



UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

PROGRAMA TERAPÉUTICO COGNITIVO-CONDUCTUAL ORIENTADO AL
MANEJO DE LA CONDUCTA ASERTIVA, APLICADO A UN GRUPO DE
ADOLESCENTES DEL SEXO FEMENINO DE LA FUNDACIÓN HOGAR
NIÑAS DE LA CAPITAL

PSIC. MARIELA DEL CARMEN DONATO B.

TESIS PRESENTADA COMO UNO DE LOS REQUISITOS PARA OPTAR AL
GRADO DE MAGÍSTER EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

PANAMÁ, REPÚBLICA DE PANAMÁ

2006

ST

27 FEB 2009

Obsequio del autor

16892

UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO
FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

PROGRAMA DE MAESTRÍA EN: PSICOLOGÍA CLÍNICA
FACULTAD DE: HUMANIDADES
Nº DE CÓDIGO: 327-14-06-06-49
NOMBRE DEL ESTUDIANTE: MARIELA DEL CARMEN DONATO B.
CÉDULA: 8-700-520
TÍTULO AL QUE ASPIRA: MAGÍSTER EN PSICOLOGÍA CLÍNICA
TEMA DE LA TESIS: PROGRAMA TERAPÉUTICO
COGNITIVO-CONDUCTUAL ORIENTADO AL MANEJO DE LA CONDUCTA
ASERTIVA APLICADO A UN GRUPO DE ADOLESCENTES DEL SEXO
FEMENINO DE LA FUNDACIÓN HOGAR NIÑAS DE LA CAPITAL
RESUMEN EJECUTIVO: Se trata de un estudio que mide la
efectividad de un programa de intervención de tipo cognitivo-conductual para el manejo
de la conducta asertiva aplicado a un grupo de adolescentes del sexo femenino. Se
utilizó un solo grupo experimental, el cual fue medido antes y después de la
intervención. Se llevó a cabo en la Fundación Hogar Niñas de la Capital y tuvo una
duración de dos meses, con dos sesiones semanales.
NOMBRE DEL ASESOR: MAGÍSTER FABIO BETHANCOURT
FIRMA DEL ASESOR: *Fabio Bethancourt H.*
FIRMA DEL ESTUDIANTE: *Mariela Donato*
APROBADO POR: MAGÍSTER RICARDO LÓPEZ
COORDINADOR DEL PROGRAMA
FECHA: 7 DE DICIEMBRE DE 2006

DEDICATORIA

El amor hacia un hijo es lo más grande que cualquier ser humano pueda sentir por otro ser humano. El 6 de enero de 2006, Dios me bendijo con el nacimiento de mi primera hija, Andrea Nicole Ferrante Donato, y por ser tú el producto del amor entre Giuseppe y yo, te dedico con todo mi corazón la culminación de este proyecto que me permite concluir con una de las etapas más importantes de mi vida profesional.

AGRADECIMIENTO

Agradezco primeramente a Dios por darme salud para realizar este proyecto de investigación, y en especial a mi asesor de Tesis, el Magíster Fabio Bethancourt que con todo su aprecio me brindó el apoyo incondicional y me motivó a finalizar el presente trabajo.

Agradezco a mi madre por todo el apoyo y entusiasmo que me mostró para que estudiara la carrera de Psicología y en quien siempre encontré una mano amiga para alcanzar todas mis metas profesionales.

Agradezco a mi esposo Giuseppe por creer en mí y brindarme todo su amor, el cual me da fuerza para seguir adelante y superar los obstáculos que se me presenten. Gracias por toda la felicidad que me has brindado desde que te conocí.

INDICE GENERAL

Hoja de Aprobación.....	
Dedicatoria.....	
Agradecimiento.....	
Indice de Cuadros.....	
Indice de Figuras.....	
Resumen.....	1
Introducción.....	2
Revisión de Literatura.....	6
1. Niños abandonados e Instituciones de Asistencia Social.....	6
a) Antecedentes históricos.....	6
b) Antecedentes teóricos.....	11
2. Adolescencia.....	14
a) Etapas de la adolescencia.....	15
b) Problemas de los adolescentes.....	19
3. Modalidades psicoterapéuticas	21
3.1 Terapia conductual.....	22
a) Definición.....	22
b) Resumen histórico de la terapia conductual.....	22
3.2 Terapia cognitivo conductual.....	23

a) Definición.....	23
b) Resumen histórico de la terapia cognitivo conductual.....	24
b.1) Desarrollo de las terapias cognitivas.....	25
b.2) Aplicación de la terapia cognitivo conductual en grupo.....	27
3.3 Terapia de grupo.....	29
a) Definiciones.....	30
b) Antecedentes de la terapia de grupo.....	31
c) Cómo se forma y desarrolla un grupo terapéutico.....	32
d) Características básicas de los grupos.....	34
e) Procesos que se dan en los grupos terapéuticos.....	36
4. Entrenamiento asertivo.....	37
a) Definición.....	38
b) Desarrollo histórico.....	42
c) Marco teórico del entrenamiento asertivo.....	45
d) Etiología y características de la hipoasertividad.....	56
e) Tratamiento de la hipoasertividad.....	57
f) Terapia cognitivo-conductual en la modificación de la conducta asertiva.....	68
g) Terapia en grupo en asertividad.....	70
Aspectos Metodológicos.....	72
Resultados.....	143
Discusión.....	190

Conclusiones.....	201
Recomendaciones.....	207
Bibliografía Citada.....	209
Apéndices.....	214
Cuestionario de la Terapia Multimodal: Formato utilizado para recabar la historia clínica de las participantes del estudio.....	215
Escala de Actitudes Disfuncionales, de Weissman.....	220
Escala de Autoexpresión de Conductas Asertivas, de Galassi.....	224
Carta de solicitud de permiso para realizar el estudio en la Fundación Hogar Niñas de la Capital, por parte del Asesor de la Tesis, Magíster Fabio Betancourt y la estudiante de Maestría, Lcda. Mariela Donato.....	229
Carta de autorización de la Directora de la Fundación Hogar Niñas de la Capital, Lcda. Elba Flores, para la ejecución del estudio propuesto.....	230
Carta de la Magíster Elida Picota de Tapia que autoriza el uso del Programa Cognitivo-Conductual para el manejo de la conducta asertiva elaborado en la Universidad de Chile en conjunto con otras colaboradoras en el año de 1983.....	231

INDICE DE CUADROS

Cuadro I: Información individual de cada una de las participantes del estudio

Cuadro II: Cronograma de trabajo.

Cuadro III: Distribución de las edades y número de índices de las adolescentes entrevistadas.

Cuadro IV: Distribución del grado de escolaridad y número de índices de las adolescentes entrevistadas.

Cuadro V: Comparación entre la primera medición (X1) y la segunda medición (X2) de los datos obtenidos en la sub-escala de “aprobación”, medido a través de la Escala de Actitudes Disfuncionales, de Weissman.

Cuadro VI: Medias y desviaciones estándar de las puntuaciones obtenidas en la sub-escala de “aprobación”, medido a través de la Escala de Actitudes Disfuncionales, de Weissman.

Cuadro VII: Comparación entre la primera medición (X1) y la segunda medición (X2) de los datos obtenidos en la sub-escala de “amor”, medido a través de la Escala de Actitudes Disfuncionales, de Weissman.

Cuadro VIII: Medias y desviaciones estándar de las puntuaciones obtenidas en la sub-escala de “amor”, medido a través de la Escala de Actitudes Disfuncionales, de Weissman.

Cuadro IX: Comparación entre la primera medición (X1) y la segunda medición (X2) de los datos obtenidos en la sub-escala de “logros”, medido a través de la Escala de Actitudes Disfuncionales, de Weissman.

Cuadro X: Medias y desviaciones estándar de las puntuaciones obtenidas en la sub-escala de “logros”, medido a través de la Escala de Actitudes Disfuncionales, de Weissman.

Cuadro XI: Comparación entre la primera medición (X1) y la segunda medición (X2) de los datos obtenidos en la sub-escala de “perfeccionismo”, medido a través de la Escala de Actitudes Disfuncionales, de Weissman.

Cuadro XII: Medias y desviaciones estándar de las puntuaciones obtenidas en la sub-escala de “perfeccionismo”, medido a través de la Escala de Actitudes Disfuncionales, de Weissman.

Cuadro XIII: Comparación entre la primera medición (X1) y la segunda medición (X2) de los datos obtenidos en la sub-escala de “exigencias”, medido a través de la Escala de Actitudes Disfuncionales, de Weissman.

Cuadro XIV: Medias y desviaciones estándar de las puntuaciones obtenidas en la sub-escala de “exigencias”, medido a través de la Escala de Actitudes Disfuncionales, de Weissman.

Cuadro XV: Comparación entre la primera medición (X1) y la segunda medición (X2) de los datos obtenidos en la sub-escala de “omnipotencia”, medido a través de la Escala de Actitudes Disfuncionales, de Weissman.

Cuadro XVI: Medias y desviaciones estándar de las puntuaciones obtenidas en la sub-escala de “omnipotencia”, medido a través de la Escala de Actitudes Disfuncionales, de Weissman.

Cuadro XVII: Comparación entre la primera medición (X1) y la segunda medición (X2) de los datos obtenidos en la sub-escala de “autonomía”, medido a través de la Escala de Actitudes Disfuncionales, de Weissman.

Cuadro XVIII: Medias y desviaciones estándar de las puntuaciones obtenidas en la sub-escala de “autonomía”, medido a través de la Escala de Actitudes Disfuncionales, de Weissman.

Cuadro XIX: Comparación entre la primera medición (X1) y la segunda medición (X2) de los datos obtenidos en la Escala de Autoexpresión de Conductas Asertivas, de Galassi.

Cuadro XX: Medias y desviaciones estándar de las puntuaciones obtenidas en la Escala de Autoexpresión de Conductas Asertivas, de Galassi.

INDICE DE FIGURAS

Figura 1: Distribución de las edades y números de índices de las edades de las adolescentes entrevistadas.

Figura 2: Distribución del nivel de escolaridad y número de índices de las adolescentes entrevistadas.

Figura 3: Puntaje obtenido en el test, de acuerdo a la categoría aprobación antes y después.

Figura 4: Media de las puntuaciones obtenidas en la sub-escala de aprobación medido a través de la Escala de Actitudes Disfuncionales de Weissman.

Figura 5: Puntaje obtenido en el test, de acuerdo a la categoría amor antes y después.

Figura 6: Media de las puntuaciones obtenidas en la sub-escala de amor medido a través de la Escala de Actitudes Disfuncionales de Weissman.

Figura 7: Puntaje obtenido en el test, de acuerdo a la categoría logros antes y después.

Figura 8: Media de las puntuaciones obtenidas en la sub-escala de logros medido a través de la Escala de Actitudes Disfuncionales de Weissman.

Figura 9: Puntaje obtenido en el test, de acuerdo a la categoría perfeccionismo antes y después.

Figura 10: Media de las puntuaciones obtenidas en la sub-escala de perfeccionismo medido a través de la Escala de Actitudes Disfuncionales de Weissman.

Figura 11: Puntaje obtenido en el test, de acuerdo a la categoría exigencias antes y después.

Figura 12: Media de las puntuaciones obtenidas en la sub-escala de exigencias medido a través de la Escala de Actitudes Disfuncionales de Weissman.

Figura 13: Puntaje obtenido en el test, de acuerdo a la categoría omnipotencia antes y después.

Figura 14: Media de las puntuaciones obtenidas en la sub-escala de omnipotencia medido a través de la Escala de Actitudes Disfuncionales de Weissman.

Figura 15: Puntaje obtenido en el test, de acuerdo a la categoría autonomía antes y después.

Figura 16: Media de las puntuaciones obtenidas en la sub-escala de autonomía medido a través de la Escala de Actitudes Disfuncionales de Weissman.

Figura 17: Puntaje obtenido en el test, de acuerdo a la conducta asertiva antes y después.

Figura 18: Media de las puntuaciones obtenidas en la Escala de Autoexpresión de Conductas Asertivas, de Galassi.

RESUMEN

Se trata de un estudio que mide la efectividad de un programa de intervención de tipo cognitivo-conductual para el manejo de la conducta asertiva aplicado a un grupo de adolescentes del sexo femenino. Se basa en la utilización del Programa Terapéutico Grupal creado en Chile por las psicólogas Brahm, Picota y Gallardo en el año de 1983, utilizando las estrategias propuestas en su programa, modificando un mínimo de su contenido. Se utilizó un solo grupo experimental, el cual fue medido antes y después de la intervención. Se llevó a cabo en la Fundación Hogar Niñas de la Capital y tuvo una duración de dos meses, con dos sesiones semanales. Se utilizó la prueba "t" de Student que para analizar la diferencia entre las medias de los resultados. Se encontraron datos estadísticamente significativos que indican una mejoría en cuanto a las variables medidas, sin embargo no se puede descartar la posibilidad de azar respecto a los cambios producidos, debido a que no se utilizó un grupo control.

SUMMARY

The following study measures the effectiveness of a cognitive-behavioral intervention program for the improvement of the assertive conduct applied to a group of adolescents of feminine sex. Based on the utilization of the created Group Therapeutic Program in Chile by psychologists Brahm, Picota and Gallardo in the year of 1983, using the strategies proposed in his program, with a minimum modification of its content. This study used a single experimental group, which were measured before and after the intervention. This investigation was carried out in the Foundation Home Young of the Capital and lasted two months, with two sessions per week. The variables were analyzed through Student's "t". This study found statically significant data that indicates an improvement of the measured variables, nevertheless cannot be discarded the possibility of chance with respect to the produced changes, because a group was not used control.

INTRODUCCIÓN

En nuestro país, es cada vez más importante realizar programas de prevención e intervención dirigidos a la niñez y juventud panameña que minimicen los problemas psicosociales que nos aquejan.

Hemos querido realizar un trabajo que beneficie a una Institución de Asistencia Social, que requiera de servicios psicológicos con los cuales no cuenta actualmente.

Nuestro interés se centró en el grupo de adolescentes que han pasado por una situación de riesgo social, por lo cual escogimos a la Fundación Hogar Niñas de la Capital para nuestro estudio.

La Fundación Hogar Niñas de la Capital se creó en 1920, por la Iglesia Episcopal, con el nombre de Bella Vista Children's Home. Se fundó con el fin de lograr un ambiente de familia digno y respetable, para ofrecer los cuidados, educación y formación necesarios para que niños desamparados se desarrollaran integralmente y se incorporaran a la sociedad como cristianos respetables.

Actualmente la población de la Fundación es sólo del sexo femenino y están ubicados desde hace casi diez años en Chilibre. Este cuenta con 20 niñas de 7 a 17 años de edad. Administrativamente está conformado por una Directora, una secretaria administrativa, una Misionera, un Conductor y una Monitora.

Para la admisión se requiere que las niñas tengan de 4 a 7 años de edad, y que sean huérfanas de padre y madre, o de uno de los dos cónyuges si el cónyuge sobreviviente no está en condiciones de brindarles los cuidados que las niñas requieren. Además se consideran las niñas que han sido abandonadas y/o maltratadas.

Estimamos de gran valor el presente estudio, ya que el adolescente está en una etapa de conflictos internos y el ambiente constantemente le está enviando mensajes negativos (drogas, delincuencia, prostitución, embarazos no deseados, entre otros). Nuestro interés es prevenir que las adolescentes de nuestro estudio incurran en este tipo de conductas que afecten su adecuado desarrollo psicosocial.

Cabe señalar que las personas somos entes sociales que debemos conducirnos en forma asertiva para funcionar como miembros productivos de la sociedad. Por esta razón hemos decidido trabajar la conducta asertiva de las adolescentes a través de un Programa Terapéutico Cognitivo-Conductual, el cual tiene como objetivo fundamental, un cambio de las cogniciones disfuncionales que pueden causar una conducta desajustada.

La terapia Cognitivo-Conductual está basada en la Teoría Conductual o Terapia del comportamiento, la cual, a manera de breve introducción, podemos decir que se basa en varias teorías a saber: el Condicionamiento Operante (B.F. Skinner); en la Reflexología Rusa (Pavlov y Bechterev); en la psicología experimental contemporánea (principalmente en la Teoría del Aprendizaje); en los trabajos de Wolpe y Eysenck; en los nuevos avances de psicología social y evolutiva y en el “modelo psicológico” de los trastornos comportamentales en oposición al “modelo médico”.

Actualmente la Terapia de la Conducta está tratando de lograr un nivel de desarrollo que le permita integrar posiciones diferentes dentro de un solo cuerpo teórico y se han flexibilizado en la utilización de cualquier otro dato que pueda ser útil en la práctica clínica, con lo cual se amplía su campo de acción y comprensión de la conducta humana.

La evolución de la Terapia Cognitivo – Conductual se inició a finales de los años sesenta y principios de los setenta, cuando se hicieron intentos para expandir los modelos existentes. Albert Bandura, en su trabajo sobre “el aprendizaje vicario”, amplió las explicaciones que anteriormente existían de los modelos conductuales.

Ellis (1955 – 1962), Beck (1967- 1970), Cautela (1967), Meichenbaum (1973 – 1977), Mahoney (1974), fueron los pioneros e incorporaron, a la Terapia Conductual, los principios Cognitivos – Conductuales (Ruíz Sánchez, J.J. 2005).

Mahoney y Arnokoff (1978) dividen la Terapia Cognitivo – Conductual en tres partes:

- a) Reestructuración Cognitiva
- b) Terapia de Habilidades – Competencia
- c) Terapia Problema – Solución

Además incorporaron este enfoque teórico a la Psicología Clínica. Kazdin en 1978 abarcó tratamientos que intentaban cambiar la conducta manifiesta alterando pensamientos, interpretaciones, suposiciones y estrategias de respuesta.

Mischael, Shaw y Dobson en 1981 utilizaron estrategias de evaluación en las cuales se enfatiza el contenido de las cogniciones y la evaluación de los resultados cognitivos, más que el proceso cognitivo.

Otros investigadores dicen que, por el contrario, el entendimiento de cambio será probablemente más avanzado si se examinan los procesos cognitivos al igual que la interdependencia entre sistemas afectivos, conductuales y cognitivos.

Como antecedentes de investigación, tenemos el “Estudio de Modalidades Terapéutica Grupal”, realizado en la Universidad de Chile por las psicólogas Gabriela Brahm, Elida Picota e Iris Gallardo, quienes analizaron en su estudio el peso que las variables cognitivas tienen en la determinación de las dificultades asertivas.

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

1. Niños abandonados e instituciones de asistencia social.

a) Antecedentes Históricos.

El interés por los niños abandonados se remonta a tiempos antiguos. El Código de Hammurabi (de hace más de 4,000 años), presenta algunas leyes para procurar que los niños sin padre pudieran satisfacer sus necesidades básicas y que tuvieran la oportunidad de ser adoptados. La Biblia menciona el caso de Moisés, quien fue abandonado y luego adoptado por una familia real.

A nivel científico, el interés de la Psiquiatría y la Psicología por este tema empezó en 1951, con los estudios de Bolwy.

Se entiende por niño abandonado, aquel que está desprovisto de una familia. Según Cortéz hay diferentes tipos de niños abandonados (Alexander, 1989):

- “Niños definitivamente sin familia”: Huérfanos, abandonados y los rechazados por deficiencias de adaptación.
- “Niños temporalmente sin familia”: Niños desatendidos por los padres y aquellos en donde la sociedad interviene apartándolos de una familia que se considera no adecuada para la crianza.
- “Niños con casos dudosos”: Niños cuyos padres se separaron, niños ilegítimos, y niños con padres en prisión. Es decir, los casos en los que no se sabe si el abandono es temporal o definitivo.

El niño depende, desde que nace, de una familia para recibir el cuidado y la protección que necesita. Durante la adolescencia, ésta tiene una importancia fundamental al cumplir con su papel de agente socializador básico. Si tiene una estructura apropiada, ayudará al joven a relacionarse con otros jóvenes de su edad, y más adelante a integrarse armónicamente en la sociedad adulta.

Un niño puede verse privado de un ambiente familiar normal, principalmente por factores psicosociales, tales como: ilegitimidad, separación o divorcio, muerte, enfermedad, abandono, negligencia, criminalidad o inestabilidad emocional de uno o ambos cónyuges. También existen factores socioeconómicos que contribuyen a este problema, tales como: pobreza, desempleo, subempleo crónico y malas condiciones de vivienda.

Los hogares sustitutos surgen como alternativa al problema de los niños abandonados, desamparados o necesitados, que debido a una u otra causa, se veían privados de su propio hogar. Estas instituciones son tan antiguas como la institución familiar. Hasta el siglo XIX, estas instituciones funcionaban de manera informal y sin supervisión organizada; los parientes u otras personas se encargaban de buscarle un hogar al niño que careciera del mismo. En esta época era costumbre darle alojamiento estos niños, a cambio de los trabajos que hicieran en el hogar. Esto originó el programa de “Contrato de Obligación por Manutención y Enseñanza” que se promulgó en las Leyes de los Pobres, en Inglaterra. A través de este programa, se le proporcionaba al menor un hogar y, a la vez, se le brindaba la oportunidad de adquirir la preparación necesaria para ganarse la vida. Posteriormente, este programa fue adoptado por los Estados Unidos bajo el nombre “Atención de Niños en Familia”. El programa decae con la aparición de los asilos. En 1853 se funda la “New York Children’s Aid Society”, y la cual enviaba a menores abandonados a zonas campestres

de otros estados, donde se les pagaba por el trabajo que hacían. Luego surgen programas similares en otros estados. En 1879 se eliminó la práctica de tener niños en hospicios, y en 1909 empiezan a desarrollarse los hogares sustitutos pensionados.

En Panamá, en 1942, por medio de la Ley 467 se crea el Instituto de Vigilancia y Protección del Niño, que fue el primero en llevar a cabo un programa de colocación de niños en hogares sustitutos. Más tarde, este Instituto deja de funcionar, y el programa es discontinuado.

En el año 1951 se crea el Tribunal Tutelar de Menores, que desde sus inicios brinda atención a los menores, hasta los 18 años, que se encuentran en situación de orfandad, abandono físico o moral, maltrato, abuso sexual, abuso de drogas, impedimento físico o mental y delincuencia. Entre sus funciones se encuentra un programa de hogares sustitutos y adopciones. Cuando el niño es llevado al Tribunal Tutelar de Menores, lo primero que se intenta es devolverlo a sus padres. Si no tiene padres, se busca algún familiar. De no encontrar a ningún familiar, entonces se trata de ubicarlo en un "hogar sustituto", o en un "hogar sustituto en vías de adopción". De no conseguir un hogar sustituto, se intenta ubicarlo en alguna institución de asistencia social, y si esto no es posible, entonces el niño se queda en el Tribunal.

En 1957 se crea el Programa de Hogares Sustitutos, del Ministerio de Trabajo, Salud Pública y Previsión Social. En un principio, quien se encargó de este Programa fue el Departamento de Previsión Social y Salud Pública. Luego en 1970, este departamento se integró a la Dirección General de Bienestar Social. Desde 1979 hasta 1989, la Dirección Nacional del Niño y la Familia (D.I.N.N.F.A.) fue la encargada de dos programas: Hogares Sustitutos y Adopciones, y Atención Institucional de Menores. Posteriormente, con el cambio de gobierno, vuelve a

encargarse de estos programas, a excepción de las adopciones, la Dirección General de Bienestar Social.

Con la Ley N° 42 del 19 de noviembre de 1997, tuvo su aparición formal el Ministerio de la Juventud, la Mujer, la Niñez y la Familia.

A inicios de 1998 fueron llevadas a cabo las primeras estructuraciones organizacionales del MINJUMNFA al crearse las Direcciones Operativas de: Familia, Niñez, Juventud, Personas con Discapacidad, Promoción Social y Acción Comunitaria y Adultos Mayores.

En el MINJUMNFA, la Dirección Nacional de Niñez tenía diversos programas que fueron heredados de la Dirección Nacional de Bienestar Social tales como: Hogares Sustitutos, Centro de Orientación Infantil, Instituciones de Protección a la Niñez y Adolescencia y un Departamento de Investigación y Divulgación.

En este caso, la Dirección coordinaba dichos programas con las instancias correspondientes a fin de que se garantizara el bienestar de niños, niñas y adolescentes en coordinación con instancias jurídicas del Órgano Judicial. Ya en el año 2001, se aprueba la Ley N° 18 del 2 de mayo de 2001, "que modifica, subroga y adiciona artículos al Código de la Familia, sobre adopciones y dicta otras disposiciones" y se dispone la creación de una Dirección Nacional de Adopciones, independiente de la Dirección de Niñez.

A partir del año 2000, el Ministerio asume la responsabilidad de la atención de menores en edad en riesgo social, tal como lo establece el Código de la Familia. En este sentido, crea el programa de Atención al Maltrato Infantil, que tiene como objetivo la atención de niños, niñas y adolescentes en riesgo social. Igualmente, se encarga de las Casa Hogares, que antes fueran administradas por el Órgano Judicial. Por efecto de la aprobación de la Ley N° 40 sobre Responsabilidad Penal para

Adolescentes, asumió también los Centros de Cumplimiento para Menores en conflicto con la Ley.

La Dirección Nacional de Juventud, desde 1999 atiende aquellos adolescentes y jóvenes de 15 años en riesgo social. Con relación a la participación de la sociedad civil, se cuenta desde 1998 con el Consejo Nacional de Juventud, el cual está conformado por organizaciones juveniles y constituye una instancia exclusiva para recomendar las políticas públicas de Juventud al Estado Panameño.

En el 2004 se aprueba la política Pública de Juventud de Panamá, como resultado de la participación, consulta y concertación con las Juventudes y otros actores estratégicos del Estado y la Sociedad Civil.

Los Consejos Nacionales de: Familia, Mujer, Juventud, Personas Adultas Mayores y del Menor con Discapacidad, fueron creados a partir del período 1995 a 1999, con excepción del Consejo Nacional de la Niñez y la Adolescencia que se creó en el año 2004. Dichos consejos, están integrados por representantes de la Sociedad Civil y del Estado.

Con el aval del Excelentísimo Presidente de la República, Martín Torrijos Espino, y una mayoría parlamentaria a favor del proyecto de transformación del MINJUMNFA en MIDES, se dio el cierre de un ciclo institucional y la apertura de otro, centrado ahora en el concepto de Desarrollo Social. Esto ha generado nuevos enfoques en las competencias y jurisdicciones del Ministerio y nuevos roles rectores en el Gabinete Social y por ende, en el Estado.

El Ministerio de Desarrollo Social (MIDES) fue creado mediante la Ley 29 del 1 de agosto de 2005. La razón de ser de este Ministerio y sus proyecciones están plasmadas en su Visión y Misión, así como en las consecuentes características de su nueva Organización.

Su aparición institucional ha sido producto del reordenamiento de lo que fuera en su momento, el Ministerio de la Juventud, la Mujer, la Niñez y la Familia (MINJUMNFA: noviembre de 1997 -julio de 2005).

Este proceso de reorganización tuvo aspectos fundamentales de carácter conceptual, jurídico, organizacional e institucional, abarcando su duración desde inicios de septiembre de 2004 hasta fines de julio de 2005. Ello significó la revisión de paradigmas actuales relativos a la institucionalidad de una cartera ministerial dedicada al Desarrollo Social, la articulación de sinergias al interior del Estado, consultas con distintos sectores de la Sociedad Civil, revisión de experiencias foráneas en dicha materia y la armonización necesaria con la perspectiva social de la Administración Gubernamental en el periodo correspondiente.

El Programa de Hogares Sustitutos se encarga de encontrarle al menor un hogar temporal que supla las condiciones del hogar natural. Luego de que pasa un tiempo en el hogar sustituto, el niño puede ser reintegrado a su hogar natural, promovido para ser adoptado, o ubicado en alguna institución de asistencia social. (MIDES, 2006)

Actualmente en la Provincia de Panamá existen varias instituciones de asistencia social, tales como: Hogar Niñas de la Capital, Aldeas Infantiles S.O.S. de Panamá, Hogar de la Infancia, Orfanato San José de Malambo, Ciudad del Niño Y Hogar Nuestra Señora.

b) Antecedentes Teóricos.

Loosli Usteri en 1954 estudió a 21 niños entre los 10 y los 13 años, albergados en una institución en Ginebra. Muchos de ellos no habían pasado sus tres primeros años allí. Se comparó a éstos con 63 niños de escolaridad primaria que vivían con su

familia. Entre los resultados se encontró que los niños institucionalizados eran más introvertidos y tenían un tipo de pensamiento infantil y autístico.

Wayne Dennis en 1972 hizo una investigación longitudinal del desarrollo intelectual a unos niños de un orfanato de Beirut (Líbano), al cual ingresaron a temprana edad. Entre los resultados se encontró que el C.I. de los niños estaban por debajo del promedio mientras estuvieron en el orfanato, indicando un lento desarrollo intelectual. En los niños que más tarde fueron adoptados, el desarrollo intelectual inició un ritmo normal. Este cambio fue atribuido a la diferencia de atención y estimulación social que los niños recibieron de ambos medios.

Bowlby en 1963 informa sobre algunos estudios relacionados. En 1944, en Suiza, se comparó a 97 niños judíos (de 11 a 17 años), refugiados en hogares de ese país, con 173 niños suizos de la misma edad. Se encontró que, para los refugiados, la separación de sus padres fue la experiencia más dolorosa que habían tenido, mientras que sólo algunos niños suizos mencionaron a sus padres. Se encontraron diferencias en la preocupación que tenían los refugiados sobre su pasado doloroso y sus ideas grandiosas sobre el futuro. Tenían un sentimiento de vacío debido a la carencia de una vida familiar normal.

Otro estudio que Bowlby menciona fue uno realizado en España, después de la segunda guerra civil, en el cual se estudiaron 14,000 casos de niños abandonados y niños delincuentes que vivían en Barcelona. Se llegó a las siguientes conclusiones: La ruptura familiar tiene un efecto adverso en el desarrollo moral y social de los niños. En el caso de los delincuentes, se observó un bajo nivel intelectual, en comparación con los niños normales.

En Panamá, encontramos los siguientes estudios sobre niños institucionalizados: En 1983, Serracin realizó una investigación sobre los problemas psicosociales que

afectaban a un grupo de 11 niñas de 6 a 10 años, inscritas en el Hogar Niñas de la Capital. Entre los resultados se encontró lo siguiente: en los 11 casos, el hogar estaba desecho o incompleto (por ausencia del padre, la madre o ambos); la mayoría de los padres eran irresponsables (muchos abandonaron el hogar y uno estaba encarcelado por incesto); si la madre estaba ausente, era por causa de muerte, o por estar internada en el Hospital Psiquiátrico, o por abandono; el nivel educativo de los padres era sumamente bajo (algunos eran analfabetas, y en promedio no pasaban del tercer grado de primaria); carecían de ocupaciones estables y bien remuneradas; el ingreso familiar era sumamente bajo, y las condiciones de vivienda eran infrahumanas. En cuanto a las niñas, algunas tenían problemas de conducta, y otras habían alcanzado un grado satisfactorio de adaptación personal y social. Entre los problemas de conducta que se presentaron con mayor frecuencia, estaban: desobediencia, temperamento irritable, riñas frecuentes, mentiras para excusar sus faltas, escasa sociabilidad, tristeza, timidez excesiva, inseguridad y falta de estabilidad emocional. En 1989, Alexander hizo otro estudio en la misma institución, para conocer cómo afecta la carencia de un hogar a la personalidad y al rendimiento académico de un grupo de siete niñas (de 7 a 12 años) de la institución, en comparación con otro grupo de siete niñas, de la misma edad, que vivían en su propio hogar. Se encontró que las niñas de la institución utilizaban más mecanismos de defensa y daban respuesta agresivas, pero no mostraron tantas conductas agresivas como se esperaba, tal vez por la formación social positiva del hogar; atribuían la causa de sus infortunios principalmente a la privación familiar y, en segundo lugar, a su mal comportamiento; mostraban una actitud dependiente pero resistente hacia la figura paterna, y una actitud de dependencia hacia la figura materna, caracterizada por un sentimiento de desamparo; expresaban resistencia y agresividad hacia su grupo de iguales.

2. Adolescencia.

La adolescencia es la etapa de transición de la vida entre la niñez y la edad adulta. El término se deriva de la palabra latina “adolecere” que significa “crecer hasta la maduración”.

En la sociedad occidental se considera para este período generalmente va desde los 12 años o 13 años hasta comienzos de los veinte. Este se caracteriza por cambios físicos significativos que culminan con la madurez sexual (pubertad). También se dan cambios a nivel de la madurez cognoscitiva cuando la persona es capaz de dominar el pensamiento abstracto.

Desde un punto de vista psicológico se considera que el joven ha llegado a la etapa adulta cuando descubre su propia identidad, se independiza del hogar o de los padres y desarrolla sus propias relaciones de amor y amistad. Es obvio que bajo este criterio hay algunas personas que nunca llegan a ser adultos, sea cual sea su edad cronológica.

La adolescencia también es considerada como un fenómeno social, ya que ésta varía:

...de una persona a otra, de una familia a otra, de un país a otro, de una cultura a otra y de una generación a otra. A los adolescentes se les debe ver como son y tener en cuenta que son producto de su época y su cultura, así como de su pasado y presente psicológico y su ambiente físico”.(1)

(1) Coleman, J., y Hendry, L., Psicología de la adolescencia, (Madrid: 2003), pág. 14

El adolescente ha sido objeto de estudio desde hace mucho tiempo, pero las condiciones actuales han permitido que se aumente el interés por él.

Para realizar este estudio se utilizó una muestra de adolescentes. Considerando que durante esta etapa la persona tiene que enfrentarse a una serie de cambios tanto físicos como sociales, hemos elaborado un programa que pretende brindar algunas herramientas “psicológicas” que contribuyan a que alcancen exitosamente la adultez.

a) Etapas de la Adolescencia.

Según investigaciones realizadas en los Estados Unidos, la adolescencia está dividida en tres etapas: adolescencia temprana, media y tardía.

- Adolescencia Temprana.

Esta se inicia con la llegada de los cambios de la pubertad, con el surgimiento de nuevas formas de expresión (sexual y social) y con el uso de nuevas habilidades.

El joven muestra un notorio interés por las personas fuera de la familia debido a que éstas representan futuras relaciones interpersonales.

La familia permanecerá siendo una fuente de apoyo y guía para el joven durante esta etapa, siempre y cuando reconozca y comprenda sus manifestaciones sexuales.

La relación sexual precoz puede afectar el desarrollo normal del adolescente. Aún durante esta etapa el joven no se encuentra preparado para estas experiencias, ya que no ha tenido oportunidad de pasar por las etapas de desarrollo psicológico necesarias. Esto pone en peligro la estabilidad de su personalidad, afectando su futuro desarrollo. La mayoría de las clases socioeconómicas reprimen o suprimen el comportamiento sexual del joven que se encuentra en la adolescencia media y tardía, afectando así la libre expresión de la sexualidad.

Las experiencias sexuales prematuras son canalizadas a través de la masturbación y el intercambio de comentarios relacionados al tema con su grupo de iguales.

Esta etapa se caracteriza por un incremento en la introspección y el ensimismamiento, nuevas y excitantes sensaciones (como la masturbación hasta el orgasmo) y cambios físicos. Debido a estos cambios físicos, la imagen corporal, previamente establecida durante los años escolares, se ve desestabilizada.

El adolescente forma relaciones interpersonales intensas (uno o dos “mejores amigos”) generalmente de la misma edad y sexo, con el propósito de confiarles las experiencias por las cuales está pasando.

Esta identificación transitoria con grupos de adolescentes permite al joven la oportunidad de practicar varios roles.

Generalmente el primer contacto con las drogas (marihuana, alucinógeno, estimulantes y calmantes) se da durante esta etapa.

Las relaciones de amistad positivas, las fantasías sexuales y el placer de estar creciendo tanto intelectualmente como físicamente, son factores que en la mayoría de los casos apartan al adolescente de las drogas y de las aventuras sexuales inadecuadas.

El joven alterna sus dinámicas actividades con interminables períodos de pasividad, al embeberse con la música, lectura o televisión.

Su deseo de ser “diferente” es paradójicamente combinado con un apasionamiento por querer imitar al grupo de iguales (ropa de la misma marca, zapatillas, entre otros).

Los adolescentes tienden a formar una subcultura a la cual sólo los jóvenes pertenecen.

- Adolescencia Media

Una vez se han establecido las relaciones con el grupo de iguales, los adolescentes muestran un profundo interés en los compañeros del sexo opuesto como objeto sexual.

A partir de este momento, los muchachos se identifican con los modelos masculinos mientras que las muchachas muestran interés en los muchachos y en los ídolos tanto masculinos como femeninos. Generalmente este interés está libre de contenido sexual.

“El interés heterosexual, la preocupación por las amistades íntimas, la masturbación y los juegos sexuales con miembros de su mismo sexo son reemplazados con la identificación con grupos de personas”. (2)

Las relaciones de dependencia y exigencia hacia los padres son inesperadamente resueltas.

El adolescente puede interesarse en ingresar a grupos deportivos, sociales y de estudios, entre otros, como un medio de relacionarse con el sexo opuesto. Igualmente el contar con un carro, poder salir hasta altas horas de la noche, contar con dinero y ser menos supervisado por sus padres también le dan estatus con respecto al grupo de iguales.

Algunos jóvenes, cuyos padres no les han brindado una guía consistente o que simplemente los han ignorado desde etapas tempranas, optan por realizar conductas que irriten a sus familiares y figuras de autoridad para lograr así captar su atención. Estas conductas permiten a los padres darse cuenta de la necesidad de establecer los límites.

(2) Howard H. Goldman. *Review of General Psychiatry*, (California: 2000), pág. 71

La persona por la cual se siente el “primer amor”, usualmente se parece de alguna forma al padre del sexo opuesto; sin embargo, si el conflicto para salir de la etapa edípica fue muy intenso, el nuevo objeto de amor puede tener rasgos físicos totalmente opuestos.

Los jóvenes usualmente se identifican con sus padres del mismo sexo durante esta etapa, tanto en su forma de vestir como en sus manierismos. Los muchachos se vuelven inesperadamente más integrados, genuinamente varoniles en comparación con su anterior actitud de farolería y vanidad.

Las muchachas se vuelven más femeninas como parte de su natural vanidad y capacidad de expresión de sentimientos. Estos acomodamientos marcan el fin de la adolescencia media.

- Adolescencia Tardía.

Durante esta etapa ocurre una:

“Conciliación de la personalidad,
con una relativa estabilidad y
armonía entre los sentimientos y
la conducta”.(3)

Hay una discriminación en la introspección e imaginación creativa característica de la adolescencia tardía.

Finalizando esta etapa se reconocen en el joven patrones de comportamiento que inicialmente criticaban sus padres. Los adolescentes convierten los valores de sus padres en los suyos propios.

(3) Howard H. Goldman, op.cit, pág.71

La búsqueda de una profesión y una posición satisfactoria dentro del grupo social llega a formar parte de sus principales intereses. Al madurar las habilidades cognitivas, el joven suele preocuparse menos de sí mismo y pone más atención a los valores culturales e ideológicos. Está sumamente interesado en la teología, ética o política.

b) Problemas de los Adolescentes.

A continuación se mencionan algunos de los principales problemas que confrontan los adolescentes, en base a los señalados por Theodore Isaac.

- Depresión.

Este problema, al cual no se presta la debida atención especialmente por parte de los padres de los jóvenes, ha traído como consecuencia frecuentes suicidios. Generalmente los padres evitan hablar con sus hijos sobre cómo se sienten, por lo cual el adolescente se queja de que no se le toma en serio cuando presenta algún sintoma de depresión.

- Soledad

Nuevamente, la falta de una conversación franca y abierta con los padres crea en el joven una sensación de soledad, la cual de volverse severa puede llevarlo a la depresión.

- Conformidad y Aceptación del Grupo de Iguales

El adolescente, en su esfuerzo por sobreponerse a la soledad y la depresión, busca la aceptación del grupo conformándose con el mismo, sacrificando en muchas ocasiones sus propios valores, identidad individual y buen juicio de las cosas.

- Popularidad

El deseo de ser popular, aunado al estado de inadaptación, lleva a una necesidad compulsiva de ser gustado y admirado por el grupo.

- Conductas Destructivas

Entre estas conductas se incluyen: el uso de drogas, promiscuidad compulsiva, prostitución y otras actividades destructivas para el joven. Los adolescentes confiesan que todas estas actividades son el resultado de la soledad, depresión y necesidad de sentirse reconocidos y de ser populares. Muchos jóvenes con poca autoestima literalmente hacen lo que sea por complacer a los demás y lograr su aceptación.

- Apariencia y Peso

Existen entre los jóvenes gran preocupación por su apariencia y su peso. También se quejan de la nariz, del tamaño del busto y del sobrepeso. Tienen el pensamiento de que teniendo una buena apariencia se logra la felicidad completa.

Esta clase de preocupación refleja falta de desarrollo intelectual, temor a la vejez, baja autoestima, desilusión, odio a sí mismo y depresión.

- El “Amor Perfecto”

Este problema indica una preocupación e interés desmedido en las fantasías del amor perfecto. Esto es producto de sentimientos de inadecuación y de la necesidad de unirse a un “yo perfecto” en un esfuerzo por sentirse completo y adecuado.

- Confusión Sexual

Existe entre los jóvenes confusión e ignorancia sobre el sexo. Los jóvenes parecen no recibir información confiable de sus padres. La desinformación proviene

de los compañeros o de la propia imaginación. Se hace necesaria una continua y adecuada educación sexual para los jóvenes adolescentes.

- Problemas dentro de la familia

Entre los más comunes podemos mencionar: favoritismo, maltrato y explotación infantil, sobreprotección, padres que se odian uno al otro, padres alcohólicos y padres que no expresan ni sus pensamientos ni sentimientos.

- Timidez

Muchos jóvenes igualan la timidez con ser tonto, no tener personalidad ni ser el alma de la fiesta. Desafortunadamente esta confusión es apoyada por los padres y por nuestra cultura.

3. Modalidades Psicoterapéuticas.

Según Mahoney (1978) la psicoterapia es una interacción planificada, cargada emocionalmente, y de confianza entre una persona que ayuda, entrenada y sancionada socialmente, y otra que tiene un problema. A lo largo de esta interacción, el que ayuda busca minimizar el problema y el malestar del que sufre a través de comunicaciones simbólicas, fundamentalmente palabras, aunque a veces también lo hace a través de actividades corporales el, el que ayuda puede hacer participar o no a los familiares del paciente, o a otros en su tratamiento. La psicoterapia incluye también ayudar al paciente a aceptar y a soportar el sufrimiento como un aspecto inevitable de la vida que se puede utilizar como una oportunidad para el crecimiento personal.

En la actualidad existen muchas formas de terapia. En este trabajo haremos mención de la terapia conductual y desarrollaremos en forma más amplia la terapia cognitivo-conductual y la terapia de grupo.

3.1 Terapia Conductual.

a) Definición

La terapia de la conducta implica, especialmente, la aplicación de los principios derivados de la investigación en la psicología experimental y social. En ésta se pone énfasis, en la validez y confiabilidad de los métodos utilizados, y en la interacción del individuo con el ambiente. Cuando se aplica la terapia de conducta, generalmente, se hace un contrato en el que se especifican procedimientos y objetivos mutuamente aceptables.

b) Resumen Histórico de la Terapia Conductual

La terapia conductual se desarrolló primordialmente a partir de la obra de Pavlov. La aproximación conductista se ha caracterizado por el intento de aplicar los métodos y los controles de laboratorio al estudio y la modificación de formas anormales de comportamiento. Además surge como una alternativa terapéutica por la insatisfacción a la aproximación psiquiátrica ortodoxa, a la aproximación psicodinámica y al rol tradicional del psicólogo clínico.

Se consideran como piedras angulares de la terapia conductual a Pavlov con su trabajo de condicionamiento clásico, Watson con el conductismo, Thorndike con la ley del efecto y Skinner con su trabajo sobre el condicionamiento operante.

Parece ser que el término “terapia conductual” se introdujo, de modo más o menos independiente, por tres grupos de investigadores los cuales fueron: Lindsley; Skinner y Solomon en 1953; Eysenck en 1959 y en África del Sur, Lazarus en 1958.

En 1969 Bandura publicó los Principios de Modificación de Conducta “en donde describe el aprendizaje social por imitación de modelo como un proceso fundamental”. (4) Posteriormente en 1977 desarrolló su punto de vista en “la teoría social y el aprendizaje social” donde insistió sobre el rol de fenómenos cognitivos. Su obra influyó, también en la práctica y la teorización de las terapias comportamentales.

Krasner (1971), señaló que las raíces de la terapia conductual se remontan a muchas escuelas de pensamiento; a metodologías contrapuestas; a sistemas filosóficos y teóricos diversos, a países distintos y a líderes distintos.

3.2 Terapia cognitivo-conductual.

a) Definición

La terapia cognitivo conductual tiene como finalidad actuar sobre la conducta a través de la modificación de los pensamientos, sentimientos, creencias conscientes e inconscientes y de las expectativas del sujeto.

(4) Cottraux, J.(1991). Terapias comportamentales y cognitivas. España: Masson, p.20

b) Resumen Histórico de la Terapia Cognitivo – Conductual

La terapia cognitivo – conductual tiene sus bases en la terapia conductual. Inicialmente Albert Ellis en 1942 se apuntó en un programa de psicología clínica en la Universidad de Columbia. En el momento en que la Universidad de Columbia le premió con su doctorado en 1947, Ellis llegó a la convicción de que el psicoanálisis era la forma más profunda y efectiva de terapia. Pero la fe de Ellis en el psicoanálisis rápidamente se fue abajo. Empezó a adoptar un papel más activo, combinando consejos e interpretaciones directas de la misma forma que hacía cuando aconsejaba a familias o en problemas sexuales. Sus pacientes parecían mejorar más rápidamente que cuando utilizaba procedimientos psicoanalíticos pasivos. En 1955 Ellis ya había abandonado completamente el psicoanálisis, sustituyendo la técnica por otra centrada en el cambio de las personas a través de la confrontación de sus creencias irracionales y persuadiéndoles para que adoptaran ideas racionales (Gautier, 2005)

En 1970 Aaron T. Beck, trabajó con la hipótesis que este enfoque de tratamientos se podría utilizar con problemas como la ansiedad, la depresión, la ira y los problemas interpersonales, entre otros.

Entre las personas que han dado grandes contribuciones técnicas a la terapia cognitiva – conductual tenemos a Mahoney, Meichenbaum, Watzlawick, Bandura, Goldgrief, Spivack, Novaco, Richardson, Davison.

En 1976 se le dio un amplio reconocimiento a la terapia cognitivo – conductual debido a la novedad del tratamiento, el cual prometía mucho en la solución de problemas emocionales; puesto que los procesos psicológicos que se involucran en el cambio de este tipo de problemas son muy complejos y dependen, entre otras cosas, del tipo de persona que ha de cambiar. (Esto había sido ignorado en los años setenta

por los terapeutas de conducta, pero ha sido reintegrado en la década pasada, aunque con un poco de cautela).

Generalmente la teoría cognitiva se ha ligado al tratamiento de la depresión, pero no debemos dejar de lado el gran uso que se le ha dado en los trastornos de ansiedad. Por lo tanto, la teoría cognitiva ha extendido sus horizontes teóricos y terapéuticos en diversas direcciones; o sea, que no es un modelo exclusivamente cognitivo, ya que en ésta se da una interdependencia entre la cognición, afecto, filosofía y conducta, y los modelos cognitivos reconocen explícitamente esta interdependencia.

b.1) Desarrollo de las terapias cognitivas.

Numerosos investigadores se lanzaron a la exploración de los fenómenos cognitivos como Ellis (1962), Beck (1976), Meichenbaum (1977), Mahoney y Arnkoff (1978), Kendall y Hollon (1979, 1981); y desarrollaron la terapia cognitiva, que representa la aproximación más reciente y se basa en la importancia dada a los procesos cognitivos o simbólicos en el desarrollo, mantenimiento y modificación de la conducta (Gautier, op, cit)

Mahoney y Arnkoff (1978) distinguieron tres corrientes dentro de las terapias cognitivas:

- Psicoterapias racionales.

Terapia racional – emotiva de Ellis (1962-1970). La idea fundamental es la de que la causa principal de los trastornos emocionales, es la interpretación irracional de la realidad objetiva. Esto es a lo que Ellis ha denominado ideas irracionales. La labor del terapeuta es ayudar al paciente a identificar estas interpretaciones o ideas irracionales y así sustituirlas por otras más adecuadas.

Trabajos de Meichenbaum (1973-1977). Sus trabajos amplían lo creado por Ellis, y ponen énfasis en las autoverbalizaciones y autoinstrucciones del paciente. A esto se le denomina diálogo interno.

Terapia cognitiva de Beck (1959-1976). Su objetivo primordial se basa en el desarrollo de patrones de pensamiento racional e inadaptativos por medio de la utilización de técnicas tanto cognitivas como conductuales.

- Terapias de habilidades para enfrentarse y manejar las situaciones problemáticas.

Su objetivo principal es el enseñar y entrenar al paciente en qué es lo que debe hacer cuando se da la situación problema (ya sea de su interior o del medio externo) que le causa su trastorno. Entre las técnicas que se utilizan se encuentran: el entrenamiento en el manejo de la ansiedad (Suinn y Richardson, 1971); el modelado encubierto (Kazdin, 1974), la inoculación de estrés (Meichenbaum y Cameron, 1973; Meichenbaum y Turk, 1976-1980).

- Terapia de resolución de problemas.

Entre los investigadores más importantes que desarrollaron estas terapias se encuentran: D'Zurilla y Goldfried (1971); Mahoney (1977); Spivack y colaboradores (1976).

Las técnicas utilizadas en estas terapias van dirigidas a modificar el modo con que el sujeto aborda situaciones para las que no tenía ninguna solución. Se insiste en que la persona obtenga una información mayor del problema y que procese esta información de una manera más adecuada de tal forma que su conducta sea la satisfactoria.

b.2) Aplicación de la terapia cognitivo-conductual en grupo.

La terapia cognitiva-conductual en grupo se fundamenta en la terapia cognitivo-conductual individual. Esta modalidad terapéutica, de acuerdo con Hollander y Kazaoka (1988), a hecho su aparición recientemente, ellos la definen como,

“...cualquier intento, por parte de una persona o personas, para modificar la conducta de, por lo menos, dos o más personas que se reúnen como grupo, por medio de la aplicación sistemática de procedimientos válidos empíricamente, dentro de un marco que permite la recogida de datos relevantes para la evaluación del impacto de esos procedimientos sobre los miembros del grupo como individuos y sobre el grupo como un todo.” (5)

La terapia de grupo permite observar las interacciones de los pacientes y dar retroalimentación de dichas interacciones. También proporciona oportunidad para examinar el sistema de creencias y las conductas de los pacientes, especialmente las conductas interpersonales.

Hay terapias de grupo cognitivo-conductual que se basan en un modelo educativo; en realidad el terapeuta enseña y el paciente aprende o reaprende nuevas conductas y creencias.

Otro enfoque es el que Mahoney llama “constructivista”, en él la persona crea una representación subjetiva de la realidad. Esto es similar a las formas de terapia cognitivo-conductual que se basan en modelos actitudinales. Las actitudes constan de tres componentes: conocimiento, afecto y acción.

(5) Caballo, V.E. (1991). Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta. España: Siglo XXI, pág. 494.

El componente afectivo consta de valoraciones cognitivas. Cuando se hace una cognición valorada se afirma lo bueno o lo malo de un acontecimiento u objeto. Por lo tanto, las cogniciones valoradas están implicadas directamente en las emociones.

De acuerdo con la opinión de Caballo los esfuerzos educativos no son muy impactantes en las valoraciones cognitivas, y éstas se basan en procesos actitudinales.

Por lo tanto la tarea del terapeuta de grupo no es la educación, sino el cambio de actitudes.

Al iniciarse esta modalidad terapéutica es importante la cohesión de grupo la cual se demuestra cuando hay un elevado porcentaje de contacto ocular con el que habla; un elevado porcentaje de interacciones paciente-paciente; una alta frecuencia y un número de personas capaces de hacer autorrevelaciones y un número pequeño de miembros que se centran en dar mensajes negativos.

Generalmente los miembros del grupo tienen gran variedad de expectativas. La función del terapeuta consiste en proporcionar un marco común de referencia.

El mensaje fundamental es que los pensamientos están implicados en el afecto y en la acción y que a través de la comprensión y la modificación de los propios pensamientos habrá una modificación del afecto y de las acciones.

El objetivo primordial de la terapia cognitiva en grupo es ayudar a los pacientes en sus intentos de vivir más eficazmente en sus propios ambientes sociales, de ser más productivos en sus vidas personales y de estar relativamente libres de problemas emocionales extenuantes.

- Mecanismos para lograr un cambio en las actitudes del grupo.

Para lograr un cambio efectivo en un grupo, el o los terapeutas, tienen que introducir mecanismos para transferir los efectos del tratamiento al mundo real. Por lo regular, esto se hace asignando tareas que se realizan fuera de la sesión grupal, de

modo que se puede practicar lo que se ha aprendido dentro de la sesión de terapia. Estas tareas son importantes ya que al cambiar las conductas se facilita el cambio de las cogniciones y valoraciones.

Corsini (1988), señala que el paciente,

“tiene que comprender y obtener una nueva visión de la vida, luego tiene que actuar de maneras nuevas más apropiadas y más satisfactorias y luego se sentirá bien con respecto a sí mismo.” (6)

Para una modificación adecuada de actitudes es necesario modificar primero los pensamientos, luego la acción y finalmente los sentimientos.

3.3 Terapia de Grupo

Los seres humanos formamos grupos porque estos nos ayudan a llenar alguna necesidad personal. Además existen ciertas tareas que sólo en grupo podemos realizar; quizás tengamos una necesidad personal de afiliación. A través del grupo se satisfacen muchas necesidades que no se podrían satisfacer en forma individual, como por ejemplo, el contacto humano y la interacción.

Por otro lado se adquiere un repertorio conductual que se da a través de un aprendizaje recíproco, mediante la retroalimentación de los integrantes del grupo.

(6) Ibid., pág. 827

a) Definiciones.

Para comprender lo que es la terapia de grupo es importante conocer los conceptos que forman parte de ella.

Por eso hemos considerado de relevancia definir tres términos que aunque forman parte de un mismo concepto tienen ciertas características particulares.

- Grupo

Según Marvin E. Shaw (1983), un grupo se define como “dos o más personas que interactúan mutuamente de modo tal que cada persona influye en todas las demás y es influida por ellas.”

- Dinámica de Grupo

Es un área de investigación que se dedica a la adquisición de los conocimientos acerca de la naturaleza de los grupos, las leyes de su desarrollo y sus interrelaciones con individuos, otros grupos e instituciones. Se basa en investigaciones empíricas de las cuales se obtienen datos teóricos, además en la investigación y teoría de los aspectos dinámicos de la vida de grupo. Tiene una amplia conexión con las ciencias sociales y sus hallazgos se pueden aplicar a la mejora de la práctica social.

- Grupos experienciales

Un grupo experiencial es un tipo especial de grupo que se forma con un propósito explícito que se satisface mediante la participación en grupo.

Su característica primordial consiste en que sus miembros esperan beneficiarse de la experiencia grupal en sí misma.

A los grupos experienciales se les denomina también grupos terapéuticos o terapia de grupo.

En estos grupos el terapeuta puede proporcionar condiciones por medio de las cuales las personas tengan nuevas experiencias y actúen de forma diferente en el grupo, dándose apoyo mutuo con respecto a la ansiedad que se experimenta sobre el cambio y sobre la pérdida de identidad que a menudo evita el cambio. Debido a que muchos miembros del grupo están implicados en el proceso de cambio, los miembros del grupo que no son asertivos y poco responsables pueden responder más rápidamente a este cambio.

La terapia de grupo experiencial nos ayuda a lograr una expresión mayor de nuestros sentimientos lo cual se convierte en un objetivo intrínseco valioso. Estos grupos expresivos son fenómenos relativamente recientes.

b) Antecedentes de la terapia de grupo.

La terapia de grupo se inició en los Estados Unidos hacia fines de los años treinta. Fue Kurt Lewin quien popularizó el término dinámica de grupo y quien en 1945 estableció la primera organización dedicada exclusivamente a investigar la dinámica de grupo.

Otro precursor de la terapia de grupo, y más específicamente de los grupos experienciales, lo constituye el psicodrama de Moreno. El creó una representación teatral en la que el paciente daba a conocer sus sentimientos con respecto a personas significativas y a las cuales era incapaz de expresar estos sentimientos en la vida real.

La terapia de grupo no surgió de forma accidental; fue la sociedad norteamericana de 1930 quien brindó las condiciones necesarias para que surgiera este movimiento intelectual.

La terapia de grupo echó raíces en los Estados Unidos y en el noroeste de Europa. También ha habido avances importantes en Israel, Japón e India.

c) Cómo se forma y desarrolla un grupo terapéutico.

- Entorno físico

Es recomendable que cuando se trabaje en un grupo terapéutico todos sus miembros se coloquen en círculo, incluyendo al terapeuta y co-terapeuta (si existe); ya que esto nos ayuda a eliminar las diferencias de estatus entre los miembros y también permite que se reduzcan las reacciones negativas que se producen a menudo cuando el espacio personal del individuo es invadido.

Se recomienda también que las sesiones se lleven a cabo en un lugar donde haya privacidad, buena iluminación y de ser posible una temperatura agradable.

- Variables personales de los miembros del grupo.

En ciertos grupos terapéuticos es recomendable que se tomen en cuenta determinadas características como la edad, sexo, escolaridad, necesidades individuales, rasgos de personalidad y otros; puesto que esto influye en el proceso y la dinámica del grupo; especialmente si se está tratando de modificar actitudes.

Es importante que en los grupos terapéuticos, se combinen características personales, ya que esto permite una interacción mayor de los miembros. Por ejemplo, si todos los sujetos del grupo tuvieran características de personalidad agresiva constantemente estarían a la defensiva unos de otros, al igual que si todos fueran pasivos el grupo no avanzaría.

- Consideraciones generales que el terapeuta deberá tomar en cuenta.

El terapeuta deberá establecer ciertas pautas para el comportamiento de los pacientes. Al trabajar con el enfoque cognitivo conductual, el terapeuta enfatiza que los pacientes, que son miembros del grupo, tienen que hacer ciertas cosas, con el fin de cambiarse a sí mismo y a sus vidas. Se les hace comprender que no solamente se debe dejar el problema a nivel intelectual, sino que hay que manejarlo conductualmente. Una de las funciones del terapeuta es crear la estructura de cada reunión del grupo y simultáneamente la función de los miembros del grupo es proporcionar el contenido, revelando sus problemas y hablando de ellos abiertamente. El terapeuta no deberá ser un facilitador para el crecimiento positivo de sus miembros; no deberá comentar sus problemas personales en la sesión ni deberá interactuar con los miembros del grupo fuera de la sesión.

El terapeuta deberá tomar un papel activo en cada sesión, amén que intencionalmente escoja retirarse de la discusión y actuar como animador en vez de hacerlo como terapeuta. El terapeuta deberá controlar la sesión de manera que no la dominen uno o dos miembros, y deberá permanecer alerta cuando el grupo se desvía del trabajo con las cogniciones y dificultades psicológicas. Además el terapeuta tiene la responsabilidad de la interacción de sus miembros con respecto a las emociones.

- Tamaño del grupo.

El tamaño del grupo va a depender de los objetivos, del tiempo del terapeuta y el número de sujetos disponible. El número de sujetos recomendados para trabajar en el entrenamiento de habilidades sociales es de 8 a 12 miembros.

- Tiempo de duración de las sesiones.

Generalmente las sesiones para el entrenamiento de habilidades sociales tienen lugar una vez a la semana (aunque hemos encontrado estudios que emplearon 4 o 5

días a la semana), a largo de 8 a 12 semanas (aunque se han dado programas que tienen una duración de 3 a 17 semanas). A pesar que la duración de cada sesión puede variar de 30 minutos a 2.30 horas, Caballo y Carboles (1988) creen que una duración de dos horas por sesión es lo más adecuado.

d) Características básicas de los grupos

- Membresía

La membresía es la entrada a un grupo al cual la persona quiere pertenecer. La total membresía ocurre cuando una persona es atraída positivamente a la membresía y aceptada del mismo modo como miembro.

- Cohesión

Se define cohesión como la atracción de los miembros hacia el grupo; a medida que se incrementa el atractivo, aumenta la cohesión. Este atractivo hacia el grupo aumenta si los miembros están conscientes de que pueden satisfacer sus necesidades formando parte de ese grupo.

“Frecuentemente, los grupos con más cohesión son más productivos que los menos unidos. Cuando el grupo es más atractivo para los miembros, se valora más la membresía y más miembros pueden influir en los otros.” (7)

(7) Napier, R.W. y Gershenfeld, M.K. (1988) Grupos: Teoría y experiencia. México: Trillas, pág. 161.

- Normas de grupo

Las normas son reglas de conducta y las formas correctas de comportarse dentro de un grupo que han sido aceptadas como legítimos por los miembros del grupo. Si cada miembro del grupo decidiese por sí mismo la manera de actuar en cada interacción con otros miembros, nadie sería capaz de prever la conducta de ningún otro miembro y se formaría un caos. Las normas se pueden utilizar como base para predecir la conducta de los demás y así prever y poder prepararse para dar respuesta apropiada.

Clases de normas

- Reglas escritas

Son las normas recopiladas en forma de estatuto y código de manera escrita. Se hacen con la finalidad de que sean acatadas literalmente como reglas del grupo y se hacen valer por medio de sanciones.

- Normas explícitas

Son las que no están escritas formalmente, sino que pueden ser comunicadas verbalmente o explícitamente; estas normas son fácilmente reconocidas por los miembros del grupo.

- Normas informales y no explícitas

Estas normas no están escritas y generalmente los miembros del grupo las conocen sólo cuando son violadas.

- Normas inconscientes

Son las que realizamos de forma automática, como por ejemplo, cuando nos encontramos con un amigo y le damos un beso en la mejilla como forma de saludo.

- Metas de Grupo

Las metas del grupo son los objetivos que el grupo desea alcanzar ya sea a corto o a largo plazo. Mediante la actividad grupal el individuo trata de satisfacer sus metas. Algunas personas se conforman a los objetivos del grupo aunque estos no coinciden con los suyos y lo hacen sólo para satisfacer las necesidades del grupo.

- Liderazgo

Según Cartwright y Zander, el liderazgo se define como “la ejecución de aquellos actos que ayudan a que el grupo logre sus objetivos o metas”. A la vez permite que el grupo se mueva en dirección a las metas, que mejore la calidad de las interacciones entre los miembros y facilite la cohesión.

- Rol y estatus

Rol es el papel que se desempeña en un grupo, y el estatus es la valoración que se le da a dicho papel.

e) Procesos que se dan en los grupos terapéuticos.

Los pequeños grupos son importantes pues representan vehículos de cambio e influyen sobre el individuo y sobre la organización a la que pertenece el grupo. Lakin en 1972 creó una lista que contenía los procesos más frecuente de los grupos terapéuticos, los cuales son: facilitación de la expresión emocional, generación de sentimientos de pertenencia, fomento de la norma de autoapertura como condición de la participación en un grupo, muestreo de conductas personales, establecimiento de comparaciones interpersonales legítimas y compartir la responsabilidad del liderazgo.

4. Entrenamiento Asertivo.

Antes de centrar el estudio en el entrenamiento en asertividad, será de especial interés para nosotros clarificar que desde 1976, Eisler incluyó el término de asertividad dentro del concepto de "habilidades sociales". En la actualidad el término habilidades sociales, en muchos textos, se emplea como sinónimo de asertividad.

En un estudio en 1975 sobre timidez, realizado por Cimbrado, Pilkonis y Norwood, se comprobó la necesidad del entrenamiento asertivo, pues se encontró que

"... el 28% de los estudiantes estadounidenses de la universidad y la escuela secundaria entrevistados sentían que habían sido perturbadoramente tímidos durante un periodo sustancial de sus vidas, y el 42% querían consejería para ayudarles a superar su timidez y pasividad. Se sentían insatisfechos porque no podían llevarse tan bien como querían con otras personas". (8)

Otro estudio realizado en el mismo año, por Thomas Moriarty, encontró que la mayoría (el 95%) de los estudiantes de universidad estudiados no mostraron una conducta asertiva ante una situación previamente preparada, en la cual tenían que defender sus derechos.

(8) Sharon Bower y Gordon Bower (1991). Asserting yourself a practical guide for positive change. U.S.A. Pág.1

a) Definición.

A partir de la década de los 70 muchos autores como, Lazarus (1971), Wolpe (1973), Jakubowski y Lange (1976), Albert (1977), intentaron definir lo que es asertividad. Todos ellos aportaron conceptos importantes para llegar a lo que hoy en día se entiende por conducta asertiva.

Hoy en día se da una diversidad de definiciones que de una u otra forma contienen todos los elementos importantes para comprender lo que es una conducta asertiva.

Sharon y Gordon Bower, en 1976, y Herbert y Jean Baer, en 1975, definen el término asertividad como la habilidad necesaria para desarrollar la autoestima y la auto confianza. Esto quiere decir que la persona asertiva se respeta a si misma, se comunica abiertamente con los demás, aprende a negociar soluciones mutuamente satisfactorias para diferentes problemas interpersonales, y puede responder sin agredir cuando recibe críticas.

Ullrich y Ullrich 1978, en su definición establecen que debe haber cuatro áreas conductuales en la conducta asertiva, las cuales son:

- Permitirse cometer faltas y saber soportar la crítica de los demás.
- Saber expresar exigencias propias, permitirse tener deseos propios y saber llevarlos a la práctica.
- Establecer contactos con otras personas y saber mantenerlos.
- Saber rechazar peticiones ilógicas de los demás sin experimentar, posteriormente, sentimientos negativos, (culpabilidad, excesiva preocupación, y otros). Este punto implica saber decir “no”.

Por otro lado, Vicente Caballo define asertividad como un conjunto de conductas que da un individuo, en un contexto interpersonal, en el cual expresa sentimientos,

actitudes, deseos, opiniones o derechos y lo hace de un modo adecuado a la situación, respetando a los demás y generalmente resuelve los problemas inmediatos y disminuye la probabilidad de problemas futuros.

En 1983, G. Brahm, I. Gallardo y E. Picota definieron la Asertividad como

“El reconocimiento y/o expresión por parte de la persona, de sus emociones sentimientos, ideas, creencias, etc., positivos o negativos, de un modo socialmente apropiado, que le dejen satisfecha consigo misma, sean instrumentales a la consecución de un fin, y no transgredan los derechos asertivos de los demás”.(9)

Otro ejemplo corresponde a Inés Carrasco (1991), quien define la conducta asertiva como la conducta que afirma, asegura o ratifica las opiniones propias en situaciones interpersonales y que tiene como consecuencia el producir y mantener auto-refuerzos sin utilizar conductas aversivas para los otros.

De todo esto podemos concluir que la asertividad es una conducta que permite a las personas actuar de la mejor manera posible en su interés, defender su punto de vista sin experimentar ansiedad exagerada, expresar con sinceridad y facilidad sus sentimientos y ejercer sus derechos sin negar los derechos de los demás.

Para comprender en forma clara lo que significa una conducta asertiva es importante hacer una diferencia entre lo que es una conducta asertiva de una conducta agresiva y una conducta asertiva, de una conducta pasiva.

(9) G. Brahm, I. Gallardo y E. Picota (1983). Ponderación de variables cognitivas en una modalidad de terapia asertiva en grupo. Santiago.

- Conducta Agresiva

La conducta agresiva, por lo general, hace que la persona actúe demasiado pronto o demasiado tarde. Es posible que con esta clase de conducta se logren los objetivos por algún tiempo, pero generalmente produce una comunicación defectuosa con las demás personas, provoca agresión hacia los demás y hacia uno mismo.

En la conducta agresiva, la comunicación no verbal se manifiesta con miradas fijas, voz alta, enfrentamiento, gestos de amenaza, postura intimidatoria y mensajes impersonales. En la comunicación verbal se presentan expresiones como por ejemplo; “harías mejor en...”, “haz...”, “ten cuidado”, “debes estar bromeando”, “si no lo haces...” y otras.

Este tipo de conducta produce los efectos siguientes: conflictos interpersonales, culpa, frustración, imagen pobre de sí mismo, tensión, soledad, daño en los demás, pérdida de control, enfado y demás.

- Conducta pasiva

En la conducta pasiva se actúa en déficit, es decir, demasiado tarde o nunca. Las personas pasivas cuando se expresan no lo hacen con firmeza, por lo contrario lo hacen con duda. Conductas como ésta tienen la ventaja que en muy pocas ocasiones se recibe un rechazo directo de los demás y tienen la desventaja que los demás se aprovechan y se acaba por guardar mucho resentimiento e irritación.

La comunicación no verbal de una conducta pasiva se expresa con mirada hacia abajo, voz baja, vacilaciones, gestos desvalidos, postura hundida, evitación de situaciones, retorcimiento de manos, risitas “falsas”, etcétera. La comunicación verbal se manifiesta mediante frases como “quizás”, “supongo”, “me pregunto si podríamos”, “ehh”, “no te molestes” y demás.

Este tipo de conducta produce efectos tales como: conflictos interpersonales, depresión, desamparo, imagen pobre de sí mismo, tensión, soledad, aflicción y otros.

- Conducta asertiva

Las personas asertivas producen lo suficiente de las conductas apropiadas en el momento correcto; expresan sus opiniones libremente; no permiten que otros de aprovechen de ellas y tiene consideración con los pensamientos y con los sentimientos de los demás.

La comunicación no verbal en la conducta asertiva se manifiesta mediante contacto ocular directo, vocabulario fluido, gestos firmes, postura erecta, mensajes en primera persona, verbalización positiva, respuestas directas a la situación, manos sueltas y demás. La comunicación verbal se expresa mediante frases tales como: “pienso”, “siento”, “quiero”, “hagamos”; “cómo podemos resolver esto?”, “qué piensas”, “cómo te parece?” y demás.

La conducta asertiva produce efectos tales como: resolución de problemas, sentimientos de satisfacción, relajación, mantenimiento de control, creación de oportunidades y demás.

En nuestra investigación utilizaremos el siguiente concepto de Asertividad: habilidad para reconocer, expresar y defender adecuadamente nuestras creencias, pensamientos y emociones, respetando los propios derechos y los derechos de las demás personas.

b) Desarrollo Histórico.

Históricamente, los autores han dado diferentes definiciones al término de la asertividad, desde diferentes enfoques, considerando unos como fundamentales la

expresión de las emociones, y otros, la defensa de los derechos personales y el desarrollo de la autoestima y la auto-confianza.

Andrew Salter, en 1949, señaló que la expresión emocional es el equivalente conductual del proceso excitatorio del cerebro, el cual sería el proceso normal a cual tendería al ser humano.

Este autor habla de dos tipos de personalidad:

- Inhibitoria: se caracteriza por la inexpressión emocional y la insatisfacción de sus necesidades. Esto produce personas que sufren de desconcierto y cobardía, que carecen de autodeficiencia y que hacen lo que no quieren hacer.
- Excitatoria: se caracteriza por la expresión adecuada de las emociones, respetando así su individualidad y relacionándose con su ambiente de manera adecuada.

Joseph Wolpe en 1958 fue quien utilizó por primera vez el término de conducta asertiva el cual luego llegó a convertirse en un sinónimo de habilidad social.

Wolpe señalaba que el término asertivo, se refería no sólo a la conducta más o menos agresiva, sino también a la expresión externa de sentimientos de amistad, cariño, y otros distintos de los de ansiedad.” (Fensterheim, 1983).

Sin embargo, Wolpe se centró en la expresión de sentimientos negativos, como la expresión de molestia o enfado. Así que durante mucho tiempo la conducta asertiva implicó solamente las dimensiones referidas a la defensa y a la expresión de sentimientos negativos.

En 1966, Wolpe, sustituye los términos de la personalidad excitatoria e inhibitoria por los de asertividad y no asertividad, respectivamente.

Define la conducta asertiva como “... la expresión adecuada de cualquier emoción, que no sea la ansiedad, hacia otra persona”.

Posteriormente, Lazarus en 1966 y, Wolpe y Lazarus en 1966, incluía el entrenamiento asertivo como una técnica de terapia de conducta para su empleo en la práctica clínica. Ellos dieron un empuje definitivo a la investigación sobre la conducta asertiva.

Arnold Lazus, en 1971, destaca el concepto de “libertad emocional”, y lo define como “... el reconocimiento y expresión adecuada de todos y cada uno de los estados afectivos.” Señala que la conducta asertiva surge como ese aspecto de la “liberta emocional” que se refiere a la defensa de los propios derechos. Esto supondría, en primer lugar, conocer los propios derechos; segundo, hacer algo al respecto; y por último, hacerlo dentro del marco de la lucha por la libertad emocional. En 1973, el mismo autor señala que la conducta asertiva se compone de cuatro patrones de respuestas o habilidades:

- decir que no
- pedir favores o hacer peticiones
- expresar sentimientos positivos y negativos
- iniciar, mantener y terminar conversaciones

En 1974, J.P. Galassi y M.D Galassi identificaron tres clases de respuestas asertivas:

- expresión de sentimientos positivos
- expresión de sentimientos negativos
- expresión de interés hacia los sentimientos de los demás.

Según Roberto Opazo, Director de Centro Científico de Desarrollo Psicológico (CECIDEP), de Santiago de Chile, una conducta asertiva es una integración de contenido, forma, tiempo y situación. En cuanto al contenido, la conducta asertiva se caracteriza por la capacidad de expresar lo que realmente se siente o se piensa (acuerdo-desacuerdo, agrado-desagrado, aceptación-rechazo) ante una situación

determinada. En cuanto a la forma, se caracteriza por emitirse de manera clara, tranquila, segura y firme; además debe existir entre el contenido verbal y el lenguaje no verbal. Con respecto al tiempo, la conducta asertiva se emite en el momento oportuno; tiene una latencia y duración adecuada. De esta forma, el contenido, la forma y el tiempo de la conducta asertiva dependerán de las necesidades de las personas y las características de la situación, de manera que la persona pueda defender sus derechos sin transgredir los derechos de los demás.

Los primeros intentos de entrenamiento en asertividad se remontan a trabajos realizados con niños, por autores como Jack (1934), Murphy, Murphy y Newcomb (1937), Page (1936), Thompson (1952) y William (1935). Estos inicios se han ignorado durante mucho tiempo y normalmente no son reconocidos como antecedentes en el movimiento de la conducta asertiva.

Por otro lado, Curran en 1985 nos dice que algunos escritos teóricos neofreudianos favorecieron a un modelo más interpersonal del desarrollo en contraposición al fuerte énfasis de Freud, en los instintos biológicos, como especialmente relacionados con el tema de entrenamiento asertivo.

Masters, Burish, Hollon y Rimm en 1987 consideraron que los escritos de Moreno (1946-1955) sobre el psicodrama (representación escenificada de las actitudes y los conflictos que los pacientes participantes tienen en la vida real) han dado un gran aporte en el entrenamiento asertivo si tomamos en cuenta la similitud entre el psicodrama básico del entrenamiento asertivo.

Los trabajos de Zigler y Phillips (1960-1961) sobre competencia social son otra contribución en el entrenamiento asertivo. Ellos realizaron una investigación en la cual se mostró que cuanto más elevada es la competencia social de los pacientes,

menor es el período de estancia de los adultos institucionalizados, y más baja es la tasa de recaída.

En los años setenta, fue cuando la asertividad tomó importancia dentro de las ciencias de la conducta. Durante los primeros años de la década de los ochentas el interés por investigar en esta área disminuyó. Y nos atrevemos a decir que en la actualidad, no es mucha la popularidad que presenta el estudio de la asertividad.

c) Marco teórico del Entrenamiento Asertivo.

El Entrenamiento Asertivo es una de las técnicas que utiliza la terapia de la conducta, la cual se basa en los principios de conductismo.

A principio de siglo, el fisiólogo ruso Iván Pavlov fue el primero en estudiar los misterios del aprendizaje, por medio del método científico. El se propuso a determinar las características del sistema nervioso que permitían el comportamiento adaptativo a las condiciones cambiantes del ambiente, tanto de los animales como de las personas. Lo mas importantes de sus descubrimientos fueron sus conceptos de las fuerzas excitatorias e inhibitorias del cerebro y sus acciones reciprocas y se refieren a la excitación como "... el proceso cerebral que exalta las actividades y la facilidad la formación de la nueva respuesta condicionadas" y la inhibición como "... un proceso desalentador que disminuye las actividades del aprendizaje de algo nuevo".

Tres teóricos, Salter, Wolpe, y Lazarus desarrollaron diversos conceptos del entrenamiento asertivo, inspirados en perspectiva pavloviana.

Salter, pionero de las técnicas asertivas, utilizó los conceptos pavlovianos de excitación e inhibición en el tratamiento de los desordenes nerviosos. Señaló que

para un adecuado desarrollo psicológico se necesita de un equilibrio entre los procesos excitatorios e inhibitorios en el cerebro.

Planteó que la persona que tiene una personalidad excitatoria sería asertiva, o cual quiere decir que se expresa y es más independiente. La persona con personalidad inhibida, por otro lado, no se expresa ni satisface sus necesidades verdaderas, está presa en su ansiedad, y vive pendiente de la aprobación de los demás.

El autor sostiene que la terapia debe iniciarse donde el paciente tiene el menor nivel de inhibición. Propuso seis tipos de conducta para las personas que necesitan tratamiento asertivo:

- externalizar los sentimientos: se refiere a la expresión verbal espontánea de las emociones sentidas.
- expresión facial: se refiere a mostrar emoción en la cara, cuando sea apropiado.
- contradecir y atacar: cuando una persona está en desacuerdo con otra, debe contradecirla con la fuerza necesaria, en lugar de fingir que está de acuerdo.
- El uso del “yo”: se refiere a la utilización de la palabra “yo” al iniciar una frase, cuantas veces sea posible, para que la persona se identifique con sus afirmaciones.
- aceptar elogios: las personas no deben evitar los elogios, sino aceptarlos honestamente.
- improvisar: esto consiste en dar respuestas espontáneas e inmediatas a los estímulos.

Wolpe, por otro lado, tiene como principal objetivo reducir las ansiedades y temores interpersonales, esto lo lleva a cabo mediante su “principio de inhibición recíproca”, el cual propone que la relajación, la respuesta sexual y la asertividad son

compatibles con la ansiedad. En el tratamiento asertivo, Wolpe enseña a las personas a responder a situaciones sociales con enojo, afecto o cualquier otra emoción que contrarresta la ansiedad. Cuando la dificultad del paciente radica en no poder evitar el abuso de otras personas, lo instruye en la forma de expresarse, tanto positiva como negativamente, medite el ensayo conductual de ciertas tácticas de destreza en la vida. A medida que el paciente aprende como hacerlo, logra aplicar el adiestramiento a una situación real, haciendo su conducta más asertiva.

Otra técnica utilizada por Wolpe es la sensibilización sistemática. Inicialmente identificaba la respuesta de ansiedad, y luego como respuesta antagónica enseñaba los ejercicios de la relajación progresiva de Edmund Jacobson (1938).

Para Lazarus, el entrenamiento asertivo consiste en aprender a distinguir y defender los propios derechos legítimos, impidiendo así que sean usurpados. Para que la persona pueda reconocer sus propios derechos, deben reconocer y respetar los derechos de los demás.

Entre los conductistas surgió un cambio radical, a partir de la década de 1970, en el enfoque teórico y terapéutico, subrayando la importancia de las variables cognoscitivas en la comprensión y tratamiento de la conducta humana. Las teorías de la conducta, en principio, suponían la existencia de un organismo vacío (estímulo-respuesta). Sin embargo, los teóricos de la conducta cognoscitiva han encontrado necesario incluir en sus teorías la influencia de los procesos y estructuras cognoscitivas como mediadores entre la situación y la conducta. Las situaciones (estímulos) son interpretadas y procesadas de una manera única por cada individuo. La conducta no proviene directamente de los estímulos, sino que es el resultado de múltiples variables cognoscitivas (pensamiento, emociones, motivaciones, expectativas, creencias, deseos, entre otras).

Albert Ellis es uno de los pioneros en el uso de los métodos cognoscitivos para el control de los estados afectivos, a partir de la década de 1950, y fue el creador de la Terapia Racional Emotiva (TRE). Este autor ha relacionado las estructuras cognoscitivas con los procesos emocionales y, motivacionales. Afirma que pensar correctamente es un excelente método para adquirir el control de las emociones. Cuando las emociones son muy fuertes, para el funcionamiento cognoscitivo esta deteriorado. Para él, la conducta emocional implica que las fuerzas controladoras son emocionales en el lugar de constructores a reguladores cognoscitivos. Las conductas emocionales con frecuencia son reales y maladaptativas.

Ellis sostiene que continuamente evaluamos nuestra conductas, favorable o desfavorable, dependiendo de las consecuencias. Estas evaluaciones se hacen por medio de diálogos internos, y la misma reproduce en nuestro estado emocional. El auto crítico y el auto condenación son muy frecuentes, y se produce una reacción emocional en extremo desagradable, debido a la interpretación de los hechos.

El objetivo principal de la terapia racional emotiva es traer la conciencia, las creencias y suposiciones ocultas, para enseñarle a la persona que no hay otra forma de mejorar que no sea observando, cuestionando y desafiando su propio sistema de creencias. Si se expresa con claridad la irracionalidad del pensamiento y el racionamiento de la persona, se logra su cambio. Este proceso requiere de una reestructuración cognoscitiva, la cual se refiere a la exploración y modificación de los procesos cognitivos.

La terapia racional emotiva mantiene ciertas ideas irracionales centrales que han sido clínicamente observadas, se encuentran en la raíz de la mayoría de los disturbios emocionales. Tales ideas son:

1. La idea de que es una necesidad terrible para los adultos ser amado por todos y por todo lo que hace, en vez de concentrarse en su propio auto respeto en ganar la aprobación de sus propósitos prácticos y en amar en vez de ser amado.
2. La idea de que ciertos actos son horrible y perversos, y que la gente que realiza tales actos debería ser severamente castigada, en vez de la idea de que ciertos actos son inapropiados o antisociales y que la gente que realiza tales actos se está comportando estúpidamente, en forma ignorante o neurótica, y sería mejor ayudarlos para que cambiaran.
3. La idea de que es horrible cuando las cosas no son en la forma que nos gustaría que fuesen.
4. La idea de que la miseria humana es causada externamente y forzada por gente y eventos externos.
5. La idea de que si algo es o puede ser peligroso o amenazante, uno debería estar terriblemente molesto por ello.
6. La idea de que es fácil evitar que enfrenten las dificultades vitales y las autoresponsabilidades.
7. La idea de que uno necesita algo más fuerte o más grande que uno mismo, en lo cual confiar.
8. La idea de que uno debería ser completamente competente, inteligente y exitoso para todos los aspectos posibles.
9. La idea de que porque algo una vez afectó fuertemente nuestras vidas, debería afectarla indefinidamente.
10. La idea de que uno debe tener control cierto y perfecto sobre las cosas.
11. La idea de que la felicidad humana se puede lograr por inercia e inactividad.

12. La idea de que virtualmente no tenemos control sobre nuestras emociones y que no es posible ayudar a sentir ciertas cosas". (Michael J. Mahoney, 1983).

El Dr. Aaron Beck, a mediados de la década de 1950, empezó a investigar sobre una revolucionaria y controversial forma de tratamiento a través de la conversación con pacientes depresivos, a la cual llamo "terapia cognitiva". Esta terapia parte del supuesto de que las distorsiones cognitivas causan los desajustes psicológicos; es decir, el afecto y la conducta de una persona están determinados, en gran parte, por la forma en que esta estructura su mundo.

Según este autor, las cogniciones verbales o pictóricas juegan un papel causal fundamental. Las mismas se basan en actitudes o supuestos (esquemas) que son elementos estructurales mas permanentes, y que se van desarrollando a través de las diferentes experiencias de la persona. Las experiencias son categorizadas, codificadas y evaluadas por la persona a través de estos esquemas, los cuales determinan la forma en que responderá ante estas experiencias.

Los supuestos desadaptativos, a diferencia de los adaptativos, están caracterizados por ser inapropiada, rígidos y exagerados.

Otro concepto importante de Beck son los errores o distorsiones cognitivas. En general, estas distorsiones de la realidad van desde sutiles impresiones (en el caso de las neurosis moderadas) hasta interpretaciones grotescas (en el caso de la psicosis).

Beck, en 1970, sugiere cuatro errores cognitivos comunes: la Inferencia Arbitraria, que se refiere a llegar a una conclusión específica cuando no hay evidencia suficiente, o cuando la evidencia es contraria a la misma; la Sobre generalización, que ocurre cuando se llega a una regla general o conclusión sobre la base de un incidente particular; la Magnificación, que se refiere a exagerar el significado de las cosas; y la

Minimización, que ocurre cuando hay una desconsideración de los aspectos importantes de una situación.

Por otro lado, señala que cuando las personas enfrentan situaciones perturbadoras, con frecuencia sufren autoverbalizaciones desadaptativas, las cuales pueden adquirir el carácter de imágenes visuales. Estas autoverbalizaciones son experimentadas de manera automática y rápida, sin ser sometidas a decisión ni crítica, por lo cual son denominadas “pensamientos automáticos”.

Los errores cognitivos tienen las mismas características que los pensamientos automáticos, ya que suceden de manera refleja, sin ninguna reflexión o razonamiento.

La terapia cognitiva:

“Entrena a la persona a cambiar la forma en que interpreta y mira las cosas cuando se siente perturbada, con el fin de que se sienta mejor y actúe más productivamente.”(11)

El término “cognitivo” se refiere a la forma como pensamos y sentimos de las cosas, en un momento particular.

Beck suponía que cuando la persona está deprimida o ansiosa, está pensando en manera ilógica y negativa, y sin darse cuenta actúa de forma auto derrotista. Sin embargo con un poco de esfuerzo podría entrenarse a sí misma a enderezar sus patrones de pensamiento distorsionados. Una vez eliminados éstos, la persona volvería a ser productiva y feliz, respetándose a sí misma.

(11) Davis Burns (1981). Feeling good- The new mood therapy. U.S.A. Pág.10.

Las técnicas de la terapia cognitiva brindan:

- Un rápido mejoramiento de los síntomas. Si la depresión no es severa, se podría observar el alivio de los síntomas en un período de 12 semanas.
- Comprensión. Se le explica claramente a la persona por qué es vulnerable, y qué puede hacer para remediar esta situación.
- Autocontrol. Se entrena a la persona en el uso de estrategias seguras y efectivas para mejorar el estado de ánimo.
- Prevención y Crecimiento Personal. Se busca la prevención de futuros cambios en el estado de ánimo, sobre la base de la evaluación de algunos valores y actitudes básicos que subyacen a las tendencias depresivas.

En síntesis el individuo aprende a verse a sí mismo como “ganador”, más que como “perdedor”, como “eficaz”, más que como “ineficaz”. De esta forma queda preparado para enfrentar nuevos desafíos.

Un fiel seguidor de Beck es David Burns, quien recopiló en una lista diez de las principales distorsiones cognitivas que subyacen a la depresión, la cual representa una esencia de muchos años de investigación y experiencia clínica:

- Pensamiento Todo o Nada (Dicotómico). Es la tendencia a evaluar las cualidades personales en categorías extremas (bueno-malo, blanco-negro). Es la base del perfeccionismo, el cual causa temor ante los errores.
- Sobregeneralización. Se concluye arbitrariamente que un solo evento negativo volverá a ocurrir una y otra vez.
- Filtro Mental (Abstracción Selectiva). Se escoge un detalle negativo de una situación y se le brinda toda la atención, y de esta manera se percibe toda la situación como negativa.

- **Descalificar lo Positivo.** Tendencia a transformar las experiencias neutras y positivas en negativas.
- **Conclusiones Precipitadas.** Se hacen interpretaciones negativas aún cuando no hay hechos definitivos que las apoyen convincentemente.
- **Magnificación y Minimización.** La magnificación ocurre cuando se da demasiada importancia a los errores, miedos o imperfecciones. Por el contrario, en la minimización se ven las cualidades como insignificantes y sin importancia.
- **Razonamiento Emocional.** Se asume que las emociones negativas reflejan la forma en que son las cosas realmente.
- **Afirmaciones del “Debo” y “Tengo que”.** Se intenta conseguir motivación con frases como “debería hacer esto” o “tengo que”, con lo que usualmente se consigue sentir presión y resentimiento.
- **Etiquetar.** Tendencia que lleva a tener una autoimagen negativa, basada en los propios errores.
- **Personalización.** La persona se culpa a sí misma por los eventos negativos que suceden a su alrededor, aunque no sea responsable de los mismos.

Dentro de las aplicaciones prácticas que utiliza Burns, en la terapia cognitiva, se encuentran ciertas técnicas para aumentar la autoestima, combatir la apatía, enfrentar las críticas, contrarrestar el enojo y vencer los sentimientos de culpa.

Otros autores que dan suma importancia al desarrollo de la autoestima son Bower y Bower. Indican cuatro pasos principales para trabajar la asertividad: a) estimar el nivel de asertividad inicial e identificar las situaciones en las cuales el cambio es importante, b) trabajar en el mejoramiento de la autoimagen y la autoestima, c)

aprender técnicas de relajación progresiva para controlar los niveles de tensión en situaciones provocadoras de ansiedad, y d) aprender habilidades específicas para relacionarse mejor con los demás.

Sin embargo, independientemente de la teoría y el método de terapia utilizados, el entrenamiento asertivo ofrece dos supuestos básicos, según H. Fensterheim:

- Las conductas que se emiten sirven de base para el autoconcepto. Cuanto más defienda una persona sus derechos, y cuanto más actúe de manera que aumente su propio respeto, mayor será su autoestima. Mientras la persona actúe asertivamente, conservará su autoestima. Podrá fracasar y sentir desilusión o frustración, pero no perderá la esencia de su propio respeto. Este concepto podría utilizarse como un criterio para saber si una conducta fue asertiva o no; si un acto específico aumenta el autorrespeto, por poco que sea, es asertivo, y en caso contrario no lo es.
- Las conductas no son sucesos aislados; más bien interactúan unas con otras formando esquemas que constituyen la organización psicológica. De acuerdo con ésta, la conducta tiene diferentes propósitos según las diferentes etapas de la vida.

En la infancia, el niño depende de sus padres para su propia seguridad. Si esta dependencia resulta satisfactoria, el niño tendrá la fuerza necesaria para reestructurar su organización psicológica para pasar luego a la adolescencia.

Durante la adolescencia, el joven tiene como meta ganar seguridad junto a sus iguales, más que con sus padres. Esta se logra al pertenecer a un grupo y contar con su aceptación y aprobación. Hay personas que no superan esta etapa; no alcanzan su propia identidad fuera del grupo, les preocupa lo que piensan los demás, y actúan de manera que pueden evitar el rechazo social.

En la adultez, la persona no necesita al grupo para sentirse segura. En lugar de ello tiene a su alrededor algunos amigos íntimos y un amigo del sexo opuesto. Luego se reduce aún más este núcleo, y su seguridad se relaciona con una sola persona; su pareja. En la relación íntima puede hallar y expresar su auténtica individualidad, lo cual sirve de base para hacerlo luego con otras personas.

Sin embargo, según algunos teóricos aún existe otra etapa más dentro de la organización psicológica, que es la del individuo completo. En esta etapa, la persona deja de basar su propia seguridad en otro ser humano, para basarla en su propio respeto.

Para lograr este nivel del individuo completo, la persona debe comprender que al cambiar una conducta, modifica también una serie de conductas relacionadas; al aprender nuevas habilidades y cambiar sus actos, cambia sus sentimientos y todo el esquema de su organización psicológica. Y esto puede conseguirse gracias al entrenamiento asertivo.

d) Etiología y características de la hipoasertividad.

d.1) Etiología de la conducta hipoasertiva

Las posibles causas de la conducta hipoasertiva son múltiples. Entre las más importantes se pueden mencionar las disposiciones biológicas, las dificultades para discriminar las conductas necesarias ante situaciones determinadas, la ansiedad y el temor a desagradar a los demás, la carencia de habilidades sociales, y los pensamientos que detienen la expresión asertiva.

Según Eysenck, en algunos casos existe la predisposición hereditaria hacia la ansiedad social, especialmente en personas con alto grado de neurosis e introversión. Sin embargo, cabe señalar que en la mayoría de los casos las experiencias a lo largo de la vida juegan un papel crucial en el origen de los problemas de asertividad.

d.2) Características de la persona hipoasertiva

Sobre la base de los modelos descritos anteriormente, a continuación se exponen las características más relevantes de una persona con dificultades para ejecutar conductas asertivas, a nivel conductual, cognitivo y autonómico.

- A nivel conductual:
 - Mayor tiempo de latencia al responder; mayor duración de la respuesta (se va por las ramas); bajo volumen de la voz; expresión facial y corporal inadecuadas (no corresponden a la emoción); evitación del contacto visual, o mirada fija (clavar la mirada).
 - El contenido de los mensajes verbales es poco claro, indirecto e incongruente (diferencia entre lo que se dice y la expresión corporal).
 - Dificultades en la habilidad para iniciar, mantener y terminar conversaciones; para decir que no; para pedir favores; para expresar y recibir sentimientos positivos y negativos; para reconocer y defender los límites y derechos personales.
- A nivel cognitivo:
 - Mayor frecuencia de autodiálogos inhibitorios de la conducta asertiva (autojuicios, ideas irracionales); presencia de expectativas “catastróficas” (riesgo de castigo, rechazo social y otras consecuencias desagradables).

- Autoimagen negativa y bajos niveles de autoestima.
 - A nivel autonómico:
- Mayor grado de ansiedad condicionada ante situaciones interpersonales, lo cual se refleja en un incremento de los niveles de tensión muscular, sudoración palmar, aumento del ritmo cardíaco y de la frecuencia respiratoria, entre otros.

e) Tratamiento de la hipoasertividad

Las técnicas a utilizar dentro del tratamiento de la hipoasertividad dependerán de las áreas en las que la persona tenga más dificultades. Tradicionalmente, estas técnicas han sido utilizadas dentro del marco de la terapia conductual, desde una perspectiva motora (conductas observables directamente) y cognitiva (creencias, ideas y pensamientos).

Sin embargo, recientemente se ha comenzado a considerar la asertividad como un comportamiento complejo, por lo cual es necesario considerar otras variables dentro del tratamiento, como el autoconocimiento y expresión emocional, y el autoconocimiento corporal (Braham y Gallardo, 1988).

A continuación se presentan las técnicas más utilizadas para cada una de las áreas arriba mencionadas.

- Técnicas Conductuales.

Wolpe, en 1958, y Eysenck, en 1959, basaron sus supuestos en la Teoría del Aprendizaje, y le dieron énfasis al tratamiento de las conductas disfuncionales, basándose en que las mismas eran el resultado de aprendizajes inefectivos o desadaptativos.

Las técnicas conductuales aplicadas al Entrenamiento Asertivo y utilizadas en esta investigación son las siguientes:

1. Instrucciones.

A través de esta técnica se le brinda a la persona información verbal y no verbal acerca de las respuestas sociales adecuadas.

Los primeros en utilizar las instrucciones como procedimiento terapéutico fueron R.M. McFall y C.T. Twentyman, en 1973, y lo hicieron a través de métodos audiovisuales.

2. Modelamiento (Modeling).

La aplicación terapéutica de esta técnica se deriva principalmente de la teoría del Aprendizaje Social de Albert Bandura, en 1969.

Según este autor, gran parte del aprendizaje ocurre por observación. La persona aprende observando la conducta de un modelo, sin necesidad de ensayar la misma.

El procedimiento terapéutico del modelamiento supone la presentación al cliente de una o más personas (modelos) en vivo, filmadas o imaginadas (encubiertas) que exhiben las conductas que el cliente deberá aprender. Para que la técnica sea efectiva, la persona debe atender adecuadamente al modelo y retener la información para luego reproducirla a nivel motor.

Existen diferentes modalidades de esta técnica, entre las cuales está:

- Modelamiento en vivo, en el cual se observan directamente las conductas de otra(s) persona (s) o modelo (s). Esta modalidad fue utilizada en la presente investigación.

- Modelamiento Simbólico. Se utilizan medios indirectos para el modelamiento, como las técnicas audiovisuales (cine, radio, televisión, libros).
- Modelamiento Encubierto. Se utiliza la imaginaria como medio para el modelamiento.
- Modelamiento Participante. Se utiliza la participación activa de la persona durante el modelamiento.

3. Ensayo Conductual (Role-Playing)

Esta técnica se conoce también con el nombre de “juego de roles” o “interpretación de papeles”. La misma tiene su origen en el psicodrama de J.M. Moreno, 1946, a través del cual se dramatizan escenas de actitudes y conflictos de la vida real.

En 1958, Wolpe llamó originalmente a esta técnica “psicodrama conductual”, y la describió dentro del enfoque conductual. Señala que el psicodrama conductual consiste en la actuación de diferentes conductas, mediante un breve intercambio de papeles entre el terapeuta y el paciente, con relación a situaciones de la vida del mismo. También, el paciente puede representarse a sí mismo y el terapeuta a una persona que provoca ansiedad o inhibición en el paciente.

Lo que se pretende con esta técnica es que la persona vaya aumentando su capacidad para emitir respuestas verbales y no verbales apropiadas, sin presentar signos de ansiedad.

El ensayo conductual, dentro del Entrenamiento Asertivo, ha sido utilizado para ayudar a la persona en la adquisición de nuevas respuestas o en el incremento de conductas ya existentes, en el caso de que existan deficiencias o inhibiciones en la conducta social o interpersonal.

En 1976, A.J. Lange y P. Jakubowsky mencionaron cuatro elementos que componen esta técnica:

- Instrucciones. El entrenador provee descripciones claras y explícitas de la conducta asertiva.
- Modelamiento. El participante aprende las conductas asertivas, mediante la observación de modelos reales (modelamiento en vivo) o de modelos imaginados (modelamiento encubierto).
- Ensayo Conductual. El participante practica con el entrenador, o con otros miembros del grupo, las conductas asertivas, y las repite hasta que logra su meta.
- Reforzamiento. El entrenador y los demás miembros del grupo brindan evaluaciones positivas de las conductas asertivas ensayadas por el participante.

Esta técnica tiene la ventaja de enfrentar situaciones de la realidad de un modo controlado, sin los riesgos y peligros que la misma pueda representar. Mediante el ensayo, la persona puede encontrar la respuesta asertiva que más le conviene y practicarla luego muchas veces, hasta que se sienta familiarizada con ella, como si formara parte de su propio repertorio natural de conductas.

En esta investigación se utilizó el ensayo conductual directo, en el cual la persona practica su propio rol, de acuerdo a una situación asertiva previamente determinada, ante un receptor, el cual puede ser tanto el entrenador como cualquier otro miembro del grupo.

4. Retroalimentación (Feedback)

Esta teoría proviene de la Teoría de la Cibernética, la cual fue definida por L. Couffignal, en 1970, como el arte de mantener la eficacia de una acción. La retroalimentación sería el mecanismo indispensable para lograr esto.

En el proceso de comunicación, la retroalimentación sería la información evaluativa que indica cómo actúa la persona. Esta información podría utilizarse para corregir los errores (por ejemplo, en el caso de tonos de la voz poco efectivos o expresiones faciales inapropiadas).

En las relaciones interpersonales, una persona recibe retroalimentación de otros (y también da, a su vez, retroalimentación a los demás), acerca de las consecuencias de su conducta. Esta información sirve de control recíproco entre las personas, al permitirles realizar las correcciones necesarias de las conductas que la situación interpersonal requiera.

D.A. Kobb y R.E. Boyatzis, en 1970, señalan diferentes dimensiones de la retroalimentación, entre las cuales se pueden mencionar las siguientes:

- Positiva-Negativa. Esta dimensión define la retroalimentación positiva como la información de que la conducta se ejecuta adecuadamente. Por otro lado, la retroalimentación negativa señala un cambio necesario en la conducta para que la ejecución de la misma sea más efectiva.
- Directiva – No Directiva. La retroalimentación directiva brinda normas para el comportamiento futuro, mientras que la no directiva no lo hace.
- Ida y Vuelta- Ida Solamente. En la retroalimentación de ida y vuelta, la información se refiere directamente a la relación entre dos personas, haciendo énfasis en las acciones y reacciones de ambas. En la retroalimentación de ida solamente, la información se da en relación a las conductas del emisor, sin hacer referencia a las reacciones del receptor.

5. Tareas

Mediante esta técnica se busca que la persona ponga en práctica lo aprendido durante las sesiones, a través de lo cual se logra una continuidad del aprendizaje, con

el fin de que éste sea generalizado a situaciones de la vida diaria. Los nuevos repertorios conductuales son reforzados en el medio natural de la persona.

Según Kanfer, en 1980, algunos de los propósitos de esta técnica son:

- Responsabilizar a la persona por el cambio de su conducta.
- Llevarlo a creer la posibilidad del cambio.
- Promover la auto observación y la comprensión de las conductas hipoasertivas.

Para lograr esto, es necesario que la persona tenga una participación activa en la planificación de las tareas, que las metas sean realistas, y que se inicie con tareas sencillas para ir gradualmente hacia las más complejas.

Un paso requerido de esta técnica es la evaluación constante del terapeuta y los miembros del grupo sobre los progresos y/o las dificultades que se observen durante la ejecución de las tareas.

- Técnicas Cognitivas.

En la década de 1960, la teoría conductual comenzó a considerar la influencia de las variables cognitivas (pensamientos, ideas, creencias) en la conducta humana.

Este nuevo enfoque propone que las emociones y el comportamiento dependen de las cogniciones. De esta manera, cuando existan creencias irracionales habrá, como consecuencia, desórdenes emocionales y comportamientos desadaptativos. El entrenamiento asertivo enfatizaría entonces la importancia de reconocer y modificar los patrones erróneos de pensamiento.

Es importante que el cambio cognitivo vaya acompañado de manifestaciones conductuales. A través de los auto registros o tareas, la persona puede realizar actividades que vayan desde las más simples, como preguntarle la hora a un extraño, hasta las más complejas, como comprar anticonceptivos en la farmacia. De esta forma se puede ir observando el progreso de la persona.

Las técnicas cognitivas que se utilizaron en esta investigación son:

1. Reestructuración Cognitiva.

En 1971, Lazarus define esta técnica como el proceso mediante el cual los individuos llegan a tomar conciencia de sus propios patrones de pensamiento, que los llevan a realizar conductas poco efectivas, para así poder cambiar estos procesos de pensamiento por unos más productivos.

Tanto la Terapia Racional Emotiva de Ellis, como la Terapia Cognitiva de Beck, enfatizan el uso de esta técnica como su principal propósito.

Entre los objetivos de este procedimiento se pueden mencionar:

- Promover el desarrollo de un sistema de creencias asertivo, con el fin de valorar los derechos personales y los de los demás.

Entrenar a la persona a reconocer y cuestionar sus ideas irracionales, creencias personales y reemplazarlas por ideas y expectativas más racionales.

- Ayudar a la persona en el establecimiento y clasificación de sus propias metas, las cuales deben ser realistas.

2. Desarrollo de Habilidades Cognitivas.

En 1975, Donald Meichenbaum enfatiza la relación que existe entre lo que una persona se dice a sí misma (diálogos internos o autodiálogos) antes, durante y después de una situación, y la conducta que realiza. Señala que los diálogos internos se refieren a las autoverbalizaciones e imágenes pictóricas que afectan la conducta.

Las personas hipoasertivas se dicen a sí mismas un gran número de frases negativas y se perciben, por consiguiente, como incapaces en comparación con las personas asertivas. Debido a esto presentarán conductas inhibidas e ineficaces.

Reconocer los autodiálogos negativos constituye el punto de partida para enfrentar y cambiar los pensamientos disfuncionales. Esto último se logra mediante el uso de las siguientes habilidades cognitivas:

- Utilizar autofrases positivas que permitan enfrentar situaciones que generen dificultades, de manera más eficaz.
- Reconocer la propia ansiedad y aceptar que la misma es necesaria, en cierto grado, para estar más alerta al momento de enfrentar situaciones difíciles de forma exitosa.
- Detener cadenas de pensamientos negativos, que se repiten una y otra vez, ante situaciones que generan conflictos. Esto permite eventualmente controlar, suprimir o eliminar las reflexiones indeseadas. El término “detención del pensamiento” (o paro del pensamiento) fue sugerido en sus inicios por Alexander Bain, en 1928, y retomado más adelante por Taylor en 1955, y por Wolpe y Lazarus, en 1966.

Estas habilidades cognitivas se aprenden mediante la práctica gradual a través de técnicas conductuales tales como el Ensayo Conductual, el Modelamiento y las Tareas.

- Técnicas de Autoconocimiento y Expresión Emocional.

Un autoconocimiento y una expresión emocional inadecuados subyacen a las dificultades para reconocer los propios sentimientos, ideas y necesidades, y para expresar los sentimientos de manera adecuada. Esto influye negativamente en el desarrollo y mantenimiento de relaciones interpersonales satisfactorias.

El enfoque guesáltico es uno de los que aborda de manera efectiva las dificultades anteriormente planteadas. La meta de esta línea terapéutica, reconocida por su estilo existencial, es el crecimiento personal del ser humano, al cual considera desde el

punto de vista bio-psico-social en su totalidad, y al que toma en cuenta básicamente dentro de su interacción con el ambiente. Utilizan variables fisiológicas, sociológicas, cognitivas y motivacionales.

La Terapia Gestalt nació en la década de 1940 con Fritz Perls y la publicación de su libro "Ego, Hunger and Agresión: The Beginning os Gestalt Therapy". Lamisma señala la importancia de la observación (no manipulativa) de la conducta en el "aquí" y el "ahora", y se ocupa principalmente del proceso de darse cuenta o toma de conciencia.

Para que pueda haber una modificación de una conducta, primero es necesario que la persona reconozca las sensaciones y sentimientos que acompañan a la misma.

El darse cuenta está relacionado a cuatro dimensiones de la experiencia humana:

- Darse cuenta de las sensaciones y acciones.
- Darse cuenta de los sentimientos.
- Darse cuenta de lo que se quiere o desea.
- Darse cuenta de los valores.

El "darse cuenta" es una etapa imprescindible en el proceso terapéutico. Debido a esto, en nuestra investigación se utilizaron ejercicios gestálticos, tomados del libro "El Darse Cuenta" de John O. Stevens.

- Técnicas de Autoconocimiento Corporal.

Es importante que las personas aprendan a estar en contacto con sus sensaciones y movimientos de las diferentes partes de su cuerpo, ya que éste es una herramienta de comunicación que se encuentra presente en las situaciones interpersonales. Dentro de la comunicación, el cuerpo es de vital importancia ya que mediante él se emiten las señales no verbales que dan mayor consistencia a lo que se habla. Cuando las señales no verbales son contradictorias o inadecuadas, ocurren las incongruencias y

confusiones en los mensajes, lo cual obstaculiza el manejo satisfactorio de las relaciones interpersonales.

Además de prestar atención a las señales no verbales que se envían a los demás, es necesario conocer las señales de tensión corporal que surjan frente a situaciones y personas que generen ansiedad, para luego poder lograr el control de la misma. Para esto se utilizan principalmente técnicas de respiración profunda y relajación progresiva.

1. Respiración Abdominal.

La misma consiste en elevar el diafragma sobre la cavidad abdominal, para que el aire penetre profundamente en los pulmones. El aprendizaje de esta técnica es una condición indispensable para el posterior entrenamiento en relajación.

2. Relajación Progresiva de Jacobson.

Esta técnica fue presentada por el Dr. Edmund Jacobson en 1938, basándose en sus investigaciones en las cuales encontró que la tensión muscular siempre está presente en las personas ansiosas. Tiene como objetivo obtener una profunda relajación muscular, a través de la contracción y relajación progresiva de los diferentes músculos del cuerpo.

Jacobson descubrió que la preocupación, la ansiedad, la irritabilidad se apoyan en unos músculos tensos, y que gracias a la relajación muscular se puede aprender a controlar en buen grado estas emociones.

Para lograr un aprendizaje adecuado de la relajación, se requiere de prácticas graduales y constantes.

Otras técnicas que utilizamos fueron:

- Procedimientos encubiertos

En esta técnica las participantes se imaginan a sí mismas comportándose de forma asertiva en una situación determinada, identificada con el problema. En el procedimiento de imitación encubierta la persona se imagina como otra persona, que actúa como modelo, se comporta de forma asertiva.

- Auto-observación

El terapeuta le enseña a las participantes a entender deliberadamente su propia conducta y a registrarla mediante algún procedimiento previa establecido (descripción escritas de su conducta fuera de las sesiones terapéuticas). La auto-observación es una forma de empezar a introducir al sujeto en el análisis de su propia conducta.

- Técnica de uno frente al grupo

Esta técnica consiste en colocar a una de las participantes, de manera rotativa, en el centro de un grupo para que tenga una sucesión de interacciones verbales o no verbales. Por ejemplo, un intercambio de cumplidos o la pura y simple aceptación de cumplidos.

- Técnica de aserción encubierta o interna

En esta técnica las participantes se imaginan una situación anterior en la que haya tenido dificultades y la modifica dando una respuesta afirmativa, de lo que extrae consecuencias positivas.

f) Terapia cognitivo-conductual en la modificación de la conducta asertiva.

En esta investigación se trabajó la modificación de la conducta asertiva a través de la terapia cognitivo-conductual.

El entrenamiento asertivo se podría definir como un proceso terapéutico, formado por un conjunto de técnicas determinadas, que tiene como objetivo la eliminación de las conductas no asertivas que presenta un sujeto. El conjunto de técnicas que entra a formar parte de este entrenamiento varía de acuerdo al modelo teórico explicativo en que se enmarque cada “conducta problema” de la persona.

En el modelo terapéutico cognitivo-conductual se toma en cuenta que el desarrollo de la asertividad está determinado por factores ambientales, por variables de la persona y por la interacción de ambos.

- Modelos para el entrenamiento asertivo.

Cuando se diseña un programa para el entrenamiento asertivo, este programa está basado por lo regular en los modelos siguientes:

- Modelo del déficit de habilidades

En este modelo se plantea que las conductas asertivas requeridas no forman parte del repertorio conductual de la persona. Esta carencia de habilidades pudo haberse debido a un proceso de socialización inadecuado.

Cuando se crea un programa basado en este modelo, se hace énfasis en el desarrollo de las habilidades sociales, nuevas conductas motoras y en las correspondientes habilidades cognitivas.

Aquí se intenta integrar en las habilidades tanto lo motor, como lo cognitivo y lo fisiológico.

Además es muy importante en el desarrollo de las conductas asertivas, que la persona aprenda a codificar y decodificar las claves no verbales.

Las técnicas de entrenamiento que se utilizan son: el ensayo conductual, el modelamiento, la retroalimentación, instrucciones, autoevaluación, refuerzo del terapeuta y demás:

- Modelo de la inhibición de la respuesta

En este modelo se plantea que la inhibición de la respuesta se puede deber a la presencia de ansiedad o de cogniciones inhibitorias.

Aquí, la persona posee el repertorio conductual adecuado, pero éste se ve impedido en su expresión.

Cuando la inhibición está mediada por cogniciones erróneas, los auto juicios, los diálogos internos conflictivos y la anticipación de las consecuencias, la terapia por inhibición de respuesta tiene como objetivo corregir estas cogniciones a través de cambios de expectativas de resultado, cambio en las ideas irracionales y cambio en los diálogos internos. Con respecto a esto Fiedler y Beach en 1978 sostienen que antes de actuar de manera asertiva o no asertiva, las personas piensan las consecuencias que ellas esperan como resultado de sus conductas y eligen las conductas que prometen las consecuencias más favorables.

- Modelo del error en la discriminación

La persona no asertiva no sabe cómo unir acciones específicas con situaciones específicas. Esto quiere decir que la persona puede tener el repertorio conductual necesario, o puede no tener ansiedad interpersonal, pero es incapaz de identificar cuando es oportuno emitir la respuesta asertiva. Más aún, puede ser incapaz de identificar cuál es la respuesta más adecuada a la situación.

Aquí, el programa terapéutico se centra en el entrenamiento de la discriminación, lo cual incluye, plantear situaciones y que la persona identifique la respuesta asertiva, o bien recordar situaciones y que la persona, con ayuda del terapeuta, vaya identificando la respuesta que habría sido asertiva.

- Modelo de la elección racional

Aquí, el tratamiento se hace con la finalidad de discriminar cuándo la persona toma decisión de no ser asertiva libremente y cuándo esta decisión es debida a otros factores.

g) Terapia de grupo en asertividad.

El grupo constituye un marco social de referencia de gran utilidad para discriminar las conductas sociales adecuadas (asertivas vs. no asertivas vs. agresiva) lo cual es muy importante cuando las personas que forman el grupo proceden de contextos socio-culturales diferentes al del terapeuta. Cuando se usa la técnica del modelo en situaciones grupales, los miembros pueden observar varios modelos con estilos diferentes de actuación; modelos similares al propio sujeto (sus compañeros) y modelos expertos (terapeutas). Así, los miembros pueden descubrir distintas formas de afrontar la situación problemática y seleccionar la que le resulte más adecuada. Esto, posiblemente hará que disminuya la ansiedad que pueda tener respecto a su propia actuación posterior.

El contexto grupal puede darle a los sujetos otros beneficios indirectos que faciliten el proceso de terapia, cómo reducir la intimidación, cuando los sujetos se dan cuenta que los demás miembros del grupo se encuentran en situaciones parecidas; aumentar las expectativas de mejoría, al observar el progreso de otros miembros; e incluso hacer progresar a los sujetos al explorar juntos la problemática de los demás.

Finalmente, hay otros beneficios importantes que se dan al trabajar la asertividad en grupo, como la reducción del tiempo y la reducción de persona.

ASPECTOS METODOLOGICOS

1. Problema de investigación.

a) Planteamiento del problema.

¿Mejora la conducta asertiva en sus componentes cognitivos y conductuales el grupo de adolescentes del sexo femenino de la Fundación Hogar Niñas de la Capital que participan en el Programa Terapéutico Cognitivo-Conductual orientado al manejo de la conducta asertiva?

b) Objetivo General.

Mejorar la conducta asertiva en sus componentes cognitivos y conductuales observadas en una muestra de adolescentes del sexo femenino de la Fundación Hogar Niñas de la Capital, mediante la aplicación del Programa Terapéutico Cognitivo-Conductual orientado al manejo de la conducta asertiva.

c) Objetivos Específicos.

- a. Promover el desarrollo de habilidades sociales, específicamente dirigidos hacia el incremento de la conducta asertiva, a través del cambio en los patrones erróneos de pensamiento.

- b. Promover las relaciones interpersonales, con el fin de mejorar las actitudes de las adolescentes del Hogar hacia la autoridad, la relación de pares, la familia y la sociedad en general.
- c. Ofrecer a la Fundación Hogar Niñas de la Capital una base teórico – práctico para realizar futuros programas psicológicos de grupo.

d) Preguntas de investigación.

- a. ¿Es factible la aplicación de un Programa Terapéutico Cognitivo – Conductual para el manejo de la conducta asertiva a un grupo de adolescentes del sexo femenino de una Institución de Asistencia Social de la ciudad de Panamá?
- b. ¿Se produce un cambio en la conducta asertiva en sus componentes cognitivos y conductuales en el grupo de adolescentes del sexo femenino de la Fundación Hogar Niñas de la Capital que participan en el Programa Terapéutico Cognitivo-Conductual orientado al manejo de la conducta asertiva?
- c. ¿Se produce algún aumento significativo en el componente conductual de la conducta asertiva medido a través de la Escala de Autoexpresión de Conducta Asertiva, de Galassi., al grupo de adolescentes del sexo femenino de la Fundación Hogar Niñas de la Capital, después de la intervención?
- d. ¿Se produce algún cambio significativo en el componente cognitivo o sea el pensamiento que antecede a la conducta, medido a través de la Escala de Actitudes Disfuncionales de Weissman, al grupo de adolescentes del

sexo femenino de la Fundación Hogar Niñas de la Capital, después de la intervención?

- e. ¿Podría la aplicación de este Programa Terapéutico servir de base para futuros trabajos grupales en la Fundación Hogar Niñas de la Capital?

e) Justificación.

En la actualidad, los adolescentes panameños que residen en las Instituciones de Asistencia Social no cuentan, en su gran mayoría, con programas psicológicos grupales que les ayuden a lograr más fácilmente su crecimiento personal y desarrollo psicosocial.

Estos jóvenes se enfrentan a los problemas típicos del adolescente (desarrollo de su identidad, pertenencia a grupos de iguales, presiones académicas, consumo de drogas y relaciones sexuales tempranas, entre otras); además de estar afectados por el abandono de sus padres, disfuncionalidad familiar, falta de recursos económicos que cubran sus necesidades básicas, entre otras.

Los jóvenes institucionalizados probablemente tengan mayores dificultades para enfrentar estos problemas con éxito, en parte porque traen desde su niñez sentimientos de inseguridad, tristeza y soledad; bajos niveles de autoestima y ciertas dificultades para relacionarse con los demás de manera adecuada.

Por lo tanto, en este trabajo de graduación se ha decidido aplicar un Programa Terapéutico Cognitivo-Conductual centrado en modificar la expresión de las emociones, sentimientos, ideas, creencias y otras; de una forma aprobada socialmente, para que puedan no solamente enfrentar los problemas de su edad con éxito, sino

también para facilitar su paso a la adultez con mayor seguridad y con las herramientas necesarias para lograr una vida con más posibilidades de satisfacciones personales.

2. Tipo de Estudio.

Se trata de un estudio que sigue el modelo de investigación pre-experimental en el cual se mide los efectos de una intervención terapéutica y se analiza la relación de la variable independiente, correspondiente al Programa Terapéutico Cognitivo-Conductual sobre una variable dependiente, que en esta investigación se trata de la conducta asertiva, en sus componentes cognitivos y conductuales y que es aplicado a un solo grupo de adolescentes del sexo femenino en una Institución de Asistencia Social.

3. Hipótesis Conceptual.

Las adolescentes del sexo femenino de la Fundación Hogar Niñas de la Capital de la ciudad de Panamá participantes del Programa Terapéutico Cognitivo-Conductual, mostrarán una mejoría significativa en la conducta asertiva en sus componentes cognitivos y conductuales, en la fase posterior al tratamiento en comparación con la medición inicial.

a) Identificación de las Variables.

Las variables de nuestro estudio están constituidas por:

- Variable Independiente: Programa Terapéutico Cognitivo-Conductual orientado al manejo de la conducta asertiva.
- Variable Dependiente: Conducta asertiva, en sus componentes cognitivos y conductuales.

f) Definición Conceptual de las Variables.

“Programa Terapéutico Cognitivo-Conductual orientado al manejo de la conducta asertiva” se definirá como un programa terapéutico formado por un conjunto de técnicas cognitivas y conductuales, que tiene como objetivo la eliminación de las conductas no asertivas que presenta un sujeto.

“Conducta asertiva” se definirá como capacidad de una persona de reconocer y / o expresar sus emociones, ideas, creencias, sentimientos, ya sean éstos positivos o negativos, de un modo socialmente aceptado, que lo dejen satisfecho consigo mismo y que no trasgredan los derechos de los demás.

c) Definición Operacional de las Variables.

“Programa Terapéutico Cognitivo-Conductual orientado al manejo de la conducta asertiva” se definirá como un programa terapéutico que consistirá en la aplicación de un conjunto de técnicas, con el modelo cognitivo-conductual, en doce sesiones sucesivas dirigidas al grupo experimental.

“Conducta asertiva” se reflejará en las cogniciones, medidas a través del puntaje obtenido en la Escala de Actitudes Disfuncionales de Weissman y la conducta,

medido a través del puntaje obtenido en la Escala de Autoexpresión de Conductas Asertivas de Galassi.

4. Diseño.

a) Diseño de investigación.

Se trata de un diseño pre-experimental de medidas repetidas, conocido también como diseño de investigación intrasujeto. Específicamente utilizamos el diseño de grupo único con prueba previa y posterior, en el cual, como su nombre lo indica, se prueba dos veces un solo grupo de individuos, una vez antes y una vez después del tratamiento (Hernández, 1998).

b) Pruebas Estadísticas.

Esta evaluación estará basada en el arte y ciencia de la estadística que incluye procedimientos para identificar una población, seleccionar una muestra y decidir qué técnica utilizar para llevar a cabo las interpretaciones correctas de los datos resultantes.

Cabe indicar, que para ciertos atributos se procedió a obtener algunas medidas de tendencia central y de dispersión como lo son la media aritmética y la desviación estándar.

De otra forma, luego de darles sentido a los datos que componen las diversas variables analizadas, se procedió a ilustrarlos en diversos tipos de figuras.

Los resultados de las pruebas objetivas serán sometidos a prueba de hipótesis a través de la prueba “t” de Student con alfa de 0.05 para determinar si existen diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones de las pre-pruebas y post-pruebas del grupo experimental.

- Medidas de tendencia central y dispersión.

Estas medidas permiten hacer una caracterización de las muestras en términos de su tendencia y variabilidad.

El cálculo de la media aritmética está basado en el procedimiento para los datos no agrupados.

En cuanto a la desviación estándar, se tomó en consideración el tamaño de la muestra. Al ser esta menor de 30 entrevistas puede causar mayor variabilidad entre las observaciones emanadas de la investigación, por lo tanto, debe incluirse un factor de corrección con la finalidad de tener un buen estimador para la varianza, específicamente, de no utilizarse su valor tenderá a ser bajo o subestimado.

- Distribución “t” Student

El estadístico de prueba utilizado en el análisis de los resultados depende del tamaño de la muestra. Si el tamaño de la muestra es pequeño, es decir $n \leq 30$, los valores de la varianza fluctúan considerablemente de muestra en muestra y la distribución de la variable aleatoria ya no proporcionará una distribución aproximadamente normal. Debido a lo anterior utilizaremos el estadístico denominado “t” de Student.

La distribución de probabilidad de “t” fue dada a conocer en 1908 por W.S. Gosset, quien trabajaba en una cervecería irlandesa que prohibía a sus empleados

publicar los resultados de sus investigaciones. Para evadir esta restricción publicó su trabajo secretamente con el nombre de “Student”.

- Números de índice

Otra modalidad estadística presentada, lo constituyeron los números índices. Estos serán de utilidad para medir la relación porcentual del cambio de respuestas de las entrevistas.

c) Hipótesis de investigación y Estadísticas.

- Ho: La media de las puntuaciones obtenida en la Escala de Actitudes Disfuncionales de Weissman después del tratamiento es menor o igual a la media de las puntuaciones de la misma escala obtenida antes del tratamiento.

$$H_0: \mu_{EAD-E2} \leq \mu_{EAD-E1}$$

- Hi: La media de las puntuaciones obtenida en la Escala de Actitudes Disfuncionales de Weissman después del tratamiento es mayor a la media de las puntuaciones de la misma escala obtenida antes del tratamiento.

$$H_1: \mu_{EAD-E2} > \mu_{EAD-E1}$$

- Ho: La media de las puntuaciones de la sub-escala “aprobación” obtenida en la Escala de Actitudes Disfuncionales de Weissman después del tratamiento es menor o igual a la media de las puntuaciones de la misma sub-escala obtenida antes del tratamiento.

$$H_0: \mu_{EAD/A-E2} \leq \mu_{EAD/A-E1}$$

- Hi: La media de las puntuaciones de la sub-escala “aprobación” obtenida en la Escala de Actitudes Disfuncionales de Weissman después del tratamiento es mayor a la media de las puntuaciones de la misma sub-escala obtenida antes del tratamiento.

$$Hi: \mu_{EAD/A-E2} > \mu_{EAD/A-E1}$$

- Ho: La media de las puntuaciones de la sub-escala “amor” obtenida en la Escala de Actitudes Disfuncionales de Weissman después del tratamiento es menor o igual a la media de las puntuaciones de la misma sub-escala obtenida antes del tratamiento.

$$Ho: \mu_{EAD/Am-E2} \leq \mu_{EAD/Am-E1}$$

- Hi: La media de las puntuaciones de la sub-escala “amor” obtenida en la Escala de Actitudes Disfuncionales de Weissman después del tratamiento es mayor a la media de las puntuaciones de la misma sub-escala obtenida antes del tratamiento.

$$Hi: \mu_{EAD/Am-E2} > \mu_{EAD/Am-E1}$$

- Ho: La media de las puntuaciones de la sub-escala “logros” obtenida en la Escala de Actitudes Disfuncionales de Weissman después del tratamiento es menor o igual a la media de las puntuaciones de la misma sub-escala obtenida antes del tratamiento.

$$Ho: \mu_{EAD/L-E2} \leq \mu_{EAD/L-E1}$$

- Hi: La media de las puntuaciones de la sub-escala “logros” obtenida en la Escala de Actitudes Disfuncionales de Weissman después del tratamiento es mayor a la media de las puntuaciones de la misma sub-escala obtenida antes del tratamiento.

$$Hi: \mu_{EAD/L-E2} > \mu_{EAD/L-E1}$$

- Ho: La media de las puntuaciones de la sub-escala “perfeccionismo” obtenida en la Escala de Actitudes Disfuncionales de Weissman después del tratamiento es menor o igual a la media de las puntuaciones de la misma sub-escala obtenida antes del tratamiento.

$$Ho: \mu_{EAD/P-E2} \leq \mu_{EAD/P-E1}$$

- Hi: La media de las puntuaciones de la sub-escala “perfeccionismo” obtenida en la Escala de Actitudes Disfuncionales de Weissman después del tratamiento es mayor a la media de las puntuaciones de la misma sub-escala obtenida antes del tratamiento.

$$Hi: \mu_{EAD/P-E2} > \mu_{EAD/P-E1}$$

- Ho: La media de las puntuaciones de la sub-escala “exigencias” obtenida en la Escala de Actitudes Disfuncionales de Weissman después del tratamiento es menor o igual a la media de las puntuaciones de la misma sub-escala obtenida antes del tratamiento.

$$Ho: \mu_{EAD/E-E2} \leq \mu_{EAD/E-E1}$$

- Hi: La media de las puntuaciones de la sub-escala “exigencias” obtenida en la Escala de Actitudes Disfuncionales de Weissman después del tratamiento es mayor a la media de las puntuaciones de la misma sub-escala obtenida antes del tratamiento.

$$H_i: \mu_{EAD/E-E2} > \mu_{EAD/E-E1}$$

- Ho: La media de las puntuaciones de la sub-escala “omnipotencia” obtenida en la Escala de Actitudes Disfuncionales de Weissman después del tratamiento es menor o igual a la media de las puntuaciones de la misma sub-escala obtenida antes del tratamiento.

$$H_o: \mu_{EAD/O-E2} \leq \mu_{EAD/O-E1}$$

- Hi: La media de las puntuaciones de la sub-escala “omnipotencia” obtenida en la Escala de Actitudes Disfuncionales de Weissman después del tratamiento es mayor a la media de las puntuaciones de la misma sub-escala obtenida antes del tratamiento.

$$H_i: \mu_{EAD/O-E2} > \mu_{EAD/O-E1}$$

- Ho: La media de las puntuaciones de la sub-escala “autonomía” obtenida en la Escala de Actitudes Disfuncionales de Weissman después del tratamiento es menor o igual a la media de las puntuaciones de la misma sub-escala obtenida antes del tratamiento.

$$H_o: \mu_{EAD/Au-E2} \leq \mu_{EAD/Au-E1}$$

- Hi: La media de las puntuaciones de la sub-escala “autonomía” obtenida en la Escala de Actitudes Disfuncionales de Weissman después del tratamiento es mayor a la media de las puntuaciones de la misma sub-escala obtenida antes del tratamiento.

$$H_i: \mu_{EAD/Au-E2} > \mu_{EAD/Au-E1}$$

- Ho: La media de las puntuaciones obtenida en la Escala de Autoexpresión de Conductas Asertivas de Galassi después del tratamiento es menor o igual a la media de las puntuaciones de la misma escala obtenida después del tratamiento.

$$H_o: \mu_{EACA-E2} \leq \mu_{EACA-E1}$$

- Hi: La media de las puntuaciones de la Escala de Autoexpresión de Conductas Asertivas de Galassi obtenidas en el post- test del grupo intervenido es mayor a la media de las puntuaciones de la misma escala obtenida en el pre- test.

$$H_i: \mu_{EACA-E2} > \mu_{EACA-E1}$$

5. Población y Muestra.

Este estudio fue realizado en la Fundación Hogar Niñas de la Capital que está ubicado en Chilibre, Las Cumbres. Es una Institución de la Iglesia Episcopal de Panamá que ofrece un hogar temporal o permanente a niñas de 6 a 17 años de edad en situación de riesgo social.

El personal encargado de esta fundación está encabezado por la Directora, Sra. Elba Flores, una secretaria administrativa, Srta. Benny Cedeño, una misionera, Sra.

Susan Williams, un conductor, Sr. Gilberto Reyes, una cocinera y dos monitoras con turnos rotativos.

El concepto de la Fundación es la de proveer un hogar sustituto que conjugue un entorno digno y saludable, que incentive a las niñas a desarrollar habilidades y les ofrece el cuidado y la formación necesaria para su integración en la sociedad como cristianas maduras.

Al momento de ejecutarse la investigación, esta Fundación contaba con 20 niñas cuyas edades oscilaban entre los 7 a 17 años de edad, sin embargo esta cifra puede variar a lo largo del año.

La población a la que se dirigió el Programa Terapéutico Cognitivo-Conductual estuvo constituida por 15 adolescentes del sexo femenino cuyas edades oscilaban entre los 12 años y los 17 años de edad y que viven en la Fundación Hogar Niñas de la Capital.

Para efectos de la selección de la muestra, tomamos en cuenta los siguientes criterios para la inclusión de las participantes en el estudio:

- Nivel de escolaridad: secundaria.
- Rango de edad: 12 años a 17 años de edad.
- Sexo femenino.
- C.I.verbal: alrededor de 80 (con un margen permitido de +5 y - 5 de diferencia)
- Haber pasado por una situación de riesgo social.
- Internas de la Fundación Hogar Niñas de la Capital.

Inicialmente eran doce participantes, pero una se excluyó del programa por no contar con el perfil esperado de la muestra.

Entre los criterios de exclusión se encuentra la presencia de algún trastorno mental y C.I. menor de 80 (con un margen permitido de +5 y -5 de diferencia).

La media de las edades de los participantes fue de 13 años, con una desviación estándar de 1.74 años; la mediana fue 13 años y la moda 13 años: el rango abarcó 5 años con un valor mínimo de 12 años y uno máximo de 17 años.

A continuación se presentan algunas características generales (edad y nivel de escolaridad) de la muestra, al momento de iniciar el Programa, en febrero del 2006.

CUADRO I.
INFORMACIÓN INDIVIDUAL DE CADA UNA DE LAS PARTICIPANTES DEL
ESTUDIO

Sujeto Nº.	Iniciales	Edad	C.I. verbal	CDI	Anamnesis	Personalidad
1	J.H	17	80	12	Trabajo infantil, violencia intrafamiliar, separación de su familia, carencia afectiva.	Responsable, organizada, con deseos de superación. Muestra dificultad para trabajar en equipo.
2	Y.T	16	78	8	Abandonada por ambos padres. Víctima de prostitución, maltrato físico. Fue abandonada por sus cuidadores.	Extrovertida, actúa de manera exagerada ante cualquier percepción de amenaza. Impulsiva, dominante, confusión en su identidad sexual.
3	Y.D.	13	91	14	Hija de una relación extramatrimonial de su madre. Pobreza extrema.	Cooperadora, activa y sociable. Capacidad para analizar, comprender y resolver problemas.
4	J.F.	15	78	12	Pobreza extrema. Ha tenido conflictos en sus relaciones con los demás.	Muestra descontrol de sus emociones. Se le dificulta seguir las reglas y someterse a la autoridad.

5	D.S.	13	87	8	Su padre murió cuando estaba muy pequeña. Pobreza extrema. Su madre vive en Darién.	Tendencia a la introversión. Es reservada, sumisa y no le gusta trabajar en equipo. Confusión en su identidad sexual.
6	B.D.	15	75	23	Mala relación con sus padres. Maltrato verbal por parte de sus padres.	Desinhibida socialmente, impulsiva, expresiva y dominante. No le gusta seguir reglas, es desafiante y agresiva.
7	Y.Mc.	13	100	23	No fue reconocida por su padre. Su madre la dejó en el hogar desde que tenía 4 años. Su madre vive en un área peligrosa.	Expresiva, participativa. Muestra seguridad en sí misma y es competitiva. Puede reaccionar de manera agresiva ante la percepción de amenaza.
8	L.C.	13	91	24	Su papá vendía droga. Presenció muchas peleas entre sus padres.	Sociable y alegre. En ocasiones se muestra con desgano para hacer sus deberes. Es distraída, soñadora e impaciente.
9	G.G.	12	85	9	Por falta de recursos sus padres decidieron dejarla en el Hogar.	Poco sociable, tímida, prefiere trabajar sola. Se le dificulta comunicarse con los demás.

10	R.D.	12	81	11	Pobreza extrema, familia extensa.	Desconfiada, no sigue reglas, desatenta. Indica tener baja autoestima y una imagen negativa de su autoimagen.
11	E.T.	12	92	6	No fue reconocida por su padre. Víctima de abuso físico por parte de su madre. La custodia la tiene su abuela.	Autoritaria, le gusta criticar a los demás. Se dirige de manera ofensiva hacia los demás. Suele ser terca e inconforme. Es conflictiva para trabajar en grupo.
Fuente: Fundación Hogar Niñas de la Capital.						

6. Instrumentos.

Para medir los componentes cognitivos y conductuales de la conducta asertiva, se utilizaron los siguientes instrumentos, respectivamente: La Escala de Actitudes Disfuncionales, de Weissman y la Escala de Autoexpresión de Conductas Asertivas, de Galassi.

a) Escala de Actitudes Disfuncionales – The Disfuncional Attitude Scale (DAS), de Arlene Weissman, 1978.

La Escala original consta de 100 ítems, pero para el presente estudio se utilizó la escala abreviada por el Dr. David Burns, tomada de su libro “Feeling Good”, que consta de 35 ítems. Esta prueba se utilizó con el fin de evaluar patrones erróneos de pensamiento y se aplicó de manera colectiva. (Ver apéndice)

La Escala se divide en 7 categorías, que corresponden a siete sistemas de valores. Se anotan los puntajes correspondientes a cada categoría, y se suman para obtener el puntaje total por categoría. Para esto se utiliza la tabla que se presenta a continuación.

TABLA DE CORRECCION DEL DAS

Sistemas de Valores	Actitudes	Puntajes Individuales	Puntajes Totales
I. Aprobación	Del 1 al 5		
II. Amor	Del 6 al 10		
III. Logros	Del 11 al 15		
IV. Perfeccionismo	Del 16 al 20		
V. Exigencias	Del 21 al 25		
VI. Omnipotencia	Del 26 al 30		
VII. Autonomía	Del 31 al 35		

El puntaje total por categoría oscila entre +10 y -10. Con estos puntajes se elabora un perfil, en el cual se muestran tanto la fortaleza psicológica como la debilidad emocional con respecto a cada una de las categorías. Sin embargo, debido a los requerimientos de la prueba estadística utilizada, fue necesario transformar las puntuaciones para trabajar únicamente con números positivos. Por este motivo, el puntaje total por categoría, para nuestro estudio, oscila entre 5 y 25. A continuación se presenta la interpretación de las puntuaciones, y lo que significa cada categoría.

Arriba están las puntuaciones originales, y debajo, entre paréntesis, las puntuaciones transformadas.

- **Aprobación**

Mide la tendencia a basar la autoestima en cómo las personas reaccionan y piensan con respecto a uno.

De 0 a +10: Indica independencia y un sentido saludable del valor de uno
(de 16 a 25) mismo, aún cuando se le critique y desaprobe.

De -10 a 0: Indica dependencia excesiva; la persona se evalúa a sí misma a
(de 5 a 15) través de los ojos de los demás.

- **Amor**

Mide la tendencia a basar el propio valor en el hecho de si se es amado o no.

De 0 a +10: Indica que la persona ve el amor como deseable, pero tiene una
(de 16 a 25) gama amplia de otros intereses que también la satisfacen.

El amor no es visto como un requisito para la felicidad y la autoestima.

De -10 a 0: Indica que la persona ve el amor como una necesidad, sin el
(de 5 a 15) cual no puede sobrevivir y mucho menos ser feliz.

- **Logros**

Mide los niveles de adicción a alcanzar siempre lo que se desea obtener y de no tolerar el fracaso.

De 0 a +10: Indica que la persona disfruta de la creatividad y la
(de 16 a 25) productividad, pero no las considera necesarias para su autoestima y satisfacción.

De 0 a -10: Indica que la persona es una adicta a alcanzar sus metas.

(de 5 a 15) Depende de su productividad para ser feliz y valorarse a sí misma.

- Perfeccionismo

Mide la tendencia al perfeccionismo.

De 0 a +10: Indica que la persona tiene la capacidad de disfrutar de las (de 16 a 25) experiencias, y no se obsesiona con los resultados. No es necesario que sobresalga en todo, y no siempre tiene que dar lo mejor de sí misma, para sentirse bien.

De 0 a -10: Indica que la persona se exige el perfeccionismo a sí misma; los (de 5 a 15) errores son tabú, el fracaso es peor que la muerte, y aún las emociones negativas son un desastre.

- Exigencias

Mide la tendencia a sentirse “merecedor” de las cosas (éxito, amor, felicidad, entre otras).

De 0 a +10: Indica que la persona no se siente automáticamente (de 16 a 25) “merecedora” de las cosas, así que negocia por lo que quiere y usualmente lo consigue.

De 0 a -10: Indica que la persona se siente “merecedora” de las cosas. (de 5 a 15) Espera y demanda que sus deseos sean satisfechos por otras personas, ya que se lo merece debido a su bondad y su duro trabajo.

- Omnipotencia

Tendencia a verse a uno mismo como el centro de su propio universo y como responsable de todo lo que pasa a su alrededor.

De 0 a +10: Indica que la persona disfruta al saber que no es el centro del

(de 16 a 25) universo. No es responsable de los otros, sólo de sí misma. Por lo tanto, mantiene buenas relaciones interpersonales.

De 0 a -10: Indica que la persona se culpa de manera injusta por las acciones y actitudes negativas de otras personas, quienes no están bajo su control.

- **Autonomía**

Mide la tendencia a la autonomía, es decir, la habilidad de encontrar la felicidad dentro de uno mismo.

De 0 a +10: Indica que los estados de ánimo de la persona dependen de sus pensamientos y actitudes. La persona asume la responsabilidad de sus sentimientos, porque reconoce que los mismos son creados por sus pensamientos.

De 0 a -10: Indica que la persona está convencida de que su potencial para disfrutar de la vida y quererse a sí misma proviene del exterior. Sus estados de ánimo dependen de los factores externos.

Al momento de realizar la revisión bibliográfica de esta investigación, no se encontraron datos relacionados con la confiabilidad y la validez de esta prueba.

b) **Escala de Autoexpresión de Conductas Asertivas, de Galassi.**

Es un instrumento de autoreporte subjetivo que consta de 50 ítems. En cada uno se presenta una situación interpersonal en la que puede existir cierto grado de dificultad. Se pretende medir tres aspectos de la conducta asertiva: positiva (expresión de sentimientos de amor, afecto admiración y aprobación), negativa

(expresión de sentimientos justificados de ira, disgusto y molestia) y de autonegación (excesiva defensa, exagerada ansiedad interpersonal e interés por otros). (Ver apéndice)

Esta escala puede ser autoadministrada por cada uno de los sujetos. La persona deberá elegir una alternativa entre las cinco que se le presentan (formato de Likert).

En donde:

1 = casi siempre o siempre

2 = usualmente

3 = a veces

4 = raramente o de vez en cuando

5 = nunca o casi nunca

Para la evaluación de esta escala, cada sujeto obtiene un puntaje total que fluctúa entre 1 que es el puntaje mínimo y 250 que es el puntaje máximo de asertividad.

Para la obtención de dicho puntaje total, se suman los puntajes parciales de los enunciados (ítems), tomando en consideración que se tienen que invertir los puntajes de los ítems siguientes: 6, 8, 9, 11, 13, 15, 16, 19, 20, 22, 23, 25, 26, 27, 30, 31, 35, 36, 40, 41, 42, 43, 45, 46, 48 y 49.

Al momento de realizar la revisión bibliográfica de esta investigación, la única información sobre la confiabilidad y la validez de esta prueba fue la encontrada en la tesis de González, Richaud y Silva (1988).

Se utilizaron cuatro muestras de estudiantes para obtener los datos de normalización: dos muestras de la Universidad de Virginia Oeste (91 estudiantes de primer año y 47 de cursos superiores) y dos muestras del Colegio de Profesores Fairmont State College (41 estudiantes de cursos elementales y 82 de cursos secundarios).

Los datos de confiabilidad test-retest fueron escogidos de las dos primeras muestras; el intervalo entre test y el retest fue de dos semanas. Se utilizó el Coeficiente de Correlación Producto-Momento de Pearson para realizar el análisis estadístico; el coeficiente fue de 0.89 para la primera muestra y 0.90 para la segunda.

Para esta Escala se utilizaron dos tipos de validación: de constructo y concurrente. Para establecer la validez de constructo, se correlacionará esta Escala con las 24 escalas de la lista de adjetivos de Goug, y para establecer la validez concurrente se correlacionaron las puntuaciones de esta Escala obtenidas por la muestra combinada de los estudiantes del Fairmont State College con las puntuaciones de los superiores de éstos.

7. Procedimiento.

- Solicitamos permiso a la directora de la Fundación Hogar Niñas de la Capital, la Lcda. Elba Flores para poder realizar el estudio en una muestra de las niñas y jóvenes que viven en dicho lugar. Una vez que el permiso fue concedido, pedimos una lista de todas las habitantes de ese Hogar para evaluar las que pudiesen participar en el programa. Inicialmente se le habló a la directora de tener dos grupos, uno experimental y otro control con las jóvenes que coincidiesen con el perfil del estudio, sin embargo no fue aceptada esa sugerencia por cuestiones de tiempo y sobre todo por el interés de la directora de que todas las adolescentes aprovecharan el programa.
- Se convocó una reunión con las participantes seleccionadas, según los criterios de inclusión, y se les explicó en qué consistía el proyecto, cuáles serían los objetivos, los beneficios que les proporcionaría y las condiciones en que se

realizarían las actividades. La aprobación para la participación del estudio la dio la directora de la Fundación como representante, por ser estas jóvenes menores de edad.

- Primeramente se realizó una evaluación psicológica individual a cada participante. Se realizó una historia clínica, de manera individual, con el propósito de recabar la mayor cantidad de información acerca de cada una de las adolescentes del estudio. La historia clínica estuvo conformada por preguntas referentes a diferentes aspectos: datos generales, desarrollo físico y emocional, relaciones interpersonales, sexualidad y escolaridad, entre otras. Este cuestionario fue elaborado en base al Cuestionario de la Terapia Multimodal. (Ver apéndice)

Además se aplicó la prueba de Inteligencia de Wechsler, WISC III (Escala Verbal) y el Inventario de Depresión para niños.

El propósito de la evaluación psicológica fue para conocer la historia de las participantes, hacer una breve descripción de sus personalidades, detectar trastornos a través de la entrevista y de la prueba de depresión, y finalmente conocer su coeficiente intelectual para garantizar la comprensión del programa.

- Se aplicaron las pruebas, de manera colectiva, con el fin de obtener las mediciones pre tratamiento, en el siguiente orden:

Escala de Actitudes Disfuncionales, de Weisman (DAS)

Escala de Autoexpresión de Conductas Asertivas, de Galassi

- Se acordó el horario del programa, tomando en cuenta la disponibilidad del grupo. Se aplicó el programa, el cual consta de doce sesiones de dos horas cada una de duración.

- Una vez finalizado el programa, esperamos a que transcurriera un mes y medio para aplicar nuevamente las pruebas administradas antes de iniciar el tratamiento, para obtener las mediciones post-tratamiento con el fin de evaluar los resultados obtenidos. Tomando en cuenta estas evaluaciones y los resultados, procedimos a realizar los cálculos de estadística.
- El siguiente cuadro muestra el cronograma de trabajo, distribuido en las diversas actividades y el mes en que fueron desarrolladas.

CUADRO II. CRONOGRAMA DE TRABAJO

<i>Mes</i>										
	<i>Enero</i>	<i>Febrero</i>	<i>Marzo</i>	<i>Abril</i>	<i>Mayo</i>	<i>Junio</i>	<i>Julio</i>	<i>Agosto- Octubre</i>	<i>Noviembre</i>	
Actividad										
Confección del anteproyecto	■	■								
Entrega del anteproyecto		■								
Trámite de permisos		■								
Escogencia de los candidatos		■								
Entrevistas clínicas		■								
Aplicación del pre-test		■								

Primera- Octava Sesión								
Novena – Doceava S.								
Aplicación del post-test								
Cálculos estadísticos								
Elaboración de tesis								
Entrega de tesis								

8. Programa Terapéutico Cognitivo-Conductual para el manejo de la asertividad.

A. Introducción al programa terapéutico

1. Objetivo General

- a. Establecer rapport con el grupo experimental.
- b. Informar al grupo los objetivos de la terapia asertiva en grupo.
- c. Explicar a las participantes en que consiste la conducta asertiva.

2. Actividades

a. Presentación de la terapeuta

a.1 Objetivo

- Establecer un rapport con las participantes del grupo.
- Proporcionar información pertinente sobre la terapeuta a las participantes.
- Expresar la motivación de la terapeuta para la realización de esta investigación.

3. Descripción del programa

a. Objetivos

- Proporcionar una información general del programa para facilitar la participación de las participantes.
- Informar al grupo sobre las técnicas y los procedimientos que serán utilizados.
- Explicar los objetivos del programa. Se le dijo al grupo:

“La formación de este grupo tiene como finalidad, el enseñar a manifestar sus emociones, sentimientos, pensamientos, deseos, ideas, creencias y demás...tanto positivas como negativas, sin trasgredir los derechos de los demás, de tal forma que

sea socialmente aceptado, y que le permita sentirse bien consigo mismo y con las otras personas”.

a.1 Encuadre

Se les planteó:

“La aplicación del procedimiento terapéutico consta de doce sesiones de dos horas cada una, reuniéndonos dos veces semanalmente. Se trabajará en parejas, y la terapeuta estará supervisando las tareas que se le asignen”

a.2 Técnicas y ejercicios

Se le dijo al grupo:

“El entrenamiento que vamos a darles consta de técnicas diversas que harán posible el logro de los objetivos. Tales técnicas son:

- Ejercicios en pareja, en grupos e individuales.
- Ejercicios de autoconocimiento
- Ejercicios de autoconocimiento corporal.
- Discusiones y comentarios en grupos, que se realizarán después de los ejercicios.
- Realización de las actividades realizadas.
- Aplicación de pruebas: Se les aplicará dos cuestionarios, en dos ocasiones, con el fin de poder obtener una medición pre y post – test, las cuales permitirán obtener una mayor información sobre sus conductas asertivas.

a.3. Presentación de las integrantes del grupo

Facilitar un conocimiento adecuado de sí mismo y de los sujetos del grupo.

Procedimiento:

- Se le entregará a cada una de las participantes un gafete con su respectivo nombre (incluyendo la terapeuta).

- Iniciando con la terapeuta, dirán su nombre, edad y algunos datos personales como gustos y pasatiempos.
- A continuación una a una, tomarán un papel de una cajeta, el cual tendrá escrito el nombre de sus compañeras, con lo que deberá repetir la información que fue dada por ésta.

b. Contrato

b.1 Plantear las normas que guiarán el funcionamiento de la terapia.

Procedimiento:

“Para llevar a buen término este programa debemos comprometernos a ciertas normas”.

- Discreción:

“Todo lo que suceda dentro de la sesión terapéutica, no deberá ser comentado fuera de la sesión con personas ajenas al grupo y tampoco en su grupo fuera de las reuniones, para no alterar los resultados de la investigación.”

- Centrarse en la sesión:

“Basarse en las actividades que se están realizando en la sesión con el propósito de evitar distracciones”

-No hacer subgrupos durante las sesiones:

“Para no distraer la atención de los demás miembros del grupo”.

-Asistencia a todas las sesiones:

“La asistencia de todas las participantes del grupo es de suma importancia para que se realicen los objetivos planteados”.

- Puntualidad:

“Se requiere respeto al inicio y término del horario de las sesiones”.

- Durante las sesiones no estará permitido fumar, beber, ni comer.
- Cumplimiento de las tareas
- Es importante recordar siempre que en los ejercicios cuando se habla de contacto físico (caricias, demostración de afecto, abrazos y demás), se trata de expresión de sentimientos y no de demostraciones de tipo sexual.

4. Metas individuales

a. Objetivos

Motivar a las participantes para que tengan una participación activa.

a.1 Procedimiento

Instrucciones al grupo:

“Manifiesten cuales son las metas que desean alcanzar en este programa”

5. Ejercicios grupales

a. Identificación con un objeto

a.1 Objetivo

Facilitar el rapport y la autoobservación de cada una de las participantes frente a sus compañeras.

a.2 Procedimiento

Instrucciones al grupo:

“Cada una de ustedes buscará en esta habitación algún objeto que les llame la atención por cualquier motivo, acérquese a él, observen sus características, descubran su forma y textura. Ahora vamos a hacer un juego, queremos que cada una de ustedes se imagine que son ese objeto. Siendo ese objeto, descubran cómo se sienten con esa forma; en esa posición; que función tienen, para qué sirven siendo ese objeto... les molesta algo de él, les gustaría cambiar alguna cosa, sea el tamaño, la forma, el

colorido...cuál es su relación con el resto de los objetos de esta habitación, se sienten cómodas, incómodas, aisladas...siendo ese objeto que se imaginan que les pueda pasar en el futuro...seguirán cumpliendo su misión, dejarán de hacerla.. Ahora nos reuniremos en grupo para conversar acerca de esta experiencia”.

Cierre:

- Se les pidió a cada uno que cuente su experiencia, repitiendo en forma breve las preguntas de reflexión. Además se les preguntó a cada miembro del grupo: ¿Crees que todo esto tiene algo que ver contigo?, cuál crees que era el objetivo de este ejercicio?
- La discusión se cierra con la idea de que todos ponemos parte nuestra en lo que vemos y hacemos. Así, cada uno se identifica con objetos diferentes y aún cuando haya sido el mismo, será distinta la aproximación.

6. Tarea

a. Objetivo

- Desarrollar una mayor capacidad en la conducta de auto-observación para aplicarla así en la vida diaria.
- Obtener mayor conocimiento de las deficiencias que experimentan los miembros del grupo por su déficit en la conducta asertiva.

b. Procedimiento

Instrucciones al grupo:

“Después de aclarar dudas e intercambiar opiniones sobre la conducta asertiva y lograr un mayor dominio del concepto, se les pidió que confeccionaran un registro semanal sobre sus dificultades asertivas. Para la confección del registro es necesario que cada participante, lo elabore en base a todas las conductas que realice durante el

día, así podrá llevar un control detallado de sus comportamientos durante toda la semana, a fin de identificar las conductas asertivas y no asertivas.

Para aumentar la cohesión en el grupo y contar con un agente fuera de las sesiones que colabore en este proceso, se establecerá un sistema de socios, para que los miembros tengan con quién intercambiar sus experiencias sociales en su medio. Para esto, hay que asignar un miembro de un grupo específico a otro distinto que funcione como socio o amigo fuera de la sesión.

PRIMERA FASE EXPERIMENTAL

Esta fase consta de tres sesiones dirigidas a trabajar exclusivamente la conducta asertiva a través de procedimientos cognitivos estructurados en la frecuencia siguiente:

B. Primera sesión terapéutica

1. Objetivos Generales.

- Definir el concepto de creencias personales y su relación con la conducta asertiva.
- Dar ejemplos de creencias personales.

2. Actividades.

a. Revisión de la tarea

a.1 Objetivo

Modelar y reforzar la auto-observación, para facilitar la elaboración de un plan de cambio.

Reconocer las dificultades de la conducta asertiva que experimentan las participantes del grupo para iniciar el trabajo con mayor conocimiento.

Aumentar la cohesividad e intimidad del grupo fuera de las sesiones y lograr mayor seguimiento de las ideas planteadas en el mismo, fuera de éste.

a.2. Procedimiento

Se discute acerca de la experiencia vivida en la sesión anterior. La discusión se centra en preguntas tales como: qué les pasó? Qué descubrieron? Qué dificultades experimentaron? Qué conductas fueron observadas frecuentemente al realizar el registro de conducta?

Compartir con el grupo, la experiencia vivida en relación con el sistema de socios fuera de las sesiones.

b. Explicar el concepto de creencias personales

b.1 Objetivo

Dominio del concepto de creencias personales y observar cómo influyen en la conducta diaria.

b.2 Procedimiento

Aaron Beck, habló de los ESQUEMAS COGNITIVOS EN FORMA DE CREENCIAS PERSONALES (llamados también reglas personales o supuestos personales). Están relacionados con los esquemas cognitivos tempranos, a veces como reglas "prohibitivas" que impiden recordar y revivir las experiencias reales vividas almacenadas en la memoria. (Bethancourt, 2004) Las distorsiones cognitivas a las que Beck hace referencia son:

1. FILTRAJE O ABSTRACCION SELECTIVA: Consiste en seleccionar en forma de "visión de tunel" un solo aspecto de una situación, aspecto que tinte toda la interpretación de la situación y no se percata de otros que lo contradicen. Una persona se encuentra con un amigo y hablan de muchos temas agradables, sin embargo

discuten de un tema, y al marcharse a casa se siente irritado pensando en las críticas de aquel hacia sus ideas, olvidando los otros temas agradables compartidos. Se filtra lo negativo, lo positivo se olvida. Palabras claves para detectar esta distorsión son: "No puedo soportar esto", "No aguanto que...", "Es horrible", "Es insoportable".

2. **PENSAMIENTO POLARIZADO:** Consiste en valorar los acontecimientos en forma extrema sin tener en cuenta los aspectos intermedios. Las cosas se valoran como buenas o malas, blancas o negras, olvidando grados intermedios. Por ejemplo un chico que recibe un no al invitar a una chica piensa: "Solamente me pasan cosas malas". Otra persona que no encuentra trabajo piensa: "Soy un incompetente e inútil". Palabras claves para detectar esta distorsión son todas aquellas que extreman las valoraciones olvidando los grados intermedios y matices. Ejemplos: "Fracasado", "Cobarde", "Inútil", etc.

3. **SOBREGENERALIZACION:** Esta distorsión del pensamiento consiste en sacar una conclusión general de un solo hecho particular sin base suficiente. Por ejemplo una persona que busca trabajo y no lo encuentra y concluye: "Nunca conseguiré un empleo". Otra persona que se siente triste y piensa: "Siempre estaré así". Palabras claves que indican que una persona está sobregeneralizando son: "Todo..Nadie..Nunca..Siempre..Todos..Ninguno".

4. **INTERPRETACION DEL PENSAMIENTO:** Se refiere a la tendencia a interpretar sin base alguna los sentimientos e intenciones de los demás. A veces, esas interpretaciones se basan en un mecanismo llamado proyectivo que consiste en asignar a los demás los propios sentimientos y motivaciones, como si los demás fueran similares a uno mismo. Por ejemplo una persona nota como la miran unos extraños y piensa: "Se que piensan mal de mi". Otra persona está esperando a otra en una cita y esta tarda cinco minutos y sin mediar prueba alguna, se le viene a su

cabeza: "Se que me está mintiendo y engañando". Palabras claves de esta distorsión son: "Eso es porque..", "Eso se debe a..", "Se que eso es por...".

5. VISION CATASTROFICA: Consiste en adelantar acontecimientos de modo catastrofista para los intereses personales, en ponerse sin prueba alguna en lo peor para uno mismo. Por ejemplo una persona esta viendo la estadística de accidente de trafico por la televisión y se le pasa por la cabeza: "Y si me ocurriera a mi". Otra oye la noticia de que una persona perdió el control y se suicidó, y piensa: "¿Y si me ocurre a mi igual?". La palabra clave que suele indicar esta distorsión suele ser: "¿Y si me ocurre a mi... tal cosa?".

6. PERSONALIZACION: Consiste en el habito de relacionar, sin base suficiente, los hechos del entorno con uno mismo. Por ejemplo: Un tipo de personalización consiste en el habito de compararse con otras personas de manera frecuente: "Soy menos sociable que Ana", "A el le hacen caso pero no a mi". Palabras claves son: "Lo dice por mi", "Hago esto mejor (o peor) que tal".

7. FALACIA DE CONTROL: Consiste en como la persona se ve a si misma de manera extrema sobre el grado de control que tiene sobre los acontecimientos de su vida. O bien la persona se suele creer muy competente y responsable de todo lo que ocurre a su alrededor, o bien en el otro extremo se ve impotente y sin que tenga ningún control sobre los acontecimientos de su vida. Ejemplos: "Si otras personas cambiaran de actitud yo me sentiría bien", "Yo soy el responsable del sufrimiento de las personas que me rodean". Palabras claves son: "No puedo hacer nada por..", "Solo me sentirte bien si tal persona cambia tal", "Yo soy el responsable de todo.."

8. FALACIA DE JUSTICIA: Consiste en la costumbre de valorar como injusto todo aquello que no coincide con nuestros deseos. Una persona suspende un examen y sin evidencia piensa: "Es injusto que me hayan suspendido". Otra piensa sobre su

pareja: "Si de verdad me apreciara no me diría eso". Palabras claves son: "¡No hay derecho a..", "Es injusto que..", "Si de verdad tal, entonces...cual".

9. RAZONAMIENTO EMOCIONAL: Consiste en creer que lo que la persona siente emocionalmente es cierto necesariamente. Si una persona se siente irritado es porque alguien ha hecho algo para alterarle, si se siente ansioso es que hay un peligro real, etc.. Las emociones sentidas se toman como un hecho objetivo y no como derivadas de la interpretación personal de los hechos. Las palabras claves en este caso son: "Si me siento así.. es porque soy/ o a ocurrido.."

10. FALACIA DE CAMBIO: Consiste en creer que el bienestar de uno mismo depende de manera exclusiva de los actos de los demás. La persona suele creer que para cubrir sus necesidades son los otros quienes han de cambiar primero su conducta, ya que creen que dependen solo de aquellos. Por ejemplo un hombre piensa: "La relación de mi matrimonio solo mejorará si cambia mi mujer". Las palabras claves son: "Si tal cambiara tal cosa, entonces yo podría tal cosa".

11. ETIQUETAS GLOBALES: Consiste en poner un nombre general o etiqueta globalizadora a nosotros mismos o a los demás casi siempre designándolos con el verbo "Ser". Cuando etiquetamos globalizamos de manera general todos los aspectos de una persona o acontecimiento bajo el prisma del ser, reduciéndolo a un solo elemento. Esto produce una visión del mundo y las personas estereotipada e inflexible. Por ejemplo: Una hombre cada vez que tenía ciertas dificultades para hablar con una mujer que le agradaba, se decía, "Soy tímido, por eso me pasa esto". Las palabras claves son: "Soy un", "Es un", "Son unos..".

12. CULPABILIDAD: Consiste en atribuir la responsabilidad de los acontecimientos bien totalmente a uno mismo, bien a otros, sin base suficiente y sin tener en cuenta otros factores que contribuyen a los acontecimientos. Por ejemplo una madre cada vez

que sus hijos alborotaban o lloraban tendía a irritarse con ellos y consigo misma echándose la culpa de no saber educarlos mejor. Otra persona que estaba engordando culpaba a su cónyuge por ponerle alimentos demasiado grasos. Otra característica de la culpa es que a menudo no lleva a la persona a cambiar de conducta sino solo a darle vueltas a los malos actos. En este caso las palabras claves aparecen en torno a : "Mi culpa", "Su culpa", "Culpa de..".

13. LOS DEBERIAS: Consiste en el hábito de mantener reglas rígidas y exigentes sobre como tienen que suceder las cosas. Cualquier desviación de esas reglas u normas se considera intolerable o insoportable y conlleva alteración emocional extrema. Algunos psicólogos han considerado que esta distorsión esta en la base de la mayoría de los trastornos emocionales. Ejemplos de este caso son: Un medico se irritaba constantemente con los pacientes que no seguían sus prescripciones y pensaba: "Deberían de hacerme caso"; eso impedía que revisara sus actuaciones o explorara los factores que podían interferir en el seguimiento de sus indicaciones. Las palabras claves como puede deducirse son: "Debería de..", "No debería de..", "Tengo que..", "No tengo que..", "Tiene que..". Albert Ellis, uno de los terapeutas cognitivos más eminentes, llama a este habito "Creencias Irracionales" y las contrapone a las "Creencias Racionales" caracterizadas por lo que la persona desea o prefiere respecto a sus objetivos o metas. Afirma que los deberías producen emociones extremas y trastornos y los deseos personales derivados de las creencias racionales pueden producir malestar cuando no se consiguen, pero no de manera extrema como las exigencias de los "Deberías", que además nos aleja de conseguir nuestros objetivos al marcarnos solo un camino rígido.

14. TENER RAZON: Consiste en la tendencia a probar de manera frecuente, ante un desacuerdo con otra persona, que el punto de vista de uno es el correcto y cierto. No

importa los argumentos del otro, simplemente se ignoran y no se escuchan. Una pareja discutía frecuentemente por la manera de educar a los hijos, cada uno se decía: "Yo llevo razón, el/ella esta equivocado" y se enredaban en continuas discusiones con gran irritación de ambos. No llegaban a ningún acuerdo tan solo era una lucha de poder, de sobresalir con su razón particular. Las palabras claves que denotan esta distorsión son: "Yo llevo razón", "Se que estoy en lo cierto el/ella esta equivocado".

15.FALACIA DE RECOMPENSA DIVINA: Consiste en la tendencia a no buscar solución a problemas y dificultades actuales suponiendo que la situación mejorará "mágicamente" en el futuro, o uno tendrá una recompensa en el futuro si la deja tal cual. El efecto suele ser el acumular un gran malestar innecesario, el resentimiento y el no buscar soluciones que podrían ser factibles en la actualidad. Una mujer toleraba que su marido llegara bebido a altas horas y diera voces. Ella se decía: "Si aguanto el día de mañana se dará cuenta de lo que hago por el". Sin embargo iba acumulando gran ira y respondía de manera indirecta a su malestar cuando su pareja le solicitaba relación sexual y ella se oponía por "estar cansada y con dolor de cabeza". En este caso las palabras claves que indican esta distorsión son: "El día de mañana tendré mi recompensa", "las cosas mejoraran en un futuro". (Bethancourt, 2004)

Después de leerlas y explicarlas, se les dijo:

“Ahora se distribuyen en tres grupos y discuten las creencias personales e identifican las que más les afectan en su vida diaria”

c. Tarea

c.1. Objetivo

- Obtener mayor destreza en el manejo y en la identificación de creencias personales

c.2. Procedimiento

- Después que identificaron las creencias personales en la discusión que hicieron en grupos pequeños, se les pidió a las integrantes del grupo que trabajaran en el tema de la relación existente entre, las ideas irracionales que identificaron la conducta asertiva.

C. Segunda sesión terapéutica

1. Objetivo general.

- Introducir el concepto de ideas reiterativas disfuncionales al grupo, para lograr el dominio de este aspecto y así poder reconocer cómo interfieren en el adecuado desenvolvimiento de la vida diaria.
- Instruir al grupo sobre el uso de la técnica de “detención del pensamiento”
- Explicar los conceptos que están relacionados con el proceso de comunicación.
- Identificar las diversas formas de comunicación que se utilizan en la vida diaria.

2. Actividades.

a. Revisión de la tarea

a.1. Objetivo

Que hagan un reconocimiento de las creencias personales utilizadas en su comportamiento y compartirlo con el resto del grupo.

a.2. Procedimiento

Se les pedirá al grupo que se sienten en círculo, y que cada miembro comente al resto las situaciones que vivenciaron y que expresen cuáles de las creencias personales identificaron con más frecuencia; y cómo éstas afectan su conducta asertiva.

b. Explicar el concepto de las ideas reiterativas disfuncionales.

b.1 Objetivo

Dominar el concepto de las ideas reiterativas disfuncionales y observar como afectan la conducta.

b.2 Procedimiento

Las ideas reiterativas disfuncionales son aquellas que nos repetimos constantemente y nos producen angustia, son aquellos pensamientos negativos obsesivos, que pareciera que nos controlan, ideas que nos dan vueltas, que pareciera que nos dominan.

c. Discutir los conceptos que están relacionados con la comunicación.

c.1. Objetivos.

- Explicar el concepto de comunicación, incluyendo elementos tales como el lenguaje directo, indirecto, honesto, deshonesto, clave contradictoria y otros.
- Dar ejemplos de las diferentes formas de lenguaje que se utilizan y su relación con la asertividad.

c.2. Procedimiento

Se le dirá al grupo lo siguiente: “las personas se comunican con el propósito de expresar a los demás información, sentimientos, demandas o argumentos.

La comunicación nos permite enviar y recibir mensajes informativos que nos permiten tener cierto control sobre nuestro medio. Comunicación no es sólo hablar; cuando nos comunicamos intentamos influir en la otra persona, transmitiendo nuestros pensamientos y conocimientos. Tratamos que quien nos escuche, nos comprenda”.

“ Por lo general nuestros problemas en comunicación consisten en: hallar modos de expresarnos adecuadamente, encontrar las frases y las palabras apropiadas; evitar aquellas que causarían a los demás una impresión equivocada y procurar que nuestros mensajes comuniquen cosas que nos interesan. Nos percatamos de estos problemas cada vez que nos esforzamos por hallar los términos adecuados para describir nuestros

sentimientos o cuando escuchamos a otra persona que se expresa mejor que nosotros. Esto nos sugiere que estamos ofreciendo una imagen de nosotros mismos que no está a la altura de la que nos gustaría brindar”.

La comunicación incluye todas las señales verbales que no son palabras, como por ejemplo: la velocidad, el volumen, el tono y la calidad de la vocalización, así como cualquier exclamación corriente de significado (ah, eh), tos, suspiros y pausas.

Nos comunicamos por medio del lenguaje verbal y no verbal que incluye gestos, expresiones, posturas corporales, contacto visual. Muchas veces estos elementos son los que nos dan el sentido real del mensaje. Por eso es importante tomar en cuenta los elementos de la comunicación no verbal, para obtener una buena comunicación y lograr así los objetivos planteados.

Existen diferentes tipos de comunicación los cuales explicaremos a continuación:

- Comunicación directa: Es aquella comunicación donde las personas se atreven a decirle a los demás lo que realmente desean (positivo o negativo), de una manera directa o decidida; es decir, sin rodeos, sin intermediarios (cara a cara).
- Comunicación indirecta: Es aquella comunicación donde las personas no se atreven a decirle a las demás personas lo que realmente quieren en forma directa (fundamental), y muchas veces buscan a otra persona para que exprese o diga lo que ellos realmente quieren expresar.
- Comunicación honesta: Es aquella comunicación donde le decimos a la otra persona lo que realmente pensamos y sentimos en ese momento (ya sea positivo o negativo).
- Comunicación deshonesta: Es aquella comunicación donde no le expresamos a la otra persona lo que realmente se piensa y se siente en ese momento.

- Clave contradictoria: Es aquella comunicación donde nosotros tenemos mensajes a transmitir (lo que pensamos, sentimos o hacemos) y enviamos otro (verbal o corporal) que se contrapone a lo que realmente es el mensaje que estamos transmitiendo.

ch. Aplicar la detención de pensamiento a las ideas irracionales trabajadas en la sesión anterior.

ch. 1. Objetivos.

Conseguir que las participantes usen la técnica del “paro de pensamiento” en las creencias personales y en las ideas reiterativas disfuncionales que se experimenten.

ch.2. Procedimiento.

La terapeuta le aplicará, a una participante, el paro del pensamiento, de forma tal que cada participante adquiriera la técnica a través de la demostración y discutan o pregunten sobre su aplicación.

Luego, cada sujeto pasará por la experiencia de aplicar el procedimiento a otro miembro del grupo, supervisado por la terapeuta.

d. Tarea

d.1. Objetivo

- Identificar las ideas reiterativas disfuncionales que experimentan con más frecuencia.
- Identificar las formas de comunicación más usuales en su vida cotidiana.
- Desarrollar la capacidad de usar la técnica de paro de pensamiento.
- Incrementar la capacidad de trabajar con las creencias personales agregando el paro de pensamiento.

d.2. Procedimiento

Se le pide al grupo que sigan trabajando las creencias personales que se les explicó en la sesión anterior y que practiquen la técnica del paro del pensamiento para que

aprendan a controlar sus ideas reiterativas disfuncionales y que modifiquen sus formas inadecuadas de comunicación.

SEGUNDA FASE EXPERIMENTAL

En esta faceta de nuestra investigación daremos inicio a la segunda fase experimental, en la cual se introducirán procedimientos conductuales y está compuesta por ocho sesiones estructuradas de la siguiente manera: se realizarán ejercicios de soltura corporal, luego se intercambiarán todas las experiencias relacionadas con sus conductas y dificultades asertivas. En algunas sesiones utilizaremos la relajación de Jacobson, luego se aplicarán los procedimientos terapéuticos a la situación escogida, después se hará el ejercicio grupal y en algunas sesiones se les deja una tarea.

Las situaciones que utilizaremos en la aplicación de los procedimientos terapéuticos se elegirán de las pruebas aplicadas a los miembros cuya puntuación es alta.

CH. Tercera Sesión terapéutica.

1. Objetivos Generales:

- Resumir e integrar todos los conceptos discutidos en las sesiones anteriores, para dar por terminado la parte cognitiva de este entrenamiento.
- Introducir al grupo en el uso de la técnica de relajación de Jacobson.
- Trabajar la soltura corporal de las participantes del grupo con ejercicios físicos.
- Incorporar el uso de los procedimientos terapéuticos en la sesión.

2. Actividades:

- a. Revisión de la tarea

a.1 Objetivo

- Comentar las formas de comunicación más utilizadas en su comportamiento habitual

a.2. Procedimiento

- Se le indica al grupo que se sienten en círculo y que cada una de ellas le digan a sus compañeras las experiencias que han tenido durante la semana.
- Al mismo tiempo deben expresar si lograron reconocer las diversas formas de comunicación y como afectan la conducta asertiva.

b. Retomar los conceptos de asertividad

b.1. Objetivo

- Reforzar los conceptos que se han discutido en las sesiones anteriores.

b.2. Procedimiento

- Se le pedirá a las participantes que comenten los conceptos discutidos en las sesiones anteriores, para que así puedan aclarar las dudas que tengan y logren un mayor afianzamiento en los temas discutidos.
- Se realizará una integración de todos los conceptos tratados y su relación con las conductas emitidas en su vida diaria.

c. Ejercicios de soltura corporal: LA BATIDORA

c.1. Objetivos

- Facilitar que las participantes se integren al desarrollo de la sesión.
- Lograr que las participantes del grupo se conecten con la sensación de su cuerpo.

c.2. Procedimiento

- Cada miembro del grupo deberá ponerse de pie y se les pide que realicen movimientos parecidos a los de una batidora, como si una corriente eléctrica, recorriera todo su cuerpo. Se les dice que produzcan sonidos a la vez que están

moviéndose y con esto se permitan eliminar todas las tensiones que tengan acumuladas.

ch. Intercambiar experiencias relacionadas con su conducta social y dificultades asertivas,

ch.1. Objetivos

- Brindarles la oportunidad que compartan las experiencias relacionadas con su conducta social y dificultades asertivas.
- Incrementar la comunicación entre los miembros del grupo de sus conductas sociales y asertivas fuera del grupo.

ch.2. Procedimiento

“Se le pide al grupo que se sientan en un círculo, a fin que cada una pueda exponer su comportamiento en relación a su interacción con sus padres, hermanos, amigos, compañeros y otros; de manera que puedan discriminar el comportamiento asertivo y no asertivo que utilizan en su vida diaria; esto con la participación de la terapeuta para aumentar la capacidad de auto-observación de dichas conductas”.

d. Ejercicio grupal corporal: RELAJACIÓN DE JACOBSON (brazos y rostro)

d.1. Objetivos.

- Estimular a las integrantes del grupo para que se relajen corporal y mentalmente utilizando una serie secuencial de ejercicios físicos.
- Disminuir el stress, tensando y relajando grupos musculares, incluyendo respiración profunda.
- Aprender a estar más sensibles a los aumentos de los niveles de tensión, antes que ésta produzca dolor, tomando conciencia de la sensación de relajación muscular.

d.2. Procedimiento

- Hacer completa la relajación de Jacobson.

e. Aplicar los procedimientos terapéuticos requeridos en cada situación.

e.1. Objetivo

- Permitir que las participantes experimenten conductas problemáticas, con la aplicación de técnicas necesarias. Estas situaciones serán extraídas de los cuestionarios aplicados. Ellas están entre las situaciones que presentan más dificultades para las participantes.

e.2. Procedimiento

- Se les pide a las participantes que se sienten en una posición cómoda, cierran sus ojos, respiren desde su bajo vientre, conectándose consigo mismas.

“Ahora imagínense lo más vívidamente posible que han salido de compras, estás corriendo los almacenes de la central, estás mirando toda la ropa que tienen en exhibición, en este momento ves un pantalón que te gusta. Entrás al almacén y te lo pruebas, te gusta mucho y decides comprarlo, vas a la caja y pagas, cuando sales del almacén te das cuenta que te dieron mal el cambio. Tú regresas, entras a la tienda y reclamas tu dinero”.

Una vez terminado el ejercicio de imaginación, se pide una voluntaria, que desee trabajar esa situación, o se elige una persona que haya respondido con dificultad en esta situación, en los cuestionarios aplicados. Al resto del grupo se le pide que observen cómo se produce la acción cómo perciben a cada participante y que se imaginen qué harían ellas en esa misma situación.

Consideración final:

Introducimos procedimientos tales como: instrucciones, modelamiento, ensayo conductual, refuerzo social, para modificar la conducta no asertiva presentada en el role-playing.

f. Ejercicio grupal: EXPRESIÓN VERBAL DE SENTIMIENTOS POSITIVOS.

f.1. Objetivo

- Enseñar a los miembros del grupo a expresar verbalmente sus sentimientos positivos.

f.2. Procedimiento

Instrucciones al grupo:

“Ahora siéntense en círculo, cada una va a pasar al centro y se va a colocar frente a cada persona y le va a expresar verbalmente un sentimiento positivo. No se limiten, permítanse expresar lo que sienten en este momento. La persona que recibe no deberá corresponder, deberá permanecer en silencio”

Al terminar la experiencia le pedimos al grupo que cierren sus ojos, que se conecten con las sensaciones que experimentaron, cómo se sintieron al dar y al recibir, qué les gustó más, dar o recibir, cómo se sintieron al no poder expresar nada al momento que recibían.

D. Cuarta sesión terapéutica

1. Objetivos generales

- Entrenar al grupo en el uso de la técnica de Relajación de Jacobson.
- Continuar con el uso de los ejercicios de soltura corporal.
- Continuar con la aplicación de los procedimientos terapéuticos.

- Mostrar a las participantes que hay diversas formas de expresar sus derechos en una relación con otras personas.

2. Actividades

a. Ejercicios de soltura corporal: EL ARQUERO

a.1. Objetivo

- Igual a la sesión tercera.

a.2. Procedimiento

- Le pedimos a las integrantes del grupo que se pongan de pie, dejando espacio entre cada uno para realizar el ejercicio. Separen sus piernas, levanten sus brazos hacia arriba, bajen la cabeza doblando el tronco, cuerpo arqueándolo hacia el lado derecho y botan el aire desde sus pulmones. Luego se hace lo mismo con el lado izquierdo. Se repite dos o tres veces para cada lado.

b. Intercambiar experiencias relacionadas con la conducta social y dificultades asertivas.

b.1 Objetivos.

- Igual a la sesión tercera.

b.2. Procedimiento

- Igual a la sesión tercera.

c. Ejercicio grupal corporal: RELAJACIÓN DE JACOBSON (completa)

c.1. Objetivo.

- Ver anexo sobre técnica de Relajación de Jacobson.

ch. Aplicar los procedimientos requeridos en cada situación.

ch.1. Objetivos

- Practicar las situaciones asertivas elegidas para trabajar en esta situación.

ch.2. Procedimiento

- Igual a la sesión tercera.

“Ahora, imagínense lo más vívidamente posible, que has salido varias veces en un grupo de amigos donde has conocido a un muchacho que te cae muy bien y con quien tienes muchas cosas en común. Cada día esa persona te gusta más. Decides decírselo ahora y pedirle que salgan juntos, pero sin otros acompañantes”.

Se pide un participante voluntario para la situación o se elige a alguno que haya presentado dificultades en esa o una situación similar.

El resto de las participantes observarán cómo se produce la acción, cómo perciben a cada participante; y se les indicará que se imaginen que harían en esa misma situación.

Consideración final:

Se incorporaron procedimientos de instrucciones, modelamiento, reforzamiento social y práctica graduada.

d. Ejercicio grupal: Expresión no verbal de sentimientos positivos.

d.1. Objetivo

- Que los miembros del grupo se familiaricen con su cuerpo como instrumento de comunicación.

d.2. Procedimiento

- Se sientan en un círculo y cada miembro se va a colocar frente a cada uno y va a expresar en forma no verbal un sentimiento positivo (un brazo, tocar la mano, y demás), lo que les surja expresar en ese momento. Se les dice que no se limiten, que se permitan expresar lo que sientan en ese momento.

- Al finalizar, se les dice: “cierren sus ojos, conéctense con las sensaciones que experimentaron, cómo se sintieron al tener contacto físico con la otra persona”.
- Posteriormente compartan la experiencia vivida con el grupo, intercambiando las impresiones de cada una.

e. Se ensaya una segunda situación social.

e.1. Objetivo

- Igual a la sesión tercera.

e.2. Procedimiento

- Igual a la sesión tercera.

“Imagínense lo más vívidamente posible, que tienes mucho tiempo de estar saliendo con un amigo, a ti te interesa mucho sentimentalmente, pero sientes que él sólo te considera una buena amiga. En este momento están solos y decides expresarle lo que tú sientes por él”.

Se pide un participante voluntario para la situación, o se elige alguna que haya presentado dificultades en esa o una situación similar.

El resto de los participantes observarán cómo se produce la acción, cómo perciben a cada participante y se les pide que se imaginen qué harían en esa misma situación.

Consideración final.

Luego se introducen procedimientos como: ensayo conductual, instrucciones, modelamiento, refuerzo social, que permiten trabajar más completamente las situaciones.

E. Quinta sesión terapéutica

1. Objetivos generales

- Continuar con el entrenamiento en la técnica de relajación de Jacobson.
- Seguir con los ejercicios de soltura corporal.

- Proseguir con el uso de los procedimientos terapéuticos.
- Incentivar a las participantes para que aumenten su conciencia en relación a las sensaciones del cuerpo.
- Descubrir la importancia de nuestras manos como vías de expresión de emociones.

2. Actividades

a. Realizar los ejercicios de soltura corporal: RECOGIENDO UVAS.

a.1. Objetivos:

- Igual a la sesión cuarta.

a.2. Procedimiento.

Se les pide a las integrantes del grupo que se coloquen separadas unas de otras, a fin de poder realizar el ejercicio.

“Van a realizar tres respiraciones profundas desde su bajo vientre. Luego se les pide que se agachen y levanten sus brazos realizando una respiración profunda, a la vez que van llevando sus brazos hacia arriba de su cabeza. Ahora retengan la respiración y mezan los brazos hacia atrás tres veces seguido. Realicen movimientos como si estuvieran recogiendo uvas, esto también se hace tres veces. Luego dejan caer sus brazos a la vez que van botando el aire de sus pulmones, llevándolos hasta colocarlos a los lados del cuerpo”.

b. Intercambiar experiencias relacionadas con dificultades asertivas y la conducta social.

b.1. Objetivos.

- Igual a la sesión cuarta.

b.2. Procedimiento

- Igual a la sesión cuarta.

ch. Aplicar los procedimientos terapéuticos requeridos en cada situación

ch.1 Objetivo.

- Igual a la sesión cuarta.

ch.2. Procedimiento

“Imagínate lo más vívidamente posible, que estás terminando una tarea, que tienes un horario para lograr terminar a tiempo. Estás haciendo tu tarea y una compañera te pide que salgas a jugar con ella pues tiene este rato libre. Tú le dices que para ti es imposible jugar con ella pues estás haciendo una tarea muy importante y el tiempo lo tienes justo para terminar de hacerlo”. Imagínate como enfrentas esta situación.

Nuevamente se pide una voluntaria o se elige una participante que tenga dificultades en enfrentar esa situación. Se les pide a las otras compañeras que observen cómo se produce la acción, cómo perciben a cada participante, y que se imaginen qué harían en esa situación.

Consideración Final:

Luego se introducen procedimientos tales como: instrucciones, modelamiento, ensayo conductual y reforzamiento social.

d. Ejercicio grupal: DIALOGO DE MANOS

d.1. Objetivos.

- Descubrir las posibilidades de expresión de las manos.
- Descubrir las interferencias que dificultan el contacto físico y la expresión de emociones.

d.2. Procedimiento.

Instrucciones al grupo:

“Ahora se sientan en círculo, cierren los ojos, relájense... Extiendan las manos lentamente hacia el lado. Luego, poco a poco, toquen las manos vecinas... digan “hola” con sus manos, luego vayan lentamente conociendo las otras manos... Mientras lo hacen, noten los pensamientos que les aparecen, noten que cuando prestan atención a los pensamientos o imágenes que aparecen en su mente, lo que sienten comienza a desaparecer y noten que por el contrario cuando se centran en las sensaciones, las ideas o las imágenes pierden importancia.

Intenten expresar diferentes emociones y actitudes a través de sus manos... con la mano derecha van a intentar expresar y con la izquierda van a recibir... tomen conciencia de cómo las otras manos le expresan los mismos sentimientos.

Expresen

alegría .. pena .. rabia .. desconfianza .. dominio .. sumisión .. amistad .. apoyo .. amor .. impaciencia ..

Luego, lentamente, comiencen a despedirse en silencio de esas manos que han estado tocando y lleven sus manos a sus costados y tomen conciencia de sus manos y cómo se sienten ahora que están sólo conversando lo que han experimentado a través del dar y del recibir.

Consideración final:

El análisis se realiza en grupo y en términos de:

- En qué situación se sintieron mejor, al dar o recibir?
- Qué emociones les fueron más fáciles de experimentar y por qué?

Es importante dar la instrucción de que discutan sólo el objetivo del ejercicio y su utilidad, de forma tal que se vaya traspasando el control de los cambios a las integrantes del grupo.

e. Se aplica una segunda situación terapéutica.

e.1. Objetivo

- Igual a la sesión cuarta.

e.2. Procedimiento.

- Igual a la sesión cuarta.

“Imagínense lo más vívidamente posible, que estás en la calle realizando un mandado; por casualidad pasas frente a un almacén y ves una camisa que te gusta mucho. Decides probártela para ver cómo te queda. Te queda bien, preguntas el precio y es muy alto para ti. Le dices a la vendedora que no la llevarás pues está muy cara para ti y te vas”.

Se les pide a los otros miembros que observen cómo se produce la acción, cómo perciben a cada participante, qué harían ustedes en esa misma situación.

Consideración final:

Luego se introducen procedimientos tales como: instrucciones, modelamiento, ensayo conductual y reforzamiento social.

f. Tarea

f.1. Objetivo.

- Aumentar el contacto físico con otras personas y discriminar las sensaciones que experimentan con su cuerpo al existir el contacto entre ambos y, así, mejorar la calidad de las relaciones interpersonales.

- Alcanzar un mayor conocimiento de las deficiencias que experimentan los miembros del grupo por su déficit en la conducta asertiva.

f.2. Procedimiento:

Después de haber descubierto las interferencias que hacen que se dificulte el contacto físico y por ende, la expresión de emociones, se le pedirá a las participantes

del grupo que traten de trabajar durante la semana, las dificultades que observaron al realizar el ejercicio grupal, que identifiquen qué sensaciones experimentan cuando tienen contacto con otra persona y consigo misma.

F. Sexta Sesión terapéutica

1. Objetivos Generales

- Relajar a las participantes del grupo mediante la técnica de relajación de Jacobson.
- Continuar con los ejercicios de soltura corporal.
- Continuar con la aplicación de los procedimientos terapéuticos.
- Descubrir el cuerpo como herramienta de comunicación y contacto.
- Instruir a las participantes del grupo para que incluyan diversas formas de respuesta a diferentes situaciones.

2. Actividades

a. Ejercicio de soltura corporal: LA BATIDORA.

a.1. Objetivo.

- Igual a la sesión tercera.

a.2. Procedimiento

- Igual a la sesión cuarta.

b. Intercambiar experiencias relacionadas con la conducta social y dificultades asertivas.

b.1. Objetivo.

- Igual a la sesión quinta.

c. Ejercicio grupal corporal: Relajación completa de Jacobson.

ch. Aplicar los procedimientos terapéuticos requeridos en cada situación.

ch.1. Objetivo.

- Entrenar a las participantes en un ensayo para facilitar las respuestas deseadas.

ch.2. Procedimiento.

- Igual a la sesión cuarta.

“Imagínate que estás en tu casa conversando con un ser querido, te sientes agradada de estar con esa persona y sientes deseos de decirle que lo quieres mucho. Te acercas a la persona, la abrazas y se lo dices”.

Nuevamente, se ofrece un voluntario o se elige a una de las participantes del grupo para trabajar esa situación.

El resto del grupo observarán cómo se produce la acción, cómo perciben a cada participante e imagínense qué harían en esa misma situación.

Consideración final:

Se incorporarán procedimientos de instrucciones, modelamiento, reforzamiento social, ensayo conductual.

d. Ejercicio Grupal: MASAJE EN EL HOMBRO.

“Quiero que cada persona busque en silencio a alguien a quien quieran darle algo y se paren detrás de esa persona...Finalmente podrán formar un círculo...Mirando todos en una dirección...Siéntense en círculo y masajeen en silencio o froten los hombros y el cuello de la persona ubicada delante suyo. Cierren los ojos y no hablen. Comuníquese con la persona de atrás con ruidos. Experimenten con diferentes tipos de masajes. Intenten varios tipos de masajes y presten atención a los ruidos de esa persona para averiguar dónde quiere ser masajeadada y qué tipo de masaje o caricia prefiere. Hagan ruidos para informarle a la persona de atrás qué tipo de masaje les gusta más. Háganlo durante unos cinco minutos... Sin hablar, dense vuelta y miren en dirección contraria y masajeen los hombros de la persona que anteriormente las estaba

masajeando. Nuevamente comuníquense hacia delante con las manos y hacia atrás mediante ruidos, durante unos cinco minutos...

Empleen ahora algunos minutos en hablar con la persona delante suyo y con la persona detrás suyo, y comuniquen la experiencia de masajear y ser masajeado. En qué diferían sus masajes y hasta qué punto pudieron comunicarse?...A continuación repitan lo que experimentaron con el resto del grupo.

e. Se trabaja una segunda situación terapéutica.

e.1. Objetivo.

- Entrenar a las participantes del grupo en las respuestas asertivas deseadas.

e.2. Procedimiento.

Igual a la sesión cuarta.

“Ahora imagínate lo más vívidamente posible, que hace tiempo le prestaste tu camisa favorita a una compañera, tú lo quieres de nuevo. Te acercas a tu compañera y le recuerdas que tiene tu camisa y que por favor te la devuelva”. Frente a esta situación se ofrece un voluntario o se elige un miembro para trabajarla.

El resto de las participantes observarán cómo se produce la acción, cómo perciben a cada participante; que se imaginen qué harían ellos en cada situación.

Consideración final:

Se incorporarán procedimientos de instrucciones, modelamiento, reforzamiento social, ensayo conductual.

f. Tarea

f.1. Objetivo.

- Proporcionar la oportunidad de poner en práctica en la vida diaria, lo aprendido en esta sesión.

f.2. Procedimiento.

Instrucciones al grupo.

“Le pedimos que durante la semana se permitan tener contacto físico con otras personas el cual les permita mostrar su afecto hacia éstas. Esto se podrá hacer mediante un abrazo, una palmada en la espalda y un apretón de manos. Con ello podrán evaluar la satisfacción que sienten y ver cómo mejora la relación con otras personas”.

“Durante la semana queremos que realicen dos o tres respiraciones abdominales y relajación cuando lo sientan necesario y observen cómo se sienten luego de ellas”.

G. Séptima sesión terapéutica

1. Objetivos Generales.

- Proseguir el entrenamiento de la técnica de relajación de Jacobson.
- Continuar con los ejercicios de soltura corporal.
- Estimular el desarrollo en la confianza de las demás personas, permitiendo ser guiado en una situación en donde la otra persona tiene el control y depende de ella.
- Desarrollar el uso de los sentidos del oído, el olfato y los sentidos cinestésicos (sentidos del cuerpo).

2. Actividades

a. Realizar los ejercicios de soltura corporal: EL ARQUERO

a.1 Objetivo.

- Igual a la sesión cuarta.

a.2. Procedimiento.

- Igual a la sesión cuarta.

b. Intercambiar experiencias relacionadas con dificultades asertivas y la conducta social.

b.1. Objetivo.

- Igual a la sesión cuarta.

b.2. Procedimiento.

- Igual a la sesión cuarta.

c. Ejercicio grupal corporal: Relajación completa de Jacobson.

ch. Ejercicio de imaginación.

ch.1. Objetivo.

- Igual a la sesión cuarta.

ch. 2. Procedimiento.

“Imagínate lo más vívidamente posible, que te encuentras con una amiga y le comentas un problema tuyo. Tú le pides mucha discreción y reserva. Luego te enteras que tu amiga ha comentado lo que le dijiste, la buscas y le dices lo molesta que estás con su conducta”.

Luego se practican las técnicas conductuales expuestas en las sesiones anteriores.

d. Ejercicio grupal: LAZARILLO.

d.1. Objetivo.

- Incrementar el uso de los sentidos del oído, el tacto, el olfato y los sentidos de nuestro cuerpo, ya que la mayor parte del tiempo sólo se usa la visión.

- Aumentar la confianza de entregarse a los otros miembros del grupo.

d.2. Procedimiento.

“Ahora queremos que se levanten y se reúnan en parejas, a fin de que uno de ustedes guíe al otro en un “paseo a ciegas” para que puedan tomar más contacto con el sentido del oído, el tacto, el olfato y los sentidos del cuerpo.

Una de ustedes se pondrá una venda, o si no hay vendas se les pide que cierren los ojos, mientras su compañera los guía. Luego cambian de papel y harán el ejercicio nuevamente.

La guía deberá proporcionar a la persona “ciega” una variedad amplia de experiencias táctiles, olfativas, auditivas y otros. Además deberá conducir a la “ciega”, protegiéndola de toda cosa que pueda ser peligrosa, atemorizante o realmente desagradable. Mientras que a la “guía”, tómele la mano de este modo. (Demuéstrelo).

El guía toma la mano como si estuviera sosteniendo un vaso pequeño y grueso y la “ciega” engancha la mano sobre la del guía tocando el centro de la palma de la mano con sus yemas. Ninguna de las dos puede hablar. Comuníquense mediante la dirección dada en el movimiento de las manos y la presión con que se toman. Conduzca lentamente a la “ciega”; cuando lo necesiten, empleen su mano libre para indicar la dirección tocándola, para guiar la mano libre de la “ciega”, su cabeza y demás, hacia lo que usted quiere que experimente. Cuando llegue a un gran objeto, ubique ambas manos de la “ciega”, y espere pacientemente hasta que haya terminado de sentirlo, antes de llevarlo a otro lugar u objeto. Déle todo el tiempo necesario para evidenciar con lo que está en contacto. Permítale que tome conciencia de sus vacilaciones, no la apesure ni la incite.

Ponga a la persona en contacto con una amplia variedad de objetos, para brindarle una rica experiencia sensorial. En algún momento, asegúrese de incluir a alguna persona a la que la “ciega” pueda tocar.

Si ambas lo desean pueden caminar más rápido y tratar de correr lentamente para enriquecer la experiencia. No obligue a la persona “ciega” hacer nada que no quiera, aún estando seguro que eso es inofensivo.

Consideración final:

Se le pide a las participantes que comenten sus experiencias, tanto de la persona guía, como de la persona “ciega”. Qué sensaciones vivenciaron cuando eran guiadas y cómo se sintieron siendo guiadas. Si descubrieron el uso de los otros sentidos.

e. Tarea.

e.1. Objetivos.

- Proporcionarle oportunidad de ensayar lo aprendido en la sesión para facilitar el aumento de la confianza en las demás personas.
- Incrementar el uso de los diferentes sentidos que experimentamos al tener contacto con algo o alguien.

e.2. Procedimiento.

“Se le pide a las participantes que, durante la semana, se permitan experimentar los otros sentidos que descubrieron en la sesión, que no emplean mucho, ya que dependen más del sentido de la vista. En la noche, con los ojos cerrados, manipulen algún objeto para que descubran características usando esos otros sentidos.

Durante la semana, deberán realizar dos o tres respiraciones abdominales y la relajación cuando lo sientan necesario y observen cómo se sienten luego de ellas”.

H. Octava sesión terapéutica.

1. Objetivos Generales.

- Continuar con el uso de los ejercicios de soltura corporal.
- Continuar con la aplicación de los procedimientos terapéuticos.
- Identificar las sensaciones que se experimentan al tener contacto físico con otras personas.

2. Actividades

a. Realizar los ejercicios de soltura corporal. RECOGIENDO UVAS.

a.1. Objetivos.

- Igual a la sesión cuarta.

a.2. Procedimiento.

- Igual a la sesión sexta.

b. Intercambiar experiencias relacionadas con la conducta social y dificultades asertivas.

b.1. Objetivos.

- Igual a la sesión cuarta.

b.2. Procedimiento.

- Igual a la sesión cuarta.

c. Aplicar los procedimientos terapéuticos requeridos en cada situación.

c.1. Objetivo.

- Igual a la sesión cuarta.

c.2. Procedimiento

Instrucciones al grupo:

“Imagínate lo más vívidamente posible, que estás reunida con algunas compañeras y están conversando de un tema que a ti te interesa, tú das tu opinión y cuando estás hablando una de tus compañeras que tiene una opinión contraria a la tuya, te interrumpe a cada momento, le dices que no te interrumpa y que te deje terminar”.

El resto de las participantes observarán cómo se produce la acción, cómo perciben a cada participante y se imaginarán qué harían en esa misma situación.

Además, se dará la oportunidad a las participantes de ensayar situaciones con aquellas personas que espontáneamente les surja trabajar.

Consideración final:

Se incorporan procedimientos de instrucciones, reforzamiento social, moldeamiento, ensayo conductual.

ch. Ejercicio grupal: EXPRESIÓN NO VERBAL.

ch.1. Objetivos:

- Facilitar la autoconfianza de cada una de las integrantes del grupo.
- Descubrir los diferentes niveles de contacto que se realizan con el cuerpo.

ch.2. Procedimiento.

“Se le pedirá al grupo que formen un círculo. Alguien se ubicará en el centro del círculo, y mirará a la persona que tiene frente de sí y se toma un minuto o dos en contactar con lo que siente hacia esa persona. Luego, en silencio, exprese lo que siente sin palabras, por medio de algún tipo de contacto físico. Luego haga lo mismo con la persona siguiente y así sucesivamente, hasta regresar a su puesto. Luego, la persona situada a su izquierda ocupa el centro y hace lo mismo hasta que todas lo hayan hecho. Cuando hayan terminado, comuníquense las experiencias que hayan tenido. Además, digan cualquier cosa que hubieran querido decir antes y no pudieron.

Cuando esté en el centro, trate de tomar contacto realmente con lo que siente cada persona y deje que este sentimiento fluya en alguna forma de expresión no verbal. No complete el círculo abrazando y estrechando las manos de todo el mundo. Diferencie sus movimientos y tome conciencia de ellos. Puede que se sienta con deseo de abrazar a una persona, empujar a otra, tocar a penas a otra, etc. Cuando esté en el círculo, tome conciencia de los detalles específicos de los movimientos, dudas, vacilaciones y demás, de la persona ubicada en el centro mientras interactúa con

nosotros. Se dará cuanta de no sólo lo que hace, sino también de cómo se expresa a sí mismo sin palabras. Se mueve suave o nerviosamente, espontánea o deliberadamente?

d. Tarea

d.1. Objetivo.

- Ofrecer la oportunidad de ejecutar lo aprendido en esta sesión en la vida diaria.

d.2. Procedimiento.

Instrucciones al grupo:

“Observen durante esta semana cómo es el contacto físico con las demás personas, cómo se sienten cuando otra persona establece contacto físico con ustedes.

Queremos que durante esta semana discriminen las dificultades que experimentan en las formas que hay de expresar confianza en las demás personas”.

I. Novena sesión terapéutica.

1. Objetivos Generales

- Seguir los ejercicios de soltura corporal.
- Continuar con el uso de los procedimientos terapéuticos.
- Proporcionar a las participantes una experiencia de confianza.

2. Actividades

a. Realizar los ejercicios de soltura corporal: LA BATIDORA.

a.1. Objetivo.

- Igual a la sesión cuarta.

a.2. Procedimiento.

- Igual a la sesión cuarta.

b. Intercambiar experiencias relacionadas con sus dificultades asertivas y su conducta social.

b.1. Objetivo.

- Igual a la sesión cuarta.

b.2. Procedimiento.

- Igual a la sesión cuarta.

c. Aplicar los procedimientos terapéuticos requeridos en cada situación.

c.1. Objetivo

- Igual a la sesión cuarta.

c.2. Procedimientos.

- Igual a la sesión cuarta.

“Imagínate lo más vívidamente posible, que hace algún tiempo le prestaste dinero a una compañera tuya, pasa el tiempo y tu compañera no te paga el dinero, tú la ves y le dices que te devuelva el dinero que le prestaste”.

Consideración final:

Luego se introducen procedimientos tales como: instrucciones, modelamiento, ensayo conductual y paro del pensamiento.

ch. Ejercicio grupal: RONDA DE CONFIANZA.

ch.1 Objetivo.

- Enfatizar la importancia de desarrollar confianza entre las participantes del grupo y así facilitar la entrega con las demás personas y mantener mejores relaciones interpersonales.

ch.2. Procedimiento.

“Ahora formen un círculo y se distribuyen uniformemente. Luego se pide a una persona que pase hacia el centro del círculo y cruce los brazos sobre el pecho...Las otras personas acérquense, hombro a hombro, hasta cerrar bien el círculo. La persona

que está en el medio cierra sus ojos mientras mantiene su cuerpo rígido y los tobillos relajados, a fin de comenzar a balancearse hacia un lado y las personas ubicadas en ese lado la sostendrán y así, sucesivamente, hasta que se reduce el balanceo y vuelve a la posición original”.

“Posteriormente, se sientan en un círculo y cada una cuenta su experiencia al estar en el medio y lo que notaron respecto de los demás, tanto cuando ellos estaban en el medio, como cuando estaban en el círculo”.

d. Tarea.

d.1. Objetivo.

- Proporcionar la oportunidad de ensayar lo aprendido en esta sesión en la vida diaria.

d.2. Procedimiento.

Instrucciones al grupo:

Preferentemente en la noche o cuando se sientan tensas, realicen dos o tres respiraciones abdominales, pensando y relajando los músculos que sienten más molestos”.

J. Décima sesión terapéutica.

1. Objetivos Generales.

- Continuar con el uso de los ejercicios de soltura corporal.
- Proseguir con la aplicación de los procedimientos terapéuticos.
- Lograr que la persona se vuelva más flexible y se sienta más libre para actuar en una situación real y que exprese lo que realmente siente.

2. Actividades.

a. Ejercicio de soltura corporal: EL ARQUERO

a.1. Objetivo.

- Igual a la sesión cuarta.

a.2. Procedimiento.

- Igual a la sesión quinta.

b. Intercambiar las experiencias sociales y dificultades asertivas.

b.1. Objetivo.

- Igual a la sesión cuarta.

b.2. Procedimiento.

- Igual a la sesión cuarta.

c. Aplicar los procedimientos terapéuticos requeridos en cada situación.

c.1. Objetivo.

- Intentar que las participantes practiquen algunas situaciones sociales asertivas que presentan alguna dificultad para la emisión de comportamiento asertivo.

c.2. Procedimiento.

- Igual a la sesión cuarta.

“Ahora imagínate lo más vívidamente posible, que una compañera tuya ha hecho un favor, lo cual tú aprecias mucho, vas donde ella y le expresas lo muy agradecida que estas”. Imagínate como enfrentas esta situación.

El resto de las participantes observará cómo se produce la acción, cómo perciben a cada participante; qué harían en esa misma situación?.

Además, las integrantes del grupo ensayarán situaciones que impliquen habilidades específicas aún no resueltas, decir que no, manejo de personas insistentes y demás.

Consideración final:

Se incorporaron procedimientos de instrucciones, modelamiento, reforzamiento social, modelaje, ensayo conductual.

ch. Ejercicio grupal: SI, NO.

ch.1. Objetivo.

- Identificar las dificultades que experimentan los miembros al decir que no a una petición.
- Lograr un mayor conocimiento de las fuerzas que se oponen dentro de la persona y darse cuenta si quiere obedecer a una situación en particular o no.

ch.2. Procedimiento.

“Ahora tiéndanse en el piso sobre sus espaldas y busquen una posición cómoda. Cierren los ojos y manténgalos cerrados hasta que se les pida que los abran.

Déjense ir y tomen contacto con su cuerpo. Observen cualquier incomodidad que sientan...y vean si quieren cambiar de posición como para esta más cómodo”.

Fijen su atención en la respiración...Mientras toman conciencia de la respiración, se modifica..Ahora sin modificar la respiración, obsérvenla y tomen conciencia de ella detalladamente..

Imagínense que todo su cuerpo es como un globo que se infla lentamente mientras se llenan de aire sus pulmones y se vuelven muy tensos y rígidos cuando respiran hondo...y luego se aflojan lentamente mientras expulsan el aire, de modo que están completamente relajados cuando sus pulmones están vacíos...se hace esto tres o cuatro veces.

Tomen conciencia solamente de su respiración natural e imagínense que, cada vez que respiran llenen su cuerpo de cierta tensión...de modo que ustedes se relajen cada vez más en cada respiración.

Ahora, recuerden una situación específica en la que hayan dicho “Si”, pero en la que realmente hubiesen preferido decir “No”. Traten de visualizar esa situación como

si estuviera sucediendo ahora. ¿Dónde estás?...cómo es el medio ambiente y cómo te sientes allí?... ¿Quién está allí contigo y qué te acaba de decir?...

Entrégate realmente: piensa en esa situación y revívela como si estuviera ocurriendo ahora....

Regresa ahora al mismo momento anterior en que dijiste “Si”, di “No” y cualquier otra cosa que no hayas expresado previamente... ¿Qué tono de voz utilizas mientras dices “No” y como te sientes haciéndolo?... ¿Cómo responde la otra persona después de que tú dices “No”?... ¿Cómo te sientes ahora y que le respondiste a esa persona?.

Cambia ahora de lugar con la persona a quien le dices “No”.

¿Cómo eres siendo esa persona?... y cómo se siente siendo esa persona?, ¿qué dices y que tono de voz empleas?.

Ahora vuelve a ser tú mismo y continúa el diálogo... ¿Cómo te sientes tú mismo ahora, y en qué se diferencia a lo que sentía la otra persona?... Háblale directamente a esa persona y dile en que te diferencias de ella...

Vuelve a ser la otra persona y continúa este diálogo. Trata de mantenerte completamente en la experiencia de ser esa otra persona. Continúa el diálogo y cambia de personaje cada vez que la otra persona empiece a replicar, de modo que puedas identificarte siempre con quien está hablando... ¿Cómo están peleando, discuten o comienzan a comunicarse uno al otro?... ¿De qué cosa que no estás expresando eres consciente?... ¿Qué estás ocultando?... Díganse ahora, como se sienten con respecto al otro?... Si esto es muy difícil, por lo menos dile al otro “todavía me sigo refrenando” y luego di algo acerca de ese refrenarse.

Tómense un rato en absorber tranquilamente su experiencia.

En un minuto pediré que abran los ojos y que relaten su experiencia a las demás personas del grupo, en primera persona del presente, como si estuviera pasando ahora. Por ejemplo: “Estoy ahora..”.

d. Tarea.

d.1. Objetivo

Proporcionar la oportunidad de ensayar lo aprendido en relación a expresar un “Si” o un “No”, a una petición que le realicen en la vida diaria.

d.2. Procedimiento

Instrucción al grupo:

“Queremos que durante la semana, ensayen el uso del “No”, para responder a una petición que le realicen en sus interacciones diarias, fijándose, especialmente, que efecto tiene ésta, cómo se sienten al decir “No”.

Además durante la semana queremos que practiquen la relajación aprendida, preferentemente en la noche, y observen como se sienten”.

K. Décima primera sesión terapéutica.

1. Objetivos Generales.

- Cierre de la experiencia grupal.
- Integrar el aprendizaje que adquieren los miembros durante las sesiones del programa en relación al manejo de su conducta asertiva.
- Evaluar en conjunto los resultados obtenidos en el proceso grupal.
- Permitir el cierre gradual de la experiencia grupal.

2. Actividades.

- a. Intercambiar las experiencias vividas por los participantes en cada sesión del entrenamiento.

a.1. Objetivo.

- Permitir que los participantes expongan la experiencia más vivida durante el entrenamiento, en relación a su conducta social y dificultades asertivas, su comunicación y el desarrollo de la auto-observación.

a.2. Procedimiento.

“Le pedimos al grupo que se siente en un círculo, a fin de que cada uno, pueda exponer su experiencia lo más vívidamente posible, durante el entrenamiento. La terapeuta participará sólo como moderadora”.

b. Ejercicio Grupal: Compartiendo lo vivido.

b.1. Objetivos.

- Cerrar las vivencias de los participantes experimentadas durante las sesiones.
- Aclarar dudas o inquietudes pendientes.
- Evaluar, tanto individualmente como grupalmente lo que significó la experiencia grupal.
- Estimular entre los participantes la entrega de retroalimentación en relación a los cambios.

b.2. Procedimiento.

- Realizar una discusión grupal en torno a lo expuesto en los objetivos generales.
- Despedida de la terapeuta y agradecimiento.
- Acordar la fecha de post-evaluación.

RESULTADOS

A continuación presentamos las características generales de la muestra a través de cuadros y figuras.

Seguidamente presentamos la información de las medias y las desviaciones estándar de las puntuaciones que obtuvieron las participantes de la muestra en cada una de las dos escalas, a través de cuadros y figuras.

Cada cuadro muestra al grupo experimental, mostrando la media y la desviación estándar en el pre y el post-test, haciendo un recorrido por las dos escalas utilizadas, y en las sub escalas de una de estas pruebas.

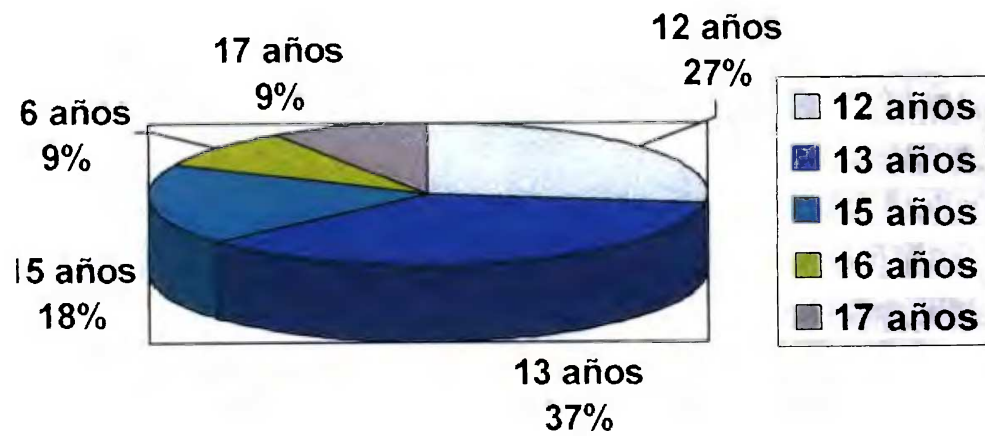
También presentamos los resultados que obtuvimos luego de realizado el análisis a través de la prueba de “t” de Student para determinar la existencia o ausencia de diferencia estadísticamente significativa entre las medias de las puntuaciones obtenidas. Igualmente se muestran estos resultados a través de los cuadros y figuras correspondientes.

a) Características generales de la muestra.

CUADRO III.
DISTRIBUCIÓN DE LAS EDADES Y EL NÚMERO DE ÍNDICE DE LAS
ADOLESCENTES ENTREVISTADAS

EDAD	EXPERIMENTAL	
	NUMERO	PORCENTAJE
12	3	27.27
13	4	36.36
15	2	18.18
16	1	9.09
17	1	9.09
TOTALES	11	100
Fuente: Fundación Hogar Niñas de la Capital.		

FIGURA 1.
DISTRIBUCIÓN DE LAS EDADES Y NÚMERO DE ÍNDICES DE LAS
ADOLESCENTES ENTREVISTADAS

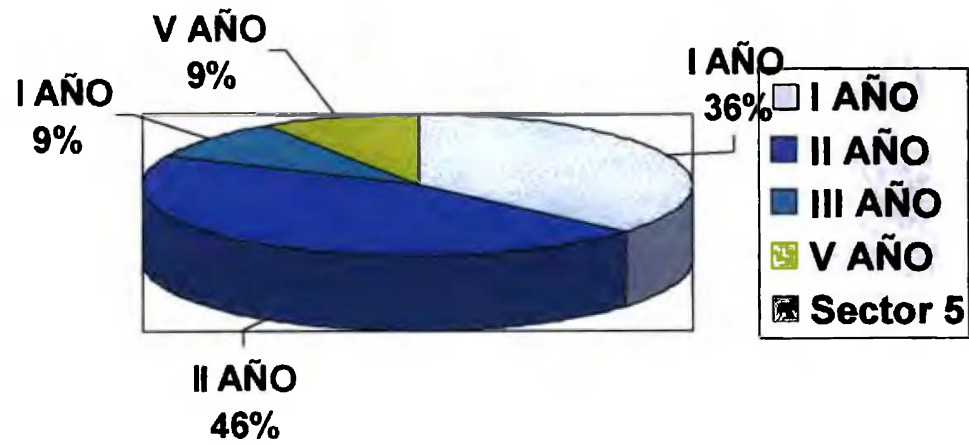


CUADRO IV.
DISTRIBUCION DEL GRADO DE ESCOLARIDADY NÚMERO DE ÍNDICES
DE LAS ADOLESCENTES ENTREVISTADAS

NIVEL DE ESCOLARIDAD	EXPERIMENTAL	
	NUMERO	PORCENTAJE
I AÑO	4	36.36
II AÑO	5	45.45
III AÑO	1	9.09
V AÑO	1	9.09
TOTALES	11	100

Fuente: Fundación Hogar Niñas de la Capital.

FIGURA 2.
DISTRIBUCIÓN DEL NIVEL DE ESCOLARIDAD Y NÚMERO DE ÍNDICES DE
LAS ADOLESCENTES ENTREVISTADAS



b) Evaluación del Componente Cognitivo de la Conducta Asertiva.

Con el objetivo de evaluar el componente cognitivo de la conducta asertiva, se aplicó la prueba Escala de Actitudes Disfuncionales, de Weissman que mide las ideas irracionales que subyacen a las conductas hipoasertivas. En los siguientes cuadros y figuras se presentan los resúmenes de los datos obtenidos de las sub escalas administradas.

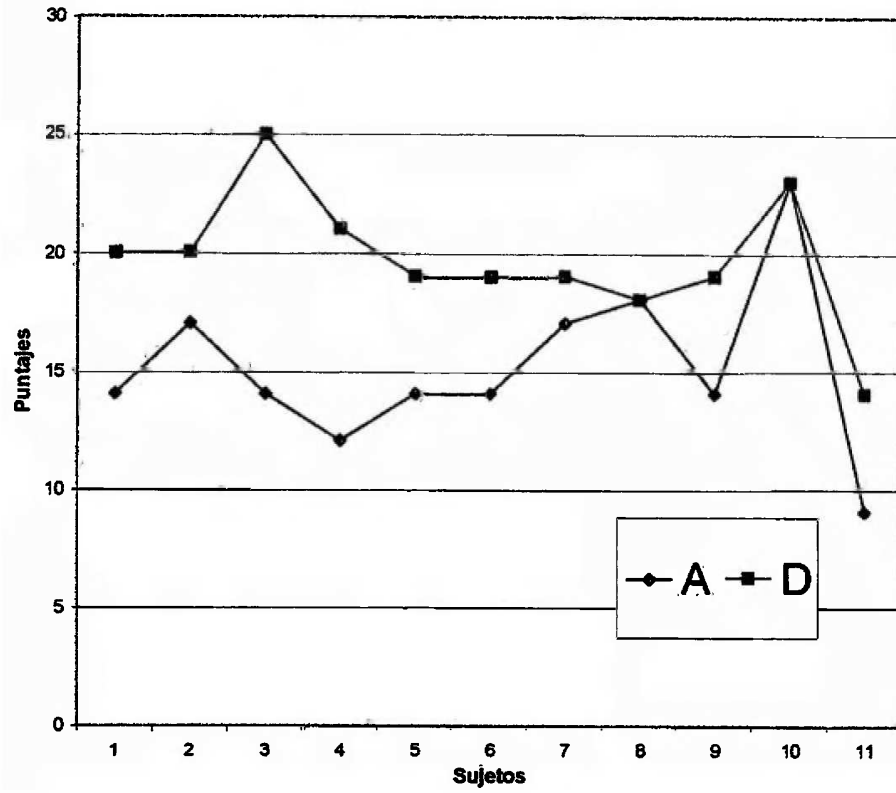
CUADRO V.

COMPARACIÓN ENTRE LA PRIMERA MEDICION (X1) Y LA SEGUNDA MEDICION (X2) DE LOS DATOS OBTENIDOS EN LA SUB-ESCALA DE APROBACIÓN, MEDIDO A TRAVÉS DE LA ESCALA DE ACTITUDES DISFUNCIONALES, DE WEISSMAN.

PARTICIPANTE	X1	X2	DIFERENCIAS X1-X2
1	14	20	-6
2	17	20	-3
3	14	25	-11
4	12	21	-9
5	14	19	-5
6	14	19	-5
7	17	19	-2
8	18	18	0
9	14	19	-5
10	23	23	0
11	9	14	-5

Fuente: Medición realizada por la autora en una muestra de adolescentes del sexo femenino de la Fundación Hogar Niñas de la Capital de la República de Panamá.

Figura 3. Puntaje obtenido en el test, de acuerdo a la categoría aprobación antes y después.

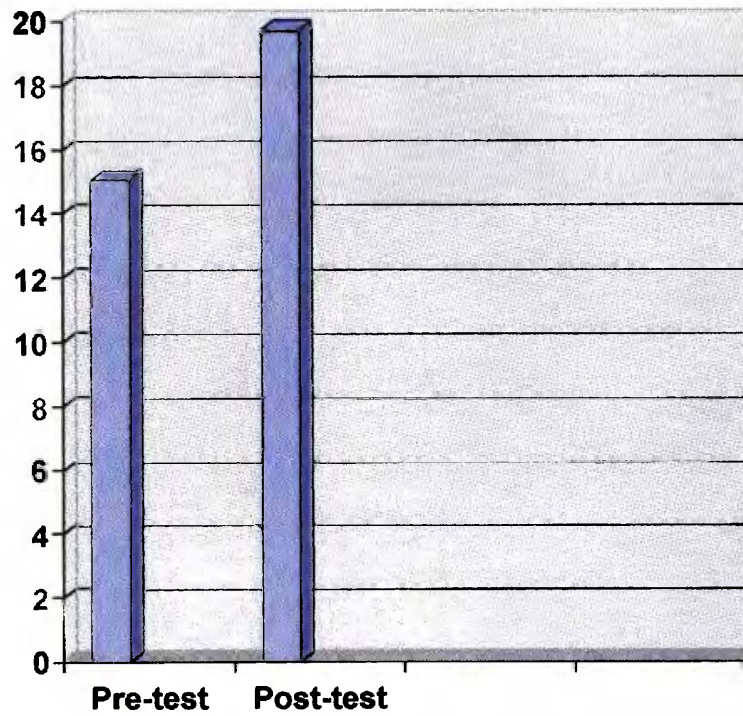


A continuación la presentación de las medias y desviaciones estándar de las puntuaciones obtenidas en la Escala de Actitudes Disfuncionales, de Weissman.

CUADRO VI.		
MEDIAS Y DESVIACIONES ESTÁNDAR DE LAS PUNTUACIONES OBTENIDAS EN LA SUB-ESCALA DE APROBACIÓN MEDIDO A TRAVÉS DE LA ESCALA DE ACTITUDES DISFUNCIONALES, DE WEISSMAN		
GRUPO EXPERIMENTAL	PRE-TEST	POST-TEST
MEDIA	$\mu = 15.0909091$	$\mu = 19.7272727$
DESVIACIÓN ESTÁNDAR	$s = 3.61813613$	$s = 2.79610118$
Fuente: Medición realizada por la autora en una muestra de adolescentes del sexo femenino de la Fundación Hogar Niñas de la Capital de la República de Panamá.		

FIGURA 4.

MEDIAS DE LAS PUNTUACIONES OBTENIDAS EN LA SUB-ESCALA DE APROBACIÓN MEDIDO A TRAVÉS DE LA ESCALA DE ACTITUDES DISFUNCIONALES, DE WEISSMAN.



Resultados de la prueba de t de Student, de observaciones apareadas, prueba con una cola:

- El valor calculado de la "t" de Student para la diferencia entre las medias de las puntuaciones obtenidas en la Escala de Actitudes Disfuncionales, de Weissman, es de -4.54344111.
- El valor de la p correspondiente a la t de Student es de 0.0011.
- El valor límite para la t con un nivel de significancia de 0.00500 es de -2,2281.
- Por ser el valor p correspondiente a la "t" de Student de 0.0011 menor que el valor del nivel de significancia alfa de 0.05, se acepta la hipótesis de investigación y se rechaza la hipótesis nula de que la diferencia entre las medias de las puntuaciones obtenidas en la Escala de Actitudes Disfuncionales, de Weissman., de la sub escala aprobación medido antes de la intervención sean mayor o igual a cero.

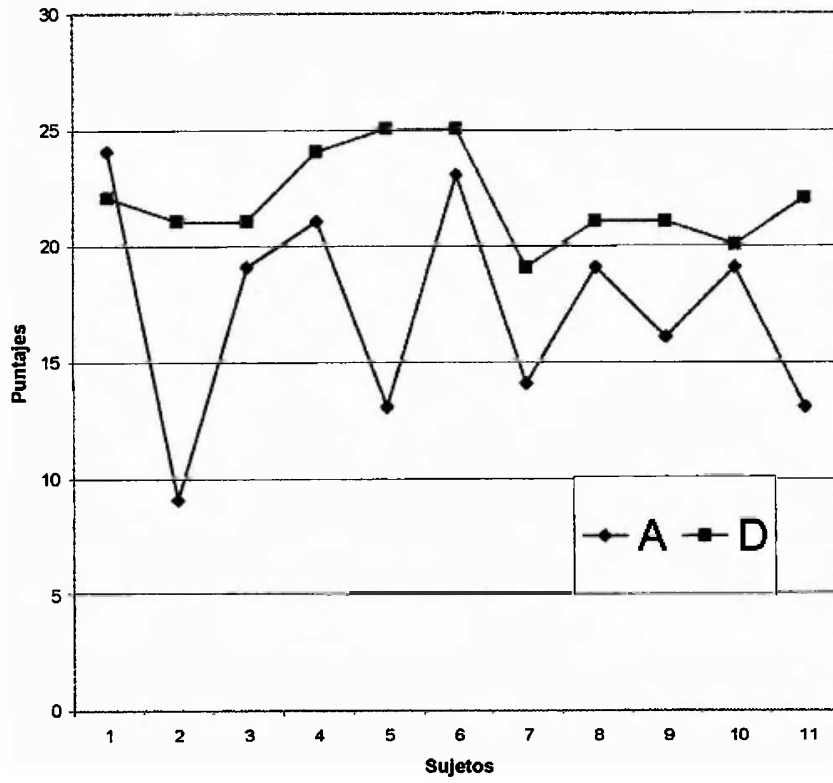
CUADRO VII.

COMPARACIÓN ENTRE LA PRIMERA MEDICION (X1) Y LA SEGUNDA MEDICION (X2) DE LOS DATOS OBTENIDOS EN LA SUB-ESCALA DE AMOR, MEDIDO A TRAVÉS DE LA ESCALA DE ACTITUDES DISFUNCIONALES, DE WEISSMAN.

PARTICIPANTE	X1	X2	DIFERENCIA X1-X2
1	24	22	2
2	9	21	-12
3	19	21	-2
4	21	24	-3
5	13	25	-12
6	23	25	-2
7	14	19	-5
8	19	21	-2
9	16	21	-5
10	19	20	-1
11	13	22	-9

Fuente: Medición realizada por la autora en una muestra de adolescentes del sexo femenino de la Fundación Hogar Niñas de la Capital de la República de Panamá.

Figura 5. Puntaje obtenido en el test, de acuerdo a la categoría amor antes y después.

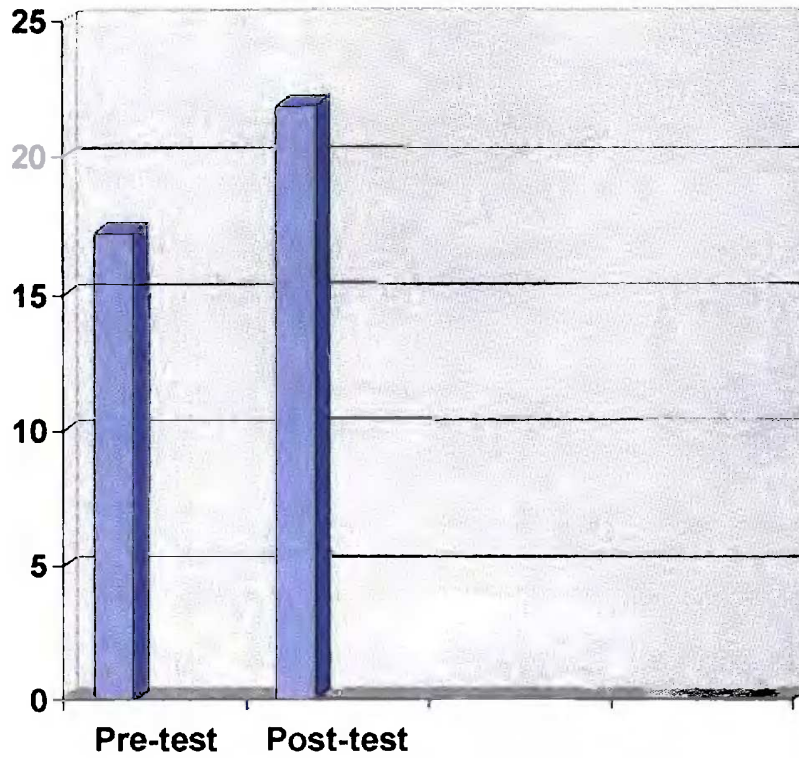


A continuación la presentación de las medias y desviaciones estándar de las puntuaciones obtenidas en la Sub Escala de Amor medido a través de la Escala de Actitudes Disfuncionales, de Weissman.

CUADRO VIII.		
MEDIAS Y DESVIACIONES ESTÁNDAR DE LAS PUNTUACIONES OBTENIDAS EN LA SUB ESCALA AMOR DE LA ESCALA DE ACTITUDES DISFUNCIONALES, DE WEISSMAN		
GRUPO EXPERIMENTAL	PRE-TEST	POST-TEST
MEDIA	$\mu = 17.2727273$	$\mu = 21.9090909$
DESVIACIÓN ESTANDAR	$s = 4.67099366$	$s = 1.97253874$
Fuente: Medición realizada por la autora en una muestra de adolescentes del sexo femenino de la Fundación Hogar Niñas de la Capital de la República de Panamá.		

FIGURA 6.

MEDIAS DE LAS PUNTUACIONES OBTENIDAS EN LA SUB ESCALA DE AMOR DE LA ESCALA DE ACTITUDES DISFUNCIONALES, DE WEISSMAN.



Resultados de la prueba de t de Student, de observaciones apareadas, prueba con una cola:

- El valor calculado de la “t” de Student para la diferencia entre las medias de las puntuaciones obtenidas en la Escala de Actitudes Disfuncionales, de Weissman. es de -3.36723533.
- El valor de la p correspondiente a la t de Student es de 0.0072.
- El valor límite para la t con un nivel de significancia de 0.00500 es de -2,2281.
- Por ser el valor p correspondiente a la “t” de Student de 0.0072 menor que el valor del nivel de significancia alfa de 0.05, se acepta la hipótesis de investigación y se rechaza la hipótesis nula de que la diferencia entre las medias de las puntuaciones obtenidas en la Escala de Actitudes Disfuncionales, de Weissman., de la sub escala amor medido antes de la intervención sean mayor o igual a cero.

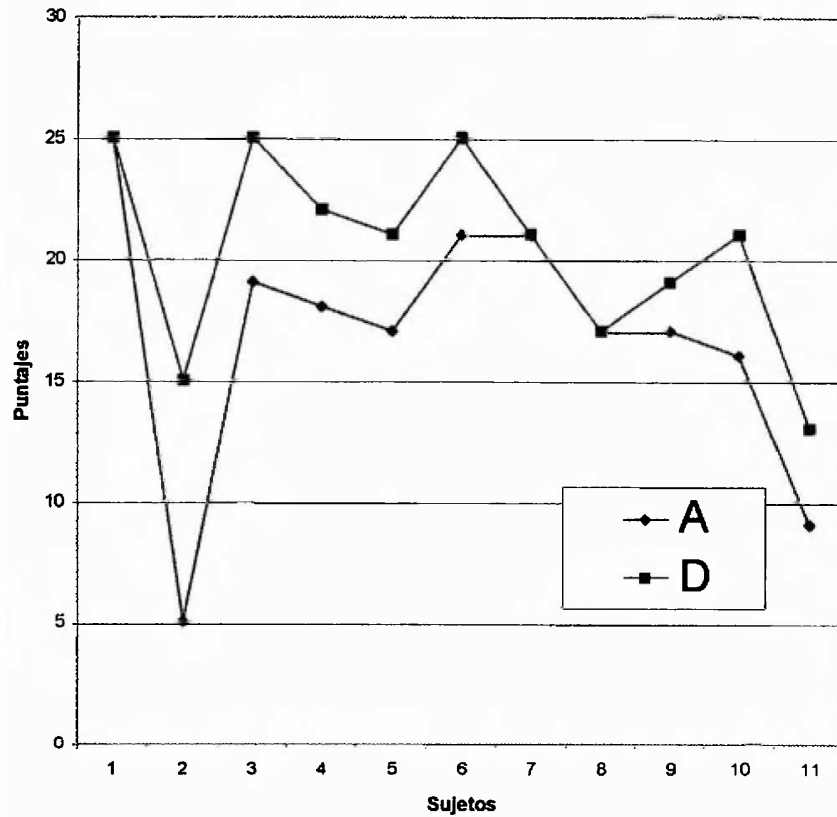
CUADRO IX.

COMPARACIÓN ENTRE LA PRIMERA MEDICION (X1) Y LA SEGUNDA MEDICION (X2) DE LOS DATOS OBTENIDOS EN LA SUB-ESCALA DE LOGROS, MEDIDO A TRAVÉS DE LA ESCALA DE ACTITUDES DISFUNCIONALES, DE WEISSMAN.

PARTICIPANTES	X1	X2	DIFERENCIA X1-X2
1	25	25	0
2	5	15	-10
3	19	25	-6
4	18	22	-4
5	17	21	-4
6	21	25	-4
7	21	21	0
8	17	17	0
9	17	19	-2
10	16	21	-5
11	9	13	-4

Fuente: Medición realizada por la autora en una muestra de adolescentes del sexo femenino de la Fundación Hogar Niñas de la Capital de la República de Panamá.

Figura 7. Puntaje obtenido en el test, de acuerdo a la categoría logros antes y después.

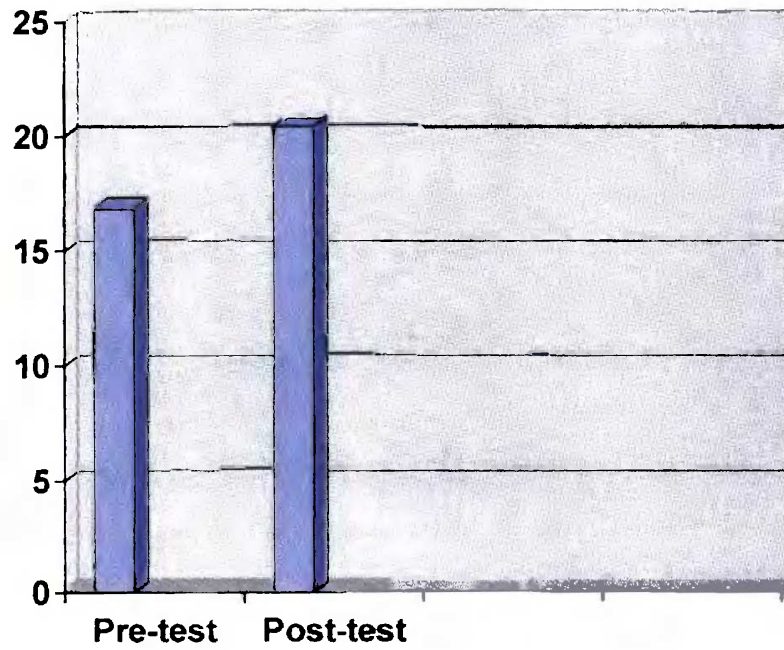


A continuación la presentación de las medias y desviaciones estándar de las puntuaciones obtenidas en la Sub Escala de Logros medido a través de la Escala de Actitudes Disfuncionales, de Weissman.

CUADRO X.		
MEDIAS Y DESVIACIONES ESTÁNDAR DE LAS PUNTUACIONES OBTENIDAS EN LA SUB ESCALA LOGROS MEDIDO A TRAVÉS DE LA ESCALA DE ACTITUDES DISFUNCIONALES, DE WEISSMAN		
GRUPO EXPERIMENTAL	PRE-TEST	POST-TEST
MEDIA	$\mu = 16.8181818$	$\mu = 20.3636364$
DESVIACIÓN ESTANDAR	$s = 5.56449785$	$s = 4.05642028$
Fuente: Medición realizada por la autora en una muestra de adolescentes del sexo femenino de la Fundación Hogar Niñas de la Capital de la República de Panamá.		

FIGURA 8.

MEDIAS DE LAS PUNTUACIONES OBTENIDAS EN LA SUB ESCALA DE
LOGROS MEDIDO A TRAVÉS DE LA ESCALA DE ACTITUDES
DISFUNCIONALES, DE WEISSMAN.



Resultados de la prueba de t de Student, de observaciones apareadas, prueba con una cola:

- El valor calculado de la “t” de Student para la diferencia entre las medias de las puntuaciones obtenidas en la sub escala logros medido a través de la Escala de Actitudes Disfuncionales, de Weissman. es de -3.90390586.
- El valor de la p correspondiente a la t de Student es de 0.0029.
- El valor límite para la t con un nivel de significancia de 0.00500 es de -2,2281.
- Por ser el valor p correspondiente a la “t” de Student de 0.0029 menor que el valor del nivel de significancia alfa de 0.05, se acepta la hipótesis de investigación y se rechaza la hipótesis nula de que la diferencia entre las medias de las puntuaciones obtenidas en la Escala de Actitudes Disfuncionales, de Weissman., de la sub escala logros medido antes de la intervención sean mayor o igual a cero.

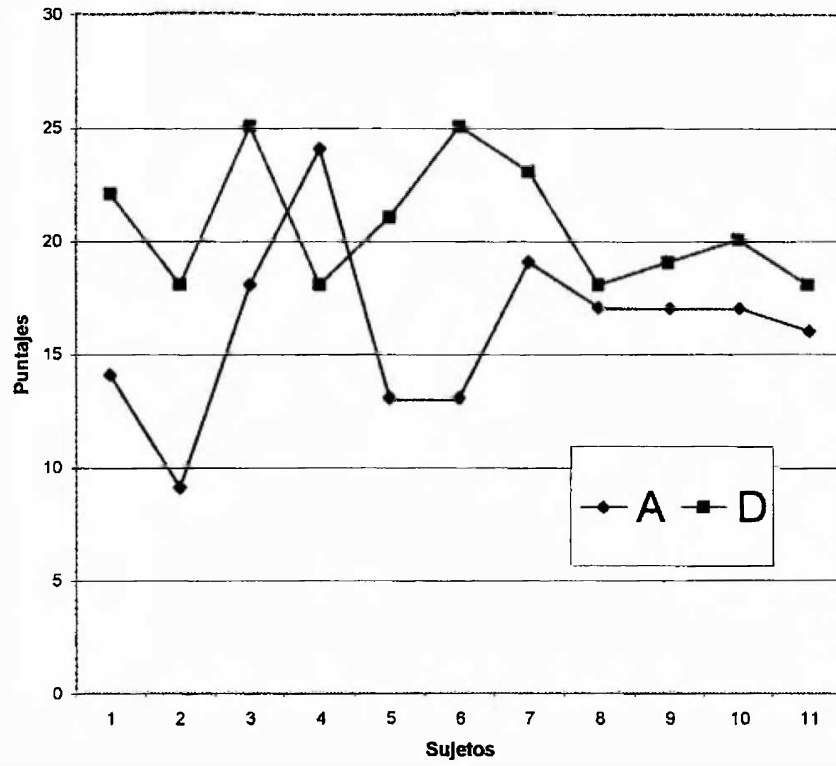
CUADRO XI.

COMPARACIÓN ENTRE LA PRIMERA MEDICION (X1) Y LA SEGUNDA MEDICION (X2) DE LOS DATOS OBTENIDOS EN LA SUB-ESCALA DE PERFECCIONISMO, MEDIDO A TRAVÉS DE LA ESCALA DE ACTITUDES DISFUNCIONALES, DE WEISSMAN.

PARTICIPANTES	X1	X2	DIFERENCIA X1-X2
1	14	22	-8
2	9	18	-9
3	18	25	-7
4	24	18	6
5	13	21	-8
6	13	25	-12
7	19	23	-4
8	17	18	-1
9	17	19	-2
10	17	20	-3
11	16	18	-2

Fuente: Medición realizada por la autora en una muestra de adolescentes del sexo femenino de la Fundación Hogar Niñas de la Capital de la República de Panamá.

Figura 9. Puntaje obtenido en el test, de acuerdo a la categoría perfeccionismo antes y después.

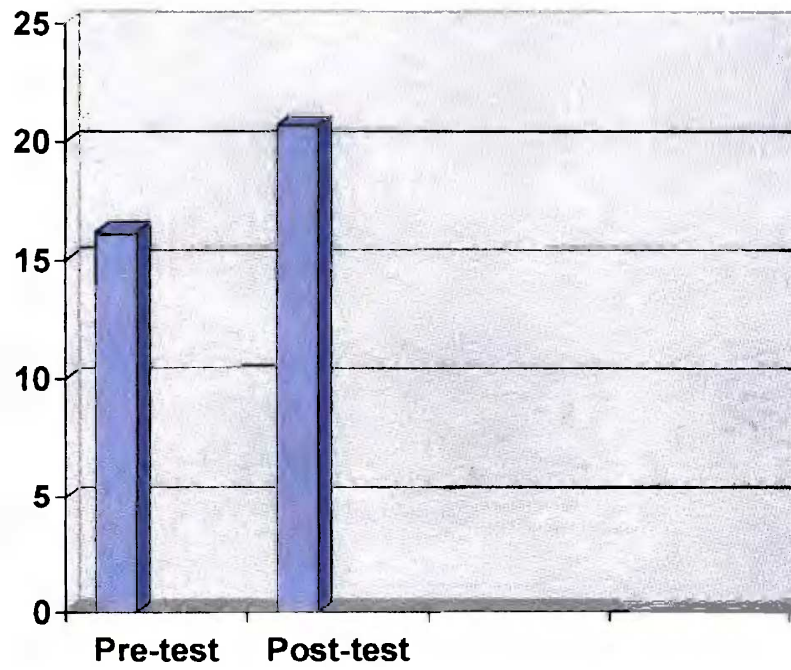


A continuación la presentación de las medias y desviaciones estándar de las puntuaciones obtenidas en la Sub Escala de Perfeccionismo medido a través de la Escala de Actitudes Disfuncionales, de Weissman.

CUADRO XII.		
MEDIAS Y DESVIACIONES ESTÁNDAR DE LAS PUNTUACIONES OBTENIDAS EN LA SUB ESCALA PERFECCIONISMO MEDIDO A TRAVÉS DE LA ESCALA DE ACTITUDES DISFUNCIONALES, DE WEISSMAN		
GRUPO EXPERIMENTAL	PRE-TEST	POST-TEST
MEDIA	$\mu = 16.0909091$	$\mu = 20.6363636$
DESVIACIÓN ESTANDAR	$s = 3.88470193$	$s = 2.76668492$
Fuente: Medición realizada por la autora en una muestra de adolescentes del sexo femenino de la Fundación Hogar Niñas de la Capital de la República de Panamá.		

FIGURA 10.

MEDIAS DE LAS PUNTUACIONES OBTENIDAS EN LA SUB ESCALA DE PERFECCIONISMO MEDIDO A TRAVÉS DE LA ESCALA DE ACTITUDES DISFUNCIONALES, DE WEISSMAN.



Resultados de la prueba de t de Student, de observaciones apareadas, prueba con una cola:

- El valor calculado de la “t” de Student para la diferencia entre las medias de las puntuaciones obtenidas en la sub escala perfeccionismo medido a través de la Escala de Actitudes Disfuncionales, de Weissman. es de -3.04742114.
- El valor de la p correspondiente a la t de Student es de 0.00123.
- El valor límite para la t con un nivel de significancia de 0.00500 es de -2,2281.
- Por ser el valor p correspondiente a la “t” de Student de 0.00123 menor que el valor del nivel de significancia alfa de 0.05, se acepta la hipótesis de investigación y se rechaza la hipótesis nula de que la diferencia entre las medias de las puntuaciones obtenidas en la sub-escala de perfeccionismo medido a través de la Escala de Actitudes Disfuncionales, de Weissman., del pre-test y post-test sean iguales.

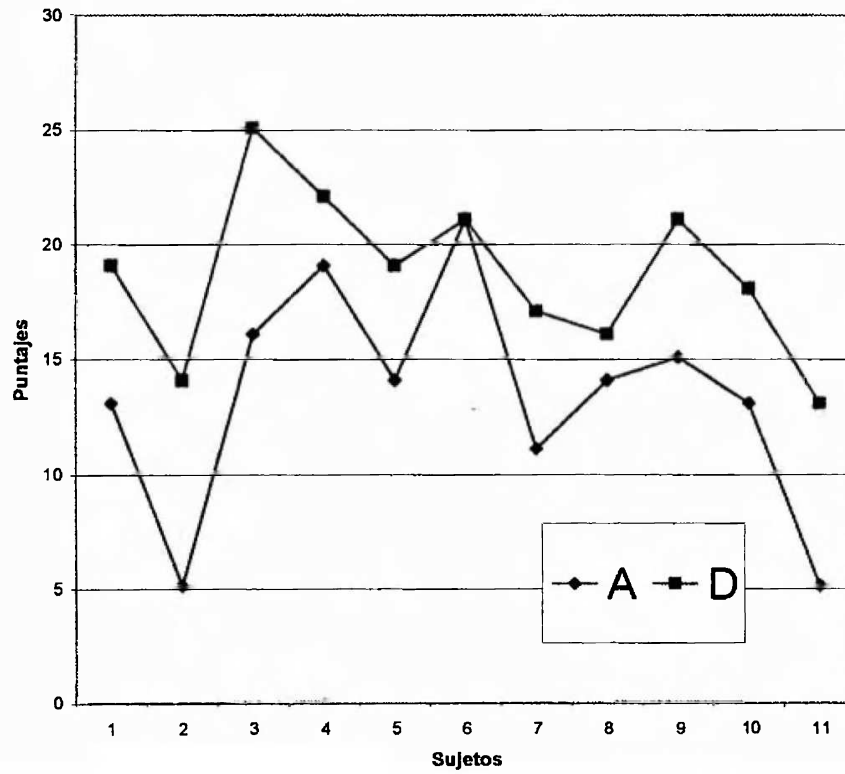
CUADRO XIII.

COMPARACIÓN ENTRE LA PRIMERA MEDICION (X1) Y LA SEGUNDA MEDICION (X2) DE LOS DATOS OBTENIDOS EN LA SUB-ESCALA DE EXIGENCIAS, MEDIDO A TRAVÉS DE LA ESCALA DE ACTITUDES DISFUNCIONALES, DE WEISSMAN.

PARTICIPANTES	X1	X2	DIFERENCIA X1-X2
1	13	19	-6
2	5	14	-9
3	16	25	-9
4	19	22	-3
5	14	19	-5
6	21	21	0
7	11	17	-6
8	14	16	-2
9	15	21	-6
10	13	18	-5
11	5	13	-8

Fuente: Medición realizada por la autora en una muestra de adolescentes del sexo femenino de la Fundación Hogar Niñas de la Capital de la República de Panamá.

Figura 11. Puntaje objetido en el test, de acuerdo a la categoría exigencias antes y después.

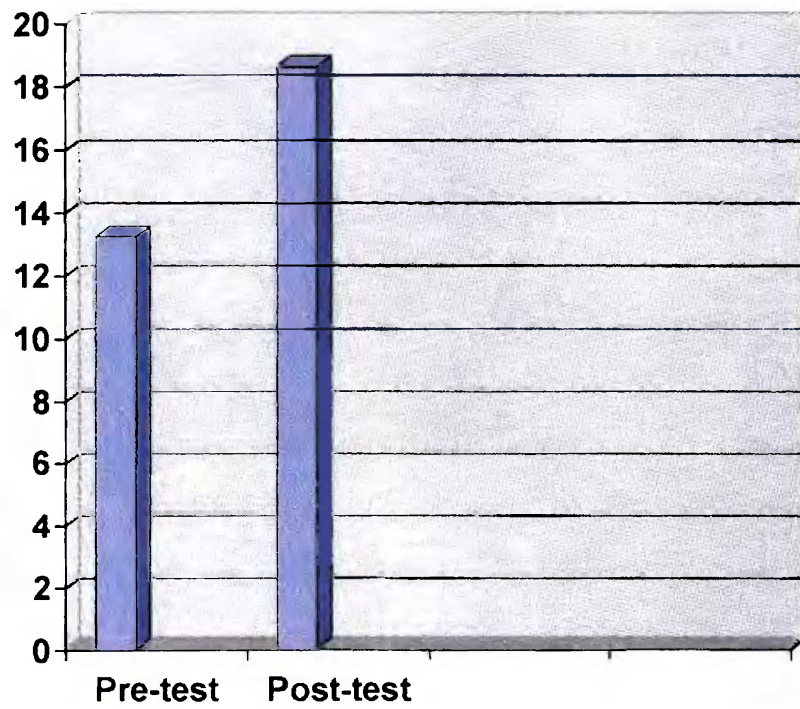


A continuación la presentación de las medias y desviaciones estándar de las puntuaciones obtenidas en la Sub Escala de Exigencias medido a través de la Escala de Actitudes Disfuncionales, de Weissman.

CUADRO XIV.		
MEDIAS Y DESVIACIONES ESTÁNDAR DE LAS PUNTUACIONES OBTENIDAS EN LA SUB ESCALA EXIGENCIAS, MEDIDO A TRAVÉS DE LA ESCALA DE ACTITUDES DISFUNCIONALES, DE WEISSMAN		
GRUPO EXPERIMENTAL	PRE-TEST	POST-TEST
MEDIA	$\mu = 13.2727273$	$\mu = 18.6363636$
DESVIACIÓN ESTÁNDAR	$s = 4.96167127$	$s = 3.55732279$
Fuente: Medición realizada por la autora en una muestra de adolescentes del sexo femenino de la Fundación Hogar Niñas de la Capital de la República de Panamá.		

FIGURA 12.

MEDIAS DE LAS PUNTUACIONES OBTENIDAS EN LA SUB ESCALA DE
EXIGENCIAS MEDIDO A TRAVÉS DE LA ESCALA DE ACTITUDES
DISFUNCIONALES, DE WEISSMAN.



Resultados de la prueba de t de Student, de observaciones apareadas, prueba con una cola:

- El valor calculado de la “t” de Student para la diferencia entre las medias de las puntuaciones obtenidas en la sub escala exigencias medido a través de la Escala de Actitudes Disfuncionales, de Weissman, es de -6.26808895.
- El valor de la p correspondiente a la t de Student es de 0.0001.
- El valor límite para la t con un nivel de significancia de 0.00500 es de -2,2281.
- Por ser el valor p correspondiente a la “t” de Student de 0.0001 menor del nivel de significancia de alfa de 0.05, se acepta la hipótesis de investigación y se rechaza la hipótesis nula de que la diferencia entre las medias de las puntuaciones obtenidas en la Escala de Actitudes Disfuncionales, de Weissman., de la sub escala exigencias medido antes de la intervención sean mayor o igual a cero.

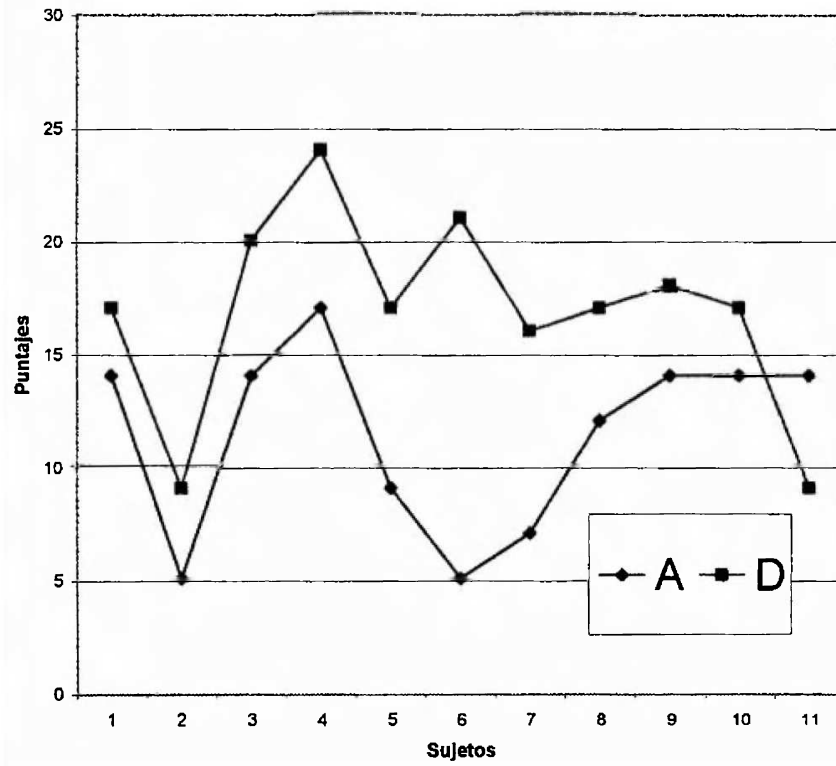
CUADRO XV.

COMPARACIÓN ENTRE LA PRIMERA MEDICION (X1) Y LA SEGUNDA MEDICION (X2) DE LOS DATOS OBTENIDOS EN LA SUB-ESCALA DE OMNIPOTENCIA, MEDIDO A TRAVÉS DE LA ESCALA DE ACTITUDES DISFUNCIONALES, DE WEISSMAN.

PARTICIPANTES	X1	X2	DIFERENCIA X1-X2
1	14	17	-3
2	5	9	-4
3	14	20	-6
4	17	24	-7
5	9	17	-8
6	5	21	-16
7	7	16	-9
8	12	17	-5
9	14	18	-4
10	14	17	-3
11	14	9	5

Fuente: Medición realizada por la autora en una muestra de adolescentes del sexo femenino de la Fundación Hogar Niñas de la Capital de la República de Panamá.

Figura 13. Puntaje objetido en el test, de acuerdo a la categoría omnipotencia antes y despúes.

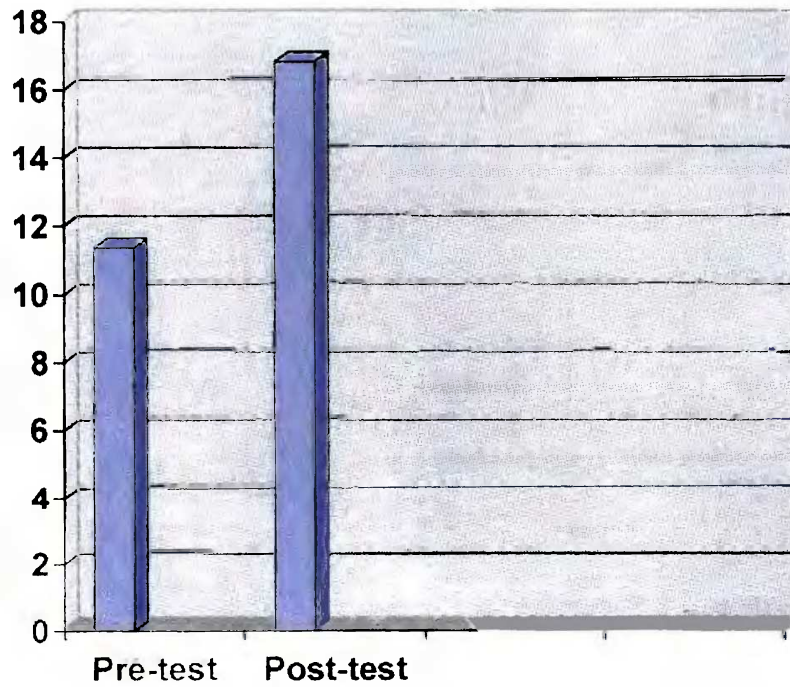


A continuación la presentación de las medias y desviaciones estándar de las puntuaciones obtenidas en la Sub Escala de Omnipotencia medido a través de la Escala de Actitudes Disfuncionales, de Weissman.

CUADRO XVI.		
MEDIAS Y DESVIACIONES ESTÁNDAR DE LAS PUNTUACIONES OBTENIDAS EN LA SUB ESCALA OMNIPOTENCIA MEDIDO A TRAVÉS DE LA ESCALA DE ACTITUDES DISFUNCIONALES, DE WEISSMAN		
GRUPO EXPERIMENTAL	PRE-TEST	POST-TEST
MEDIA	$\mu = 11.3636364$	$\mu = 16.8181818$
DESVIACIÓN ESTÁNDAR	$s = 4.1538591$	$s = 4.5126086$
Fuente: Medición realizada por la autora en una muestra de adolescentes del sexo femenino de la Fundación Hogar Niñas de la Capital de la República de Panamá.		

FIGURA 14.

MEDIAS DE LAS PUNTUACIONES OBTENIDAS EN LA SUB ESCALA DE
OMNIPOTENCIA MEDIDO A TRAVÉS DE LA ESCALA DE ACTITUDES
DISFUNCIONALES, DE WEISSMAN.



Resultados de la prueba de t de Student, de observaciones apareadas, prueba con una cola:

- El valor calculado de la “t” de Student para la diferencia entre las medias de las puntuaciones obtenidas en la sub escala omnipotencia medido a través de la Escala de Actitudes Disfuncionales, de Weissman. es de -3.55659.
- El valor de la p correspondiente a la t de Student es de 0.0052.
- El valor límite para la t con un nivel de significancia de 0.00500 es de -2,2281.
- Por ser el valor p correspondiente a la “t” de Student de 0.0052 menor que el valor del nivel de significancia alfa de 0.05, se acepta la hipótesis de investigación y se rechaza la hipótesis nula de que la diferencia entre las medias de las puntuaciones obtenidas en la Escala de Actitudes Disfuncionales, de Weissman., de la sub escala omnipotencia medido antes de la intervención sean mayor o igual a cero.

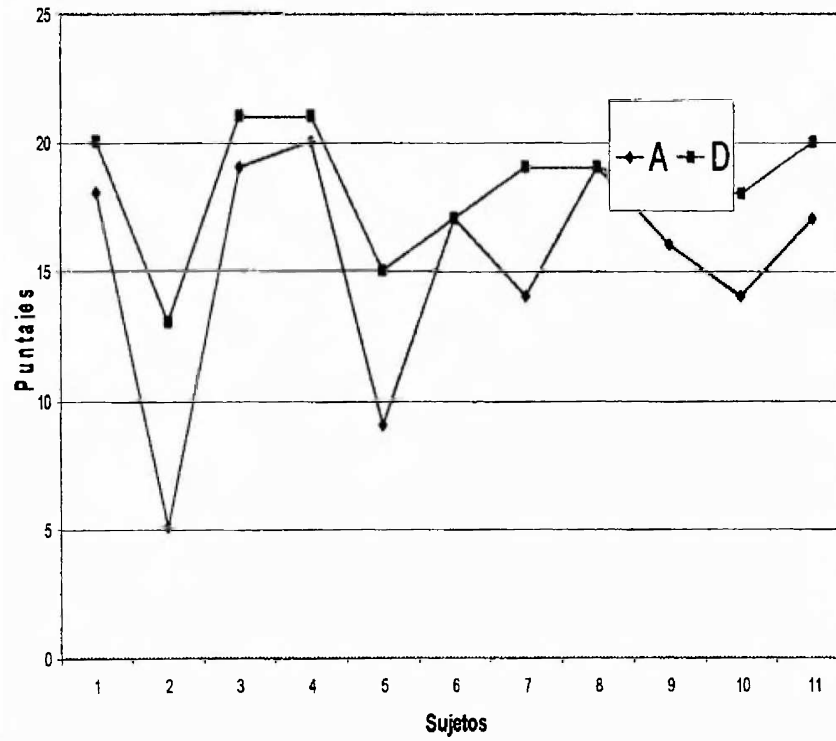
CUADRO XVII.

COMPARACIÓN ENTRE LA PRIMERA MEDICION (X1) Y LA SEGUNDA MEDICION (X2) DE LOS DATOS OBTENIDOS EN LA SUB-ESCALA DE AUTONOMÍA, MEDIDO A TRAVÉS DE LA ESCALA DE ACTITUDES DISFUNCIONALES, DE WEISSMAN.

PARTICIPANTES	X1	X2	DIFERENCIA X1-X2
1	18	20	-2
2	5	13	-8
3	19	21	-2
4	20	21	-1
5	9	15	-6
6	17	17	0
7	14	19	-5
8	19	19	0
9	16	18	-2
10	14	18	-4
11	17	20	-3

Fuente: Medición realizada por la autora en una muestra de adolescentes del sexo femenino de la Fundación Hogar Niñas de la Capital de la República de Panamá.

Figura 15. Puntaje objetido en el test, de acuerdo a la categoría autonomía antes y despúes.

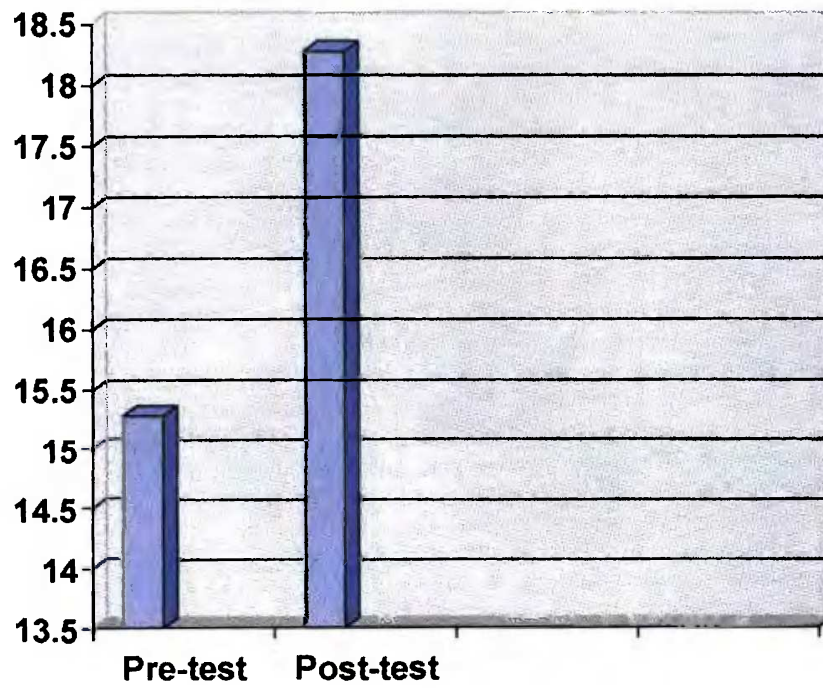


A continuación la presentación de las medias y desviaciones estándar de las puntuaciones obtenidas en la Sub Escala de Autonomía medido a través de la Escala de Actitudes Disfuncionales, de Weissman.

CUADRO XVIII.		
MEDIAS Y DESVIACIONES ESTÁNDAR DE LAS PUNTUACIONES OBTENIDAS EN LA SUB ESCALA AUTONOMÍA MEDIDO A TRAVÉS DE LA ESCALA DE ACTITUDES DISFUNCIONALES, DE WEISSMAN		
GRUPO EXPERIMENTAL	PRE-TEST	POST-TEST
MEDIA	$\mu = 15.2727273$	$\mu = 18.2727273$
DESVIACIÓN ESTÁNDAR	$s = 4.60631977$	$s = 2.49362824$
Fuente: Medición realizada por la autora en una muestra de adolescentes del sexo femenino de la Fundación Hogar Niñas de la Capital de la República de Panamá.		

FIGURA 16.

MEDIAS DE LAS PUNTUACIONES OBTENIDAS EN LA SUB ESCALA DE
AUTONOMÍA MEDIDO A TRAVÉS DE LA ESCALA DE ACTITUDES
DISFUNCIONALES, DE WEISSMAN.



Resultados de la prueba de t de Student, de observaciones apareadas, prueba con una cola:

- El valor calculado de la “t” de Student para la diferencia entre las medias de las puntuaciones obtenidas en la sub escala autonomía medido a través de la Escala de Actitudes Disfuncionales, de Weissman, es de -3.93303318.
- El valor de la p correspondiente a la t de Student es de 0.0028.
- El valor límite para la t con un nivel de significancia de 0.00500 es de -2,2281.
- Por ser el valor de la p correspondiente a la “t” de Student de 0.0028 menor que el valor del nivel de significancia alfa de 0.05, se acepta la hipótesis de investigación y se rechaza la hipótesis nula de que la diferencia entre las medias de las puntuaciones obtenidas en la Escala de Actitudes Disfuncionales, de Weissman., de la sub escala autonomía medido antes de la intervención sean mayor o igual a cero.

c) Evaluación de la Conducta Asertiva.

- Evaluación del Componente Subjetivo de la Conducta Asertiva.

Con el fin de evaluar el componente subjetivo de la conducta asertiva, se aplicó la Escala de Autoexpresión de Conductas Asertivas, de Galassi que mide el nivel de conducta asertiva ante diferentes personas y situaciones.

En las siguientes tablas presentamos el resumen de los resultados obtenidos:

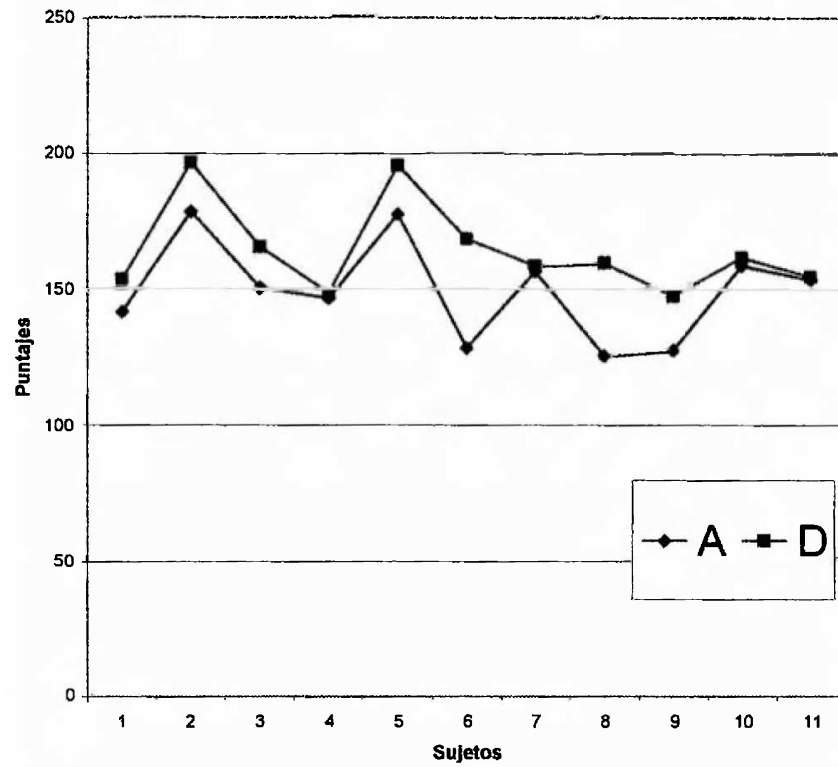
CUADRO XIX.

COMPARACIÓN ENTRE LA PRIMERA MEDICION (X1) Y LA SEGUNDA MEDICION (X2) DE LOS DATOS OBTENIDOS EN LA ESCALA DE AUTOEXPRESION DE CONDUCTAS ASERTIVAS, DE GALASSI.

PARTICIPANTE	X1	X2	DIFERENCIA X1-X2
1	141	153	-12
2	178	196	-18
3	150	165	-15
4	146	148	-2
5	177	195	-18
6	128	168	-40
7	156	158	-2
8	125	159	-34
9	127	147	-20
10	158	161	-3
11	153	154	-1

Fuente: Medición realizada por la autora en una muestra de adolescentes del sexo femenino de la Fundación Hogar Niñas de la Capital de la República de Panamá.

Figura 17. Puntaje obtenido en el test, de acuerdo a la conductas asertivas antes y después.

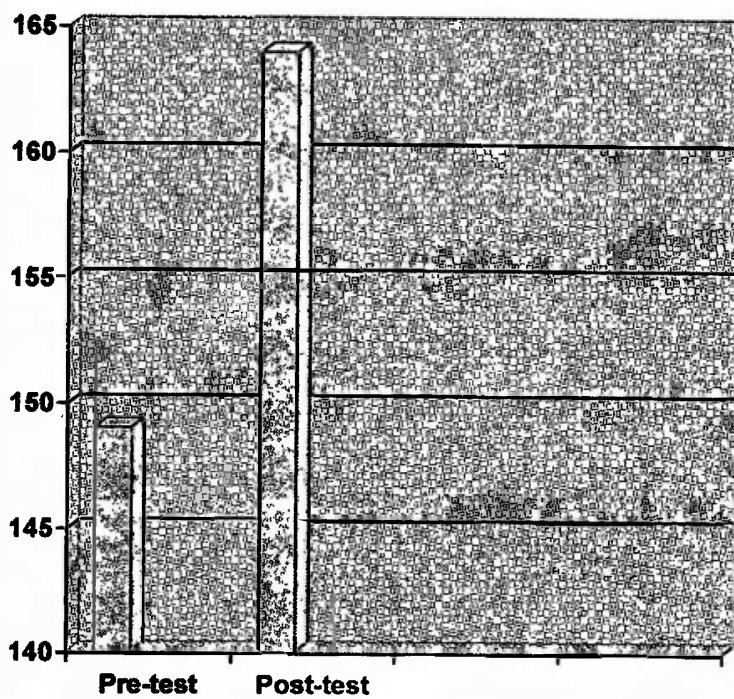


A continuación la presentación de las medias y desviaciones estándar de las puntuaciones obtenidas en la Escala de Autoexpresión de Conductas Asertivas, de Galassi.

CUADRO XX.		
MEDIAS Y DESVIACIONES ESTÁNDAR DE LAS PUNTUACIONES OBTENIDAS EN LA ESCALA DE AUTOEXPRESIÓN DE CONDUCTAS ASERTIVAS, DE GALASSI.		
GRUPO EXPERIMENTAL	PRE-TEST	POST-TEST
MEDIA	$\mu = 149$	$\mu = 164$
DESVIACIÓN ESTÁNDAR	$s = 18,2920748$	$s = 16,8463646$
Fuente: Medición realizada por la autora en una muestra de adolescentes del sexo femenino de la Fundación Hogar Niñas de la Capital de la República de Panamá.		

FIGURA 18.

MEDIAS DE LAS PUNTUACIONES OBTENIDAS EN LA ESCALA DE
AUTOEXPRESIÓN DE CONDUCTAS ASERTIVAS, DE GALASSI.



Resultados de la prueba de t de Student, de observaciones apareadas, prueba con una cola:

- El valor calculado de la “t” de Student para la diferencia entre las medias de las puntuaciones obtenidas en la Escala de Autoexpresión de Conductas Asertivas, de Galassi, es de -3,79777263.
- El valor de la p correspondiente a la t de Student es de 0.0035.
- El valor límite para la t con un nivel de significancia de 0.00500 es de -2,2281.
- Por ser el valor p correspondiente a la “t” de Student de 0.0035 menor al valor del nivel de significancia alfa de 0.05, se acepta la hipótesis de investigación y se rechaza la hipótesis nula de que la diferencia entre las medias de las puntuaciones obtenidas en la Escala de Autoexpresión de Conductas Asertivas, de Galassi, medido antes de la intervención sean mayor o igual a cero.

DISCUSIÓN

El presente apartado presenta la interpretación de los resultados, luego de haber hecho el análisis estadístico de las medias de las puntuaciones obtenidas en el grupo experimental, medido antes y después de aplicado el tratamiento.

En esta investigación utilizamos dos escalas: La Escala de Autoexpresión de Conductas Asertivas, de Galassi, para medir el componente subjetivo de la conducta asertiva y la Escala de Actitudes disfuncionales de Weissman, para medir el componente cognitivo de la conducta asertiva. En esta última escala se tomó en cuenta un análisis de las sub-escalas en cada una de las participantes.

Con relación a la Escala de Actitudes Disfuncionales, de Weissman, podemos señalar que ésta mide siete tipos de creencias disfuncionales o supuestos personales, referidas por Beck. Estas son: aprobación, amor, logros, exigencias, perfeccionismo, omnipotencia y autonomía. En esta investigación hicimos un análisis de cada una de las sub-escalas en cada una de las participantes.

En todas las sub-escalas medidas, que especificaremos a continuación, encontramos una mejoría estadísticamente significativa entre el post-test y el pre-test. Utilizando la “t” de Student, hay evidencia de que el programa mejora el componente cognitivo de la conducta asertiva.

La sub-escala de “aprobación” encontramos un valor p correspondiente a la “t” de Student de 0.0011 menor que el valor del nivel de significancia alfa de 0.05. En esta sub-escala se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis de investigación.

Hi: La media de las puntuaciones de la sub-escala “aprobación” obtenida en la Escala de Actitudes Disfuncionales de Weissman después del tratamiento es mayor a la media de las puntuaciones de la misma sub-escala obtenida antes del tratamiento.

$$H_i: \mu_{EAD/A-E2} > \mu_{EAD/A-E1}$$

Esta sub-escala indica el grado de independencia o dependencia excesiva del valor que se tiene de sí mismo, aún cuando se le critique o desapruébe. Se basa en el supuesto “deberías”, que se refiere en este caso, a lo siguiente: para aceptarse a sí mismo o ser feliz, debe obtener aceptación o aprobación de todo el mundo en todas las ocasiones.

El 63.63% de las participantes obtuvieron puntajes por debajo del promedio en esta sub-escala. Esto indica que la mayoría de las participantes tienen la creencia de que para ser feliz o quererse a sí mismo deben ser aprobados por los demás.

Después de la intervención el 9.09% de las participantes obtuvieron puntajes por debajo del promedio.

En esta sub-escala, la participante # 11, a pesar de que mostró una mejoría significativa, se mantuvo por debajo del promedio. Analizando su evaluación psicológica, en parte, este resultado se puede deber a el abandono del padre desde que nació y el abuso físico de la madre de la evaluada, lo que se ve reflejado en una autoestima baja y deseos de ser aceptados por los demás, dada la carencia afectiva a la que fue objeto por parte de sus progenitores.

La sub-escala de “amor” encontramos un valor p correspondiente a la “t” de Student de 0.0072 menor que el valor del nivel de significancia alfa de 0.05. En esta sub-escala se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis de investigación.

Hi: La media de las puntuaciones de la sub-escala “amor” obtenida en la Escala de Actitudes Disfuncionales de Weissman después del tratamiento es mayor a la media de las puntuaciones de la misma sub-escala obtenida antes del tratamiento.

$$H_i: \mu_{EAD/Am-E2} > \mu_{EAD/Am-E1}$$

Esta sub-escala mide el valor del “amor” como algo deseable, sin ser un requisito para la felicidad, versus la perspectiva de necesidad e incapacidad de ser feliz sin él.

Antes de la intervención, los resultados de esta sub-escala indican que el 36.36% de las participantes obtuvieron puntuaciones por debajo del promedio. Esta sub-escala se trata del supuesto de que el valor de una persona y el amor hacia sí mismo depende de los que otros piensan de la persona.

Después de la intervención el 100% de las participantes mejoraron significativamente en esta área. Parte de este resultado se puede deber al énfasis que se otorgó en el programa a la aceptación de sí mismo y el amor propio pese a lo que los demás piensan sobre su persona.

La sub-escala “logros” encontramos un valor p correspondiente a la “t” de Student de 0.0029 menor que el valor del nivel de significancia alfa de 0.05. En esta sub-escala se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis de investigación.

Hi: La media de las puntuaciones de la sub-escala “logros” obtenida en la Escala de Actitudes Disfuncionales de Weissman después del tratamiento es mayor a la media de las puntuaciones de la misma sub-escala obtenida antes del tratamiento.

$$H_i: \mu_{EAD/L-E2} > \mu_{EAD/L-E1}$$

Esta sub-escala mide los niveles de adicción a alcanzar siempre lo que se desea obtener y de no tolerar el fracaso. Esta Sub-escala se basa en el supuesto de que para ser feliz debo tener éxito en todo lo que la persona se proponga.

En esta sub-escala el 18.18% de las participantes obtuvieron un resultado por debajo del promedio antes de la intervención. Después de la intervención el 9.09% de las participantes obtuvieron un resultado por debajo del promedio.

En esta área, nuevamente la participante # 11 no mostró mejoría en esta área. Las razones se pueden deber a los argumentos antes mencionados.

La sub-escala “perfeccionismo” encontramos un valor p correspondiente a la “t” de Student de 0.0123 menor que el valor del nivel de significancia alfa de 0.05. En esta sub-escala se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis de investigación.

Hi: La media de las puntuaciones de la sub-escala “perfeccionismo” obtenida en la Escala de Actitudes Disfuncionales de Weissman después del tratamiento es mayor a la media de las puntuaciones de la misma sub-escala obtenida antes del tratamiento.

$$H_i: \mu_{EAD/P-E2} > \mu_{EAD/P-E1}$$

Esta sub-escala indica la capacidad de disfrutar de las experiencias y sentirse bien aunque las cosas no salgan como se espera versus la necesidad de perfeccionismo y falta de tolerancia a los errores. Esta categoría hace referencia al supuesto que señala lo siguiente: si cometo un error, significa que soy un inepto. Cae dentro de la categoría de pensamiento dicotómico de “todo” o “nada”.

El 36.36% de las participantes obtuvieron resultados por debajo del promedio en esta categoría. Después de la intervención el 100% mostró mejoría en esta sub-escala. Este resultado se puede relacionar igualmente con el énfasis en la aceptación del sí mismo y de la comprensión de que está bien equivocarse y cometer errores. Los ejercicios de ensayo conductual ayudaron a mostrar claramente el significado de esto.

La sub-escala “exigencia” encontramos un valor p correspondiente a la “t” de Student de 0.0001 menor que el valor del nivel de significancia alfa de 0.05. En esta sub-escala se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis de investigación.

Hi: La media de las puntuaciones de la sub-escala “exigencias” obtenida en la Escala de Actitudes Disfuncionales de Weissman después del tratamiento es mayor a la media de las puntuaciones de la misma sub-escala obtenida antes del tratamiento.

$$H_i: \mu_{EAD/E-E2} > \mu_{EAD/E-E1}$$

Esta sub-escala mide la tendencia a sentirse “merecedor” de las cosas como el éxito, el amor y la felicidad.

El 63.63% de las participantes obtuvieron puntuaciones por debajo del promedio. Esta categoría cae dentro de las expresiones de “debo” o “debería”, que es una exigencia o demanda de lo que debe ser, según la persona.

Después de la intervención sólo el 18.18% de las participantes mostraron puntuaciones por debajo del promedio. Entre las participantes que no mostraron mejoría, están; la participante # 2 y la # 11.

La participante # 11 se trata de una joven de 15 años que fue regalada por su madre desde que nació. Se crió en un ambiente hostil, donde predominaba el abuso infantil, la prostitución y la venta de drogas. La participante se mostró muy activa durante las sesiones, sin embargo en la evaluación se evidenció problemas de identidad y signos de depresión. Llegó al Hogar desde los 7 años, en donde ha permanecido hasta el presente. Durante las vacaciones es la única del grupo que no tiene quien la reciba y siempre se ha tenido que ir con la misionera u otra voluntaria. Muestra signos de rebeldía, impulsividad y dificultad para someterse a la autoridad. Esta evaluación

corresponde con los resultados de las pruebas que indican tendencia a la exigencia y la demanda.

La sub-escala de “omnipotencia” encontramos un valor p correspondiente a la “t” de Student de 0.0052 menor que el valor del nivel de significancia alfa de 0.05. En esta sub-escala se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis de investigación.

Hi: La media de las puntuaciones de la sub-escala “omnipotencia” obtenida en la Escala de Actitudes Disfuncionales de Weissman después del tratamiento es mayor a la media de las puntuaciones de la misma sub-escala obtenida antes del tratamiento.

$$H_i: \mu_{EAD/O-E2} > \mu_{EAD/O-E1}$$

Esta sub-escala mide la tendencia de verse a uno mismo como centro del universo y responsable de todo lo que ocurre a su alrededor. Corresponde a la “Falacia de Control”, que consiste en cómo la persona se ve a sí mismo de manera extrema sobre el grado de control sobre los acontecimientos de su vida. La persona se cree muy competente y/o responsable de todo lo que ocurre a su alrededor.

El 90.90% de las participantes obtuvieron puntuaciones por debajo del promedio. Lo que indica un alto porcentaje en la percepción de control sobre los acontecimientos que ocurren a su alrededor. Estos resultados se relacionan con la etapa por la que estas jóvenes están pasando. Se trata de la etapa de la adolescencia donde el grado de omnipotencia suele ser elevado en la mayoría de las personas durante estas edades.

Después de la intervención el 18.18% presentó puntuaciones por debajo del promedio. Nuevamente las participantes #2 y # 11 no presentaron mejoría en ésta área. Ambas participantes tienen en común el abandono de sus padres y el abuso infantil. Este alto grado de sentido de omnipotencia puede estar relacionado con la necesidad de pertenencia y a la carencia de afecto por parte de sus figuras principales.

La sub-escala “autonomía” encontramos un valor p correspondiente a la “t” de Student de 0.0028 menor que el valor del nivel de significancia alfa de 0.05. En esta sub-escala se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis de investigación.

Hi: La media de las puntuaciones de la sub-escala “autonomía” obtenida en la Escala de Actitudes Disfuncionales de Weissman después del tratamiento es mayor a la media de las puntuaciones de la misma sub-escala obtenida antes del tratamiento.

$$H_i: \mu_{EAD/Au-E2} > \mu_{EAD/Au-E1}$$

Esta sub-escala se refiere al grado en que el estado de ánimo de la persona depende de sus pensamientos y actitudes versus la idea de que la capacidad de disfrutar y querer a sí misma proviene de afuera.

Antes de la intervención el 36.36% de las participantes obtuvieron puntuaciones por debajo del promedio. Después de la intervención el 9.09% de las participantes obtuvieron estas puntuaciones.

En este caso la participante #11 igualmente no mostró mejoría en esta área. Este resultado se relaciona con la baja autoestima debido a la carencia afectiva y maltrato al que fue objeto.

En términos globales, la Escala de Actitudes Disfuncionales, de Weissman indica que las diferencias posttest-pretest en el grupo fueron significativas, lo que evidencia un efecto positivo del Programa Terapéutico Cognitivo- Conductual correspondiente al componente cognitivo de la conducta asertiva y que confirma la hipótesis de investigación.

Hi: La media de las puntuaciones obtenida en la Escala de Actitudes Disfuncionales de Weissman después del tratamiento es mayor a la media de las puntuaciones de la misma escala obtenida antes del tratamiento.

$$H_i: \mu_{EAD-E2} > \mu_{EAD-E1}$$

Consideramos que los resultados nos indican que al haber una mejoría en el componente cognitivo de la conducta asertiva, a través de las modificaciones de las creencias personales logradas durante la intervención, podemos esperar que el componente subjetivo de la conducta asertiva mejore en la misma escala.

Con respecto a la Escala de Autoexpresión de Conductas Asertivas, de Galassi, encontramos un aumento estadísticamente significativo de las medias del grupo experimental, medido antes y después del tratamiento. Encontramos un valor p correspondiente a la “ t ” de Student de 0.0035 menor que el valor del nivel de significancia alfa de 0.05. En esta prueba se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis de investigación.

H_i : La media de las puntuaciones de la Escala de Autoexpresión de Conductas Asertivas de Galassi obtenidas en el post- test del grupo intervenido es mayor a la media de las puntuaciones de la misma escala obtenida en el pre- test.

$$H_i: \mu_{EACA-E2} > \mu_{EACA-E1}$$

Por lo tanto, hay evidencia de que los resultados obtenidos indican que el tratamiento mejoró el componente subjetivo de la conducta asertiva en las participantes.

Esta prueba mide tres aspectos de la conducta asertiva: positiva (expresión de sentimientos de amor, afecto, admiración y aprobación), negativa (expresión de sentimientos justificados de ira, disgusto y molestia) y de autonegación (excesiva defensa, exagerada ansiedad interpersonal e interés por otros).

Antes de la intervención, en la Escala de Autoexpresión de Conductas Asertivas, de Galassi, el pre-test arrojó una media de 149, siendo el valor mínimo 125 obtenido

por la participante # 8 y el valor máximo 178, obtenido por la participante # 2. Básicamente, estos resultados indican en términos generales que las participantes mostraban una conducta asertiva por encima del promedio, sin embargo en las respuestas al autoreporte se evidenció una dificultad en la expresión adecuada de sentimientos de disgusto e ira, así como una excesiva defensa ante las críticas.

Después de la intervención, la media de esta prueba fue de 164, siendo el valor mínimo 147 obtenido por la participante # 9 y el valor máximo de 196 obtenido por la participante # 3. Según la prueba estadística de “t” de Student se observó una mejora estadísticamente significativa con relación a la medición anterior. Se evidenció que las participantes mejoraron la expresión adecuada de sentimientos negativos, pero la autodefensa se mantuvo igual que en la medición anterior.

Evaluando a las participantes de manera independiente, se pudo observar que no hubo una diferencia significativa entre ambas mediciones en las siguientes participantes: # 4, # 7, #10 y # 11.

En los informes individuales de estas participantes y durante intervención, encontramos que la participante # 4 no mostró mucho interés en el programa, puesto que estaba por salir del Hogar y manifestó desde un principio sentirse con deseos de regresar a su casa, con sus padres.

La participante # 7 mostró buena acogida al programa y participaba activamente durante las sesiones, sin embargo en el informe pudimos constatar evidencia de maltrato intrafamiliar y problemas relacionados con droga por parte de sus progenitores. Esta participante mostró también dificultad en la expresión de los sentimientos negativos, que es un indicativo de lo que ha vivido anteriormente.

La participante # 10 mostró durante todas las sesiones, sentimientos de autodevaluación y baja autoestima.

La participante # 11 mostraba conductas agresivas hacia sus compañeras durante las sesiones, mal manejo de la expresión de sentimientos negativos. También se evidenció maltrato en su entorno familiar y abandono de su padre.

Lo valioso de este aporte en estas adolescentes en particular se debe a que a causa de un conjunto de acontecimientos importantes (situación de riesgo social) en su vida se produce un proceso mental, que de manera inevitable puede afectar su desarrollo y la manera de enfrentar situaciones futuras. Es importante señalar que en el Programa Terapéutico Cognitivo-Conductual, estamos trabajando con los esquemas cognitivos, en forma de creencias personales. Estos esquemas cognitivos están conformado por experiencia pasadas (pobreza extrema, falta de recursos económicos que cubran necesidades básicas); relaciones tempranas con los padres (abandono, pérdidas, maltrato físico); vínculos afectivos o apego (maltrato psicológico por parte de los padres, mala relación con sus padres o familiares cercanos, carencia afectiva); protección ante peligro (negligencia, falta de protección y seguridad). Esta información es almacenada y se organiza en la memoria, se integra igualmente a los valores y reglas transmitidas social y familiarmente (falta de modelos positivos, al aprendizaje ya factores biológicos y hereditarios). Los acontecimientos actuales entonces van desencadenando pensamientos automáticos que se traducen en estados emocionales y conductuales, produciendo a su vez síntomas o trastornos psicológicos. En su gran mayoría, estas adolescentes, por las experiencias vividas y todos los factores anteriormente mencionados, muestran dificultades en sus habilidades sociales lo que representan un foco de atención para mejorar su calidad de vida a través de programas como el que se les presentó. El interés de este estudio, se dirigió entonces a brindar un aporte psicológico que ayude a prevenir que estas adolescentes incurran en conductas desadaptativas y promover su desarrollo social, afectivo y cognitivo.

Se debe tomar en cuenta que para la aplicación de este programa, dirigido al manejo de la asertividad, se consideró utilizar una población de adolescentes, por el hecho de que éstos jóvenes, además de haber pasado por una situación de riesgo social, tienen que enfrentar los problemas típicos de esta etapa tan vulnerable, como lo son: el desarrollo de la identidad sexual, pertenencia a grupos de iguales, presiones sociales, consumo de drogas, relaciones sexuales tempranas. Por otra parte, por ser las participantes jóvenes institucionalizadas, aumenta la probabilidad de presentar dificultades para enfrentar todos estos problemas con éxito, en parte porque traen desde su niñez sentimientos de inseguridad, tristeza, soledad; bajos niveles de autoestima y ciertas dificultades para relacionarse con los demás de manera adecuada.

Por los resultados obtenidos según el análisis estadístico, podemos finalizar afirmando que los objetivos de este estudio fueron cumplidos, la promoción del desarrollo de habilidades sociales, a través de la expresión adecuada de las emociones, creencias e ideas de una manera socialmente aceptadas y mejor manejo de las relaciones interpersonales.

Finalmente, cabe señalar que durante la aplicación del programa, las participantes se fueron integrando a las actividades y en comparación con las primeras sesiones, la segunda mitad del programa fue más productivo, pues su participación se fue tornando más activa. Al final de la terapia, algunas de las participantes fueron capaces de manifestar sus conflictos entre ellas y resolverlas durante las sesiones con ayuda de la instructora.

CONCLUSIONES

Luego de haber aplicado el Programa Terapéutico Cognitivo-Conductual para el manejo de la asertividad y analizando los resultados, podemos concluir lo siguiente:

Los resultados obtenidos en esta investigación nos permitieron confirmar la efectividad del Programa Terapéutico para la muestra de adolescentes del sexo femenino del Hogar Niñas de la Capital, al momento en que se hizo la evaluación. El día de aplicación de las pruebas de post-test, realizamos una actividad grupal para obtener información sobre su desenvolvimiento posterior en los diferentes contextos en el que ellas participan. Recibimos diferentes opiniones, algunas de las participantes nos comentaron que se sentían más cómodas consigo mismas, sin embargo les costaba todavía expresar lo que sentían en el momento oportuno, por el temor a ser rechazadas. Otras nos comentaron que sí eran capaces de decir las cosas en el momento en que las sentían, sin embargo aún se les dificultaba decir las sin agredir al otro. El resto de las participantes indicaron que mejoraron sus relaciones interpersonales, sobre todo en el ámbito escolar.

Durante la aplicación del programa observamos lo siguiente:

- La primera parte del programa, que consistía en la parte teórica resultó un poco larga para las participantes, lo que ocasionó inquietud durante estas tres primeras sesiones.
- Durante las sesiones, las participantes se sentían más cómodas en los ejercicios prácticos y se mostraban motivadas al realizarlas.

- La mayoría de las participantes se sentían incómodas cuando tenían que trabajar con otra compañera a la que no le tenían confianza.
- Los temas y ejercicios que enfatizaban expresión de las emociones y la sección de relajación tuvieron una mayor acogida por parte de las participantes.
- Se observó un aumento de interés de las jóvenes hacia el programa a medida que pasaban las sesiones, sin embargo dos de ellas mantuvieron una actitud de poca participación durante las sesiones. En términos generales, las adolescentes que más participaban eran casi siempre las mismas, por lo que la instructora debía motivar la participación del resto para lograr una mayor integración y que se beneficiaran del programa.
- Las condiciones bajo las cuales fue aplicado el Programa resultó favorable, ya que era un lugar espacioso, que permitía movilidad; además estaba aislado y aprovechábamos las horas tempranas de la mañana para realizar las sesiones, ya que estaban en el turno de la tarde para asistir a sus respectivos colegios.

En cuanto al componente cognitivo de la conducta asertiva y el componente subjetivo de la conducta asertiva, encontramos diferencias estadísticamente significativas en las medias que fueron propuestas en las hipótesis de investigación, rechazando todas las hipótesis nulas que proponían igualdad de puntuaciones obtenidas en el mismo grupo, medido antes y después del tratamiento.

Con relación a la Escala de Actitudes Disfuncionales, se observó después de la aplicación del programa un cambio significativo en todas las sub-escalas que se estaban midiendo. Para recordar, podemos mencionar las siete categorías evaluadas: aprobación (disminuyó la necesidad de la persona de estar pendiente de obtener la

aceptación de las otras personas); amor (disminuyó la necesidad de la persona de valorarse en función del amor de otras personas); logros (disminuyó la necesidad de la persona de estar extremadamente pendiente de ser competente en sus tareas poniendo su valor en manos de los resultados conseguidos); perfeccionismo (disminuyó la necesidad de la persona de estar excesivamente pendiente de no cometer errores en sus actividades); exigencias (disminuyó la necesidad de la persona de creer que tiene unos derechos que los otros deben de corresponder); omnipotencia (disminuyó la necesidad de la persona de creerse excesivamente responsable de la conducta y los sentimientos de las otras personas con las que se relacionan; y autonomía (disminuyó la necesidad de la persona de creer que sus sentimientos son inmodificables o dependen de las situaciones que vive, por lo que estará a merced de ellos).

En cuanto a la Escala de Autoexpresión de la Conducta Asertiva, los resultados mostraron que después de la aplicación del programa, las participantes del grupo manifestaron un cambio significativo en tres aspectos de la conducta asertiva. Se dio un aumento en la capacidad de expresión de sentimientos positivos, como el amor y la aprobación; al igual que en la expresión de sentimientos negativos justificados como el disgusto, la molestia. Por otro lado hubo una disminución en los sentimientos de autonegación (exagerada ansiedad en cuanto a las relaciones con otras personas)

Un factor que es muy importante, pero que no pudimos controlar fue la heterogeneidad del grupo, con respecto a la edad. Aunque la media de la edad era de 13 años, al igual que la moda, se notó la diferencia en cuanto a madurez y a nivel de atención en la adolescente de 17 años. Sin embargo, a pesar de su edad, no fue una de las que más participó durante las sesiones.

Otro obstáculo con el que nos encontramos fueron las pruebas utilizadas para medir los cambios en relación a la variable dependiente: la conducta asertiva. La

Escala de Actitudes Disfuncionales, presenta algunos obstáculos importantes, ya que se desconocen datos relevantes en cuanto al tipo de población utilizada en la tipificación de las puntuaciones. Sin embargo, se considera que probablemente fue una población adulta, según el análisis detallado del contenido de los ítems y también en base a las dificultades observadas en las jóvenes para entender y contestar la prueba. La Escala de Autoexpresión de Conductas Asertivas, de Galassi presenta dificultad en base a la información de que se dispone, no ofrecen categorías cualitativas que permitan interpretar las puntuaciones obtenidas, con objetividad y exactitud. Esto hizo imposible una evaluación adecuada de los diferentes niveles de asertividad, medidos a través del componente subjetivo del comportamiento asertivo.

En cuanto a la metodología, específicamente al tipo de diseño de investigación, se trata de un estudio pre-experimental, el cual tiene un grado de control mínimo en virtud de que se trabaja con un solo grupo y las unidades de análisis no son asignadas aleatoriamente al mismo. Adicionalmente, existen muy pocas probabilidades de que el grupo sea representativo de los demás (Campbell y Stanley, 1966). Este diseño adolece de menor validez interna, permitiendo controlar solamente los problemas de selección y mortalidad. Además, no se pueden hacer generalizaciones de los resultados y la falta de grupo control no permite asegurar que los cambios se debieron al programa aplicado, en lugar de otras posibles variables no controladas o que no hayan sido tomadas en cuenta.

Consideramos que el Programa Terapéutico Cognitivo-Conductual para el manejo de la conducta asertiva puede servir de base para futuros trabajos grupales en el Hogar Niñas de la Capital, y probablemente también en otras instituciones de asistencia social, ya que el mismo brinda herramientas valiosas para promover el crecimiento personal.

Hemos considerado la importancia de la utilización de programas psicológicos grupales para adolescentes que residen en instituciones de asistencia social, por varios motivos. En primer lugar, se requiere de servicios psicológicos en estas instituciones, para poder manejar efectivamente una amplia gama de problemas psico-sociales. En estos lugares, aparentemente se le ha dado un mayor énfasis al tratamiento psicológico en crisis que a la prevención, por lo que existen en estas poblaciones institucionalizadas problemas conductuales que se hubieran podido evitar con programas preventivos. Las inseguridades, temores, ansiedades, frustraciones, tristezas y apatías, entre otros, son conflictos emocionales típicos de la adolescencia; éstos, sumados a una condición social definida por el abandono y la falta de recursos económicos, probablemente provocan mayores dificultades en las adolescentes. En segundo lugar, se considera indispensable el trabajar con grupos, debido a las ventajas que éstos ofrecen: ahorro en cuanto a tiempo y dinero, aprendizaje interpersonal, identificación con otros que tienen problemas similares, y mayor confianza en el tratamiento como promotor del cambio. En tercer lugar, es conveniente trabajar con adolescentes de manera preventiva, ya que esto permite corregir o evitar ciertos problemas psicológicos antes de que lleguen a quedar profundamente arraigados durante la adultez.

Otro punto importante a considerar es que este estudio aporta una herramienta para estimular el desarrollo social durante la adolescencia, sin embargo, no está exento de limitaciones. En general, los estudios de este tipo tienen diversas limitaciones ya que en ellos intervienen muchas variables difíciles de controlar. La evaluación de un programa puede estar afectada por las características personales, sociales o motivacionales de las personas implicadas, por las garantías científicas de los instrumentos de evaluación utilizados, por la estandarización del procedimiento

seguido en la recogida de datos con todos los sujetos y en ambas fases de la evaluación.

Debemos recordar que este programa ha sido realizado en oportunidades diferentes. Una en Chile y otras dos en Panamá, ambas con estudiantes universitarios. Las pruebas utilizadas para medir el componente cognitivo de la conducta asertiva, consistió en la aplicación de unos cuestionarios creados por Brahm, Gabriela; Iris Gallardo y Elida Picota en 1983. No se consideró la utilización de estos cuestionarios debido a la complejidad de los ítems, para la comprensión adecuada en adolescentes. Los resultados en ambos estudios dieron resultados estadísticamente significativas en la medición del componente subjetivo y cognitivo de la conducta asertiva.

RECOMENDACIONES

- Realizar investigaciones adicionales, relacionados con los lineamientos teóricos y terapéuticos utilizados en el presente estudio, con el fin de aportar nuevos conocimientos científicos que brinden mejores herramientas y sirvan de apoyo al trabajo que los psicólogos pueden realizar en una institución de asistencia social.
- En cuanto al programa en si, se recomienda lo siguiente:
 - Distribuir el tiempo de las sesiones de manera de darle mayor espacio a la parte de los ejercicios grupales, de pares o individuales.
 - Abordar primero los aspectos conductuales, relativos a las relaciones interpersonales, y luego los aspectos cognitivos, relacionados con el autoconocimiento. De esta forma podría acelerarse el aprendizaje, probablemente, al haber mayores niveles de motivación y participación activa, y al poder enlazar los aspectos cognitivos con los aspectos conductuales de una manera más práctica.
 - Tomar en cuenta las edades del grupo con el que se va a trabajar, escogiendo si es posible una muestra homogénea en cuanto a este aspecto.
 - Buscar alternativas de medición de los componentes subjetivos y cognitivos de la conducta asertiva, de manera que las pruebas escogidas permitan su aplicación a los adolescentes, y además una interpretación adecuada de los resultados.

- Utilización de un grupo control, para poder afirmar con certeza que los cambios producidos se deberán a la aplicación del programa terapéutico, y no a otras posibles variables.
- Aplicar el programa a otro grupo de adolescentes institucionalizados, en donde sea factible trabajar de manera aleatoria con un grupo experimental y un grupo control, que permita garantizar la validez interna del experimento, determinar que los cambios son producidos por el tratamiento aplicado y generalizar los resultados.
- Motivar a los profesionales en psicología clínica a que se interesen en brindar sus conocimientos y experiencia a este tipo de instituciones de asistencia social, que tanto necesita de nuestro apoyo.

BIBLIOGRAFÍA CITADA

- ALEXANDER, F., 1989. Estudio psicológico de niñas privadas de un medio familiar normal. Trabajo de Graduación para optar al Título de Licenciatura en Psicología. Universidad de Panamá, Facultad de Humanidades.
- BETHANCOURT, FABIO., 2004. Clases Magistrales: Maestría en Psicología Clínica, III generación, Universidad de Panamá.
- BOWER, SRARON ANTHONY AND GORDON H. BOWER, 1991.. Asserting Yourself (a Practical Guide for Positive Change), U.S.A.: Addison-Wesley Publishing Company, Inc., Updated ed.
- BRAHM, GABRIELA, IRIS GALLARDO Y ELIDA PICOTA, 1983. Ponderación de Variables Cognitivas en una Modalidad de Terapia Asertiva en Grupo, Santiago: Universidad de Chile.
- BURNS, DAVID, 1981. Feeling good-The New Mood Therapy. U.S.A.
- CABALLO, VICENTE, 1997. Manual para el tratamiento cognitivo conductual de los trastornos psicológicos. Vol. I. Editora Siglo XXI de España Editores, S.A.
- CAMPBELL, DONALD, STANLEY, JULIAN, 1966. Diseños Experimentales y Cuasi-experimentales en la Investigación Social. Editorial amorrrtu. Primera Edición.
- CASTANEDO SECADAS, CELEDONIO, 1988. Enfoque centrado en el aquí y el ahora, Barcelona: Editorial Herder, S.A., Segunda Edición.
- COTTROUX, J., 1991. Terapias comportamentales y cognitivas. Editorial Masson. España

DES CORDEIRA CONCEPCIÓN Y BADILLA ELIZONDO JANICE, 1993. Programa Terapéutico Cognitivo Conductual orientado al manejo de asertividad aplicado a una muestra de mujeres delincuentes del Centro de Rehabilitación Femenina. Trabajo de Graduación para optar al título de Licenciatura en Psicología. Universidad Santa María La Antigua, Facultad de Humanidades, Ciencias Religiosas y Ciencias Sociales.

ELLIS, ALBERT Y GRIEGER RUSSELL, 2003. Manual de Terapia Racional-Emotiva. Novena Edición. Editorial Descleé de Brouwer, S.A.

FENSTERHEIM, HERBERT Y JEAN BAER., 1993. No diga sí cuando quiera decir no. (el aprendizaje asertivo puede cambiar su vida), Editorial Grijalbo, México.

GALASSI, J.P. Y GALASSI, M.D. (1979). A Comparision of the factor structure o fan assertion scale.

GAUTIER RAFAEL Y BOERRE GEOREE, 2005. Teoría de la Personalidad: una selección de los mejores autores del S.XX. Ed. UNIBE. Madrid.

GONZALEZ, B., RICHAUD D., Y SILVA A., 1988. Programa de entrenamiento asertivo grupal para adolescentes: dos modalidades de entrenamiento. Trabajo de graduación para optar por el título de Licenciatura en Psicología. Universidad Santa María La Antigua, Facultad de Humanidades.

HERNÁNDEZ, R., FERNÁNDEZ, C Y BAPTISTA,P. 1998. Metodología de la Investigación. Segunda Edición. Mc Graw-Hill, México.

HORROCKS, JOHN E., 1990. Psicología de la Adolescencia. Editorial Trillas, S.A. Tercera edición.

HOWARD H. Goldman, 2000. Rewiew of General Psychiatry California.

JACOBSON, E., 1938. Progressive Relaxation. Chicago: The University of Chicago Press.

KAZDIN, A., 2001. Métodos de Investigación en Psicología Clínica. Tercera edición. Pearson Educación, México.

KOVACS, M. (1983). The Children's depression Inventory: A self-rated depression scale for school-aged youngsters. Unpublished manuscript, University of Pittsburgh School of Medicine, Pittsburgh.

KOVACS, M. (1992). The Children's Depression Inventory (CDI) Manual. Multi-Health Systems, New York.

MADRID, C. Y R. ROJAS., 1985. Estudio de los Efectos del Entorno Social en el Desarrollo Psicosocial de una Muestra de Adolescentes de un Sector Marginado. Trabajo de Graduación para optar al Título de Licenciatura en Psicología. Universidad de Panamá, Facultad de Humanidades.

MAHONEY, MICHAEL J., 1978. Cognición y Modificación de Conducta, Editorial Trillas, México, D.F.

MATHEWS, R. Y M. VILLARREAL, 1985. Estudio Exploratorio de los Hogares Sustitutos en Panamá. Trabajo de Graduación para optar al Título de Licenciatura en Psicología. Universidad de Panamá, Facultad de Humanidades.

MAYOR, J. Y LABRADOR, J.F., 1991. Manual de Modificación de conducta. Editorial Alambra, España.

MINISTERIO DE DESARROLLO SOCIAL, 2006. [Online]. <http://www.presidencia.gob.pa/ministerios/minjumfa.htm>.

NAPIER, RODNEY Y MATTI GERSHENFOLD, 1990. Grupos: Teoría y Experiencia, Editorial Trillas, S.A. México, D.F.

NORIEGA, IRMA Y VERGARA IVIS, 1991. Medición de Variables Cognitivas en una Modalidad de Terapia Asertiva en Grupo en una Muestra de Estudiantes de la Escuela de Psicología de la Universidad Santa María la Antigua. Trabajo de Graduación para optar al título de Licenciatura en Psicología. Universidad Santa María La Antigua, Facultad de Humanidades, Ciencias Religiosas y Ciencias Sociales.

OPAZO, ROBERTO, 2001. Psicoterapia Integrativa. Ediciones ICPSI, Chile.

RUBIN THEODORE ISACC Y RUBIN ELEANOR, 1984. Not to Worry (The American Family Book of Mental Health), The Viking Press, New Cork.

RUIZ SÁNCHEZ, J.J. Y CANO SÁNCHEZ, J.J., 2005. Las Psicoterapias. Introducción a las orientaciones psicoterapéuticas para profesionales sanitarios. Capítulo3.[Online],<http://www.psicologiaonline.com/ESMUbeda/libros/ProfSanitarios/profesionales7d.htm>.

SERRACIN, B. 1983. Estudio de los problemas psicosociales que afectan a un grupo de niñas de seis a diez años de edad, inscritas en el Hogar Niñas de la Capital. Trabajo de graduación para optar al título de Licenciatura en Psicología. Universidad Santa María La Antigua, Facultad de Ciencias Sociales.

SHAW, MARVIN, 1983. Dinámica de Grupo: psicología de la conducta de los pequeños grupos. Editorial Heder, Barcelona España.

SIEGEL, SIDNEY, 1985. Diseño Experimental no Paramétrico, aplicado a la ciencia de la conducta. Editorial Trillas, México.

WEISSMAN, A.N. Y BECK A.T. (1978). Development and Validation of the Dysfunctional Attitudes Scale: A preliminary investigation paper presented at the 86th Annual Convention of the American Psychological Association, Toronto.

WOLPE, J., & LAZARUS, A. A., 1966. Behavior Therapy Techniques. New York: Pergamon.

APÉNDICES

- Cuestionario de la Terapia Multimodal: Formato utilizado para recabar la historia clínica de las participantes del estudio.
- Escala de Actitudes Disfuncionales, de Weissman.
- Escala de Autoexpresión de Conductas Asertivas, de Galassi.
- Carta de solicitud de permiso para realizar el estudio en la Fundación Hogar Niñas de la Capital, por parte del Asesor de la Tesis, Magíster Fabio Betancourt y la estudiante de Maestría, Lcda. Mariela Donato.
- Carta de autorización de la Directora de la Fundación Hogar Niñas de la Capital, Lcda. Elba Flores, para la ejecución del estudio propuesto.
- Carta de la Magíster Elida Picota de Tapia que autoriza el uso del Programa Cognitivo-Conductual para el manejo de la conducta asertiva elaborado en la Universidad de Chile en conjunto con otras colaboradoras en el año de 1983.

CUESTIONARIO DE LA TERAPIA MULTIMODAL

HISTORIA CLÍNICA

Fecha: _____

Caso N°: _____

I. DATOS GENERALES

Nombre: _____

Edad: _____

Fecha y lugar de nacimiento: _____

Fecha de ingreso: _____

Edad al ingresar: _____

Nacionalidad: _____

Nivel de Educación

Años cursados

_____ Primaria

_____ Secundaria

_____ Otros estudios (cursos, charlas)

II. HISTORIA PERSONAL

A. Familia

Padre

¿Vive? _____ Ocupación: _____

¿Qué tipo de relación tienes con él? _____

Si falleció, ¿qué edad tenías entonces? _____

Madre

¿Vive? _____ Ocupación: _____

¿Qué tipo de relación tienes con ella? _____

Si falleció, ¿qué edad tenías entonces? _____

Si no te criaron tus padres, ¿quién lo hizo y qué relación tenías con ellos?

Hermanos

¿Tienes hermanos? _____ ¿Cuántos? _____

¿Qué tipo de relación tienes con ellos? _____

B. Educación

Historia Escolar (rendimiento académico, relación con maestros, compañeros)

C. Salud

1. ¿Qué enfermedades has padecido anteriormente/actualmente?

2. ¿Qué medicamentos utilizas? _____

3. ¿Tienes dificultades para dormir bien? _____

4. ¿Pierdes el apetito regularmente? _____
5. ¿Te gusta comer en exceso? _____
6. ¿Haces ejercicios regularmente? _____
7. ¿Has fumado alguna vez? ¿Lo haces actualmente? _____
8. ¿Has probado alguna bebida alcohólica? ¿Cuáles? _____

III. ASPECTOS DE LA PERSONALIDAD

A. Relaciones Interpersonales

1. ¿Tienes uno o más amigos con los cuales te sientes cómoda, compartiendo tus emociones y pensamientos más íntimos?

2. ¿Cómo te llevas con ellos? _____

2. ¿Has tenido alguna vez novio? _____

4. ¿Quiénes son las personas más importantes en tu vida? _____

B. Aspecto Emocional

1. Cosas que te alegran (incluyendo personas y situaciones)

2. Cosas que te entristecen: _____

3. Cosas a las que temes: _____

4. Cosas que te causan enojo: _____

5. ¿En qué situaciones es más probable que pierdas el control de tus emociones?

6. Cosas que te hacen sentir culpable: _____

7. Cosas que te preocupan: _____

8. Cosas que te hacen sentir orgullosa: _____

9. ¿Cuál ha sido tu mayor felicidad?: _____

10. Hay alguna cosa que no hayas podido perdonar: _____

11. ¿En qué forma te puede lastimar una persona? _____

C. ÁREA SEXUAL

1. ¿Has recibido información con respecto al sexo? ¿Dónde y de quién? ¿Cuántos años tenías? _____

2. ¿A qué edad d te desarrollaste? _____

3. ¿Has tenido relaciones sexuales? _____

4. ¿Qué información te gustaría saber con respecto al sexo? _____

APARIENCIA Y ACTITUD DURANTE LA ENTREVISTA

ESCALA DE ACTITUDES DISFUNCIONALES, DE WEISSMAN

Nombre: _____

Instrucciones:

Esta prueba está diseñada para proporcionar información acerca de la forma en la que usted piensa la mayor parte del tiempo. A medida que llena el cuestionario, indique en qué grado está de acuerdo o en desacuerdo con cada una de las actitudes que se le presenta a continuación.

Marque con una (X) la columna que mejor representa cómo usted piensa.

Asegúrese de escoger sólo una respuesta por cada actitud. Debido a que cada persona piensa diferente a otra, no existen respuestas “correctas o incorrectas” para esta prueba. Si tiene dudas de cómo debe responder recuerde cómo piensa la mayor parte del tiempo.

Conteste las afirmaciones señalando el número apropiado, según se detalla a continuación:

- 2 = Totalmente de acuerdo
- 1 = Poco de acuerdo
- 0 = Neutral
- +1 = Poco en desacuerdo
- +2 = Totalmente en desacuerdo

ESCALA DE ACTITUDES DISFUNCIONALES

	-2	-1	0-	+1	+2
1. La crítica obviamente molestará a la persona que la recibe.					
2. Prefiero dejar mis intereses a un lado, con tal de complacer a los demás.					
3. Necesito de la aprobación de los demás para ser feliz.					
4. Si alguien muy importante para mí espera que haga algo, debo hacerlo.					
5. Mi valor como persona depende de lo que otros piensen de mí.					
6. No puedo ser feliz sin el amor de otra persona.					
7. Si otros no gustan de mí, estoy condenada a ser menos feliz.					
8. Si las personas importantes para mí me rechazan, significa que hay algo malo en mí.					
9. Si la persona a quien quiero no me quiere, significa que no merezco ser amada.					
10. Estar aislada de los demás nos lleva a la infelicidad.					
11. Si quiero ser una persona valiosa, debo sobresalir en por lo menos un aspecto.					
12. Debo ser una persona útil, productiva y creativa, para que mi vida tenga significado.					
13. Las personas que tienen buenas ideas son valiosas que las que no las tienen.					
14. Si no hago algo tan bien como otras personas, significa que soy inferior a ellas.					

ESCALA DE AUTOEXPRESIÓN DE CONDUCTAS ASERTIVAS, DE GALASSI.

(Galassi, J.P.; Delo, J.S., Galassi, M.D.; Y Bastien, S.)

Nombre: _____

Instrucciones:

El siguiente inventario está diseñado para proporcionar información acerca de la forma en la que usted actúa. Debe contestar las preguntas señalando el número apropiado, de 0 a 4, en las casillas de la hoja de respuesta. Marque con una (X) en la casilla que usted crea que lo describe mejor:

0 = Casi siempre o siempre

1 = Usualmente

2 = A veces

3 = Rara vez

4 = Nunca o casi nunca

Su respuesta debe reflejar cómo usted actuaría, generalmente, en la situación descrita en cada pregunta. Conteste las preguntas con la mayor sinceridad.

1. Me hago la desentendida cuando alguien se pone delante de mí en una fila.
2. Cuando decido que no quiero más citas con quien he estado saliendo, tengo dificultades en comunicarle mi decisión a esa persona.
3. Si decido cambiar de bachillerato hacia un área que mis padres no aprueban, tendría dificultades en decírselo.
4. Cambio una mercancía cuando descubro que está dañada.
5. Pido disculpas por todo.
6. Si estuviera estudiando, y mi compañera de cuarto estuviera haciendo demasiado ruido, le pediría que se callara.
7. Es difícil para mí hacer cumplidos y elogiar a otros.

8. Si estoy enojada con mis padres, puedo decírselo a ellos.
9. Insisto en que mi compañera de cuarto haga la parte de limpieza que le corresponde.
10. Si me doy cuenta de que me gusta alguien con quien estoy saliendo, tendría dificultades en expresarle lo que siento.
11. Si un amigo a quien le he prestado dinero parece habersele olvidado, se lo recordaría.
12. Vivo pendiente de evitar herir los sentimientos de la gente.
13. Si tengo un amigo a quien mis padres constantemente critican o desaprueban, les haría saber que no estoy de acuerdo con ellos, y les hablaría del valor de un amigo.
14. Encuentro difícil pedirle a un amigo que me haga un favor.
15. Si en un restaurante me sirven algo que no está como yo deseo, le reclamo al mesero.
16. Si una compañera de cuarto, sin mi permiso, se come algo que he estado guardando, puedo expresarle mi desagrado.
17. Si un vendedor se ha tomado trabajo en mostrarme una mercancía que no me agrada del todo, tengo dificultades para decírselo.
18. Me guardo mis opiniones.
19. Si mis amistades me visitan cuando deseo estudiar, les pido que vuelvan en un momento más oportuno.
20. Soy capaz de expresar amor y afecto a la gente que me interesa.
21. Si estoy en una clase, y el profesor hiciera una afirmación que considero equivocada, se lo haría saber.

22. Si una persona del sexo opuesto, a quien he estado deseando encontrar, me sonríe o me presta atención durante una fiesta, tomaría la iniciativa de comenzar una conversación.
23. Si alguien a quien respeto expresa opiniones con las cuales estoy en total desacuerdo, me atrevo a decirle mi propio punto de vista.
24. Hago todo lo posible por evitar problemas con otras personas.
25. Si una amiga me pone un traje nuevo que me gusta, se lo digo.
26. Si después de salir de una tienda me doy cuenta de que me han dado mal el vuelto, regreso para pedir la cantidad que me hace falta.
27. Si un amigo me pide algo que considero no razonable, soy capaz de negarme.
28. Si un pariente cercano, al cual respeto, me está haciendo bromas hasta ponerse pesado, escondería mis sentimientos antes de expresar mi disgusto.
29. Si mis padres desean que esté con ellos el fin de semana, pero tengo otros planes, les diría que prefiero hacer mis propios planes.
30. Expreso enojo o molestia hacia el sexo opuesto, cuando es necesario.
31. Si un amigo/a cumple con un encargo mío, le digo cuánto aprecio lo que ha hecho.
32. Cuando una persona es descaradamente injusta, se me hace imposible hacerle algún comentario al respecto.
33. Evito el contacto social por miedo a decir o hacer algo que esté mal visto.
34. Si un amigo/a traiciona mi confianza, dudaría en expresarle mi disgusto.
35. Cuando un dependiente de un negocio atiende a alguien que ha llegado después que yo, se lo hago saber.
36. Si estoy especialmente contenta por la buena suerte de alguien, puedo expresárselo a esa persona.
37. Vacilaría en pedirle a un amigo/a que me preste algunos dólares.

38. Si una persona me vacila hasta el punto de ponerse pesada, tengo dificultad en expresarle mi desagrado.
39. Si llego tarde a una reunión en la escuela, preferiría quedarme de pie antes de irme a sentar adelante.
40. Si un amigo me llama el sábado por la noche, 15 minutos antes de la hora en que teníamos que encontrarnos, y me dice que tiene que estudiar para un examen importante y no puede ir a la cita, le expresaría mi disgusto.
41. Si alguien está golpeando el respaldar de mi silla en un cine, le pediría que dejara de hacerlo.
42. Si alguien me interrumpe en la mitad de una importante conversación, le pido que espere hasta que termine.
43. Opino voluntariamente en una discusión en clase.
44. Evito hablar a algún conocido del sexo opuesto que considere atractivo.
45. Si viviera en un departamento y el dueño no cumpliera en hacerme ciertas reparaciones necesarias, después de haberlo prometido, insistiría en el problema.
46. Si mis padres desean que esté en casa a una hora que considero demasiado temprano y poco razonable, intento discutirlo o llegar a algún arreglo con ellos.
47. Encuentro difícil luchar por mis derechos.
48. Si un amigo/a me critica injustamente, expreso mi resentimiento en ese momento.
49. Expreso mis sentimientos a los demás.
50. Evito hacer preguntas en clases, por miedo a sentirme observada.

HOJA DE RESPUESTA

ESCALA DE AUTOEXPRESIÓN DE CONDUCTAS ASERTIVAS, DE GALASSI.

- | | |
|-------------------------|-------------------------|
| 1. (0) (1) (2) (3) (4) | 26. (0) (1) (2) (3) (4) |
| 2. (0) (1) (2) (3) (4) | 27. (0) (1) (2) (3) (4) |
| 3. (0) (1) (2) (3) (4) | 28. (0) (1) (2) (3) (4) |
| 4. (0) (1) (2) (3) (4) | 29. (0) (1) (2) (3) (4) |
| 5. (0) (1) (2) (3) (4) | 30. (0) (1) (2) (3) (4) |
| 6. (0) (1) (2) (3) (4) | 31. (0) (1) (2) (3) (4) |
| 7. (0) (1) (2) (3) (4) | 32. (0) (1) (2) (3) (4) |
| 8. (0) (1) (2) (3) (4) | 33. (0) (1) (2) (3) (4) |
| 9. (0) (1) (2) (3) (4) | 34. (0) (1) (2) (3) (4) |
| 10. (0) (1) (2) (3) (4) | 35. (0) (1) (2) (3) (4) |
| 11. (0) (1) (2) (3) (4) | 36. (0) (1) (2) (3) (4) |
| 12. (0) (1) (2) (3) (4) | 37. (0) (1) (2) (3) (4) |
| 13. (0) (1) (2) (3) (4) | 38. (0) (1) (2) (3) (4) |
| 14. (0) (1) (2) (3) (4) | 39. (0) (1) (2) (3) (4) |
| 15. (0) (1) (2) (3) (4) | 40. (0) (1) (2) (3) (4) |
| 16. (0) (1) (2) (3) (4) | 41. (0) (1) (2) (3) (4) |
| 17. (0) (1) (2) (3) (4) | 42. (0) (1) (2) (3) (4) |
| 18. (0) (1) (2) (3) (4) | 43. (0) (1) (2) (3) (4) |
| 19. (0) (1) (2) (3) (4) | 44. (0) (1) (2) (3) (4) |
| 20. (0) (1) (2) (3) (4) | 45. (0) (1) (2) (3) (4) |
| 21. (0) (1) (2) (3) (4) | 46. (0) (1) (2) (3) (4) |
| 22. (0) (1) (2) (3) (4) | 47. (0) (1) (2) (3) (4) |
| 23. (0) (1) (2) (3) (4) | 48. (0) (1) (2) (3) (4) |
| 24. (0) (1) (2) (3) (4) | 49. (0) (1) (2) (3) (4) |
| 25. (0) (1) (2) (3) (4) | 50. (0) (1) (2) (3) (4) |

Panamá 22 de febrero de 2006

Lcda. Elba Flores
Directora del Hogar Niñas de la Capital
E.S.M.

Respetada Lcda. Flores:

Sean las primeras líneas portadoras de un cordial saludo y deseo de éxito en sus delicadas funciones.

Con el interés de brindar apoyo psicológico en beneficio a centros de asistencia social, la estudiante de la Maestría en Psicología Clínica, licenciada Mariela Donato con cédula de identidad personal 8-700-520, está interesada en dar un aporte al Hogar Niñas de la Capital a través de su trabajo de graduación cuyo título es: Intervención con adolescentes: Impacto de un programa de entrenamiento en la asertividad dirigido a un grupo de adolescentes del Hogar Niñas de la Capital.

El objetivo de este estudio es ofrecer a las adolescentes estrategias cognitivas de afrontamiento como medida preventiva ante las situaciones sociales que se les presenten una vez finalicen su permanencia en este Hogar.

Con muestras de respeto y en espera de una respuesta afirmativa para la realización de este trabajo, se despide

Atentamente,



Lcdo. Fabio Bethancourt
Director de la Clínica Psicológica
Universidad de Panamá



Panamá 22 de febrero de 2006

Lcda. Elba Flores
Hogar Niñas de la Capital
Directora
E.S.M.

Respetada Lcda. Flores:

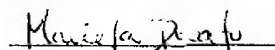
Sean las primeras líneas portadoras de un cordial saludo y deseo de éxito en sus delicadas funciones.

Solicito autorización para realizar un estudio investigativo que forma parte de mi tesis de la Maestría en Psicología Clínica y cuyo título es: Intervención con adolescentes: Impacto de un programa de entrenamiento en la asertividad dirigido a un grupo de adolescentes del Hogar Niñas de la Capital.

Esta investigación tiene como objetivo proporcionar herramientas saludables para la adquisición de habilidades sociales como la asertividad, incrementar la autoestima, favorecer el crecimiento personal y mejorar sus relaciones.

En espera de una respuesta positiva se despide,

Atentamente



Lcda. Mariela Donato
Psicóloga
Código 1684

Panama, 22 de febrero de 2006

Licenciado
Fabio Bethancourt
Director de la Clinica Psicologica
Universidad de Panama
E. S. O.

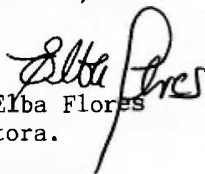
Apreciado Lic. Bethancourt:

Reciba ante todo nuestro cordial saludo.

El motivo de la presente es para hacer de su conocimiento que la Fundacion Hogar de Niñas de la Capital les da la oportunidad para que la Lic. Mariela Donato con cedula 8-700-520 pueda realizar su trabajo de graduacion con las adolescentes a nuestro cuidado.

Agradeciendolé su atencion a la presente,

Atentamente,


Lic. Elba Flores
Directora.



Universidad Católica Santa María La Antigua

Panamá, 31 de octubre de 2006

Licenciada
Mariela Donato
Psicóloga
E. S. D.

Estimada Licenciado Donato:

Por este medio yo, Magíster Elida Picota de Tapia autorizo a la Lic. Mariela Donato para que utilice mi programa Terapéutico Cognitivo-Conductual para el manejo de la asertividad creado por mi persona y otras colaboradoras en la Universidad de Chile en 1983. Dicho Programa formará parte de la tesis de maestría en Psicología Clínica de la Licenciada Donato cuyo título es: Programa Cognitivo-Conductual para el manejo de la conducta asertiva a un grupo de adolescente del sexo femenino de la Fundación Hogar Niñas de la Capital, en la ciudad de Panamá.

Atentamente,

Magíster Elida Picota de Tapia
Directora de la Clínica Psicológica y
Orientación Estudiantil