pájaros y la brisa que rosa tu cara, con un suave olor a hierba, Te diriges a un gran árbol, te sientas bajo la sombra de sus ramas y apoyas tu espalda en su amplio tronco. Observas el suave azul del cielo y pequeñas nubes blancas que flotan en él. Respiras profunda y lentamente, te sientes completamente tranquilo y seguro. Disfruta de esta escena durante unos minutos.

2.3 Pensamientos Irracionales.

Objetivo: Diagnosticar a través de pruebas estandarizadas sus pensamientos irracionales.

Desarrollo: El terapeuta revisó los inventarios en forma individual y da a conocer al participante el resultado de sus afirmaciones y realiza comentarios al respecto.

Podemos plantear que, en buena medida, la falta de asertividad proviene, a menudo de pensamientos irracionales e incorrectos, de reacciones emocionales por exceso, por defecto, y de patrones de comportamiento habitualmente disfuncionales. La etiqueta que le solemos poner a nuestras reacciones emocionales ante las situaciones es un producto de nuestras suposiciones y evaluaciones conscientes e inconscientes. Nos sentimos ansiosos o deprimidos porque nos convencemos de que no sólo es desafortunado y molesto, sino que es terrible y catastrófico cuando fracasamos en una tarea importante o nos rechaza una persona que nos importa. Sentimos igualmente hostilidad porque creemos que los que se comportan de forma desconsiderada no deberían actuar de ningún modo en la forma en que lo hacen. La filosofía racional- emotivo-conductual mantiene que no hay razones válidas para que la gente se vuelva histérica o violenta. Defiende la expresión de sentimientos apropiados, como pena, desagrado o molestia.

Pero el experimentar emociones como culpa, depresión, ira o desamparo le añade una hipótesis mágica de las cosas “deberían “ser diferentes en vez de la posición más razonable de que las cosas serían mejor si fuesen diferentes (Lange y Jakubowsky, citado en Flores 2002).

2.4 Pensamientos que impiden actuar en forma asertiva.

Objetivo: Que el participante aprenda como influyen los pensamientos en los sentimientos.

Desarrollo: El terapeuta explica la relación que existe entre pensamiento emoción y conducta, mediante un ejercicio el siguiente ejercicio para introducir a los pacientes en los principios racional emotivos,

Les indica a los participantes que se sienten cómodamente, que cierren los ojos, tomen aire profundamente por la nariz, la retengan durante cierto tiempo en los pulmones y la echen lentamente por la boca. Ahora les pide que piensen algo secreto sobre ellos que no dirían a nadie más, puede ser algo del presente o del pasado, como algún hábito secreto o alguna característica física, algún acontecimiento (pausa), ¿Están pensando en ello? les pregunta. (pausa) Les dice: ahora voy a pedir a alguien que diga al grupo en qué ha estado pensando y que lo describa con detalle (pausa), el terapeuta agrega pero supongo que todos querrían hacer esto y no tenemos suficiente tiempo, yo seleccionaré a alguien (pausa) mira a los participantes y dice ¡ya! tengo al alguien (pausa) pero antes de decir quien, les preguntare ¿qué están pensando en este momento? Comentar sobre su experiencia, el terapeuta explicará el mecanismo sobre como influyen las situaciones o acontecimientos, en nuestro pensamientos y sus consecuencias que desencadenan. (Wessler, 1983 citado en Caballo, 1993)

Podemos plantear que, en buena medida, la falta de asertividad proviene, a menudo de pensamientos irracionales e incorrectos, de reacciones emocionales por exceso, por defecto, y de patrones de comportamiento habitualmente disfuncionales. La etiqueta que le solemos poner a nuestras reacciones emocionales ante las situaciones es un producto de nuestras suposiciones y evaluaciones conscientes e inconscientes. Nos sentimos ansiosos o deprimidos porque nos convencemos de que no sólo es desafortunado y molesto, sino que es terrible y catastrófico cuando fracasamos en una tarea importante o nos rechaza una persona que nos importa. Sentimos igualmente hostilidad porque creemos que los que se comportan de forma desconsiderada no deberían actuar de ningún modo en la forma en que lo hacen. La filosofía racional- emotivo-conductual mantiene que no hay razones válidas para que la gente se vuelva histérica o violenta. Defiende la expresión de sentimientos apropiados, como pena, desagrado o molestia. Pero el experimentar emociones como culpa, depresión, ira o desamparo le añade una hipótesis mágica de las cosas “deberían “ser diferentes en vez de la posición más razonable de que las cosas serían mejor si fuesen diferentes (Lange y Jakubowsky, citado en Flores, 1989).

2.5 Terapia racional emotiva.

Objetivo: Introducir al participante en los principios de la terapia racional emotivo, para identificar sus pensamientos irracionales.

La terapia racional emotiva sostiene que la herencia biológica y las tendencias a aprender por nosotros mismos y por los demás se combinan para hacernos seres humanos y para proporcionarnos nuestros fines y satisfacciones principales, tales como nuestras necesidades básicas de permanecer vivos y haciendo que estemos felices y satisfechos de muchas maneras mientras vivimos.

A causa de nuestras tendencias innatas y adquiridas, nosotros en gran manera controlamos nuestros propios destinos y especialmente los emocionales. Podemos colocar esto en el esquema A-B-C.

En el punto A (Experiencia activadora o acontecimiento activador) ocurre algo. Por ejemplo, tú no tienes un buen empleo y quedas despedido.

En el punto C, una consecuencia emocional y/o conductual, tú reaccionas ante lo que ocurre en el punto A, y te sientes bastante deprimido por la pérdida de tu empleo y tiendes a mantenerte en casa la mayor parte del tiempo y evitas salir a buscar otro empleo equivalente o quizás mejor.

Observando ahora que la consecuencia emocional o conductual (C) sigue casi inmediata y directamente después de tener lugar la experiencia activadora (A) erróneamente se tiende a pensar que A causa C por lo que se concluye así: “Yo perdí este empleo tan bueno y eso, mi pérdida, me ha deprimido y me hizo buscar otro nuevo. Esto es un paso en falso y C no proviene de A sino de B, tu creencia sobre A. ¿Qué creencia? La creencia clara y evidente “me gustaba el empleo que tenía, y porque me gustaba, no quería perderlo; y porque no lo quería perder, considero su pérdida como mala, desafortunada o perjudicial.

Ver anexo 4.

SESIÓN 3 Tema: RAZÓN Y EL VALOR LA PERSONAL

Objetivo: Dar a conocer al participante evidencias que apoyan al pensamiento.

3.1 Inicio de la sesión y revisión de tareas.

Tiene como objetivo integrar al grupo en la sesión y revisión de tareas.

Desarrollo: El terapeuta saluda cordialmente y agradece a los participantes su asistencia. Pasa lista de asistencia. Hace un breve resumen de la sesión anterior. Revisa la tarea.

3.2 Ejercicio de relajación.

Objetivo; Disminuir el grado de ansiedad ante determinadas situaciones sociales.

Desarrollo: El terapeuta utilizará el método de relajación muscular progresiva de Jacobson, para enseñar a los participantes a relajarse, con imaginiería (seguir instrucciones de relajación de la sesión 1), agregar la siguiente imaginiería:

El terapeuta dirige a los participantes en la relajación progresiva, con la siguiente imagen relajante. Imaginen que se encuentran en un globo aerostático, que se encuentra sobre el suelo mantenido por dos sacos de tierra y estos representan todos sus problemas, en un momento, arrojarás esos sacos fuera y cuando lo hagan, estarán arrojando sus problemas, arroja el primero inmediatamente sientes una pérdida de peso sobre sus hombros; arrojan el segundo saco, ahora Te sientes más ligero y alegre. Se han ido tus preocupaciones y el globo sube suavemente cada vez más alto. Hay una cuerda colgando que te da un completo control sobre el globo. Te deslizas ahora sobre hermosos campos y arroyos. el sol brilla; sin embargo, la temperatura es perfecta, no sientes calor, tampoco frío, Te complaces en el sentimiento de tranquilidad y comodidad que sientes en estos momentos. (Turner 1991, citado en Caballo 1993).

3.3 Una correcta formulación del problema

Objetivo: Explorar situaciones concretas y los pensamientos irracionales más comunes.

Ellis (1980) menciona la existencia de 10 ideas irracionales que todos en mayor o menor medida poseemos. Son irracionales porque no responden a una lógica ni son objetivas:

1. La idea de que es una necesidad extrema para el ser humano ser querido y aprobado por prácticamente cada persona significativa de su comunidad.
2. La idea de que para considerarse a uno mismo valioso debe ser competente, suficiente y capaz de lograr cualquier cosa en todos los aspectos posibles.
3. La idea de que hay gente malvada y despreciable que debe recibir su merecido.
4. La idea de que es horrible y desastroso que las cosas no salgan como a uno le gustaría que fuesen.
5. La idea de que la desgracia humana es debida a causas externas y la gente no tiene ninguna o poca posibilidad de controlar sus penas y trastornos.
6. La idea de que si algo es peligroso o atemorizante, hay que preocuparse mucho al respecto y pensar constantemente en la posibilidad de que esto ocurra.
7. La idea de que es más fácil evitar que hacer frente a algunas dificultades o responsabilidades en la vida.
8. La idea de que se debe depender de los demás y que siempre se necesita de alguien más fuerte que uno mismo en quien poder confiar.

9. La idea de que la historia pasada de uno es determinante en la conducta presente, y que algo que ocurrió alguna vez y le conmocionó debe seguir afectando indefinidamente.
10. La idea de que uno debe sentirse permanentemente preocupado por los problemas de los demás.

3.4 Intervención cognitiva.

Objetivo: Identificar las autoverbalizaciones negativas.

Desarrollo. Los participantes forman equipos de 3 integrantes y analizan sus tareas identificando los pensamientos irracionales y discutirlos entre ellos. Para posteriormente sacar sus propias conclusiones.

3.5 Cierre de la sesión

Objetivo. Informar a los participantes que la sesión ha finalizado.

Desarrollo. Se les informa a los participantes la importancia de continuar anotando sus pensamientos irracionales, esto se hará durante el tiempo que dure el taller. Se hace un breve resumen de la sesión y se despedirá, agradeciendo a los participantes su asistencia.

SESIÓN 4 Tema ASERTIVIDAD Y CAMBIO DE PENSAMIENTO

Objetivo: Dar a conocer al participante la importancia de la reestructuración del pensamiento en las relaciones de asertividad.

4.1 Inicio de la sesión.

Objetivo. Integrar al grupo en la sesión y revisar la tarea.

Desarrollo: el terapeuta saluda cordialmente y agradece a los participantes su asistencia. Pasa lista. Hace un breve resumen de la sesión anterior y revisa la tarea con los registros de pensamientos y se hacen algunos comentarios.

4.2 Ejercicio de relajación.

Objetivo: Disminuir niveles de ansiedad ante diversas situaciones sociales.

Desarrollo. El terapeuta utilizará el método de relajación muscular progresiva de Jacobson para enseñar a los participantes a relajarse, con imaginiería (seguir instrucciones de relajación de la sesión 1), agregar la siguiente imaginiería:

El terapeuta dirige la sesión de relajación progresiva y agrega: Imaginen que van cayendo hacia atrás en un túnel y esta cada vez más oscuro a medida que voy contando 5, 4, 3, 2, 1, ahora están totalmente relajados, empiezan a recordar situaciones pasadas que causaron irritación, dolor, incomodidad, ridículo, molestias, agresividad, ansiedad, enfermedad y en otro momento todas estas situaciones que te afectaron física y emocionalmente las conviertes en burbujas y esferas, ahora le ordenas a tu cuerpo que siga relajado y esas burbujas salen una a una, flotan y se van alejando cada vez mas y cuando se alejan se van en el horizonte, se pierden y desaparecen ante ti, recuperando la tranquilidad, sientes como una luz te rodea e ilumina, te llena de bienestar, amor y paz. Empiezas a flotar y te diriges hacia el sol dorado cuando te encuentras en él te llenas de luz, estas muy feliz, recuperas tu cuerpo y descubres que perteneces al sol y esa luz también te incluye a ti. Ahora ordenas a tu cuerpo que recupere su tono al tiempo que cuenta en forma regresiva 3,2,1 y regresamos y nos sentimos felices y en paz.

4.3 Ante un nuevo efecto.

Objetivo: Capacitar al participante a pensar sobre él mismo y sobre los demás en una forma sensata.

Desarrollo: Explicará el terapeuta la importancia del razonamiento, utilizando ejemplos aportados por los participantes y finalmente valorar los cambios reales y duraderos.

Uno de los factores que bloquea la asertividad es la racionalización de que nosotros somos realmente asertivos, pero elegimos no serlo por muchas buenas razones, estas son algunas formas de racionalización no asertiva:

- No es realmente importante para mí.
- Por qué enredarme en una discusión.
- No quiero lastimarlo (la).
- Es parte de mi trabajo.
- Si no lo hago, ellos nunca me lo volverán a pedir.

- Sólo estoy siendo amable y considerado.
- Es una muestra de debilidad pedir ayuda.
- No me gusta hacer un problema de una cosa pequeña
- Nunca me le negaría a un amigo.
- De todos modos nada cambiaría
- Esto sólo lo/ la hace sentir mal.

Otra razón puede ser que nuestro medio nos ha enseñado a pensar ya actuar de manera no asertiva. Muchos de nosotros hemos internalizado mensajes de socialización que inhiben la conducta asertiva como:

- Deja que los otros vayan primero.
- No contradigas a tus padres.
- Sé visto pero no escuchado.
- Sé siempre amable.
- No seas egoísta.

Por lo tanto, un importante paso hacia la asertividad es que nosotros necesitamos empezar a reemplazar los mensajes tempranos de socialización con creencias en las cuales se apoye la conducta asertiva:

- Cuando sabemos nuestra posición y la damos a conocer a los demás ganamos respeto por nosotros mismos y respeto por los demás.
- Tratando de vivir nuestra vida de tal modo que nadie sea lastimado bajo ninguna circunstancia, terminamos lastimándonos a nosotros mismos y a otras personas.
- Cuando nosotros participamos y expresamos nuestros sentimientos de honestidad y pensamos en modos directos y apropiados, cada quien usualmente se beneficia.
- Sacrificando nuestra integridad y negando nuestros sentimientos personales, nuestras relaciones son usualmente dañadas o perjudican su desarrollo. De este modo, las relaciones personales son dolorosas cuando tratamos de controlar a otros a través de hostilidad, intimidación o la culpa.
- Las relaciones personales se convierten en más auténticas y satisfactorias cuando compartimos nuestras reacciones honestamente con otra gente y no bloqueamos a los demás de compartir sus reacciones con nosotros.
- No permitirle a otro saber qué pensamos y sentimos es ser egoísta, de la misma manera que lo sería el no mostrar interés por los pensamientos y sentimientos de los demás.

Cuando nosotros sacrificamos nuestros derechos frecuentemente enseñamos a los demás a aprovecharse de nosotros. Siendo asertivos y diciéndoles a los otros cómo su conducta nos afecta, les damos la oportunidad de cambiar su conducta y mostramos respeto por su derecho a saber cómo está la relación. (Flores, 2002).

4.4 El debate.

Objetivo: Destruir o al menos minimizar las creencias irracionales que interfieren con la asertividad.

Desarrollo: Los participantes formarán grupos de 3 integrantes para debatir sobre sus ideas irracionales, esto es se analizan todos los registros apuntados hasta el momento desde este punto de vista ¿como están repercutiendo mis ideas en los automensajes y pensamientos que voy teniendo y que me producen malestar?, se analiza la lógica y el realismo que tienen los pensamientos, ¿sirve de algo o solo me hace sentir peor y frenarme para buscar alternativas. Y finalmente buscar los pensamientos alternativos siguiendo patrones de racionalidad y elegir los que más le sirvan a cada persona. Castanyer, (1996).

4.5 Cierre de la sesión

Objetivo. Informar a los participantes que la sesión ha finalizado.

Desarrollo. Se les informa a los participantes la importancia de continuar anotando sus pensamientos irracionales. Se hace un breve resumen de la sesión y se despedirá, agradeciendo a los participantes su asistencia.

SESIÓN 5 TEMA: ¿QUÉ ES LA ASERTIVIDAD?

Objetivo: Identificar los componentes de la conducta asertiva.

5.1 Inicio de la sesión.

Objetivo. Integrar al grupo en la sesión y revisar la tarea.

Desarrollo: el terapeuta saluda cordialmente y agradece a los participantes su asistencia. Pasa lista. Hace un breve resumen de la sesión anterior y revisa la tarea con los registros de pensamientos y se hacen comentarios.

5.2 Ejercicio de relajación.

Objetivo: Disminuir niveles de ansiedad ante diversas situaciones sociales.

Desarrollo: El terapeuta utilizará el método de relajación muscular progresiva de Jacobson, para enseñar a los participantes a relajarse y agregará otra técnica que implica tensar y relajar los músculos por debajo del diafragma. Permanecen sentados, juntan las palmas de sus manos presionándolas, con los dedos estirados y los antebrazos paralelos al suelo. Mantenerlas presionadas hasta que sienta la presión en la base de las palmas y bajo los brazos. Aspire y expulse el aire de un modo lento y suave a través de la boca ligeramente abierta. Mientras exhale, apriete los músculos situados en el triángulo que se encuentra entre las costillas. Afloje los músculos al final de la exhalación. Respire suavemente. Repita el ejercicio que sirve para aumentar el control de la voz, será capaz de comunicarse sin que le tiemble la voz, sin gritar o sin utilizar un volumen excesivo (Smith, 2004).

5.3 Ejercicio de desensibilización fóbica.

Objetivo: Ayudar a los participantes a eliminar la ansiedad en los contactos visuales.

La ausencia de contacto directo entre ojos y ojos, el más común de los indicios de ansiedad, es una reacción de huída adquirida, es decir, aprendida. Aprendemos a evitar el contacto visual, la mirada sin darnos cuenta de ello. En el pasado, cuando hemos establecido contacto visual en un conflicto y no hemos sabido estar a la altura de ese conflicto, la otra persona nos ha puesto nerviosos. Sin darnos cuenta, para reducir esta ansiedad adquirimos una respuesta condicionada de huída; desviamos la mirada de la persona que nos inspira esta ansiedad, y nos sentimos mejor, al menos por el momento. Si no miramos a nuestro interlocutor, no nos sentimos tan ansiosos. A fuerza de conseguir una y otra vez evitar esta ansiedad, no mirar a nuestro interlocutor a los ojos se convierte en un hábito (Op. cit.)

Desarrollo: El ejercicio se lleva a cabo por parejas, se sientan aproximadamente a un metro y medio de distancia frente a frente, se le pide que sólo uno mire continuamente a los ojos del otro y pueda decir a donde mira este, si le mira a los pies lo advertirá perfectamente, si mira en un círculo imaginario de veinticinco centímetros de radio alrededor de su nariz verá que sus ojos cambian de posición pero no sabrá exactamente a donde mira.

Manifestaran el grado de ansiedad que este ejercicio les produce.

Ahora, se les pide que centren sus miradas ambos, desde las puntas de los pies hasta la nariz, y que pasen de diez a treinta segundos mirando las diferentes partes de su cuerpo.

¿Preparados?

Pie derecho-pie izquierdo – rodilla derecha- tobillo izquierdo – rodilla derecha – ombligo – rodilla izquierda – pantorrilla derecha – muslo izquierdo – ombligo – codo derecho – pecho – hombro izquierdo- ombligo – cuello de la camisa – codo izquierdo – hombro derecho – cuello – hombro izquierdo – parte alta de la cabeza – oreja izquierda – mentón – oreja derecha – nacimiento del cabello – oreja izquierda – labios – oreja derecha – frente – mejilla izquierda – oreja derecha – nariz – ceja derecha – puente de la nariz – ojo izquierdo – nariz – ojo derecho – ojo izquierdo – nariz – frente – ojo derecho – ojo izquierdo – los dos ojos – se quedan así un minuto.

Este ejercicio lo practican con quien este dispuesto a hacerlo tres veces a la semana durante tres semanas, al mismo tiempo que contestan a una pregunta o formulan una declaración verbal (Smith, 2004).

5.4 El lenguaje corporal.

Objetivo: Conocer los componentes que estructuran una conducta asertiva.

Aún cuando la asertividad es una capacidad de expresión de manera apropiada y responsable, el comportamiento asertivo debe ser apropiado a su contexto, para ello se tiene que tomar en cuenta diez cualidades que son importantes en el comportamiento asertivo, las cuales son : expresivo, respetuoso de los derechos de los demás, honesto , directo y firme, igualitario (que beneficia a la persona y a la relación), verbal incluyendo el contenido del mensaje (sentimientos, derechos, opiniones, hechos, peticiones límites), no verbal, incluyendo el estilo del mensaje (contacto visual, voz, postura, expresión facial, gestos, distancia, oportunidad, fluidez, atención), apropiado a la persona y a la situación (no universal), socialmente responsable y aprendido, no innato(Alberti y Emmons, 1999).

Componentes y Dimensiones de la Conducta Asertiva.

Existen varios componentes que contribuyen a lograr un comportamiento asertivo, esto se dividen en componentes no verbales, componentes paralingüísticos y componentes verbales (Castanyer, 2002).

DENTRO DE LOS COMPONENTES NO VERBALES SE ENCUENTRAN:

- **Contacto visual.** Se define objetivamente como mirar a otra persona, o entre los ojos o de forma más general, en la mitad superior de la cara. La mirada mutua implica que se ha hecho “contacto ocular” con otra persona. Casi todas las interacciones de los seres humanos dependen de miradas recíprocas. Su significado y funciones de las pautas de mirada son: La gente que mira más es vista como más agradable, pero la forma extrema de mirada fija es vista como hostil y /o dominante, el mirar más intensifica la impresión de algunas emociones, como la ira, el mirar menos intensifica otras como la vergüenza. También la mirada se emplea junto con la conversación para sincronizar, acompañar o comentar la palabra hablada.

En general si el oyente mira más produce más respuestas por parte del que habla, y si el que habla mira más es visto como persuasivo y seguro. Los individuos asertivos miran más mientras hablan que los sujetos poco asertivos.

- **Expresión de la voz.** Hablar muy rápido, hablar muy calmado, tono estridente o demasiado fuerte, tono demasiado suave, murmurar (hablar entre dientes), hablar bastante lento (poca fluidez), emitir sonidos innecesarios. Es necesario un tono uniforme y bien modulado, sin intimidar a la otra persona, expresarse con seguridad. Dar un inflexión (modulación) adecuada y el volumen debe estar en consonancia con el mensaje que se quiere transmitir.
- **La expresión facial.** La cara es el principal sistema de señales para expresar las emociones como alegría, sorpresa, tristeza, miedo, ira, y asco/desprecio; las regiones faciales que las expresan son: la frente/cejas, ojos/párpados y la parte inferior de la cara, por lo que se requiere una expresión facial que esté de acuerdo con el mensaje. Si una persona tiene expresión facial de miedo o de enfado cuando intenta iniciar una conversación, es posible que no tenga éxito. Un mensaje amistoso no puede ser expresado frunciendo el ceño. Se debe permitir que la cara exprese lo mismo que comunica.
- **Los gestos.** Un gesto es cualquier acción que envía un estímulo visual a un observador, para llegar a ser un gesto un acto tiene que ser visto por otro y tiene que comunicar alguna información. Los gestos apropiados a la palabra servirán para acentuar el mensaje añadiendo énfasis, franqueza y calor. Los movimientos desinhibidos pueden sugerir también franqueza, confianza en uno, salvo que el gesto sea errático y nervioso.
- **La postura.** La posición del cuerpo y de los miembros, la forma en que se sienta la persona, cómo esta de pie y como pasea, reflejan sus actitudes y sentimientos sobre sí mismo y su relación con los otros, como estar tenso o relajado, incluyendo hombros encogidos, brazos erguidos, manos extendidas indican indiferencia, inclinación hacia delante, brazos extendidos, puños apretados indican ira. De preferencia se evitarán: retorcer la mano, apretar la mano de la otra persona, apretar a la otra persona por los hombros, cubrir la boca con la mano.
- **La orientación.** Cuanto más cara a cara es la orientación más íntima es la relación y viceversa. La ideal es una frontal modificada en la que los que se comunican se encuentran ligeramente angulados respecto o una confrontación directa de 10 a 30 grados, para evitar ocasionalmente del contacto ocular total.
- **Distancia/ contacto físico.** El grado de proximidad expresa la naturaleza de cualquier interacción. Existen diferentes grados de presión y distintos puntos de contacto que pueden señalar estados emocionales como miedo, actitudes interpersonales o un deseo de intimidad.

LOS COMPONENTES PARALINGÜÍSTICOS SON:

- **El volumen de la voz.** Consiste en hacer que el mensaje llegue hasta un oyente, el déficit obvio es un volumen demasiado bajo para cumplir con esa función. Un volumen alto sugiere agresividad, o ira y puede tener consecuencias negativas como que los oyentes se marchen o evitar futuros encuentros. Una voz que varía poco en volumen no será muy interesante de escuchar.
- **La entonación.** Sirve para comunicar sentimientos y emociones. Unas mismas palabras pueden expresar esperanza, afecto, sarcasmo, ira, excitación o desinterés. Poca entonación con un volumen bajo indica aburrimiento o tristeza. Se percibe a la gente más dinámica y extravertida cuando cambian la entonación de sus voces a menudo. Dichas variaciones regulan también el ceder la palabra. Una entonación que sube puede ser evaluada como positiva (es decir alegre), una entonación que decae negativamente (deprimido). Muchas veces la entonación que se da a la palabra es más importante que el mensaje verbal que se quiere transmitir.
- **La fluidez.** Las vacilaciones, falsos comienzos y repeticiones son normales en las conversaciones diarias, sin embargo las perturbaciones excesivas pueden causar una impresión de inseguridad, incompetencia, poco interés o ansiedad. Muchos periodos de silencio pueden interpretarse negativamente como ansiedad, enfado, o incluso una señal de desprecio. Expresiones con un exceso de palabras de relleno como “ya sabes”, “bueno”, o sonidos como “ahh” y “ehh” provocan percepciones de ansiedad o aburrimiento; otro tipo de perturbación incluye repeticiones, tartamudeos, pronunciaciones erróneas, omisiones o palabras sin sentido
- **El tiempo de habla.** El tiempo de comunicación puede ser deficiente por ambos extremos, es decir, tanto si apenas habla como si habla demasiado. Lo más adecuado es un intercambio recíproco de información.
- **El contenido del habla.** Hablar tiene diversos propósitos como comunicar ideas, describir sentimientos, razonar y argumentar. Las palabras empleadas dependerán de la situación en que se encuentre una persona, su papel en esa situación y lo que intenta comunicar.
- **Claridad y velocidad.** El emisor de un mensaje asertivo debe de hablar con una claridad tal, que el receptor puede comprender el mensaje sin tener que sobreinterpretar o recurrir a otras señales alternativas. La velocidad no debe ser ni muy lenta ni muy rápida en un contexto comunicativo normal ya que ambas anomalías pueden distorsionar la comunicación (Castanyer, 2002).

COMPONENTES VERBALES PARA AGUILAR, (1987) SON:

- **Respetarse a sí mismo.** Como ser humano necesitas saber que tu energía es limitada y no puedes responder a todas las demandas de los demás, necesitas promover ideas objetivas y constructivas respecto a ti mismo, generando autoconfianza y seguridad en lo que has logrado o puedes ir realizando, no eres perfecto y no puedes hacer siempre todo bien, disfrutas sanamente de tus logros, sabes pedir disculpas sin menospreciarte, te pones en el lugar que te corresponde porque tu salud y felicidad están antes que la aprobación de los demás.
- **Respetar a los demás.** En la comunicación asertiva, se requiere que el otro sea concebido como una persona profundamente humana y por lo tanto que merece ser tratado con respeto y dignidad ya que tiene los mismos derechos que nosotros. Abandonar el concepto de propiedad que tenemos sobre los demás, son personas que tienen derecho a crecer, desarrollarse y elegir cuando lo hagan estar alejados de nuestros ideales, anhelos o caprichos personales.
- **Ser directo.** Implica que nuestros mensajes sean lo suficientemente claros para la otra persona, de tal manera que no se necesiten de suposiciones, adivinanzas o caer en mal entendidos así no exigir a los demás que entiendan nuestros mensajes. Si expresamos de buena forma lo que queremos, todos se benefician.
- **Ser honesto.** Requiere que asumamos la responsabilidad de las consecuencias e interpretaciones de nuestra comunicación, para que, sin faltar a la verdad, demos el mensaje en la forma más oportuna y respetuosa posible.
- **Ser oportuno.** Para lograr una mejor comunicación necesitamos tomar en cuenta además de lo que decimos y escuchamos, el contexto donde ocurre como: el lugar (buscar el más adecuado para decir las cosas), el momento (no preguntar a alguien quien acaba de sufrir la pérdida de un familiar si va acudir a una fiesta), firmeza del mensaje (saber variar la intensidad de nuestra expresión comunicando con precisión la fuerza de los deseos), relación con los demás (el papel distinto que juegan los demás necesitan ser considerados en la forma en que nos aproximamos) y frecuencia de insistencia (Es conveniente saber hasta que punto es conveniente repetir un mensaje o idea).
- **Control emocional.** Es necesario mantener el control emocional, cuando las emociones se desbordan en niveles inadecuados es muy difícil mantener una buena comunicación; por lo que es necesario que trabajemos en el cambio de nuestros pensamientos negativos, la forma de interpretar nuestras respuestas físicas y la manera de responder a situaciones tensionantes.
- **Saber decir.** Implica que como regla general de expresión, dar la misma respuesta que nos gustaría que tuvieran los demás hacia nosotros, darnos tiempo para pensar antes de hablar y afinar la forma de lo que se desea transmitir.

- **Saber escuchar.** Es un proceso activo que requiere esfuerzo para comprender lo que los demás quieren transmitirnos, no crear frases adicionales que la persona no dice y no quiso decir y tomando como verdades deducciones no verificadas.
- **Ser positivo.** Quiere decir reconocer un hecho y explícitamente informar que nos damos cuenta, que lo reconocemos, sin presuponer que la persona ya lo sabe.

Separando el área no verbal, hay que tomar en cuenta que el habla se emplea para una variedad de propósitos: comunicar ideas, describir sentimientos, razonar, argumentar...Las palabras que se empleen cada vez dependerán de la situación en la que se encuentre la persona, su papel en esa situación y lo esta intentando conseguir.

5.5. Dimensiones de la conducta asertiva.

Objetivo: Identificar los componentes con que cuenta el participante.

Desarrollo: Dos personas se sientan frente a frente y conversan sobre un tema determinado. Analiza con el registro que se presenta a continuación los componentes utilizados durante la conversación. Ver anexo 5

5.6 Integración de los componentes de la conducta asertiva

Objetivo: Valorar la importancia de los componentes asertivos en la comunicación.

Desarrollo: Se reúnen los participantes por parejas, cada pareja tienen un papel y lápiz. Sin hablar, tienen que dibujar conjuntamente (con el mismo lápiz) sobre el papel un árbol, una persona y una casa. Cuando han terminado se comenta que miembro fue el más activo en la realización del dibujo, si su pareja fue activa o pasiva, fue reflejo de su comportamiento en la vida real y que señales no verbales empleo para tener mayor participación, si los dos han participado igual, también se resaltan las señales no verbales que emplearon para conseguirlo (Caballo, 1993).

5.7 Cierre de la sesión.

Objetivo: Informar a los participantes que la sesión ha terminado.

Desarrollo: Hacer un breve resumen de la sesión. Como tarea se pedirá a los participantes ejemplos de situaciones concretas y la conducta asumida para enfrentarla.

Objetivo: Aprender a distinguir los diferentes tipos de comunicación y modificarla.

6.1 Inicio de la sesión.

Objetivo: Integrar al grupo en la sesión.

Desarrollo: El terapeuta saluda cordialmente y agradece a los participantes su asistencia, pasa lista de asistencia. Hace un breve resumen de la sesión anterior, revisa y comenta las tareas.

6.2 Ejercicio de relajación.

Objetivo: Disminuir niveles de ansiedad ante determinadas situaciones.

Desarrollo: El terapeuta se dirige a los participantes y les indica: Están cómodos, tranquilos, prepárense porque van a realizar un viaje por el espacio, un viaje sideral. Se van a subir a la nave espacial. Es grande, de colores muy bonitos y brillantes. Es su nave espacial. Serán astronautas y lo van hacer muy bien, ya verán. Su misión será conducir la nave hacia la relajación. Así que prepárense, pónganse el traje espacial, el casco. Ya están en la nave, relájense porque el viaje va a empezar. Para despegar tienen que hacer fuerza con todo su cuerpo. Es muy pesado. Más fuerza. Suelten poco a poco, relájense. Te estas relajando poco a poco, su cuerpo se queda suelto. La nave despega. Están descansando. Se relajan más. La nave sube, sube y están relajados, más relajados, es muy agradable. Sus brazos están quietos, pesados, muy relajados. Sus piernas están descansadas, relajadas, hay mucho silencio. Su cuerpo esta relajado, más relajado, es muy agradable. Está muy alto. Hay naves relajadas y ustedes están relajados, muy relajados. Hay mucho silencio, todo esta tranquilo y cada vez están más relajados. Es muy agradable. Todas las naves van a volver a la tierra. Prepárense y hagan lo que les diga: primero, muevan un poco las manos, ahora muevan las piernas y respiren profundamente, abran los ojos exhalen y levántense.

6.3 Modificación y asertividad.

Objetivo: Conocer los beneficios de la asertividad y las limitaciones de no ser asertivo.

Desarrollo.

Diferenciación entre estilos de respuesta adaptativos y no adaptativos. Esto es modificar la comunicación de pasiva o agresiva a asertiva:

DIFERENCIAS EN LOS TRES TIPOS DE RESPUESTAS

La persona pasiva	La persona asertiva	La persona agresiva
<p>Muestra escasa ambición, pocos deseos y opiniones.</p>	<p>Coopera con los demás para alcanzar objetivos personales.</p>	<p>Sacude la cabeza y comunica el mensaje “a mi manera o nada”</p>
<p><u>Conducta no verbal:</u> ojos que miran hacia abajo, voz baja, vacilaciones, gestos desvalidos, niega importancia a la situación, postura hundida, puede evitar la situación, se retuerce las manos, tono vacilante o de queja, risitas falsas.</p>	<p><u>Conducta no verbal:</u> contacto ocular directo, nivel de voz conversacional, habla fluida, gestos firmes, postura erecta, mensajes en primera persona, honesto/a, verbalizaciones positivas, respuestas directas a la situación, manos sueltas.</p>	<p><u>Conducta no verbal:</u> mirada fija, voz alta, habla fluida/rápida, enfrentamiento, gestos de amenaza, postura intimidatorio, deshonesto.</p>
<p><u>Conducta verbal:</u> “quizás”, “supongo”, “me pregunto si podríamos”, “te importaría mucho”, “solamente”, “no crees que”, “Ehh”, “bueno realmente no es importante”; no te molestes.</p>	<p><u>Conducta verbal:</u> “pienso”, “siento”, “quiero”, “hagamos”, “¿como podemos resolver esto?”, “¿que piensas?”, “¿que te parece?”.</p>	<p><u>Conducta verbal:</u> “harías mejor en”, “haz”, “ten cuidado”, “debes estar bromeando”, “si no lo haces...”, “no sabes”, “deberías”, “mal”.</p>
<p>Efectos: Conflictos interpersonales Depresión Desamparo Imagen pobre de uno mismo Se hace daño a sí mismo Pierde oportunidades Tensión Se siente sin control Soledad No se gusta ni a si mismo ni a los demás Se siente enfadado</p>	<p>Efectos: Resuelve los problemas Se siente a gusto con los demás Se siente satisfecho Se siente a gusto consigo mismo Relajado Se siente con control Crea y fabrica la mayoría de las oportunidades Se gusta a sí mismo y a los demás Es bueno para sí y para los demás</p>	<p>Efectos: Conflictos interpersonales Culpa Frustración Imagen pobre de sí mismo Hace daño a los demás Pierde oportunidades Tensión Se siente sin control No le gustan los demás Se siente enfadado</p>

Wolpe (1973) indica que una respuesta asertiva es socialmente deseable, el individuo hace valer sus derechos de manera directa y sin dañar a otros y a sí mismo y la respuesta agresiva socialmente es censurable, el individuo expresa sus derechos sin importar dañar a otros.

El mensaje que el individuo pasivo comunica según Lange y Jakubowski, (citado en Flores 1989).

“yo no cuento, tú puedes aprovecharte de mí”. “Mis sentimientos no cuentan, solamente los tuyos son importantes”. “Mis pensamientos no son importantes, sólo los tuyos son válidos y dignos de ser escuchados”. “No soy nadie, tú eres superior”.

EL MENSAJE AGRESIVO ES:

“Esto es lo que pienso, tú eres un estúpido por pensar diferente”. “Esto es lo que deseo, lo que tú deseas no es importante”. “Esto es lo que siento, tus sentimientos no cuentan”.

EL INDIVIDUO ASERTIVO COMUNICA:

“Esto es lo que yo pienso y siento”. “Así es como yo veo la situación”. “Es tan importante lo que tú sientes como lo que yo siento”. “Somos igualmente dignos, por que ambos somos humanos”. “Lo que deseo es unir fuerzas, no señalar diferencias.

La conducta asertiva permite a los individuos decir las cosas sin ofender, a saber escuchar a decidir lo que se quiere, a decidir si es justo, a pedirlo con claridad, a asumir riesgos, a estar tranquilo y relajado, a expresar abiertamente sentimientos, opiniones y necesidades, a formular y recibir cumplidos y a formular y recibir críticas justas, logrando con ello una comunicación adecuada y positiva, mejorando sus relaciones interpersonales.

6.4 Diferenciando entre conducta pasiva, asertiva y agresiva.

Desarrollo: El terapeuta mencionara mínimo 2 ejemplos de cada una, se reparten tres tarjetas de diferente color a cada uno de los participantes, cada color representa una conducta, las identificarán mostrando la tarjeta todos a la vez de acuerdo al ejemplo que mencione el terapeuta. Se discute por qué la conducta es asertiva, no asertiva o agresiva igualmente se discute si se equivoca la mayor parte del grupo al clasificarla, de igual manera con los participantes que difieran del resto del grupo exponen las razones de sus creencias.

6.5 Cierre de la sesión.

Objetivo: Informar a los participantes que la sesión ha finalizado.

Desarrollo: Hacer un breve resumen de la sesión. Como tarea se pedirá a los participantes extender estas conductas en escenarios reales y describir sus experiencias por escrito.

Despedirse y agradecer a los participantes su asistencia.

SESIÓN 7 EL CAMBIO DE NUESTRA CONDUCTA

Objetivo: Promover la actuación del participante en los diversos ámbitos de la interacción humana de manera eficaz.

7.1 Inicio de la sesión.

Objetivo: Integrar al grupo en la sesión.

Desarrollo: El terapeuta saluda cordialmente y agradece a los participantes su asistencia. Pasa lista. Hace un breve resumen de la sesión anterior. Revisa y se comenta la tarea.

7.2 Ejercicio de relajación.

Objetivo: Disminuir la tensión ante determinadas situaciones sociales.

Desarrollo: El terapeuta utilizará el método de relajación progresiva de Jacobson para enseñar a los participantes a relajarse, con imaginería. (Ver manual del instructor sesión 7) (Seguir instrucciones de relajación de la sesión 1), agregar la siguiente imaginería: Piense en una escena agradable. Esta sentado en una región boscosa, hay una cascada de agua cristalina, la temperatura es agradable, le permite a usted estar acostado, respirando aire puro, no hay más ruidos que los cantos de las aves... Se le dice al paciente que siga imaginando la escena y visualice la imagen. Ahora respire tranquilamente. Meta aire a sus pulmones con gran profundidad. Cada vez que expulse el aire de sus pulmones intente decir relax.

Inspire profundamente, suelte el aire. Continúe respirando así, profundo, profundo. Es momento de volver a su estado habitual: mueva sus piernas su cabeza, sus brazos y abra sus ojos, respire normalmente.

7.3 Derechos de la asertividad.

Objetivo: Dar a conocer e identificar en los participantes el ejercicio de sus derechos asertivos.

Desarrollo. Se mostrará la lista impresa con los derechos asertivos, serán leídos por los participantes. Se procederá a la realización del siguiente ejercicio: anotaran los derechos que no han ejercido. Se cuestionaran lo que deben hacer para ejercerlos, mencionaran cuales serán las ventajas al ejercerlos. Se harán comentarios al respecto. Se aplicará un cuestionario asertivo.

Los derechos son cualquier cosa a la que pensemos que los seres humanos deben tener acceso por solo hecho de existir. Son expectativas razonables que una persona tiene respecto a otra.

ALGUNOS DERECHOS IMPORTANTES MENCIONADOS POR FLORES (2002) SON:

- Derecho a mantener tu dignidad y respeto comportándote de forma habilidosa o asertiva, incluso si la otra persona se siente herida, mientras no violes los derechos humanos básicos de los demás.
- El derecho a ser tratado con respeto y dignidad
- Derecho a rechazar peticiones sin tener que sentirse culpable o egoísta.
- Derecho a experimentar y expresar tus propios sentimientos

- Derecho a detenerte y pensar antes de actuar.
- Derecho a cambiar de opinión.
- Derecho a pedir lo que quieres (dándose cuenta de que la otra persona tiene el derecho a decir no)
- Derecho a hacer menos de lo que humanamente eres capaz de hacer
- Derecho a ser independiente
- Derecho a decir que hacer con tu propio cuerpo, tiempo y propiedad
- Derecho a pedir información
- Derecho a cometer errores y ser responsable de ellos
- Derecho a sentirte a gusto contigo mismo
- Derecho a tener tus propias necesidades y que sean tan importantes como las de los demás, tenemos el derecho de pedir (no exigir) a los demás que respondan a nuestras necesidades y de decidir si satisfacemos las necesidades de los demás
- Derecho a tener opiniones, sentimientos, emociones y expresarlas adecuadamente.
- Derecho a decidir si satisfaces las expectativas de otras personas o si te comportas siguiendo tus intereses, siempre que no violes los derechos de los demás.
- Derecho a hablar sobre el problema con la persona involucrada y aclararlo.
- Derecho a obtener aquello por lo que pagas
- Derecho a escoger no comportarte de manera asertiva o socialmente habilidosa
- Derecho a tener derechos y defenderlos
- Derecho a ser escuchado y ser tomado en serio
- Derecho a estar solo cuando así lo decidas
- Derecho a hacer cualquier cosa mientras no violes los derechos de otros.
- Derecho a no saber y a no comprender.
- Derecho a tener éxito.
- Derecho a ser felices.

Realizar ejercicio. Ver anexo 6

Si contestaste verdadero a las afirmaciones 1,2, 5,7 y 9 y falso a las afirmaciones 3, 4, 6, 8 y 10, identificaste correctamente el ejercicio de tus derechos en las diferentes relaciones.

7.4 Simulación de situaciones para iniciar conversaciones.

Objetivo: Preparar al individuo para una comunicación competente.

Desarrollo: Los participantes recibirán instrucciones sobre la conducta a realizar, observaran y practicarán técnicas de modelado, práctica de la conducta y recibirán retroalimentación pertinente.

Iniciar una conversación

Este término se refiere a la capacidad de iniciar conversaciones con otras personas, que permite al individuo no solo tener éxito en las interacciones informales, sino que además es posible que consiga el desarrollo de relaciones duraderas, además prepara al individuo para la participación competente y eficaz en los diversos aspectos de la interacción humana. Este tipo de habilidad social es necesaria en un amplio campo de situaciones.

El objetivo es aprender nuevas conductas verbales, no verbales y de estilo que habrá de utilizar al conversar con otros de un modo efectivo e incrementar el propio valor de reforzamiento ante los demás, de modo que estos lo consideren como un agente de refuerzo social y estén más predispuestos a la reciprocidad o a mantener interacciones con él.

Pasos para iniciar una conversación: Goldstein (1990)

1. Escoja el lugar y el momento adecuados.
2. Salude a la otra persona
3. Hable de cosas intrascendentes
4. Juzgue si la otra persona lo está escuchando y desea hablar con usted.
5. Abra el tema principal sobre el que desea hablar

7.5 Cierre de la sesión

Objetivo: Informar a los participantes que la sesión ha terminado.

Desarrollo. Hacer un breve resumen de la sesión. Como tarea se recomienda extender estas conductas en escenarios reales; iniciar mínimo una conversación diaria con diferentes personas y describir sus experiencias por escrito. Despedirse y agradecer a los participantes su asistencia.

SESIÓN 8 IDENTIFICAR CUANDO QUEREMOS CAMBIAR

Objetivo: Incrementar el propio valor de reforzamiento ante los demás.

8.1 Inicio de la sesión

Objetivo: Integrar al grupo en la sesión.

Desarrollo: El terapeuta saluda cordialmente y agradece a los participantes su asistencia. Pasa lista. Hace un breve resumen de la sesión anterior. Revisa tareas y hace comentarios al respecto de sus experiencias.

8.2 Ejercicio de relajación.

Objetivo: Disminuir niveles de ansiedad ante determinadas situaciones.

Desarrollo: El terapeuta utilizará el método de relajación progresiva de Jacobson para enseñar a los participantes a relajarse, (seguir instrucciones de relajación de la sesión 1) Pedir al participante imaginar una escena agradable, Ahora respire tranquilamente. Meta aire a sus pulmones con gran profundidad. Cada vez que expulse el aire de sus pulmones intente decir relax.

Inspire profundamente, suelte el aire. Continúe respirando así, profundo, profundo.

Es momento de volver a su estado habitual: mueva sus piernas su cabeza, sus brazos y abra sus ojos, respire normalmente.

8.3 Mantenimiento y finalización de una conversación.

Objetivo: Conversar con otros de un modo efectivo y finalizar la conversación en el momento deseado.

Desarrollo. Parte teórica: El terapeuta hará una exposición de los pasos a seguir para efectuar esta conducta. Parte práctica: los participantes observarán y practicarán técnicas de modelado, realización de la conducta y recibir retroalimentación, participan todos los integrantes del grupo.

Pasos para terminar una conversación. Goldstein (1990)

1. Haga un resumen del tema principal de la otra persona y del suyo propio
2. Llegue a alguna conclusión
3. Pida la opinión de la otra persona
4. Responda a la opinión de la otra persona
5. Haga algún comentario final.

8.4. Situaciones imaginadas.

Objetivo: Preparar al individuo para una participación competente

Desarrollo: El terapeuta pide a los participantes mencionar al menos dos conductas que deseen modificar, anotarlas en una tarjeta, estas serán intercambiadas con el resto de los integrantes y mencionaran la forma de afrontar la situación y caracterizarlas para iniciar un programa de cambio.

8.5. Cierre de la sesión.

Objetivo: Informar a los participantes que la sesión ha terminado

Desarrollo. Hacer un breve resumen de la sesión. Como tarea se pedirá a los participantes extender su conducta en escenarios reales, intentar terminar una conversación diaria y describir sus experiencias por escrito. Despedirse y agradecer su asistencia a los participantes.

SESIÓN 9 INTEGRACIÓN DE LA ASERTIVIDAD Y REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA

Objetivo: Conocer la estructura básica de la asertividad para una mejor participación de cada individuo en toda relación humana.

9.1 Inicio de la sesión.

Objetivo: Integrar al grupo a la sesión.

Desarrollo: El terapeuta saluda cordialmente y agradece a los participantes su asistencia. Pasa lista de asistencia. Revisa tareas y se hacen los comentarios correspondientes, respecto a su experiencia.

9.2 Ejercicio de relajación.

Objetivo: Disminuir niveles de ansiedad ante determinadas situaciones.

Desarrollo: El terapeuta utilizará el método de relajación progresiva de Jacobson para enseñar a los participantes a relajarse, (seguir instrucciones de relajación de la sesión 1) Pedir al participante imaginar una escena agradable, Ahora respire tranquilamente. Meta aire a sus pulmones con gran profundidad. Cada vez que expulse el aire de sus pulmones intente decir relax.

Inspire profundamente, suelte el aire. Continúe respirando así, profundo, profundo.

Es momento de volver a su estado habitual: mueva sus piernas su cabeza, sus brazos y abra sus ojos, respire normalmente.

9.3. Integración de la asertividad y reestructuración cognitiva en la vida cotidiana.

Objetivo:

Desarrollar en el individuo un manejo asertivo en la crítica y la manipulación.

Desarrollo: El terapeuta distribuirá tarjetas con la descripción de las diversas técnicas asertivas y el participante desarrollará un ejemplo, y explicará en que consiste la técnica aplicada, como: formas de decir no, disco rayado, banco de niebla, libre información, aplazamiento asertivo, técnica para procesar el cambio, técnica de ignorar, técnica de la pregunta asertiva. En todo momento el terapeuta apoyará en la exposición de la técnica.

TÉCNICAS QUE PERMITEN DESARROLLAR LA ASERTIVIDAD EN LOS INDIVIDUOS MANEJANDO ASERTIVAMENTE LA CRÍTICA Y LA MANIPULACIÓN. (SMITH 2004).

El disco rayado

Ayuda a sostenerse en el punto de vista personal.

Consiste en concentrarse en las metas propias, con paciencia sin ceder, ni enojarse. A través de la repetición serena una y otra vez de las palabras que expresan nuestros deseos, enseña la virtud de la perseverancia. Permite la asertividad en situaciones en las cuales no hubo la oportunidad de ensayar argumentos y evita la presentación de sentimientos negativos que evidencian falta de control. La clave es seguir expresando con voz tranquila y repetitiva lo que se desea decir, hasta que la otra persona acceda a nuestra petición.

Banco de niebla

Se aplica cuando la crítica es con razón.

Consiste en reconocer calladamente la crítica y aceptar que hay algo de verdad en ella. Esta técnica nos enseña a aceptar críticas, reconociendo serenamente ante los críticos la posibilidad de que haya parte de verdad en lo que dicen. Permite recibir las críticas sin sentirnos violentos ni adoptar actitudes ansiosas o defensivas y sin ceder frente a estas

críticas manipulativas. Aquí se manejan tres aspectos fundamentales, de esta forma la persona aprende a juzgarse a sí misma y a sacar provecho de sus errores.

- Concertar con la verdad; reconocer cualquier verdad reconocida en las declaraciones que los demás emplean para criticarnos.
- Convenir con la posibilidad, reconocer que existe la posibilidad de que sea cierto aquello que critican.
- Acordar con el principio, reconocer la verdad general de las declaraciones lógicas que la gente emplea para manipularnos.

Aserción negativa

Aplica cuando la crítica es por un error cometido de buena fe.

Esta técnica consiste en aceptar el error sin sentirse abrumado por la culpa, enseña a aceptar los errores y faltas (sin tener que excusarse por ellos) mediante el reconocimiento decidido y comprensivo de las críticas hostiles o constructivas que se formulan a propósito de alguna acción equivocada. Permite sentirse bien, reconociendo los aspectos negativos del comportamiento o de la personalidad sin adoptar actitudes defensivas o ansiosas, ni verse obligado a negar un error real, consiguiendo al mismo tiempo reducir la ira y hostilidad de los críticos.

Cuestionamiento negativo o interrogación negativa

Se aplica cuando la crítica la usan para ocultarle algo o manipularlo.

La persona debe propiciar activamente la crítica con el fin de desenmascarar la manipulación, es decir, le enseña a suscitar las críticas sinceras por parte de los demás, con la finalidad de sacar provecho de la información si esta es útil, o de agotarla si es manipulativa, propiciando al mismo tiempo que los críticos se muestren más asertivos y hacer menos uso de cuentos manipulativos, para lograr una mejor comunicación.

Arreglo viable

Aplica cuando se pretende llegar a un acuerdo.

Se trata de llegar aun acuerdo entre las partes involucradas. Para ello, es necesario tener en cuenta que no está en juego el respeto que cada uno como persona se debe a sí mismo, sino que se trata de objetos materiales, a menos que el compromiso afecte los sentimientos personales, en cuyo caso no caben compromisos de ninguna clase.

Para lograr una comunicación virtuosa podemos emplear:

Libre información

La persona debe escuchar con atención, sin cerrarse; con el fin de aceptar lo que es de mayor importancia e interés en la conversación. Esta técnica permite identificar los indicios que da la otra persona en el curso de la vida cotidiana o de una conversación, para reconocer que es lo interesante y/o importante para esa persona. Permite también vencer la timidez y entrar en una conversación social con los demás y al mismo tiempo, permite que los otros hablen con mayor libertad sobre sí mismos.

Auto revelación

Consiste en dejar ver con sencillez voluntaria y oportunamente las limitaciones y capacidades propias, de tal forma que la comunicación segregue en ambas direcciones, para aceptar e iniciar la discusión de los aspectos positivos y negativos de la personalidad propia, comportamiento, inteligencia o estilo de vida, con el objetivo de fomentar y favorecer la comunicación social y reducir la manipulación. Permite revelar aspectos de cada uno y de nuestra vida que anteriormente provocaban sentimientos de ignorancia, ansiedad o culpabilidad.

Aplazamiento asertivo

Técnica muy útil para aquellas personas indecisas y que se les dificulta pensar en una respuesta de forma rápida, así como en aquellos casos en que la persona se siente abrumada por la situación o incapaz para responder con claridad. Para lograrlo hay que aplazar la respuesta que se va a dar a la persona que crítica, hasta que haya el sentimiento de tranquilidad y la persona se siente capaz de responder correctamente. Cuando la persona se muestra muy insistente, es importante solicitar en la misma postura, para lo cual se puede emplear la técnica del disco rayado para evitar la discusión.

Técnica para procesar el cambio

Aquí no se suscita la agresividad en la otra persona, ni la incita a defenderse de alguien, sino que ayuda tanto a la persona que emite como a quien la recibe. Consiste en no meterse en aspectos ajenos al programa que se está tratando, ya que esto no lleva a ningún lado; implica la capacidad de mantenerse tranquilo y estar al pendiente de cómo se está dando la situación, es decir, no dejarse llevar por incitaciones ante las que se cree es necesario defenderse. Resulta más efectivo reflejar objetivamente lo que está ocurriendo y reconocer la parte de responsabilidad que a cada uno le corresponde, que el defenderse de cualquier ataque que se recibe.

Técnica de ignorar

Es parecida a la anterior, pero la responsabilidad recae sólo en la otra persona. Resulta conveniente emplearla cuando la otra persona está muy irritada y se teme que sus críticas en una serie de insultos hacia quien lo recibe, sin que se tenga la oportunidad para defenderse de estos ataques, para esta técnica es importante un tono de voz adecuado, de lo contrario suscita más agresividad en la otra persona, quien puede interpretarlo como una provocación.

Conviene emplear un tono amable y comprensivo hacia el desagrado de la persona.

9.4 Cierre de la sesión.

Objetivo: Informar a los participantes que la sesión ha finalizado.

Desarrollo: Como tarea se proporcionara a los participantes el inventario de ideas irracionales IBT para contestarlo y presentarlo en la siguiente sesión. Se hará un breve resumen de la sesión y se despedirá el terapeuta, agradeciendo a los participantes su asistencia.

SESIÓN 10 CIERRE DEL TALLER

Objetivo: Evaluar los resultados de los inventarios prediagnósticos con los postdiagnósticos, respecto al taller.

10.1 Inicio de la sesión.

Objetivo: Integrar al grupo a la sesión.

Desarrollo:

El terapeuta saluda cordialmente al grupo y agradece a los participantes su asistencia. Hace un breve resumen de la sesión anterior. Recoge los inventarios contestados que se dejaron como tarea

10.2 Integración del material de apoyo

Objetivo: Que el participante cuente con el material de apoyo

Desarrollo. El terapeuta solicita a los participantes revisar su manual para asegurarse de que esta completo y en buenas condiciones, para ser consultado posteriormente.

Recomendar bibliografía complementaria:

- Aguilar, E. (2000). *Cómo ser tu mismo sin culpas*. México: Pax
- Lega, L. I.; Caballo, V.E. ; Ellis, A. (2002), *Teoría y práctica de la terapia racional emotivo-conductual*, Siglo XXI. España.
- Smith, J.M. (2004). *Cuando digo no, me siento culpable*. Editorial de Bolsillo. Barcelona, España.

10.3 Evaluación Postdiagnóstica.

Objetivo: Evaluar a los participantes.

Desarrollo. El terapeuta aplicará a los participantes el inventario de asertividad (Aguilar 2000)

10.4 Cierre del taller.

Objetivo: Obtener retroalimentación de los participantes, respecto al curso del taller y hacia el terapeuta.

Desarrollo: El terapeuta, solicita a los participantes sus comentarios y experiencias respecto al taller, estos son escuchados y discutidos. Se proporciona formato de evaluación del taller para ser llenado. El terapeuta se despedirá agradeciendo a los participantes su asistencia. Recordarles que pueden solicitar la atención en el centro de Servicios Psicológicos, cuando sea necesario.

ANEXO 2

EVALUANDO SU COMPORTAMIENTO ASERTIVO

Aguilar (2000)

Nombre _____ Fecha _____

INSTRUCCIONES: A continuación se presentan una serie de situaciones, marque con una X la opción que mejor describa su comportamiento asertivo. Recuerde no hay respuestas correctas o incorrectas.

V

F

1. Cuando habla con alguien, ve a los ojos, su expresión es firme y segura.		
2. Sus ademanes o gestos son congruentes con lo que quiere expresar.		
3. Su tono de voz es adecuado y enfatiza las palabras clave o más importantes.		
4. La velocidad con la que habla es adecuada, ni demasiado rápida o lenta.		
5. Normalmente hace lo que dice que hará.		
6. Es capaz de guardar información confidencial, cuando alguien se lo pide.		
7. Suele ver lo positivo de los demás y se los dice con honestidad.		
8. Suele ver lo positivo de las cosas o situaciones y lo señala.		
9. Cuando habla de su persona, lo hace positivamente, señalando sus éxitos y deseos, sin parecer presuntuoso.		
10. Si lo elogian, responde adecuadamente con gusto		
11. Cuando conversa con los demás, los escucha sin interrumpir.		
12. Cuando existen distintas opiniones emite la suya frenando el impulso de opinar en todo.		
13. Cuando existen distintas opiniones, emite la suya sin demandar que prevalezca sobre los demás.		
14. Cuando no sabe lo suficiente de las personas, suele criticarlas o rechazarlas		
15. Cuando esta en desacuerdo con alguien lo hace sin ofender o agredir.		
16. Cuando sucede un problema tiende a asumir su responsabilidad sin culpar a los demás.		
17. Cuando otras personas le hablan, las mira a los ojos y expresa interés.		

18. Cuando se ha llegado a algún acuerdo, tiende a ya no discutirlo.		
19. Sólo da consejos o recomendaciones si se lo piden.		
20. Cuando hace comentarios busca que éstos sean apropiados a la situación o momentos.		
21. Cuando pide algo lo pide demandando rapidez.		
22. Trata de ser sensible a la situación por la que otros pasan sin por ello renunciar a sus metas.		
23. Puede decir no sin agredir o sentirse culpable.		
24. Cuando otras personas están ocupadas trata de no permanecer con ellas demasiado tiempo.		
25. Cuando desea usar cosas que no le pertenecen, pide permiso para hacerlo.		
26. Cuando hace bromas suele ser hiriente.		
27. Cuando una persona se equivoca usted tiende a burlarse o hacer comentarios negativos.		
28. Cuando otras personas opinan, trata de escuchar, tomar en cuenta y entender sus puntos de vista.		
29. Si encuentra información válida en contra de su punto de vista, lo modifica.		
30. Si surge algún conflicto con otra persona busca llegar a un arreglo o acuerdo constructivo.		
31. Si los demás no lo entienden, busca aclarar y mejorar sus habilidades de comunicación en lugar de quejarse o hacerse la víctima.		
32. Si habla con varias personas se dirige a todas, en lugar de concentrarse sólo en una de ellas.		
33. Si hacen algo pro usted expresa su agradecimiento.		
34. Si le piden ayuda trata de darla, sin preguntar.		
35. Cuando trabaja en equipo (hogar, escuela, trabajo) trata de compartir las responsabilidades equitativamente.		
36. Cuando explica algo lo hace en forma directa, sin rodeos o rebuscamientos.		
37. Si se equivoca, lo acepta sin justificaciones defensivas.		
38. Cuando habla de usted mismo (a) se excede o extiende de tal forma que los demás pierden el interés.		
39. Es puntual y respeta sus compromisos (personales, familiares, escolares, laborales).		
40. Cuando conversa en grupo, su plática es la que domina.		

INVENTARIO DE IDEAS IRRACIONALES

Instrucciones: Este inventario presenta distintas creencias y actitudes que las personas mantienen ante ciertas situaciones. Para saber si una determinada actitud o creencia es típica de su forma de ver las cosas, tenga presente cómo es Ud. la mayor parte del tiempo. Recuerde que cada persona es diferente y por tanto no hay respuestas correctas o incorrectas.

Lea cada frase y señale con una "X" su **grado de acuerdo o desacuerdo** con cada una de ellas utilizando la siguiente escala. Trate de evitar las respuestas con número 3 lo más que le sea posible.

1. Totalmente en **Desacuerdo**.
2. Moderadamente en Desacuerdo.
3. Ni Acuerdo Ni Desacuerdo.
4. Moderadamente de **Acuerdo**.
5. Totalmente de Acuerdo.

- | | | | | | | |
|-----|--|---|---|---|---|---|
| 1. | Es importante para mí que otros me aprueben. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. | Odio fracasar en algo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. | La gente que comete errores merece lo que le pasa. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. | Usualmente acepto filosóficamente lo que sucede. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. | Si alguien quiere, puede ser feliz casi bajo cualquier circunstancia. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. | Tengo miedo de algunas cosas que a menudo me molestan. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. | Con frecuencia voy retrasando decisiones importantes. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. | Todos necesitan depender de alguien para pedirle ayuda y consejo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. | <i>"El que nace para maceta del corredor no pasa".</i> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. | Siempre hay una forma correcta de hacer las cosas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. | Me gusta que me respeten, pero no me es necesario. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. | Evito cosas que no puedo hacer bien. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13. | Muchas personas malvadas escapan del castigo que merecen. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14. | Las frustraciones no me molestan. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15. | Las personas no se perturban por las situaciones, sino por lo que piensan de ellas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16. | Siento poca ansiedad por "lo que pudiera ocurrir" de peligroso o inesperado. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17. | Siempre trato de salir adelante y dejar terminadas las tareas agradables cuando se me presentan. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

18.	Trato de consultar con un experto antes de tomar decisiones importantes.	1	2	3	4	5
19.	Es casi imposible vencer las influencias del pasado.	1	2	3	4	5
20.	No hay solución perfecta para algo.	1	2	3	4	5
21.	Quiero que todos me estimen.	1	2	3	4	5
22.	No pretendo competir en actividades donde otros son mejores que yo.	1	2	3	4	5
23.	Los que se equivocan, merecen ser censurados.	1	2	3	4	5
24.	Las cosas deberían de ser diferentes de como son.	1	2	3	4	5
25.	Yo causo mis propios estados de ánimo.	1	2	3	4	5
26.	No puedo olvidarme de mis preocupaciones.	1	2	3	4	5
27.	Evito enfrentar mis problemas.	1	2	3	4	5
28.	La gente necesita una fuente de poder fuera de ella misma.	1	2	3	4	5
29.	Si algo afectó fuertemente tu vida alguna vez, no significa que tenga que seguir haciéndolo en el futuro.	1	2	3	4	5
30.	Rara vez hay una solución fácil a las dificultades de la vida.	1	2	3	4	5
31.	Puedo estar en paz conmigo mismo aunque otros no lo estén.	1	2	3	4	5
32.	Me gusta triunfar en algo pero no siento que esto sea necesario.	1	2	3	4	5
33.	La inmoralidad debe ser fuertemente castigada.	1	2	3	4	5
34.	Frecuentemente me molesto por situaciones que no me agradan.	1	2	3	4	5
35.	Las personas miserables se han hecho miserables a sí mismas.	1	2	3	4	5
36.	Si no puedo impedir que algo suceda, no me preocupo por esto.	1	2	3	4	5
37.	Usualmente tomo decisiones lo más rápidamente que puedo.	1	2	3	4	5
38.	Hay ciertas personas de las cuales dependo mucho.	1	2	3	4	5
39.	La gente sobrevalora la influencia del pasado.	1	2	3	4	5
40.	En la vida siempre tendremos algunos problemas.	1	2	3	4	5
41.	Si le caigo mal a alguien, el problema es suyo no mío.	1	2	3	4	5
42.	Es importante para mí tener éxito en todo lo que hago.	1	2	3	4	5
43.	Rara vez culpo a la gente por sus errores.	1	2	3	4	5
44.	Usualmente acepto las cosas tal y como son, aunque no me gusten.	1	2	3	4	5
45.	Una persona no está triste o enojada por mucho tiempo al menos que él mismo se haga permanecer así.	1	2	3	4	5

46.	No puedo tolerar el probar fortuna.	1	2	3	4	5
47.	La vida es demasiado corta para gastarla en tareas poco placenteras.	1	2	3	4	5
48.	Me gusta sostenerme en mis propios pies.	1	2	3	4	5
49.	Cada problema tiene una solución correcta.	1	2	3	4	5
50.	Si mi vida hubiera sido otra yo sería más como me hubiera gustado ser.	1	2	3	4	5
51.	Es difícil estar en contra de lo que otros piensan.	1	2	3	4	5
52.	Soy feliz en algunas actividades porque me gusta, sin importarme si soy bueno en ellas.	1	2	3	4	5
53.	El miedo al castigo ayuda a la gente a ser buena.	1	2	3	4	5
54.	Si las cosas o situaciones me molestan las ignoro.	1	2	3	4	5
55.	Mientras más problemas se tengan, menos feliz será uno.	1	2	3	4	5
56.	Me preocupo por el futuro.	1	2	3	4	5
57.	Suelo abandonar las cosas, proyectos o situaciones.	1	2	3	4	5
58.	Soy el único que realmente puede resolver mis problemas.	1	2	3	4	5
59.	Pienso que las experiencias pasadas me están afectando ahora.	1	2	3	4	5
60.	Vivimos en un mundo incierto y de probabilidad.	1	2	3	4	5
61.	Aunque me agrada la aprobación de los demás, no es una necesidad para mí.	1	2	3	4	5
62.	Me molesta que otros sean mejor que yo en algo.	1	2	3	4	5
63.	Toda la gente es buena.	1	2	3	4	5
64.	Hago lo que puedo para conseguir lo que quiero, sin sentirme culpable por ello.	1	2	3	4	5
65.	Nada es en si mismo molesto, la molestia depende de cómo se interprete el fenómeno.	1	2	3	4	5
66.	Me preocupo demasiado por cosas futuras.	1	2	3	4	5
67.	Me es difícil hacer tareas desagradables.	1	2	3	4	5
68.	Me desagrada que otros tomen decisiones por mí.	1	2	3	4	5
69.	Somos esclavos de nuestra historia personal.	1	2	3	4	5
70.	Es raro encontrar una solución perfecta para todo.	1	2	3	4	5
71.	Me preocupo por qué tanto me aprueba o me acepta la gente.	1	2	3	4	5
72.	Me molesta muchísimo cometer errores.	1	2	3	4	5
73.	Es injusto que "paguen justos por pecadores".	1	2	3	4	5
74.	Me gusta el camino fácil de la vida.	1	2	3	4	5

75.	La mayoría de la gente debería enfrentarse a los aspectos poco placenteros de la vida.	1	2	3	4	5
76.	Es difícil despojarme de mis temores.	1	2	3	4	5
77.	La vida fácil rara vez es recompensante.	1	2	3	4	5
78.	Es fácil buscar consejo.	1	2	3	4	5
79.	Si algo afectó tu vida en el pasado, siempre lo hará.	1	2	3	4	5
80.	Es mejor encontrar una solución práctica que una perfecta.	1	2	3	4	5
81.	Me interesan mucho los sentimientos que la gente tiene hacia mí.	1	2	3	4	5
82.	Me irrito fácilmente por pequeñeces.	1	2	3	4	5
83.	Suelo dar a quien se equivoca una segunda oportunidad.	1	2	3	4	5
84.	Me disgusta la responsabilidad.	1	2	3	4	5
85.	Nunca hay razón par permanecer acongojado pro mucho tiempo.	1	2	3	4	5
86.	Pienso en cosas como la muerte o las guerras.	1	2	3	4	5
87.	Las personas son más felices cuando se enfrentan a desafíos o problemas que en vencer.	1	2	3	4	5
88.	Me disgusta tener que depender de alguien.	1	2	3	4	5
89.	En el fondo, la gente nunca cambia.	1	2	3	4	5
90.	Siento que yo debería manejar las cosas en forma correcta.	1	2	3	4	5
91.	Es molesto ser criticado, pero no es algo catastrófico.	1	2	3	4	5
92.	Tengo miedo de no poder hacer bien las cosas.	1	2	3	4	5
93.	Nadie es malo, aunque sus actos parezcan serlo.	1	2	3	4	5
94.	Me trastornan los errores de los demás.	1	2	3	4	5
95.	El hombre hace su propio infierno dentro de si mismo.	1	2	3	4	5
96.	Me he descubierto planeando lo que haré ante ciertas situaciones de peligro.	1	2	3	4	5
97.	Si algo es necesario, lo hago, por muy poco placentero que resulte.	1	2	3	4	5
98.	He aprendido a no esperar que otro esté interesado en mi bienestar.	1	2	3	4	5
99.	Yo no miro al pasado con remordimientos.	1	2	3	4	5
100.	No hay nada parecido a un conjunto ideal de circunstancias.	1	2	3	4	5

ANEXO 4

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO FACULTAD DE PSICOLOGÍA Autorregistro para el modelo A-B-C.

Utilice y rellene esta hoja por lo menos una vez al día.

. Acontecimiento desencadenante:

. Ideas racionales

Ideas irracionales

. Consecuencias de las ideas irracionales.

Discusión y cambio de ideas irracionales.

Elija la idea irracional.

¿Existe algún soporte racional a esta idea?

¿Qué evidencias existen de la falsedad de esta idea?

¿Qué evidencias existen de la certeza de esta idea?

¿Qué es lo peor que puede ocurrirme?

¿Qué cosas buenas podrían ocurrirme?

Pensamientos alternativos

Emociones alternativas

ANEXO 5

REGISTRO DE COMPONENTES

Componentes verbales

Persona 1

Persona 2

Contacto visual

Mira de arriba hacia abajo
Salta la mirada rápidamente
Mira directo pero rápidamente
Mira hacia otro lado

Expresión de la voz

Habla rápido
Habla calmado
Tono estridente o demasiado fuerte
Tono demasiado suave
Murmura (habla entre dientes)
Habla lento (poca fluidez)
Emite sonidos innecesarios

Gestos

Esta demasiado rígido
Mueve la cabeza como no
creyendo al otro
Señala con el dedo
Se frota las manos
Mueve constantemente
manos y pies
Se frota o rasca la cabeza
Presenta tics
Presenta tensión en la cara
Se ríe constantemente

Distancia y contacto físico

Se sienta lejos
Se sienta cerca
Se para lejos
Se para cerca
Se tocan

Postura corporal

Posición erguida
Posición encorvada
Dirige el cuerpo hacia la
otra persona
Dirige el cuerpo hacia el
otro lado del interlocutor

ANEXO 6

Ejercicio:

A continuación se te presenta una serie de afirmaciones en las que están involucrados diferentes derechos. Marca con una en el cuadro correspondiente según consideres. Flores (2002).

- | | SI | NO |
|--|-----|-----|
| 1. Si pido algo a un amigo él tiene el deber de dármelo..... | () | () |
| 2. Si no realizo lo que mis compañeros hacen, debo darles razón de mi proceder | () | () |
| 3. Puedo decirle al jefe que no quiero trabajar horas extras..... | () | () |
| 4. Si no quiero atender al amigo de mi hermana, puedo decirle que no..... | () | () |
| 5. Si mi padre me pide que le preste mi coche, tengo que decirle que sí,
aunque yo lo vaya a utilizar..... | () | () |
| 6. En una reunión de trabajo puedo cambiar de opinión..... | () | () |
| 7. Si estoy en problemas tengo que escuchar la opinión de los demás..... | () | () |
| 8. En una reunión donde están tratando temas que no comprendo, si alguien me
pregunta acerca de algún aspecto, puedo decir que no sé..... | () | () |
| 9. Un profesor experto en determinada área, al exponer su tema, yo no debo
decirle: "para mí eso no es"..... | () | () |
| 10. En un supermercado me dan para que pruebe un producto que no deseo,
yo puedo decir que no..... | () | () |

SESIÓN 1

ANEXO 7

TALLER DE ENTRENAMIENTO EN ASERTIVIDAD					
TEMA	OBJETIVO	DESARROLLO	MATERIAL	DURACIÓN (min.)	TIEMPO ACUMULADO
1. APERTURA DEL TALLER	Establecer el inicio de la relación con el grupo.	El terapeuta saluda cordialmente, se presenta y agradece a los participantes su asistencia, pasa lista de asistencia.	Lista de asistencia.	5	5 minutos
1.1 Presentación del terapeuta y bienvenida	Dar la bienvenida a los participantes	Entregará el manual del participante a cada uno de los asistentes	Manual para el instructor y para el participante	5	10 minutos
1.2 Presentación cruzada en primera persona	Romper el hielo en el grupo y promover el conocimiento interpersonal	Cada integrante elabora su propio gafete, formaran parejas, intercambian el gafete y platicarán durante 5 minutos cada uno sobre temas personales, después se presentarán individualmente a través de lo informado por su compañero en primera persona. Finalmente el instructor propiciará una reflexión sobre su experiencia al representar y ser representados y a que conclusiones llegan	Tarjetas y plumones	25	35 minutos
1.3 Presentación del contenido temático del taller.	Informar a los participantes sobre el contenido del programa	El terapeuta informará a los participantes acerca del objetivo y metodología del taller.	Manual para el instructor y para el participante.	10	45 minutos
1.4 Ejercicio de relajación.	Aprender a diferenciar entre tensión y relajación para disminuir la ansiedad, ante determinadas situaciones.	El terapeuta utilizará el método de relajación progresiva de Jacobson para enseñar a los participantes a relajarse, con imaginación. (ver manual del instructor sesión 1)	Grabadora, disco con música para relajación, manual del instructor	30	1 hora, 15 minutos

1.5 Evaluación prediagnóstica y retroalimentación	Obtener una evaluación prediagnóstica sobre la asertividad	El terapeuta otorgará a cada participante el inventario de evaluación del comportamiento asertivo (Aguilar 2000)	Formato del instrumento de asertividad.	15	1 hora, 30 minutos
1.6 Conociendo la asertividad	Motivar al participante en el conocimiento de dicho concepto	El terapeuta pedirá a los participantes que cada uno pregunte a tres compañeros ¿qué significa para él asertividad? Posteriormente formule una conclusión y exponerla ante el grupo. Comentar entre el terapeuta y participantes las diversas conclusiones sobre asertividad y enriquecerlas	Hojas blancas, lápiz o pluma.	20	1 hora, 50 minutos
1.7 Cierre de la sesión	Informar a los participantes que la sesión ha finalizado	Como tarea el terapeuta proporcionará el inventario de ideas irracionales (IBT) y proporcionar formato para el registro de la relajación. para la siguiente sesión. Se hará un breve resumen de la sesión y se despedirá, agradeciendo a los participantes su asistencia	Formato del inventario de ideas irracionales (IBT) y formato para registro de la relajación	10	2 horas

SESIÓN 2

TEMA	OBJETIVO	DESARROLLO	MATERIAL	DURACIÓN (min.)	TIEMPO ACUMULADO
2. LAS IDEAS QUE ORIGINAN LAS EMOCIONES	Analizar las propias ideas irracionales				
2.1 Inicio de la sesión y revisión de tareas.	Integrar al grupo en la sesión y revisar tareas	El terapeuta saluda cordialmente y agradece a los participantes su asistencia. Pide que entreguen los inventarios contestados. Los solicita corroborando el nombre en la lista de asistencia y aprovecha para marcar su asistencia.	Exposición verbal, lista de asistencia e inventarios contestados.	5	2 horas, 5 minutos
2.2. Ejercicio de relajación	Disminuir el grado de ansiedad ante determinadas situaciones sociales.	El terapeuta utilizará el método de relajación progresiva de Jacobson para enseñar a los participantes a relajarse, con imaginación. (ver manual del instructor sesión 2)	Grabadora, disco con música relajante y manual del instructor.	30	2 horas, 35 minutos.
2.3 Pensamientos irracionales	Diagnosticar a través de pruebas estandarizadas sus pensamientos irracionales.	El terapeuta revisó los inventarios en forma individual y da a conocer al participante el resultado de sus afirmaciones. Realiza comentarios al respecto.	Inventarios de asertividad y de ideas irracionales contestados	15	2 horas 50 minutos
2.4. Pensamientos que impiden actuar en forma asertiva	Que el participante aprenda como influyen los pensamientos en los sentimientos.	El terapeuta explicara la relación que existe entre pensamiento, emoción y conducta; mediante un ejercicio para introducir a los pacientes en los principios racional emotivos. (ver manual del instructor sesión 2)	Lista de pautas para reconocer el pensamiento irracional. Manual del instructor y del participante.	20	3horas, 10 minutos

2.5 Terapia racional emotiva	Introducir al participante en los principios de la terapia racional emotiva	El terapeuta mostrará al participante el modelo ABC de la terapia racional emotiva y su funcionamiento.	Manual del instructor y del participante.	30	3 horas, 40 minutos
2.6 Cierre de la sesión	Brindar habilidades en autorregistros de acuerdo al modelo ABC, Informar a los participantes que la sesión ha finalizado	Asignar a los participantes como tarea identificar situaciones que les produce ideas irracionales (ABC), explicando el llenado de la forma. Hacer un resumen de la sesión y despedirse, agradeciendo a los participantes su asistencia.	Formato para describir: situación desencadenante, emoción y la consecuencia experimentada Ver anexo 3	20	4 horas

SESIÓN 3

TEMA	OBJETIVO	DESARROLLO	MATERIAL	DURACIÓN (min.)	TIEMPO ACUMULADO
3. LA RAZON Y EL VALOR PERSONAL	Dar a conocer al participante evidencias que apoyan al pensamiento.				
3.1 Inicio de la sesión y revisión de tareas.	Integrar al grupo en la sesión y revisar tareas.	El terapeuta saluda cordialmente y agradece a los participantes su asistencia. Pasa lista de asistencia. Hace un breve resumen de la sesión anterior. Revisa la tarea.	Formato ABC, resueltos, lista de asistencia.	10	4 horas, 10 minutos
3.2 Ejercicio de relajación	Disminuir la ansiedad ante determinadas situaciones sociales.	El terapeuta utilizará el método de relajación progresiva de Jacobson para enseñar a los participantes a relajarse, con imaginación. (ver manual del instructor sesión 3)	Grabadora y disco con música relajante. Manual del instructor.	30	4 horas, 40 minutos.
3.3 Una correcta formulación del problema.	Explorar situaciones concretas y los pensamientos irracionales más comunes	El terapeuta da a conocer algunos de los pensamientos irracionales más comunes de los seres humanos se exploran y observan situaciones concretas que causan temor o impiden actuar en forma asertiva.	Lista de los pensamientos irracionales (Ellis y Harper, 1975)	40	5 horas, 20 minutos
3.4 Intervención cognitiva.	Identificar las autoverbalizaciones negativas	Los participantes formar equipos de 3 integrantes y analizaran sus tareas identificando los pensamientos irracionales.	Formatos para identificación de pensamientos irracionales.	30	5 horas, 50 minutos
3.5.Cierre de la sesión.	Informar a los participantes que la sesión ha finalizado	Como tarea el participante anotará sus pensamientos irracionales cada día de la semana en el formato correspondiente, previa explicación del terapeuta para su llenado. Se hará un breve resumen de la sesión y se despedirá, agradeciendo a los participantes su asistencia	Formatos para identificación de pensamientos irracionales.	10	6 horas

SESIÓN 4

TEMA	OBJETIVO	DESARROLLO	MATERIAL	DURACIÓN (min.)	TIEMPO ACUMULADO
4. ASERTIVIDAD Y CAMBIO DE PENSAMIENTO	Dar a conocer al participante la importancia de la reestructuración del pensamiento en las relaciones de asertividad.				
4.1 Inicio de la sesión.	Integrar al grupo en la sesión y revisar tarea.	El terapeuta saluda cordialmente y agradece a los participantes su asistencia. Pasa lista de asistencia. Hace un breve resumen de la sesión anterior. Revisa la tarea de registros de pensamientos.	Formatos con el registro de pensamientos que anotaron en la semana. Lista de asistencia.	10	6 horas, 10 minutos
4.2 Ejercicio de relajación.	Disminuir niveles de ansiedad ante diversas situaciones sociales.	El terapeuta utilizará el método de relajación progresiva de Jacobson para enseñar a los participantes a relajarse, con imaginación. (ver manual del instructor sesión 4)	Grabadora, disco con música relajante, manual del instructor.	30	6 horas, 40 minutos.
4.3 Ante un nuevo efecto	.Capacitar al participante a pensar sobre el mismo y sobre los demás en una forma más sensata.	Explicará el terapeuta la importancia del razonamiento utilizando ejemplos aportados por los participantes y finalmente valorar los cambios reales y duraderos	Formatos con el registro de pensamientos que anotaron en la semana.	40	7 horas, 20 minutos.
4.4 El debate	Destruir o al menos minimizar las creencias irracionales	Los participantes formarán grupos de 3 integrantes para debatir sobre sus ideas irracionales.	Manual del instructor y del participante	30	7 horas, 50 minutos
4.5 Cierre de la sesión	Informar a los participantes que la sesión ha finalizado	Se hará un breve resumen de la sesión y el terapeuta se despide, agradeciendo a los participantes su asistencia.	Manual del instructor y del participante	10	8 horas

SESIÓN 5

TEMA	OBJETIVO	DESARROLLO	MATERIAL	DURACIÓN (min.)	TIEMPO ACUMULADO
5. ¿QUÉ ES LA ASERTIVIDAD?	Identificar lo que significa la conducta asertiva				
5.1 Inicio de la sesión	Integrar al grupo en la sesión.	El terapeuta saluda cordialmente y agradece a los participantes su asistencia. Pasa lista de asistencia. Hace un breve resumen de la sesión anterior.	Lista de asistencia. Manual del instructor y del participante	10	8 horas, 10 minutos
5.2 Ejercicio de relajación.	Disminuir niveles de ansiedad, ante determinadas situaciones sociales.	El terapeuta utilizará el método de relajación progresiva de Jacobson para enseñar a los participantes a relajarse. (ver manual del instructor sesión 5)	Grabadora, disco con música relajante y manual del instructor.	30	8 horas, 40 minutos.
5.3 Definición	Conocer el concepto de asertividad	Los participantes formaran pequeños grupos de tres personas para que en consenso construyan una definición de asertividad y posteriormente, construir un solo concepto.	Hojas para escribir, papel o lápiz	10	8 horas, 50 minutos
5.4 El lenguaje corporal	Conocer los componentes que estructuran una conducta asertiva	El terapeuta dará a conocer mediante exposición verbal los componentes que contribuyen a lograr un comportamiento asertivo.	Manual de instructor y del participante	20	9 horas, 10 minutos
5.5 Componentes verbales, no verbales y paralingüísticos	Identificar los componentes, con los que cuenta el participante	Dibujar siete líneas horizontales en una hoja, titular a cada una con uno de los componentes el extremo izquierdo anotar "ejercitar más", en la parte media "bien" y en la parte superior escribir "excelente". Califíquese los componentes con una línea de acuerdo a como se sienta satisfecho en cada uno de los componentes. Ver anexo 5	Lista de componentes de asertividad, hojas para escribir, lápiz o pluma.	20	9 horas, 30 minutos
5.6 Integración de los componentes	Valorar la importancia de los componentes en la comunicación	Los participantes formaran parejas y realizaran el ejercicio del dibujo simultáneo del gato, árbol y casa (ver manual del instructor sesión 5)	Hojas para escribir, papel o lápiz	20	9 horas, 50 minutos
5.7 Cierre de la sesión	Informar a los participantes que la sesión ha terminado.	Hacer un breve resumen de la sesión. Como tarea se pedirá a los participantes que presenten ejemplos de situaciones concretas y la conducta asumida para enfrentarla	Manual del instructor y del participante	10	10 horas

SESIÓN 6

TEMA	OBJETIVO	DESARROLLO	MATERIAL	DURACIÓN (min.)	TIEMPO ACUMULADO
PASIVIDAD, AGRESIVIDAD Y ASERTIVIDAD	Aprender a distinguir los diferentes tipos de conducta.				
6.1 Inicio de la sesión	Integrar al grupo en la sesión	El terapeuta saluda cordialmente y agradece a los participantes su asistencia, pasa lista de asistencia. Hace un breve resumen de la sesión anterior, revisa y comenta las tareas.	Lista de asistencia., tareas	10	10 horas 10 minutos
6.2 Ejercicio de relajación	Disminuir niveles de ansiedad ante determinadas situaciones.	El terapeuta utilizará el método de relajación progresiva de Jacobson para enseñar a los participantes a relajarse, con imaginación. (ver manual del instructor sesión 6)	Grabadora, disco con música relajante y manual del instructor.	30	10 horas, 40 minutos
6.3 Modificación y asertividad.	Conocer los beneficios de la asertividad y las limitaciones de no ser asertivo.	El terapeuta mostrará a los participantes cuadros con los tipos de conducta así como sus ventajas y desventajas de cada una.	Cuadros representativos impresos	30	11 horas, 10 minutos
6.4 Diferenciando entre conducta pasiva, asertiva y agresiva.	Aprender a diferenciar los tipos de conducta y sus consecuencias en el estado emocional.	El terapeuta mencionara mínimo 2 ejemplos de cada una, se reparten tres tarjetas de diferente color a cada uno de los participantes, cada color representa una conducta, las identificarán mostrando la tarjeta todos a la vez de acuerdo al ejemplo que mencione el terapeuta. Se discute por qué la conducta es asertiva, no asertiva o agresiva igualmente se discute si se equivoca la mayor parte del grupo al clasificarla, de igual manera con los participantes que difieran del resto del grupo exponen las razones de sus creencias.	Tarjetas de 3 colores diferentes	40	11 horas, 50 minutos
6.5 Cierre de la sesión	Informara a los participantes que la sesión ha finalizado.	Hacer un breve resumen de la sesión. Como tarea se pedirá a los participantes extender estas conductas en escenarios reales y describir sus experiencias por escrito. Despedirse y agradecer a los participantes su asistencia.	Manual del instructor y del participante	10	12 horas

SESIÓN 7

TEMA	OBJETIVO	DESARROLLO	MATERIAL	DURACIÓN (min.)	TIEMPO ACUMULADO
7. EL CAMBIO DE NUESTRA CONDUCTA	Promover la actuación del participante en los diversos ámbitos de la interacción humana de manera eficaz				
7.1 Inicio de la sesión	Integrar al grupo en la sesión.	El terapeuta saluda cordialmente y agradece a los participantes su asistencia. Pasa lista. Hace un breve resumen de la sesión anterior. Revisa y se comenta la tarea	Manual del instructor y del participante	10	12 horas, 10 minutos
7.2 Ejercicio de relajación.	Disminuir la tensión ante determinadas situaciones sociales.	El terapeuta utilizará el método de relajación progresiva de Jacobson para enseñar a los participantes a relajarse, con imaginación. (ver manual del instructor sesión 7)	Grabadora, disco con música relajante y manual del instructor.	30	12 horas, 40 minutos.
7.3 Derechos de la asertividad	Dar a conocer e identificar en los participantes el ejercicio de sus derechos asertivos.	Se mostrará la lista impresa con los derechos asertivos, serán leídos por los participantes. Se procederá a la realización del siguiente ejercicio: anotaran los derechos que no han ejercido. Se cuestionaran lo que deben hacer para ejercerlos, mencionaran cuales serán las ventajas al ejercerlos. Se harán comentarios al respecto. Se aplicará un cuestionario asertivo.	Lista impresa con los derechos asertivos, hojas blancas, lápices o plumas. Cuestionario de derechos asertivos. Cuestionario de derechos asertivos. Ver anexo 6	30	13 horas, 10 minutos
7.4 Simulación de situaciones para iniciar conversaciones	Preparar al individuo para una comunicación competente	Los participantes recibirán instrucciones sobre la conducta a realizar, observaran y practicarán técnicas de modelado, práctica de la conducta y recibirán retroalimentación pertinente.	Manual del instructor y del participante	30	13 horas, 50 minutos
7.5 Cierre de la sesión	Informar a los participantes que la sesión ha terminado	Hacer un breve resumen de la sesión. Como tarea se recomienda extender estas conductas en escenarios reales y describir sus experiencias por escrito. Despedirse y agradecer a los participantes su asistencia.	Manual del instructor y del participante	10	14 horas

SESIÓN 8

TEMA	OBJETIVO	DESARROLLO	MATERIAL	DURACIÓN (min.)	TIEMPO ACUMULADO
8. IDENTIFICAR CUANDO QUEREMOS CAMBIAR	Incrementar el propio valor de reforzamiento ante los demás.				
8.1 Inicio de la sesión.	Integrar al grupo en la sesión	El terapeuta saluda cordialmente y agradece a los participantes su asistencia. Pasa lista. Hace un breve resumen de la sesión anterior. Revisa tareas y hace comentarios al respecto de sus experiencias.	Formatos con la tarea de los participantes	10	14 horas, 10 minutos
8.2 Ejercicio de relajación	Disminuir niveles de ansiedad ante determinadas situaciones.	El terapeuta utilizará el método de relajación progresiva de Jacobson para enseñar a los participantes a relajarse, con imaginación. (ver manual del instructor sesión 8)	Grabadora, disco con música relajante y manual del instructor.	30	14 horas, 40 minutos
8.3 Mantenimiento y finalización de la conversación	Conversar con otros de un modo efectivo y finalizar la conversación en el momento deseado.	Parte teórica: El terapeuta hará una exposición de los pasos a seguir para efectuar esta conducta. Parte práctica: los participantes observarán y practicarán técnicas de modelado, realización de la conducta y recibir retroalimentación, participan todos los integrantes del grupo.	Manual del instructor y manual del participante.	40	15 hora 20 minutos
8.4 Situaciones imaginadas	Preparar al individuo para una participación competente	El terapeuta pide a los participantes mencionar al menos dos conductas que deseen modificar, anotarlas en una tarjeta, estas serán intercambiadas con el resto de los integrantes y mencionaran la forma de afrontar la situación. y caracterizarlas para iniciar un programa de cambio	Tarjetas, plumas o lápices.	30	15 horas, 50 minutos
8.5 Cierre de la sesión	Informar a los participantes que la sesión ha terminado	Hacer un breve resumen de la sesión. Como tarea se pedirá a los participantes extender su conducta en escenarios reales y describir sus experiencias por escrito. Despedirse y agradecer su asistencia a los participantes.	Manual del instructor y manual del participante.	10	16 horas

SESIÓN 9

TEMA	OBJETIVO	DESARROLLO	MATERIAL	DURACIÓN (min.)	TIEMPO ACUMULADO
9. INTEGRACIÓN DE LA ASERTIVIDAD Y REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA	Conocer la estructura básica para una mejor participación de cada individuo, en toda relación humana.				
9.1 Inicio de la sesión	Integrar al grupo a la sesión.	El terapeuta saluda cordialmente y agradece a los participantes su asistencia. Pasa lista de asistencia. Revisa tareas y se hacen los comentarios correspondientes, respecto a su experiencia.	Manual del instructor y del participante	10	16 horas, 10 minutos
9.2 Ejercicio de relajación	Disminuir niveles de ansiedad ante determinadas situaciones.	El terapeuta utilizará el método de relajación progresiva de Jacobson para enseñar a los participantes a relajarse, con imaginación. (ver manual del instructor sesión 9)	Grabadora, disco con música relajante y manual del instructor.	30	16 horas, 40 minutos
9.3. Integración de la asertividad y reestructuración cognitiva en la vida cotidiana.	Desarrollar en el individuo un manejo asertivo en la crítica y la manipulación.	El terapeuta distribuirá tarjetas con la descripción de las diversas técnicas asertivas y el participante desarrollará un ejemplo, y explicará en que consiste la técnica aplicada. como: formas de decir no, disco rayado, banco de niebla, libre información, aplazamiento asertivo, técnica para procesar el cambio, técnica de ignorar, técnica de la pregunta asertiva. En todo momento el terapeuta apoyará en la exposición de la técnica.	Tarjetas con la técnica descrita.	70	17 horas, 50 minutos
9.4 Cierre de la sesión	Informar a los participantes que la sesión ha finalizado.	Como tarea se proporcionara a los participantes el inventario de ideas irracionales IBT para contestarlo y presentarlo en la siguiente sesión. Se hará un breve resumen de la sesión y se despedirá el terapeuta, agradeciendo a los participantes su asistencia.	Inventario de ideas irracionales IBT	10	18 horas

SESIÓN 10

TEMA	OBJETIVO	DESARROLLO	MATERIAL	DURACIÓN (min.)	TIEMPO ACUMULADO
10. CIERRE DEL TALLER	Evaluar los resultados de los inventarios prediagnosticos con los postdiagnosticos, respecto al taller.				
10.1 Inicio de la sesión.	Integrar al grupo a la sesión	El terapeuta saluda cordialmente al grupo y agradece a los participantes su asistencia. Hace un breve resumen de la sesión anterior. Recoge los inventarios contestados que se dejaron de tarea.	Inventarios de asertividad contestados.	10	18 horas, 10 minutos
10.2 Integración del material de apoyo	Que el participante cuente con el material de apoyo	El terapeuta solicita a los participantes revisar su manual para asegurarse de que esta completo y en buenas condiciones, para ser consultado posteriormente. Recomendar bibliografía.	Manual del participante completo. Lista bibliográfica de consulta.	30	18 horas, 40 minutos
10.3 Evaluación postdiagnostica.	Evaluar a los participantes	El terapeuta aplicará a los participantes el inventario de asertividad (Aguilar 2000)	Inventarios de asertividad.	20	18 horas, 50 minutos
10.4 Cierre del taller	Obtener retroalimentación de los participantes, respecto al curso del taller y hacia el terapeuta.	El terapeuta, solicita a los participantes sus comentarios y experiencias respecto al taller, estos son escuchados y discutidos. Se proporciona formato de evaluación del taller para ser llenado. El terapeuta se despedirá agradeciendo a los participantes su asistencia. Recordarles que pueden solicitar la atención en el centro de Servicios Psicológicos, cuando sea necesario.	Formato de evaluación del taller	40	19 horas, 30 minutos.

ANEXO 8

Cuadro 1

TOTAL DE ACTIVIDADES REALIZADAS

NÚMERO DE AVANCE	1	2	3	4	5	6	TOTAL
PRECONSULTAS	10	15	20	24	19	32	120
EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA	8	2	2	2	2	5	21
ACTUALIZACIÓN DE EXPEDIENTES	7	10	9	11	5	20	62
CONCERTACIÓN DE CITAS	18	9	9	9	10	32	67
ORIENTACIÓN DEL SERVICIO	12	6	6	10	10	13	53
NOTAS PSICOLÓGICAS	19	10	20	18	13	15	95
SESIONES DE TERAPIA INDIVIDUAL(COTERAPEUTA)	22	10	20	15	13	28	108
IMPARTICIÓN DE TALLERES (SESIONES)	5	5	1	-	-	10	21
CURSOS DE ACTUALIZACIÓN(SESIONES)	8	5	5	1	1	-	20
ELABORACIÓN DE BAJAS	3	1	1	1	1	18	25
SUPERVISIÓN DEL RESIDENTE (SESIONES)	3	3	5	5	5	-	21
ASESORÍA DE LA SUPERVISORA	5	3	3	3	3	2	19
ELABORACIÓN DE ALTAS		2	1	-	2	18	23
ASISTENCIA AL CURSO DE LA TRE		3	5	5	5	10	28
ENTREVISTAS CON LA DIRECTORA DEL IPSS		3	5	2	1	2	13