

719966



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA DIVISIÓN DEL SISTEMA DE UNIVERSIDAD ABIERTA

LA TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL APLICADA A LAS
ACTIVIDADES DE PRECONSULTA, INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA
E IMPARTICIÓN DE TALLERES EN EL CENTRO DE SERVICIOS
PSICOLÓGICOS "DR. GUILLERMO DÁVILA" COMO PARTE DEL
PROGRAMA DE SERVICIO SOCIAL EN CLÍNICA

INFORME PROFESIONAL DE SERVICIO SOCIAL (IPSS)

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A

ROSA MARÍA RAMÍREZ

DIRECTORA DEL IPSS:
LIC. NOEMÍ DÍAZ MARROQUÍN

REVISORA DEL IPSS:
LIC. KARINA TORRES MALDONADO

SUPERVISORA:
PSIC. REBECA SÁNCHEZ MONROY

INSTITUCIÓN RECEPTORA:
CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS "DR. GUILLERMO DÁVILA"

SUBPROGRAMA DE SERVICIO SOCIAL EN CLÍNICA
CLAVE: 2006 12/23 3250



MÉXICO, D. F.

MARZO 2008



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.



UNAM.071

2008

ej. 2

M.

TPs.

*A Santi y a Pili cuyo amor matiza mi vida dándome
nuevas experiencias y nuevas emociones,
acompañándome en el logro de
esta increíble y satisfactoria aventura.*

Gracias a las profesoras que me orientaron en esta fase final: a la Lic. Noemí Díaz M. por el valioso y efectivo tiempo que me dedicó en la ejecución del presente trabajo, a la Lic. Karina Torres M. por su significativa y apreciable enseñanza durante mi formación académica, a la Lic. Patricia de Buen R. por compartirnos su actitud positiva y llena de afecto, a la Lic. Concepción Conde A. por mostrarnos que la simpatía es un vínculo estrecho de la cognición y a la Dra. Mariana Gutiérrez L. por su amabilidad y confianza motivándome a continuar mi proyecto. Son consideradas como competentes y eficientes académicas, yo agregaría que son *excelentes seres humanos*.

Mi cariño y gratitud a la Facultad de Psicología de la UNAM por brindarme la oportunidad de realizar este plan de vida, enriquecido bajo la guía de catedráticos comprometidos que me condujeron a conseguir mis objetivos.

ÍNDICE

RESUMEN

I	JUSTIFICACIÓN Y CONTEXTO.....	1
1.	Antecedentes históricos del Servicio Social.....	1
1.1	Objetivos del Servicio Social.....	2
2.	Institución Receptora.....	3
2.1	Objetivos de la Institución Receptora.....	4
2.2	Funciones de la Institución Receptora.....	4
2.3	Programas de la Institución Receptora.....	4
3.	Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila” Programa de Servicio Social en Clínica.....	5
3.1	Objetivos del Programa de Servicio Social en Clínica.....	6
3.2	Actividades del Programa de Servicio Social en Clínica.....	7
II	MARCO TEÓRICO DE REFERENCIA.....	9
1.	Importancia del Trabajo Clínico.....	9
2.	Terapia Cognitivo Conductual (TCC).....	15
2.1	Antecedentes históricos de la Terapia Cognitivo Conductual.....	17
2.2	La integración de los aspectos conductual y cognitivo.....	20
2.3	Fundamentos teóricos de la Terapia Cognitivo Conductual.....	20
2.4	El modelo cognitivo conductual.....	24
2.5	Técnicas terapéuticas cognitivo-conductuales.....	28
2.6	Terapias de reestructuración cognitiva.....	29
2.7	Instrumentos más importantes de la TCC.....	35
3.	Importancia de la Autoestima.....	37
3.1	Ciencias que estudian la autoestima.....	38
3.2	Componentes de la autoestima.....	39
3.3	Desarrollo de la autoestima.....	41
3.4	Tipos de autoestima.....	45
3.5	Vínculo autoestima-conducta y su relación clínica.....	46
3.6	Fortalecimiento de la autoestima.....	49

4. Importancia de la Solución de Problemas.....	49
4.1 Antecedentes históricos en Solución de Problemas.....	50
4.2 Terapia de Resolución de Problemas de D'Zurilla y Goldfried.....	51
III ESTRATEGIAS METODOLÓGICAS Y/O DE INTERVENCIÓN.....	54
1. Plan de Actividades Académico-profesionales de Servicio Social.....	54
2. Escenario.....	54
3. Trabajo realizado en el Programa de Servicio Social en Clínica.....	55
A. La Preconsulta.....	56
1. Importancia de la Preconsulta.....	57
1.1 Características de la preconsulta en la Institución.....	57
1.2 Actividades de preconsulta.....	58
B. La Terapia Supervisada.....	59
1. La asignación de pacientes.....	59
1.1 Actividades implícitas en la terapia supervisada.....	60
1.2 Realización de la terapia supervisada.....	60
C. La Promoción de la Salud.....	62
1. Elección del tema de interés para diseñar un taller.....	62
2. Diseño y elaboración de un Taller de Autoestima.....	64
3. Taller de Autoestima (diez sesiones).....	65
4. Diseño y elaboración de un Taller de Solución de Problemas.....	93
5. Taller de Solución de Problemas (cinco sesiones).....	94
IV RESULTADOS OBTENIDOS.....	107
A. La Preconsulta.....	107
B. La Terapia Supervisada.....	111
C. La Promoción de la Salud.....	119
• Taller de Autoestima.....	119
• Taller de Solución de Problemas.....	123
V CONSIDERACIONES FINALES.....	127
VI REFERENCIAS BIBIOGRÁFICAS.....	130
VII ANEXOS.....	133

RESUMEN

El trabajo realizado durante el servicio social en el Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila" (CSP), proporcionó los elementos necesarios para la elaboración del presente Informe Profesional de Servicio Social (IPSS).

Contiene las principales actividades realizadas con mayor frecuencia, como son la Preconsulta, la Terapia Supervisada y la Promoción de la Salud; efectuarlas implica la investigación, el aprendizaje y la práctica de la Terapia Cognitivo Conductual (TCC). Técnica utilizada en el Programa de Servicio Social en Clínica para los prestadores de servicio social con opción a titulación por IPSS.

La aplicación de la TCC permitió comprobar su efectividad a través de la disminución o eliminación de síntomas en el paciente, durante su atención en el CSP. Se organizó e impartió un Taller de Autoestima apoyado en los principios de la TCC y adaptado del libro "Autoestima en 10 días" del Dr. David D. Burns (2000) con duración de diez sesiones; de igual modo se estructuró un Taller de Solución de Problemas adaptado de la Terapia de Resolución de Problemas (TRP) de D'Zurilla y Goldfried programado en ocho sesiones. Ambos talleres contribuyeron con la institución receptora apoyando su compromiso de servicio a la comunidad.

Los resultados obtenidos de la práctica profesional del servicio social con opción a titulación, fueron favorecedores para la institución receptora, los pacientes atendidos y el prestador de servicio social.

El CSP cumplió con su misión porque brindó a la comunidad un servicio psicológico responsable, respetuoso y amable; los pacientes atendidos fueron apoyados para el fortalecimiento de su autoestima, y para crear conciencia en la solución de problemas mediante la modificación de esquemas cognitivos y el establecimiento de metas reales y lógicas. El prestador de servicio social del IPSS desarrolló las habilidades requeridas para la práctica profesional de la Psicología Clínica, conciente de que el trabajo de investigación y de capacitación continuará mientras se mantenga la satisfacción de hacer, tener y ser.

JUSTIFICACIÓN Y CONTEXTO

1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS DEL SERVICIO SOCIAL

El servicio social existe en nuestro país desde el México prehispánico donde las comunidades eran constituidas por el trabajo en común; en la época de la colonia llegaron misioneros evangelizadores, que además de fundar templos construyeron escuelas y hospitales para dar servicio a los nativos, beneficiando su condición humana y modificando sus creencias.

“Más allá de la ley, más allá del honor, más allá de la patria está la verdad que debe prevalecer por encima de todo”... palabras categóricas del ilustre maestro Justo Sierra Méndez, quien fuera promotor de la Reforma Integral de la Educación Mexicana e impulsor de la creación de la Universidad Nacional de México, favoreciendo el desarrollo de la extensión de la enseñanza y la investigación científica contribuyendo al desarrollo nacional. La Universidad Nacional de México se crea como tal el 22 de Septiembre de 1910. El pensamiento social y de servicio de Justo Sierra: “La educación superior no debe permanecer al margen de las necesidades sociales, debe contribuir al desarrollo nacional, manifestando el compromiso social que debe adquirir el egresado universitario”, es retomado por José Vasconcelos (1920), quien señala que “La técnica y el arte tienen como mira final servir al hombre del pueblo. La Universidad dejará de producir profesionistas decimonónicos: individualistas, egocentristas y simuladores. En cambio, se forjará al profesional capaz y solidario”, desarrollando un proceso de integración de programas de servicio social en las universidades. En 1929, Antonio Caso incorpora el servicio social a la educación superior; es en 1936 que el Dr. Gustavo Baz Prada formaliza el servicio social al término de los estudios en medicina dirigido principalmente al medio rural por ser comunidades carentes de servicios médicos (entre otros) como requisito necesario para obtener el título de Médico Cirujano. Al ser Rector de la Universidad Nacional, el Dr. Gustavo Baz instituye el servicio social como requisito de titulación para todas las carreras que se impartían en la UNAM; lo mismo ocurre en otras instituciones de educación superior que adoptan este requisito y establecen programas de servicio social en beneficio de la comunidad.

Básicamente las carreras del área de la salud realizan un servicio social enfocado a la comunidad; estudiantes de otras áreas se han vinculado a diversos sectores del gobierno, desatendiendo el trabajo comunitario hacia grupos desprotegidos del país.

Por tal razón el gobierno ha establecido nuevos programas de trabajo comunitario para esta población, y ha elaborado un Reglamento de Servicio Social, que sirve de base para todos los reglamentos actuales en la materia (Recuperado en julio y en noviembre de 2006 de www.unam.mx/acercaunam_nvo/unam_tiempo).

El servicio social está plasmado en los artículos 4º y 5º de la Constitución Política Mexicana (desde 1945), refiriéndose a la libertad para ejercer una profesión y la obtención de un título profesional; y sobre la obligatoriedad del servicio profesional social.

1.1 *Objetivos del Servicio Social*

De acuerdo al Reglamento General del Servicio Social de la Universidad Nacional Autónoma de México, publicado en la Gaceta UNAM 8ª Época Volumen 1º, No. 46, en Ciudad Universitaria el 7 de octubre de 1985, el servicio social es un requisito obligatorio para obtener un título profesional, es una actividad temporal no remunerada que se realiza a través de programas de atención dirigidos a la comunidad; es la ocasión a través de un grupo específico para sensibilizarse acerca de la problemática social.

Conforme al artículo 4º del reglamento antes mencionado, realizar el servicio social tiene como objeto:

- Extender los beneficios de la ciencia, la técnica y la cultura a la sociedad.
- Consolidar la formación académica y capacitación profesional del prestador del servicio social.
- Fomentar en el prestador una conciencia de solidaridad con la comunidad a la que pertenece.

El servicio social tiene como propósito fundamental completar la formación del estudiante en el aspecto humano vinculando los conocimientos adquiridos a la práctica profesional, al enfrentarse a un sector social con carencias de todo tipo incrementando sus valores, capacidades, virtudes y actitudes como ser humano

integral. Es la oportunidad para tomar conciencia de la realidad social, efectuar actividades que conduzcan a un cambio social en beneficio de todos, aprender habilidades que favorezcan el ejercicio profesional y solucionar problemas relativos al mismo. Se realiza en organizaciones, instituciones y empresas con programas sociales de gran contenido humano que desarrollen en el estudiante las competencias necesarias para el ejercicio de la profesión; aprendiendo a actuar con solidaridad, reciprocidad y trabajo en equipo dentro del ambiente laboral (Recuperado en octubre de 2007 de www.dgose.unam.mx/ss/docs/RGSSUNAM.pdf).

El ambiente laboral es la meta para el ejercicio profesional, requiere de personas competentes que apliquen los conocimientos adquiridos en la carrera, que utilicen sus cualidades innatas y las habilidades aprendidas durante el servicio social; cumplir con esta experiencia permite completar la formación del individuo para desempeñarse productivamente en la realidad social (Bianchi, 1994).

2. INSTITUCIÓN RECEPTORA

Durante la década de los setentas en la Facultad de Psicología de la UNAM, 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 posgrado, y así vincular conocimientos teóricos con la práctica supervisada. En 1977, se inicia formalmente la creación de centros de atención a la comunidad. En el año de 1981, fue inaugurado el Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila" con la finalidad de otorgar servicio a estudiantes y a sus familias nucleares, y para el desarrollo de la docencia y la investigación en estudios de posgrado (Sánchez, 2007).

Nivel de atención

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

Líneas de autoridad

En primera instancia se encuentra la Dirección de la Facultad de Psicología, seguida de la Secretaría General, de la que a su vez depende la Coordinación de los

Centros de Servicios a la Comunidad Universitaria y al Sector Social, de la cual depende el Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila” (Sánchez, 2007).

2.1 Objetivos de la Institución Receptora

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

2.2 Funciones de la Institución Receptora

Visión

Brindar un servicio psicológico integral para la comunidad universitaria, individuos y grupos de población externa para mejorar su calidad de vida. Empleando estrategias metodológicas que estén a la vanguardia a nivel nacional e internacional.

Misión

Brindar servicio psicológico con compromiso, respeto y amabilidad, a los miembros de la comunidad universitaria, así como a individuos y grupos de población externa, favoreciendo la docencia, la investigación y el servicio comunitario (Cartel informativo en el CSP “Dr. Guillermo Dávila”).

2.3 Programas de la Institución Receptora

Los programas creados por la institución enfocados al servicio de la atención psicológica, dirigidos a la comunidad universitaria y a la sociedad, son los siguientes:

- Programas de atención individual y/o familiar.
 - Retroalimentación Biológica
 - Víctimas de abuso sexual
 - Residencia en Terapia infantil
 - Residencia en Terapia para adolescentes
 - Residencia en Terapia familiar y/o de pareja
 - Residencia en Terapia de adicciones

- Residencia en Medicina conductual
 - Residencia en Psicoterapia en línea
 - Trastornos de la alimentación
 - Proceso de duelo
 - Terapia psicodinámica
 - Consejería
 - Aprendizaje transformativo, rendimiento escolar y ondas cerebrales
 - Juego del optimismo
 - Maltrato infantil
 - Terapia familiar y narrativa en escenario institucional
- Psicoterapia de grupo con enfoque psicodinámico.
 - Psicoterapia de grupo narrativa.
 - Talleres: Entrenamiento en solución de problemas, Control de la ansiedad, Control del enojo, Autoestima, Duelo, Pérdida afectiva, Entrenamiento en habilidades sociales, Taller para padres.

3. CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS “Dr. Guillermo Dávila” PROGRAMA DE SERVICIO SOCIAL EN CLÍNICA

El propósito del Programa de Servicio Social en Clínica es proporcionar al estudiante de 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 y eficiente con responsabilidad, compromiso y alta calidad humana (Sánchez, 2007). El proceso de atención para el paciente inicia con el llenado de una Ficha de Admisión como solicitud del servicio psicológico y la realización de una Preconsulta. La entrega de fichas es de lunes a viernes de 8:00 a 9:00 horas en el turno matutino, y de 16:00 a 17:00 horas en el turno vespertino. La Preconsulta es efectuada por los Prestadores del Servicio Social; además de recabar datos importantes como parte de la formulación clínica, se le informa al paciente que posteriormente se le indicará el tipo de tratamiento que recibirá, el nombre de su terapeuta y el horario de su sesión.

Son cuatro áreas importantes del programa que facilitan el desarrollo de habilidades profesionales en el Prestador de Servicio Social, quien podrá elegir de acuerdo a su interés para desempeñarse de manera eficiente, eficaz y creativa: 1) Prevención primaria, 2) Tratamiento, 3) Evaluación diagnóstica y 4) Trabajo social.

3.1 Objetivos del Programa de Servicio Social en Clínica

1. Identificar el déficit en conocimiento y habilidades clínicas a ser moldeadas en el estudiante, a través del Curso de Inducción y de su práctica clínica supervisada como co-terapeuta.
2. Desarrollar e incrementar en el estudiante las habilidades clínicas relacionadas con: preconsulta, entrevista de diagnóstico, entrevista de orientación, entrevista de canalización, elaboración de la nota psicológica, formulación del caso, elaboración del programa o del plan de tratamiento; aplicación, calificación e interpretación de instrumentos psicológicos, y la elaboración e integración del reporte psicológico. Así como la intervención psicológica: intervención en crisis, entrenamiento en solución de problemas y toma de decisiones, y técnicas de relajación.
3. Desarrollar e incrementar el conocimiento y las habilidades en la elaboración de talleres con temas psicológicos identificados como principales motivos de consulta e interés para el Prestador de Servicio Social, como son: asertividad, duelo, control de ansiedad, autoestima, enojo, pérdida afectiva y entrenamiento en solución de problemas, entre otros.
4. Desarrollar en el estudiante la confianza en sus conocimientos y habilidades clínicas para, desempeñarse como terapeuta de casos individuales o como instructor en la impartición de talleres a grupos pequeños; al permitirle la toma de decisiones terapéuticas fundamentadas teóricamente y supervisadas.
5. Enseñar al estudiante a trabajar de forma organizada y sistemática durante su servicio social, a través del manejo del expediente clínico para la obtención de información que conformará parcialmente su informe de titulación (IPSS).
6. Supervisar al estudiante en el producto que aporte a la sede, de acuerdo a su elección, ya sea este un manual de procedimiento para el instructor y/o participante, tríptico, cartel, o un estudio de caso entre otros para su publicación y participación en diferentes foros académicos y de investigación (Sánchez, 2007).

3.2 Actividades del Programa de Servicio Social en Clínica

El Prestador de Servicio Social especifica el tema de su interés para la realización de su proyecto IPSS. De las actividades que a continuación se señalan, el Prestador de Servicio Social elige cuáles trabajar durante este tiempo, desarrollando su proyecto de IPSS y su aportación a la sede al final del servicio social:

1. Como promotor de la salud mental.

- 1.1 Diseño, elaboración, actualización e impartición de talleres, con temas como: ansiedad, enojo, asertividad, autoestima, duelo, pérdida afectiva, depresión, entrenamiento en solución de problemas.
- 1.2 Diseño, elaboración y actualización de carteles.
- 1.3 Diseño, elaboración y actualización de dpticos y/o trípticos.
- 1.4 Asistencia y presentación de sesiones clínicas.
- 1.5 Asistencia y presentación de caso clínico.

2. Como terapeuta bajo supervisión.

- 2.1 Realización de preconsultas.
- 2.2 Organización y actualización del expediente clínico: inclusión y llenado de formatos clínico/administrativos, y elaboración de la nota psicológica.
- 2.3 Concertar citas con pacientes.
- 2.4 Realizar entrevistas de orientación.
- 2.5 Realizar procedimientos de intervención en crisis.
- 2.6 Proporcionar terapia psicológica individual, bajo supervisión.
- 2.7 Entrenar a los pacientes que lo requieran en técnicas de relajación.
- 2.8 Elaboración de informe mensual de actividades clínicas.
- 2.9 Supervisar durante su último mes a estudiantes de servicio social (nuevo ingreso)
- 2.10 Asistencia y presentación de sesiones clínicas.
- 2.11 Asistencia y presentación de casos clínicos.
- 2.12 Desarrollo del proyecto IPSS.

3. En evaluación diagnóstica.

- 3.1 Realizar entrevista de evaluación diagnóstica.
- 3.2 Aplicación, calificación e interpretación de instrumentos.
- 3.3 Elaboración de informe diagnóstico.
- 3.4 Elaboración de informe mensual de actividades en el área de evaluación.

- 3.5 Supervisar durante su último mes a estudiantes de servicio social (nuevo ingreso)
- 3.6 Asistencia y presentación de sesiones clínicas.
- 3.7 Asistencia y presentación de casos clínicos.
- 3.8 Desarrollo del proyecto IPSS.

4. En trabajo social y archivo clínico.

- 4.1 Realizar entrevistas de seguimiento.
- 4.2 Realizar entrevistas de canalización.
- 4.3 Elaboración de informe mensual sobre el área de archivo clínico y trab. social.
- 4.4 Supervisar durante su último mes a estudiantes de servicio social (nuevo ingreso)
- 4.5 Asistencia y presentación de sesiones clínicas.
- 4.6 Asistencia y presentación de informe de seguimientos y canalizaciones.
- 4.7 Desarrollo del proyecto IPSS.

Las principales funciones realizadas como Prestador del Servicio Social fueron promover la salud mental y la terapia bajo supervisión. En la evaluación diagnóstica efectuada con menor frecuencia, se aplicaron, calificaron e interpretaron instrumentos elaborando el informe diagnóstico.

Actividades con un soporte técnico que permitió la adquisición de nuevos conocimientos orientados a la práctica profesional y al desarrollo de habilidades clínicas. A continuación se describirá el marco teórico de las actividades efectuadas que sustenta el trabajo del presente IPSS.

MARCO TEÓRICO DE REFERENCIA

1. IMPORTANCIA DEL TRABAJO CLÍNICO

El ser humano tiene todo un cúmulo de experiencias grabadas que le permite un desarrollo cognitivo superior al de los animales, creando una sociedad donde interactúa con sus semejantes. La evolución nos ha provisto de emociones que nos impulsan a la acción, facilitando nuestra función adaptativa. Nuestros antepasados vivieron situaciones hostiles y riesgosas que ante el peligro era primordial una respuesta inmediata a favor de la supervivencia; la emoción sentida (estrés) aumentaba la activación fisiológica y cognitiva para enfrentar una situación nueva y afrontar las posibles consecuencias; al solucionar la situación problema disminuía el estrés y el sujeto volvía a su equilibrio. En la actualidad el estrés continúa presente, su nivel varía según la percepción amenazante de la situación y de los recursos de la persona para hacerle frente; la respuesta inmediata es de ansiedad o miedo cuando el evento dura poco tiempo, volviéndose estrés permanente cuando se mantiene un estado constante de alerta y mostrando una conducta anormal (Olivares y Méndez, 2001).

La historia revela cómo el ser humano ha tratado de explicarse y controlar los comportamientos anormales; primero suponiendo la existencia de agentes sobrenaturales que influían en el pensamiento y proceder humano, posteriormente de origen biológico atendidos como una enfermedad y por último el factor psicológico con sus dos componentes principales el psicodinámico y el conductual. En la actualidad la psicopatología, a través de un equipo multidisciplinario se encarga del estudio de los trastornos psicológicos; y son los psicólogos clínicos quienes se concentran en los trastornos psicológicos más graves (Barlow y Durand, 2006).

El objetivo del tratamiento psicológico o trabajo clínico es evitar, disminuir o eliminar el sufrimiento en el individuo y promover la readaptación a su entorno, mediante una terapia; la cual es un proceso de aprendizaje que aborda aspectos intelectuales, emocionales y físicos, realizado mediante el análisis, la reflexión y el trabajo personal constante. Su propósito es mantener la salud mental del paciente,

motivándolo a descubrir lo que le ocurre y a hacer cambios en su forma de pensar y de actuar. La actividad clínica trata de ordenar un conjunto de datos proporcionados por el paciente que solicita ayuda psicológica que se consideran relacionados a su motivo de consulta; esta información permite diseñar un programa de intervención dirigido a mejorar su estabilidad emocional (Caballo, 1998).

No habría un fundamento científico en el quehacer psicoterapéutico si no existiera la psicología clínica, y esta disciplina no se desarrollaría y evolucionaría como tal si no fuese influenciada por las diversas escuelas o corrientes psicológicas. Actualmente el modelo conductual ejerce gran influencia en el ámbito clínico por su fundamento en las teorías del aprendizaje facilitando los cambios en el paciente. Desde esta perspectiva se define la psicología clínica como *“un área de la psicología en la que se aplican técnicas de evaluación y modificación de conducta para la investigación, evaluación, tratamiento y prevención de trastornos psicopatológicos”* (Buela-Casal, Caballo y Sierra, 1996, p. 4).

La proximidad del psicólogo clínico a los trastornos orgánicos mediante la aplicación de la terapia conductual, contribuyó a la creación de una nueva disciplina, la *medicina conductual*, definida como *“la aplicación de técnicas de modificación de conducta para la investigación, evaluación, tratamiento y prevención de trastornos físicos o disfunciones fisiológicas”* (Buela-Casal, Caballo y Sierra, 1996, p.5). La psicología clínica considera la interacción organismo-conducta-ambiente, ya que además de tratar la enfermedad tiene como objetivo conseguir y mantener un equilibrio entre esos tres factores. Realizar actividades como la investigación y aplicación de principios del comportamiento humano con la finalidad de comprender, prevenir y/o modificar los trastornos de conducta mediante técnicas de evaluación e intervención apropiadas, colocan a la psicología clínica como una subdisciplina de la psicología científica (Op. cit).

La conducta anormal o trastorno psicológico se asocia a una disfunción psicológica relacionada con aspectos biológicos, emocionales, cognitivos, conductuales y sociales, que “sentidos en exceso” por el sujeto le impiden un funcionamiento adecuado en su entorno, limitándolo en el logro de sus objetivos vitales y motivándolo a buscar ayuda (Barlow y Durand, 2006).

• FACTOR BIOLÓGICO

La psicología fisiológica estudia la relación entre las funciones biológicas y la conducta humana, con el propósito de determinar cuáles son las estructuras que median entre fenómenos psíquicos y físicos a través de millones de neuronas.

a) Sistema nervioso

La conducta, las emociones y los procesos cognoscitivos están influenciados por el sistema nervioso (Barlow y Durand, 2006), que es una red compleja de fibras nerviosas dividida en sistema nervioso central (SNC) y sistema nervioso periférico (SNP). Dichos sistemas cumplen con dos funciones básicas en el organismo: una sensitiva (SNC), organizando lo relevante a través de los órganos sensoriales y controlando los pensamientos y las acciones; y la otra motora (SNP), que coordinada con la corteza cerebral asegura el adecuado funcionamiento del cuerpo. La información sensitiva y motora determina la acción en el sujeto, dirigiendo su conducta.

b) Sistema endocrino

El funcionamiento del sistema endocrino tiene una importancia específica (Rosenzweig y Leiman, 2003), ya que cada una de sus glándulas genera su propia hormona liberándola directamente en el torrente sanguíneo e influyendo en el comportamiento. Las hormonas son capaces de modificar la actividad, la inclinación a comer o a beber, median en la agresividad o en la sumisión, al igual que en la conducta reproductora y parental. Contribuyen en el desarrollo corporal humano; intervienen en el crecimiento, el envejecimiento y determinan su conducta.

c) Neurotransmisores

Llamados también transmisores sinápticos por ser la base de la comunicación entre las neuronas (Barlow y Durand, 2006), son sustancias químicas que viajan a través de la hendidura sináptica transportando un impulso nervioso; las neuronas son sensibles a determinado tipo de neurotransmisor y se agrupan formando trayectorias de una parte del cerebro a otra. Las neuronas saludables hacen un sistema nervioso saludable; el desequilibrio bioquímico de estos circuitos cerebrales altera el comportamiento en las personas y es causa de diversos trastornos psicológicos.

• FACTOR EMOCIONAL

La emoción es el impulso que induce a la acción, es movimiento, es una experiencia expresada a través de la palabra, los gestos y las actitudes; es esencial para comprender la interacción y la cognición humana. Las emociones cumplen una función importante en la vida del ser humano y pueden ser causa de alguna psicopatología. Las emociones son de corta duración, el estado de ánimo es un período persistente de emocionalidad. De la estrecha relación entre las emociones (sentimiento subjetivo) y la actividad visceral controlada por el sistema nervioso autónomo (SNA) han surgido varias teorías (Rosenzweig y Leiman, 2003) tratando de explicar dicha conexión. De manera breve se explican las tres teorías más destacadas dentro de la psicología fisiológica:

- 1) *Teoría de James-Lange*. Las emociones son la manifestación de los cambios corporales provocados por un determinado estímulo; el vínculo emoción-SNA es conocido mediante la expresión de frases como: “pelos de punta, temblar de rabia, o me brincó el estómago...” La forma emocional de la mente humana, se enriquece a través de las emociones; si solo se adquiriera el conocimiento de las experiencias vividas, la vida carecería de sensaciones tan agradables como la satisfacción y la alegría, o tan desagradables como la ira y el pánico.
- 2) *Teoría de Cannon-Bard*. Estudiaron la relación emoción-SNA, concluyendo que las emociones implican un gasto de energía al ser respuesta de alarma ante una amenaza interna o externa, preparando al organismo fisiológico y cognitivamente para enfrentar la nueva situación. Las emociones estimulan el elemento simpático del SNA activando la parte visceral y produciendo cambios corporales, como: aumento en la frecuencia cardíaca, la presión sanguínea, la respiración, hay tensión muscular, incremento de la glucosa y lípidos en el torrente sanguíneo, sudoración, liberación de coagulantes y enlentecimiento de la digestión.
- 3) *Teoría cognitiva de las emociones*. Para Schachter la activación visceral depende del estímulo, del entorno y de los conocimientos anteriores del sujeto; la activación no es fisiológica sino cognitiva, moldeada por sus experiencias vividas. Así, las emociones como cólera, miedo o alegría dependen de las interpretaciones que se hagan del suceso (controladas por sistemas cognitivos internos); por lo tanto, las emociones son el resultado de una interacción fisiológica y cognitiva-emocional.

• **FACTOR COGNITIVO**

La psicología cognitiva estudia los procesos mentales en el ser humano, se interesa más por la creación del significado que por el procesamiento de la información. Greenberg, Rice y Elliott (1996) resumen las cuatro vertientes principales de la moderna ciencia cognitiva:

- 1) *La atención.* Recurso mental limitado implicado en el proceso consciente, elige y restringe los procesos que ocurren a la vez; este proceso requiere mayor atención que los procesos automáticos.
- 2) *Los procesos automáticos.* Los procesos cognitivos se presentan de dos maneras: una automática o inflexible y otra controlada o dirigida. Los procesos automáticos se activan sin esfuerzo consciente, son independientes de los procesos controlados, siendo difícil modificarlos. El proceso automático o inconsciente se activa en la experiencia consciente, el pensamiento y la conducta; por tal razón las personas pueden sentir tristeza, ansiedad o enojo sin ser conscientes de qué lo provoca.
- 3) *El procesamiento en paralelo preatencional.* Es la fase en donde la atención elige el material para el proceso en serie. Constantemente se procesa mucho material que influye en las experiencias conscientes.
- 4) *La memoria.* Es un proceso de retención y actualización de representaciones cognitivas (información) altamente dinámico. Por su duración es a corto plazo con duración de segundos, a mediano plazo dura más y no necesita repetición; y a largo plazo que puede durar de días a años. Por su función de los recuerdos, es: explícita, de manera consciente se recuerdan hechos, personas, lugares o cosas; y la implícita que son las sensaciones, capacidades y habilidades que se recuerdan de modo inconsciente.

Los recuerdos relacionados con el sí mismo y con una gran carga emocional se fijan más en la memoria, además, entre más características de una situación se lleven a la conciencia será más concreta; estas circunstancias son considerables para mantener esa experiencia diferenciada y constante en la memoria. Es entonces cuando la memoria implícita influye en el procesamiento actual, afectando al atender los recuerdos disponibles de experiencias previas, aún cuando no sean conscientes para posteriormente perderse en la memoria explícita consciente.

• *FACTOR CONDUCTUAL*

Los elementos cognitivo, afectivo y motivacional determinan la conducta, que como estrategias humanas pueden ser adaptativas o inadaptadas según la situación que se vive; el comportamiento que observamos en cada individuo es resultado de la relación específica entre ciertas creencias y actitudes personales (Beck y Freeman, 1999).

Existen dos tipos de conducta: una de reacción involuntaria o respuesta autónoma correspondiente al condicionamiento clásico, por ejemplo la salivación ante la comida o el sobresalto por un ruido fuerte incluyendo las respuestas emocionales; la otra es la respuesta operante que corresponde al condicionamiento operante, mediadas por el sistema nervioso central cuando el individuo interactúa con otros sujetos y con su entorno, tales como caminar, hablar, viajar, comer, etc. Las conductas están vinculadas con el aprendizaje (Rosenzweig y Leiman, 2003).

• *FACTOR SOCIAL*

Las relaciones personales y contactos sociales intervienen sustancialmente en la salud física y mental de los seres humanos. Se han realizado diversos estudios que demuestran que a mayor interacción social mayor expectativa de vida; y a la inversa se reduce el tiempo de vida (Barlow y Durand, 2006).

Para algunas personas el contexto social da sentido a sus vidas, como los ancianos que vinculados afectivamente con sus familias viven felices y por más tiempo; o quienes mantienen la creencia que su "círculo de amistades" es la red social que les da seguridad. Igualmente el contexto social y las relaciones interpersonales influyen en los trastornos psicológicos, observándose en todas las culturas y a cualquier nivel social (Op. cit).

La sociedad critica a la sociedad estigmatizando con ligereza al sujeto ansioso o depresivo suponiéndolo débil y cobarde, al esquizofrénico se le considera loco y objeto de burlas, al tímido se le cree tonto evadiendo su compañía... manteniendo los trastornos psicológicos, porque no se ha desarrollado el contexto social adecuado para curarlos (Op. cit).

2. TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL (TCC)

Todos los enfoques terapéuticos utilizados en el tratamiento de los trastornos psicológicos pretenden facilitar el cambio psicológico en los pacientes; quienes acuden a un especialista solicitando ayuda considerando que “hechos pasados” los mantienen “ahora” hundidos en la desesperación e impotencia para vivir felizmente. Las terapias cualesquiera que sea la orientación promueven cambios de pensamientos, sentimientos y/o conductas disminuyendo o eliminando el sufrimiento: modificando *aquello* que al paciente le genera malestar.

La cognición que contiene percepciones, atribuciones, pensamientos, deseos, expectativas, creencias, autoinstrucciones y esquemas cognitivos, es la responsable de la problemática de las personas por su estrecha relación con la conducta; la TCC trata de reestructurar cognitivamente a través de programas de tratamiento compuestos por técnicas cognitivas y conductuales. Son técnicas dirigidas a identificar y modificar las cogniciones desadaptativas, resaltando el impacto perjudicial sobre la conducta y las emociones del sujeto, favoreciendo el cambio cognitivo y promoviendo una conducta más satisfactoria. Las intervenciones se basan en la suposición de que un aprendizaje anterior está produciendo actualmente consecuencias desadaptativas en el individuo (Olivares y Méndez, 2001).

La TCC aplica la metodología científica al estudio del caso individual: observación sistemática, formulación de hipótesis, validación de tales hipótesis, observación y medición de resultados, y la formulación de teorías; con el propósito de conseguir una transformación perdurable de emociones y comportamientos en el paciente, reduciendo el malestar y la conducta no deseada (Lega, Caballo y Ellis, 1998). La historia refiere que el surgimiento de diversas escuelas de psicoterapia, como la psicodinámica, la conductual y la humanista, estableció una rivalidad con pocas coincidencias, tratando de demostrar la efectividad de cada una de ellas. La TCC propone un modelo de psicopatología y una teoría integradora del cambio de conducta que conjunta distintos enfoques, cuyo principal modo de acción es modificar los patrones erróneos de pensamiento del paciente (Meichenbaum en Lynn y Garske, 1988).

La TCC se focaliza en el contenido ideacional vinculado a los síntomas, pretende familiarizarse con éste y con los estilos de pensamiento, sentimientos y

conductas del paciente para comprender su interrelación. Se considera el trastorno emocional como un desorden de pensamiento, que al percibir en forma distorsionada la realidad se desarrollan emociones disfuncionales y conductas inadaptadas. El terapeuta cognitivo conductual ayuda al paciente a identificar sus ideaciones erróneas específicas, sus expectativas no realistas y sus atribuciones inadecuadas, valorando su validez y grado de razón; sus declaraciones revelan la forma de evaluar los eventos (Ellis, 1999).

Básicamente los objetivos de la TCC (Beck, 2000) son:

- Enseñar al paciente a convertirse en su propio terapeuta cognitivo.
- Lograr un proceso terapéutico comprensible para el paciente y el terapeuta.
- Que la terapia sea lo más eficaz posible.
- El uso de un formato estándar.

La interdependencia de procesos cognitivos, emocionales y conductuales del ser humano, así como los acontecimientos ambientales que le ocurren son factores que contribuyen a la etiología y mantenimiento de la conducta anormal. Son varios los componentes que se interrelacionan estableciendo un círculo vicioso. En la TCC, el paciente colabora en la recolección de datos con la intención de que sea él mismo quien descubra cómo sus propios pensamientos, sentimientos y conductas influyen en los problemas que presenta en el “aquí y ahora”. El terapeuta colabora con el fin de cambiar su forma de percepción, entrenando y fomentando habilidades para que éste sea capaz de enfrentar situaciones estresantes (Op. cit).

La TCC al igual que otros enfoques terapéuticos reúne estrategias comunes entre ellos superando los puntos divergentes y favoreciendo a los terapeutas, creando un ambiente de mejor entendimiento durante el proceso de cambio; los factores importantes que se comparten (Goldfried, 1996) son:

- *Expectativas de éxito en la terapia:* las expectativas positivas que se ofrecen al paciente benefician de modo importante el proceso de cambio.
- *Una relación terapéutica óptima:* crear una alianza terapéutica mediante el vínculo, las metas en común y los medios o acuerdos para el logro de objetivos.
- *Ayudar a los pacientes a ser más concientes:* en el procesamiento de la información es redirigir la atención del paciente a un funcionamiento conciente, conectando sus pensamientos, sentimientos y conductas, es el aspecto cognitivo.

- *Facilitar las experiencias correctivas*: inducir al paciente a un nuevo comportamiento atreviéndose a hacer lo que antes no hubiera podido.
- *Continuas pruebas de realidad*: siguen al grado de conciencia sobre sí mismo, y la adopción de nuevos riesgos; es un proceso cognitivo conductual que incrementa la conciencia y la toma de nuevos riesgos.

2.1 Antecedentes históricos de la Terapia Cognitivo Conductual

En los inicios del siglo XX, Sigmund Freud exponía los principios generales de una nueva manera de abordar las perturbaciones psicopatológicas, a través de la palabra o asociación libre. Ésta técnica sustituía al antiguo método catártico convirtiéndose en regla fundamental de la cura psicoanalítica; además de influir en la formación de muchos clínicos e investigadores posteriores a él. Había cambiado radicalmente el curso de la medicina dedicado a la psicopatología; los psicólogos interesados en la conducta anormal se apoyaban en las teorías psicoanalíticas para tratar las “enfermedades psicológicas” como se conocían. En la década de los años cincuenta, el psicoanálisis estaba en su apogeo como única alternativa de intervención en la enfermedad mental y participando en la clasificación y la terminología del DSM-I (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, primera versión). Este sistema de clasificación categorial apareció por primera vez en 1952, con el propósito de proporcionar descripción y criterios para los trastornos psiquiátricos. Cabe mencionar que fue elaborado por médicos, y por lo tanto su contenido es psicoanalítico y médico. En ese mismo año la psicofarmacología se introdujo a los tratamientos psicológicos como tranquilizadores para algunos pacientes psicóticos, dando buenos resultados en comparación a los tratamientos psicológicos de esa época (Gavino, 2004).

En la misma década, Joseph Wolpe y Hans Eysenck intentando aplicar las teorías del aprendizaje a la etiología y tratamiento de las neurosis, sorprendidos encontraron que toda conducta es adquirida (Calvin y Gardner, 1975). Eysenck presentó ante la Reunión anual de la Sociedad Británica de Psicología (en esos años cincuenta), unos datos que mostraban la poca eficiencia de las intervenciones terapéuticas de ese entonces, básicamente el psicoanálisis; momento que para algunos psicoterapeutas fue “catastrófico”. Su orientación conductual en el tratamiento

psicológico, tenía dos direcciones: 1) demostrar la eficacia de sus técnicas y 2) que eran más eficaces que los tratamientos psicológicos tradicionales incluyendo la psicofarmacología. En 1946, los psicólogos en Estados Unidos obtuvieron el reconocimiento legal como *psicólogos clínicos*, ya que los médicos eran quienes realizaban los “tratamientos psicológicos”; pudiendo entender la deficiencia de las psicoterapias y el reclamo de los especialistas (Op. cit).

La segunda guerra mundial además de provocar estragos materiales originó otras alteraciones psicológicas en el individuo: las “nuevas preocupaciones” del ser humano podían ser observadas a través de síntomas patológicos que requerían de terapias más rápidas y eficaces; básicamente en Estados Unidos y en Europa se plantearon otras alternativas terapéuticas al psicoanálisis tratando de dar sentido al sufrimiento, a las crisis existenciales y sobre todo para dar un nuevo sentido de vida. A finales del siglo XX los tratamientos son más específicos para un trastorno determinado, los distintos enfoques psicológicos desarrollan terapias, destacando las dinámicas breves, las sistémicas, las conductuales y las cognitivas; se hacen tratamientos combinados, psicológicos y farmacológicos (Op. cit).

Skinner propuso un enfoque particular para el estudio de la importancia clínica y social: el *análisis conductual aplicado*, que se fundamenta en premisas del propio autor sobre el conductismo radical; suponiendo que la conducta está controlada por influencia externa física y social (Olivares y Méndez, 2001).

El modelo conductual estudió el estímulo y la respuesta como un tipo de aprendizaje; más tarde, el psicólogo John B. Watson influido por la obra de Pavlov fundó la escuela psicológica conductista, considerando que la conducta no procede del instinto ni de otro factor innato, sino que se adquiere como resultado de un condicionamiento. Sus investigaciones dieron impulso a estudios del aprendizaje. La terapia conductual se centra en la conducta observable, tratando de controlarla mediante técnicas de modificación de la conducta; su objetivo es conseguir una conducta adaptativa en el sujeto (Barlow y Durand, 2006).

Pero los fundamentos cognitivo y conductuales están presentes desde las escuelas filosóficas en la Grecia antigua, donde se practicaba y aprendía un modo específico de pensar y de vivir; a través de ejercicios verbales de concentración y de meditación se adquiría el dominio de las propias pasiones (Mahoney, 1997). Epicteto,

estoico y esclavo liberado pensaba que “Los hombres no se trastornan por las cosas que les suceden, sino por la visión que tienen de las mismas”, definiendo el origen de las emociones y expresando que los pensamientos son los responsables de los estados de ánimo. Consideraba que “La felicidad es el triunfo de la razón y de la voluntad sobre las pasiones” (Burns, 2001). Son muchos los intelectuales que han dejado plasmada en la historia de la humanidad sus pensamientos filosóficos enfocados al razonamiento humano, a la autoconciencia y a la interacción social.

Las primeras terapias cognitivas aparecieron en los años setenta, sus principales exponentes fueron Albert Ellis y Aaron T. Beck. Después de las investigaciones de dichas aplicaciones clínicas y del establecimiento de una teoría formal surge la Psicología Cognitiva. En los años ochenta eran seis las psicoterapias cognitivas que se practicaban con éxito (Mahoney, 1997): la Terapia de los Constructos Personales de G. Kelly, la Terapia Racional-emotiva de A. Ellis, la Terapia Cognitiva de A. Beck, la Logoterapia de V. Frankl, las Terapias de Solución de Problemas de D’Zurilla y Goldfried, y de Spivack y Shure, y las Terapias de Habilidades de Afrontamiento de Meichenbaum, y de Suinn y Richardson (Olivares y Méndez, 2001).

Aaron T. Beck formado como psicoanalista, tratando de validar algunas hipótesis acerca de conceptos psicoanalíticos para explicar la depresión, realizó diferentes experimentos; investigó el contenido de los pensamientos y los sueños de sus pacientes deprimidos buscando indicios de hostilidad reprimida, descubriendo que tienen una característica predominante: el pensamiento negativo. La distorsión cognitiva está vinculada a las perturbaciones psicológicas, influyendo en el estado de ánimo y éste en la cognición, originando una conducta desadaptativa; la terapia cognitiva trata de modificar esos pensamientos, produciendo una mejoría en el estado de ánimo y en el comportamiento (Beck, 2000). Albert Ellis formado como psicoanalista, experto en terapia de pareja, familiar y sexual, en ocasiones se sentía limitado para ayudar a sus pacientes a resolver sus problemas actuales; concibió la idea de que para llevarse satisfactoriamente con los demás era básico “llevarse bien consigo mismo”, al mantener una estabilidad emocional consigo mismo era posible mantener una buena relación con los otros. Decidiendo impulsar a los pacientes en: adquirir una nueva filosofía, la aceptación incondicional de sí mismo, la tolerancia a los demás y la autodirección de la propia conducta (Lega, 1998; Mahoney, 1997).

2.2 La integración de los aspectos conductual y cognitivo

En la práctica de la Terapia Conductual, podía percibirse la falta de una adecuada evaluación psicológica y de una formulación clínica, además de conceder escasa importancia a las variables cognitivas; se obtenían cambios conductuales durante la intervención con un insuficiente proceso cognitivo. Era criticada por anular las teorías del aprendizaje en el ejercicio terapéutico enfocándose solo al condicionamiento clásico y operante, representando una deficiencia en el aspecto cognitivo (Goldfried, 1996).

En la realización de un Simposio (1968) sobre Procesos Cognitivos en Modificación de Conducta fue reconocida la necesidad de integrar el proceso cognitivo-conductual favoreciendo la atención a los significados conscientes, analizando los pensamientos automáticos, las creencias y la percepción subjetiva de la realidad. La corrección de desórdenes psicológicos consistía en reemplazar las ideas incorrectas y disfuncionales por otras más realistas, adaptativas y funcionales; al cambiar el modo de pensar se suscitan cambios emocionales y conductuales. Definitivamente, la Terapia Cognitiva de Beck selló su éxito en la historia de la psicología con el tratamiento de la depresión (Op. cit). A la fecha se han realizado diversas investigaciones para comprobar su efectividad, descubriendo un mejor funcionamiento que los fármacos, la terapia conductual y otras psicoterapias. Se ha aplicado a distintos trastornos, como son el manejo de la ira, trastornos de ansiedad, trastornos de personalidad, trastornos psicofisiológicos, trastornos adictivos y distintas problemáticas infantiles (Mahoney, 1997).

Para Aaron Beck, adicionar el componente cognitivo a la terapia conductual posibilitó la existencia de un enfoque más potente, manteniendo los principales objetivos: el progreso del conocimiento clínico, la disminución del sufrimiento humano y la mejora de la sociedad a gran escala (Caballo, 1998).

2.3 Fundamentos teóricos de la Terapia Cognitivo Conductual

La insatisfacción de las bases teóricas y empíricas del enfoque conductual, los buenos resultados obtenidos por Albert Ellis y por Aaron Beck (de manera separada) en la aplicación de la TCC marcaban el comienzo de otra expectativa terapéutica. Los estudios de Ellis, de Beck y de otros terapeutas, destacaron la importancia de la

cognición y de las emociones en las psicopatologías y en la modificación de la conducta; promoviendo en autores como Mahoney, Meichenbaum y otros, la necesidad de sustentar la TCC en las teorías del aprendizaje (Meichenbaum en Mahoney, 1997).

El aprendizaje es un proceso de experiencia o práctica que produce cambios en el comportamiento, además de preparar al sujeto para la realización de diversas actividades (Morris, 1987). Donald Meichenbaum (en Mahoney, 1997) sugiere tres metáforas del aprendizaje que explican los procesos cognitivos y conductuales de los pacientes: el condicionamiento, el proceso de la información y la narración constructiva. A continuación se describen junto con teorías del aprendizaje implícitas en la aplicación de la terapia cognitivo conductual:

1) Metáfora del condicionamiento o teorías asociacionistas del aprendizaje

El aprendizaje es una respuesta del organismo a una estimulación provocada por los elementos externos al sujeto; el ser humano aprende asociaciones o conexiones entre estímulos y respuestas (Morris, 1987).

- *Condicionamiento clásico o pavloviano:* el aprendizaje depende del número y la consistencia en asociar estímulos condicionados e incondicionados; se caracteriza por ser pasivo (Op. Cit).
- *Condicionamiento operante o instrumental:* la conducta opera en el ambiente y lo modifica; el sujeto actúa con la intención de obtener o de evitar algo. La conducta adecuada suscita una recompensa, y la conducta inadecuada ocasiona un castigo; ambas refuerzan el aprendizaje fortaleciendo la conducta existente o creando una nueva.

Las situaciones reales de aprendizaje por lo general tienen características clásicas y operantes. Bajo estas bases teóricas, el propósito de la TCC es “desacondicionar” conductas desadaptativas, fortalecer nuevas conexiones, modificar y poner en práctica habilidades de enfrentamiento más adaptativas (Mahoney, 1997).

2) Teorías del aprendizaje cognoscitivo

Las investigaciones anteriores contribuyeron a otra línea de investigación: la motivación interna o el aprendizaje cognoscitivo. Pudo conocerse al organismo activo, capaz de elaborar información y generar conductas desde una motivación interna no observable considerando los aspectos cognitivos (Morris, 1987).

- *Desesperanza aprendida*: la conducta del sujeto que no influye en determinada situación le genera una actitud apática y pasiva, se siente menos motivado y renuncia a la tentativa de afrontamiento, desconociendo sus éxitos y realizando intentos débiles. Las personas se deprimen al pensar que no pueden solucionar la tensión en sus vidas, al no tener el control en ellas. (Op cit.).
- *La teoría del aprendizaje social o aprendizaje vicario*: explica cómo las personas pueden aprender viendo a otros o siendo informados respecto a algo, sin recibir ningún reforzamiento. A través de la observación se aprende a expresar afecto, respeto o interés, al igual que hostilidad y agresión. Pero no todo lo que se ve se aprende, por las siguientes razones: 1) no solo es ver sino prestar atención; 2) es necesario recordar lo que realizó el modelo; y 3) es necesario ejecutar la acción que se aprendió. Esta teoría favorece la ampliación del conocimiento desarrollando habilidades y transmitiendo en la sociedad las actitudes, valores e ideas, así como dejar de transmitir las (Op. cit).

3) *Metáfora sobre el procesamiento de la información*

Pozo (1989) explica, que la teoría concibe al ser humano como un procesador de información haciendo una analogía entre la mente humana y el funcionamiento de la computadora; donde la inteligencia humana es un mecanismo de búsqueda y almacenamiento en procesos de inferencia y recuperación desarrollando la capacidad para crear conocimientos, innovaciones o expectativas.

La estructura básica del procesamiento de la información en el ser humano es la memoria, interactuando con las propias variables y las de su entorno; existen dos procesos principales de concebir el aprendizaje: por asociación y por reestructuración. Existe un puente entre ambos procesos donde la mente humana no solo es una "caja negra" sino un procesador de la información activa y creativa.

4) *Metáfora de la narración constructiva*

La narrativa constructiva se desprende de la terapia familiar, la cual al tratar de establecer un marco teórico ubicó al individuo en un sistema interinfluyente donde perdía sus significados y relación con la experiencia actual. Con el soporte del constructivismo, la realidad se construye por quien la descubre e investiga; siendo una realidad inventada, cuyo inventor lo ignora creyendo que esa realidad es independiente de él y común a los demás. Son cuatro ideas fundamentales propias

del constructivismo social, donde la realidad: 1) se construye socialmente, 2) se funda mediante el lenguaje, 3) se organiza y mantiene a través de la historia, y 4) no tiene verdades esenciales (Fernández y Rodríguez, 2002).

Con la narración constructiva se trata de transformar las narrativas o historias del sujeto, dándoles un nuevo significado a través del diálogo; la conversación del paciente le hace un “experto de sí mismo” posibilitando la construcción de otra narrativa preferida por él (Op. cit).

5) Teorías de la reestructuración

“El modelo cognitivo propone que todas las perturbaciones psicológicas tienen en común una distorsión del pensamiento, que influye en el estado de ánimo y en la conducta de los pacientes” (Beck, 2000, p. 17). La TCC explora el pensamiento del paciente para comprender su estructura cognitiva y así establecer un plan de reestructuración, existe relación con las teorías de la reestructuración (Pozo, 1980):

- *La gestalt o aprendizaje por insight:* distingue dos tipos de pensamiento: uno reproductivo que aplica el conocimiento adquirido antes, a situaciones nuevas; y otro productivo que involucra una nueva organización perceptiva o conceptual con respecto a un problema. Es una comprensión real del mismo generando una toma de conciencia, generalización y creación de nuevas estructuras (Op. cit).
- *La equilibración de Piaget:* la estructura cognitiva es por asociación, progresa por el proceso de equilibración en el aprendizaje. Resulta de un proceso de desequilibrio o conflicto cognitivo, en dos fases: una de asimilación, que interpreta en función de estructuras conceptuales disponibles; y otra de acomodación que modifica un esquema o estructura, o crea una nueva asimilación (Delval, 1996).
- *El aprendizaje de Vygotski:* se obtiene mediante la actividad humana como transformadora del medio, del exterior al interior del sujeto, utilizando dos tipos de instrumentos mediadores para hacer cambios en función del tipo de actividad: uno que es la herramienta que actúa directamente sobre el estímulo, modificándolo, y otro que es un sistema de signos o símbolos que media entre las acciones humanas interiorizándolo como el lenguaje a través de procesos psicológicos. En el desarrollo cultural del niño toda función aparece dos veces: una interpsicológica entre personas, y la otra intrapsicológica en el interior del niño (Op. cit.).

2.4 El modelo cognitivo conductual

El modo en que las personas perciben los acontecimientos es el origen de sus emociones y sus conductas. Una situación puede crear distintos pensamientos en cada una de las personas que la viven, estimulando diversos sentimientos y motivándolas a conducirse a su manera. Es la interacción juicio-afecto-conducta que se refuerzan entre sí con la constante de pensamientos “equivocados” sobre los incidentes vividos, generados por una estructura cognitiva desarrollada en el sujeto (Beck, 2000). Son creencias específicas que dentro de una estructura cognitiva relativamente estable, crean un sesgo en el procesamiento de la información ocasionando un comportamiento disfuncional y desadaptativo (Mahoney, 1997).

Según Meichenbaum (en Mahoney, 1997) los errores cognitivos resultan de las creencias y esquemas personales; la propia conducta del individuo fortalece sus creencias, siendo arquitecto de sus propias experiencias. Su comportamiento provoca ciertas reacciones en su entorno, tomándolas como evidencias que corroboran la opinión que tiene de sí mismo y del mundo.

En el modelo cognitivo la disfunción se entiende como un modelo de diátesis; supone que el sujeto se afecta emocionalmente por mantener elementos vulnerables cognitivos negativos, preexistentes y relativamente estables que lo predisponen a determinada disfunción. Los aspectos vulnerables se refieren a las creencias, actitudes, en la propia percepción del mundo; son cogniciones establecidas sobre tres áreas: uno mismo, el mundo y el futuro. El contenido negativo son pérdidas, fracasos, inadecuaciones, etc. La diátesis cognitiva pertinente tiene más probabilidad de desarrollar algún trastorno psicológico en la persona que tiene cierta predisposición, que en el sujeto que no la manifiesta. Un trastorno psicológico se crea cuando las actitudes y cogniciones negativas interactúan con experiencias desagradables, activando las estructuras y procesos cognitivos que subyacen a la percepción del evento produciendo los pensamientos distorsionados (Dobson y Franche en Caballo, 1995).

• CONCEPTOS FUNDAMENTALES

El modelo cognitivo-conductual plantea distintos niveles de pensamiento como precursores del estado emocional y la conducta en las personas. El postulado de

Beck dice "Los trastornos emocionales y/o conductuales son resultado de una alteración en el procesamiento de la información, fruto de la activación de esquemas latentes" (Olivares y Méndez, 2001, p. 412).

Lega, Caballo y Ellis (1998) describen los niveles de pensamiento o estructuras cognitivas, los procesos y productos contenidos en el modelo cognitivo-conductual que manejan las terapias cognitivo-conductuales:

- *Estructuras cognitivas*: es la organización interna de la información, como la memoria a corto y a largo plazo, el almacenamiento sensorial, etc. Cuyo contenido cognitivo, como es el conocimiento que almacena y la información en general, mantiene dos tipos de cogniciones:
 - *Esquemas*: son suposiciones subyacentes desarrolladas durante la infancia a partir de experiencias tempranas. Son las creencias que como reglas generales facultan al sujeto para seleccionar, discriminar, sopesar y codificar los estímulos; favoreciendo la evaluación de sus experiencias, la formación de juicios y la distorsión de la realidad.
 - *Pensamientos automáticos*: son las representaciones que de manera inconciente pasan por la mente de manera automática, es un proceso de información paralelo a la situación.
- *Procesos cognitivos*: es la manera de funcionar del sistema para recibir, almacenar, transformar y gobernar la salida de la información, como es: atención, codificación, recuperación, elaboración cognitiva, etc.
- *Productos cognitivos*: son los resultados de la manipulación del sistema cognitivo, como son: atribuciones, imágenes, creencias, pensamientos, decisiones, etc.
- *Deficiencias cognitivas*: son los defectos en el procesamiento de la información, como el déficit en la solución de problemas.
- *Distorsiones cognitivas o pensamientos distorsionados*: son errores sistemáticos en el procesamiento de la información surgidos en la mente de cualquier persona, con mayor o menor frecuencia; el tipo de distorsión cognitiva produce determinado sentimiento. La constante aplicación de estos pensamientos promueve conductas desadaptativas. Se detallan a continuación (Beck, 2000):
 1. *Pensamientos de tipo "todo o nada"*: la percepción solo es en dos categorías, en blanco o negro, sin suponer otras posibilidades.

2. *Pensamiento catastrófico*: se predice el futuro negativamente, sin suponer otras posibilidades.
3. *Descalificar o dejar de lado lo positivo*: es concluir que las experiencias, logros o cualidades no valen nada.
4. *Razonamiento emocional*: pensar que es real "lo que se siente", ignorando la evidencia de lo contrario.
5. *Catalogar*: generalizar una o dos cualidades de un juicio negativo global para sí mismo y los demás, excluyendo evidencias que provocan menos desastre.
6. *Magnificar/minimizar*: hacer una evaluación de sí mismo, de los demás o de una situación, exagerando lo negativo o disminuyendo lo positivo.
7. *Filtro mental*: o abstracción selectiva, cuando se pone mucha atención a lo negativo excluyendo los detalles que conforman el cuadro completo.
8. *Leer la mente*: se cree saber lo que los otros piensan, sin ser capaz de tener en cuenta otras posibilidades.
9. *Sobregeneralización*: considerar un acontecimiento negativo como pauta ilimitada de desastres.
10. *Personalización*: creer que los otros actúan negativamente hacia uno mismo, sin recapacitar en otras explicaciones de los comportamientos.
11. *Afirmaciones del tipo "debo" y "tengo que"*: pensar de modo imperativo y rígido respecto al comportamiento, siendo negativo al no cumplirse las expectativas.
12. *Visión en forma de túnel*: sólo se ven los aspectos negativos de una situación.

Es importante conceptualizar el caso desde el primer contacto con el paciente para poder comprender su conducta inadaptada y modificar sus actitudes disfuncionales; en tanto que transcurre el proceso terapéutico, las hipótesis pueden confirmarse, modificarse, rectificarse o abandonarse al recabarse más datos (Ellis, 1999).

La TCC se centra en procesos y productos cognitivos, reconociendo que existe una interdependencia entre cognición, afecto, fisiología y conducta; por lo tanto, al examinar la naturaleza de la disfunción considera tres aspectos: las causas, los productos y el tratamiento (Dobson y Franche en Caballo, 1995).

Los distintos autores de terapias cognitivo-conductuales comparten supuestos y características (Lega, Caballo y Ellis, 1998):

• *Supuestos*

- a) El ser humano se afecta por las representaciones cognitivas que hace de los acontecimientos, y no por los acontecimientos mismos.
- b) El aprendizaje está mediado cognitivamente.
- c) La cognición afecta la disfunción emocional y conductual, y viceversa.
- d) Algunas formas de cognición pueden registrarse y evaluarse.
- e) La modificación de las cogniciones puede cambiar las emociones y la conducta.
- f) Procedimientos cognitivos y conductuales pueden integrarse en las intervenciones.

• *Características*

- 1. Las variables cognitivas constituyen importantes mecanismos causales.
- 2. Los objetivos específicos de algunos procedimientos y técnicas son cognitivos.
- 3. Análisis funcional de variables cognitivas y conductuales que mantienen el trastorno
- 4. La modificación cognitiva implica estrategias cognitivas y conductuales.
- 5. Se hace énfasis en la verificación empírica.
- 6. La duración del tratamiento es breve.
- 7. Se establece una colaboración entre paciente y terapeuta.
- 8. La terapia es activa y directiva.

• *FASES DEL PROCESO TERAPÉUTICO*

Al comienzo de la TCC el papel del terapeuta es activo-directivo, más adelante es el paciente quien guía las sesiones. Para cambiar la conducta inadaptada, es necesario que el paciente la detecte y precise su frecuencia para luego suspenderla; cuando el paciente interrumpe una cadena conductual de baja intensidad evita que el patrón de conducta inadaptada se consolide; como sucede con la ira y la tristeza en los conflictos interpersonales. El proceso de cambio se realiza en tres etapas, explicadas por Meichenbaum (en Lynn y Garske, 1988):

1ª Fase: educativa

Se enseña al paciente a ser el mejor observador de su propia conducta. A través de completar tests y cuestionarios, registro de historias, auto-registro de conductas clave y similares, se recogen datos que definen el problema del paciente y se formulan objetivos terapéuticos. Dos propósitos más: que el paciente pueda percibir datos relevantes que antes ignoraba y que ayude a reorganizar el proceso.

2ª Fase: entrenamiento

Se ayuda a desarrollar en el paciente pensamientos y conductas adaptadas, distintas a las anteriores. Redefinir problemas implica aprender nuevas conductas, que se vuelvan habituales en situaciones nuevas. Cuando la conducta manifiesta del paciente cambia, el cambio se ubica en otras tres áreas: sus transacciones con el ambiente se alteran, su actividad es autoreglativa y cambia su esquema cognitivo.

3ª Fase: consolidación

Se consolidan los cambios, se promueve la generalización con el propósito de mantener los efectos del tratamiento y disminuir la probabilidad de recaída; se estimula al paciente atribuyéndole los cambios en sí mismo. Se establecen dos objetivos: que el paciente se atribuya los cambios en sí mismo y que aprenda a identificar situaciones de alto riesgo.

2.5 Técnicas terapéuticas cognitivo-conductuales

Las técnicas cognitivo-conductuales empleadas están dirigidas a cambiar la conducta desadaptativa, los pensamientos distorsionados y el estado de ánimo; existe una gran variedad y se caracterizan por ser activas, de tiempo limitado y estructuradas. Además de una aplicación eficaz, una conceptualización clara del caso y el establecimiento de la empatía; es importante el arte de la terapia. El terapeuta desarrolla habilidades para obtener material sensible, retroceder si es necesario, exhibir las evitaciones, avivar o calmar las inquietudes, modificar el modo de expresarse, cambiar el enfoque, incluir un juicioso sentido del humor, relatar anécdotas personales, etc. con el propósito de diseñar un plan de tratamiento efectivo. Ninguna técnica es puramente cognitiva o conductual, una estrategia cognitiva puede producir cambios conductuales y viceversa (Beck y Freeman, 1999).

La aplicación de una técnica tiene el objetivo de ayudar al paciente en el proceso terapéutico, pero también que éste aprenda y la utilice como herramienta para toda su vida. La TCC atiende trastornos, como son: fobias, ansiedad, depresión, problemas de dolor, control del enojo, drogadicción, problemas sexuales; así como en niños hiperactivos, agresivos, con problemas de autocontrol, aislamiento social, retraso mental o dificultades de aprendizaje (Lega, Caballo y Ellis, 1998).

Las terapias cognitivo conductuales más utilizadas por su eficacia, son: de reestructuración cognitiva, de entrenamiento en habilidades de afrontamiento y de solución de problemas; existe una interdependencia entre cognición, afecto, fisiología y conducta, considerada e incluida en los objetivos de cambio cognitivo (Op. cit).

Se explicarán las terapias de reestructuración cognitiva y la terapia de Resolución de problemas de D'Zurilla y Goldfried, porque fueron utilizadas dentro del servicio social; las otras solo se mencionan, por no ser el objetivo de este informe.

2.6 Terapias de reestructuración cognitiva

El objetivo de la intervención es modificar el esquema cognitivo del paciente, desechando creencias disfuncionales que generan conflicto emocional y conductual para sustituirlas por cogniciones más adecuadas, mediante determinadas tácticas terapéuticas. Se entrena al paciente para identificar los pensamientos automáticos autoderrotistas y reemplazarlos por pensamientos y conductas más objetivas y autoestimulantes; que adquiera conciencia del efecto de tales pensamientos, sentimientos y conductas, apreciando la satisfacción de producirlos de manera más racional y real (Lega, Caballo y Ellis, 1998). Las principales técnicas terapéuticas son: la terapia racional emotivo-conductual de Ellis, la terapia cognitiva de Beck y el entrenamiento autoinstruccional de Meichenbaum (no descrito en este informe).

▪ TERAPIA RACIONAL EMOTIVA-CONDUCTUAL (TREC) DE ALBERT ELLIS

La TREC es activa, directiva y en gran parte educativa que va directo al problema del paciente. Fundamentada en la Teoría del ABC de la perturbación emocional, donde la emoción es producto de pensamientos o ideas irracionales que al cambiarlos se modifican los síntomas neuróticos (Lega, Caballo y Ellis, 1998; Ellis, 1999). Las principales teorías clínicas de la TREC se detallan a continuación:

El ser humano aprende su forma de pensar del entorno y de las experiencias personales, favoreciendo la supervivencia y controlando las emociones; la forma de interpretar la realidad es la que produce el estado emocional.

▪ EI ABC

Indica cómo se crean y destruyen las propias perturbaciones, donde:
A es el acontecimiento activador, percepción de la realidad según cada persona.

B son las creencias o interpretaciones de la realidad, son racionales e irracionales.
C es la consecuencia emocional y conductual, coherente a la propia interpretación.

▪ *Detectar las creencias irracionales*

Se encuentran en los “deberías”, “tienes que”, “es horrible” o “es necesario”, usados al generalizar determinada situación distorsionando la realidad, son conclusiones antiempíricas, inconcientes en su lógica y realidad, absolutistas y dogmáticas, producen emociones perturbadoras y no ayudan al logro de objetivos. Son producto de un programa mental de necesidad-perturbación causante de la perturbación emocional o neurosis, o trastorno mental.

▪ *Debate, que distingue y discute las creencias irracionales (D)*

Debatiendo, discutiendo y definiendo es cómo se averigua la evidencia: si es falsa o cierta. Se provoca un debate interno entre lo racional y lo irracional, aclarando la realidad para disminuir o eliminar la creencia irracional. Se distingue lo que se quiere y lo que se necesita, se define una conclusión más racional.

▪ *Estructura de una nueva filosofía (E)*

Los “debería”, “tengo que”, “es necesario”, son obligaciones que al ser cambiadas se consigue un nuevo efecto o filosofía. Es una nueva forma más sensata de pensar automáticamente sobre sí mismo, los demás y el mundo; al adquirir un efecto cognitivo o nueva filosofía disminuye el estado de ánimo inadecuado, molesto o negativo.

El propósito de las TREC como TCC, es que las personas logren conducirse racionalmente protegiendo su integridad personal y manteniendo equilibradas sus emociones, a través de conseguir los siguientes objetivos:

1. Localizar los pensamientos negativos automáticos que contribuyen al malestar emocional.
2. Identificar los errores o distorsiones cognitivas.
3. Sustituirlos por creencias, pensamientos y habilidades sociales más adaptativas.

Técnicas de la terapia racional emotivo-conductual

Las ideas irracionales no son fáciles de identificar, son procesos de pensamiento sobreaprendidos y automáticos; se ayuda al paciente a identificar y verbalizar sus pensamientos, creencias, actitudes y filosofías, a través de técnicas que implican preguntas y los siguientes principios directrices:

- *Darse cuenta de forma inductiva*, se recogen pensamientos automáticos e inferencias para luego cuestionarlos y refutarlos, con el propósito de que el paciente se de cuenta por sí mismo de su patrón de creencias irracionales subyacente.
- La *interpretación inductiva*, después de recoger y cuestionar las inferencias y los pensamientos automáticos por medio de la interpretación, se sugieren al paciente posibles creencias subyacentes nucleares.
- El *encadenamiento de inferencias*, se trabaja con la hipótesis de que el pensamiento automático es cierto, y a través de preguntas al respecto se van descubriendo las ideas irracionales.

La TREC utiliza dos tipos de técnicas: las preferenciales exclusivas de este modelo psicoterapéutico y las generales que se adaptan de otras terapias:

- *Preferenciales*

- El debate.- o cuestionamiento con el propósito de enseñar al paciente a utilizar el método científico para analizar su pensamiento irracional; se discute su sistema de creencias irracionales mediante un debate cognitivo, conductual o por medio de la imaginación. Son dos estrategias para ayudar al paciente: una que examine su actual forma de pensar, y otra que desarrolle un nuevo modo de pensar (nueva filosofía). Son cuatro estilos: socrático que cuestiona ideas irracionales, didáctico que explica por qué son autodestructivas las ideas irracionales, chistoso como chiste oportuno de la idea irracional, y el revelador de sí mismo donde el paciente enfrenta su irracionalidad.
- Tareas para casa.- son lecturas, escritos, escuchar, imaginar, cognitivas, emotivas, conductuales, etc. o completar el formulario de autoayuda de la TRE que indica las ideas irracionales más comunes; con el propósito de reforzar en el paciente lo aprendido en la sesión y de que generalice a la vida cotidiana. Con tres objetivos: 1) cambiar una conducta deficiente y crear una adaptativa, 2) reducir los pensamientos irracionales y cambiarlos por ideas racionales, y 3) evaluar su grado de comprensión de la terapia.
- Ejercicios emotivos.- además del cambio cognitivo como objetivo principal, el propósito de la TREC es que el paciente se acepte a sí mismo dejando la rigidez de los “debo”, “tengo”, “es terrible” aceptando las consecuencias emocionales y conductuales implícitas.

- Ejercicios para atacar la vergüenza: se ensayan actividades sin riesgos para el paciente ni otras personas; se realizan acciones “socialmente torpes” dentro de la propia cultura, como: sonreír o saludar a un extraño, pedir dinero en la calle, etc.
 - Lista de emociones neg. racionales/apropiadas vs. irracionales/inapropiadas: lo racional implica sentir emociones negativas y positivas; las emociones negativas también pueden indicar una buena adaptación emocional. La realización de una lista de emociones y explorando su funcionalidad, revela lo racional o irracional de éstas y la importancia de hacer cambios.
- **Generales**
- Imágenes racional emotivas.- se basan en la hipótesis neurofisiológica, que: tanto experiencias reales como imaginadas crean conexiones y circuitos nerviosos; así, la práctica mental desarrolla pensamientos racionales, y las emociones resultantes la posibilidad de lograr tres consecuencias terapéuticas en el paciente: 1) extinguir el condicionamiento al estímulo externo causante de la emoción indeseada, 2) crear marcos de referencia mentales que incrementen la conducta racional real, y 3) aprender a dialogar racionalmente consigo mismo.
 - Hipnoterapia racional emotiva.- funciona a través de sugestión, manipula la técnica de relajación de Jacobson para después dar instrucciones de identificación de las ideas irracionales nucleares que causan problema; se usa 1 vez en el tratamiento
 - Técnicas conductuales.- facilitan el cambio conductual y elevan el nivel de tolerancia a la frustración; se usan por ejemplo: premios y castigos, el “como si”, y métodos de entrenamiento en habilidades. Son técnicas también empleadas como preferenciales utilizando el debate de ideas irracionales.

▪ **TERAPIA COGNITIVA (TC) DE AARON BECK**

Las emociones están condicionadas por la forma de pensar e interpretar una situación; las personas que viven el mismo incidente lo perciben de manera distinta y emocionalmente son afectados de manera distinta. La percepción de la realidad por los individuos se establece por diferentes niveles de pensamiento (Beck, 2000):

▪ **Creencias centrales o esquemas**

Es el nivel esencial de la cognición, son ideas fundamentales sobre sí mismo, las otras personas y el mundo; son consideradas como verdades absolutas, al creer

que “así son las cosas” y generalizando en exceso. La creencia central se activa cuando el sujeto interpreta una situación bajo esta creencia, aún cuando un análisis racional indique lo contrario; al mismo tiempo existe la tendencia de preferir la información que confirme su creencia central, ignorando la información contraria.

Beck y Freeman (1999) señalan que los esquemas son variados: personales, familiares, culturales, religiosos, etc., identificados a partir de la conducta. Los esquemas de las personas con trastornos mentales son menos flexibles, implican exigencias para sí, los otros y el mundo.

Los esquemas disfuncionales se conservan por: 1) el miedo a cambiar una creencia, que aunque es disfuncional es familiar, y 2) la adaptación a ese esquema disfuncional beneficia a corto plazo; mientras que adaptarse a un nuevo esquema a largo plazo limita capacidades de enfrentamiento a la vida y es más difícil el cambio.

▪ *Creencias intermedias*

Son actitudes, reglas y presunciones a menudo no expresadas que influyen en la forma de percibir una situación y están determinadas por las creencias centrales; al mismo tiempo intervienen en el modo de pensar, sentir y actuar. Se encuentran entre las creencias centrales y los pensamientos automáticos.

▪ *Pensamientos automáticos*

Es el nivel más superficial de la cognición, son las palabras e imágenes que pasan por la mente de manera automática, sin un proceso cognitivo previo; son los conocimientos más cercanos a la conciencia, provienen de actitudes más centrales y ampliamente disfuncionales de carácter más profundo, por lo tanto forman un patrón de pensamientos automáticos.

La infancia implica comprender el entorno, organizar las propias experiencias para lograr una adaptación suficiente y aprender de las interacciones con los otros y el mundo; ciertos aprendizajes son los que conforman las creencias, variando en su grado de exactitud y funcionalidad, mantenidas a lo largo del desarrollo humano.

▪ *Pensamientos distorsionados*

Los errores típicos del pensamiento, ya descritos (apartado 2.4.1). El paciente al leer la lista podrá determinar el tipo de distorsión en que está incurriendo y será capaz de evaluar con objetividad la validez de sus pensamientos.

Las creencias disfuncionales por carecer de bases racionales tienen la posibilidad de “desaprenderse” para aprender otras creencias funcionales y apegadas a la realidad. La TC inicia el tratamiento por los pensamientos automáticos, enseñando al paciente a reconocerlos, evaluarlos y modificarlos; así, conseguirá alivio inmediato para sus síntomas. Posteriormente se revisarán las creencias centrales e intermedias relevantes, detectadas durante el proceso terapéutico para ser modificadas, creando un cambio en las conclusiones del paciente al percibir nuevas situaciones. La TC básicamente se centra en la cognición considerando el afecto y la conducta, empleando una serie de técnicas cognitivas pero también emotivas y conductuales; al modificar las creencias centrales disfuncionales del paciente se aumenta la confianza en sí mismo y se reducen las posibles recaídas.

Técnicas de la terapia cognitiva

Las técnicas implican principios directrices a lo largo del tratamiento con el propósito de investigar cómo se relacionan entre sí cognición, emoción y conducta, para que el paciente aprenda. Dobson y Franche (en Caballo, 1995) los detallan:

- La *autoobservación*, para “darse cuenta” de los mecanismos psicológicos utilizados.
- La *identificación*, de la relación cognición-afecto-conducta.
- El *examen de la evidencia*, para sustituirlos por otros más funcionales.
- La *experimentación*, para comprobar los pensamientos automáticos.
- La *determinación*, de actitudes disfuncionales producto del pensamiento automático.

▪ *Técnicas cognitivas*

- Estrategias de afrontamiento.- se utiliza la imaginación como elemento poderoso de afrontamiento, que a través de la repetición y el emparejamiento de estímulos se obtienen mejores resultados. La imaginación dirigida: el paciente imagina cómo se enfrenta a la situación temida “como si” no estuviera ansioso. La imaginación proyectada: el paciente se imagina a sí mismo, dónde y cómo quisiera estar en una fecha futura; implica plantearse objetivos realistas.
- Comprobación de la realidad.- el paciente al referir una situación, se le pregunta sobre: evidencias que existen, alternativas, olvido de hechos relevantes, fijarse en exceso en hechos irrelevantes; se le ayuda a obtener una perspectiva más real de los acontecimientos.

- Reatribución.- el paciente al considerar una causa de sus fracasos, explorará otras causas posibles; no se quita la responsabilidad, solo se identifican otros factores que estén implicados.
- Solución de problemas.- los pensamientos distorsionados meten en problemas a los pacientes y sus creencias les impiden dar soluciones, se da un entrenamiento breve en la solución de problemas.
- Ensayo cognitivo.- el paciente imagina o visualiza cada uno de los pasos en una secuencia conductual y las formas de identificar cualquier trampa del pensamiento que pueda inferir su conducta deseable.
- *Técnicas conductuales*
 - Desensibilización sistemática.- el paciente jerarquiza las situaciones temidas y se imagina a sí mismo en esas situaciones, relajado y en un estado incompatible al usual (p. ej. ansiedad); probándose a sí mismo que mantiene temores sin estar en contacto con el estímulo temido.
 - Entrenamiento en relajación.- pueden emplearse métodos como la relajación muscular progresiva de Jacobson, la relajación autógena de Schultz, la práctica imaginada o cualquier otra que favorezca al paciente y sea capaz de practicarla a diario.
 - Empleo de la dramatización.- desarrolla aptitudes y supera inhibiciones; se invierten los roles, el terapeuta modela la conducta adecuada. Además favorece el desarrollo de la empatía hacia las personas importantes del paciente.
 - Evaluación de la destreza y del placer.- cada actividad que planifique el paciente la evaluará en una escala (p. ej. 1-10 puntos), considerando el grado de dominio y disfrute en ella. El propósito es debilitar el pensamiento distorsionado.
 - Entrenamiento asertivo.- es común que los pacientes muestren déficit conductual en asertividad o en habilidades sociales; se identifica la situación problema y se modela en paciente respuestas más apropiadas y eficaces.

2.7 Instrumentos más importantes de la TCC

• La primera entrevista

Son tres objetivos a alcanzar: una validación de la experiencia del paciente, una explicación de la naturaleza de la TCC y el comienzo de la evaluación del

problema. Para el paciente es importante sentir que se le toma en serio, pudiendo expresar sus sentimientos; mientras el terapeuta escuchará atento sin intentar negarlos o suprimirlos, investigando el modelo personal del paciente y si es necesario disipar cualquier mito o concepto erróneo, con claridad. Desde la primera entrevista se asigna una tarea de autoobservación, cuyo objetivo es el aporte de datos (Dobson y Franche en Caballo, 1995).

‣ *El cuestionamiento socrático*

A través de las preguntas adecuadas se obtiene una imagen no sesgada de las circunstancias que rodean al paciente, se desarrolla la empatía y se concibe una conceptualización específica y concreta del problema del paciente. Las preguntas se elaboran después de cada respuestas para no incomodar al paciente (Op. cit).

‣ *El autorregistro*

El paciente anota sus cogniciones en un Registro diario de pensamientos disfuncionales; la observación y el registro de dichos pensamientos, le permitirá comprender como un flujo de ideas e imágenes influyen en su estado de ánimo y en su conducta. Durante el día se dan tiempo para el registro, y posteriormente serán refutados al momento de la sesión terapéutica (Op. cit).

Las técnicas que facilitan el cambio en el paciente descritas en cada uno de los tipos de terapia cognitivo-conductual, no son exclusivas de éstos y pueden ser utilizadas en cualquier TCC de manera simple o combinada; con el propósito de hacer cambios cognitivos, conductuales y afectivos en el paciente. Existen más técnicas de las mencionadas, su empleo va de acuerdo a las necesidades del caso.

Es importante crear un programa terapéutico dirigido al cambio de las tres áreas, enfocarse al factor cognitivo no es suficiente (Beck y Freeman, 1999).

Los síntomas expresados por el paciente indican su malestar, frustración o enojo, pensando que su infancia infeliz o que sus carencias económicas han obstaculizado sus logros personales y su felicidad. La carga de un pasado "miserable" entorpece un presente prometedor, ignorando que con las propias habilidades y capacidades se cumplen las metas y deseos. Para la Terapia Cognitivo Conductual este esquema de pensamiento limita el desarrollo personal y social, estimulando una percepción inadecuada de la realidad, impidiendo la adaptación y pudiendo generar una psicopatología o "sencillamente" una baja autoestima.

3. IMPORTANCIA DE LA AUTOESTIMA

“La autoestima es la disposición a considerarse competente para hacer frente a los desafíos básicos de la vida y sentirse merecedor de la felicidad” (Branden, 1999, p. 46).

La autoestima es importante porque su vínculo con la conducta permite el estudio sociológico y psicológico de varios aspectos del ser humano, como son la personalidad, la salud mental, el bienestar psicológico, el entorno social, el desarrollo personal, la toma de decisiones o la autonomía, entre otros (Mruk, 1998). La valoración de sí mismo es vital en el desarrollo psicológico del ser humano, por los efectos que produce en su motivación, pensamientos, emociones, deseos, valores y objetivos. Son aspectos manifestados a través de la conducta, la cual muestra el estilo de pensamiento (racional o irracional), la madurez psicológica, la confianza y el respeto en sí mismo. Existe una estrecha relación de la autoestima con la salud mental, considerando el razonamiento como función básica de la conciencia; la cual apegada a la realidad suministra los medios de supervivencia, como son: la cognición, la evaluación y la regulación de las acciones (Branden, 2001).

Es la fuerza motivadora que influye en la conducta, que da significado a la vida, aceptación de sí mismo y de la felicidad; facilita la interacción con el mundo y con los otros. Incrementa la sensación de bienestar, seguridad e ingenio en la respuesta a los desafíos y oportunidades de la vida (Branden, 1999).

La autoestima es fundamental para la supervivencia psicológica, siendo posible a través de una personalidad bien estructurada que permita la aceptación de sí mismo a pesar de los errores o expectativas no cumplidas, favoreciendo así un estado de paz relativa y reconociendo las propias aptitudes y limitaciones; estar bien con uno mismo facilita la interacción con los otros (Rojas, 2002).

La autoestima guía hacia la felicidad razonable mediante el establecimiento de objetivos, fines y medios; cuando el ser humano no sabe lo que quiere, es porque no sabe lo que tiene y no sabe cómo ser feliz. Cada individuo tiene su propia felicidad, dependiendo de dos premisas particulares: tener una personalidad equilibrada y tener un plan de vida que contenga tres elementos principales que son amor, trabajo y cultura (Op. cit).

La autoestima no solo se limita a “nadie me quiere” o “no sirvo para nada” dentro del pensamiento del individuo, ya que al influir en la conducta humana ha adquirido un significado social. Se le relaciona a diversos problemas sociales como son: el consumo de sustancias, el embarazo adolescente, la violencia intrafamiliar, el fracaso escolar, la delincuencia o la anorexia, por mencionar algunos (Mruk, 1998).

Amarse a sí mismo permite amar a los demás, “la buena relación consigo mismo” facilita las buenas relaciones con los otros. En otras palabras, la autoestima es un elemento importante que capacita al ser humano en su interacción social, favoreciendo su equilibrio emocional y psicológico e impulsándolo a la superación personal con la seguridad de enfrentar cualquier obstáculo.

3.1 Ciencias que estudian la autoestima

Para Chris Mruk (1998), el estudio de la autoestima es un fenómeno psicosocial que requiere un trabajo multidisciplinario; la psicología y la sociología coinciden en la investigación del vínculo individuo-sociedad, por tres razones:

- 1) *La psicología estudia la conducta humana dentro del entorno social.*- al llevar la vida al nivel de conciencia, el individuo es la unidad básica de estudio.
- 2) *La sociología estudia el impacto de patrones y sistemas interpersonales en el sujeto.*- la vida es observada a nivel de grupos de personas, siendo la familia el grupo más importante.
- 3) *Ambas ciencias se necesitan recíprocamente.*- ya que la autoestima existe por factores personales y sociales necesarios para formarla.

La integración de estudios psicológicos y sociológicos elabora una imagen comprensiva y exacta de la autoestima. Los métodos más comunes en la investigación psicológica, son: los estudios de casos, las entrevistas y los diseños experimentales; tanto el estudio como el fortalecimiento de la autoestima se centran en el individuo.

Los métodos más comunes en la investigación sociológica, son: la investigación empírica, las encuestas y el análisis de datos; el trabajo es con grandes grupos centrado en factores sociales y ambientales que influyen en la autoestima, que para fortalecerla se crea un entorno social más positivo.

Los diversos enfoques psicológicos sobre la autoestima coinciden en que es un fenómeno evolutivo que parte de sí mismo con niveles, se vincula a la conducta como factor motivacional y mantiene una estrecha relación con la salud mental; su fortalecimiento favorece las relaciones interpersonales, e implica la competencia y el merecimiento (Polaino, 2004).

3.2 Componentes de la autoestima

La comprensión de la autoestima se inició con la conciencia de sí mismo (self o yo) que propuso William James a finales del siglo XIX, definiendo al self como un sentimiento hacia sí mismo determinado por la interacción de las propias cualidades y los éxitos; siendo un sentimiento, es afectado por el pensamiento de sí mismo (pretensiones) y el resultado de la propia conducta (éxitos). Es un elemento dinámico entre sí mismo, los otros y el mundo; además de estar abierto al cambio (Polaino, 2004; Mruk, 1998). Freud y Adler, aunque no usaron el término autoestima sí la contemplaron en sus obras; como la expresión “amor propio” utilizado por Freud o el “sentimiento de inferioridad” planteado por Adler (Branden, 1999; Adler, 1980).

La autoestima es una actitud de aprobación/desaprobación que involucra funciones cognitivas y del aprendizaje, generando en el individuo conciencia de sí mismo (Polaino, 2004); como tal, crea patrones comparativos y de acuerdo a las consecuencias obtenidas valora su competencia. La afectividad implícita en las comparaciones asigna valores propios del contexto cultural, incluyendo el valor como ser humano determinando su merecimiento. Mediante el estudio de casos, Nathaniel Branden es el primero en incluir en su definición de autoestima los dos componentes básicos: competencia y merecimiento (Mruk, 1998).

A continuación se explica el contenido de ambos elementos en base a los estudios de Mruk (1998) y de Branden (1999):

• Competencia o autoeficacia

Significa la confianza en sí mismo, en la propia capacidad cognitiva para aprender, decidir e interpretar la realidad; es reconocerse capaz de producir el resultado esperado y aceptar los propios errores con la convicción de que se pueden corregir. Es el rechazo a la indefensión, la persistencia en el intento aún frente a la adversidad; es el componente conductual que implica acción.

La autoeficacia se basa en éxitos y logros pasados que a través del conocimiento específico y reconocimiento de las propias capacidades se cree en sí mismo. Es confiar en los propios procesos mentales y la disposición de esperar el éxito debido al esfuerzo personal. Es luchar por los propios valores, es cuidar de sí mismo actuando eficazmente, dando y recibiendo amabilidad, cooperación o amistad beneficiando las relaciones interpersonales y sintiéndose bien consigo mismo. La voluntad, es la raíz de la eficacia y saberse capaz de aprender es la base de la seguridad que la fortalece.

• *Merecimiento o autorespeto*

Es la convicción de la valía personal, de la propia imperfección y del amor incondicional a sí mismo; es la actitud positiva hacia el derecho de vivir, de merecer el respeto de los otros y de ser feliz, trabajando por la propia felicidad y realización personal. La necesidad de respeto a sí mismo es básica e implícita en el ser humano, integrada durante su desarrollo al interactuar con los demás como un factor de supervivencia, por tres razones:

- 1) Respetarse a sí mismo es valorarse, mostrando a los otros cómo relacionarse.
- 2) No respetarse uno mismo es devaluarse y aceptar una relación negativa.
- 3) Mejorar el respeto a sí mismo es mejorar la actitud, valorando la propia persona.

El grado de valoración y confianza en sí mismo son significados registrados en la mente humana produciendo sentimientos positivos o negativos en cada individuo, creyéndose merecedor o no (Mézerville, 2004). El merecimiento es un valor que se da a sí mismo; así como el valor, calidad o significado que da a sus acciones, juzgándolas buenas o malas de acuerdo a lo aprendido en su entorno social (Polaino, 2004).

• *Relación entre competencia y merecimiento*

Desde el self que James formuló hasta la autoestima específica de Branden, puede observarse cómo el conocimiento sobre el tema ha aumentado siendo posible entenderla. Competencia y merecimiento son los soportes de la autoestima y se viven juntos, al faltar uno de ellos ésta se deteriora como si perdiera su esencia; si se es competente en algo, se es merecedor de algo y se tiene un valor positivo para sí mismo y para los demás.

El patrón personal de respuestas (valores) crea la baja o alta autoestima que al modificarlo, por consecuencia ésta también cambia. La autoestima es vital porque está integrada en la conducta, se experimenta como sentimiento y se expresa mediante palabras y acciones (Satir, 1991). Sentirse competente y merecedor es sentirse apto para vivir, es tener una alta autoestima; sentirse equivocado como persona, sentirse inapropiado para vivir, es tener una baja autoestima.

3.3 Desarrollo de la autoestima

Para Branden (1999) la autoestima es la salud de la mente sobre un yo fuerte, estructurado por factores internos y externos que intervienen en la vida del ser humano como un fenómeno evolutivo, a partir de la niñez. Los cuales son:

- *Factores internos:* creados por el individuo, como son las ideas, los procesos cognitivos, las creencias o las conductas.
- *Factores externos:* creados mediante el trato recibido durante la niñez, los mensajes verbales y no verbales, las experiencias suscitadas por los padres y otras personas significativas para el niño, y la cultura.

A continuación se explica cómo se constituye la autoestima en base a la evolución independiente de sus componentes (Polaino, 2004; Mruk, 1998)

a) Primera infancia: 0 – 5 años de edad

Las primeras acciones ejecutadas por el bebé como son los balbuceos, los primeros pasos, comer solo, rayar con un lápiz, etc. son sucesos importantes física, psicológica y socialmente para el niño y los demás; independientemente si tiene éxito o no, está evolucionando (Delval, 1993). El significado que los otros dan a sus éxitos y fracasos, es el grado de competencia o incompetencia que experimenta el pequeño; por lo tanto la competencia depende del modo en que el niño responde a los otros y al mundo. El merecimiento como precursor de la autoestima se integra de valores y juicios sociales relacionados al entorno sociocultural del niño, y varía de un contexto a otro. El bebé nace en un medio constituido por valores, costumbres y afectos, que le indican lo bueno, deseable o válido en general; a través de las expresiones y manifestaciones de los otros desarrolla el merecimiento, estrechamente vinculado a su vida social. Este elemento de la autoestima depende del modo en que los otros o el mundo responden al niño (Satir, 1991).

b) Niñez: 6 – 12 años de edad

El niño más conciente de sí mismo evalúa sus propias acciones y atributos en relación al juicio social, tomando en consideración sus habilidades físicas, cognitivas, emocionales y sociales. Los actos son realizados dentro de su mundo social donde las diferencias individuales son evidentes e influyen en la formación de la autoestima. En esta etapa, las conductas del niño son ejecutadas con mayor o menor destreza implicando la competencia, así como, la valoración que a sí mismo se hace y la de los otros fomentando el merecimiento. Finalizando esta etapa el niño consigue una autoestima global, necesaria para funcionar eficazmente y enfrentarse a dos nuevos retos: uno, la ampliación de su mundo social al relacionarse con otros como él y demás significativos, y otro, la adquisición de nuevos valores y normas definidas por el grupo y ambiente sociocultural. Cada edad contiene nuevas expectativas de competencia y de merecimiento que los otros esperan se cumplan; las situaciones que enfrenta el niño es la clara interacción con el mundo, el progreso significativo de la autoestima y la supervivencia a los ataques de la vida.

c) Problemas que afectan el desarrollo de la autoestima

1. Anomalías importantes en la formación de competencia y merecimiento, como problemas de aprendizaje, maltrato infantil o bajos recursos económicos.
2. Competencias naturales en el niño no relevantes en su entorno social.
3. Conflicto de valores, donde al niño no le interesan las nuevas expectativas sociales.

Son factores que pueden ocasionar problemas en la vida del individuo porque están arraigados en sus esquemas cognitivos.

d) Adulthood

Del adulto depende ganar o perder autoestima dentro de la dinámica social; sus valores personales-sociales, su forma de enfrentar los problemas, su adquisición o no de nuevas habilidades sociales y sus relaciones interpersonales, favorecen o disminuyen su autoestima. El éxito-fracaso basado en la competencia es más valorado por los hombres; la aceptación-rechazo basado en el merecimiento es más apreciado por las mujeres. Las ventajas del manejo de la autoestima por el adulto, en relación a la competencia y el merecimiento lo estabilizan psicológicamente; por el contrario, una autoestima disminuida lo conduce al inadecuado enfrentamiento de situaciones cotidianas sintiendo incompetencia y afectando su salud mental.

e) *Madurez psicológica*

Es el desarrollo pleno del ser humano al completar su conciencia de sí mismo; comprende las relaciones y similitudes haciendo inferencias y deduciendo: amplía su conocimiento. La madurez se observa en la capacidad de pensar en sí mismo ubicado en la realidad, aceptando la propia existencia y sus acciones. Es la relación entre equilibrio emocional y compromiso consigo mismo (Branden, 2001).

• **FACTORES RELACIONADOS AL DESARROLLO DE LA AUTOESTIMA**

- *Familia*: transmite el merecimiento y posteriormente la competencia. Los padres más involucrados afectivamente con sus hijos elevan el nivel de autoestima por la interacción personal, incrementando los valores personales, el conocimiento y el afecto a sí mismo. También influye el orden de nacimiento, la autoestima de los padres, el modelo de solución de problemas, el compromiso, etc. es un aprendizaje que desarrolla actitudes, habilidades, ideas y aceptación de sí mismo (Polaino, 2004)
- *Sociedad*: los valores que sustentan al merecimiento varían de acuerdo a la cultura, pero existen valores universales, como solidaridad, honor, disciplina o coraje que son compartidos por todos. Hipótesis planteadas, como la “de la subcultura” señala que los valores deseados por el individuo son transmitidos por las personas más cercanas a él, ignorando los valores de la sociedad en general; o como la “de la estratificación” donde el individuo al pertenecer a un grupo social con cierto nivel de autoestima, piensa que la sola pertenencia le dará ese nivel deseado (Mruk, 1998).
- *Género*: el sexismo presente en la sociedad marca pautas femeninas y masculinas, que aunque se han borrado algunas, las que continúan son suficientes para limitar el desarrollo de la autoestima; como se ha señalado antes, las mujeres dependen del merecimiento o valoración, y los hombres de la competencia. Para ambos, cumplir con las exigencias de su género puede dañar su autoestima (Op. cit).
- *Raza, religión y economía*: la autoestima dentro del entorno racial, religioso o económico se desarrolla por la identificación con el grupo y por los valores que entre sí comparten; así se satisfacen los criterios de éxito del grupo primario, más que los factores externos, generales y/o personales. En un grupo limitado también puede observarse una autoestima limitada; quien decide a favor de sí mismo se aparta de los preceptos del grupo, es decir “no piensa en los demás” (Op. cit).

Las investigaciones no concluyen que estos factores sean determinantes en la formación de la autoestima; hay adultos que de niños fueron criados dentro de un ambiente amoroso con reglas razonables y expectativas adecuadas, que se conducen inseguros por la vida. Y otros que criados en ambientes carentes de afecto y con limitaciones económicas, se adaptan socialmente (Branden, 2001; Polaino, 2004). A continuación se presentan las diferencias entre alta y baja autoestima:

Autoestima Alta	Autoestima Baja
Usa su intuición.	Usa sus prejuicios.
Es libre, nadie lo amenaza ni amenaza a los demás.	Se siente acorralado y amenazado; se defiende constantemente y amenaza a los demás.
Dirige su vida hacia donde cree conveniente, desarrollando habilidades que hagan posible ésto.	Dirige su vida hacia donde otros quieren que vaya, sintiéndose frustrado enojado y agresivo.
Es consciente de su constante cambio, adapta y acepta nuevos valores y rectifica caminos.	Inconsciente del cambio, es rígido en sus valores y se empeña en permanecer estático.
Aprende y se actualiza, para satisfacer las necesidades del presente.	Se estanca, no acepta la evolución, no ve necesidades: no aprende.
Ejecuta su trabajo con satisfacción, lo hace bien y aprende a mejorar.	Ejecuta su trabajo con insatisfacción, no lo hace bien ni aprende a mejorar.
Se gusta a sí mismo y gusta a los demás.	Se enoja consigo mismo, le desagradan los otros.
Se aprecia y se respeta, igualmente que a los demás.	Desconfía de sí mismo y de los demás.
Se percibe como único y percibe a los demás como únicos y diferentes.	Se percibe como copia de los demás y no acepta que los demás sean diferentes.
Conoce, respeta y expresa sus sentimientos; permite que los demás hagan lo mismo.	No conoce sus sentimientos, los reprime o los deforma; no acepta la expresión de sentimientos de los demás.
Toma sus propias decisiones y goza con el éxito.	No decide por sí mismo, acepta las decisiones de los demás culpándolos si algo sale mal.
Acepta que comete errores y aprende de ellos.	No acepta que comete errores, solo se culpa y no aprende de ellos.
Conoce sus derechos, obligaciones y necesidades, los defiende y desarrolla.	No conoce sus derechos, obligaciones ni necesidades, por lo tanto no los defiende ni desarrolla.
Asume sus responsabilidades y ello le hace crecer y sentirse pleno.	Diluye sus responsabilidades, no enfrenta su crecimiento y vive una vida mediocre.
Tiene la capacidad de autoevaluarse y no tiende a emitir juicios de otros.	No se autoevalúa, necesita de la aprobación o desaprobación de otros; se la pasa emitiendo los juicios de otros.
Controla y maneja sus instintos, tiene confianza en que los otros hagan lo mismo.	Se deja llevar por sus instintos, su control está en manos de los demás.
Maneja su agresividad sin hostilidad y sin lastimar a los demás.	Maneja su agresividad de manera destructiva, lastimándose a sí y a los demás.

(Recuperado en feb-2007 de www.diariodevida.com/blog/index)

3.4 Tipos de autoestima

- *Baja autoestima.*- se crea una imagen deficiente o negativa de sí mismo, mostrando: falta de confianza, desconocimiento de habilidades, creerse feo o tonto, falta de sentido en la vida, incompetencia, necesidad de aprobación de los demás, culpa o hipersensibilidad. Son pensamientos distorsionados que causan desesperanza, frustración o dependencia; tendiendo a fracasar y a sufrir porque “todo le sale mal”. La jactancia, arrogancia o agresividad ocultan la baja autoestima; erróneamente, ya que la autoestima alta revela aceptación de sí mismo y agrado (Branden, 1999).
- *Alta autoestima.*- se tiene una imagen positiva de sí mismo, es quererse tal como se es, manifestando: confianza en sí mismo, reconocer sus habilidades y limitaciones, y fijarse metas. Son pensamientos apegados a la realidad conociendo su eficacia y deficiencias; se tiende a triunfar, los errores impulsan a continuar en el logro de sus objetivos (Bloomfield, 1986).
- *Mediana autoestima.*- es la actitud que oscila entre lo apropiado y lo inapropiado, es sentirse acertado y equivocado; es la conducta inconsistente que va de la prudencia a la insensatez, reforzando la confusión sobre sí mismo (Branden, 1999).
- *Pseudoautoestima.*- es aparentar eficacia y dignidad cuando en realidad se piensa que no es así; es una creencia irracional mostrando una conducta de autoprotección, que reduce la ansiedad, proporciona seguridad y cubre la carencia de una auténtica autoestima. Es una actitud inadecuada que impide su desarrollo (Op. cit).

La autoestima puede variar por las experiencias vividas entre competencia y merecimiento, pero llega a predominar un tipo como patrón de conducta (Mruk, 1998). El grado de autoestima se compone día a día mediante la autoevaluación y las propias elecciones; éstas son inconcientes producto de las emociones, alejadas del pensamiento conciente (Branden, 2001). Desarrollar cualidades esenciales en el ser humano como son el razonamiento y la conciencia, determinan un eficaz funcionamiento social y ajuste psicológico (Branden, 1999; Kelly, 1987). La propia conciencia disminuye la autoestima a través de la envidia, como producto de una pobre percepción de sí mismo que al compararse con los demás “confirma las carencias personales” dando paso a pensamientos y sentimientos negativos; tener conciencia del buen funcionamiento aporta bienestar y satisfacción (Rojas, 2002).

3.5 Vínculo autoestima-conducta y su relación clínica

Rojas (2002) refiere que la herencia y el ambiente se complementan e influyen en el ser humano, transformándose a través de la experiencia y definiendo la personalidad; el dinamismo entre sus elementos físicos, psicológicos, sociales y culturales, cambia con el tiempo y la actividad del sujeto. La personalidad, es un conjunto dinámico de características emocionales, cognitivas y conductuales; durante el proceso evolutivo hay situaciones que hacen recordar un pasado infeliz o un futuro incierto afectando emocional y cognitivamente al individuo, provocando un comportamiento que afecta su presente; en el aquí y ahora el individuo muestra una conducta anormal. Lograr armonía entre lo que se es y lo que se hace, es encontrarse consigo mismo, como base de la autoestima.

La influencia entre autoestima y conducta es recíproca: la autoestima depende de la competencia y merecimiento percibidos en la propia conducta, y la conducta depende del grado de competencia y merecimiento de la propia autoestima (Rojas, 2002; Mruk, 1998; Branden, 1999).

El tipo de autoestima define el tipo de expectativas para uno mismo: lo que se puede merecer y lo que se puede hacer; actuando de modo en que se hagan realidad cumpliendo estas pretensiones y reforzando la imagen de sí mismo. La persona con baja autoestima se asusta al alcanzar éxito porque es algo no contemplado para sí misma, pensando que no le corresponde. Al no haber un ajuste entre el concepto personal y el reconocimiento obtenido se autosaboteará, ratificando la profecía autocumplida; experimentará la incongruencia entre la opinión que tiene de sí misma y lo que no es apropiado para ella (Polaino, 2004; Branden, 1999).

Pensar, reafirma el conocimiento y la conciencia frente a cada nuevo problema o situación, accediendo a una mente normal y sana; no pensar, es evadir problemas o situaciones sometiendo la capacidad integradora a conceptos fáciles de asimilar, sin intentar comprender lo complicado. La razón funciona a través de la cognición y la evaluación ubicando al individuo en la realidad; formando su conciencia, generando emociones y valores: manteniendo la salud mental, la sensación de eficacia y respeto a sí mismo. Las emociones conducen a la irracionalidad donde los sentimientos de ineficacia e indefensión surgen de un inadecuado esfuerzo por proteger la autoestima, generando neurosis o trastornos psicológicos (Branden, 2001).

La autoestima implica percepciones, experiencias y conductas, siendo la predisposición o conducta con que el individuo se enfrenta al mundo; el nivel de autoestima limita o aumenta las posibilidades. La conducta del sujeto en la interacción dinámica con el mundo implica una competencia y un merecimiento que confirman la profecía de éxito o fracaso; el enfoque cognitivo la explica, como un feedback regulador donde la variada información sobre el yo y el mundo a través de los otros modela patrones que integran la autoestima y la conducta en el individuo organizando sus percepciones, experiencias y conductas (Mruk, 1998).

Para Branden (1999) los mecanismos de defensa determinados por Freud como estrategias para proteger el equilibrio del yo, los entiende como mecanismos de defensa de la autoestima, cumpliendo con el mismo objetivo: defender al yo protegiendo su autoestima; ejemplo, la fanfarronería, la manipulación o la sumisión. Este sentimiento valorativo de sí mismo está en la conciencia humana; deduciendo que la autoestima es una necesidad humana esencial para la adaptación. Al no satisfacerla se forma defectuosa interviniendo en los problemas psicológicos del ser humano (además del factor biológico), como son: ansiedad, depresión, bajo rendimiento escolar o laboral, abuso de alcohol o drogas, violencia intrafamiliar, co-dependencia, trastornos sexuales, suicidio, elección de pareja, entre otros.

Los factores asociados a la autoestima, como la autonomía, la toma de decisiones y la seguridad en las propias percepciones y habilidades, favorecen los resultados positivos en el manejo de problemas, retos y oportunidades (Kelly, 1987). Una baja autoestima suscita respuestas negativas o las acelera. A continuación se presenta la relación de autoestima con las alteraciones emocionales más comunes (Polaino, 2004; Mruk, 1998):

▫ *Estrés*: es un síndrome general de adaptación; los sujetos afrontan los retos de la vida de dos modos:

- 1) Superándolos, mediante los propios recursos internos e interpersonales protegiéndose a sí mismo, obteniendo resultados positivos (autoestima alta).
- 2) Evitándolos, desconociendo el potencial personal e incrementando la percepción negativa de sí mismo (autoestima baja).

▫ *Ansiedad*: la baja autoestima a través de sentimientos de inadecuación e inferioridad crea patrones de conducta molestos o neuróticos, provocando:

- 1) Trastornos de ansiedad, como: trastorno obsesivo-compulsivo, de pánico, estrés postraumático, de ansiedad generalizada, fobias, etc.
 - 2) Trastornos de personalidad asociados al modo de liberar la ansiedad, como son: compulsivos, antisociales, depresivos, narcisistas, etc.
- *Depresión*: la constante son las creencias irracionales y la percepción distorsionada de sí mismo; existe la relación baja autoestima-depresión manejando la creencia de inhabilidad, reforzada por la ineficiencia en la resolución de problemas y el sentirse no merecedor; es elevada su relación con el suicidio (aunque existen otros factores).
- *Desviación social*: la baja autoestima organiza dos tipos de conducta patológica:
- 1) El abuso de sustancias, como alcohol y drogas; el sujeto al sentirse inmerecedor e incompetente desea experimentar otra sensación con un consumo excesivo.
 - 2) La desviación social, que mediante las conductas:
 - antisocial, cuando el sujeto con una autoestima vulnerable valora como insignificante sus acciones sintiéndose amenazado por los demás.
 - delincuencia, cuando el adolescente busca ser aceptado por sus compañeros (merecimiento) y lograr éxito en una actividad valorada por los otros sin preocuparse por las consecuencias (competencia).
- *Pseudoautoestima*: es una preocupación excesiva por el éxito o el fracaso, una fuerte necesidad de logro basada en la manipulación, el daño y el abuso de los derechos de los otros, más que en el deseo de hacerlo todo bien; son personas que evitan sentimientos de inadecuación, solo se sienten valiosos al “quitar valor a los otros”, imponen su patología a otras personas.
- *Autoestima narcisista*: es una opinión muy alta de sí mismo y de las propias acciones sin pruebas que lo confirmen, empleando la fanfarronería, la presunción y la evitación; el rechazo a aceptarse se observa a través de la negación, son personas sensibles en extremo y pueden ser hostiles.

La función de la autoestima es crear un sentido de vida, a través de sus componentes: la competencia y el merecimiento, implícitos en el funcionamiento social y ajuste psicológico; moldeados en el contexto de las relaciones interpersonales (Kelly, 1987). La TCC al promover cambios en la forma de pensar impulsa al autodescubrimiento manteniendo un equilibrio psicológico, practicando un nuevo estilo cognitivo y aprendiendo a valorarse a sí mismo (Ellis, 1999).

3.6 Fortalecimiento de la autoestima

La estructura de un programa de fortalecimiento de la autoestima mantiene las siguientes características (Mruk, 1998):

- Coherencia en la teoría y la práctica: como proceso educativo que aporta credibilidad.
- Sistematización: el programa define claramente los estadios produciendo un efecto acumulativo; realización de actividades terapéuticas; fijación de objetivos, como: aumentar la conciencia de la importancia de la autoestima, el manejo de las emociones, modificación de la conducta cognitiva, aumentar niveles de competencia y/o merecimiento.
- Evaluación: permite identificar los problemas de autoestima, adaptando el programa al paciente; los datos obtenidos permiten una mejor intervención.
- Empatía entre paciente y terapeuta, que además se conduce como profesor.
- Diversidad clínica: su flexibilidad permite la adaptación al tipo de paciente.

Así, al fortalecer la autoestima el sujeto se vuelve independiente, no necesita la aprobación de los demás porque la confianza en sí mismo favorece el desarrollo de habilidades sociales mejorando sus relaciones interpersonales y ampliando su desarrollo personal, social y afectivo (Carrasco, 2001). Sentimientos de seguridad, aceptación y amor hacia sí mismo favorecen la habilidades como la toma de decisiones o la resolución de problemas sin derrumbarse anímicamente; considerando el error como la oportunidad de aprendizaje y conocimiento de sí mismo (Bloomfield, 1986).

4. IMPORTANCIA DE LA SOLUCIÓN DE PROBLEMAS

Adquirir conciencia e identificar la realidad es tomar el control de la propia vida; la falta de conciencia equivale a una reducción de los contenidos de la mente deteriorando la confrontación con el ambiente (Branden, 2001; Rojas, 2002). Es por esto la trascendencia de modificar en el paciente su modo de pensar con apego a la realidad. La importancia en resolver problemas es tener conciencia en la actividad cotidiana manteniendo un estado fundamental de alerta, como habilidad propia del pensamiento con un propósito a cumplir: cubrir una necesidad.

La capacidad de resolver problemas no implica “estar preparado para los problemas que se presenten”; es tener conciencia de lo que pensamos, sentimos y hacemos. La autoestima como mecanismo de la supervivencia psicológica involucra la condición de alerta, adaptando al individuo en su entorno social (Kelly, 1987).

Los conflictos sean insignificantes o complicados son normales en la vida, al igual que sus consecuencias que pueden ser simples o graves; pero el modo de resolver las dificultades no solo depende de la persona sino de diversos factores, como las habilidades con que cuenta, su experiencia y capacidad de decisión, el grado en que percibe la situación problema, etc. (Olivares y Méndez, 2001).

4.1 Antecedentes históricos en Solución de Problemas

La solución de problemas se ha investigado en animales y en humanos. La observación de animales, como chimpancés, perros, gatos o palomas, se ha realizado con la intención de conocer los procesos cognitivos que pueden intervenir para solución de determinados problemas. Las primeras investigaciones en humanos se relacionan a estudios sobre el aprendizaje dentro de la psicología experimental, aplicados en ámbitos laborales, educativos, de laboratorio y clínicos (Olivares y Méndez, 2001).

Pero la solución de problemas en humanos como intervención e investigación surgió del movimiento entre los años cincuenta y sesenta, proponiendo la consideración del aspecto social en la psicopatología con el propósito de sustituir el modelo de enfermedad de la conducta anormal por el de trastorno psicológico. En esa época las investigaciones se centraban en los procesos cognitivos, desarrollaron técnicas fundamentadas en lo cognitivo y en lo conductual; los estudiosos de la solución de problemas entendían la conducta anormal o perturbación emocional, como una conducta ineficaz cuyas soluciones inadecuadas ocasionaban efectos indeseables como es la ansiedad, la depresión, obesidad, alcoholismo, conflictos de pareja, problemas adicionales, etc.

Esta conducta desadaptativa es el resultado del déficit en habilidades sociales y en solución de problemas, siendo primordial habilitar al individuo de estrategias cognitivas y conductuales que le permitan resolver adecuada y satisfactoriamente una situación problema. Este entrenamiento también se aplica a sujetos con

síndrome de Down, retraso mental, delincuentes, adictos, etc. (Nezu y Nezu en Caballo, 1995; Olivares y Méndez, 2001).

Las principales técnicas cognitivo-conductuales (Lega, Caballo y Ellis, 1998) desarrolladas para la solución de problemas, son: la resolución de problemas de D'Zurilla y Goldfried, la solución de problemas interpersonales de Spivack y Shure, y la ciencia personal de Mahoney; las cuales, comparten dos finalidades:

1. Terapéutica, que trata problemas psicológicos resultantes del déficit en habilidades para resolver conflictos personales.
2. Preventiva, que entrena en la solución de problemas, desarrollando habilidades que permitan enfrentar situaciones problema.

4.2 Terapia de Resolución de problemas de D'Zurilla y Goldfried

D'Zurilla y Goldfried propusieron un modelo normativo de solución de conflictos sociales: la Terapia de Resolución de Problemas (TRP), que facilita el entrenamiento de un conjunto de habilidades específicas que aumentan la eficacia de las respuestas.

El entrenamiento en solución de problemas comienza explicando al paciente sus fundamentos y bases lógicas, lo cotidiano de enfrentar y resolver problemas, y las consecuencias positivas al trabajar en el cambio; es importante aclararle que usar el método no implica que exista una solución para todo, sino que es una metodología sistemática que aumenta las probabilidades de alternativas válidas y eficaces.

La TRP se aplica en el tratamiento de conductas adictivas, problemas académicos, depresión, ansiedad, problemas obsesivo-compulsivos, delincuencia, malos tratos, estrés, terapia de pareja (Olivares y Méndez, 2001).

El objetivo principal de la TRP es entrenar al sujeto habilitándolo para enfrentar cualquier situación-problema; la preparación es mediante un modelamiento progresivo y participativo, donde paciente y terapeuta discuten resolviendo problemas simulados o reales. Las habilidades y ejecución del paciente se evalúan, utilizando:

- a) Autoinforme o valoración verbal: que incluye cuestionarios, inventarios, entrevistas y tests verbales de problemas hipotéticos.
- b) Observación: se observa directamente la resolución de problemas simulados o reales que realiza el sujeto (Op. cit).

La autoestima es un precedente del desarrollo de habilidades para la vida, favoreciendo el funcionamiento social y el ajuste psicológico (Kelly, 1987). La solución de problemas es una habilidad significativa de la competencia social, y ésta es componente clave del ajuste psicológico. El sujeto no soluciona los conflictos por dos razones: 1) no aprendió las habilidades necesarias, o 2) las posee pero no se atreve debido a emociones negativas o a pensamientos de baja autoestima; cuyas soluciones ineficaces afectan su autoestima (Nezu en Caballo, 1995).

La Organización Mundial de la salud (OMS) a través de la División de Salud Mental, lanzó en 1993 una iniciativa internacional para la educación en un grupo de diez destrezas psicosociales o "Habilidades para la vida" (Recuperado en dic-2007 de www.who.int/whr/2007/es). Las cuales, son aptitudes necesarias para enfrentar con eficacia los retos y desafíos de la vida diaria; su desarrollo habilita al ser humano en su adaptación social. Tener la capacidad de expresar nuestro sentir favorece la consecución de los propios satisfactores y objetivos, haciendo respetar nuestros derechos a la vez que respetamos los derechos de los demás (Carrasco, 2001).

El objetivo principal de la iniciativa es desarrollar o fortalecer en el individuo la relación consigo mismo, con los demás y con el mundo, en beneficio de su salud mental; proponiendo las siguientes:

1. Conocimiento de sí mismo
2. Comunicación efectiva o asertiva
3. Toma de decisiones
4. Pensamiento creativo
5. Manejo de emociones y sentimientos
6. Empatía
7. Relaciones interpersonales
8. Solución de problemas y conflictos
9. Pensamiento crítico
10. Manejo de tensiones y estrés

Son habilidades que benefician tres aspectos importantes en el individuo:

- 1) El social e interpersonal que incluye la comunicación, la negociación, la confianza, la cooperación y la empatía.

- 2) El cognitivo a través de la solución de problemas, comprensión de consecuencias, toma de decisiones, pensamiento crítico y autoevaluación.
- 3) El emocional que maneja el control del estrés, de los sentimientos y de las emociones. (Recuperado en dic-2007 de www.who.int/whr/2007/es).

Son aptitudes adquiridas mediante el aprendizaje, que al carecer de ellas afecta el comportamiento de las personas; su enseñanza en problemas específicos promueve la salud mental, como uno de los propósitos del trabajo clínico. Es a través de la reestructuración cognitiva que se pueden fortalecer estos tres aspectos recuperando la autoestima, desarrollando o descubriendo habilidades como es la solución de problemas y favoreciendo la adaptación social.

Por esta razón el trabajo clínico, el contenido de la Terapia Cognitivo Conductual, la autoestima y la solución de problemas, son el marco teórico que sustenta este IPSS; son conocimientos nuevos integrados al saber psicológico adquirido en la etapa académica. El IPSS es un trabajo adjunto a la prestación del Servicio Social, cuya importancia está fundamentada por la teoría, la investigación y la práctica; es un proceso formativo, dirigido al servicio psicológico dentro de un marco social.

Un IPSS involucra vivir la realidad del sufrimiento psicológico humano y confrontar la propia estabilidad emocional. Durante la práctica surgen preguntas y la preocupada búsqueda de respuestas, que más que angustia amplía el conocimiento. El soporte teórico permite crear una hipótesis, comprobándola a través de un plan de tratamiento; el servicio comunitario desarrolla el sentido social, fortalece la ética y genera satisfacción personal.

Realizar un IPSS es la oportunidad de afinar la herramienta de trabajo futura, formándola adecuada y precisa, tan perdurable que el paso del tiempo solo la perfeccione.

ESTRATEGIAS METODOLÓGICAS Y/O DE INTERVENCIÓN

OBJETIVO GENERAL

Desarrollar habilidades clínicas en el modelo de Terapia Cognitivo Conductual vinculadas a la formación académica, que a través de un contexto de servicio social favorezcan la práctica profesional en el alumno, sensibilizándolo en la asistencia a la comunidad.

Desarrollar habilidades como promotor de la salud estructurando e impartiendo talleres, contribuyendo así con la institución al atender a un grupo de usuarios que presentan similar déficit cognitivo conductual.

1. PLAN DE ACTIVIDADES ACADÉMICO-PROFESIONALES DE SERVICIO SOCIAL

Para prestar el servicio social en el Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila" (CSP), fue necesario estructurar un Plan de Actividades Académico-Profesionales de Servicio Social que se realizó durante el período que comprende del 05 de junio de 2006 al 09 de febrero de 2007, de lunes a viernes en un horario de 16:00 a 20:00 horas; incluyendo los siguientes objetivos:

1. Trabajar organizada y sistemáticamente en un escenario institucional.
2. Incrementar conocimientos y habilidades clínicas para el desempeño terapéutico.
3. Desarrollar habilidades de elaboración de talleres y material de apoyo.
4. Instrumentar el taller creado, en un grupo pequeño.

2. ESCENARIO

El CSP está ubicado dentro de las instalaciones de la Facultad de Psicología, en el sótano del edificio "D". Cuenta con una Sala de Espera, un área de Recepción atendida por dos secretarías, dos sanitarios (uno para mujeres y otro para hombres), un pasillo con jardineras como acceso a 26 cubículos; dispuestos de la siguiente manera:

4 Cámaras de Gesell	1 Cubículo-oficina de la Coordinación (CSP)
9 Cubículos individuales	2 Cubículos de Archivo Clínico y Enseñanza
1 Sala de Terapeutas	3 Cubículos para Terapia de
1 Cocina-comedor	Biorretroalimentación
1 Cubículo para Servicio Social	

La institución rodeada de áreas verdes y roca volcánica, acondicionada con iluminación artificial y natural, e incluso con una permanente temperatura baja referida con frecuencia por los pacientes, es un espacio adecuado para dar el servicio de atención psicológica favoreciendo a los prestadores de servicio social y a los usuarios. Está equipada con sillas, sillones y pupitres para cada tipo de tratamiento, libros para niños en la sala de espera, relojes de pared en los cubículos, pizarrones blancos y red de tecnología audio-visual en las cámaras de Gesell, báscula y algunos instrumentos médicos. Computadoras, impresoras, archiveros, escritorios, asientos y pizarras de corcho en la recepción, área de enseñanza, sala de terapeutas y cubículo de servicio social.

La práctica como promotor de la salud se llevó a cabo en el cubículo 5 impartiendo el Taller de Autoestima, y en el cubículo 7 el Taller de Solución de Problemas; ambos son cámaras de Gesell, donde la parte de observación de cada uno, era utilizada al mismo tiempo para otras actividades, como por ejemplo terapia individual u otros talleres. Actividades como la preconsulta, la terapia supervisada y la evaluación psicológica fueron realizadas en alguno de los cubículos individuales; las demás actividades de servicio social, como la actualización de expedientes o la calificación de pruebas psicológicas se efectuaron en el cubículo de Servicio Social.

3. TRABAJO REALIZADO EN EL PROGRAMA DE SERVICIO SOCIAL EN CLÍNICA

El servicio psicológico brindado mediante este programa fue dirigido a la comunidad universitaria y a la población externa, a través de la Terapia Cognitivo Conductual (TCC). Las características de esta terapia beneficiaron la formación profesional en el estudiante y la salud mental en el paciente, se cumplió con los principios de la misma; siendo posible alcanzar los objetivos planeados por el

paciente y el terapeuta, con el propósito de aprender a mantener un equilibrio psicológico. Considerando el contenido del programa y del plan ya mencionados, y los servicios psicológicos que ofrece el CSP con fundamento en la TCC, se cumplió con los requisitos del IPSS y del Servicio Social trabajando en las siguientes tres actividades principales:

- A. La preconsulta
- B. La terapia supervisada
- C. La promoción de la salud

En la consecución de los objetivos del Plan de actividades académico-profesionales correspondiente al Programa de Servicio Social en Clínica a cubrir en el período establecido, fue importante integrar la observación de síntomas al conocimiento académico con el propósito de desarrollar habilidades en beneficio propio y de los pacientes tratados; realizando así la práctica profesional necesaria en la formación del estudiante.

La participación en el curso "Introducción a la Terapia Racional Emotiva" impartido del 14 de agosto de 2006 al 4 de junio de 2007, los días lunes de 10:00 a 14:00 horas, como parte del Programa de Formación Profesional Supervisada en Centros y Programas de Servicio a la Comunidad, fue complemento importante en la realización de las actividades mencionadas. Favoreció la identificación de las ideas irracionales en el paciente, siendo posible revelárselas de inmediato al realizar la preconsulta e introduciendo al paciente al trabajo terapéutico cognitivo conductual. En el siguiente apartado se describe la realización de la preconsulta, cuyos resultados determinaron el tema a tratar, en la función como Promotor de la salud.

A. LA PRECONSULTA

OBJETIVO ESPECÍFICO

Fortalecer el desarrollo de las habilidades propias del psicólogo clínico, como son la entrevista, la observación, el diagnóstico y la comunicación; que faciliten en el

estudiante hacer una impresión diagnóstica, para derivar al paciente a los diferentes programas de atención que ofrece la institución.

1. IMPORTANCIA DE LA PRECONSULTA

En ella se obtiene la información más relevante acerca de la problemática del paciente, para ser evaluada. Es una de las fases principales del procedimiento clínico; al conseguir los datos más importantes será posible generar un programa de tratamiento adecuado a las necesidades del paciente, que permita cambios a corto y largo plazo. Es el momento de motivarlo para resolver su problema, estableciendo la empatía en la relación paciente-terapeuta.

Las preguntas se dirigen sobre las áreas fundamentales vinculadas con aspectos físicos, afectivos, cognitivos y conductuales, relacionándolas con el paciente, su familia y su entorno social. Los elementos que influyen en la entrevista, son varios: el entrevistador, su experiencia profesional, el género, el lenguaje y tono de voz, la confianza y motivación que inspira, su actitud, su forma de dirigir la entrevista, las expectativas sobre los resultados, entre otros.

La entrevista conductual es un proceso continuo, el propósito de sus cuestionamientos es definir el problema y crear un plan de tratamiento adecuado a las necesidades del paciente.

Los datos obtenidos revelan la causa y situación del problema, se clasifican las conductas como exceso, déficit y cambio conductual; se realiza un análisis motivacional para conocer los reforzadores positivos y estímulos aversivos con que cuenta el paciente (Reynoso, 2005).

1.1 Características de la preconsulta en la Institución

Las personas que requieran el servicio psicológico en el CSP, deberán cumplir con los siguientes requisitos: acudir personalmente con una identificación oficial al Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila" (si es menor de edad, será acompañado por un adulto) dentro de los horarios establecidos, recibirán una Ficha de Admisión y un acuerdo de tratamiento denominado "Derechos y responsabilidades de los asistentes". La institución entrega diez fichas en cada turno, de lunes a

viernes; posteriormente la persona será atendida en preconsulta, facilitando la impresión diagnóstica de su caso para ser asignada a un programa, llenando un formato que contiene los datos más relevantes. Más adelante se cita al paciente indicándole el día y hora de su terapia y el nombre del terapeuta que le atenderá. La cuota de recuperación es simbólica, ya que el objetivo de la institución es servir a la sociedad.

La entrevista es conductual, su duración es de 20 a 30 minutos, ampliándose el tiempo ante la carga emocional del paciente. Inicia con un rapport dando confianza al paciente y mostrando interés en él; la ejecución de la Preconsulta es dentro de un cubículo individual en las condiciones adecuadas para el procedimiento psicológico.

El trato amable y cálido del entrevistador hacia el paciente facilita la empatía, la descarga emocional y la confianza para referir su problemática. Se informa que es una entrevista para recabar los datos más importantes y así conceptualizar su caso y ser asignado a un tratamiento; se escucha el relato, se hacen preguntas directas y relacionadas con sus amistades, vida laboral, familiar, académica, sexual y de salud. Se cuestiona sobre las estrategias utilizadas para la solución de sus problemas y qué espera del servicio psicológico; se considera la catarsis del paciente y se hace un cierre de la sesión. La información obtenida permite dar una impresión diagnóstica del paciente, para ser asignado por la Coordinadora del CSP a determinado tipo de tratamiento que puede ser: individual, grupal, taller o programa específico; algunos pacientes, como adictos o psiquiátricos son canalizados a las instituciones correspondientes. Ciertos síntomas referidos por los pacientes indican un déficit en común sobre aspectos importantes de sus vidas, siendo necesario integrarlos a uno de los talleres impartidos en la institución receptora.

1.2 Actividades de preconsulta

Recibida la solicitud o Ficha de Admisión del paciente, se procede a la entrevista con el paciente de manera individual utilizando el formato de Pre-consulta; mediante el cual se corroboran los datos de la solicitud, se describe el problema, se detallan las estrategias de solución utilizadas por el paciente, las áreas afectadas por el problema, el tipo de canalización, si hubo algún problema y su solución durante la sesión, el nombre del entrevistador y el programa al que pertenece.

Estas actividades benefician al prestador del servicio social, al desarrollar empatía, habilidades sociales, asertividad y la confianza en sí mismo; capacidades que a su vez favorecen la entrevista, así como intervenir en las crisis que se presentan al momento de la actividad, o respondiendo a la orientación que solo requiere el paciente.

B. LA TERAPIA SUPERVISADA

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Desarrollar en el estudiante la competencia profesional en psicología clínica, mediante la aplicación de sus conocimientos académicos y el aprendizaje de nuevas habilidades, como son la intervención, prevención, evaluación e investigación.

Ayudar al paciente a desarrollar habilidades que le aporten mayor conciencia y comprensión de sus actos, y así solucionar la problemática que lo condujo a la institución solicitando atención psicológica.

1. LA ASIGNACIÓN DE PACIENTES

La Coordinadora del CSP como responsable del Programa de Servicio Social en Clínica y Supervisora de los prestadores de servicio social, de acuerdo con los profesores encargados de programas específicos determinan el tipo de tratamiento psicológico para los solicitantes en base a la información obtenida en la preconsulta. Además es quien asigna pacientes a los prestadores de servicio social, para ser atendidos en terapia individual bajo supervisión de ella o de residentes de la Maestría en Medicina Conductual.

Como se ha mencionado anteriormente, el área de servicio social trabaja aplicando los principios de la TCC; el prestador de servicio social bajo supervisión investiga y estructura el plan de tratamiento para sus pacientes. Si es necesario, la sesión se enriquece con formatos o carteles; la asignación de tareas a los pacientes están relacionadas a temas tratados en las sesiones, beneficiando su tratamiento.

1.1 Actividades implícitas en la terapia supervisada

La recepción de un paciente implica la organización y actualización de su expediente clínico, y la concertación de citas. El expediente se integra con la Ficha de Admisión, el acuerdo de tratamiento o “Derechos y responsabilidades de los asistentes”, la Pre-consulta, la Hoja Frontal y el Programa de Tratamiento; durante las sesiones se recaba la información correspondiente a la Historia Clínica, la Modalidad de Tratamiento y la Nota Psicológica; ésta última se actualiza cada sesión donde se observa el avance del paciente. El prestador es el encargado de realizar las Bajas o las Altas de sus pacientes; llena los formatos correspondientes, los registra y entrega a la Coordinadora del CSP.

Al ser asignados los expedientes al prestador, éste se comunica con los pacientes vía telefónica o correo electrónico; indicando su nombre, el tipo de tratamiento, el día y la hora de las sesiones, y la cuota de recuperación a cubrir. En la terapia individual puede acordarse el día y la hora de la sesión, o cambiar el turno de atención al paciente que implica ser asignado a otro terapeuta. El prestador es el encargado de estar al tanto de la asistencia de sus pacientes, advirtiéndoles que tres faltas injustificadas serán motivo de baja del servicio. Antes de dar de baja al paciente se le trata de localizar con el propósito de averiguar el motivo de su inasistencia; se intenta tres veces, al no encontrar al paciente o no recibir respuesta de él se considera baja; al igual que si informa que ya no asistirá a su tratamiento.

1.2 Realización de la terapia supervisada

Los datos de la solicitud de servicio y de la preconsulta orientan hacia el establecimiento del plan de tratamiento para el paciente. Es un plan que durante su desarrollo (Beck, 2000) puede ser modificado de acuerdo a las necesidades de la sesión, lo mismo que las técnicas programadas en beneficio del paciente. La terapia tiene una duración aproximada de 10 a 20 sesiones semanales, que pueden espaciarse por compromisos personales del paciente o del terapeuta.

Los objetivos del terapeuta en la primera sesión son: crear confianza y rapport, iniciar al paciente en la TCC e instruirlo respecto a su problemática emocional. La actitud del terapeuta es de confianza y amabilidad, capaz de transmitir esperanza al paciente, recabando la información acerca de sus dificultades para así desarrollar

una lista de objetivos. Se hace el encuadre, se registra el medicamento que toma el paciente, así como el consumo de alcohol, drogas, etc. si los hubiese. Es importante al finalizar la sesión que el terapeuta refiera al paciente una síntesis de su discurso, como una forma de mostrar su interés por él; asimismo, pide al paciente una reflexión sobre lo visto en la sesión, y manda una tarea.

La segunda sesión comprende control del estado de ánimo considerando los medicamentos o los excesos que hubiese; una revisión de la sesión anterior y de la tarea de autoayuda, diálogo sobre los temas planificados y asignación de nuevas tareas, resumen final, retroalimentación. Los objetivos de esta sesión son ayudar al paciente a escoger un problema a trabajar, reforzar el modelo cognitivo conductual y la identificación de pensamientos automáticos; el propósito es fortalecer la alianza terapeuta-paciente y disminuir los síntomas del paciente.

En las siguientes sesiones se mantiene esta estructura y al igual que en la primera sesión, el terapeuta devuelve la historia al paciente y éste hace una reflexión de lo tratado en la sesión. La organización es la misma pero el contenido varía según los problemas y objetivos del paciente, y los propósitos del terapeuta. En las primeras sesiones la responsabilidad recae en el terapeuta para ser transferida gradualmente al paciente; así, en las sesiones finales es el paciente quien designa la mayor parte de los temas, utiliza herramientas como por ejemplo el Registro de Pensamiento Disfuncional de Beck para evaluar sus pensamientos, designa sus propias tareas y resume la sesión.

Se toman notas de la sesión con el objeto de profundizar la conceptualización, saber lo que se trabaja y planificar futuras sesiones; se conservan las copias de las notas que toma el paciente. Las notas psicológicas incluyen: los temas trabajados, los pensamientos y creencias escritos textualmente, la creencia inicial predominante y las intervenciones practicadas en la sesión, los cambios cognitivos y el grado de creencia en ellos, las tareas y los temas planificados para las futuras sesiones.

En el siguiente apartado se describen los motivos que llevaron a estructurar un Taller de Autoestima y un Taller de Solución de Problemas, como producto de las actividades de preconsulta y de terapia supervisada contenidas en el Programa de Servicio Social en Clínica y desarrollando las habilidades propias como promotor de la salud.

C. LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Desarrollar habilidades para la elaboración e impartición de talleres referidos a las problemáticas de la comunidad, así como el manejo de grupos pequeños. Favorecer en los asistentes a los talleres la sensibilización y comprensión de su propia problemática, así como la de los otros participantes; la institución brinda el servicio cumpliendo con su misión.

1. ELECCIÓN DEL TEMA DE INTERÉS PARA DISEÑAR UN TALLER

En México se han realizado diversos estudios sobre autoestima en el área de la Psicología Social; considerándola un elemento importante ligado al comportamiento humano, pudiendo afectar en el individuo la percepción de sí mismo en relación al mundo y a los otros. Como ejemplo, se mencionan los siguientes:

- Vite (1986), realizó la investigación “El ingreso económico familiar y su relación con la autoestima de la mujer casada”. El estudio se efectuó con mujeres casadas de clase media de la Cd. de México, con promedios de: 37.6 años de edad, 15 años de casadas y dos hijos. Se encontró que las madres con menores ingresos familiares, tienen autoestima: positiva por dependencia social y como madres, y negativa como trabajadoras y esposas. Las madres con mayores ingresos familiares, tienen autoestima: negativa por dependencia social y como madres, y positiva como trabajadoras y esposas.
- González y Valdez (1996), realizaron la investigación “Autoconcepto y autoestima en madres e hijos de diferentes escuelas de la Cd. de Toluca”. El estudio se hizo con niños de 10 a 13 años de edad, de 6º grado de primaria, escuelas públicas y privadas de Toluca y sus respectivas madres. Se encontró que las madres se perciben con las características propias de madres educadoras; sus niños se perciben con las características propias de niños de esta edad. Respecto al autoconcepto ideal de las madres, a éstas les gustaría fortalecer el contacto con sus hijos; a sus niños les gustaría ser aplicados e inteligentes. Se observó que la autoestima de las madres es más alta que la de sus hijos, debido a que su autoconcepto es cercano al ideal en comparación a sus hijos que viven una etapa crítica del desarrollo físico.

• Carreño (2006), realizó la investigación "Asertividad, autoestima y rol de Género en mujeres estériles con síntomas de depresión y ansiedad". El estudio se efectuó con mujeres atendidas en la Clínica de esterilidad o reproducción asistida dentro del Instituto Nacional de Perinatología, con edades de 19 a 42 años, sin padecimientos psiquiátricos, con nivel socioeconómico bajo a medio. Se encontró que la depresión y la ansiedad se presentan como una forma de afrontar la problemática cotidiana de la vida, como es el tratamiento; estos dos síntomas están modulados por la no asertividad, la baja autoestima y el rol de género de sumisión provocando malestar psicológico al contar con un repertorio limitado de conductas adaptativas.

A través de las 116 preconsultas realizadas en el CSP, fue posible observar como un considerable número de pacientes entrevistados referían pensamientos distorsionados o creencias irracionales, manifestando sentimientos de soledad, minusvalía, enojo, tristeza, timidez... o conductas dependientes, insociables, impulsivas, hostiles, etc.; síntomas que en conjunto corresponden a una baja autoestima. Personas que al ignorarse o desconocerse depositan su valía personal en la opinión de los demás, carentes de un plan de vida y desconociendo las propias capacidades.

Considerando los síntomas observados durante la práctica social, los resultados de estudios de autoestima en México y la posibilidad de atender a un grupo de pacientes con estas características, se decidió elaborar e impartir un Taller de Autoestima como contribución a la institución.

La estructura del Taller de Autoestima descansa en los principios de la Terapia Cognitivo Conductual, tratando temas relacionados a la valía personal y a la autoestima con el propósito de que los participantes eliminen sus pensamientos distorsionados y de ser posible creencias irracionales para sustituirlas por creencias racionales más favorecedoras y apegadas a la realidad.

Se elaboró un marco teórico de autoestima, un manual para el instructor, material de apoyo y dinámicas grupales para los pacientes. El taller se impartió dentro de la Institución, la población atendida se integró de los pacientes solicitantes de atención psicológica en la misma.

2. DISEÑO Y ELABORACIÓN DE UN TALLER DE AUTOESTIMA

El Taller de Autoestima se adaptó del libro "Autoestima en 10 días" del Dr. David D. Burns (2000). Los pasos considerados por el autor, se transformaron en diez sesiones (Carta descriptiva en Anexo 73). El taller se organizó en dos partes: una teórica explicando conceptos y bases reales para obtener cambios personales, y otra práctica que a través del trabajo individual y participativo del grupo reforzara la autoestima; se tomaron algunos formatos del libro y otros fueron modificados.

Los objetivos específicos y los cuestionarios a completar de cada sesión son los mismos que el autor establece en su obra; el material de apoyo fueron acetatos, proyector de acetatos y formatos. Se impartió en el cubículo 5 del CSP por espacio de dos horas los lunes de 17:00 a 19:00, durante diez sesiones y en cuatro ocasiones; la cuota de recuperación por sesión fue de \$ 50.00 MN. Los participantes fueron seleccionados y asignados al taller por la Coordinadora del CSP y Supervisora de los prestadores de servicio social, de acuerdo a la Impresión Diagnóstica de la Preconsulta y al motivo de consulta de la Ficha de Admisión. Como se observa en la Tabla 1, las características de los 38 participantes que confirmaron su asistencia en los cuatro grupos del taller (G-1, G-2, G-3 y G-4) son de una población heterogénea, que muestra similar sintomatología de baja autoestima; por lo que se decidió trabajar con estos grupos abordando específicamente el tema de autoestima.

Tabla 1. Características de los participantes de los cuatro grupos del Taller de Autoestima

Total por Grupo	Participantes									
	Mu- jeres	Rango de edad	Nivel de estudios	Estado civil	Ocupación	Hom- bres	Rango de edad	Nivel de estudios	Estado civil	Ocupación
G-1 11	8	21-26	3 preparat. 4 licenciad. 1 maestría	7 soltera 1 casada	2 trabajan 5 estudian 1 trab. y est.	3	24-33	1 preparat. 2 licenciad.	3 soltero	1 trabajan 2 estudian
G-2 10	7	18-30	1 secund. 2 preparat. 4 licenciad.	7 soltera	5 trabajan 2 estudian	3	18-26	1 preparat. 2 licenciad.	3 soltero	1 trabajan 2 estudian
G-3 8	5	19-26	3 preparat. 2 licenciad.	5 soltera	2 trabajan 3 estudian	3	20-22	1 preparat. 2 licenciad.	3 soltero	1 trabaja 1 estudia 1 trab. y est.
G-4 9	4	28-34	1 preparat. 3 licenciad.	3 soltera 1 casada	3 trabajan 1 estudia	5	25-47	3 preparat. 2 licenciad.	4 soltero 1 casado	4 trabajan 1 trab. y est.
T O T A L 38	24	18-34	1 secund. 9 preparat. 13 licenciad 1 maestría	22 solt. 2 casada	12 trabajan 11 estudian 1 trab. y est.	14	18-47	6 preparat. 8 licenciad.	13 solt. 1 casado	7 trabajan 5 estudian 2 trab. y est.

3. TALLER DE AUTOESTIMA

La autoestima es un elemento fundamental para adaptarnos al entorno, desarrollar diversas habilidades, aceptarnos y ser felices. Conocerla es conocernos, amarnos, valorarnos; descubriendo el sentido de nuestras vidas y la seguridad de fijarnos y lograr nuestros propios objetivos. El ser humano al descubrir su autoestima reconoce su valía, las capacidades para satisfacer sus propios intereses, su paz interior y el amor hacia sí mismo siendo capaz de compartirlo con cualquier otro ser.

Algunos trastornos del estado de ánimo son causados por pensamientos equivocados en personas que piensan que nadie las quiere, que son nada, que no valen la pena, que no sirven para nada... constituyendo su aprecio por lo exterior, ignorando su esencia interna de sí mismo. Los participantes del taller al descubrirse como seres únicos, entendiendo que su autoestima es uno de los factores de su felicidad, comprenderán la conveniencia de mantenerla sólida día a día.

Objetivo general

Favorecer el descubrimiento y el conocimiento de sí mismo, mediante la modificación de pautas que interfieren en la realización personal, reforzando las propias cualidades y potencialidades. Hacer conciencia de que las propias exigencias llevan a la culpa y al autocastigo, de que toda acción conlleva una reacción, aceptarse a sí mismo, adquirir la capacidad de fijarse metas claras, concretas y realistas, acorde a las nuevas creencias a través de estructurar un plan de vida para sí mismo.









Procedimiento

Al inicio de cada sesión se entregan la Escala de Depresión de Burns (Anexo 1), el Cuestionario de Ansiedad de Burns (Anexo 2) y la Escala de Satisfacción Relacional (Anexo 3), con el propósito de evaluar semanalmente el progreso personal (Burns, 2000); junto con los formatos a completar en el transcurso de la sesión o como tarea de autoayuda para la casa. El facilitador establece reglas de convivencia para el buen desarrollo del taller, como son el respeto, la discreción, la confianza, la sinceridad y la comunicación; las cuales al ser practicadas por él y los participantes durante las sesiones se creará un ambiente de armonía, y así, éstos las podrán generalizar a sus relaciones interpersonales. Los conceptos se exponen en forma verbal y visual utilizando acetatos. Se explican las técnicas utilizadas para

fortalecer la autoestima, reforzándolas con tareas de autoayuda; igualmente completarán en casa la Evaluación de la Sesión No. (Anexo 4), valorando los temas vistos en la sesión. Cuya información beneficia el curso del taller, indica la claridad de los temas expuestos y el estado de ánimo de los participantes.

Es básico que el facilitador muestre una actitud segura y empática, que su autoestima sea congruente con lo que transmite a los participantes a través de un lenguaje claro y concreto, como condiciones primordiales que benefician el desempeño eficiente del taller. La sesión 10 es para reforzar los temas vistos y hacer recomendaciones sobre la autoestima, se completan: la Revisión de los temas vistos en el taller (Anexo 33), comparando los resultados primero y último de sus autoevaluaciones dentro de la Evaluación del Taller de Autoestima (Anexo 34), así como el trabajo realizado por el facilitador mediante la Escala de empatía (Anexo 35). Se devuelve a los participantes el material ya revisado, que se utilizó durante el taller; se entrega en un folder con el nombre del participante acompañado de una carta (Anexo 36) de Virginia Satir (Satir, 1994), algunos pensamientos de Epicteto (Anexo 37) y una reflexión de un personaje ilustre (ejemplo en Anexo 38), distinta para cada persona.

Simbología

 Acetato o diapositiva	 Completar o anotar	 Instrucciones
 Bienvenida o cierre	 Consulta periódica	 Recibir
 Comentarios	 Formar equipos	

Sesión No 1

EL PRECIO DE LA FELICIDAD

 *Objetivos específicos de la sesión N° 1 (Anexo 39).*

1. Aprender a medir los estados de ánimo y lo satisfactorio de las relaciones personales, utilizando los tests de autoevaluación al inicio de cada sesión.
2. Identificar los objetivos personales a lograr en este Taller de Autoestima.
3. Aprender las implicaciones de la felicidad personal.

☺ Bienvenida.

- Repartir el material: 3 pruebas, evaluación de la sesión, formatos de la sesión.
- 🔑 Enriquecimiento del tema por el facilitador y los participantes.

▷ **Dinámica grupal: Me pica aquí**

Los participantes y el facilitador forman un círculo. Éste pide a los participantes que hagan y digan lo mismo que él: “me pica aquí (señala con el dedo índice una parte de su cuerpo) dando su nombre, sus gustos y disgustos; aclarando que al siguiente que le vaya tocando dar sus datos, deberá empezar por mencionar los datos de sus anteriores compañeros y señalando dónde les pica. El propósito de la dinámica es romper el hielo estableciendo un ambiente de confianza.

▷ **Tema 1: Encuadre del taller**

El facilitador da una breve explicación a los participantes del motivo de su asignación al taller, y de la TCC. A continuación se explica el llenado de las tres pruebas y el motivo para completarlos en cada sesión, al igual que la importancia de las tareas de autoayuda para la casa y la puntualidad en el taller.

1) *Escala de depresión de Burns*: explicar los síntomas de la depresión, cómo afecta el organismo y los efectos nocivos de sus excesos, como el suicidio; el beneficio de la autoevaluación, cómo calificar el test, señalando que: los resultados bajos son un buen pronóstico, y los resultados altos revelan una depresión intensa modificable.

✍ Escala de depresión (Anexo 1).

🔑 Experiencia al responder el test y lo positivo descubierto en sí mismos.

2) *Cuestionario de ansiedad de Burns*: explicar concepto y síntomas de la ansiedad, cómo favorece su registro el progreso personal; cómo se califica, señalando que: los resultados bajos son de buen pronóstico, y los altos necesitan más dedicación.

✍ Cuestionario de Ansiedad (Anexo 2).

🔑 Experiencia al responder el test y de cuánta ansiedad sintieron.

3) *Escala de satisfacción relacional*: se indica un nivel de satisfacción personal acerca de las relaciones familiares, laborales, de pareja o con amigos, para poder medirse; se explica cómo los conflictos personales afectan el estado anímico y la autoestima disminuyendo las capacidades y el desempeño social.

✍ Escala de satisfacción relacional (Anexo 3).

👤 Experiencia al responder el test.

▶ *Tema 2: Objetivos personales*

👤 Mis objetivos personales (Anexo 40).

Después de aprender a evaluar el estado de ánimo y la satisfacción de las relaciones interpersonales, es importante fijar objetivos personales, considerando:

✍ Cada participante define por escrito mínimo tres objetivos personales.

👤 Experiencia al definir objetivos.

▶ *Tema 3: El precio de la felicidad*

👤 Cambiar la vida es tomar un camino (Anexo 41).

Se explica, cómo quejarse de sí mismo y esperar que del exterior lleguen las soluciones a la problemática personal no resuelve nada porque es imposible; los cambios se dan en la medida que cada quien trabaje por sí mismo. Nuestro interior solo nosotros lo conocemos y solo nosotros podemos hacer cambios, asumiendo la responsabilidad de uno mismo ahora, viviendo la propia vida ahora. Todos queremos ser felices, pero la felicidad cuesta como todo lo valioso (Vanistendael, 2002).

La pregunta ¿Qué tan dispuestos están a ayudarse a ustedes mismos? guía a un compromiso personal, donde el cambio se logra realizando actividades para uno mismo mediante las tareas de autoayuda, como son: autoevaluaciones, tareas por escrito, interpersonales y conductuales. Es preciso indicar como las tareas de ayuda son imprescindibles no optativas, que son parte del taller y fundamentales para lograr los objetivos personales. Pueden argumentar buenas razones para no realizar las tareas de autoayuda y son válidas, por lo que se analizarán a través del formato “15 buenas razones para no realizar las tareas de autoayuda” (Anexo 5). Es poderosa la idea de no realizarlas y es más difícil vencerla, solo trabajando y venciendo obstáculos se puede mejorar la autoestima (Bloomfield, 1986).

✍ 15 buenas razones para no realizar las tareas de autoayuda.

Se aclara a los participantes la importancia del compromiso consigo mismo, donde el tiempo invertido, el trabajo constante y la reflexión personal conducen al

cambio cognitivo favoreciendo su concepto de felicidad; el tiempo invertido en sí mismo constituye beneficios considerables.

☞ Tareas de autoayuda para la sesión 2 (Anexo 42).

▸ Reflexión personal de la sesión.

😊 Cierre de la sesión 1.

Sesión No 2

TÚ TE SIENTES DE ACUERDO A CÓMO PIENSAS

☞ *Objetivos específicos de la sesión N° 2 (Anexo 43).*

1. Descubrir como los sentimientos negativos no tienen su origen en las cosas negativas que nos suceden, sino en la forma de pensar acerca de esos hechos.
2. Aprender cómo la mayoría de los sentimientos negativos son el resultado de los pensamientos ilógicos o "pensamientos distorsionados".
3. Comprender que es posible cambiar la forma de sentir.

😊 Bienvenida.

☞ Pruebas y evaluación de la sesión anterior, y tareas.

● Repartir el material de la sesión.

✍ Evaluación del estado anímico.

🗨 Estados anímicos durante la semana que ha transcurrido.

▸ Tema 1: Tú te sientes de acuerdo a cómo piensas

Explicar, lo normal que es sentir preocupación, tristeza o enojo ante un suceso inesperado, como perder el trabajo o perder a un ser querido; tan normal como sentir bienestar o satisfacción al obtener buenos resultados en lo planeado. Los sentimientos negativos tienen varias explicaciones científicas:

- Las químicas: problemas hormonales, desequilibrios bioquímicos, déficit vitamínico o inmunológico.
- Las vivencias negativas: maltrato infantil, violaciones, violencia intrafamiliar.
- El sentimiento de inferioridad: complejo de inferioridad, inseguridad, fealdad.
- Los fracasos: la pérdida afectiva, la falta de empleo, no ingreso a la escuela elegida.

Relatar cómo desde la antigüedad se ha tratado de explicar la razón, las emociones y la conducta del ser humano; entendiendo que las cosas negativas que nos suceden no son la causa de nuestra angustia, sino de la forma en que pensamos acerca de ellas. Cómo la razón y la voluntad vencían a las pasiones y conducían a la felicidad.

- ✍ Experiencia negativa y sentimientos negativos (Anexo 6) con un evento ficticio o real, las propias emociones provocadas, como: enojo, ridículo, estrés, etc.
- 🗨 Debatir los relatos, los sentimientos negativos y aportar posibles soluciones.
- ✍ En el propio relato (Anexo 6), los sentimientos negativos y soluciones referidos por los otros.

En una misma situación se observa, cómo cada persona se siente de acuerdo a cómo piensa y si cambia su modo de pensar, cambiará su forma de sentir.

➤ *Tema 2: La mayoría de los sentimientos malos tienen origen en los pensamientos distorsionados o ilógicos*

Los pensamientos distorsionados continúan haciendo estragos en la mente humana, los sentimientos negativos como: culpa, desesperanza, frustración, etc. causan del “sufrimiento humano”; son producto de la interpretación de una situación desde la perspectiva del pensamiento distorsionado. Es un estilo cognitivo que es posible cambiar a positivo, a base de trabajo constante.

- ✍ Dentro del globo de pensamiento del monigote triste (Anexo 7), suponer por qué se siente así.
- ✍ Técnica de las tres columnas (Anexo 8), describir una experiencia personal y los consiguientes pensamientos negativos.
- 📁 🗨 Pensamientos Distorsionados (Anexo 9).
- 🗨 Analizar el ejercicio de la Técnica de las 3 columnas, encontrar los pensamientos distorsionados correspondientes; cada quien anota los resultados en su formato.

➤ *Tema 3: Tú puedes cambiar tu forma de sentir*

Cambiar la forma negativa de pensar reduce significativamente la cruel autocrítica, la ilógica generalización de la propia torpeza y la absurda dependencia de los otros, haciendo posible el cambio en la forma de sentir. Lograr un estilo positivo de pensamiento es apegarse a la realidad, usar la lógica y analizar

evidencias; además de valorarse, respetarse y confiar en sí mismo, contradiciendo y desmintiendo al pensamiento negativo.

📁 🧡 Características del pensamiento positivo (Anexo 9).

👉 Intercambiar el formato Técnica de las tres columnas (Anexo 8), anotar los pensamientos positivos y devolver al dueño del relato.

✍ En el globo de pensamiento del monigote feliz (Anexo 7), suponer por qué se siente así en la misma situación.

👉 Los dos pensamientos distintos de la misma persona, distinguir desventajas y ventajas de cada pensamiento dentro de una misma situación

Es normal sentirse triste, enojado o angustiado por un acontecimiento desagradable, pero no es normal menospreciarse en exceso ya que se duplica el problema: además del acontecimiento desagradable, surge el problema de la baja de autoestima. Un problema se examina de manera realista manteniendo el respeto a sí mismo y eliminando todo indicio de pensamiento negativo.

✍ Describirse a sí mismo al reverso del ejercicio de la Técnica de las 3 columnas (Anexo 8), anotar los pensamientos negativos, distorsionados y positivos más comunes; mínimo 5 de cada uno.

👉 Tareas de autoayuda para la sesión 3 (Anexo 44).

▶ Reflexión personal de la sesión.

☺ Cierre de la sesión 2.

Sesión No 3

TÚ PUEDES CAMBIAR TU FORMA DE SENTIR

👉 *Objetivos específicos de la sesión N° 3* (Anexo 45).

1. Aprender la diferencia entre sentimientos sanos y sentimientos patológicos.
2. Aprender cómo salir de un estado de ánimo negativo.
3. Aprender qué hacer al sentirse atrapado en un estado de ánimo bajo.

☺ Bienvenida.

👉 Pruebas y evaluación de la sesión anterior, y tareas.

● Repartir el material de la sesión.

✍ Evaluación del estado anímico.

👉 Estados anímicos durante la semana que ha transcurrido.

➤ *Tema 1: Sentimientos sanos frente a sentimientos patológicos*

El ser humano es capaz de generar sentimientos sanos y patológicos en relación a la percepción que haga de los hechos; como se ha mencionado, los sentimientos negativos son normales derivados de sucesos indeseables.

El sentimiento sano nos lleva a actuar con límites aceptando la situación con respeto, mediante una expresión constructiva y actuando en relación a éste. Por el contrario, el sentimiento patológico no se acepta, no tiene límites y se expresa de modo exagerado; quien lo siente así, se daña y se destruye, añadiendo otros sentimientos negativos.

☛ Características de la tristeza y de la depresión (Anexo 46).

☛ Tristeza y depresión.

Es normal sentir enojo o ira al no conseguir lo deseado, lo expresamos a través de gestos en el rostro, aumentando la temperatura corporal y la tensión; quizás haya reclamos, quejas o insultos al pensar en el evento y en el desquite, logrando incrementar el enojo. Esta conducta negativa solo será contra de sí mismo, ya que la tensión permanente daña al propio organismo creando un problema mayor al intentar ofender al otro; y éste que primero “agredió” terminará por ser la víctima.

Los ejercicios realizados durante las sesiones favorecen el cambio, al evaluar las ventajas y desventajas de las emociones generadas por una situación se puede advertir si los sentimientos negativos son sanos y apropiados a través de su manifestación constructiva; o si son patológicos sin beneficio alguno, siendo posible cambiar la forma de sentir.

☛ Características del enojo constructivo y destructivo (Anexo 47).

☛ Enojo constructivo y destructivo.

Ambos análisis son lógicos y las diferencias son verdaderas; según el tipo de pensamiento resulta el tipo de sentimiento sano o patológico.

➤ *Tema 2: Costo-beneficio de las emociones*

Es cierto que la vida diaria enfrenta a situaciones y personas “desagradables”, sintiendo que fastidian un momento o el día completo; la decisión de “sentirse bien, no haciendo caso de las molestias” es reforzada mediante la Técnica del costo-

beneficio de las emociones, aprendiendo qué hacer para evitar “sentirse mal”. Se evalúan las ventajas y desventajas de la situación incómoda, pensando:

1. Ubicar la situación incómoda.
2. Definir la emoción sentida.
3. Examinar las ventajas de sentirla.
4. Escribirlas.
5. Examinar las desventajas de sentirla.
6. Escribirlas.
7. Comparar ventajas y desventajas, darles un porcentaje.

☛ Debatir sobre un sentimiento negativo y la situación que lo provocó, usando el el costo-beneficio.

Mediante este ejercicio podemos advertir, que si nuestros sentimientos negativos son sanos y apropiados los podemos aceptar y expresar de manera constructiva; pero si encontramos que son extremos y en nada nos benefician, podremos cambiar nuestra forma de sentir.

☛ Lista de Situaciones Problema (Anexo 48).

✍ Elegir una situación de la lista, imaginarse en ella, indicar las emociones negativas, utilizar el Análisis del costo-beneficio de las emociones (Anexo 10).

► Tema 3: Diario de estados anímicos

Es un método que facilita el análisis de los pensamientos negativos más comunes en las situaciones que vivimos día a día. Se recomienda usarlo a diario, es un ejercicio que favorece el cambio. Escribir los pensamientos constituye un factor decisivo para el éxito de este ejercicio, porque podemos observar su carácter ilógico y poco razonable. Intentar realizarlo a nivel mental es un error, ya que los pensamientos negativos solo se “perseguirán unos a otros en forma circular e indefinida”. Explicar los tres pasos a seguir para llenar el formato Diario de estados anímicos (Anexo 11):

1er Paso: describir brevemente el problema que resulta molesto. Especificar qué sucedió, cuándo y dónde sucedió y con quién te encontrabas.

2º Paso: anotar los sentimientos negativos y puntuar su intensidad. Utilizar términos, como: triste, ansioso, frustrado, culpable, inferior, etc.

3er Paso: anotar los pensamientos negativos en la columna de la izquierda.

Enseguida pensamientos distorsionados y al final pensamientos positivos.

✍ Diario de estados anímicos eligiendo una situación problema de la lista (Anexo 48)

☛ Debatir los pensamientos distorsionados y el cambio a pensamientos positivos.

► *Tema 4: Cómo resolver problemas*

📁 🖐️ Guía para resolver problemas (Anexo 12).

La guía para resolver problemas es de gran utilidad al sentirse atrapados; sugiere la necesidad de realizar un análisis del costo-beneficio si hay dificultades para cambiar nuestra forma de sentir, especialmente con la ira, que es una emoción que se resiste al cambio, porque uno mismo la elige. Igual resistencia presentan la depresión, la autocompasión, el temor o la culpa; son emociones que se permiten sentir y obstaculizan el éxito. Es uno mismo quien decide sentirse “bastante mal” con la emoción que sea.

✍️ Análisis del costo-beneficio de sentirse furioso, al reverso del Anexo 10.

Si consideramos mayores las ventajas de un sentimiento negativo, debemos preguntarnos “¿Qué voy a hacer con este sentimiento de furia?”, con las opciones:

1. Expresar el sentimiento de enfado de forma constructiva y con respeto.
2. Poder regañar a la persona de forma insultante, humillarla, “haciéndola pedazos”.
3. Decidir ocultar el sentimiento, guardarlo dentro, viviendo el papel de víctima.

Si decidimos que son mayores las desventajas de vivir un sentimiento negativo, resultará más fácil utilizar el diario de estados anímicos para cambiar la propia forma de sentir.

🖐️ Tareas de autoayuda para la sesión 4 (Anexo 49).

► Reflexión personal de la sesión.

😊 Cierre de la sesión 3.

Sesión No 4

CÓMO DEJAR ATRÁS EL MALHUMOR

🖐️ *Objetivo específico de la sesión N° 4 (Anexo 50).*

1. Seguir aprendiendo técnicas que ayudan al cambio cognitivo y emocional.

😊 Bienvenida.

🖐️ Pruebas y evaluación de la sesión anterior, y tareas.

● Repartir el material de la sesión.

✍️ Evaluación del estado anímico.

🕒 Estados anímicos durante la semana que ha transcurrido.

► *Tema 1: Cómo darle vuelta a tu forma de pensar*

- Tener a la mano Quince maneras diferentes de cambiar tu forma de pensar (Anexo 13).

La identificación de pensamientos negativos es fácil, surgen con los sucesos inesperados e indeseables, lo difícil es eliminarlos “porque es normal que aparezcan”. Los pensamientos negativos o ideas irracionales más comunes, son aquellas que generalizan de modo exagerado o catastrófico; el progreso personal resulta al aprender a descubrir las distorsiones cognitivas y su distancia de la realidad, y las modificaciones realizadas en el proceso cognitivo.

Practicar la infravaloración de uno mismo durante largos años ha mantenido el pensamiento negativo del autoconcepto y del entorno que nos rodea. La práctica constante de algún método de “Quince maneras diferentes de cambiar tu forma de pensar” beneficia la nueva y ardua tarea: el conocimiento de sí mismo. Después de probarlos, cada persona elegirá el que le parezca “más funcional”.

► **Actividad: Practicar el Análisis del Costo-beneficio de las Actitudes**

Aprendimos a efectuar un Análisis del costo-beneficio para una emoción negativa como la culpa o el enojo, ahora utilizaremos la técnica para evaluar las ventajas y desventajas de una actitud contraproducente o de un pensamiento negativo.

El facilitador relata a los participantes, una historia donde el personaje central la percibe ineficaz y frustrante repitiéndose a sí mismo: “soy un fracaso total”; es una situación que lo deprime y lo pone a la defensiva, sin poder ubicar las causas del problema y menos darle una solución.

- ✍ En el Análisis del costo-beneficio de las actitudes (Anexo 14), señalar las ventajas de decirse a sí mismo: “Soy un fracaso total” y ¿Cómo beneficia?. Señalar las desventajas: ¿Cómo perjudican? ¿Es grato sentirse incompetente y deprimido?
- Comparar ventajas y desventajas dando un % a cada concepto: ¿Cuál es mayor?

► **Actividad: Practicar la técnica de Analizar Pruebas**

Mediante este método se evalúan aquellos hechos que apoyan o contradicen al pensamiento negativo. El facilitador expone los pensamientos negativos más comunes entre los participantes, por ejemplo:

- No puedo controlar mi apetito, no tengo fuerza de voluntad.

- Soy tan indeciso, ¡No me puedo decidir por nada!
- Soy tan malhecho, ¡Nada de lo que hago me sale bien!
- Tengo que actuar o ser de forma que los otros me aprueben, o de lo contrario seré rechazado por los otros y me considerarán un inútil.
- Debo vivir bien para conseguir todo lo que quiero sin esfuerzo o incomodidad.
- ✍ Elegir uno de los pensamientos, definir las distorsiones, registrar ideas que surjan.

▶ Actividad: Practicar el Método de la Encuesta

Implica la realización de una encuesta para averiguar si el propio pensamiento negativo o actitud es realista. El facilitador relata a los participantes, una historia donde los pensamientos negativos del personaje central le impiden expresar sus sentimientos de molestia, con el temor de afectar sus relaciones interpersonales y crear problemas graves.

- ✍ Detallar la encuesta que se podría realizar para comprobar la validez de la creencia de no expresar molestia o enfado.

▶ Actividad: Practicar el Método Experimental

El facilitador relata a los participantes una historia donde el personaje central por su timidez y nerviosismo piensa que los otros están pendientes de sus movimientos; pensamientos generados por sus creencias irracionales, que lo conducen a actuar con mayor torpeza e inseguridad. Al final se aleja de la situación, sintiéndose humillado y molesto.

- ✍ Revisar lista de pensamientos distorsionados (Anexo 9) anotando las distorsiones que caracterizan a los pensamientos del personaje de la historia referida.
- ✍ Los participantes supondrán ser el personaje de la historia, indicando sus pensamientos negativos y verificándolos con el Método Experimental.

▶ Actividad: Practicar el Diario de estados anímicos

El facilitador relata a los participantes, una historia donde el personaje central sufre la pérdida de un ser querido, sintiéndose destrozado, culpable y desesperado; como producto de los siguientes pensamientos negativos:

- Fue por culpa mía.
- Debería haber sabido que corría un gran riesgo, yo pude evitarlo.

- No debí enojarme con él la última vez que hablamos, debí ser más afectuoso.
- Es imperdonable mi actitud.
- ✍ Diario de estados anímicos (Anexo 11).
- 👉 Tareas de autoayuda para la sesión 5 (Anexo 51).
- ▷ Reflexión personal de la sesión. 😊 Cierre de la sesión 4.

Sesión No 5

LA PARADOJA DE LA ACEPTACIÓN Y LA AUTODEFENSA

👉 *Objetivo específico de la sesión N° 5 (Anexo 52).*

1. Seguir aprendiendo técnicas que ayudan a cambiar los pensamientos negativos.

😊 Bienvenida.

👉 Pruebas y evaluación de la sesión anterior, y tareas.

● Repartir el material de la sesión.

✍ Evaluación del estado anímico.

👉 Estados anímicos durante la semana que ha transcurrido.

▷ *Tema 1: El uso de dos parámetros diferentes*

Quien tiene baja autoestima piensa y actúa desde dos parámetros diferentes:

- 1) Un conjunto de valores tolerantes y realistas hacia los demás, con la intención de animarlos reconociendo sus capacidades y disculpando sus errores.
- 2) Otro conjunto de incapacidades y descalificativos hacia sí mismo, que incluyen castigos, insultos o menosprecio; ratificando profecías autocumplidas.

Un criterio unificador favorece la apreciación de sí mismo, al considerar la igualdad del ser humano y su normal imperfección, con apego a la realidad. Una de las bases de la autoestima consiste en tratarse uno mismo con el mismo respeto y la misma consideración con la que se trata a cualquier otra persona.

▷ **Actividad: Exteriorización de las voces internas**

Es una técnica basada en el *role-playing*, que facilita la comprensión racional hacia un auténtico cambio emocional vivido intensamente. Mediante este método se

exteriorizan o verbalizan los pensamientos negativos autocríticos que tanto daño nos causa; son desplazados al exterior como si fuera algo inútil que se deseche. El ejercicio se puede realizar solo ante un espejo, o con un amigo o familiar.

El objetivo del método es que nosotros mismos nos demos cuenta que pensamos y actuamos utilizando dos parámetros diferentes, siendo que somos como cualquier individuo con virtudes y defectos.

Al exteriorizar los pensamientos negativos se trata de unificar las dos escalas de valores, en un parámetro justo, realista y respetuoso hacia el ser humano. Practicar la exteriorización de las voces internas con otra persona, es enfrentarse al concepto negativo que se tiene de sí mismo hablando consigo mismo. La persona que pronuncia los pensamientos negativos, en realidad está dando una réplica a la propia autocrítica.

El ejercicio requiere de dos o tres personas: uno, que enlista sus propios pensamientos negativos y que al actuar los refuta de manera positiva, otro que los lee en forma culposa, y el tercero como observador retroalimenta e informa sobre la actuación; pueden intercambiarse los papeles.

- ☛ Exteriorización de las voces internas (Anexo 53).
- ☛ Elegir un compañero y trabajar en parejas.
- ☛ Expresar lo que sintieron, lo que funcionó y no funcionó, la eficacia, etc.

▸ Tema 2: Continuar fortaleciendo la autoestima

▸ Actividad: El método del espejo

Nuestra autoestima está tan baja que evitamos vernos reflejados en un espejo, porque “nos sentimos tan feos, que no podemos vernos”. Verse al espejo es descubrir la intensa autocrítica y defenderse a sí mismo; al presentar un pensamiento negativo, habrá una defensa realista hablando a sí mismo como se hablaría a un amigo.

El ejercicio se complementa con alguno de los métodos “Quince maneras diferentes de cambiar tu forma de pensar”; por ejemplo el Método semántico.

- ☛ El método del espejo (Anexo 54).
- Realizar el ejercicio en casa.

► *Tema 3: La paradoja de la aceptación y la autodefensa*

Son dos métodos opuestos que conducen hacia la autoestima, empleando los pensamientos positivos de manera diferente:

- *La autodefensa*, es usar el sentido de la lógica y de los pensamientos positivos para contradecir los pensamientos negativos que causan tanto dolor al ser humano. Descubrir cómo los pensamientos negativos son distorsiones de la realidad, permite apreciar sentimientos positivos, como serenidad y agrado en las metas alcanzadas.
- *La paradoja de la aceptación*, confirma la veracidad de los pensamientos negativos y se muestra de acuerdo con ellos. Realizar este método desde la paz interior, conservando la autoestima y cierta dosis de humor, es acercarse al logro de los objetivos personales.

Una técnica refuta y la otra acepta los pensamientos negativos, el resultado es el mismo: estimar los sentimientos positivos; pero la diferencia está en la solidez de los resultados, habrá defensa ante la presencia de pensamientos negativos mientras que con la aceptación serán eliminados por la incomodidad sentida. Aceptar los errores como los aciertos, o las torpezas como las aptitudes fortalece la autoestima haciendo un balance entre virtudes y defectos reales, reduce la inútil carga emocional.

☛ Ejemplo de frases para las dos técnicas (Anexo 55).

- Un voluntario dirigirá al facilitador estos pensamientos negativos, utilizando la segunda persona; el facilitador usando la primera persona no aceptará y se defenderá con pensamientos positivos y reales, aplicando la autodefensa. Acto seguido ilustrarán la aceptación, donde el facilitador interpretará los pensamientos positivos refutando sus pensamientos negativos.

La autoestima implica la aceptación de los propios errores, de que somos vulnerables y que podemos equivocarnos. La paradoja de la aceptación consiste en derrotar la crítica sometiéndose a ella: es ganar perdiendo; la eficacia del método es su apego a la realidad, aceptando nuestros puntos débiles desde un espíritu de paz interior en lugar de avergonzarnos y tratar de ocultarlos. Elimina una carga emocional insoportable; nuestros pensamientos negativos se debilitan, nosotros nos sentimos más ligeros y con más energía.

☛ Practicar la Autodefensa y la paradoja de la aceptación, cambiando roles.

☛ Desde ambas experiencias: cómo se sintieron, la eficacia, las preferencias, etc.



Son métodos de confrontación con una realidad “desagradable”, es posible que al realizarlos aumente la ansiedad al sentir el ataque de los propios pensamientos negativos; su propósito es aprender a manejarlos, escuchados a través de la voz de otros, entendiendo que no son críticas ni consejos, sino las voces internas.

➤ *Tema 4: Autoaceptación sana contra patológica*

La autoaceptación también puede ser sana o patológica, las diferencias se detallan a continuación:

- 1) En la autoaceptación sana se acepta tener varios defectos específicos no uno solo; es una perspectiva realista y humana, conservando un espíritu de respeto hacia sí mismo. La persona se siente normal como cualquiera.
- 2) En la autoaceptación patológica se cree tener defectos inaceptables y “horribles”, siendo merecedores del rechazo, no hay oportunidad de crecimiento.
- 3) La autoaceptación sana favorece el crecimiento personal. La patológica obstaculiza el desarrollo personal, malgastando la energía en sentirse inútil, torpe, con la crítica constante hacia sí mismo.

Quien acepta sus carencias sin disminuir su autoestima, tendrá más energía y estará más motivado para cambiar.

🧠 Sobre la autoaceptación.

📄 Tareas de autoayuda para la sesión 6 (Anexo 56).

➤ Reflexión personal de la sesión.

😊 Cierre de la sesión 5.

Sesión No 6

ABORDAR LAS RAÍCES DEL PROBLEMA

🧠 *Objetivos específicos de la sesión N° 6 (Anexo 57).*

1. Aprender cómo ciertas actitudes y creencias inadecuadas vulneran el estado de ánimo, creando conflicto en las relaciones personales.
2. Identificar las propias actitudes inadaptativas mediante el uso de técnicas.
3. Aprender a desarrollar un sistema personal de valores que aportarán mayor felicidad, productividad y relaciones personales más satisfactorias.

☺ Bienvenida.

👋 Pruebas y evaluación de la sesión anterior, y tareas.

● Repartir el material de la sesión.

✍ Evaluación del estado anímico.

🗨 Estados anímicos durante la semana que ha transcurrido.

▶ Tema 1: Las creencias inadecuadas

Se ha explicado en las sesiones anteriores como el pensamiento negativo aparece ante la percepción de un evento provocando una emoción, como enojo o tristeza; pero detrás de esa cognición distorsionada de la realidad existen creencias inadecuadas o irracionales integradas a la personalidad. Son órdenes personales que “deben ser, para obtener algo a cambio”, son condiciones que de no cumplirse “conducen a la frustración o a la catástrofe”. ¿Adopto esta actitud? ¿Bajo mi autoestima en alguna creencia? Creencias inadecuadas producto de necesidad afectiva o de reconocimiento que vulneran el equilibrio emocional y pueden conducir a un trastorno psicológico. La distorsión en la creencia inadecuada se da por la sobregeneralización, el uso de “todo o nada” y las afirmaciones hipotéticas.

🗨 Dar ejemplos de creencias propias.

📁 🗨 Creencias inadecuadas más frecuentes (Anexo 15).

🗨 Revisar la lista de creencias inadecuadas y reconocer las propias.

▶ Actividad: Técnica de la flecha descendente

Mediante este método podemos identificar nuestras creencias inadecuadas; la flecha debajo de nuestro pensamiento negativo significa: si este pensamiento fuera cierto ¿Por qué me resultaría tan insoportable? ¿Qué significaría para mí? Descubrir nuestra forma de pensar favorece el cambio.

✍ Pensamiento negativo y Flecha descendente (Anexo 16), identificar el tipo de creencia inadecuada más frecuente, anotando al final de cada respuesta.

▶ Tema 2: Cómo modificar las creencias inadecuadas

Antes de modificar es necesario identificar las creencias mediante la Escala de Creencias Inadecuadas (Anexo 17) (Burns, 2000); es un cuestionario que indica la

frecuencia de las creencias irracionales. No existen respuestas “buenas o malas” ya que solo descubrimos la actitud característica de nuestra manera de pensar, sentir y actuar. Cuanto más alto son los resultados significa mayor vulnerabilidad, son áreas que necesitan de un trabajo más a fondo.

▸ Actividad: Escala de creencias inadecuadas y cómo calificar

Se responden los reactivos y se califica: sumando los resultados de los grupos 1-5, 6-10, 11-15, 16-20, 21-25, 26-30 y 31-35; la suma de los cinco ítems es el resultado global para cada grupo y se anota en la puntuación de dicha escala. Los resultados bajos (0-10) representan áreas de fortaleza psicológica; los resultados altos (11-20) representan áreas de vulnerabilidad emocional.

✍ Escala de creencias inadecuadas (Anexo 17) y calificar.

▸ Actividad: Análisis del Costo-beneficio de las actitudes

Las técnicas apoyadas en la TCC utilizadas en el taller, constituyen el inicio para la modificación de una creencia inadecuada. El Análisis de costo-beneficio de las actitudes (Anexo 14) muestra las ventajas y las desventajas de éstas; si predominan las desventajas resulta más beneficioso sustituirla por otra creencia más realista y útil. Al plantearse una creencia inadecuada es necesario pensar en una nueva actitud más objetiva y realista, que mantenga el mayor número de ventajas posibles que eliminen las desventajas. Básicamente la creencia inadecuada está distorsionada por: la sobregeneralización, el pensamiento del tipo “todo o nada” y las afirmaciones hipotéticas.

✍ Una creencia inadecuada: realizar el Análisis del costo-beneficio de las actitudes, si predominan las desventajas sustituir por una creencia más realista y útil.

🗨 Trabajar con una de las creencias de los integrantes, de preferencia diferente a las contenidas en la Escala de creencias inadecuadas (Anexo 17); debatir y tomar nota de lo inadecuado de la creencia así como los problemas resultantes.

🗨 Un integrante de cada subgrupo informara sobre el trabajo realizado.

🗨 Tareas de autoayuda para la sesión 7 (Anexo 58).

▸ Reflexión personal de la sesión.

☺ Cierre de la sesión 6.

Sesión No 7

AUTOESTIMA: ¿QUÉ ES? ¿CÓMO LA CONSIGO?

👉 *Objetivo específico de la sesión N° 7 (Anexo 59).*

1. Comprender lo que es la autoestima y su relación con la propia actitud.

😊 Bienvenida.

👉 Pruebas y evaluación de la sesión anterior, y tareas.

● Repartir el material de la sesión.

✍ Evaluación del estado anímico.

🗣 Estados anímicos durante la semana que ha transcurrido.

➤ *Tema 1: Evaluación de la propia autoestima*

Las sesiones anteriores han dirigido el pensamiento de los participantes a la realidad de lo que han vivido, en esta sesión se pretende que evalúen su autoestima. Han comprendido que la envidia, el enojo, las quejas son absurdas ante la propia potencialidad y decisión de hacer, tener y ser para sí mismo.

La autoestima está inmersa en la persona segura de sí misma, que sabe lo valiosa que es y que merece realizar sus metas; la que acepta su cuerpo y trata de sentirse mejor, y es capaz de proyectar una imagen de satisfacción manteniendo una armonía física, mental y psicológica.

Es la persona que no espera ser feliz por lo que le expresan los demás, es feliz porque se ama, se conoce y toma decisiones por sí misma.

✍ Autoestima frente a: situaciones, arrogancia, confianza en sí mismo (Anexo 18).

✍ Autoestima y costo-beneficio (Anexo 19).

🗣 Cada participante define su concepto de autoestima "sin tratar de quedar bien".

➤ *Tema 2: El ser humano valioso*

➤ *Actividad: La fantasía temida*

Dos voluntarios se sientan frente a frente delante del grupo: *A* imagina ser una persona sumamente exitosa y popular, mientras que *B* se supone tan normal como cualquiera. Entonces *A* explica a *B* su superioridad gracias a su popularidad, de manera altanera y mezquina; *B* responde de manera normal.

🗣 *A* y *B* expresan cómo se sintieron, el grupo expone sus conclusiones.

Otro equipo de dos personas, donde: *A* imagina ser una persona valiosa por su gran generosidad y contribución a la humanidad, *B* es una persona normal. Así, *A* explica a *B* su superioridad gracias a su altruismo; *B* responde con normalidad.

● *A* y *B* expresan cómo se sintieron, el grupo expone sus conclusiones.

Pensar que las personas populares y con éxito social son más valiosas produce infelicidad a quienes no se consideran como tales, mostrando un sentimiento de inferioridad ante personas ricas, encantadoras, bien vestidas, populares y con éxito social; la popularidad puede ser algo agradable y deseado, pero no hace que una persona sea superior a otra. La popularidad, los descubrimientos científicos, la filantropía, las relaciones personales gratificantes, etc. son acciones sumamente importantes, satisfactorias y pueden beneficiar a muchos, pero no hacen más valiosa a una persona que las demás. Cualquier sistema que mide la autoestima puede ser poco realista y destructivo.

▶ Tema 3: La persona despreciable y la persona valiosa

Existen las buenas y las malas acciones, los buenos y los malos momentos, los aciertos y los errores, pero no seres humanos buenos o malos; podemos considerar nuestras características, pero no nuestro yo.

▶ Actividad: El método de definir términos

Nos permite analizar objetivamente el contenido de nuestros conceptos. Prácticamente todas las definiciones de un ser humano poco valioso o inferior poseen una o las tres dificultades siguientes:

1. La definición hace referencia a todos los seres humanos.
2. La definición no hace referencia a ningún ser humano.
3. La definición se basa en un pensamiento del tipo "todo o nada".

● El facilitador da un ejemplo de persona nada valiosa, lo refuta y define de nuevo.

✍ Refutar las "Definiciones de una persona poco valiosa o inferior" (Anexo 20).

▶ Tema 4: La inferioridad

Según Alfred Adler (Adler, 1980) la inferioridad es natural. Realizó un trabajo sobre la Inferioridad del órgano refiriéndose a las desventajas con las que nacemos y

a las enfermedades que padecemos: podemos ser gordos, cardiacos, sordos, asmáticos, tartamudos, etc. Nuestro organismo es tan sabio que compensa las deficiencias fortaleciendo otros órganos para adaptarnos y vivir con mejor calidad. En la inferioridad psicológica ocurre lo mismo, nos desarrollamos creyéndonos que somos tontos, feos, malos, inútiles, etc. aumentando estas creencias al inicio de la adolescencia y cimentando fuertemente nuestro complejo de inferioridad.

El complejo de inferioridad tiene sus ventajas, descubrirlas favorece el cambio de la autoimagen. Reconocer que somos incapaces o deficientes en algo es darnos la oportunidad de desarrollar capacidades que desconocemos, siendo lo más importante identificar la autoestima, y así, dejar de apoyarnos en los demás para que nos ayuden, nos compadezcan, nos juzguen, etc.

- ✍ Análisis del costo-beneficio de sentirse inferior (Anexo 21), asignar puntajes; a mayores desventajas plantear nueva creencia, a mayores ventajas descubrir habilidades.
- Tratar a sí mismo positiva, amable y afectuosamente como se trata al amigo.

▸ **Actividad: El método de Predicción del nivel de satisfacción**

Los objetivos del método son ayudar a implicarse más en actividades gratificantes y a desarrollar mayor autonomía, mediante el análisis de creencias del tipo: estoy solo y me deprimó, soy feliz si alguien me quiere, necesito una relación afectiva, etc. Conforme disfrutes de tu propia compañía experimentarás de forma natural un aumento de tu autoestima; descubrir que eres feliz estando solo o acompañado de alguien, es un remedio que robustece la confianza en uno mismo.

Para ser feliz con otros es primordial ser feliz consigo mismo. La autoestima que se percibe al constatar que no se “necesita” realmente de los demás para que nos quieran, facilita a menudo la aparición de relaciones imprevistas; porque al no sentirse tan apurado por estar solo se pierde el miedo al rechazo.

- ✍ Formulario de previsión del nivel de satisfacción (Anexo 22), si te empiezas a deprimir y no se te ocurre nada grato, anota las actividades que fueron placenteras

▸ **Tema 5: Autoestima condicional frente a autoestima incondicional**

La autoestima condicional como su nombre lo indica depende de algo; es una autoestima que debe ganarse y mantenerse a pulso, su ventaja es que la condición

es un acicate para rendir al máximo y su desventaja es que si no alcanza su objetivo puede sentirse inferior, deprimido o fracasado. La opción para continuar fortaleciendo el conocimiento de sí mismo, es convertir la autoestima en incondicional, reflejada en una actitud más liberadora.

✍ Análisis del costo-beneficio de las actitudes (Anexo 23) como valoración de la autoestima incondicional.

Desarrollar la autoestima incondicional es lo fundamental en el taller. Quererse y estar consigo mismo es realmente satisfactorio; desaparece la preocupación al aumentar el nivel de valía, empleando la energía vital en precisar objetivos de aprendizaje, de crecimiento personal, de ayuda a los demás, en convivir con personas que se quiere, en diversión, etc.

Se encuentran oportunidades insospechadas en el campo de la afectividad, de la productividad y en los momentos felices de cada día.

👉 Tareas de autoayuda para la sesión 8 (Anexo 60).

▶ Reflexión personal de la sesión.

😊 Cierre de la sesión 7.

Sesión No 8

EL GUIÓN DEL PERFECCIONISTA QUE LLEVA AL FRACASO

👉 *Objetivos específicos de la sesión N° 8 (Anexo 61).*

1. Conocer los tipos de perfeccionismo, sus consecuencias y ventajas ocultas
2. Descubrir las diferencias entre el perfeccionismo neurótico y la ambición sana.
3. Conocer los patrones de pensamiento ilógico causantes del perfeccionismo.
4. Aprender a combatir el perfeccionismo neurótico.

😊 Bienvenida.

👉 Pruebas y evaluación de la sesión anterior, y tareas.

● Repartir el material de la sesión.

✍ Evaluación del estado anímico.

👉 Estados anímicos durante la semana que ha transcurrido.

► Tema 1: El perfeccionismo

Entendida como la tendencia a llevar las cosas a la perfección, con el entusiasmo por conseguir los objetivos fijados y sentirse satisfecho por los logros. Mantener la creencia inadecuada “como debe ser” lleva al perfeccionismo extremo, viviendo estresado e infeliz.

Son las personas vulnerables ante los problemas no resueltos del trabajo, la escuela o la sociedad; sufriendo oscilaciones del estado de ánimo, soledad y poca interacción social, frustración y rabia por conflictos personales. Además de sacar conclusiones negativas de críticas, fracasos, errores y la tendencia a la postergación.

La actividad humana constituye niveles de perfección disfrutando el proceso de hacer, satisfaciéndose a sí mismo o exigiéndose la excelencia total esperando impresionar a los demás (Vanistendael, 2002).

En esta sesión se toma el perfeccionismo como extremo desgastante y opuesto a la ambición sana, la cual alcanza objetivos propios y concibe el error como una oportunidad de superación.

✍ ¿Eres un perfeccionista? (Anexo 24), indica los problemas ocasionados en ti o en una persona conocida.

🧠 ¿Qué tan perfeccionistas somos?

► Tema 2: Perfeccionismo frente a ambición sana

🧠 Perfeccionismo frente a ambición sana (Anexo 62).

Los pensamientos negativos del perfeccionista exigen demasiado a sí mismo y a los otros, un error es tomado como catástrofe, su imagen “debe ser” fuerte manteniendo bajo control las emociones. El ser humano es imperfecto, los errores más que castigo conducen a la reflexión, aportando autoconocimiento y estrategias para la superación personal; ocultar las equivocaciones limita la alegría de vivir y aleja a los demás, aumentando la soledad.

✍ Análisis del costo-beneficio del perfeccionismo (Anexo 25).

🧠 Perfeccionismo y ambición sana.

► Tema 3: Las exigencias y el estrés

El análisis de los pensamientos negativos muestra lo injusto y duro que somos

con nosotros mismos; la posibilidad de cambiar hacia lo positivo será la oportunidad para desarrollar habilidades ocultas que nos darán satisfacciones futuras. Podemos equivocarnos como cualquiera y no por eso somos perdedores, simplemente estamos concientes de nuestras fallas para esforzarnos en mejorar nuestras actividades y sentirnos plenos.

Disimular los errores convence a otros pero no a uno mismo, sintiendo culpa y limitando la alegría de vivir, aislándose de los demás, como si se tratase de un ser diferente.

✍ Diario de estados anímicos (Anexo 11).

🧠 Sobre las características descubiertas.

Las creencias de perfeccionismo nos aleja de la gente, nos pone nerviosos, nos sentimos incapaces de actuar "perfectamente" en la vida; esta creencia la mantenemos al juzgarnos cruelmente cuando cometemos algún error.

👉 Tareas de autoayuda para la sesión 9 (Anexo 63).

› Reflexión personal de la sesión.

☺ Cierre de la sesión 8.

Sesión No 9

UN CONSEJO PARA AQUELLOS QUE DEJAN PARA MAÑANA LO QUE PODRÍAN HACER HOY

👉 *Objetivos específicos de la sesión N° 9 (Anexo 64).*

1. Conocer las características de las personas que van postergando sus deberes.
2. Descubrir las ventajas ocultas de la postergación.
3. Aprender a combatir la tendencia a postergar con el uso de nuevas técnicas.
4. Descubrir cómo llegar a ser una persona más productiva y creativa.

☺ Bienvenida.

👉 Pruebas y evaluación de la sesión anterior, y tareas.

● Repartir el material de la sesión.

✍ Evaluación del estado anímico.

🧠 Estados anímicos durante la semana que ha transcurrido.

► Tema 1: La postergación

La postergación es la evitación consciente de lo que se percibe como desagradable o incómodo; postergar es común, ¿quién no ha postergado algo? argumentando molestia, cansancio o falta de tiempo. Es normal la postergación o evitación, pero cuando se vuelve un comportamiento constante y rígido se crea un serio problema psicológico. Mediante el Test de la Postergación (Anexo 26) descubrimos el pensamiento que obstaculiza nuestras acciones, entendemos los motivos que nos llevan a la evitación y a elegir hacer o no hacer una tarea.

Para calificar la prueba se suman los resultados por pares de reactivos y se anota el resultado global; los resultados de 0–2 son buenos, los superiores de 3–6 reflejan actitudes que llevan a la postergación de actividades.

✍ Test de la postergación.

► Tema 2: Síntoma de baja autoestima

Postergar, es un síntoma común en personas con baja autoestima; es una baja tolerancia a la tensión que “evitando” solo trae consigo la frustración, enojo y culpa. Es un círculo vicioso que mantiene la autoestima baja; identificar las ventajas y desventajas ayuda a esclarecer los motivos de postergar, entendida como una elección conciente e intencionada.

✍ Análisis de costo-beneficio de la postergación (Anexo 27).

► Tema 3: Método eficaz para la acción

✍ Análisis de costo-beneficio de la acción (Anexo 28).

La finalidad de estos análisis es que estemos plenamente concientes de las ventajas ocultas que comporta la postergación; conocer las consecuencias negativas de esta decisión modifica los pensamientos negativos y posibilita el cambio de actitud.

Analizar las ventajas y desventajas de la postergación, proporciona reflexión de los problemas que se suscitan, evitando así los sentimientos negativos. Un método eficaz para ser productivo en una tarea, es dividir en pasos el trabajo; ejecutando uno a uno con firmeza. Existen dos maneras de seccionar una actividad:

1. *Trabajar en períodos de tiempo cortos:* por ejemplo de 15 minutos. La lógica indica

que es más sencillo empezar una tarea sabiendo que al cabo de 15' se termina, además se le toma gusto y se hace más de lo previsto.

👉 Comentar las excusas para negarse a trabajar 15' en la tarea postergada.

2. *Organizar la tarea en pequeños pasos consecutivos:* siguiendo un esquema lógico.

Es importante al elaborar un plan específico:

- a) Definir la tarea a ejecutar.
- b) Idear el primer paso corto de 15'.
- c) Definir la fecha y hora para iniciar la tarea.
- d) Prever dos trabas que aplacen la tarea.
- e) Precisar las mejores soluciones para esos problemas.

✍ Hoja de antipostergación (Anexo 29) sobre una tarea personal aplazada.

➤ *Tema 4: La técnica TIC - TOC*

TIC = Task-Interfering-Cognition = pensamientos que interfieren en la consecución de la tarea (pensamientos negativos).

TOC = Task-Oriented-Cognition = pensamientos orientados hacia la tarea. (pensamientos positivos)

Ya tomada conciencia del hecho de que al aplazar alguna tarea, nosotros mismos nos transmitimos mensajes negativos que nos alteran, el TIC-TOC permite desafiar los pensamientos negativos en beneficio de la no postergación.

👉 Ejemplo del Proceso TIC-TOC (Anexo 65).

✍ Ejercicio de la técnica Tic-toc (Anexo 30).

📁 🧡 Cómo combatir la tendencia a postergar tareas (Anexo 31).

👉 Tareas de autoayuda para la sesión 10 (Anexo 66).

➤ Reflexión personal de la sesión.

😊 Cierre de la sesión 9.

Sesión No 10

PRÁCTICA Y MÁS PRÁCTICA

👉 *Objetivos específicos de la sesión N° 10 (Anexo 67).*

1. Evaluar progresos y objetivos personales, el taller y dar sugerencias.

2. Aprender a manejar sentimientos de desesperanza y superar las recaídas que se presentan después de experimentar una mejoría.
3. Análisis comparativo entre lo aprendido y las creencias personales.

☺ Bienvenida.

✎ Pruebas y evaluación de la sesión anterior, y tareas.

● Repartir el material de la sesión.

✎ Evaluación del estado anímico.

🕒 Estados anímicos durante la semana que ha transcurrido.

➤ *Tema 1: Un poco de prevención*

Después de una etapa inicial de notoria mejoría es posible una recaída, la cual debe combatirse. La depresión y la ansiedad disminuyen gracias al esfuerzo personal, reconociendo cómo lo irracional de los pensamientos negativos limita; este aprendizaje permite sentir la felicidad por los logros obtenidos y la sensación de libertad con los primeros cambios cognitivos.

La felicidad mezclada con situaciones no placenteras ha dejado de ser motivo de depresión, por el contrario impulsa a la superación personal fortaleciendo y haciendo más conscientes los valores y defectos, facilitando el apego a la realidad. La probabilidad de recaída es alta y su presencia desmoraliza, decepciona y desde luego enoja; es necesario estar prevenido con el material utilizado en el taller. Uno de los ejercicios que mantienen los pensamientos positivos es el Diario de estados anímicos para recaídas (Anexo 32) que revisa los pensamientos negativos y ayuda a sostenerse en el pensamiento positivo adquirido con el propio esfuerzo. Es fundamental realizar por escrito los ejercicios, leerlos proporciona una mayor comprensión; recordemos que no es suficiente repasarlos mentalmente porque no propicia el cambio.

🕒 Bajones anímicos sentidos en el transcurso del taller.

● Diario de estados anímicos para recaídas (Anexo 32) al experimentarlas.

➤ *Tema 2: La clave de la recuperación*

La clave de la autoestima no consiste en sentirse mejor, sino en “estar mejor”; esto significa que se ha aprendido a manejar los bajones anímicos de forma más

eficaz. La clave de la recuperación varía porque somos personas diferentes; unos notan el cambio al sentirse felices sin el beneplácito de los demás, otros notarán su cambio al no enojarse por nimiedades y algunos al tomar conciencia de sus actividades. La constante en el cambio es la modificación del estilo cognitivo. La práctica de las técnicas durante el taller, da libertad de elección en cada uno de los participantes para decidir cómo modificar su forma de pensar (Anexo 13).

☛ Sobre la técnica elegida para mejorar la forma de pensar y por qué.

▶ Tema 3: Más sobre autoestima

Hemos comprendido cómo la baja autoestima es la ausencia de competencia y merecimiento, apoyada en creencias o ideas inadecuadas sin fundamento lógico, con la esperanza que los demás nos den o hagan felices. El taller de autoestima a través de sus técnicas, enseña a los participantes que somos seres humanos imperfectos y lo que nos diferencia es la actitud ante la vida; se ha capacitado al encuentro consigo mismos, entendiendo tres verdades de la autoestima:

1° El ser humano es valioso.

El nacimiento confiere un valor único: la vida humana. Cinco sentidos permiten la adaptación a la vida social. Nadie vale más que otro, porque todos los seres humanos son iguales.

2° El amor hacia sí mismo.

El ser humano valioso se quiere a sí mismo; piensa, siente y actúa utilizando sus capacidades para hacer, beneficiándose al tener y ser lo que espera de sí mismo.

3° La excelencia es normal.

El uso de las propias habilidades motiva la superación personal. Es la satisfacción natural del ser humano, somos iguales con capacidades diferentes; no se puede minimizar al otro, porque el otro tiene su propio valor.

Nuestra característica de criticar y etiquetar a quien comete el mínimo error, la aplicamos a sí mismos juzgándonos ineficaces (no competencia) e indignos (no merecimiento). Constituir el pensamiento positivo es reconocernos capaces de ser felices con el propio potencial humano y satisfaciendo nuestro yo interno.

☛ Enfoques personales sobre la autoestima.

► *Tema 4: Evaluación de progresos*

La evaluación de progresos es mediante la comparación de los resultados de los tests de la primera a la décima sesión, al igual que el logro de objetivos personales.

✍ Revisión de temas vistos en el taller (Anexo 33), Evaluación del Taller de Autoestima (Anexo 34) y Escala de empatía (Anexo 35).

👉 Recomendaciones (Anexo 68).

🗣 Comentarios sobre las recomendaciones y el trabajo personal.

Se entrega a cada participante un fólder con su nombre, cuyo contenido será: sus formatos completados durante el taller y revisados por el facilitador, una carta de Virginia Satir (Anexo 36), algunos pensamientos de Epicteto (Anexo 37) y una reflexión de un personaje ilustre (ejemplo en Anexo 38) distinto y de acuerdo a las características manifestadas por el participante en el transcurso del taller.

► Reflexión personal sobre la experiencia que les deja el taller.

😊 Despedida.

4. DISEÑO Y ELABORACIÓN DE UN TALLER DE SOLUCIÓN DE PROBLEMAS

La espontánea asignación por parte de la Coordinadora del CSP, de un grupo de pacientes diagnosticados con déficit en solución de problemas generó la pronta adaptación de un Taller de Solución de Problemas apoyado en la Terapia de Resolución de Problemas (TRP) de D'Zurilla y Goldfried. Se programó un taller de ocho sesiones, cuya duración fue de cinco (Carta descriptiva en Anexo 74).

Se impartió en el cubículo 7 del CSP por espacio de dos horas los jueves de 18:00 a 20:00 horas, durante cinco sesiones a un solo grupo; la cuota de recuperación por sesión fue de \$ 50.00 MN. Los participantes fueron seleccionados y asignados al taller por la Coordinadora del CSP y Supervisora de los prestadores de servicio social, de acuerdo a la Impresión Diagnóstica realizada en la Preconsulta y al motivo de consulta de la Ficha de Admisión.

Como se observa en la Tabla 2, las características de los participantes que asistieron al taller de solución de problemas son de una población heterogénea, pero sin embargo muestran similar déficit en la propia capacidad para desarrollar un

adecuado funcionamiento social. Por lo que se decidió trabajar con ellos abordando sus problemáticas reales, practicando el Proceso para la eficaz solución de problemas de la TRP.

Tabla 2. Características de los participantes del Taller de Solución de Problemas

Total por Grupo	Participantes									
	Mu- jeres	Rango de edad	Nivel de estudios	Estado civil	Ocupación	Hom- bres	Rango de edad	Nivel de estudios	Estado civil	Ocupación
7	3	32-35	1 preparat. 2 licenciat.	1 soltera 1 casada 1 divorc.	2 trabajan 1 el hogar.	4	26-36	1 preparat. 3 licenciat.	3 soltero 1 casado	3 trabajan 1 estudian

5. TALLER DE SOLUCIÓN DE PROBLEMAS

Los problemas que ha enfrentado el ser humano a lo largo de la historia, más que “obstáculos” han sido el impulso que lo ha conducido al bienestar social; ha sido el reto de superación humana que desarrollando su creatividad para “solucionar problemas” ha inventando y descubierto satisfactores, creando una cultura multifacética. Los problemas son parte de la vida diaria, unos son tan cotidianos que se resuelven de manera inconsciente; otros se vuelven más complicados porque involucran emociones o intereses personales. Limitan su solución al tratar de obtener un beneficio personal inmediato; se olvida pensar qué hacer, se actúa sin conciencia de la realidad de los hechos.

Un taller de solución de problemas es un espacio de reflexión, aprendiendo a aplicar el conocimiento personal a una gran posibilidad de problemas diarios y que a través de la práctica se trata de aumentar las probabilidades de solución.

Objetivo general

El objetivo general del Taller de Solución de Problemas es enseñar un método sistemático para la solución de problemas, reduciendo la ansiedad y el estrés innecesarios.

Procedimiento

Durante el proceso del taller se manejaron las mismas reglas de convivencia usadas en el Taller de Autoestima: respeto, discreción, confianza, sinceridad y

comunicación. El material de apoyo fueron hojas bond con los temas de cada sesión escritos con plumones de colores y hojas bond blancas para las dinámicas. Se recomienda elaborar los acetatos necesarios para mejorar la presentación del taller.

Es importante que el facilitador muestre una actitud entusiasta y positiva a través de una comunicación clara y concreta, explicando los temas y relacionándolos al motivo de consulta de los participantes. La amabilidad mostrada al grupo favorece la interacción y el aprendizaje; iniciar la sesión dando la bienvenida, mostrando interés por cada uno de los integrantes, lo mismo que al despedirlos al cierre de la sesión. De las diez dinámicas de grupo que se utilizaron durante las sesiones del taller, "Conociéndonos" es de uso común, mientras que "Los clones" es producto de la habilidad creativa desarrollada por el facilitador; perteneciendo las ocho restantes a la página electrónica (web site) www.redconsultoras.com/dinamicas.htm.

Sesión No 1

ENTENDIÉNDONOS

• Objetivos específicos de la sesión N° 1

1. Entender el problema, como: el fracaso para encontrar una respuesta eficaz.
2. Descubrir cómo la diversión y el disgusto son cotidianos en la vida.
3. Fijar los objetivos personales a alcanzar durante el taller.

▶ Tema 1: Encuadre del taller

Se explica a los participantes la razón de su asignación al taller, el cual se fundamenta en la TCC; que será impartido en ocho sesiones, los jueves de 18:00 a 20:00, cuyo costo es de \$ 50.00 MN. Se establece el encuadre que facilitará el proceso del taller, mediante respeto, discreción, confianza, sinceridad, puntualidad y comunicación; que posibilitan en el participante su generalización a su entorno social.

▶ Dinámica grupal: Conociéndonos

El facilitador inicia la actividad jugando un objeto en sus manos, refiriendo sus datos personales, gustos y disgustos, y planes a realizar. Advirtiendo que lo mismo

hará quien reciba de imprevisto el objeto en cuestión; los participantes desde sus lugares siguen la dinámica con agrado. El propósito es motivar a los participantes a que exterioricen la problemática que les llevó a solicitar ayuda psicológica, y fijar objetivos personales; además de romper el hielo.

▸ *Tema 2: Solucionando problemas*

Se declara cómo los “problemas” están presentes desde el nacimiento, favoreciendo día a día el desarrollo humano y la adaptación social. A través del pensamiento (positivo o negativo) se amplían las habilidades de afrontamiento que más que enfrentar situaciones-problema, son la oportunidad de crecimiento personal. Se expone un “Proceso para la eficaz solución de problemas” aclarando que el facilitador no es omnipotente, ni el modelo es mágico; sino que es una técnica que proporciona métodos para que cada participante con sus propios recursos analice y evalúe las posibles soluciones a sus conflictos personales.

Se indican las cinco fases para la solución de problemas:

1. Orientación del problema
2. Formulación y definición del problema
3. Generación de alternativas
4. Toma de decisiones
5. Ejecución y verificación de resultados

El orden en que se presentan las cinco fases es útil y lógico en la aplicación sistemática, pero al resolver un problema puede seguirse otro orden que facilite la resolución.

▸ *Actividad: Exponer problemas personales reales o ficticios*

Cada participante escribe un problema y su resolución, el facilitador recibe las hojas y al azar va leyendo una a una; los participantes analizan la problemática y tratan de dar una mejor solución, y de descubrir quién es el autor.

▸ *Dinámica grupal: Descubriendo mis necesidades y motivación*

El facilitador solicita a los participantes que identifiquen a nivel individual cuáles son los elementos o hechos que les proporcionan seguridad en la familia, el

trabajo y la sociedad (mínimo 5 en cada área), escribiéndolos en hojas blancas. Se forman subgrupos para comentar y hacer conclusiones (se anotan en hojas bond y se pegan a la pared. El facilitador guía un proceso de reflexión y aplicación a la vida diaria. El propósito de la dinámica es autodescubrir los motivos personales, sensibilizando al participante en el uso asertivo de la seguridad personal.

- Tarea: presentar por escrito en la siguiente sesión los objetivos personales, opinión sobre el encuadre del taller.
- Reflexión personal de la sesión

Sesión No 2

FASE 1: ORIENTACIÓN DEL PROBLEMA

• Objetivos específicos de la sesión N° 2

1. Desarrollar una actitud facilitadora en el sujeto a la hora de enfrentarse con el problema, identificando el pensamiento racional e irracional.
 2. Alentar hacia la reflexión, aprendiendo a identificar las situaciones problema.
- Revisión de la tarea y comentarios

▸ Tema 1: Orientación del problema

Considerando que los problemas no siempre son fáciles de reconocer, es importante la actitud del sujeto al enfrentar una situación-problema por su elemental influencia en la resolución. Muchas veces no se dispone de la información relevante de inmediato por causa del estado emocional extremo bloqueando el raciocinio, o por pensar en otros objetivos dentro del mismo problema. El proceso de resolución de problemas es activo, flexible, con fases íntimamente relacionadas; si la actitud es:

- a) *Orientación negativa.*- la persona se culpa por el problema pensando que hay algo erróneo o malo en él, que es: anormal, torpe, incompetente o inmaduro; percibe el problema irresoluble. Sus expectativas de afrontamiento son bajas, por sentirse incapaz lo evita o lo enfrenta impulsivamente; o busca a alguien, que al resolverlo percibe a la persona como competente y única.

b) *Orientación positiva*.- la persona recibe los problemas como eventos normales, comunes e inevitables en la vida; se siente capaz de reconocer un problema ocasionado por las circunstancias del medio que le rodea. Cuando provoca un problema lo considera una falta de adecuación personal, que como ser humano imperfecto aprenderá de éste; ve el problema como reto, enseñanza y progreso personal al enfrentarlo y resolverlo.

▷ *Dinámica grupal: Capacidades y limitaciones*

En una hoja de papel doblada en dos a lo largo, los participantes escriben en la columna derecha: sus habilidades, talentos, capacidades, recursos y fuerzas positivas; y en la columna izquierda: sus debilidades, limitaciones, incapacidades y errores. Se revisarán todas las áreas: física, intelectual, emocional, social y espiritual. Al terminar de enlistar se les indica analizar las respuestas y señalar con: "C" si es factible de cambio, "D" si es factible de desarrollo y "N" si no es factible ninguna de las dos. Se integran subgrupos y se les pide que comenten los contenidos sacando en conclusión: ¿Qué necesitamos hacer para lograrlo?

Después del análisis, cada subgrupo aporta ideas sobre cómo aplicar lo aprendido a lo largo de la vida.

El propósito es: hacer conciencia de las propias capacidades y limitaciones y cuáles son factibles de desarrollo y cambio.

▷ *Tema 2: Opciones para detectar problemas*

1. Utilizar los sentimientos como señal de que existe un problema: las consecuencias emocionales más comunes de los problemas cotidianos suelen ser: incertidumbre, ansiedad, malhumor, depresión, insatisfacción, decepción, confusión, culpa, etc.
2. Utilizar la conducta inapropiada como indicador de problemas: en vez de etiquetar una conducta como "problemática" es mejor utilizarla como señal para buscar e identificar la situación-problema; la cual es evidente que no se está resolviendo de forma adecuada.
3. Emplear una lista de posibles problemas: que por sencillos que parezcan han conflictuado un momento; al analizarlos se puede priorizar para darles solución.

▸ Actividad: Detectando problemas

Se pide a los participantes que observen sus sentimientos y conductas actuales, como posibles indicadores de problemas y hacer una lista de estos considerando sus emociones y conducta.

▸ *Tema 3: El pensamiento racional e irracional*

- *Pensamiento racional.*- es la tendencia a la razón, a la lógica; es lo acertado, realista aumentando la autoestima. Es pensar, sentir, actuar fundamentado en la realidad, favoreciendo la supervivencia psicológica y la felicidad.
- *Pensamiento irracional.*- es la distorsión cognitiva, absolutista, no acertada, fuera de la realidad y autoderrotista; son cogniciones, emociones o conductas que llevan a consecuencias autodestructivas que dañan la supervivencia y la felicidad.

▸ Dinámica grupal: Cómo podría ser diferente mi vida

El facilitador entrega el Relato del suceso: "Su médico les ha informado que solo les queda un año de vida y ustedes están convencidos de que el diagnóstico es correcto" (Anexo 69). Pidiendo a los participantes que describan cómo cambiaría su vida esta noticia.

Se integran subgrupos para comentar y hacer conclusiones. El propósito de la dinámica es un análisis profundo de lo que desean y de lo que hacen para lograrlo.

▸ *Tema 4: Categorías de problemas*

- *Un problema práctico respecto de un problema emocional.*- son problemas que ocurren a partir de un estado emocional perturbado y limitan el funcionamiento normal. Por ejemplo: un divorcio, un despido laboral, la pérdida del ser querido, etc.
- *Un problema emocional respecto de un problema práctico.*- es perturbarse por las molestias cotidianas que por sí solos no contribuyen un dilema emocional, pero que las personas se perturban emocionalmente por ellos. Los problemas prácticos son situaciones que se desean cambiar o solucionar sin involucrar el aspecto emocional. Por ejemplo, un fregadero tapado, la demora de un avión, el tráfico, etc.
- *Un problema emocional respecto de otro problema emocional.*- es perturbarse emocionalmente por un dilema emocional. Por ejem: sentir culpa de sentir ansiedad.

▸ **Dinámica grupal: Me da pena**

Se forman subgrupos y se pide a cada uno que imaginen la situación más ridícula y embarazosa que puedan vivir y se prepare un integrante para dramatizarla frente a los demás. Se presentan las dramatizaciones, se analizan los pensamientos y emociones sentidas. Posteriormente se hace un análisis sobre cómo aplicar lo aprendido a la propia vida. El propósito de la dinámica es explorar las conductas y emociones al enfrentar situaciones difíciles.

- **Tarea:** presentar por escrito en la siguiente sesión la descripción de las propias características y creencias.
- **Reflexión personal de la sesión**

Sesión No 3

FASE 2: FORMULACIÓN Y DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

• **Objetivos específicos de la sesión N° 3**

1. Definir el problema operativamente
2. Plantear metas realistas

▸ **Revisión de la tarea y comentarios**

▸ **Dinámica: ¿Cómo es mi situación actual?**

Se reparte el formato "¿Cómo es mi situación actual?" (Anexo 70), los participantes responden las preguntas; al término se solicitan voluntarios que expongan al grupo sus respuestas. A continuación el grupo comenta y concluye en cada caso expuesto; se hace un análisis sobre cómo puede aplicarse a la vida lo aprendido.

El propósito de la dinámica es ayudar a los participantes a descubrir cuál área de su vida (física, intelectual, emocional, social) tiene significado en el momento actual, y así elaborar objetivos, actividades y necesidades de cambio dentro de su situación actual.

➤ *Tema 1: Formulación y definición del problema*

En esta fase del proceso, se evalúa la naturaleza de la situación-problema e identifica un conjunto de objetivos o metas realistas. Es un entrenamiento centrado en cinco tareas:

1. Búsqueda de toda la información y hechos relacionados con el problema.
2. Descripción de estos hechos en términos claros, concretos y sin ambigüedades.
3. Identificar la información y hechos relevantes de lo irrelevante: es lo comprobable.
4. Intentar determinar las causas que favorecen la aparición del problema.
5. Establecer objetivos realistas y concretos en la solución de problemas.

Formular y definir un problema implica énfasis en la precisión y su alcance. El taller pretende que los participantes se conviertan en “reporteros de investigación personal”, recogiendo información, usando un lenguaje concreto, separando hechos reales de las inferencias y suposiciones; formulando preguntas específicas:

- 1) ¿Quién... ... está implicado en este problema?
 ... es el responsable de este problema?
- 2) ¿Qué... ... estoy sintiendo sobre este problema?
 ... sucederá si no soluciono este problema?
- 3) ¿Dónde... ... ocurre el problema?
 ... están los responsables del problema?
- 4) ¿Cuándo... ... empezó este problema?
 ... solucionaré, supuestamente este problema?
- 5) ¿Por qué... ... ocurrió este problema?
 ... me estoy sintiendo tan triste?

Con el fin de minimizar la probabilidad de confusión y las distorsiones de información; los participantes también aprenden a identificar y corregir las clases de inferencias, suposiciones y conceptos erróneos que podrían estar desarrollando al contestar estas preguntas, como por ejemplo: atención selectiva, inferencia arbitraria, minimización, abstracción selectiva, generalización excesiva o atribuciones negativas.

Mediante la reestructuración cognitiva se aprende cómo plantear objetivos específicos y realistas a alcanzar; se explican dos tipos de objetivos generales:

- *Objetivos entrados en el problema*: son objetivos que se relacionan con cambios reales del problema mismo; son relevantes para situaciones que se pueden cambiar.
- *Objetivos centrados en la emoción*: son objetivos que tratan de reducir o minimizar el impacto del malestar asociado al vivir un problema; se relacionan con situaciones que pueden identificarse como no-modificables, como la muerte de un familiar.

▷ Tema 2: Obstáculos

Los obstáculos están presentes en el proceso de resolución del problema, es necesario identificarlos. Son factores que convierten en problemática una situación, como por ejemplo: la novedad al mudarse de domicilio, la incertidumbre de conseguir empleo, las discusiones familiares, la falta de recursos o las limitaciones físicas. Reconocer los obstáculos conduce a una reevaluación de los objetivos; si el problema es la depresión, habrá que fijar objetivos que fortalezcan la autoestima. Aunque el problema no se planteara de esta manera en un principio.

El aprendizaje adquirido mediante el entrenamiento en solución de problemas facilita la adquisición de la capacidad reflexiva, estructurándola en el pensamiento y generalizando. La formulación y definición del problema pretende que el sujeto posea una comprensión precisa del problema y elimine en lo posible las percepciones distorsionadas del conflicto; es una fase decisiva, pues si la definición parte de una percepción errónea del problema, las soluciones estarán equivocadas.

▷ Actividad: Establecimiento de metas

Se proporciona el formato Relación de problemas (Anexo 71), los participantes completan el ejercicio estableciendo metas; teniendo claro que hay que evitar metas irreales. Es importante tener presente lo que se quiere conseguir, los obstáculos a superar y cómo se puede conseguir.

▷ Tarea: presentar por escrito en la siguiente sesión tres problemas propios y actuales recién descubiertos.

▷ Reflexión personal de la sesión

Sesión No 4**APLICACIÓN DE LO APRENDIDO**• *Objetivo específico de la sesión N° 4*

1. Practicar lo aprendido con problemas personales reales o ficticios.

› Revisión de la tarea y comentarios

› *Tema 1: Repaso del Proceso para la solución de problema*

Se revisan las fases Orientación del problema, y la Formulación y definición del problema a través de las experiencias referidas por los participantes y repasando sus contenidos.

La orientación positiva es la forma más favorecedora, porque induce al individuo a enfrentarse al problema; el taller colabora en el desarrollo de habilidades y en su generalización a otras situaciones. Son nuevas destrezas que al incorporarse a su esquema de afrontamiento aprenderá a anticipar obstáculos, mediante la práctica de ejercicios dentro del grupo.

› *Dinámica: Conociéndome a mí mismo*

El facilitador entrega el cuestionario Conociéndome a mí mismo (Anexo 72) y solicita a los participantes que lo completen en forma honesta e individualmente. Se integran subgrupos para comentar las respuestas del cuestionario, aclarando actitudes y sentimientos que las apoyan. En sesión plenaria se piden las aportaciones y conclusiones como ejercicio final.

El facilitador guía un proceso para que el grupo analice cómo se puede aplicar lo aprendido a la vida diaria. El objetivo de la dinámica es que los participantes conozcan rasgos propios de su personalidad.

› *Tema 2: El ser humano y su naturaleza "solucionadora de problemas"*

Desde su nacimiento el ser humano se enfrenta a problemas que favorecen su desarrollo físico, psicológico y social; problemas que estimulan su creatividad satisfaciendo necesidades a través de descubrimientos o inventos. Situaciones que afectan emocionalmente, donde la orientación negativa o positiva los conduce a un trastorno psicológico o a la competencia social.

▸ **Dinámica: Los clones**

Se invita a un participante a que exponga al grupo “su problema sin solución”, junto con sus pensamientos, emociones y acciones relacionadas. Cada uno de los otros participantes adoptará el mismo problema como si fuera el propio, junto con su personal modo de pensar y sentir; presentándose con el mismo nombre del autor original y agregando 1, 2, etc. Por ejemplo: Soy Sergio 3, mi problema... (el mismo).

A continuación uno a uno de los “clones” manifiesta la manera en que resolvería la situación-problema, mientras que el autor original permanece en silencio escuchando su problema y las diversas percepciones, expresiones emocionales y posibles soluciones del mismo.

El objetivo de la dinámica grupal es el entendimiento del problema desde otras perspectivas, comprendiendo que el propio estilo cognitivo bloquea la generación de alternativas; dentro de un ambiente amable y divertido.

▸ **Tarea:** presentar por escrito en la siguiente sesión, un problema personal real o ficticio con sus posibles soluciones por increíbles que parezcan.

▸ **Reflexión personal de la sesión**

Sesión No 5

FASE 3: GENERACIÓN DE ALTERNATIVAS

• *Objetivo específico de la sesión N° 5*

1. Proponer una amplia variedad de soluciones para aumentar la probabilidad de solucionar el problema.

▸ **Revisión de la tarea y comentarios**

▸ **Dinámica: El Oscar a lo imprevisto**

El facilitador solicita un voluntario, le indica salir del salón y que a su regreso actuará en una escena dramática; los demás participantes eligen un problema (de las tareas) para que el voluntario lo dramatice y trate de resolverlo con sus propias ideas. El facilitador llama al voluntario y le indica el conflicto a realizar frente al grupo;

al término de la actuación referirá a sus compañeros los pensamientos y sentimientos que experimentó en el proceso de su actuación. Se considera su actuación desde la espera fuera del salón, cómo enfrentó lo imprevisto, su desempeño y la solución generada. Si su resolución es satisfactoria será premiado con el "Oscar", que es un obsequio por parte del facilitador: dulce, pelota, etc.

El facilitador guía un proceso de análisis de los comportamientos y emociones que viven las personas al enfrentar una situación imprevista; dirige hacia la reflexión de la experiencia vivida y cómo puede ayudar este aprendizaje a la vida diaria. El propósito de la dinámica es explorar los comportamientos y emociones al enfrentar situaciones imprevistas, y sobre la improvisación de soluciones creativas.

► Tema 1: Generación de alternativas

Considerando definido el problema, en esta etapa se organizan sus posibles soluciones. Se instruye a los participantes a generar un "torbellino de ideas" basado en principios y reglas; la lista de alternativas aumentará al combinar, mejorar y elaborar otras:

Principios

- *Principio de cantidad:*
generar más alternativas aumenta la probabilidad de solución.
- *Principio de aplazamiento de juicio:*
toda opción es válida hasta antes de analizarla.
- *Principio de variedad:*
proponer soluciones diferentes, evitando centrarse en una idea.

Reglas

- *Excluir la crítica:* se proponen opciones sin juzgar su eficacia, estimulando la creatividad.
- *Lo mejor es la cantidad:* a mayor cantidad habrá mayor calidad
- *Combinar y mejorar ideas ya propuestas:* se revisa la lista de opciones para ver las posibles combinaciones.

► Dinámica: Tormenta de ideas (brainstorming)

Dentro de un ambiente informal, el facilitador elige un problema (de las tareas) como generador de ideas, basadas en los principios y reglas antes señaladas; los participantes formulan una gran cantidad de soluciones sin importar lo absurdas y

descabelladas que parezcan. El facilitador las anota una a una, a la vista de todos. Al cesar la tormenta de ideas, con sentido crítico y apegado a la realidad se evalúan las soluciones enlistadas seleccionando las prácticas y eficientes. El facilitador junto con el grupo hace un resumen sacando conclusiones concretas.

El objetivo de la dinámica es desarrollar y ejercitar la imaginación creadora, la innovación para encontrar nuevas soluciones a un problema. La imaginación creadora es la capacidad de establecer nuevas relaciones entre hechos o integrarlos de una manera distinta; la creatividad aumenta con el constante ejercicio mental.

- Tarea: presentar por escrito en la siguiente sesión el mismo problema de la sesión anterior con las conclusiones lógicas y reales después de la Tormenta de Ideas.
- Reflexión personal de la sesión.

Sesión No 6 TOMA DE DECISIONES

Sesión No 7 EJECUCIÓN Y VERIFICACIÓN DE RESULTADOS

Sesión No 8 RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS PERSONALES

Las sesiones 6, 7 y 8 no se organizaron, debido a la suspensión del taller al regreso del período vacacional de julio (nota explicativa en Resultados Obtenidos).

RESULTADOS OBTENIDOS

A continuación se presentan los resultados del trabajo efectuado en el Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila" (CSP). De la población atendida en preconsulta, terapia supervisada y talleres pueden observarse los datos obtenidos, como: solicitantes de un servicio, su progreso como pacientes de un tratamiento psicológico y su aprovechamiento como participantes de los talleres propuestos en la institución.

A. LA PRECONSULTA

El total de preconsultas realizadas a usuarios de manera individual, en pareja y una familia fue de 116 (Tablas 3 y 4), con edades comprendidas entre los 4 y los 71 años, en ambos géneros.

Se atendieron 64 mujeres (55.17%) con edades de 8 a 71 años con un nivel escolar de primaria a posgrado; ocupadas en estudiar, trabajar, atender el hogar, y ayudar a sus hijos en la crianza de sus niños y en diversas actividades. Los 52 hombres atendidos (44.83%) cuentan con edades de 4 a 52 años y nivel escolar de preprimaria a licenciatura; se ocupan en trabajar o estudiar.

Las personas solteras, que por lo común son menores de edad viven con sus papás o solo con la madre o con el padre, aunque también refirieron vivir con otro familiar o su pareja. Las personas casadas viven con su esposo o esposa, y relatan como parte de su problemática la decisión de convivir con otra pareja o con sus hijos mayores. Las señoras que se dedican a atender su hogar expresaron que "no hacen nada" constituyendo sus logros en el reconocimiento de su familia, que al no recibirlo consideran que su arduo y variado trabajo no es importante, y afectando su equilibrio emocional; síntomas de baja autoestima considerados por Hillman (1995).

Tabla 3. Pacientes mujeres atendidas en preconsulta

Núm. de pacientes	Impresión diagnóstica	Edad	Nivel de estudios	Estado civil	El paciente vive con:	Ocupación	Áreas afectadas
1	Adicciones	23	licenciatura	soltera	mamá e hija	trab. y estud.	amistad, académica, familiar, sexual, salud
11	Ansiedad	8-65	1 primaria 1 secundaria 2 preparatoria 7 licenciatura	9 solteras 1 casada 1 unión libre	5 con papás 4 con mamá 2 con pareja	6 estudian 4 trabajan 1 atender el hogar	familiar, académica, salud, amistad, laboral, sexual
18	Baja autoestima	15-44	2 secundaria 14 licenciatura 2 posgrado	16 solteras 2 casadas	9 con papás 3 con mamá 2 con papá 2 con familia 2 con abuela	11 estudian 3 trabajan 2 trab. y estud. 2 atender el hogar	familiar, amistad, académica, salud, laboral, sexual
10	Déficit en el control/enojo	15-47	1 secundaria 9 licenciatura	5 solteras 2 casadas 2 unión libre 1 divorciada	1 con papás 2 con mamá 3 con pareja 1 con familia 1 con hija 1 sola	5 estudian 5 trabajan	familiar, laboral, salud, académica, amistad, sexual
2	Déficit en fijación de límites	11-71	2 primaria	1 soltera 1 relación extramarital	1 con papás 1 hija	1 estudia 1 ayuda a sus hijos	familiar, amistad, académica, laboral
3	Déficit en habilidades sociales	31-64	1 primaria 2 licenciatura	1 soltera 2 casadas	1 con esposo 1 con hnos. 1 con familia	1 estudia 1 trabaja 1 atender el hogar	amistad, salud, familiar, académica
10	Déficit en solución de problemas	13-45	2 secundaria 3 técnicas 5 licenciatura	3 solteras 4 casadas 2 unión libre 1 separada	1 con papá 4 con pareja 1 con familia 3 con hijos 1 con abuela	1 estudia 1 trabaja 3 trabajan 2 trab. y estud. 4 atender el hogar	familiar, laboral, salud, sexual, amistad, académica
5	Depresión	20-52	1 primaria 1 secundaria 2 preparatoria 1 licenciatura	1 soltera 1 casada 2 unión libre 1 separada	1 con papás 1 con pareja 2 con familia 1 hijos y papá	2 estudian 1 trabaja 2 atender el hogar	familiar, laboral, salud, amistad, sexual, académica
2	Duelo	19-24	2 licenciatura	2 solteras	2 con papés	2 estudian	familiar, amistad, académica
2	Paciente psiquiátrico (depresión mayor y trastorno bipolar).	26-45	1 licenciatura 1 posgrado	1 soltera 1 casada	1 con papás 1 con familia	1 trabaja 1 trab. y estud.	familiar, amistad, salud
T O T A L E S 64			5 primaria 7 secundaria 3 técnicas 4 preparatoria 42 licenciatura 3 posgrado	40 solteras 13 casadas 7 unión libre 1 divorciada 2 separadas 1 relación extramarital	21 con papás 11 con mamá 2 con papá 10 con pareja 1 con esposo 8 con familia 6 con hijos 3 con abuela 1 con hnos. 1 sola	29 estudian 18 trabajan 6 trab. y estud. 1 ayuda a hijos 10 atienden el hogar	familiar 25.94% amistad 18.83 salud 18.41 académica 14.64 laboral 12.97 sexual 9.21

Para ambos géneros el área más afectada es la familiar. Rojas (2002) señala que *“la verdadera educación debe darse en familia, que es donde se aprende a vivir. Como primer modelo resulta decisivo... para bien o para mal”* (p. 46).

El mismo autor considera que educar a los hijos en un ambiente de amor y paz, enseñándoles con la acción más que con las palabras y estableciendo límites, les fortalece psicológicamente: para bien. Siendo lo contrario, un espacio sin reglas donde la tensión y la frustración imperan a través de conductas agresivas, desadaptativas e inadecuadas modelando en el sujeto un trastorno psicológico: para mal. Situación que dificulta el desarrollo de habilidades sociales; considerado un déficit que afecta el área de amistad o social en mujeres y en hombres, entorpeciendo sus relaciones interpersonales.

Tabla 4. Pacientes hombres atendidos en preconsulta

Núm. de pacientes	Impresión diagnóstica	Edad	Nivel de estudios	Estado civil	El paciente vive con:	Ocupación	Áreas afectadas	
1	Adicciones	29	secundaria	unión libre	pareja	trabaja	laboral, familiar y salud	
8	Ansiedad	7-27	3 primaria 1 secundaria 4 licenciatura	8 solteros	3 con papás 3 con mamá 1 con pareja 1 con hno.	6 estudian 2 trab. y estud.	académica, familiar, amistad, laboral, sexual, salud	
14	Baja autoestima	14-44	2 secundaria 1 técnico 2 preparatoria 9 licenciatura	11 solteros 1 casado 2 unión libre	6 con papás 4 con mamá 2 con pareja 2 solos	5 estudian 7 trabajan 2 trab. y estud.	amistad, salud, familiar, académica, laboral, sexual	
6	Déficit en el control/enjojo	9-49	1 primaria 2 secundaria 2 técnicos 1 licenciatura	3 solteros 2 unión libre 1 separado	1 con papás 1 con mamá 1 con papá 2 con pareja 1 solo	3 estudian 3 trabajan	familiar, amistad, académica, laboral, salud	
9	Déficit en fijación de límites	4-17	2 preprimaria 2 primaria 3 secundaria 2 preparatoria	9 solteros	9 con papás	9 estudian	familiar, amistad, académica, sexual, laboral, salud	
1	Déficit en habilidades sociales	50	licenciatura	soltero	con papás	trabaja	laboral, familiar, salud	
7	Déficit en solución de problemas	15-52	1 primaria 2 secundaria 4 licenciatura	4 solteros 1 casado 2 unión libre	2 con papás 2 con familia 2 con pareja 1 con papá	2 estudian 4 trabajan 1 desempleado	familiar, amistad, laboral, sexual, académica, salud	
4	Duelo	19-32	4 licenciatura	4 solteros	1 con papás 2 con mamá 1 solo	2 estudia 2 trab. y estud.	académica, sexual, salud, amistad, laboral, familiar	
2	Paciente psiquiátrico (esquizofrenia)	27-32	1 secundaria 1 licenciatura	2 solteros	1 con papás 1 con pareja	1 estudia 1 trabaja	familiar, académica, sexual	
T O T A L E S 52			2 preprimaria 7 primaria 12 secundaria 3 técnicos 4 preparatoria 24 licenciatura	42 solteros 2 casados 7 unión libre 1 separado	24 con papás 10 con mamá 2 con papá 9 con pareja 1 con hno. 2 con familia 4 solos	28 estudian 17 trabajan 6 trab. y estud. 1 desempleado	familiar amistad académica salud laboral sexual	24.12% 20.59 17.06 13.53 12.94 11.76

Las siguientes áreas afectadas en mujeres son la salud y la académica; siendo para los hombres la afectación prioritaria inversa, primero la académica y luego la salud. Uno y otro género indican por último, las áreas laboral y sexual en el mismo orden; las personas heterosexuales refieren que su inestabilidad emocional reduce su deseo y actividad sexual, mientras que los sujetos homosexuales expresan la práctica sexual como medida liberadora de la ansiedad.

Se observa en la Tabla 5, mayor frecuencia de síntomas de baja autoestima en los pacientes entrevistados; personas que a través de su discurso expresan la esperanza en que los otros les resuelvan la vida o les hagan felices para sentirse bien, como describe Rojas (2002). Algunas refieren mantener relaciones afectivas aceptando el maltrato emocional o físico a cambio de amor o amistad; considerándose indignas de recibir afecto y carentes de valor como ser humano (Mézerville, 2004; Branden, 1999). Otras narran con tristeza sus equivocaciones como “lo peor” que les ha pasado, pensando que “todo lo hacen mal”; la inseguridad referida a través del discurso confirma la profecía autocumplida de seres incompetentes e ineficaces, no merecedores de nada (Lerner, 2003).

Tabla 5. Impresión diagnóstica en preconsulta

Impresión diagnóstica	Mujeres (M)		Hombres (H)		Total	
	Número	%	Número	%	M y H	%
1. Adicciones	1	0.86	1	0.86	2	1.72
2. Ansiedad	11	9.49	8	6.90	19	16.38
3. Baja autoestima	18	15.52	14	12.07	32	27.59
4. Déficit en el control del enojo	10	8.62	6	5.17	16	13.79
5. Déficit en fijación de límites	2	1.72	9	7.76	11	9.48
6. Déficit en habilidades sociales	3	2.59	1	0.86	4	3.45
7. Déficit en solución de problemas	10	8.62	7	6.04	17	14.66
8. Depresión	5	4.31	0	0	5	4.31
9. Duelo	2	1.72	4	3.45	6	5.17
10. Paciente psiquiátrico	2	1.72	2	1.72	4	3.45
Total	64	55.17	52	44.83	116	100.00

De acuerdo a Branden (1999) el origen de este malestar emocional que forma en el individuo una actitud de ineficacia personal (incompetencia) y de no respeto a sí mismo (inmerecimiento) está en su forma de pensar. Para Burns (2000) utilizar una

doble moral laxa para los otros y estricta para sí mismo baja la autoestima; siendo posible mejorarla a través de la TCC, consiguiendo un cambio de esquema cognitivo reflejado en sentimientos positivos y comportamiento más adaptable a la realidad.

La ansiedad, el déficit en el control del enojo y en la solución de problemas se relacionan con la baja autoestima, revelando también una elevada frecuencia en la Tabla 5. La reiterada manifestación de estas problemáticas son temas de interés, abordados institucionalmente por otros prestadores de servicio social; elaborando e impartiendo los talleres respectivos, con el mismo propósito: que el sujeto adquiriera un equilibrio emocional a través del conocimiento de sus propias capacidades y limitaciones, y aceptándose sin exigencias absurdas, favoreciendo su funcionamiento social y ajuste psicológico.

B. LA TERAPIA SUPERVISADA

Tabla 6. Datos personales de los pacientes atendidos en terapia supervisada

Paciente	Edad	Nivel de estudios	Estado civil	Paciente vive con:	Ocupación	Áreas afectadas	Impresión diagnóstica	Número de Sesiones	Reporte
1. fem.	25	maestría en medicina social	soltera	papás	estudia y trabaja en la maestría	social sexual laboral	Baja autoestima	8	Baja
2. fem.	21	6° sem. de licenciatura	soltera	mamá y abuela	estudiante	familiar social	Baja autoestima	6	Baja
3. masc.	20	6° sem. de licenciatura	soltero	papás	estudia y ayuda en negoc. fam.	familiar social	Baja autoestima	9	Alta
4. masc.	51	licenciatura	casado	su familia	cantante de opera	familiar salud laboral	Baja autoestima	5	Baja
5. masc.	43	licenciatura	casado	su familia	catedrático	familiar sexual	Déficit en el control/enojo	15	Alta
6. fem.	34	licenciatura	unión libre	hija	bienes raíces	familiar social	Déficit en sol/problemas	17	Baja
7. fem.	35	maestría	soltera	mamá tía hijo	estudiante	familiar laboral académica salud	Déficit en el control de ansiedad	30	Alta
8. fem.	36	licenciatura	soltera	sola	trabaja	laboral social salud	Miedo a las albercas	27	Alta
9. fem.	54	licenciatura	divorcio	hijo	atiende el hogar	salud laboral	Déficit en el control de ansiedad	5	Baja
10. masc	42	preparatoria	casado	su familia	chofer de taxi	familiar sexual salud amistad	Baja autoestima	14	Alta

La Tabla 6, detalla las características y el tipo de reporte de los pacientes atendidos bajo supervisión de la Supervisora del Programa de Servicio Social en Clínica y de los residentes de la Maestría en Medicina Conductual.

Se investigaron los temas sugeridos para organizar en forma adecuada el tratamiento psicológico de cada paciente, mediante técnicas cognitivas, conductuales y emocionales, y tareas de autoayuda. A continuación se presentan en forma breve los casos atendidos.

- *Paciente 1:* mujer tímida, con poca interacción social, con novio, dedicada al estudio, aceptó la amistad de una compañera que no le agradaba; accedió a caricias eróticas en contra de su voluntad “sin llegar a la intimidad” durante 6 meses. Terminó la relación ante el acoso de esa amiga y por sentirse culpable; acudió al CSP porque “no quiere ser lesbiana, su plan es casarse y tener hijos”, y “tiene temor que los otros se enteren y la insulten, o la dañen emocionalmente”. Su actitud era de culpa, vergüenza, arrepentimiento y temor; se trabajó en sus pensamientos distorsionados y creencias irracionales “*Eso no debió ocurrir, es horrible lo que hice*” originando su ansiedad; “*Hice algo malo, que es horrible*” como causa de su dolor y culpa; “*No debí hacerlo, soy mala*” creyéndose y sintiéndose indigna. La paciente mostraba mejoría hasta que aparecía en su vida la amiga y junto con ella los recuerdos de su experiencia homosexual. Vía telefónica la paciente refirió haber sufrido tres crisis de ansiedad en julio (2006) y estar acudiendo con un psicoanalista particular. Después de ocho sesiones y considerando su próxima inasistencia: BAJA.
- *Paciente 2:* femenina controladora, perfeccionista, magnifica los problemas, exigente consigo misma y los demás; acudió al CSP por reconocerse con baja autoestima y ser “la causante de la angustia de su madre y su abuela”, con quienes vive. Se trabajó ayudándola a identificar sus pensamientos negativos y creencias inadecuadas propias de una baja autoestima, como su exigencia, intolerancia, perfeccionismo y déficit en habilidades sociales que causaban su malestar emocional. Después de las vacaciones de julio no regresó, vía telefónica explicó “no tener tiempo por motivos escolares”. Después de seis sesiones: BAJA.
- *Paciente 3:* masculino tímido, inseguro, enojado consigo mismo al “estar resolviendo los problemas con el alcohol y el cigarro, algo que no debe ser”, molesto con la

actitud agresiva de su padre; acudió al CSP para mejorar su autoestima y aprender a solucionar sus problemas de “manera sana”, sin beber ni fumar. Se trabajó con la autoestima y las diferencias con su papá; el paciente decidió trabajar con un profesor reconociendo su capacidad para realizar esa actividad. Se atrevió a interactuar con gente desconocida, logró mejorar la comunicación con su papá sintiéndose satisfecho; el proceso terapéutico le ayudó a reconocer aspectos de valía personal. El paciente informó vía telefónica, no poder continuar por cuestiones escolares y de trabajo con su profesor, refirió sentirse mejor emocionalmente. Después de nueve sesiones: ALTA.

• *Paciente 4:* masculino dijo estar “enojado con los otros”, argumentó que “no le queda más que aguantarse”; se sentía agredido, considerando que su baja estatura era un obstáculo para su desempeño laboral. Vivía problemas familiares que le irritaban; acudió al CSP por motivación “deseando mejorar su ánimo y alcanzar sus metas”, y mejorar su autoestima. Se trabajó con sus pensamientos negativos, creencias inadecuadas, dirigiéndolo a la aceptación de sí mismo reconociendo sus habilidades sin la necesidad de la valía externa. El paciente durante el tratamiento refirió “sentirse rescatado”, pero el enojo y las quejas continuaban; avisó que faltaría a las sesiones porque saldría de gira. Vía telefónica la esposa del paciente informó que la gira continuaba en el interior de la república; por lo que su ausencia prolongada, después de cinco sesiones causó: BAJA.

• *Paciente 5:* masculino con relaciones interpersonales satisfactorias excepto con su esposa e hija (de la esposa); refería “percibir una alianza entre su esposa e hija”, se sentía excluido del rol familiar pensando “mi esposa quiere más a su hija que a mí”, considerando la situación como una crisis familiar y decidido a separarse. Asistía a terapia de pareja, les sugieren terapia individual. Acudió al CSP solicitando ayuda para resolver la problemática familiar; decía no soportar a su hija porque “no había hecho nada y no tenía límites”, la culpaba de la situación y del conflicto conyugal. Ambos se agredían constantemente. Se trabajó en las creencias irracionales, como los debe ser, tiene que, los otros deben valorarme, etc.; pensamientos rígidos mostrados a través de una actitud de enojo, exigente y agresiva, motivando a la madre a “proteger a su hija” ubicándose en medio de los dos. El paciente mediante tareas realizadas logró modificar su estilo cognitivo, rescató el afecto hacia su hija recupe-

- rando el amor y respeto de ella, y mejoró su relación conyugal. Durante el proceso terapéutico expresaba su agrado con frases, como: me siento fortalecido, me siento ligero, etc. Después de quince sesiones, se reportó: ALTA.
- *Paciente 6:* mujer con dificultad en la fijación de límites y en la toma de decisiones; acudió al CSP refiriendo haber vivido violencia intrafamiliar, intento de suicidio, tener una hija adolescente y necesidad de atención psicológica. Fue asignada al Taller de Solución de Problemas que se suspendió, se continuó atendiéndola en terapia individual. Se trabajó tratando de ubicarla en la realidad, que tomara el control de su vida manteniendo un estado de alerta, que tuviera conciencia de lo que pensaba, sentía y hacía. La paciente mostró un compromiso terapéutico limitado, no hacía tareas y a veces faltaba, incrementando sus ausencias por un embarazo riesgoso. Después de 17 sesiones: BAJA.
 - *Paciente 7:* mujer con síntomas de baja autoestima; acudió al CSP con una crisis de ansiedad por su recién ingreso a la maestría. Las creencias inadecuadas de la paciente estaban arraigadas por cuestiones religiosas, familiares y por su propio esquema cognitivo. Fue importante establecer un ambiente de confianza y respeto al tratar temas religiosos; el ambiente de confianza favoreció el cambio cognitivo de la paciente, reduciendo sus propias exigencias, mejorando la comunicación con su familia e hijo y creyendo en sí misma. Se sintió más relajada al momento de presentar su examen profesional de licenciatura, obtuvo mención honorífica y continúa en la maestría. Fue atendida en treinta sesiones: ALTA.
 - *Paciente 8:* mujer con capacidades diferentes, poco tolerante, síntomas de baja autoestima; acudió al CSP por “miedo a las albercas”. La paciente gusta de realizar actividades físicas en beneficio de su salud; su brazo izquierdo no tiene movimiento y está flácido, parece que sufrió una distocia parcial de hombro al nacer. Su familia la sobreprotegió y ella resolvió ignorar su brazo desarrollando ideas irracionales y pensamientos negativos respecto a su condición; algunos de sus pensamientos eran: el miedo a nadar por su inseguridad, el sentimiento de rechazo por creerse diferente, ser amable con los otros para ser aceptada, etc. Reconoció sus destrezas entendiendo las diferencias individuales, y solucionando un asunto personal; se sentía satisfecha de resolver problemas interpersonales sin enojarse y “hablando”. Fueron 27 sesiones de tratamiento, se reportó: ALTA.

- *Paciente 9*: mujer que refería una serie de problemas de salud física; acudió al CSP solicitando una “terapia de atención de memoria”. Decía olvidar la cita de las sesiones, se presentaba en horas y días diferentes a su cita, no respondía mensajes; se le aplicó una batería de pruebas (MMPI-2, Inventario de resolución de conflictos, Inventario de ansiedad de Beck, Inventario de depresión de Beck, Inventario de autoevaluación y cuestionario de habilidades sociales de Goldstein). El resultado indicó un trastorno delirante, con ideas delirantes de grandeza y alteraciones somáticas. Dejó de asistir y se trató de localizar, la paciente no se reportó al CSP, después de cinco sesiones: BAJA.
- *Paciente 10*: masculino con síntomas de baja autoestima y enojo; acudió al CSP solicitando ayuda para “controlar su temperamento”. Refería enojo porque su esposa no lo quería “como debía quererlo, porque él se desvivía por ella”, con sentimiento de minusvalía y “desplome emocional” ante la indiferencia de la señora. El paciente comenzó por reconocer su actitud ofensiva con su esposa, su inconformidad con su trabajo, y su baja autoestima respecto a su esposa que estudiaba una segunda maestría y él “apenas tiene la preparatoria”. Su compromiso en el proceso de cambio cognitivo y conductual se observó a través de su fijación de objetivos y en disfrutar la compañía de su esposa sin exigirle que lo quisiera. Después de catorce sesiones: ALTA.

Al hacer un análisis de los casos se puede concluir que la situación vivida por los pacientes percibida a través de sus esquemas cognitivos (creencias centrales) genera los pensamientos automáticos referidos, afectando sus emociones reveladas a través de su conducta (Tabla 7).

Los pacientes 1, 2, 3, 4, 7, 8 y 10 se caracterizan por creencias irracionales que mantienen disminuida su autoestima, cuyas posibles causas son: las exigencias familiares, la deficiente expresión afectiva, la falta de límites, la culpa, la violencia intrafamiliar, la no aceptación de sí mismo, el perfeccionismo o la necesidad de reconocimiento por parte de los otros. Manifestando los síntomas correspondientes.

Las creencias centrales del paciente 5, son rígidas apegadas a una disciplina que “así debe ser” para ser aceptado socialmente o de lo contrario habrá rechazo por parte de los otros; quien no actúa como “debe o tiene que ser” merece ser castigado (Ellis, 1987). Esta creencia irracional es aplicada a su hija.

En la paciente 6, se observó una falta de conciencia de las consecuencias de sus actos; actúa por impulso. Su necesidad de sentirse querida por una pareja, le ha llevado a relacionarse con sujetos con los que se “compromete sexual y afectivamente” cree en sus promesas de dejar sus compromisos anteriores para estar con ella. La paciente 9, muestra incongruencia en el discurso y la conducta, no se compromete en tratamientos psicológicos; describe síntomas agresivos y delirantes en su madre. Se observa afectación psicológica.

Cada paciente fue atendido en forma individual (Tabla 7), conceptualizando su caso: especificando el problema importante para él, ayudándolo a que fijara sus objetivos con claridad e identificando sus ideas irracionales. Se formuló una hipótesis del caso y los objetivos de la terapia, entre los cuales se consideró eliminar o disminuir sus síntomas en el “aquí y ahora”. En el desarrollo terapéutico se emplearon diversas técnicas para lograr la reestructuración cognitiva en el paciente, siendo las más utilizadas:

- El cuestionamiento socrático o debate, con el propósito de que el paciente analizara su pensamiento irracional.
- Enlistar los pensamientos y sentimientos respecto a una persona o situación, para después analizarlos con el paciente.
- Tareas cognitivas o conductuales, como atreverse a sonreír a un extraño evaluando los pensamientos y sentimientos de ese instante.
- El autorregistro, cuya escritura permite al paciente observar sus pensamientos y estados de ánimo.
- La relajación mediante la respiración profunda.
- Observarse frente al espejo, con la intención de que el paciente preste atención a su propia actitud (expresión corporal, tono de voz, etc.), observada por otros.
- Ejercicios para atacar la vergüenza como equivocarse a propósito frente a los otros.
- Darse cuenta de forma inductiva, recogiendo los pensamientos automáticos y las inferencias del paciente para luego cuestionar y refutarlo.
- El encadenamiento de inferencias, se trabaja con la hipótesis de que el pensamiento automático es cierto, y a través de preguntas al respecto se van descubriendo las ideas irracionales.

Tabla 7. Cadena cognitivo conductual de los pacientes atendidos en terapia supervisada

Paciente	Pensamientos distorsionados		Sentimientos	Conducta	Objetivos del paciente	Objetivos terapéuticos
1. fem.	<ul style="list-style-type: none"> • catastrófico • descalificar • magnificar 	<ul style="list-style-type: none"> • sobregeneralización • visión en forma de túnel 	<ul style="list-style-type: none"> • angustia • culpa • vergüenza • temor, • enojo • arrepentimiento 	<ul style="list-style-type: none"> • agresiva • impulsiva • tímida • aislada • llorosa 	<ul style="list-style-type: none"> • Alejar a la amiga • Sentirse como antes de lo que pasó con la amiga: tranquila, feliz, con planes de casarse 	<ul style="list-style-type: none"> • Reducir y eliminar su ansiedad • Reconocimiento de sus logros y capacidades
2. fem.	<ul style="list-style-type: none"> • magnificar • tipo “todo o nada” • catalogar • filtro mental 	<ul style="list-style-type: none"> • tipo “debo de” y “tengo que” • visión en forma de túnel 	<ul style="list-style-type: none"> • no se gusta • depresión • enojo • culpa • arrepentimiento • tristeza • se siente tonta 	<ul style="list-style-type: none"> • autoagresiva • controladora • perfeccionista • exigente • intolerante 	<ul style="list-style-type: none"> • No provocar más problemas familiares • Mejorar su autoestima 	<ul style="list-style-type: none"> • Control de emociones • Eliminar su sentimiento de culpa
3. masc.	<ul style="list-style-type: none"> • tipo “todo o nada” • catastrófico • descalificar • razonamiento emocional 	<ul style="list-style-type: none"> • catalogar • magnificar/minimizar • filtro mental 	<ul style="list-style-type: none"> • angustia • miedo • no se gusta • rechazado • incompetencia p/relacionarse • culpa 	<ul style="list-style-type: none"> • inseguro • penoso • tímido • aislado • incongruente • insociable 	<ul style="list-style-type: none"> • Mejorar su autoestima • Mejorar la relación con su padre • Resolver los problemas en forma sana, sin fumar ni beber, como su padre 	<ul style="list-style-type: none"> • Reconocimiento de sus capacidades • Entrenar en habilidades sociales
4. masc.	<ul style="list-style-type: none"> • razonamiento emocional • catalogar • filtro mental 	<ul style="list-style-type: none"> • leer la mente • personalización • visión en forma de túnel 	<ul style="list-style-type: none"> • frustrado • no se gusta • enojo • envidia 	<ul style="list-style-type: none"> • inseguro • nervioso • agresivo • quejoso 	<ul style="list-style-type: none"> • Mejorar su ánimo para alcanzar sus metas • Mejorar su autoestima 	<ul style="list-style-type: none"> • Aceptación de sí mismo • Control de enojo
5. masc.	<ul style="list-style-type: none"> • tipo “todo o nada” • descalificar • razonamiento emocional • magnificar • filtro mental 	<ul style="list-style-type: none"> • leer la mente • personalización • tipo “debo de” y “tengo que” • visión en forma de túnel 	<ul style="list-style-type: none"> • enojo • angustia • decepción • resentido 	<ul style="list-style-type: none"> • tranquilo • solidario • exigente • agresivo igual que su hija • aprensivo • intolerante 	<ul style="list-style-type: none"> • Resolver problemática familiar 	<ul style="list-style-type: none"> • Cambiar los deberes (ideas irracionales) por creencias racionales

Tabla 7. (Continuación)

Paciente	Pensamientos distorsionados	Sentimientos	Conducta	Objetivos del paciente	Objetivos del terapeuta	
6. fem.	<ul style="list-style-type: none"> • descalificar • minimizar • tipo “debo de” y “tengo que” 	<ul style="list-style-type: none"> • filtro mental • visión en forma de túnel 	<ul style="list-style-type: none"> • abrumada • soledad • incompetencia p/relacionarse con sexo opues. 	<ul style="list-style-type: none"> • tranquila • miente • impulsiva • insegura 	<ul style="list-style-type: none"> • Resolver la situación con su hija y con su pareja • Reducir su estrés 	<ul style="list-style-type: none"> • Entrenamiento en solución de problemas • Fijación de límites
7. fem.	<ul style="list-style-type: none"> • tipo “todo o nada” • catastrófico • descalificar • razonamiento emocional • catalogar • filtro mental 	<ul style="list-style-type: none"> • magnificar/minimizar • sobregeneralización • tipo “debo de” y “tengo que” • visión en forma de túnel 	<ul style="list-style-type: none"> • ansiedad • enojo • miedo • responsabilidad • incompetencia • vergüenza • necesidad de reconocimiento • envidia 	<ul style="list-style-type: none"> • indisciplinada • exigente • intolerante • presionada • baja tolerancia a la frustración 	<ul style="list-style-type: none"> • Ser disciplinada • Mejorar la relación con su familia 	<ul style="list-style-type: none"> • Reconocimiento de sus capacidades • Eliminar los “debe ser”
8. fem.	<ul style="list-style-type: none"> • tipo “todo o nada” • descalificar • razonamiento emocional • catalogar • magnificar 	<ul style="list-style-type: none"> • filtro mental • leer la mente • sobregeneralización • tipo “debo de” y “tengo que” 	<ul style="list-style-type: none"> • tristeza • miedos • enojo • rechazada • soledad • vergüenza • dolor 	<ul style="list-style-type: none"> • insegura • intolerante • exigente • excesivamente amable • dependiente 	<ul style="list-style-type: none"> • No sentir el miedo a nadar • No sentir tristeza 	<ul style="list-style-type: none"> • Aceptación de sí misma • Reducir la dependencia de los otros
9. fem.	<ul style="list-style-type: none"> • razonamiento emocional • filtro mental • leer la mente 		<ul style="list-style-type: none"> • ansiedad • resentida 	<ul style="list-style-type: none"> • controladora • miente • intelectualiza • intolerante 	<ul style="list-style-type: none"> • Mejorar su memoria 	<ul style="list-style-type: none"> • Establecer adherencia a su tratamiento médico y psicológico
10. masc.	<ul style="list-style-type: none"> • tipo “todo o nada” • catastrófico • descalificar • razonamiento emocional • catalogar • magnificar 	<ul style="list-style-type: none"> • filtro mental • sobregeneralización • personalización • tipo “debo de” y “tengo que” • visión en forma de túnel 	<ul style="list-style-type: none"> • enojo • frustración • soledad • dolor • infelicidad • minusvalía 	<ul style="list-style-type: none"> • competencia con su esposa • agresiva • exigente • intolerante 	<ul style="list-style-type: none"> • Superar “la crisis de los cuarenta” • Sentirse bien, aunque su esposa “no lo quiera” 	<ul style="list-style-type: none"> • Aceptación de sí mismo

Se pudo comprobar, cómo las perturbaciones psicológicas expuestas por los pacientes tienen su origen en la distorsión del pensamiento, como producto de sus creencias inadecuadas o irracionales; influyendo en su estado de ánimo y afectando su comportamiento.

Así mismo fue posible observar que mediante la terapia cognitivo conductual, los pacientes al reestructurar sus esquemas cognitivos lograron percibir una realidad más lógica, reduciendo el contenido emocional y mostrando una conducta más adaptativa. La realización de tareas por escrito contribuyó en la comprensión de sus distorsiones y estimuló el cambio.

Fue evidente el progreso de los pacientes que realizaron sus tareas, ellos mismos “se dieron cuenta” de su propia irracionalidad y del beneficio de modificar su esquema cognitivo, adoptando nuevas creencias que les hizo sentir “más ligeros”. De acuerdo a lo explicado por Ellis (1999), se pudo reconocer en dos pacientes, cómo las creencias religiosas y los complejos de inferioridad (entendidos como ideas irracionales por la TREC) asumidos durante la infancia, obstaculizaron el cambio cognitivo; aún cuando durante el proceso terapéutico lograran apreciar la sensación de bienestar al pensar, sentir y actuar de modo más racional apegado a la realidad.

C. LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

• Taller de Autoestima

El Taller de Autoestima fue impartido en cuatro ocasiones, la población atendida corresponde a los usuarios que solicitan servicio psicológico en el CSP. La edad de los participantes al taller fue de 18-34 años en mujeres, con un promedio de 24 años; la edad de los hombres fue de 18-47 años, con promedio de 27 años. En ambos géneros el nivel de estudios es de preparatoria a licenciatura; unos estudian, otros trabajan, algunos trabajan y estudian al mismo tiempo.

Fueron asignados al taller 57 personas, de las cuales aceptaron asistir 38 (Tabla 8); los pacientes que no pudieron acudir por cuestiones de trabajo, horario, económicas o desinterés, se reasignaron a otro tipo de tratamiento o se dieron de baja del servicio con su conocimiento y aceptación.

Tabla 8. Reporte de altas y bajas de los participantes de los cuatro grupos del Taller de Autoestima

Grupo	Participantes		Total	Bajas		Total	Altas		Total
	Mujeres	Hombres		Mujeres	Hombres		Mujeres	Hombres	
1	8	3	11	4	2	6	4	1	5
2	7	3	10	7	3	10	0	0	0
3	5	3	8	3	1	4	2	2	4
4	4	5	9	1	3	4	3	2	5
Total	24	14	38	15	9	24	9	5	14

De los usuarios que aceptaron asistir al taller, solo acudieron el 36.84%. Se detectó que los días feriados y los períodos vacacionales son factores que obstaculizan la impartición del taller, menguando la motivación y el interés de los participantes.

Grupo 1: período 06-marzo → 06-junio-2006

- De los once pacientes, seis dejaron de asistir al taller después de la Semana Santa y los lunes feriados; al ser contactados vía telefónica admitieron su baja del CSP. Los cinco que terminaron el taller fueron dados de alta, considerando sus cambios y las calificaciones de sus autoevaluaciones.

Grupo 2: período 05-junio → 25-septiembre-2006

- Un promedio de siete participantes asistieron a las dos primeras sesiones del taller, después del período vacacional de julio no regresaron. Fueron contactados vía telefónica informando que abandonaban el taller por cuestiones de la escuela, el trabajo, el horario, etc. Los diez se dieron de baja.

Grupo 3: período 04-septiembre → 06-noviembre-2006

- De los ocho participantes, cuatro dejaron de asistir por cuestiones de trabajo o actividad escolar, se les comunicó su baja del servicio. Los cuatro que terminaron su trabajo en el taller y mostraron progreso en sus autoevaluaciones y actitud, fueron dados de alta.

Grupo 4: período 22-enero → 16-abril-2007

- De los nueve participantes, una no asistió por cuestión de su trabajo, dos asistieron la mitad de sesiones (su impresión diagnóstica no era baja autoestima) y otro estuvo enfermo. Los cinco que continuaron en el taller mostraron cambios cognitivos y se dieron de alta.

Se pudo demostrar cómo la realización de tareas de autoayuda favorece la reestructuración cognitiva y el proceso de autoestima; los pacientes comprometidos consigo mismos, asistiendo regularmente y cumpliendo con las actividades sugeridas, redujeron sus niveles de depresión y ansiedad, refiriendo haber establecido relaciones satisfactorias de amistad, laborales y afectivas, con compañeros del taller u otras personas.

Tabla 9. Puntaje de pretest y postest de depresión, ansiedad y satisfacción relacional, en participantes dados de alta en el Taller de Autoestima.

Participantes	Test de depresión		Test de ansiedad		Test de satisfacción relacional	
	antes	después	antes	después	antes	después
1.	24	11	45	10	19	28
2.	19	7	41	15	15	26
3.	13	5	25	5	25	30
4.	22	5	27	7	20	30
5.	21	5	21	11	20	35
6.	3	3	10	4	32	35
7.	11	5	30	4	21	40
8.	20	10	27	5	22	24
9.	10	5	10	6	18	31
10.	23	3	33	9	20	40
11.	33	18	47	27	15	16
12.	31	14	44	31	10	27
13.	17	8	19	6	11	21
14.	23	6	66	5	11	40

La Tabla 9, indica los cambios cognitivo conductuales apreciados por los pacientes, como resultado de su trabajo en el taller de autoestima y evaluando su progreso semanal completando los tests de depresión, ansiedad y satisfacción relacional.

Al término del taller, los participantes referían recuperar la concentración aprovechando mejor su actividad escolar o laboral, planear las actividades deseadas o iniciar una relación amorosa; pero básicamente al encontrarse consigo mismo y aceptarse, desarrollaban un sentido de vida, tan propio que con su solo esfuerzo podrían realizar y disfrutar en su beneficio.

Se consideran resultados óptimos, los puntajes: inferior a 5 en la Escala de depresión de Burns, inferior a 5 en el Cuestionario de ansiedad de Burns, y superior a 35 en la Escala de satisfacción relacional de Burns (Burns, 2000). Del total de

participantes: siete lograron tener un puntaje óptimo en el test de depresión, menor a 5 como lo propone Burns; cinco alcanzaron el puntaje ideal en el test de ansiedad; y fueron cinco los que obtuvieron el puntaje recomendable propuesto por el autor.

Tabla 10. Prueba de los signos de Wilcoxon

Test	Media		Z	P
	Antes	Después		
Escala de Depresión de Burns	19.29	7.50	-3.184	.001
Cuestionario de Ansiedad de Burns	31.79	10.36	-3.301	.001
Escala de Satisfacción Relacional de Burns	18.50	30.21	-3.297	.001

El análisis de la T de Wilcoxon (Downie, 1986) indica que pocos participantes alcanzaron el ideal, sin embargo en todos ellos hubo una mejora positiva. Puede observarse en la Tabla 10, como las medias de los tres tests aplicados a los participantes antes y después de asistir al taller de autoestima revelan diferencias estadísticamente significativas en los indicadores de la depresión, la ansiedad y la satisfacción relacional.

Los principios de la TCC fueron aplicados al taller, donde cada participante fijó sus objetivos personales, identificando sus pensamientos, sentimientos y conductas actuales como generadores de incomodidad. A través de los ejercicios cognitivos y conductuales en un ambiente de respeto, discreción, confianza, sinceridad y comunicación clara, se favoreció la interacción grupal. Los pacientes comprobaron que este comportamiento generalizado a sus entornos, ayudaba a sus relaciones personales. La determinación de expectativas personales constituyó el compromiso consigo mismo; los pacientes lograron comprender que cumplir con sus objetivos personales ayudaba a sus propios cambios. Entendieron que al disminuir las exigencias utilizando una comunicación adecuada evitando las exageraciones, mejoraba su concepto de sí mismo, sus relaciones interpersonales reduciendo sus niveles de ansiedad y sentimientos negativos. El sentimiento de bienestar dentro del grupo favorece la generalización de las reglas del taller, a su vida diaria.

• Taller de Solución de Problemas

Considerando el propósito de servir a la comunidad, fueron asignados ocho pacientes para impartirles un taller de solución de problemas. En una semana se citó a los pacientes, fueron siete los que confirmando su asistencia; el octavo decidió darse de baja por haber conseguido trabajo y aparentemente resolver su problema. Se planeó el taller basado en la Terapia de Resolución de Problemas (TRP) de D'Zurilla y Goldfried, distribuido en ocho sesiones; la primera sesión fue el encuadre, definición del concepto problema y de las fases del proceso para resolver problemas. Cinco sesiones correspondientes a cada una de las cinco fases del proceso para la resolución de problemas, y dos sesiones intercaladas en el proceso, como práctica en problemas personales. Cada sesión se preparaba próxima a la fecha establecida.

Tabla 11. Reporte de altas y bajas de los participantes del Taller de Solución de Problemas

Grupo	Participantes		Total	Bajas		Total	Altas		Total
	Mujeres	Hombres		Mujeres	Hombres		Mujeres	Hombres	
1	3	4	7	3	2	5	0	2	2

Durante el desarrollo del taller, un participante relató cómo resolvió el problema que le motivó a acudir al CSP, comunicando que por su nuevo trabajo dejaría de asistir al taller, además de haber solucionado su problema; fue dado de alta (Tabla 11).

Después del período vacacional de julio solo se presentaron tres integrantes a la Sesión No. 5, por tal motivo no se impartió el contenido preparado para la reunión. Fueron retomadas las problemáticas de estos tres participantes: uno, refiriendo la decisión tomada respecto a su problema tratado en el taller, expresando sentirse favorecido por los temas abordados e informando que dejaría de asistir, fue dado de alta; otra, comunicó que regresaría a provincia por cuestiones familiares y laborales, fue dada de baja. La tercera, aceptó ser atendida en la terapia individual supervisada.

Las sesiones 6, 7 y 8 no se organizaron, considerando que la mayoría de los integrantes del taller no asistieron a la Sesión No. 5. En la siguiente fecha del taller de Solución de Problemas (de nuevo la Sesión No. 5) no asistió ningún participante;

fueron contactados vía telefónica e Internet recordándoles la continuidad del taller después de las vacaciones, concluyendo ellos mismos darse de baja del taller; argumentando la dificultad de asistir por problemas de horarios de la escuela o el trabajo.

Una vez más parece que el período vacacional o los días feriados afectan el entusiasmo de los participantes, dejando de asistir al CSP.

■ *BENEFICIO DE LA INSTITUCIÓN RECEPTORA*

El Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila” cumpliendo con su Programa de Servicio Social en Clínica, fue beneficiado por los prestadores del servicio social con opción a titulación quienes implementaron diversos talleres relacionados con la problemática referida por los usuarios; como parte de su Plan de actividades académico-profesionales de servicio social, a reportar en su IPSS.

La demanda de servicio psicológico en la institución es alta, considerando que se entrega un promedio de 20 solicitudes diarias. Algunos usuarios desisten por la larga espera, otros que son la mayoría, continúan con la expectativa de ser atendidos profesionalmente.

Los talleres diseñados, elaborados e impartidos por los prestadores de servicio social fueron impartidos conservando el compromiso, respeto y amabilidad hacia la comunidad, con apego a la misión de la institución.

Además de los talleres, los usuarios fueron atendidos oportunamente en preconsulta y en terapia individual por los prestadores de servicio social (IPSS); bajo la supervisión de la Coordinadora de la institución y residentes de la Maestría en Medicina Conductual.

El beneficio de la institución se ve reflejado en el beneficio a la comunidad; proporcionando los prestadores de servicio social (IPSS) atención a mayor número de usuarios, disminuyendo su tiempo de espera y recibiendo un servicio psicológico de calidad (referencias de los usuarios vía telefónica). Así mismo, la institución incrementó sus recursos económicos.

■ FORMACIÓN PROFESIONAL EN EL SERVICIO SOCIAL

1) *Objetivos personales*

- Capacitación en la práctica clínica como profesional competente.
- Reafirmar y ampliar los conocimientos sobre Psicología.
- Mejorar las propias habilidades y desarrollar otras que favorezcan la práctica y la competencia profesional.
- Mantener el interés por ayudar a los otros, a través de una adecuada preparación profesional.

El servicio clínico que ofrece la institución receptora, proporcionó los elementos necesarios para el logro de los objetivos personales; el CSP cumple con los lineamientos básicos del servicio social como son los programas de atención psicológica a la comunidad que permiten el desarrollo de habilidades. Es el ambiente propicio para la práctica profesional y la aplicación de los conocimientos adquiridos en la etapa de formación académica, es la posibilidad de relacionar el conocimiento y las habilidades al servicio de los demás, es el momento de enfrentar al alumno con la realidad de la salud mental.

La atención brindada a los pacientes desarrolló la sensibilización y la empatía en el prestador sin vincularse afectivamente a la problemática ajena, y sí, fortaleciendo su calidad humana. La experiencia en el servicio social inicia la formación de un profesionista responsable, honesto, discreto, respetuoso, promotor de la salud mental, apegado al valor de la ética.

Considero haber desarrollado las habilidades necesarias como la observación, la entrevista, la investigación, el diagnóstico, la iniciación a la terapia, la aplicación de pruebas, la intervención en crisis, la promoción de la salud, el diseño de talleres y la evaluación psicológica. Cumpliendo satisfactoriamente con los objetivos del Plan de actividades académico-profesionales de servicio social: el trabajo organizado en un escenario institucional, el incremento de conocimientos y habilidades clínicas para el desempeño terapéutico, la elaboración de talleres y su impartición.

2) *Resultado total de las actividades de servicio social*

• Preconsulta	116	• Sesiones de terapia supervisada	132
• Evaluación psicológica	9	• Informe de avance de S.S.	6
• Reporte de baja	62	• Impartición del Taller de Autoestima	4
• Reporte de alta	21	• Impartición del Taller de Solución de problemas	1
• Concertación de citas	73		
• Intervención en crisis	4		
• Terapia supervisada	10		
• Notas psicológicas	132		

■ *BENEFICIO DE LA FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNAM*

La Facultad de Psicología tiene como fines la docencia, investigación y extensión proporcionando servicios de apoyo psicológico por medio de tres centros de atención a la comunidad universitaria y población en general; en los cuales pretende vincular docencia, investigación y servicio. Uno de sus propósitos es formar profesionales comprometidos con la realidad social, capaces de involucrarse en problemáticas reales. En este sentido la prestación del servicio social en el Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila" coadyuvó en la formación profesional de sus egresados, como escenario propicio para la práctica rigurosa, ética y relevante para la sociedad.

CONSIDERACIONES FINALES

En un principio el servicio social estaba contemplado dentro del programa de "Atención Psicológica a enfermos crónico-degenerativos" correspondiente a la Maestría de Medicina Conductual; dado que las actividades efectuadas como servicio social no estaban relacionadas a dicho esquema, fue necesario que la Institución organizara el subprograma "Programa de Servicio Social en Clínica". Sus objetivos se relacionaron estrechamente a las actividades propias del servicio social, cumpliendo el propósito de proporcionar un escenario profesional para el prestador de servicio social; al igual que la materia de trabajo pertinente que le permita confirmar sus conocimientos y desarrollar habilidades clínicas, abordando las problemáticas psicológicas vigentes en nuestra sociedad de forma efectiva con responsabilidad, compromiso y alta calidad humana.

Los conocimientos adquiridos durante la formación académica favorecieron la comprensión del desarrollo psicológico humano; donde la percepción de la realidad es apreciada de modo diferente por los individuos, que la importancia de la sociedad en nuestra formación como seres sociales influye de manera directa en la integración de la personalidad y en la adaptación social. Conocer lo admirable de ser humano y cómo el manejo de las emociones puede conducir a trastornos psicopatológicos afectando la interacción social, que le caracteriza. Este saber facultó para realizar un servicio social que además de poner en práctica lo aprendido en el período escolar fue la oportunidad de reafirmar la teoría, aumentar el conocimiento, mejorar las habilidades personales y desarrollar otras, en beneficio propio y de los demás.

El CSP es un espacio que a través del cumplimiento de sus principales actividades permitió el desarrollo y fortalecimiento de destrezas. El estudio de la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) modifica el propio esquema cognitivo desarrollando habilidades que serán modeladas en los pacientes y favoreciendo el propio equilibrio emocional, tan elemental en la atención terapéutica. La Preconsulta como primera función a realizar en la institución, enseñó a estructurar el discurso del

paciente y el inicio de la conceptualización del caso; además de promover técnicas tan sencillas e importantes como la expresión adecuada, la modulación de voz y la empatía, necesarias para dar confianza al paciente y establecer una alianza terapéutica. Aprender sobre TCC, estructurando sus sesiones bajo la conducción de la Supervisora del programa de servicio social y de las residentes de la Maestría en Medicina Conductual, y con apego a sus principios (Beck, 2000) permitió desempeñar la actividad de Terapia Supervisada atendiendo a pacientes de la Institución. Compromiso que se complementó asistiendo al curso "Introducción a la Terapia Racional Emotiva" ampliando el conocimiento y formación terapéutica. El avance fortaleció la seguridad y la improvisación para dirigir grupos, impartiendo talleres en cinco ocasiones como Promotora de la salud; que ante ciertas dificultades, el cambio de estado anímico fue la oportunidad de reestructuración cognitiva formando la capacidad de manejo de las emociones dirigiendo la atención a la consecución de objetivos.

Cumplir las fases del proceso terapéutico como indica Meichenbaum (en Lynn y Garske, 1988), capacita al paciente como observador de su propia conducta, identificando cómo su problemática es generada por sus ideas irracionales y dirigida por sus emociones. Con la realización de las tareas se comienza a "desaprender" esas creencias inadecuadas, que por su insuficiente racionalidad se cambian por otras apegadas a la razón y a la realidad. Es posible observar como el paciente al apreciar sus cambios, continúa motivado en el proceso terapéutico aumentando la confianza en sí mismo y reduciendo la posibilidad de recaídas.

El trabajo efectuado en el CSP fue enriquecedor, permitió alcanzar los objetivos del servicio social, de la institución y los personales del prestador de servicio social; fue abundante, disminuyendo el tiempo para transcribir el IPSS dentro de la institución, como parte del Plan de actividades académico-profesionales de servicio social. Considerando estas circunstancias sería preciso ampliar el período de servicio social a un año, haciendo posible el cumplimiento de las actividades propuestas y la elaboración del IPSS en el tiempo establecido.

Es importante que la práctica profesional en el Sistema de Universidad Abierta se pudiera realizar desde los primeros semestres como en el Sistema Escolarizado; aportaría conocimiento y seguridad, necesarios en el momento de vincular los conocimientos adquiridos en la formación académica con la práctica profesional durante el servicio social. Así como es necesario, que las Instituciones Receptoras se apeguen a los Lineamientos para el diseño e instrumentación de los Programas de Servicio Social del IPSS creando y registrando en el tiempo indicado los programas dirigidos a pasantes de licenciatura, con el propósito de que éstos desempeñen las actividades propias del programa de servicio social elegido; además de que cumplan con las características y condiciones que implica supervisar un IPSS. Se propone a la Institución Receptora llevar un control administrativo más puntual sobre los espacios, equipos, etc., para realizar una mejor conducción de actividades grupales que no genere confusión en los usuarios y en los prestadores, beneficiando la imagen de la institución. Se sugiere por otra parte hacer una revisión de los formatos establecidos en el CSP, ya que algunos de ellos no son pertinentes en todos los casos. En cuanto a los instrumentos utilizados, es favorable para el CSP y los estudiantes, la aplicación de pruebas validadas para la población mexicana proporcionando el nombre de sus autores y la forma adecuada para calificarlos.

Estas sugerencias podrían incluirse en un Curso de Capacitación para Supervisores de las Instituciones Receptoras de Servicio Social del IPSS. Considerando los múltiples factores implicados en la deserción del tratamiento, sería conveniente no ampliar el período vacacional de julio; la motivación en los usuarios al trabajar en sus tareas durante las tres semanas que permanece cerrado el CSP, les permitiría observar su autoeficacia y la posibilidad del cambio cognitivo conductual.

Mediante el trabajo realizado en servicio social pudo apreciarse cómo los estudiantes de la Facultad de Psicología manifiestan a través de su discurso baja autoestima, déficit en solución de problemas, habilidades sociales, control de enojo, etc., síntomas que afectan su formación y futuro ejercicio profesional; sería conveniente implementar en el CSP o en el Plan de Estudios de la Facultad de Psicología, talleres obligatorios u opcionales en beneficio de la salud mental de los alumnos.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Adler, A. (1980) *Estudios sobre la inferioridad de los órganos*. Barcelona: Paidós.
- Barlow, D. y Durand, M. (2006) *Psicología anormal. Un enfoque integral*. México: Thomson Learning.
- Beck, J. S. (2000) *Terapia cognitiva. Conceptos básicos y profundización*. México: Gedisa.
- Beck, A. y Freeman, A. (1999) *Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad*. España: Paidós.
- Bianchi, E. (comp.) (1994) *El servicio social como proceso de ayuda*. Barcelona: Paidós.
- Bloomfield, H. (1986) *El síndrome de Aquiles*. Barcelona: Grijalbo.
- Branden, N. (1969, edición en inglés; 2001, edición en español) *La psicología de la autoestima*. México: Paidós.
- Branden, N. (1999) *Los seis pilares de la autoestima*. México: Paidós.
- Buela-Casal, Caballo y Sierra (1996) *Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud*. España: Siglo XXI.
- Burns, D. (2000) *Autoestima en 10 días*. México: Paidós.
- Caballo, V. E. (comp.) (1995) *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. España: Siglo XXI.
- Caballo, V. E. (dir.) (1998) *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*. España: Siglo XXI.
- Calvin, H. y Gardner, L. (1975) *Las grandes teorías de la personalidad*. Buenos Aires: Paidós.
- Carrasco, G. (2001) *Habilidades para la vida*. España: Paraninfo.
- Carreño M. (2006) *Asertividad, autoestima y rol de género en mujeres estériles con síntomas de depresión y ansiedad*. México: La Psicología Social en México, Vol. XI, p.p. 338-344.
- Delval, J. (1996) *El desarrollo humano*. México: Siglo XXI.

- Downie N. (1986) *Métodos estadísticos aplicados*. México: Harla.
- Ellis, A. (1987) *Principios teóricos y conceptuales de la terapia racional-emotiva*. México: Desclée de Brouwer.
- Ellis, A. (1999) *Una terapia breve más profunda y duradera*. España: Paidós.
- Fernández, L. A. y Rodríguez, V. B. (2002) *La práctica de la psicoterapia. La construcción de narrativas terapéuticas*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Gavino, A. (2004) *Tratamientos psicológicos y trastornos clínicos*. España: Pirámide.
- Goldfried, M. R. (1996) *De la terapia cognitivo-conductual a la psicoterapia de integración*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- González A. y Valdez M. (1996) *Autoconcepto y autoestima en madres e hijos de diferentes escuelas de la Cd. de Toluca*. México: La Psicología Social en México, Vol. VI, p.p. 85-91.
- Greenberg, Rice y Elliott (1996) *Facilitando el cambio emocional*. Barcelona: Paidós.
- Hillman, C. (1995) *Cómo recuperar su autoestima*. México: Alfaguara.
- Kelly J. (1987) *Entrenamiento de las habilidades sociales*. España: Desclée de Brouwer.
- Lega, L., Caballo, V. y Ellis, A. (1998) *Teoría y Práctica de la Terapia Racional Emotivo-conductual*. México: Siglo XXI.
- Lerner, L. (2003) *Del automaltrato a la autoestima*. Buenos Aires: Lugar
- Lynn, S. y Garske, J. (1988) *Psicoterapias contemporáneas. Modelos y métodos*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Mahoney, M. J. (Ed.), (1997) *Psicoterapias Cognitivas y Constructivistas. Teoría, investigación y práctica*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Mézerville, G. (2004) *Ejes de salud mental: los procesos de autoestima, dar y recibir afecto y adaptación al estrés*. México: Trillas.
- Morris, Ch. (1987) *Psicología. Un nuevo enfoque*. México: Prentice-Hall.
- Mruk, Ch. (1998) *Auto-estima. Investigación, teoría y práctica*. España: Desclée de Brouwer.
- Olivares R. y Méndez C., (2001) *Técnicas de modificación de conducta*. Madrid: Biblioteca nueva.

- Polaino, A. (2004) *Familia y autoestima*. España: Ariel.
- Pozo, J. I. (1989) *Teorías cognitivas del aprendizaje*. España: Morata.
- Reynoso, L. (2005) *Psicología clínica de la salud*. México: Manual Moderno.
- Rojas, E. (2002) *¿Quién eres ? De la personalidad a la autoestima*. España: Temas de hoy.
- Rosenzweig, M. R. y Leiman, A. I. (2003) *Psicología fisiológica*. España: Mc Graw-Hill.
- Sánchez, R. (2007) *Comunicación personal*.
- Satir, V. (1991) *Nuevas relaciones humanas en el núcleo familiar*. México: Pax.
- Satir, V. (1994) *En contacto íntimo*. México: Árbol.
- Vanistendael, S. (2002) *La felicidad es posible*. Barcelona: Gedisa.
- Vite San Pedro, S. (1986) *El ingreso económico familiar y su relación con la autoestima de la mujer casada*. México: La Psicología Social en México, Vol. I, p.p. 345-349.
- www.dgose.unam.mx/ss/docs/RGSSUNAM.pdf (Recuperado en octubre-2007).
- www.diariodevida.com/blog/index (Recuperado en febrero-2007).
- www.redconsultoras.com/dinamicas.htm (Recuperado en mayo-2006).
- www.unam.mx/acercaunam_nvo/unam_tiempo/antecedentes/html (Recuperado en julio y noviembre de 2006).
- www.who.int/whr/2007/es (Recuperado en diciembre-2007).

A N E X O S

Anexo 1

ESCALA DE DEPRESIÓN DE BURNS

Señala (✓) la casilla de la derecha de cada categoría indicando en qué medida te ha preocupado el sentimiento correspondiente durante los últimos días:

	0 nada	1 algo	2 bastante	3 mucho
1. Tristeza: ¿Te sientes triste o con el ánimo por los suelos?				
2. Desánimo: ¿Te parece que el futuro no te ofrece esperanza alguna?				
3. Autoestima baja: ¿Te sientes despreciable?				
4. Inferioridad: ¿Te sientes incompetente o inferior a los demás?				
5. Culpa: ¿Eres excesivamente crítico contigo mismo y te culpabilizas de todo?				
6. Indecisión: ¿Te cuesta tomar decisiones?				
7. Irritabilidad: ¿Te sientes a menudo furioso o resentido?				
8. Pérdida de interés por la vida: ¿Has perdido interés por tu carrera profesional, tus aficiones, tu familia o tus amigos?				
9. Falta de motivación: ¿Tienes que obligarte a realizar un gran esfuerzo para cumplir con tus obligaciones?				
10. Mala autoimagen: ¿Te sientes viejo o poco atractivo?				
11. Alteraciones del apetito: ¿Has perdido el apetito? ¿Comes en exceso o te atiborras de forma compulsiva?				
12. Alteraciones del sueño: ¿Te cuesta dormir profundamente de noche? ¿Duermes demasiadas horas y siempre tienes sueño?				
13. Pérdida de la libido: ¿Has perdido interés por el sexo?				
14. Preocupaciones acerca de la salud: ¿Te preocupas demasiado por tu salud?				
15. Impulso suicida: ¿Tienes pensamientos de que no vale la pena vivir o que estarías mejor muerto? *				
Resultado global de los ítem 1 - 15 →				

* Cualquier persona que sienta un impulso suicida debería consultar inmediatamente con un profesional de la salud mental.

CLAVE DE Puntuación PARA LA ESCALA DE DEPRESIÓN DE BURNS

Resultado global	Nivel de depresión
0 - 4	Depresión mínima o ausencia de depresión
5 - 10	Normal pero infeliz
11 - 20	Estado límite a depresión leve
21 - 30	Depresión moderada
31 - 45	Depresión grave

Anexo 2

CUESTIONARIO DE ANSIEDAD DE BURNS

Señala (✓) la casilla de la derecha de cada categoría indicando en qué medida te ha preocupado el sentimiento correspondiente durante los últimos días:

Categoría I: Sentimientos	0 nada	1 algo	2 bastante	3 mucho
1. Ansiedad, nerviosismo, preocupación o miedo				
2. Sensación de que las cosas que te rodean son extrañas o irreales.				
3. Te sientas separado de todo o de una parte de tu cuerpo.				
4. Episodios repentinos e inesperados de angustia.				
5. Temor o sensación de muerte inminente.				
6. Te sientes tenso, estresado, inquieto o con los nervios a flor de piel.				
Categoría II: Pensamientos	0 nada	1 algo	2 bastante	3 mucho
7. Dificultad de concentración.				
8. Pensamientos acelerados.				
9. Fantasías o ensueños terroríficos.				
10. Sensación de estar a punto de perder el control.				
11. Miedo a sufrir una crisis nerviosa o a volverse loco.				
12. Miedo a desmayarse o a perder el conocimiento.				
13. Miedo a las enfermedades físicas, a las crisis cardíacas o a la muerte.				
14. Preocupaciones por parecer estúpido o incompetente.				
15. Miedo a quedarse solo, aislado o a ser abandonado.				
16. Miedo a las críticas o a la desaprobación.				
17. Miedo a que algo terrible esté a punto de suceder.				

CUESTIONARIO DE ANSIEDAD DE BURNS (continuación)

Categoría III: Síntomas físicos	0 nada	1 algo	2 bastante	3 mucho
18. Sacudidas del corazón, aumento de la frecuencia cardíaca o palpitaciones.				
19. Dolor, tensión u opresión torácica.				
20. Sensación de entumecimiento u hormigueo en los dedos de las manos o de los pies.				
21. Náuseas o molestias abdominales.				
22. Estreñimiento o diarrea.				
23. Inquietud o desasosiego.				
24. Agrandamiento y tensión muscular.				
25. Sudoración no debida al calor.				
26. Sensación de tener un nudo en la garganta.				
27. Temblores o sacudidas.				
28. Piernas temblorosas o de consistencia "gomosa".				
29. Sensación de mareo, aturdimiento o inestabilidad.				
30. Sensación de ahogo, de asfixia o de dificultades respiratorias.				
31. Dolores de cabeza, de nuca o de espalda.				
32. Escalofríos o sofocaciones.				
33. Somnolencia, sensación de debilidad o agotamiento.				
Resultado global de los ítem 1 - 33 →				

CLAVE DE PUNTUACIÓN PARA EL CUESTIONARIO DE ANSIEDAD DE BURNS

Resultado global	Nivel de ansiedad
0 - 4	Ansiedad mínima o ausencia de ansiedad
5 - 10	Ansiedad límite
11 - 20	Ansiedad leve
21 - 30	Ansiedad moderada
31 - 50	Ansiedad grave
51 - 99	Ansiedad extrema o crisis de angustia

Anexo 3

ESCALA DE SATISFACCIÓN RELACIONAL

Señala (✓) la casilla situada a la derecha de cada categoría que describe mejor el nivel de satisfacción que sientas con tus relaciones más próximas:

	0 muy insatisfecho	1 bastante insatisfecho	2 algo insatisfecho	3 indiferente	4 algo satisfecho	5 bastante satisfecho	6 muy satisfecho
1. Comunicación y extroversión.							
2. Resolución de conflictos y desavenencias.							
3. Nivel de afecto y de generosidad hacia los demás.							
4. Nivel de intimidad y familiaridad.							
5. Satisfacción que sientas con el papel que tienes dentro de la relación.							
6. Satisfacción que sientas con el papel que tiene la otra persona.							
7. Nivel de satisfacción general con tu relación.							
Resultado global de los ítem 1 - 7 →							

CLAVE DE Puntuación PARA LA ESCALA DE SATISFACCIÓN RELACIONAL

Resultado global	Nivel de satisfacción	Porcentaje de personas que padecen relaciones problemáticas y que tienen puntuaciones más altas	Porcentaje de personas que mantienen relaciones satisfactorias y que tienen puntuaciones más altas
0 - 10	Sumamente insatisfecho	75 %	100 %
11 - 20	Muy insatisfecho	35 %	95 %
21 - 25	Bastante insatisfecho	25 %	90 %
26 - 30	Algo insatisfecho	15 %	75 %
31 - 35	Algo satisfecho	5 %	50 %
36 - 40	Bastante satisfecho	1 %	10 %
41 - 42	Muy satisfecho	inferior al 1 %	inferior al 1 %

Anexo 4

EVALUACIÓN DE LA SESIÓN No.

¿Qué aprendiste hoy? Por favor expresa lo siguiente:

1. Escribe las ideas que te parecieron importantes, describe tus reacciones positivas y negativas. Si lo que hoy aprendiste te ayuda a reflexionar sobre ti mismo.
2. Registra tres aspectos sobre lo que te pareció confuso o falso, si hubo algún comentario del facilitador o de otro participante que te molestó; expresarlos puede ayudar a realizar modificaciones que mejoran las sesiones.
3. Registra tres aspectos sobre lo que te gustó, lo que te parece útil, lo que descubriste en ti mismo.

Anexo 5

QUINCE BUENAS RAZONES PARA NO REALIZAR LOS EJERCICIOS DE AUTOAYUDA

Señala (✓) aquellas que procedan:

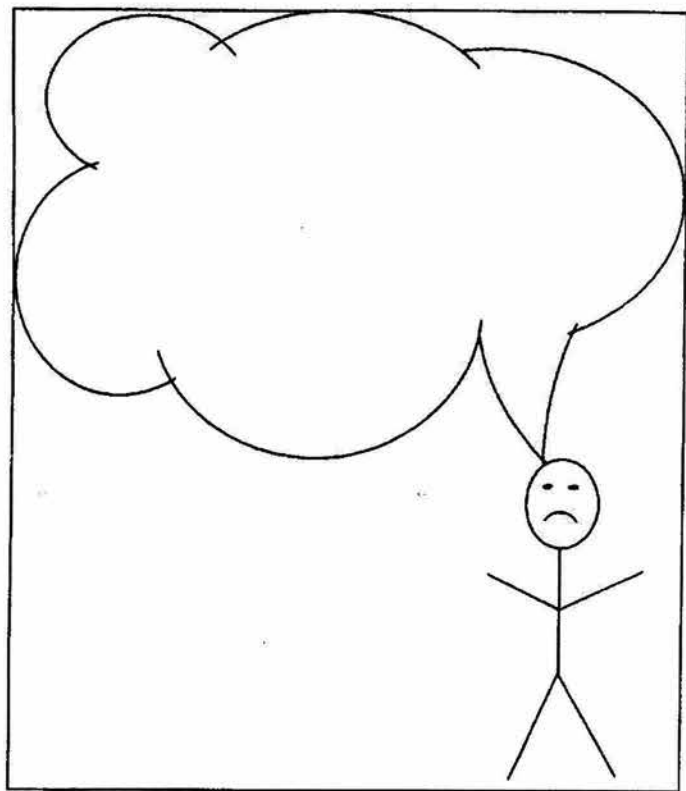
1.	Este "Taller de Autoestima" no me da confianza.	
2.	No creo en absoluto que estos ejercicios cambien en algo mi vida.	
3.	No estoy con animos ahora mismo para realizar las tareas, quizá lo haga más adelante.	
4.	Esto, se parece a la escuela o al trabajo: deberes, hacer, pensar... ¡mmm!	
5.	¡Para mi, un "taller" es solo para escuchar y nada de hacer tareas.	
6.	Me siento tan desesperanzado e inútil que no creo que algo o alguien me pueda ayudar alguna vez.	
7.	Creo que no soy suficientemente espabilado para realizar con éxito estas tareas.	
8.	No me gusta que nadie me ordene lo que tengo que hacer.	
9.	Creo que los demás son los culpables de mis problemas ¿Por qué debo cambiar yo?	
10.	Creo que mi bajón anímico se debe a un desequilibrio bioquímico, a un problema alimenticio o a una alergia, por lo que estos ejercicios escritos poco me podrán ayudar.	
11.	Continuaré en el taller para ver si es suficientemente sensato para implicarme con él.	
12.	Temo lo que pueda ocurrir si cambio. Es posible que mi vida sea desgraciada pero no deja de ser una vida que yo conozco.	
13.	Temo que las demás personas puedan leer lo que he escrito, se preocupen de mi o me desprecien por ello.	
14.	Creo que mi estado anímico está sometido a fuerzas que escapan a mi control. No puedo hacer realmente nada para cambiar mis sentimientos.	
15.	Creo que mi depresión es demasiado grave para que este tipo de tareas puedan ayudarme.	

Anexo 6

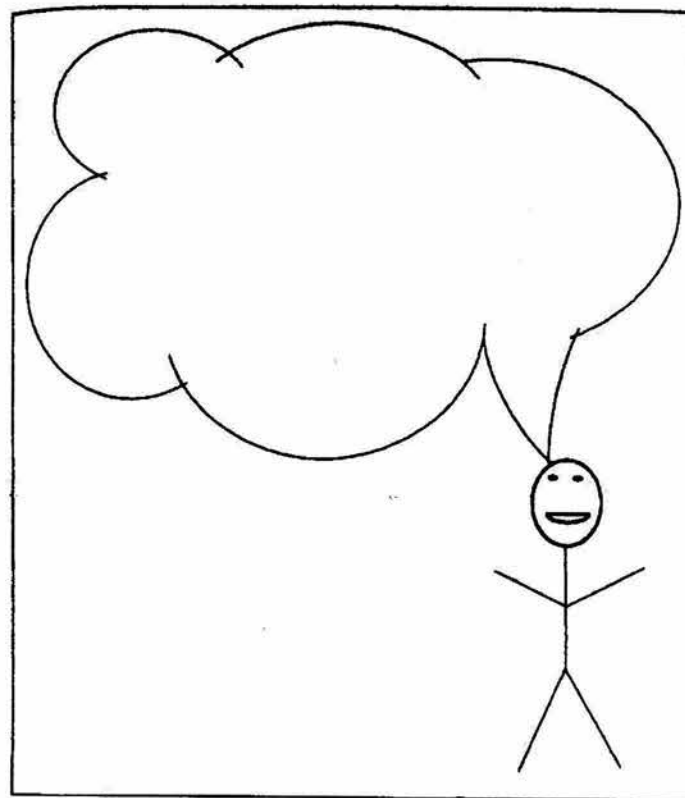
EXPERIENCIA NEGATIVA Y SENTIMIENTOS NEGATIVOS

EXPERIENCIA NEGATIVA Y SENTIMIENTOS NEGATIVOS	
<hr/> <hr/> <hr/>	
Sentimientos negativos propios	Sentimientos negativos de los demás

Anexo 7



(Reverso)



<p>Pensamientos Negativos Anota los pensamientos que te preocupan.</p>	<p>Pensamientos Distorsionados Usa la Lista de Pensamientos Distorsionados.</p>	<p>Pensamientos Positivos Usa las Características del Pensamiento Positivo.</p>
---	--	--

Describe:

TÉCNICA DE LAS TRES COLUMNAS



<p>PENSAMIENTOS DISTORSIONADOS</p> <ol style="list-style-type: none"> Pensamientos del tipo "todo o nada": categoriza las cosas de forma absoluta, en términos de blanco o negro. Sobregeneralización: considera un acontecimiento puntual negativo parte de una pauta limitada de desastres Filtro mental: hace hincapié en los hechos negativos y soslaya los positivos. Descartar lo positivo: insiste en que sus logros o los aspectos positivos de su personalidad no tienen valor. Precipitarse en las conclusiones: en ausencia de pruebas definitivas concluye que las cosas van mal. <ol style="list-style-type: none"> presajos: presupone que las personas reaccionan negativamente hacia su persona. predicciones: predice que las cosas saldrán mal. Amplificación o minimalización: exagera o resta importancia en sus problemas. Razonamiento emocional: razona a partir de sus sentimientos. "Me siento como un idiota, así que lo debo ser". Afirmaciones hipotéticas: se critica a sí mismo o a otras personas con afirmaciones del tipo "debería", "no debería", "habría de", "es su obligación", etc. Retulación: en lugar de decir "cometí un error" se dice a sí mismo "soy un estúpido" o "soy un perdedor". Culpa: se culpa a sí mismo de algo que no es de su entera responsabilidad o culpa a otras personas sin considerar su contribución al problema.
--

<p>CARACTERÍSTICAS DEL PENSAMIENTO POSITIVO</p> <ul style="list-style-type: none"> ☉ Apego a la realidad. ☉ Fundamentos lógicos. ☉ Hechos verdaderos. ☉ Desmiente al pensamiento negativo. ☉ Aporte de confianza.

Anexo 10

ANÁLISIS DEL COSTO-BENEFICIO DE LAS EMOCIONES

Describe tus sentimientos negativos: _____

Ventajas de sentirse así	Desventajas de sentirse así



Anexo 11

DIARIO DE ESTADOS ANÍMICOS

Primer paso: describe el acontecimiento que le preocupa _____

Segundo paso: anote sus emociones negativas - y puntúelas desde el 0% (mínimo) al 100% (máximo). Utilice términos similares a *triste, ansioso, furioso, culpable, solitario, desesperanzado, frustrado, etc.*

Emoción	Puntuación (0%-100%)	Emoción	Puntuación (0%-100%)	Emoción	Puntuación (0%-100%)

Tercer paso: técnica de las tres columnas

Pensamientos negativos Anote los pensamientos que le preocupan y valore con qué intensidad cree en cada uno de ellos (0%-100%).	Distorsiones Utilice la lista de pensamientos distorsionados.	Pensamientos positivos Sustitúyalos por pensamientos más realistas y valore con qué intensidad cree en cada uno de ellos (0%-100%).



GUÍA PARA RESOLVER PROBLEMAS

Si tu bajón anímico persiste después de haber completado el diario de estados anímicos, hazte las siguientes preguntas:

1. **¿He comprendido correctamente el problema o el acontecimiento que me preocupa?**
En ocasiones resulta fácil concretar el problema que nos affige. A menudo descubriremos de qué se trata, si repasamos todo aquello que he hecho durante los últimos dos días.
2. **¿He especificado suficientemente mi descripción del acontecimiento negativo?**
¿Qué ocurrió? ¿Dónde me encontraba? ¿A qué hora sucedió? ¿Qué otra persona estuvo implicada? Evita descripciones vagas del tipo "la vida es un asco".
3. **¿Deseo cambiar mis sentimientos negativos acerca de esta situación?**
Utiliza el Análisis de costo-beneficio para anotar las ventajas y las desventajas de sentirte alterado.
4. **¿He comprendido correctamente mis pensamientos negativos?**
Recuerda que no debes anotar descripciones de tus sentimientos o de los hechos que te preocupan, en la columna de pensamientos negativos. Si te resulta dificultoso descifrar cuáles son tus pensamientos negativos, utiliza la técnica del monigote.
5. **¿Resultan mis pensamientos positivos convincentes y verídicos o no son más que racionalizaciones?**
Las racionalizaciones no te harán sentir mejor. Tus pensamientos positivos deben ser 100% verdaderos, o casi, para que te puedan ser de ayuda.
6. **¿Contrarrestan mis pensamientos positivos mis pensamientos negativos?**
Si constatas que tus pensamientos negativos no son del todo ciertos, comenzarás a sentirte mejor. A menudo se requieren muchos pensamientos positivos y muchas semanas de trabajo, antes de poder refutar tus pensamientos negativos.

QUINCE MANERAS DIFERENTES DE CAMBIAR TU FORMA DE PENSAR

Método	Descripción del método
1. Identificar las distorsiones	Utiliza la lista de pensamientos distorsionados y anota las distorsiones de cada pensamiento negativo.
2. El enfoque directo	Sustitúyelo por un pensamiento más positivo y realista.
3. Análisis del coste - beneficio	Anota las ventajas y las desventajas de un sentimiento, pensamiento, una creencia o una conducta negativa.
4. Analizar las pruebas	En lugar de asumir la veracidad de un pensamiento negativo, analiza si las pruebas la confirman.
5. El método de la encuesta	Realiza una encuesta para detectar si tus actitudes y tus pensamientos son realistas.
6. El método experimental	Realiza un experimento para comprobar la verosimilitud de tu pensamiento negativo.
7. La técnica del doble	Háblate a ti mismo de la misma forma respetuosa y sensible con la que hablas a un amigo querido que se encuentra en problemas.
8. El método de predicción del nivel de satisfacción	Efectúa una predicción del 0% - 100% de lo satisfactorias que resultarán determinadas actividades. Anota lo satisfactorias que resultaron finalmente.
9. La técnica de la flecha descendente	Dibuja una flecha debajo de tu pensamiento negativo y pregúntate por qué sería tan preocupante si fuera cierto.
10. Pensar de forma matizada	En lugar de pensar en tus problemas en términos de blanco o negro, evalúa las cosas matizando tu gama de grises.
11. Definir términos	Cuando te calificas a ti mismo de "inferior" o de "perdedor", pregúntate qué quieres decir con estos términos.
12. Especificar	Mantente fiel a la realidad y evita juicios genéricos sobre la misma.
13. El método semántico	Utiliza un lenguaje de escasa carga emocional en lugar de afirmaciones hipotéticas y rotulaciones.
14. Reatribución	En lugar de culparte de un problema, piensa en todos aquellos factores que pueden haber contribuido a su formación.
15. La paradoja de la aceptación	En lugar de defenderte a ti mismo de tu propia autocrítica, reconoce su parte de verdad y acéptala.

Anexo 14

ANÁLISIS DEL COSTO-BENEFICIO DE LAS ACTITUDES

Actitud o creencia que descombinar: _____

Ventajas que comporta esta creencia	Desventajas que comporta esta creencia

Anexo 15



CREENCIAS INADECUADAS MÁS FRECUENTES

1. **Perfeccionismo Emocional:**
"Debería sentirme siempre feliz, seguro, controlando perfectamente todas mis emociones"
2. **Perfeccionismo conductual:**
"No debo fallar nunca ni cometer un error"
3. **Perfeccionismo de imagen:**
"Las personas no me querrán ni me aceptarán si muestro mis defectos y mis puntos débiles"
4. **Miedo a la desaprobación o a la crítica:**
"Necesito la aprobación de todo el mundo para sentirme una persona valiosa"
5. **Miedo al rechazo:**
"Si las personas no me quieren, no vale la pena vivir"
6. **Miedo a estar solo:**
"Si estoy solo no podré evitar sentirme deprimido y frustrado"
7. **Miedo al fracaso:**
"Mi valor como persona depende de mis logros, inteligencia, estatus social, atractivo..."
8. **Fobia a los conflictos:**
"Las personas que se quieren no deberían discutir"
9. **Emotofobia (fobia a las propias emociones):**
"No me debería sentir furioso, ansioso, incompetente, celoso o inseguro"
10. **Prerrogativa:**
"Las personas deberían ser siempre como yo espero que sean"

Anexo 16

PENSAMIENTO NEGATIVO Y FLECHA DESCENDENTE

En la línea punteada escribe tu pensamiento negativo, y en la línea continua tu respuesta:

1.
 | Si esto fuera cierto, ¿por qué me resultaría insoportable? ¿Qué significaría para mí?

2.
 | Si esto fuera cierto, ¿por qué me resultaría insoportable? ¿Qué significaría para mí?

3.
 | Si esto fuera cierto, ¿por qué me resultaría insoportable? ¿Qué significaría para mí?

4.
 | Si esto fuera cierto, ¿por qué me resultaría insoportable? ¿Qué significaría para mí?

5.
 | Si esto fuera cierto, ¿por qué me resultaría insoportable? ¿Qué significaría para mí?

6.
 | Si esto fuera cierto, ¿por qué me resultaría insoportable? ¿Qué significaría para mí?

7.
 | Si esto fuera cierto, ¿por qué me resultaría insoportable? ¿Qué significaría para mí?

Anexo 17

ESCALA DE CREENCIAS INADECUADAS

Señala (✓) la casilla situada a la derecha de cada categoría que describa mejor tus creencias:

	0 no coincido en absoluto	1 no coincido casi nada	2 indiferente	3 coincido algo	4 coincido completamente
1. Suelo encarar muy mal las críticas.					
2. Si no le caigo bien a alguien, tengo la sensación de no valer nada como persona.					
3. Necesito la aprobación de las demás personas para sentirme feliz y valioso.					
4. A menudo me pongo a la defensiva cuando alguien me critica.					
5. Mi autoestima depende, en gran medida, de lo que los demás piensen de mí.					
6. Si no soy querido por otra persona, no me puedo sentir feliz y realizado.					
7. Si no soy querido por otra persona, seré irremediablemente infeliz.					
8. Si alguien me rechazara, pensaría que algo me pasa.					
9. Debo ser querido para sentirme feliz y valioso.					
10. Estar solo y no ser querido lleva irremediablemente a la infelicidad.					
11. En ocasiones me siento deprimido porque no he tenido mucho éxito en la vida.					
12. Las personas con carreras excepcionales, un elevado estatus social, riqueza o fama son irremediablemente más felices que las que no son especialmente triunfadoras.					
13. Las personas que alcanzan grandes logros son más valiosas que las demás.					
14. A veces me siento inferior a aquellas personas que son más inteligentes o más exitosas que yo.					

ESCALA DE CREENCIAS INADECUADAS (continuación)

	0 no coincide en absoluto	1 no coincide casi nada	2 indiferente	3 coincido algo	4 coincido completamente
15. Mi autoestima depende, en gran medida, de mi rendimiento y de mi éxito.					
16. Las personas me tendrán en peor consideración si fracaso o cometo un error.					
17. Me siento menos valioso cuando fracaso en algo.					
18. Las personas me desprecian si descubrieran todos los errores que he cometido.					
19. Habitualmente me altero mucho cuando cometo un error.					
20. Siento que debería intentar ser perfecto.					
21. A menudo me altero cuando las personas no cumplen mis expectativas.					
22. A menudo me creo con derecho a recibir un mejor trato de los demás.					
23. Las demás personas suelen ser las responsables de los problemas que surgen en su relación conmigo.					
24. A menudo me siento frustrado y me enfado con las demás personas.					
25. Me siento como si mereciera mejor trato por parte de los demás.					
26. A menudo me siento culpable si alguien está molesto conmigo.					
27. Soy muy autocrítico si no me llevo bien con un amigo o un familiar.					
28. Habitualmente me culpo de los problemas relacionales que tengo con los demás.					
29. Si alguien está molesto conmigo, pienso habitualmente, que es por mi culpa.					
30. Soy muy autocrítico si veo que no puedo complacer a todo el mundo.					

ESCALA DE CREENCIAS INADECUADAS (continuación)

	0 no coincide en absoluto	1 no coincide casi nada	2 indiferente	3 coincido algo	4 coincido completamente
31. Me siento pesimista acerca de que las cosas puedan cambiar a mejor.					
32. Es tremendamente difícil o imposible que se resuelvan los problemas que han surgido en mi vida.					
33. Creo que mis altibajos emocionales dependen de factores que no puedo controlar.					
34. No creo que consiga sentirme alguna vez realmente feliz o satisfecho conmigo mismo.					
35. Nada puede hacer algo importante para resolver mis problemas.					

PUNTUACIÓN DE LA ESCALA DE CREENCIAS INADECUADAS

Creencia	Ítem que analizan esta creencia	Resultado global para esta creencia
1. Necesidad de aprobación	1 - 5	
2. Necesidad de ser querido	6 - 10	
3. Necesidad de obtener éxitos	11 - 15	
4. Perfeccionismo	16 - 20	
5. Prerrogativa	21 - 25	
6. Autoinculpación	26 - 30	
7. Desesperanza	31 - 35	

Anexo 18

AUTOESTIMA FRENTE A: SITUACIONES.

Describe algunas de las situaciones que más te afligen haciéndote sentir inferior o que ponen de relieve tu baja autoestima. ¿Ocurre eso cuando alguien te critica, cuando te sientes poco querido, cuando alguien te rechaza o cuando no tienes éxito?

1. _____
2. _____
3. _____

¿Qué tipo de emociones negativas experimentas en estas situaciones? ¿Te sientes triste, inferior, celoso, furioso, humillado, dejado de lado, etc.?

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

¿Qué piensas en estas situaciones? ¿Qué te dices a ti mismo?

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

¿Cuáles son las consecuencias de una baja autoestima? ¿De qué forma afecta a tu rendimiento y a tus relaciones personales?

1. _____
2. _____
3. _____

¿Recuerdas alguna persona conocida o admirada a la que consideras especialmente valiosa? Anota quién es y describe las características que le confieren esa valía especial.

1. _____
2. _____
3. _____

(Reverso)

AUTOESTIMA FRENTE A: ARROGANCIA

¿Cuáles son las consecuencias de una elevada autoestima? ¿Puede tener una persona excesiva autoestima? ¿En qué se diferencian la autoestima y la arrogancia?

1. _____
2. _____
3. _____

AUTOESTIMA FRENTE A: CONFIANZA EN UNO MISMO

¿En qué se diferencian la autoestima y la confianza en uno mismo? ¿Son lo mismo o difieren en algo? ¿Se puede tener autoestima y carecer de confianza en sí mismo?

1. _____
2. _____
3. _____

Anexo 19

AUTOESTIMA Y COSTO - BENEFICIO

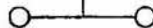
1. Soy una persona valiosa si tengo éxito y alcanzo algún logro importante.
2. Soy una persona valiosa si soy popular, si las personas me quieren y me respetan.

Elige una de las dos creencias y haz un Análisis del costo-beneficio de la autoestima, identifica las ventajas y las desventajas de basar tu autoestima en tus éxitos o en tu popularidad: asigna puntajes, sustituye con una creencia nueva al reverso de esta hoja.

ANÁLISIS DEL COSTO-BENEFICIO DE LA AUTOESTIMA

Tus sentimientos de autoestima se basan en: _____

Ventajas que comporta esta creencia	Desventajas que comporta esta creencia



Anexo 20

Definición de una persona poco valiosa o inferior.	Refutación
1. Alguien que hace cosas malas.	
2. Alguien que fracasa o se equivoca	
3. Alguien que fracasa o se equivoca el 51% de las veces.	
4. Alguien que hace cosas odiosas, mezquinas con la finalidad de herir a las demás personas.	
5. Alguien que es perezoso, egoísta y no productivo y que carece de valor para la sociedad..	
6. Alguien al que nadie quiere.	
7. Alguien tonto o escasamente dotado.	
8. Alguien que no tiene ninguna habilidad característica. Para ser una persona valiosa, debe ser competente en al menos una cosa.	
9. Para ser una persona valiosa, debe ser muy diestro en una faceta considerada importante por la sociedad. En esta actividad debe figurar dentro del 5% más competente.	
10. Alguien que no se gusta a sí mismo. Alguien que no se siente valioso	
11. Un asesino es una persona poco valiosa porque ha matado intencionalmente a otro ser humano.	
12. Mi definición:	

Anexo 21

ANÁLISIS DEL COSTO-BENEFICIO DE SENTIRSE INFERIOR

Actitud o creencia que desea cambiar: *Soy un ser humano inferior, deficiente. No soy tan valioso como otra persona.*

Ventajas que comporta esta creencia	Desventajas que comporta esta creencia

Anexo 22

Actitud Opina sentirse potencialmente inferior, deficiente o que pueden contribuir a su crecimiento personal.	Compensación Si se me sentiría inferior, "sentiría inferior"	Beneficios previstos Analizo cómo de cada actividad en una escala que va del 0% al 100%	Beneficios reales Analizo después de cada actividad en una escala del 0% al 100%

FORMULARIO DE PREVISIÓN DEL NIVEL DE SATISFACCIÓN

Anexo 23

ANÁLISIS DEL COSTO-BENEFICIO DE LAS ACTITUDES

Anota las ventajas y las desventajas de la autoestima incondicional: _____

Ventajas	Desventajas

Anexo 24

¿ERES UN PERFECCIONISTA?

Tipo de perfeccionismo	Definición	Señala (✓) si esto te describe	Señala (✓) si describe a un conocido
1. Perfeccionismo físico	Crees que debes tener unas bonitas facciones o una figura perfecta para ser atractivo e interesante.		
2. Perfeccionismo conductual	Sientes que sería espantoso cometer un error, fracasar o no alcanzar tu objetivo en los estudios o en tu trabajo.		
3. Perfeccionismo de apariencia	Crees que debes impresionar a los demás con tus logros, tu talento o con tu inteligencia para que te quieran y respeten. Estás convencido de que los demás te despreciarán si fracasas, haces el ridículo o cometes un error.		
4. Perfeccionismo emocional	Te avergüenzas de los sentimientos negativos que nos hacen sentir vulnerables, como son la soledad, la depresión, la rabia, la ansiedad o la angustia. Crees que deberías mostrarte siempre feliz, controlando tus emociones.		
5. Perfeccionismo en la autoestima	Te sientes inferior a aquellas personas que son más inteligentes, atractivas o exitosas.		
6. Perfeccionismo relacional	Piensas que las personas que se quieren no deberían discutir o pelearse nunca.		
7. Perfeccionismo afectivo	Te resulta difícil mantener relaciones afectivas duraderas porque las personas no son nunca lo suficientemente buenas. Te preocupan las imperfecciones ajenas.		
8. Expectativas	Te alteras cuando las demás personas (o todo el mundo) no están a la altura de tus expectativas. Te enfurece o disgusta en exceso cuando se retrasa el metro, no avanza el tráfico o las personas no te tratan con el debido respeto.		
9. Tendencias obsesivo-compulsivas	Crees que tu hogar o tu oficina debe estar siempre impecable y dedicas excesivo tiempo revisando, limpiando u organizando.		
10. ¿Se te ocurre otro tipo de perfeccionismo?			

Anexo 25

PERFECCIONISMO Y COSTO-BENEFICIO

1. Debo intentar ser siempre perfecto
2. Las personas me tendrán en poca consideración si fracaso o cometo un error.
3. Debo destacar en todos los ámbitos para ser una persona valiosa y querida por los demás.

Elige una de las tres creencias y haz un Análisis del costo-beneficio de tu perfeccionismo: identifica ventajas y desventajas, asigna puntajes, sustituye con una creencia nueva al reverso de esta hoja o menciona tus habilidades descubiertas.

ANÁLISIS DEL COSTO-BENEFICIO DE LAS ACTITUDES

Actitud o creencia que desea cambiar: _____

Ventajas que comporta esta creencia	Desventajas que comporta esta creencia

Anexo 26

TEST DE LA POSTERGACIÓN

Señala (✓) la casilla que mejor describe cómo te sientes y actúas:

	0 nada	1 algo	2 bastante	3 mucho
1. A menudo aplazo las cosas porque no me siento en disposición de hacerlas.				
2. A menudo me digo: «Ya lo haré después, cuando esté más dispuesto».				
3. A menudo abandono cuando las cosas son más arduas de lo que esperaba.				
4. Me desespero cuando las cosas no resultan sencillas de realizar.				
5. Evito determinadas tareas por miedo de no realizarlas correctamente.				
6. Prefiero no hacer algo antes que intentarlo y fracasar.				
7. No me gusta realizar tareas si no las puedo ejecutar con toda perfección.				
8. A menudo siento no poder realizar un trabajo realmente excepcional.				
9. A menudo me muestro crítico con mi trabajo, por muy bueno que sea.				
10. Habitualmente no me siento muy satisfecho de mis logros.				
11. A menudo me siento culpable de todas las cosas que debería estar haciendo.				
12. Aplazo las cosas y después me siento culpable por no hacerlas.				
13. A menudo soy reacio a hablar con alguien con quien estoy molesto o enfadado.				
14. A menudo evito entrar en conflicto con otras personas.				
15. A menudo accedo a hacer cosas que no deseo hacer realmente.				
16. Me resulta muy difícil decir que no a las personas.				
17. No me gusta que las personas actúen de forma autoritaria e intenten decirme lo que debo hacer.				
18. Me cierro en banda cuando las personas me plantean exigencias.				
19. Habitualmente no me siento muy ilusionado con las cosas que tengo que hacer.				
20. No deseo, realmente, hacer muchas de las cosas que debo hacer.				

Anexo 28

ANÁLISIS DEL COSTO-BENEFICIO DE LA ACCIÓN

¿Qué tarea está postergando en este momento? _____

Ventajas de comenzar hoy la tarea	Desventajas de comenzar hoy la tarea

Anexo 29

Actividad Divida la tarea en pequeños pasos, manténelos	Dificultad prevista (0% - 100%)	Satisfacción prevista (0% - 100%)	Dificultad real (0% - 100%)	Satisfacción real (0% - 100%)

LA HOJA DE ANTIPOSTERGACIÓN

Anexo 30

LA TÉCNICA TIC-TOC

Pensamientos negativos	Distorsiones	Pensamientos positivos

Anexo 31



CÓMO COMBATIR LA TENDENCIA A POSTERGAR TAREAS

1º Comenzar por el inicio	En lugar de esperar a que llegue la motivación, comienza, primero es la acción.
2º Elaborar un plan específico	En lugar de decirte a ti mismo que comenzarás alguno de estos días, elabora un plan específico ¿Hoy, a qué hora, que va primero?
3º Hacer fácil el trabajo	En lugar de hacer todo de golpe, decide dividir la tarea y dedicarle 10 a 15 minutos a cada paso. Terminas cada paso tranquilamente.
4º Pensar en positivo	Escribe los pensamientos negativos que te hacen sentir culpable y ansioso, sustitúyelos por otros más positivos y realistas.
5º Valorar los avances	En lugar de menospreciarte por no haber rendido suficientemente, valora el trabajo hecho.

Anexo 32

DIARIO DE ESTADOS ANÍMICOS

Primer paso: describe el acontecimiento que te preocupa Mi sueldo me despartó muy deprimente.

Segundo paso: anota tus emociones negativas - y puntúalas desde el 0% (puntuación mínima) al 100% (puntuación máxima). Utiliza términos similares a triste, ansioso, furioso, culpable, solitario, desesperanzado, frustrado, etc.

Emoción	Puntuación (0%-100%)	Emoción	Puntuación (0%-100%)	Emoción	Puntuación (0%-100%)
1. Desperanzado	100%	3. Triste	100%	5. Furioso	75%
2. Inferior	50%	4. Frustrado	100%	6. Derrotado	100%

Tercer paso: técnica de las tres columnas

Pensamientos negativos Anota los pensamientos que te preocupan y valora con qué intensidad crees en cada uno de ellos (0%-100%).	Distorsiones Utiliza la lista de pensamientos distorsionados.	Pensamientos positivos Sustitúyelos por pensamientos más realistas y valora con qué intensidad crees en cada uno de ellos (0%-100%).
<p>1. Me siento peor que nunca. Estoy tan mal como el primer día. 100%</p> <p>2. Estas técnicas no me sirven, finalmente, para nada. 100%</p> <p>3. Mi mejor fin para casualidad. No he estado engañando a mi misma. 100%</p> <p>4. Esto demuestra, definitivamente, que no tengo cara. 100%</p> <p>5. Soy un inútil total. 100%</p>		

Anexo 33

REVISIÓN DE LOS TEMAS VISTOS EN TALLER

1. ¿Alcancé mis objetivos personales? ¿Me siento mejor ahora que cuando inicié el taller?
2. ¿Ha cambiado mi forma de pensar acerca de los hechos y de cómo me siento?
3. Menciona algunas diferencias entre sentimientos sanos y sentimientos patológicos.
4. ¿Aprendí a refutar mis pensamientos negativos?
5. ¿Cuál método me satisface más la Autodefensa o la Paradoja de la aceptación?
6. ¿He cambiado alguna de mis creencias inadecuadas o me sirven?
7. ¿Cómo describo mi propia autoestima? ¿Cómo me siento emocionalmente?
8. ¿Qué tipo de perfeccionista soy? ¿Seguiré pensando así o puedo cambiar?
9. ¿Elijo postergar las cosas y me siento satisfecho?
10. ¿Practiqué lo suficiente para mejorar mi estado emocional? ¿Logré sentirme mejor?

EVALUACIÓN DEL TALLER DE AUTOESTIMA

Nombre _____ Fecha _____

Indicador	5 Estoy totalmente de acuerdo	4 Estoy de acuerdo	3 Indiferente	2 Estoy en desacuerdo	1 Estoy totalmente en desacuerdo
1. Se alcanzaron los objetivos generales del programa.					
2. Mis objetivos personales fijados en esta experiencia se han visto cumplidos.					
3. Las sesiones estaban bien organizadas, y la exposición era clara y comprensible.					
4. Los métodos de enseñanza me resultaron útiles.					
5. La sala era cómoda y agradable.					
6. El programa ha constituido una importante fuente de aprendizaje.					
7. Esta experiencia me será útil para mi vida personal.					
	5 Cada día	4 A menudo	3 Ocasionalmente	2 Casi nunca	1 Nunca
8. ¿Con qué asiduidad efectuaste los ejercicios de autoayuda entre sesiones?					
9. ¿Con qué asiduidad efectuaste el análisis de los ejercicios?					
	5 Muy útil	4 Útil	3 Indiferente	2 Poco útil	1 Nada útil
10. ¿Qué utilidad encontraste en una experiencia grupal como esta?					
11. ¿Qué utilidad encontraste a las tareas de autoayuda entre sesiones?					
12. ¿En qué medida te ayudaron los debates durante las sesiones?					
13. ¿Qué utilidad le encontraste a los ejercicios de grupo?					

	5 Muy útil	4 Útil	3 Indiferente	2 Poco útil	1 Nada útil
14. ¿Hasta qué punto constituyó el conductor del grupo un punto de apoyo?					
15. ¿Qué apoyo o ayuda obtuviste de los demás miembros del grupo?					
16. ¿Qué utilidad tuvo para ti el programa, de cara a comprender mejor tus emociones?					
17. ¿Qué utilidad tuvo para ti el programa, de cara a cambiar tus emociones?					
18. ¿Qué utilidad tuvo para ti el programa, de cara a desarrollar una mejor autoestima?					
19. ¿Qué utilidad tuvo para ti el programa en general?					

20. ¿Qué es lo que menos te gustó del programa? _____
21. ¿Qué es lo que más te gustó del programa? _____
22. De todo lo que has aprendido ¿qué te será más útil? _____
23. ¿El conductor del grupo o algún miembro del mismo dijo algo positivo que influyó sobre tu forma de pensar y de sentir? ¿Qué dijo, quién fue? _____

Test	Resultados antes nº 1	Resultados antes nº 10	Resultado óptimo
Escala de depresión de Burns			inferior a 5
Cuestionario de ansiedad de Burns			inferior a 5
Escala de satisfacción relacional			superior a 35

ESCALA DE EMPATÍA

Nombre _____ Fecha _____

Señala la columna de la derecha de cada afirmación que mejor describa tu nivel de concordancia	0 Nada	1 Algo	2 Bastante	3 Mucho
1. El conductor del grupo me inspiró confianza durante las sesiones.				
2. El conductor del grupo me supo valorar.				
3. El conductor del grupo se mostró amable y afectuoso conmigo.				
4. El conductor del grupo comprendió lo que dije durante las sesiones.				
5. El conductor del grupo se mostró comprensivo e interesado por mí.				
Resultado global de los ítems 1 - 5 --				
6. En ocasiones el conductor del grupo, no parecía del todo sincero.				
7. El conductor del grupo aparentó más afecto del que sentía por mí realmente.				
8. El conductor del grupo no parecía preocuparse por mí.				
9. El conductor del grupo no siempre comprendió cómo me sentía por dentro.				
10. El conductor del grupo parecía condescendiente y me hablaba con aire de superioridad.				
Resultado global de los ítems 6 - 10 --				

Yo soy Yo

En todo el mundo no hay nadie como yo. Hay personas que tienen algo en común conmigo, pero nadie es exactamente como yo. Por lo tanto, todo lo que surge de mí es verdaderamente mío porque yo sola lo escogí.

Soy dueña de todo lo que me concierne: de mi cuerpo, incluyendo todo lo que hace; mi mente, incluyendo todos sus pensamientos e ideas; mis ojos, incluyendo las imágenes de todo lo que contemplan; mis sentimientos, sean lo que sean, ira, gozo, frustración, amor, desilusión, excitación; mi boca, y todas las palabras que de ella salen, corteses, tiernas o rudas, correctas o incorrectas; mi voz, fuerte o suave, y todas mis acciones, ya sean para otros o para mí misma.

Soy dueña de mis fantasías, mis sueños, mis esperanzas, mis temores. Soy dueña de todos mis triunfos y logros, de todos mis fracasos y errores.

Como soy dueña de todo mi yo, puedo llegar a conocerme íntimamente. Al hacerlo, puedo amarme y ser afectuosa conmigo en todo lo que me forma. Puedo así hacer posible que todo lo que soy trabaje para mi mejor provecho. Sé que hay aspectos de mí misma que me embrollan, y otros aspectos que no conozco. Mas mientras siga siendo afectuosa y amorosa conmigo misma, valiente y esperanzada, puedo buscar las soluciones a los embrollos y los medios para llegar a conocerme mejor.

Sea cual sea mi imagen visual y auditiva, diga lo que diga, haga lo que haga, piense lo que piense y sienta lo que sienta en un instante del tiempo, esa soy yo. Esto es real y refleja donde estoy en ese instante del tiempo. Más tarde, cuando reviso cuál era mi imagen visual y auditiva, qué dije y qué hice, qué pensé y qué sentí, quizá resulte que algunas piezas no encajen. Puedo descartar lo que no encaja y conservar lo que demostró que sí encaja, e inventar algo nuevo en vez de lo que descarté.

Puedo ver, oír, sentir, pensar, decir y hacer. Tengo las herramientas para sobrevivir, para estar cerca de otros, para ser productiva, y para encontrar el sentido y el orden del mundo formado por la gente y las cosas que me rodean.

Soy dueña de mí misma. Y por ello puedo construirme. Yo soy yo y estoy bien.

Virginia Satir

Epicuro

Epicuro (35 - 135 DC) fue un filósofo griego de la escuela estoica, que vivió la mayor parte de su vida como esclavo en Roma; hacia el año 89 adquirió la manumisión (liberar de la esclavitud).

↳ Su fórmula para la *buena vida* se centraba en tres asuntos principales:

1. Dominar el deseo
2. Cumplir con el deber y
3. Aprender a pensar con claridad sobre uno mismo y sus relaciones dentro de la gran comunidad de los seres humanos.

↳ Las cuatro *ideas clave* de su pensamiento son:

I La verdadera libertad. Para él, la libertad absoluta es la que reside en nuestro interior, ya que es la única que nadie nos puede arrebatarnos. Dos son los caminos para alcanzarla: la *ascesis* (práctica de la espiritualidad), que nos libera de las pasiones, y el *desapego*, que lo hace de las posesiones.

II El miedo esclaviza. Enseñaba que "No hay que tener miedo de la pobreza, ni del destierro, ni de la cárcel, ni de muerte. De lo que hay que tener miedo es del propio miedo". Para dejar de ser esclavo y romper las cadenas de las ataduras, es vital desear todo temor.

III Ser uno mismo. Pensaba que querer agradar a los demás era una trampa peligrosa y propugnaba el individualismo: "Valora tu mente, aprecia tu razón, mantente fiel a tu propósito". Y añadía: "Sé fiel a tus verdaderas aspiraciones, pase lo que pase".

IV Dominio de emociones. La *ataraxia* significa ausencia de inquietud, y como en el budismo, indica un modo de resolver el problema de la felicidad por vía negativa. La única felicidad posible reside en la ausencia de dolor; es decir, el dominio de las emociones.

↳ Algunos de sus valores:

* No pretendas que lo que sucede, suceda como tú quieres, sino quíerelo tal como suceda, y te irá bien.

* Si quieres progresar, rechaza reflexiones como éstas: "Si descuido mis negocios, no tendré de qué vivir". "Si no castigo al joven esclavo se maliciará". Mejor es morir de hambre habiéndose librado de la tristeza y del miedo que vivir en la abundancia pero lleno de inquietudes, y mejor que el esclavo sea una calamidad que no que tú estés siempre de mal genio.

* Amo es de cada uno, quien lo que él tal quiere o no quiere tiene la facultad de dárselo o quitárselo. Por consiguiente, todo aquel que trate de ser libre ni quiera ni rehuya cosa alguna de las que dependen de otros; y si no, será necesariamente esclavo.

* Recuerda que no es el que insulta o el que golpea quien ultraja, sino la opinión que enjuicia estas acciones como ultrajantes. Por tanto, cuando alguien te irrite, sábette que tu juicio te ha irritado. Así que, en los primeros momentos, procura no ser cautivado por la engañosa fantasía, pues, una vez hayas ganado tiempo y dilección, más fácilmente serás dueño de ti.

* Si alguna vez llegas a volverte hacia lo extremo por querer agradar a alguien, sábette que habrás perdido el rumbo acertado. Conténtate, pues, en toda circunstancia con ser filósofo. Y si también quieres parecerlo, parécetelo a ti mismo y basta.

* Señal es de incapacidad natural pasarse la vida ocupado en cosas concernientes al cuerpo, como en hacer mucha gimnasia, comer mucho, beber mucho, evacuar mucho, copular mucho. Estas cosas se han de hacer, más bien, *accidentalmente*: dedíquese, en cambio, a la mente toda la atención.

* Si alguien te hiciere saber que un individuo habla mal de ti, no te defiendas contra lo que se haya dicho, sino responde: "Pues ignora los demás defectos que hay en mí, de lo contrario, no habría dicho sólo estos".

* Cuando hagas algo habiéndote juiciosamente convencido de que hay que hacerlo, en ningún momento rehuyas ser visto mientras lo pones en práctica, por más que la gente pueda pensar de manera desfavorable acerca de ello. Pues, si no obras con rectitud, evita la acción misma, y si con rectitud, ¿por qué temas a los que injustamente te harán reproches?

* Razonamientos como estos son incoherentes: "Yo soy más rico que tú, luego soy superior a ti", "Yo soy más elocuente que tú, luego soy superior a ti". En cambio, estos otros son más concluyentes: "Yo soy más rico que tú, luego mi riqueza es superior a la tuya", "Yo soy más elocuente que tú, luego mi elocuencia es superior a la tuya". Ya que tú no eres, ciertamente, ni riqueza ni elocución.

* Ya no eres un muchacho, sino hombre plenamente adulto. Si ahora te descuidas y emperezas, y siempre vas cambiando de propósitos y fijando unas tras otras las fechas a partir de las cuales te ocuparás de ti, ni te darás cuenta de que no progresas, sino que seguirás siendo un vulgar ignorante al vivir y al morir.

Anexo 38 (Ejemplo)

CS • 23

"Tu espíritu es el plumero de cualquier telaraña. Detrás de cada línea de llegada, hay una de partida. Detrás de cada logro, hay otro desafío. Mientras estés vivo, siéntete vivo. Si extrañas lo que hacías vuelve a hacerlo, no vivas de fotos amarillas...

Sigue aunque todos esperen que abandones. No dejes que se oxide el hierro que hay en ti. Haz que en vez de lástima, te tengan respeto. Cuando por los años no puedas correr, trota; cuando no puedas trotar, camina. Y cuando no puedas caminar, usa el bastón ¡Pero nunca te detengas!"

Madre Teresa de Calcuta

GINA
Ejercicios de
Autoevaluación y Reflexión

El autor agradece
a María Mercedes

Anexo 40

Sesión 1

♥ MIS OBJETIVOS PERSONALES LOS BASO EN:

- ♥ Mis deseos
- ♥ Cambios de vida
- ♥ Mi depresión
- ♥ Mi autoestima
- ♥ Acercamiento a los demás
- ♥ Mejor desempeño en mi trabajo y mayores éxitos

Anexo 41

Sesión 1

♥ Cambiar la vida es tomar un camino que implica esfuerzo y práctica, donde:

- ☆ El primer paso está dado al solicitar ayuda psicológica
- ☆ El segundo también al permitirte participar en un taller
- ☆ El tercero al responder la primera autoevaluación

¡ Ya iniciaste un camino, no retrocedas, es tu decisión !

NOTA IMPORTANTE

Los anexos que a continuación se señalan, no se incluyen en este apartado por corresponder a los objetivos específicos de cada sesión y a las tareas de autoayuda, las cuales se asignan de acuerdo a lo trabajado en el taller; siendo posible crear el acetato del texto referido:

Sesión 1

Anexos: 39, 42.

Sesión 2

Anexos: 43, 44.

Sesión 3

Anexos: 45, 49.

Sesión 4

Anexos: 50, 51.

Sesión 5

Anexos: 52, 56.

Sesión 6

Anexos: 57, 58.

Sesión 7

Anexos: 59, 60.

Sesión 8

Anexos: 61, 63.

Sesión 9

Anexos: 64, 66.

Sesión 10

Anexos: 67.



Características de la tristeza que podemos considerar saludable	Características de la depresión
1. Está triste pero no percibe una pérdida de su autoestima.	1. Siente una pérdida de su autoestima.
2. Sus sentimientos negativos constituyen una reacción apropiada en un acontecimiento desagradable.	2. Sus sentimientos negativos constituyen una reacción absolutamente desproporcionada en relación con el factor que desencadenó su estado depresivo.
3. Sus sentimientos cesan al cabo de cierto tiempo.	3. Sus sentimientos pueden persistir indefinidamente.
4. Aunque se siente triste, no está desanimado con respecto al futuro.	4. Se siente desmoralizado y está convencido de que las cosas no mejorarán jamás.
5. Sigue llevando una vida productiva.	5. Usted tira la toalla de la vida y pierde interés por sus amigos y por su carrera profesional.
6. Sus pensamientos negativos son realistas.	6. Sus pensamientos negativos son exagerados y están distorsionados, por muy pertinentes que parezcan.

EXTERIORIZACIÓN DE LAS VOCES INTERNAS

1. Elaborar una lista de los propios pensamientos negativos. Pueden utilizarse los pensamientos negativos del diario de estados anímicos.
2. Elegir a un compañero y situarse frente a frente.
3. Tu compañero leerá tus pensamientos negativos, utilizando la primera persona. (yo pienso...)
4. Responderle al compañero como si se le hablara a un amigo en apuros, utilizando la segunda persona (tú deberías...). Transmitir consejos y apoyo con tacto y espíritu positivo.
5. Al quedar "atrapado", intercambiar los papeles con el compañero.



Características de la rabia sana, constructiva	Características de la rabia patológica, destructiva
1. Expresa sus sentimientos con tacto.	1. Niega sus sentimientos y hace gestos de desaprobación (agresividad pasiva) o arremete contra la otra persona atacándola (agresividad activa).
2. Intenta ver el mundo con los ojos de la otra persona, aun estando en desacuerdo con ella.	2. Discute de forma defensiva e insiste en que la otra persona no tiene razón en lo que está diciendo.
3. Transmite un espíritu de respeto hacia la otra persona por muy furioso que se sienta hacia ella.	3. Cree que la otra persona es despreciable y que merece su castigo. Adopta una postura condescendiente o poco respetuosa.
4. Hace algo productivo e intenta resolver el problema.	4. Se rinde y se considera una víctima indefensa.
5. Intenta aprender de la situación para no cometer el mismo error en el futuro.	5. No aprende nada nuevo. Cree que la visión que usted tiene de la situación es la correcta sin lugar a dudas.
6. Finalmente deja de lado la rabia y se muestra nuevamente feliz.	6. Su rabia se convierte en adicción. No la puede superar.
7. Analiza su propia conducta para ver hasta qué punto ha contribuido a generar el problema.	7. Culpabiliza a la otra persona y se considera una víctima inocente.
8. Cree que tanto usted como la otra persona tienen ideas y sentimientos legítimos que merecen ser comprendidos.	8. Insiste en que usted tiene toda la razón y que la otra persona está completamente equivocada. Está convencido de que la verdad y la justicia están de su parte.
9. Su relación con la otra persona aumenta. Su objetivo consiste en sentirse más cerca de ella.	9. Evita o rechaza a la otra persona. Considera definitiva la ruptura.
10. Busca una solución en la que ambos se puedan sentir vencedores y en la que nadie pierda.	10. Se siente como si estuviera en combate o en una competición. Si una persona gana, siente que la otra será la perdedora.

♥ LISTA DE SITUACIONES PROBLEMA

- Un coche se te “cierra”, frenas bruscamente. Indica las ventajas y las desventajas de ponerte furioso.
- Un miembro de la familia hace un comentario poco respetuoso. Indica las ventajas y las desventajas de ponerte furioso.
- Tienes mucha prisa y el metro o el autobús lleva un retraso de 30 min. Indica las ventajas y las desventajas de ponerte furioso y sentirte frustrado.
- Estás estudiando para un examen muy importante. Indica las ventajas y las desventajas de ponerte nervioso.
- Algunos niños de unos 10 años de edad se cuelan delante de tí, en la fila del cine. Indica las ventajas y las desventajas de ponerte furioso.
- Para mujeres: algunos obreros te silban cuando pasas cerca de una obra. Indica las ventajas y las desventajas de molestarte por ello.
- Descubres que tu nuevo contestador telefónico no funciona adecuadamente después de haberlo conectado. Lo cambias por otro aparato y lo instalas. Descubres que tampoco funciona como es debido. Todo esto te llevó alrededor de 3 hrs. Indica las ventajas y desventajas de sentirte fastidiado.

♥ EL MÉTODO DEL ESPEJO

1. Después de haber completado el primero y segundo pasos en el Diario de estados anímicos, registrar en la columna de la izquierda los propios pensamientos negativos.
2. Colocarse frente a un espejo y mirarse en él.
3. Leer los pensamientos negativos en voz alta, uno por uno, utilizando la primera persona (yo pienso...).
4. Defenderse a sí mismo ante los propios pensamientos negativos, autocríticos, utilizar la segunda persona (tú debes...). Hablarse a sí mismo con el mismo tacto y la misma comprensión con la que respaldaría a un amigo íntimo que tuviera un problema similar.

♥ Ejemplo de frases para practicar las dos técnicas:

1. Soy una madre odiosa.
2. Soy drogadicto y he tirado mi vida por la ventana.
3. No soy inteligente ni exitoso como los demás. No he hecho nada importante.
4. Soy deshonesto y mentiroso con los demás.
5. Soy una perdedora y no tengo amigas.
6. Estoy obesa y carezco de fuerza de voluntad.



PERFECCIONISMO FRENTE A AMBICIÓN SANA

Perfeccionismo	Ambición sana
1. Se siente estresado, acelerado y motivado ante el miedo al fracaso.	1. Se siente con ganas de hacer cosas motivadas por la ilusión.
2. Sus logros no le parecen satisfacer jamás.	2. Su esfuerzo le hace sentirse feliz y satisfecho.
3. Cree que debe impresionar a los demás con su inteligencia o con sus logros para que lo quieran o respeten.	3. No siente que deba ganarse el afecto o la amistad impresionando a los demás. Sabe que las personas le aceptarán tal como es.
4. Cuando comete un error o no alcanza un objetivo importante, adopta una actitud autocrítica y se siente fracasado como ser humano.	4. No teme cometer errores. Considera los errores una buena oportunidad para aprender y evolucionar.
5. Cree que se debe mostrar siempre fuerte, manteniendo sus emociones bajo control.	5. No teme ser vulnerable o compartir sus sentimientos con los demás.

RECOMENDACIONES

☆ Completa el Diario de estados anímicos cada vez que te sientas alterado.

☆ Prueba diferentes técnicas hasta que encuentres el método eficaz para ti.

☆ Se cariñoso amable y respetuoso contigo mismo como lo eres con otros.

☆ Haciendo te descubres, teniendo fe en ti lo logras, siendo tú... eres feliz.



EJEMPLO DEL PROCESO TIC-TOC

Estudiar para un examen se posterga.

TIC	Distorsiones	TOC
1. Hay mucha materia que estudiar. Nunca me lo sabré todo.		

Surgen los pensamientos negativos, se identifican las distorsiones.

TIC	Distorsiones	TOC
1. Hay mucha materia que estudiar. Nunca me lo sabré todo.	Pensamiento tipo "todo o nada"; filtro mental; predicciones; sobregeneralización; razonamiento emocional; afirmaciones hipotéticas.	

Se responde con un TOC o pensamiento positivo

TIC	Distorsiones	TOC
1. Hay mucha materia que estudiar. Nunca me lo sabré todo.	Pensamiento tipo "todo o nada"; filtro mental; predicciones; sobregeneralización; razonamiento emocional; afirmaciones hipotéticas.	No tengo que aprenderlo todo, pero si estudio durante quince minutos cada una buena manera de comenzar. En cada período de quince minutos no tengo que estudiar más que la materia que corresponde a ese período de tiempo.

Anexo 69

Relato:

"Su médico le ha informado que solo le queda un año de vida y usted está convencido de que el diagnóstico es correcto".

Describe cómo cambiaría su vida esta noticia:

Anexo 70

¿CÓMO ES MI SITUACIÓN ACTUAL?

1. ¿Cómo es mi vida actual en relación conmigo mismo?
2. ¿Cómo es mi vida actual en relación con mi familia?
3. ¿Cómo es mi vida actual en relación con mi trabajo?
4. ¿Cómo es mi vida actual en relación con el mundo?
5. ¿Qué interrelaciones guardan entre sí las cuatro áreas anteriores?

Anexo 71

Relación de problemas	Grado de manifestar					Notas
	0	1	2	3	4	
Salud						
Tengo problemas alimenticios.						
Estoy descontento con mi cuerpo.						
Me preocupa mi salud.						
Trabajo						
Mi trabajo me resulta aburrido.						
Me llevo mal con mi jefe.						
Estoy descontento con mi sueldo.						
Relaciones sociales						
Me gustaría salir más con los amigos.						
Creo que soy tímido y aburrido.						
Mis amigos no me toman en cuenta.						
Familia						
Me siento rechazado por mi familia.						
Me llevo mal con mi pareja.						
Discuto con mis padres.						
Psicológico						
Problemas de agresividad.						
Me siento deprimido.						
Me siento nervioso.						

Anexo 72

CONOCIÉNDOME A MÍ MISMO
Físico: Cinco cosas que me gustan de mí. Cinco cosas que no me gustan de mí.
Psicológico: ¿En qué ocasiones acostumbro, quiero o puedo demostrar mis conocimientos? ¿Cuáles son mis temores?
Espiritual: ¿En qué momentos he manifestado mi esencia no material? ¿En qué he tenido contacto con mi yo espiritual? ¿En qué ocasiones me he sentido en paz, feliz y pleno?
Social: ¿Cómo manifiesto mi deseo de compartir con los demás? ¿Qué prejuicios tengo en mis relaciones? ¿Qué clase de personas me molestan?
Profesional: Dos experiencias en que haya obtenido éxito. Dos experiencias en que no haya obtenido éxito. ¿Me gusta trabajar en equipo o sólo? ¿Me gusta hacer trabajo rutinario o me gustan los cambios? ¿Me gusta tomar riesgos o "ir a lo seguro"? ¿Me gusta trabajar bajo presión o no? ¿Me gusta trabajar en organizaciones grandes, pequeñas o solo? ¿Soy ejecutante o pensador? ¿Me gusta trabajar con números, fechas o con personas? ¿Soy intuitivo o analítico? ¿Plano excesivamente, o soy atrevido y audaz sin planeación? ¿Supero las crisis o me cuido de ellas y las prevengo? ¿Tengo que triunfar o no importa el fracaso?

TALLER DE AUTOESTIMA

SESIÓN N° 1 EL PRECIO DE LA FELICIDAD

TEMA	OBJETIVO ESPECÍFICO	DESARROLLO	MATERIAL	DURACIÓN	TIEMPO ACUMULADO
Presentación de la sesión	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aprender a medir los estados de ánimo y lo satisfactorio de las relaciones interpersonales, utilizando los tests de autoevaluación al inicio de cada sesión. 2. Identificar los objetivos personales a lograr en este Taller de Autoestima. 3. Aprender las implicaciones de la felicidad personal. 	<ul style="list-style-type: none"> • Antes de iniciar la sesión, se coloca el acetato en el proyector y se mantiene proyectado durante el inicio de la sesión. • El facilitador espera un momento mientras los participantes toman sus lugares, para pasar lista de asistencia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Proyector de acetatos, los acetatos y los formatos - Anexo 39 	5 minutos	5 minutos
Bienvenida	<p>Presentación del facilitador y dar la bienvenida a los participantes. Mediante la bienvenida se crean hábitos positivos que favorecen las relaciones interpersonales.</p> <p>Romper el hielo estableciendo un ambiente de confianza, a través de una dinámica.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El facilitador entrega a los participantes los formatos de la sesión. Se presenta mostrando una actitud positiva y con amabilidad les da la bienvenida al taller. • Señala los objetivos del taller y junto con los participantes se comenta al respecto. • El facilitador inicia la dinámica grupal: Me pica aquí. 		20 minutos	25 minutos
Tema 1: Enquadre del taller	<p>Informar a los participantes el motivo de su asignación al taller. Enseñar a autoevaluar su progreso, mediante tests que se completarán cada sesión.</p> <p>Crear un ambiente con reglas de convivencia, con el propósito de que los participantes las generalicen a sus entornos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se informa el motivo de asignación al taller, su desarrollo, lo que es la TCC y el compromiso que implica para cada participante. • Dar una breve explicación de los síntomas de la depresión, la ansiedad, de cómo afectan al organismo; asimismo de la importancia de las relaciones interpersonales en el estado de ánimo. • Al término de cada explicación se detalla cómo completar y calificar el test correspondiente (Escala de depresión de Burns, Cuestionario de ansiedad de Burns y Escala de satisfacción relacional), considerando su estado emocional de la semana transcurrida. Cada vez que se completa y califica un test, se comenta sobre cómo se sintieron en la experiencia de completarlo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Anexo 1 • Anexo 2 • Anexo 3 	40 minutos	1 hora, 5 minutos
Tema 2: Objetivos personales	Motivar a los participantes a establecer sus objetivos personales.	<ul style="list-style-type: none"> • Se motiva a los participantes a definir sus objetivos personales; que escriban mínimo tres y comenten cómo se sintieron. Se sugiere tenerlos a la vista en casa, como motivación. 	• Anexo 40	20 minutos	1 hora, 25 minutos
Tema 3: El precio de la felicidad	Comprender cómo la felicidad es elegida y desarrollada por uno mismo, haciendo a un lado los pretextos.	<ul style="list-style-type: none"> • Se puntualiza que solo el trabajo personal conduce al cambio cognitivo, favoreciendo el concepto de felicidad. • Se completa Quince buenas razones para no realizar los ejercicios de autoayuda, para identificar pretextos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Anexo 41 • Anexo 5 	20 minutos	1 hora, 45 minutos
Cierre de la sesión	Asignar tareas; pedir a cada participante su reflexión personal de la sesión y cierre.	<ul style="list-style-type: none"> • Los participantes copian la tarea y al término de la sesión cada uno formula una reflexión sobre lo que le interesó. • El facilitador agradece las aportaciones de los participantes y los motiva a despedirse con un cálido abrazo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Anexo 4 • Anexo 42 	15 minutos	2 horas

SESIÓN N° 2 TÚ TE SIENTES DE ACUERDO A CÓMO PIENSAS

Taller de Autoestima

TEMA	OBJETIVO ESPECÍFICO	DESARROLLO	MATERIAL	DURACIÓN	TIEMPO ACUMULADO
Presentación de la sesión	<ol style="list-style-type: none"> 1. Descubrir cómo los sentimientos negativos no tienen su origen en las cosas negativas que nos suceden, sino en la forma de pensar acerca de esos hechos. 2. Aprender cómo la mayoría de los sentimientos negativos resultan de los pensamientos ilógicos o "pensamientos distorsionados". 3. Comprender que es posible cambiar la forma de sentir. 	<ul style="list-style-type: none"> • Antes de iniciar la sesión, se coloca el acetato en el proyector y se mantiene proyectado durante el inicio de la sesión. • El facilitador espera un momento mientras los participantes toman sus lugares, para pasar lista de asistencia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Proyector de acetatos, los acetatos y los formatos • Anexo 43 	5 minutos	5 minutos
Bienvenida	Dar la bienvenida y mostrar interés en el estado anímico de los participantes durante la semana transcurrida.	<ul style="list-style-type: none"> • Con amabilidad se da la bienvenida a los participantes. • Se les entrega el conjunto de formatos de la sesión; se les pide completar los tests considerando su estado anímico de la semana transcurrida. • Facilitador y participantes comentan sobre sus estados anímicos durante la semana que ha pasado. 	<ul style="list-style-type: none"> • Anexo 1 • Anexo 2 • Anexo 3 	15 minutos	20 minutos
Tema 1: Tú te sientes de acuerdo a cómo piensas	<p>Comprender que es normal sentir emociones negativas ante sucesos inesperados; conocer las causas científicas de las emociones negativas.</p> <p>Entender que el modo de percibir un suceso es el que nos afecta emocionalmente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se explica cómo las emociones son parte del ser humano; se describen sus causas. Se narra que desde la antigüedad se ha estudiado la relación razón-emoción-acción. • Se explica cómo analizar y comentar en equipo sus Experiencias y sentimientos negativos. • Al término se señala cómo cada persona se siente de acuerdo a cómo piensa; al cambiar el modo de pensar, cambia el modo de sentir. 	<ul style="list-style-type: none"> • Anexo 6 	25 minutos	45 minutos
Tema 2: La mayoría de los sentimientos malos tienen origen en los pensamientos distorsionados	Comprender que la forma de pensar afecta nuestra forma de sentir.	<ul style="list-style-type: none"> • Se explica cómo la mente humana es el origen de los sentimientos. • Mediante ejercicios y su análisis se descubren los pensamientos negativos que conducen al sentimiento negativo. • Los participantes comentan sus Pensamientos Distorsionados. 	<ul style="list-style-type: none"> • Anexo 7 • Anexo 8 • Anexo 9 	30 minutos	1 hora, 15 minutos
Tema 3: Tú puedes cambiar tu forma de sentir	Experimentar otra forma de sentir intentando modificar nuestra percepción.	<ul style="list-style-type: none"> • Valorar el apego a la realidad a través de los mismos ejercicios, considerando las características del pensamiento positivo. • Comprender que las emociones son normales y no afectan, mientras no se agregue la autodevaluación. 	<ul style="list-style-type: none"> • Anexo 7 • Anexo 8 • Anexo 9 	30 minutos	1 hora, 45 minutos
Cierre de la sesión	Asignar tareas; pedir a cada participante su reflexión personal de la sesión y cierre.	<ul style="list-style-type: none"> • Los participantes copian la tarea y al término de la sesión cada uno formula una reflexión sobre lo que le interesó. • El facilitador agradece las aportaciones de los participantes y los motiva a despedirse con un cálido abrazo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Anexo 4 • Anexo 44 	15 minutos	2 horas

SESIÓN Nº 3 TÚ PUEDES CAMBIAR TU FORMA DE SENTIR

Taller de Autoestima

TEMA	OBJETIVO ESPECÍFICO	DESARROLLO	MATERIAL	DURACIÓN	TIEMPO ACUMULADO
Presentación de la sesión	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aprender la diferencia entre sentimientos sanos y sentimientos patológicos. 2. Aprender cómo salir de un estado de ánimo negativo. 3. Aprender qué hacer al sentirse atrapado en un estado de ánimo bajo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Antes de iniciar la sesión, se coloca el acetato en el proyector y se mantiene proyectado durante el inicio de la sesión. • El facilitador espera un momento mientras los participantes toman sus lugares, para pasar lista de asistencia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Proyector de acetatos, los acetatos y los formatos • Anexo 45 	5 minutos	5 minutos
Bienvenida	Dar la bienvenida y mostrar interés en el estado anímico de los participantes durante la semana transcurrida.	<ul style="list-style-type: none"> • Con amabilidad se da la bienvenida a los participantes. • Se les entrega el conjunto de formatos de la sesión; se les pide completar los tests considerando su estado anímico de la semana transcurrida. • Facilitador y participantes comentan sobre sus estados anímicos durante la semana que ha pasado. 	<ul style="list-style-type: none"> • Anexo 1 • Anexo 2 • Anexo 3 	15 minutos	20 minutos
Tema 1: Sentimientos sanos frente a sentimientos patológicos	Conocer las diferencias entre sentimiento patológico y sentimiento sano.	<ul style="list-style-type: none"> • Se describen las características de un sentimiento normal y cómo llevado al exceso se vuelve patológico. • Se hacen comentarios al respecto. 	<ul style="list-style-type: none"> • Anexo 46 • Anexo 47 	15 minutos	35 minutos
Tema 2: Costo-beneficio de las emociones	Reforzar la decisión de "sentirse bien".	<ul style="list-style-type: none"> • Se enseña cómo realizar la técnica de Análisis del costo-beneficio de las emociones provocadas por una situación; se elige una de la Lista de Situaciones. • Se comenta al respecto. 	<ul style="list-style-type: none"> • Anexo 48 • Anexo 10 	25 minutos	1 hora
Tema 3: Diario de estados anímicos	<p>Analizar los pensamientos más frecuentes de las situaciones cotidianas.</p> <p>Comprender el beneficio de escribir "lo que se piensa y lo que se siente".</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se enseña cómo realizar la técnica de Diario de estados anímicos y se escoge otra situación de la Lista de Situaciones para trabajar. • Se comenta sobre los pensamientos distorsionados identificados y cómo poder establecer los pensamientos positivos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Anexo 11 • Anexo 48 	25 minutos	1 hora, 25 minutos
Tema 4: Cómo resolver problemas	Comprender que uno mismo es quien decide sentirse afectado, al mantener la ira u otra emoción negativa.	<ul style="list-style-type: none"> • Se explica cómo la ira siendo una emoción negativa, es uno mismo quien la mantiene a través de los pensamientos recurrentes. • Hacer un análisis de costo-beneficio de sentirse furioso (al reverso del formato 10), revisar Guía para resolver problemas. Comentar sobre la experiencia del Análisis y la Guía. 	<ul style="list-style-type: none"> • Anexo 10 • Anexo 12 	20 minutos	1 hora, 45 minutos
Cierre de la sesión	Asignar tareas; pedir a cada participante su reflexión personal de la sesión y cierre.	<ul style="list-style-type: none"> • Los participantes copian la tarea y al término de la sesión cada uno formula una reflexión sobre lo que le interesó. • El facilitador agradece las aportaciones de los participantes y los motiva a despedirse con un cálido abrazo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Anexo 4 • Anexo 49 	15 minutos	2 horas

SESIÓN Nº 4 CÓMO DEJAR A TRÁS EL MALHUMOR

Taller de Autoestima

TEMA	OBJETIVO ESPECÍFICO	DESARROLLO	MATERIAL	DURACIÓN	TIEMPO ACUMULADO
Presentación de la sesión	1. Seguir aprendiendo técnicas que ayudan a cambiar la forma de pensar y de sentir.	<ul style="list-style-type: none"> Antes de iniciar la sesión, se coloca el acetato en el proyector y se mantiene proyectado durante el inicio de la sesión. El facilitador espera un momento mientras los participantes toman sus lugares, para pasar lista de asistencia. 	<ul style="list-style-type: none"> Proyector de acetatos, los acetatos y los formatos Anexo 50 	5 minutos	5 minutos
Bienvenida	Dar la bienvenida y mostrar interés en el estado anímico de los participantes durante la semana transcurrida.	<ul style="list-style-type: none"> Con amabilidad se da la bienvenida a los participantes. Se les entrega el conjunto de formatos de la sesión; se les pide completar los tests considerando su estado anímico de la semana transcurrida. Facilitador y participantes comentan sobre sus estados anímicos durante la semana que ha pasado. 	<ul style="list-style-type: none"> Anexo 1 Anexo 2 Anexo 3 	15 minutos	20 minutos
Tema 1: Cómo darle vuelta a tu forma de pensar	Aprender y practicar técnicas que ayudan a identificar los pensamientos negativos.	<ul style="list-style-type: none"> Se explica la importancia de identificar los pensamientos negativos y se continúan enseñando técnicas que ayudan a descubrir las distorsiones cognitivas. El grupo tiene a la mano Quince maneras diferentes de cambiar tu forma de pensar y comentan al respecto. 	<ul style="list-style-type: none"> Anexo 13 	20 minutos	40 minutos
Actividad: Análisis costo-beneficio de las actitudes	Evaluar las ventajas y desventajas de una actitud contraproducente.	<ul style="list-style-type: none"> El facilitador relata a los participantes, una historia donde el personaje central la percibe frustrante repliéndose a sí mismo: "soy un fracaso total"; es una situación que lo deprime y lo pone a la defensiva, sin lograr ubicar las causas del problema y sin darle una solución. Se analiza con el Costo-beneficio de las actitudes, comentar 	<ul style="list-style-type: none"> Anexo 14 	20 minutos	1 hora
Actividad: Técnica de analizar pruebas	Evaluar los hechos relacionados al pensamiento negativo.	<ul style="list-style-type: none"> El facilitador expone los pensamientos negativos más comunes entre los participantes; éstos eligen uno y definen las distorsiones, registrando las ideas que surjan. Comentar. 		15 minutos	1 hora, 15 minutos
Actividad: Método de la encuesta	Realizar una encuesta para averiguar si el propio pensamiento negativo o actitud es realista.	<ul style="list-style-type: none"> El facilitador relata a los participantes, una historia donde los pensamientos negativos del personaje central le impiden expresar sus sentimientos de molestia, por el temor de afectar sus relaciones interpersonales y pensando en crear problemas graves. Se hacen comentarios. 		15 minutos	1 hora, 30 minutos
Actividad: Diario de estados anímicos	Aprender a identificar los sentimientos negativos creados por pensamientos negativos.	<ul style="list-style-type: none"> El facilitador relata a los participantes, una historia donde el personaje central sufre la pérdida de un ser querido; detalla sus pensamientos negativos. Los participantes identifican los sentimientos del protagonista respecto a la situación. 		15 minutos	1 hora, 45 minutos
Cierre de la sesión	Asignar tareas; pedir a cada participante su reflexión personal de la sesión y cierre.	<ul style="list-style-type: none"> Los participantes copian la tarea y al término de la sesión cada uno formula una reflexión sobre lo que le interesó. El facilitador agradece las aportaciones de los participantes y los motiva a despedirse con un cálido abrazo. 	<ul style="list-style-type: none"> Anexo 4 Anexo 51 	15 minutos	2 horas

SESIÓN Nº 5 LA PARADOJA DE LA ACEPTACIÓN

Taller de Autoestima

TEMA	OBJETIVO ESPECÍFICO	DESARROLLO	MATERIAL	DURACIÓN	TIEMPO ACUMULADO
Presentación de la sesión	1. Seguir aprendiendo técnicas que ayudan a cambiar los pensamientos negativos.	<ul style="list-style-type: none"> Antes de iniciar la sesión, se coloca el acetato en el proyector y se mantiene proyectado durante el inicio de la sesión. El facilitador espera un momento mientras los participantes toman sus lugares, para pasar lista de asistencia. 	<ul style="list-style-type: none"> Proyector de acetatos, los acetatos y los formatos Anexo 52 	5 minutos	5 minutos
Bienvenida	Dar la bienvenida y mostrar interés en el estado anímico de los participantes durante la semana transcurrida.	<ul style="list-style-type: none"> Con amabilidad se da la bienvenida a los participantes. Se les entrega el conjunto de formatos de la sesión; se les pide completar los tests considerando su estado anímico de la semana transcurrida. Facilitador y participantes comentan sobre sus estados anímicos durante la semana que ha pasado. 	<ul style="list-style-type: none"> Anexo 1 Anexo 2 Anexo 3 	15 minutos	20 minutos
Tema 1: El uso de dos parámetros diferentes	Considerar para sí mismo, el buen trato que se concede a los otros. Facilitar la comprensión racional hacia un auténtico cambio emocional.	<ul style="list-style-type: none"> Se explica la importancia de percibirse a sí mismo de igual manera que a los otros; considerando que todos somos seres humanos además de imperfectos. Una de las bases de la autoestima consiste en tratarse uno mismo con el respeto y la consideración que se otorga a los demás. Se forman parejas para practicar la actividad Exteriorización de las voces internas; si alguno se siente muy angustiado puede dejar de practicar, permaneciendo como observador. Al término de la práctica, los participantes expresan lo que sintieron, lo que funcionó o no funcionó, lo descubierto, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> Anexo 53 	30 minutos	50 minutos
Tema 2: Continuar fortaleciendo la autoestima	Descubrir la intensa autocrítica.	<ul style="list-style-type: none"> Se explica que con baja autoestima "nos sentimos tan feos" que evitamos veros al espejo por el temor a la autocrítica. Se sugiere practicar en casa el ejercicio de Verse al espejo; el cual implica una defensa realista ante la presencia de un pensamiento negativo, hablando a sí mismo como se hablaría a un amigo; este método se complementa con algún otro del formato 13. 	<ul style="list-style-type: none"> Anexo 13 Anexo 54 	10 minutos	1 hora
Tema 3: La paradoja de la aceptación y la autodefensa	Practicar dos métodos opuestos que conducen a la autoestima.	<ul style="list-style-type: none"> Se describe cada método, cómo uno refuta y otro acepta los pensamientos negativos. Un voluntario ensayará junto con el facilitador ambos métodos, utilizando el Ejemplo de frases. Se forman equipos y se practican las dos técnicas, haciendo comentarios al término del ejercicio. 	<ul style="list-style-type: none"> Anexo 55 	30 minutos	1 hora, 30 minutos
Tema 4: Autoaceptación sana y patológica	Comprender la diferencia entre autoaceptación sana y patológica.	<ul style="list-style-type: none"> Se indican las diferencias entre autoaceptación sana y patológica; cómo la aceptación de sí mismo genera energía. Se hacen comentarios sobre el tema. 		15 minutos	1 hora, 45 minutos
Cierre de la sesión	Asignar tareas; pedir a cada participante su reflexión personal de la sesión y cierre.	<ul style="list-style-type: none"> Los participantes copian la tarea y al término de la sesión cada uno formula una reflexión sobre lo que le interesó. El facilitador agradece las aportaciones de los participantes y los motiva a despedirse con un cálido abrazo. 	<ul style="list-style-type: none"> Anexo 4 Anexo 56 	15 minutos	2 horas

SESIÓN N° 6 ABORDAR LAS RAÍCES DEL PROBLEMA

Taller de Autoestima

TEMA	OBJETIVO ESPECÍFICO	DESARROLLO	MATERIAL	DURACIÓN	TIEMPO ACUMULADO
Presentación de la sesión	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aprender cómo ciertas actitudes y creencias inadecuadas vulneran el estado anímico afectando las relaciones. 2. Identificar las propias actitudes inadaptables. 3. Aprender a desarrollar otro sistema personal de valores a favor de la felicidad, productividad y relaciones gratas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Antes de iniciar la sesión, se coloca el acetato en el proyector y se mantiene proyectado durante el inicio de la sesión. • El facilitador espera un momento mientras los participantes toman sus lugares, para pasar lista de asistencia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Proyector de acetatos, los acetatos y los formatos • Anexo 57 	5 minutos	5 minutos
Bienvenida	<p>Dar la bienvenida y mostrar interés en el estado anímico de los participantes durante la semana transcurrida.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Con amabilidad se da la bienvenida a los participantes. • Se les entrega el conjunto de formatos de la sesión; se les pide completar los tests considerando su estado anímico de la semana transcurrida. • Facilitador y participantes comentan sobre sus estados anímicos durante la semana que ha pasado. 	<ul style="list-style-type: none"> • Anexo 1 • Anexo 2 • Anexo 3 	15 minutos	20 minutos
Tema 1: Las creencias inadecuadas	<p>Aprender que detrás de un pensamiento negativo está una creencia inadecuada.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se explica cómo los pensamientos negativos son producto de nuestras creencias inadecuadas, las cuales se desarrollaron durante la infancia. • Se señala cómo las creencias irracionales pueden vulnerar el equilibrio emocional y conducir a un trastorno psicológico. • Los participantes aportan ejemplos y revisan las Creencias Inadecuadas más frecuentes, se hacen comentarios al final. 	<ul style="list-style-type: none"> • Anexo 15 	20 minutos	40 minutos
Actividad: Técnica de la flecha descendente	<p>Identificar las creencias inadecuadas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se explica el método que ayuda a identificar las creencias inadecuadas o irracionales. • Se pide a los participantes completar Pensamiento negativo y flecha descendente, anotando al final de cada respuesta la creencia inadecuada. 	<ul style="list-style-type: none"> • Anexo 16 	15 minutos	55 minutos
Tema 2: Cómo modificar las creencias inadecuadas	<p>Identificar la frecuencia de las creencias inadecuadas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se define la importancia de identificar nuestras creencias inadecuadas, para después hacer modificaciones. • Se pide a los participantes completar la Escala de creencias inadecuadas, señalando el beneficio de descubrir la actitud característica de nuestro modo de pensar, sentir y actuar. • Se indica cómo calificar, señalando que los resultados bajos representan áreas de fortaleza psicológica, mientras que los altos expresan mayor vulnerabilidad siendo necesario más trabajo en estas áreas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Anexo 17 	25 minutos	1 hora, 20 minutos
Actividad: Análisis costo-beneficio de las actitudes	<p>Conocer las ventajas y desventajas de las actitudes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se explican las distorsiones comunes de la creencia inadecuada; que ya identificada una, es necesario pensar en una nueva actitud más realista y objetiva. • Se pide completar el Análisis costo-beneficio de las actitudes, formar equipos y hacer comentarios al respecto. 	<ul style="list-style-type: none"> • Anexo 14 	25 minutos	1 hora, 45 minutos
Cierre de la sesión	<p>Asignar tareas; pedir a cada participante su reflexión personal de la sesión y cierre.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Los participantes copian la tarea y al término de la sesión cada uno formula una reflexión sobre lo que le interesó. • El facilitador agradece las aportaciones de los participantes y los motiva a despedirse con un cálido abrazo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Anexo 4 • Anexo 58 	15 minutos	2 horas

SESIÓN Nº 7 AUTOESTIMA: ¿QUÉ ES? ¿CÓMO LA CONSIGO?

Taller de Autoestima

TEMA	OBJETIVO ESPECÍFICO	DESARROLLO	MATERIAL	DURACIÓN	TIEMPO ACUMULADO
Presentación de la sesión	1. Comprender lo qué es la autoestima y su relación con la propia actitud.	<ul style="list-style-type: none"> Antes de iniciar la sesión, se coloca el acetato en el proyector y se mantiene proyectado durante el inicio de la sesión. El facilitador espera un momento mientras los participantes toman sus lugares, para pasar lista de asistencia. 	<ul style="list-style-type: none"> Proyector de acetatos, los acetatos y los formatos Anexo 59 	5 minutos	5 minutos
Bienvenida	Dar la bienvenida y mostrar interés en el estado anímico de los participantes durante la semana transcurrida.	<ul style="list-style-type: none"> Con amabilidad se da la bienvenida a los participantes. Se les entrega el conjunto de formatos de la sesión; se les pide completar los tests considerando su estado anímico de la semana transcurrida. Facilitador y participantes comentan sobre sus estados anímicos durante la semana que ha pasado. 	<ul style="list-style-type: none"> Anexo 1 Anexo 2 Anexo 3 	15 minutos	20 minutos
Tema 1: Evaluación de la propia autoestima	Descubrir la autoestima.	<ul style="list-style-type: none"> Se explica cómo algunos sentimientos negativos son fruto de la baja autoestima; se define la autoestima y sus beneficios. Se pide a los participantes que completen Autoestima frente a: situaciones, y Autoestima costo-beneficio. Cada participante define su concepto de autoestima "sin tratar de quedar bien"; se hacen comentarios. 	<ul style="list-style-type: none"> Anexo 18 Anexo 19 	25 minutos	45 minutos
Tema 2: El ser humano valioso	Comprender que la actividad no hace personas valiosas.	<ul style="list-style-type: none"> Se explica y desarrolla el ejercicio de la Fantasía temida, se comentan las experiencias de los voluntarios. Se explica cómo existen acciones importantes y satisfactorias por el beneficio que aportan, pero no hacen más valiosa a una persona que a las demás. 		15 minutos	1 hora
Tema 3: La persona despreciable y la persona valiosa	Considerar nuestras características, pero no nuestro yo.	<ul style="list-style-type: none"> Se refiere la práctica de criticar a los otros sin conocer sus motivos, esperando y temiendo el mismo ataque. El facilitador revela las tres dificultades al definir a un ser humano poco valioso; explica el método de Definir términos, da un ejemplo, lo refuta y lo define de nuevo. Pide a los participantes completar "Definiciones de una persona poco valiosa o inferior". 	<ul style="list-style-type: none"> Anexo 13 Anexo 20 	15 minutos	1 hora, 15 minutos
Tema 4: La inferioridad	Aprender que la inferioridad es natural, descubrir sus ventajas nos favorece.	<ul style="list-style-type: none"> Se explica el tema de la inferioridad, según Adler; cómo descubrir sus ventajas favorece el cambio de autoimagen. Se pide completar el Análisis costo-beneficio de sentirse inferior. Se explica el método de Predicción del nivel de satisfacción y completa el Formulario. 	<ul style="list-style-type: none"> Anexo 13 Anexo 21 Anexo 22 	15 minutos	1 hora, 30 minutos
Tema 5: Autoestima condicional frente a autoestima incondicional	Desarrollar la autoestima incondicional; tomando la autoestima condicional como estímulo.	<ul style="list-style-type: none"> Se explica la diferencia entre autoestima condicional e incondicional y las ventajas de cada una. Se pide completar el Análisis del costo-beneficio de la autoestima incondicional. 	Anexo 23	15 minutos	1 hora, 45 minutos
Cierre de la sesión	Asignar tareas; pedir a cada participante su reflexión personal de la sesión y cierre.	<ul style="list-style-type: none"> Los participantes copian la tarea y al término de la sesión cada uno formula una reflexión sobre lo que le interesó. El facilitador agradece las aportaciones de los participantes y los motiva a despedirse con un cálido abrazo. 	<ul style="list-style-type: none"> Anexo 4 Anexo 60 	15 minutos	2 horas

SESIÓN Nº 8 EL GUIÓN DEL PERFECCIONISTA QUE LLEVA AL FRACASO

Taller de Autoestima

TEMA	OBJETIVO ESPECÍFICO	DESARROLLO	MATERIAL	DURACIÓN	TIEMPO ACUMULADO
Presentación de la sesión	1. Conocer los tipos de perfeccionismo, sus consecuencias y ventajas ocultas 2. Descubrir las diferencias entre el perfeccionismo neurótico y la ambición sana. 3. Conocer los patrones de pensamiento lógico causantes del perfeccionismo. 4. Aprender a combatir el perfeccionismo neurótico.	<ul style="list-style-type: none"> Antes de iniciar la sesión, se coloca el acetato en el proyector y se mantiene proyectado durante el inicio de la sesión. El facilitador espera un momento mientras los participantes toman sus lugares, para pasar lista de asistencia. 	<ul style="list-style-type: none"> Proyector de acetatos, los acetatos y los formatos Anexo 61 	5 minutos	5 minutos
Bienvenida	Dar la bienvenida y mostrar interés en el estado anímico de los participantes durante la semana transcurrida.	<ul style="list-style-type: none"> Con amabilidad se da la bienvenida a los participantes. Se les entrega el conjunto de formatos de la sesión; se les pide completar los tests considerando su estado anímico de la semana transcurrida. Facilitador y participantes comentan sobre sus estados anímicos durante la semana que ha pasado. 	<ul style="list-style-type: none"> Anexo 1 Anexo 2 Anexo 3 	15 minutos	20 minutos
Tema 1: El perfeccionismo	Conocer las características del perfeccionismo.	<ul style="list-style-type: none"> Se explica qué es el perfeccionismo en exceso; la satisfacción en el hacer o la exigencia por la excelencia total. Para la sesión se toma el perfeccionismo como extremo desgastante y opuesto a la ambición sana. Se pide a los participantes completar ¿Eres un perfeccionista?, indicando sobre sí mismo y sobre un conocido; se comenta sobre lo descubierto. 	<ul style="list-style-type: none"> Anexo 24 	30 minutos	50 minutos
Tema 2: Perfeccionismo frente a ambición sana	Identificar nuestras características perfeccionistas.	<ul style="list-style-type: none"> Se explica que el perfeccionista tiene un exigente esquema cognitivo y vive controlando sus emociones; y cómo su actitud aleja a los otros. Referir que la imperfección es normal en el ser humano. Se pide a los participantes completar el Análisis del costo-beneficio del perfeccionismo; comentar al respecto. 	<ul style="list-style-type: none"> Anexo 62 Anexo 25 	30 minutos	1 hora, 20 minutos
Tema 3: Las exigencias y el estrés	Identificar cómo nos juzgamos ante nuestros errores.	<ul style="list-style-type: none"> Se explica la posibilidad de cambiar, reduciendo el estrés y favoreciendo las relaciones interpersonales. Se pide completar el Diario de estados anímicos y hacer comentarios al respecto. 	<ul style="list-style-type: none"> Anexo 11 	25 minutos	1 hora, 45 minutos
Cierre de la sesión	Asignar tareas; pedir a cada participante su reflexión personal de la sesión y cierre.	<ul style="list-style-type: none"> Los participantes copian la tarea y al término de la sesión cada uno formula una reflexión sobre lo que le interesó. El facilitador agradece las aportaciones de los participantes y los motiva a despedirse con un cálido abrazo. 	<ul style="list-style-type: none"> Anexo 4 Anexo 63 	15 minutos	2 horas

SESIÓN Nº 9 UN CONSEJO PARA AQUELLOS QUE DEJAN PARA MAÑANA LO QUE PODRÍAN HACER HOY

Taller de Autoestima

TEMA	OBJETIVO ESPECÍFICO	DESARROLLO	MATERIAL	DURACIÓN	TIEMPO ACUMULADO
Presentación de la sesión	1. Conocer las características de las personas que van postergando sus deberes. 2. Descubrir las ventajas ocultas de la postergación. 3. Aprender a combatir la tendencia a postergar con el uso de nuevas técnicas. 4. Descubrir cómo llegar a ser una persona más productiva y creativa.	<ul style="list-style-type: none"> • Antes de iniciar la sesión, se coloca el acetato en el proyector y se mantiene proyectado durante el inicio de la sesión. • El facilitador espera un momento mientras los participantes toman sus lugares, para pasar lista de asistencia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Proyector de acetatos, los acetatos y los formatos • Anexo 64 	5 minutos	5 minutos
Bienvenida	Dar la bienvenida y mostrar interés en el estado anímico de los participantes durante la semana transcurrida.	<ul style="list-style-type: none"> • Con amabilidad se da la bienvenida a los participantes. • Se les entrega el conjunto de formatos de la sesión; se les pide completar los tests considerando su estado anímico de la semana transcurrida. • Facilitador y participantes comentan sobre sus estados anímicos durante la semana que ha pasado. 	<ul style="list-style-type: none"> • Anexo 1 • Anexo 2 • Anexo 3 	15 minutos	20 minutos
Tema 1: La postergación	Identificar el pensamiento que obstaculiza nuestras acciones.	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Quién no ha postergado? Se explica lo que es la postergación y cómo puede crear problemas. • Se pide a los participantes completar el Test de la Postergación y se les explica cómo calificarlo. 	• Anexo 26	25 minutos	45 minutos
Tema 2: Síntoma de baja autoestima	Analizar las ventajas y desventajas de postergar.	<ul style="list-style-type: none"> • Se explica cómo la baja tolerancia a la tensión se relaciona con la baja autoestima. • Se pide a los participantes completar el Análisis de costo-beneficio de la postergación. 	• Anexo 27	15 minutos	1 hora
Tema 3: Método eficaz para la acción	Estar plenamente conscientes de las ventajas ocultas de la postergación.	<ul style="list-style-type: none"> • Se explican las consecuencias negativas de postergar y su relación con los sentimientos negativos. • Se pide completar el Análisis de costo-beneficio de la acción y se describe a los participantes un método que facilita la realización de una tarea. Se hacen comentarios sobre las posibles excusas de negarse a trabajar con el método. • Se completa la Hoja antipostergación sobre una tarea personal aplazada. 	<ul style="list-style-type: none"> • Anexo 28 • Anexo 29 	25 minutos	1 hora, 25 minutos
Tema 4: La técnica TIC-TOC	Desafiar los pensamientos negativos, mediante técnicas.	<ul style="list-style-type: none"> • Considerando que los participantes han tomado conciencia de los resultados negativos de postergar, se explica otra técnica que favorece el cambio. • Se pide completar el Ejercicio del TIC-TOC, se analiza y comenta Cómo combatir la tendencia a postergar tareas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Anexo 65 • Anexo 30 • Anexo 31 	20 minutos	1 hora, 45 minutos
Cierre de la sesión	Asignar tareas; pedir a cada participante su reflexión personal de la sesión y cierre.	<ul style="list-style-type: none"> • Los participantes copian la tarea y al término de la sesión cada uno formula una reflexión sobre lo que le interesó. • El facilitador agradece las aportaciones de los participantes y los motiva a despedirse con un cálido abrazo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Anexo 4 • Anexo 86 	15 minutos	2 horas

SESIÓN N° 10 PRÁCTICA Y MÁS PRÁCTICA

Taller de Autoestima

TEMA	OBJETIVO ESPECÍFICO	DESARROLLO	MATERIAL	DURACIÓN	TIEMPO ACUMULADO
Presentación de la sesión	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluar los progresos y objetivos personales, el taller y dar sugerencias. 2. Aprender a manejar sentimientos de desesperanza y superar los recaídas que se presentan después de experimentar una mejoría. 3. Análisis comparativo entre lo aprendido y las creencias personales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Antes de iniciar la sesión, se coloca el acetato en el proyector y se mantiene proyectado durante el inicio de la sesión. • El facilitador espera un momento mientras los participantes toman sus lugares, para pasar lista de asistencia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Proyector de acetatos, los acetatos y los formatos • Anexo 67 	5 minutos	5 minutos
Bienvenida	<p>Dar la bienvenida y mostrar interés en el estado anímico de los participantes durante la semana transcurrida.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Con amabilidad se da la bienvenida a los participantes. • Se les entrega el conjunto de formatos de la sesión; se les pide completar los tests considerando su estado anímico de la semana transcurrida. • Facilitador y participantes comentan sobre sus estados anímicos durante la semana que ha pasado. 	<ul style="list-style-type: none"> • Anexo 1 • Anexo 2 • Anexo 3 	15 minutos	20 minutos
Tema 1: Un poco de prevención	Prevenir recaídas.	<ul style="list-style-type: none"> • Se revela a los participantes que después de una etapa inicial de notoria mejoría es posible una recaída, la cual debe combatirse. Se explica que uno de los ejercicios que favorecen el pensamiento positivo es el Diario de estados anímicos para recaídas. • Se comenta sobre los bajones anímicos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Anexo 32 	15 minutos	45 minutos
Tema 2: La clave de la recuperación	Comprender que la mejoría se debe al trabajo personal.	<ul style="list-style-type: none"> • Se explica que sentirse diferente es debido al cambio de estilo cognitivo. • Se comentan sobre las técnicas preferidas para mejorar la forma de pensar y por qué. 	<ul style="list-style-type: none"> • Anexo 13 	15 minutos	1 hora
Tema 3: Más sobre autoestima	Entender tres verdades de la autoestima.	<ul style="list-style-type: none"> • Se especifica que la persona con autoestima se sabe un ser humano valioso, con amor hacia sí mismo y considera la excelencia como algo normal. • Se reafirma que establecer el pensamiento positivo es reconocerse capaces de ser felices con el propio potencial humano y satisfaciendo el propio yo. Se expresan enfoques personales sobre la autoestima. 		20 minutos	1 hora, 20 minutos
Tema 4: Evaluación de los progresos	Comparar los resultados de los tests de la primera a la última sesión, al igual que el logro de objetivos personales.	<ul style="list-style-type: none"> • Se completa: Revisión de temas vistos en el taller, Evaluación del taller de autoestima y Escala de empatía. • Se comenta sobre las recomendaciones y el propio trabajo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Anexo 33 • Anexo 34 • Anexo 35 • Anexo 66 	25 minutos	1 hora, 45 minutos
Cierre de la sesión	Reflexión personal sobre la experiencia de un taller y cierre del taller.	<ul style="list-style-type: none"> • Se entrega a cada participante un fólder con su nombre, cogniendo: sus formatos completados, una carta de Virginia Satir, algunos pensamientos de Epicteto y una reflexión de un personaje ilustre, distinto de acuerdo a las características manifestadas por el participante en el transcurso del taller. • El facilitador agradece las aportaciones de los participantes, los felicita y recomienda continuar su proceso de cambio. • Se despiden con un cálido abrazo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Anexo 36 • Anexo 37 • Anexo 38 	15 minutos	2 horas

TALLER DE SOLUCIÓN DE PROBLEMAS

SESIÓN Nº 1 ENTENDIÉNDONOS

TEMA	OBJETIVO ESPECÍFICO	DESARROLLO	MATERIAL	DURACIÓN	TIEMPO ACUMULADO
Presentación de la sesión	<ol style="list-style-type: none"> Entender el problema, como: el fracaso para encontrar una respuesta eficaz. Descubrir cómo la diversión y el disgusto son cotidianos en la vida. Fijar los objetivos personales a alcanzar durante el taller. 	Antes de iniciar la sesión el facilitador coloca las hojas bond con los temas escritos a la vista de los participantes; al terminar de explicar cada uno, los va retirando. Espera un momento mientras los participantes toman sus lugares, para pasar lista de asistencia.	<ul style="list-style-type: none"> Hojas bond Plumones Masking-tape Durex 	5 minutos	5 minutos
Bienvenida	Presentación del facilitador y dar la bienvenida a los participantes; esta actividad promueve hábitos positivos que favorecen las relaciones interpersonales.	El facilitador se presenta a los participantes mostrando una actitud positiva y con amabilidad les da la bienvenida. Señala los objetivos del taller y junto con los participantes comentan al respecto.		15 minutos	20 minutos
Tema 1: Encuadre del taller	Informar los motivos de asignación al taller, las características del mismo y sugerir reglas de convivencia con el propósito de que los participantes las generen a sus entornos.	Se explica a los participantes la razón de su asignación al taller, su duración, su contenido en base a la TCC, etc.; se sugieren reglas de convivencia, como respeto, discreción, confianza, sinceridad y comunicación; se hacen comentarios.		15 minutos	35 minutos
Dinámica grupal: Conociéndonos	Romper el hielo y establecer un ambiente de confianza.	El facilitador jugando entre sus manos un objeto gracioso, menciona sus gustos, disgustos y planes a realizar; advirtiendo que lo mismo hará quien reciba de imprevisto el objeto. Se motiva a los participantes para que exterioricen la problemática que les llevó a solicitar ayuda psicológica, y fijar objetivos personales; además de romper el hielo.	<ul style="list-style-type: none"> Un objeto gracioso 	20 minutos	55 minutos
Tema 2: Solucionando problemas	Proponer un Proceso para la eficaz solución de problemas.	Se explica como la presencia de los problemas favorecen el desarrollo humano y la adaptación social. Se expone un "Proceso para la eficaz solución de problemas", como técnica que proporciona métodos para que cada participante con sus propios recursos analice y evalúe las posibles soluciones a sus conflictos personales.		20 minutos	1 hora, 15 minutos
Actividad: Exponer problemas personales reales o ficticios	Analizar problemas.	Cada participante escribe un problema y su resolución, el facilitador recibe las hojas y al azar va leyendo una a una; los participantes analizan la problemática, tratan de dar una mejor solución, y de identificar al autor.	<ul style="list-style-type: none"> Hojas y lápices 	15 minutos	1 hora, 30 minutos
Dinámica grupal: Descubriendo mis necesidades y motivación	Autodescubrir los motivos personales, sensibilizando al participante en el uso asertivo de la seguridad personal.	El facilitador explica la dinámica, los participantes forman equipos de trabajo y anotan sus conclusiones en hojas para después comentar al respecto. El facilitador guía un proceso de reflexión y aplicación a la vida diaria.		15 minutos	1 hora, 45 minutos
Cierre de la sesión	Asignar tareas; pedir a cada participante su reflexión personal de la sesión y cierre.	Se explica la tarea para la siguiente sesión; cada participante formula una reflexión. El facilitador agradece sus aportaciones y los motiva a despedirse con un cálido abrazo.		15 minutos	2 horas

SESIÓN N° 2 FASE 1: ORIENTACIÓN DEL PROBLEMA

Taller de Solución de Problemas

TEMA	OBJETIVO ESPECÍFICO	DESARROLLO	MATERIAL	DURACIÓN	TIEMPO ACUMULADO
Presentación de la sesión	1. Desarrollar una actitud facilitadora en el sujeto a la hora de enfrentarse con el problema, identificando el pensamiento racional e irracional. 2. Alentar hacia la reflexión, aprendiendo a identificar las situaciones problema.	Antes de iniciar la sesión el facilitador coloca las hojas bond con los temas escritos a la vista de los participantes; al terminar de explicar cada uno, los va retirando. Espera un momento mientras los participantes toman sus lugares, para pasar lista de asistencia.	<ul style="list-style-type: none"> • Hojas bond • Plumones • Masking-tape • Durex 	5 minutos	5 minutos
Bienvenida	Dar la bienvenida crea hábitos positivos que favorecen las relaciones interpersonales. Comentar sobre la tarea.	Se da una bienvenida amable. Facilitador y participantes brevemente comentan sobre cómo pasaron la semana y su experiencia al realizar la tarea.		15 minutos	20 minutos
Tema 1: Orientación del problema	Resaltar la importancia de la actitud en la resolución de problemas.	Se explica la importancia de la actitud, los tipos de orientación que posibilitan o bloquean la resolución del problema.		15 minutos	35 minutos
Dinámica grupal: Capacidades y limitaciones	Hacer conciencia de las propias capacidades y limitaciones, y cuáles son factibles de desarrollo o cambio.	Se explica la dinámica, se forman equipos para comentar y sacar conclusiones; al término, un participante de cada equipo expone las ideas sobre cómo aplicar lo aprendido.		10 minutos	45 minutos
Tema 2: Opciones para detectar problemas	Considerar los sentimientos y la conducta inapropiada como indicadores de un problema.	Se explica que sentimientos como el malhumor o la tristeza, por ejemplo, son señal de que existe un problema, al igual que mostrar una conducta inapropiada. Se sugiere hacer una lista de problemas que al analizarlos se pueda priorizar para darles solución.		10 minutos	55 minutos
Actividad: Detectando problemas	Observar los sentimientos y conductas actuales.	Se pide a los participantes que observen sus sentimientos y conductas actuales, como posibles indicadores de problemas y hacer una lista de estos considerando sus emociones y conducta.		10 minutos	1 hora, 5 minutos
Tema 3: El pensamiento racional e irracional	Conocer los tipos de pensamiento.	Se explica el pensamiento racional e irracional, sus ventajas y desventajas.		10 minutos	1 hora, 15 minutos
Dinámica grupal: Cómo podría ser diferente mi vida	Analizar lo que se desea y lo que se hace para lograrlo.	El facilitador entrega el Relato de un Suceso y pide a los participantes que describan cómo cambiaría su vida esta noticia. Se integran equipos para analizar y hacer conclusiones; se hacen comentarios junto con el facilitador.	• Anexo 89	10 minutos	1 hora, 25 minutos
Tema 4: Categorías de problemas	Conocer los tipos de problemas.	Se explica cómo los estados emocionales se entrelazan con las situaciones cotidianas, se dan ejemplos y se comenta al respecto.		10 minutos	1 hora, 35 minutos
Dinámica grupal: Me da pena	Explorar comportamientos y emociones al enfrentar situaciones difíciles.	Se forman equipos y se pide a cada uno que imaginen la situación más ridícula y embarazosa que puedan vivir y se prepare a un integrante para dramatizarla frente a los demás. Se presentan las dramatizaciones, se analizan los pensamientos y emociones sentidas. Se hace un análisis sobre cómo aplicar lo aprendido a la propia vida.		10 minutos	1 hora, 45 minutos
Cierre de la sesión	Asignar tareas; pedir a cada participante su reflexión personal de la sesión y cierre.	Se explica la tarea para la siguiente sesión; cada participante formula una reflexión. El facilitador agradece sus aportaciones y los motiva a despedirse con un cálido abrazo.		15 minutos	2 horas

SESIÓN Nº 3 FASE 2: FORMULACIÓN Y DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

Taller de Solución de Problemas

TEMA	OBJETIVO ESPECÍFICO	DESARROLLO	MATERIAL	DURACIÓN	TIEMPO ACUMULADO
Presentación de la sesión	1. Definir el problema operativamente. 2. Plantear metas realistas.	Antes de iniciar la sesión el facilitador coloca las hojas bond con los temas escritos a la vista de los participantes; al terminar de explicar cada uno, los va retirando. Espera un momento mientras los participantes toman sus lugares, para pasar lista de asistencia.	• Hojas bond • Plumones • Masking-tape • Durex	5 minutos	5 minutos
Bienvenida	Dar la bienvenida crea hábitos positivos que favorecen las relaciones interpersonales. Comentar sobre la tarea.	Se da una bienvenida amable. Facilitador y participantes brevemente comentan sobre cómo pasaron la semana y su experiencia al realizar la tarea.		15 minutos	20 minutos
Dinámica grupal: ¿Cómo es mi situación actual?	Ayudar a los participantes a identificar cuál área de su vida (física, intelectual, emocional, social) tiene significado en el momento actual, y así elaborar objetivos, actividades y necesidades de cambio dentro de su situación actual.	Se reparte el formato ¿Cómo es mi situación actual?, los participantes responden las preguntas; al término se solicitan voluntarios que expongan al grupo sus respuestas. A continuación el grupo comenta y concluye en cada caso expuesto; se hace un análisis sobre cómo puede aplicarse a la vida lo aprendido.	• Anexo 70	25 minutos	45 minutos
Tema 1: Formulación y definición del problema	Enseñar a evaluar la naturaleza de la situación-problema y a establecer objetivos realistas.	Se explica cómo recogiendo información identificando lo relevante a través de un lenguaje concreto, es posible formular y definir el problema. Se enseña a plantear objetivos específicos y realistas posibles de alcanzar.		20 minutos	1 hora, 5 minutos
Tema 2: Obstáculos	Aprender a identificar los obstáculos para reevaluar los objetivos.	Se enseña que a través de la reflexión pueden identificarse los obstáculos reales, formular y definir el problema; si la definición del problema es errónea, las soluciones también lo serán.		20 minutos	1 hora, 25 minutos
Actividad: Establecimiento de metas	Practicar cómo establecer metas.	Se proporciona el formato Relación de problemas, los participantes completan el ejercicio estableciendo metas; teniendo claro que hay que evitar metas irreales. Es importante tener presente lo que se quiere conseguir, los obstáculos a superar y cómo se puede conseguir.	• Anexo 71	20 minutos	1 hora, 45 minutos
Cierre de la sesión	Asignar tareas; pedir a cada participante su reflexión personal de la sesión y cierre.	Se explica la tarea para la siguiente sesión; cada participante formula una reflexión. El facilitador agradece sus aportaciones y los motiva a despedirse con un cálido abrazo.		15 minutos	2 horas

SESIÓN N° 4 APLICACIÓN DE LO APRENDIDO

Taller de Solución de Problemas

TEMA	OBJETIVO ESPECÍFICO	DESARROLLO	MATERIAL	DURACIÓN	TIEMPO ACUMULADO
Presentación de la sesión	1. Practicar lo aprendido, con problemas personales reales o ficticios.	Antes de iniciar la sesión el facilitador coloca las hojas bond con los temas escritos a la vista de los participantes; al terminar de explicar cada uno, los va retirando. Espera un momento mientras los participantes toman sus lugares, para pasar lista de asistencia.	• Hojas bond • Plumones • Masking-tape • Durex	5 minutos	5 minutos
Bienvenida	Dar la bienvenida crea hábitos positivos que favorecen las relaciones interpersonales. Comentar sobre la tarea.	Se da una bienvenida amable. Facilitador y participantes brevemente comentan sobre cómo pasaron la semana y su experiencia al realizar la tarea.		15 minutos	20 minutos
Tema 1: Repaso de lo visto del proceso para la solución de problemas	Explorar la aplicación de las dos fases antes vistas a problemas de la vida diaria.	Se revisan las fases Orientación del problema, y la Formulación y definición del problema a través de las experiencias referidas por los participantes y repasando sus contenidos; manifestando que la orientación positiva es la forma más favorecedora, porque induce al individuo a enfrentarse al problema.		15 minutos	35 minutos
Dinámica grupal: Conocimiento de mí mismo	Conocer rasgos propios de nuestra personalidad.	Se entrega el cuestionario Conociéndome a mí mismo para ser completado; se forman equipos para comentar las respuestas del cuestionario, aclarando actitudes y sentimientos que las apoyan. En sesión plenaria se piden las aportaciones y conclusiones como ejercicio final. El facilitador guía un proceso de análisis grupal y aplicación a la vida diaria.	• Anexo 72	25 minutos	1 hora
Tema 2: El ser humano y su naturaleza "solucionadora de problemas"	Señalar los beneficios que aportan los problemas.	Se explica cómo la presencia de los problemas ha favorecido la creatividad, facilitando el quehacer humano.		15 minutos	1 hora, 15 minutos
Dinámica grupal: Los clones	Ver el problema desde otras perspectivas, entendiendo que el propio esquema cognitivo bloquea la generación de alternativas.	Se invita a un participante a que exponga al grupo "su problema sin solución", junto con sus pensamientos, emociones y acciones relacionadas. Los otros participantes adoptarán el problema como propio, junto con su personal modo de pensar y sentir, dando su solución y presentándose con el mismo nombre, agregando 1, 2, etc. Por ejemplo: Soy Sergio 3, mi problema... Mientras que el autor original permanece en silencio escuchando su problema y las diversas percepciones, expresiones emocionales y posibles soluciones del mismo. Se comenta al final.		30 minutos	1 hora, 45 minutos
Cierre de la sesión	Asignar tareas; pedir a cada participante su reflexión personal de la sesión y cierre.	Se explica la tarea para la siguiente sesión; cada participante formula una reflexión. El facilitador agradece sus aportaciones y los motiva a despedirse con un cálido abrazo.		15 minutos	2 horas

SESIÓN Nº 5 FASE 3: GENERACIÓN DE ALTERNATIVAS

Taller de Solución de Problemas

TEMA	OBJETIVO ESPECÍFICO	DESARROLLO	MATERIAL	DURACIÓN	TIEMPO ACUMULADO
Presentación de la sesión	1. Proponer una amplia variedad de soluciones para aumentar la probabilidad de solucionar el problema.	Antes de iniciar la sesión el facilitador coloca las hojas bond con los temas escritos a la vista de los participantes; al terminar de explicar cada uno, los va retirando. Espera un momento mientras los participantes toman sus lugares, para pasar lista de asistencia.	<ul style="list-style-type: none"> - Hojas bond - Plumones - Masking-tape - Durex 	5 minutos	5 minutos
Bienvenida	Dar la bienvenida crea hábitos positivos que favorecen las relaciones interpersonales. Comentar sobre la tarea.	Se da una bienvenida amable. Facilitador y participantes brevemente comentan sobre cómo pasaron la semana y su experiencia al realizar la tarea.		15 minutos	20 minutos
Dinámica grupal: El Oscar a lo imprevisto	Explorar los comportamientos y emociones al enfrentar situaciones imprevistas, y sobre la improvisación de soluciones creativas.	<p>El facilitador solicita un voluntario diciéndole que actuará una escena dramática y tratará de resolverla, la que será elegida por los participantes (de las tareas). Se considera su actuación desde la espera fuera del salón, cómo enfrentó lo imprevisto, su desempeño y la solución generada. Si su resolución es satisfactoria será premiado con el "Oscar".</p> <p>El facilitador guía un proceso de análisis de los comportamientos y emociones que viven las personas al enfrentar una situación imprevista; dirige hacia la reflexión de la experiencia vivida y cómo puede ayudar este aprendizaje a la vida diaria.</p>	- Un Oscar, que será una pelota, dulce, etc.	30 minutos	50 minutos
Tema 1: Generación de alternativas	Generar un "torbellino de ideas" basado en principios y reglas.	<p>Se considera el problema definido, en esta etapa se organizan sus posibles soluciones.</p> <p>Se explican los principios y reglas de la generación de ideas y se instruye a los participantes a generar un "torbellino de ideas"; la lista de alternativas aumentará al combinar, mejorar y elaborar otras.</p>		25 minutos	1 hora, 15 minutos
Dinámica grupal: Tormenta de ideas	Desarrollar y ejercitar la imaginación creadora, la innovación para encontrar nuevas soluciones a un problema.	<p>El facilitador elige un problema de las tareas como generador de ideas, basadas en los principios y reglas antes señaladas; los participantes formulan gran cantidad de soluciones sin importar lo absurdas y descabelladas que parezcan. El facilitador las anota una a una, a la vista de todos; con sentido crítico y apegado a la realidad se evalúan las soluciones enlistadas seleccionando las prácticas y eficientes.</p> <p>El facilitador junto con el grupo hace un resumen sacando conclusiones concretas.</p>		30 minutos	1 hora, 45 minutos
Cierre de la sesión	Asignar tareas; pedir a cada participante su reflexión personal de la sesión y cierre.	Se explica la tarea para la siguiente sesión; cada participante formula una reflexión. El facilitador agradece sus aportaciones y los motiva a despedirse con un cálido abrazo.		15 minutos	2 horas