

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR  
FACULTAD DE CIENCIAS Y HUMANIDADES  
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA**



**INFORME FINAL DE TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE:**

Licenciatura en Psicología

**PROYECTO DE TESIS**

**DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA PSICOTERAPÉUTICO GRUPAL CENTRADO EN SOLUCIONES- COGNITIVO CONDUCTUAL Y SU EFECTIVIDAD EN EL ESTABLECIMIENTO DE ACTITUDES HACIA EL AFRONTAMIENTO DE LA INDEFENSIÓN APRENDIDA DE ADULTOS MAYORES EN LA ASOCIACIÓN TECLEÑA DE PERSONAS ADULTAS MAYORES.**

**PRESENTADO POR**

Avelar Pérez, William José	AP12003
Orantes Pérez, Balmore Antonio	OP12012
Rivera Peña, Dennis Alonso	RP07008

**ASESORA**

Licda. Roxana María Galdámez Velázquez

**COORDINADOR DE PROCESOS DE GRADO**

Lic. Israel Rivas

**CIUDAD UNIVERSITARIA, FEBRERO DE 2020**

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR  
FACULTAD DE CIENCIAS Y HUMANIDADES  
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA**



**INFORME FINAL DE TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE:**

Licenciatura en Psicología

**PROYECTO DE TESIS**

**DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA PSICOTERAPÉUTICO GRUPAL CENTRADO EN SOLUCIONES- COGNITIVO CONDUCTUAL Y SU EFECTIVIDAD EN EL ESTABLECIMIENTO DE ACTITUDES HACIA EL AFRONTAMIENTO DE LA INDEFENSIÓN APRENDIDA DE ADULTOS MAYORES EN LA ASOCIACIÓN TECLEÑA DE PERSONAS ADULTAS MAYORES.**

**PERSENTADO POR**

Avelar Pérez, William José	AP12003
Orantes Pérez, Balmore Antonio	OP12012
Rivera Peña, Dennis Alonso	RP07008

**ASESORA**

Licda. Roxana María Galdámez Velázquez

**COORDINADOR DE PROCESOS DE GRADO**

Lic. Israel Rivas

**CIUDAD UNIVERSITARIA, FEBRERO DE 2020**

**AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR**

**RECTOR:**

Msc. Roger Armando Arias

**VICERRECTOR ACADÉMICO:**

PhD. Raúl Ernesto Azcúnaga López

**VICERRECTOR ADMINISTRATIVO:**

Ing. Juan Rosa Quintanilla

**SECRETARIO GENERAL:**

Ing. Francisco Alarcón

**AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE CIENCIAS Y HUMANIDADES**

**DECANO:**

Msd. Óscar Wuilman Herrera Ramos

**VICEDECANO:**

Msd. Sandra Lorena Benavides de Serrano

**SECRETARIO DE LA FACULTAD:**

Msd. Juan Carlos Cruz

**COORDINADOR DE PROCESOS DE GRADO:**

Lic. Israel Rivas

**ASESORA:**

Licda. Roxana María Galdámez Velázquez

## **Dedicatoria**

A la Licda. Morena Rubia de Pocasangre presidenta de ATPAM, quien nos abrió las puertas de la asociación y a las participantes de los grupos psicoterapéuticos y Gogo Anaya quienes nos abrieron las puertas de su corazón.

“Sigam disfrutando de su nueva juventud”

## **AGRADECIMIENTOS**

A **Dios** todo poderoso que siempre me acompaño en todo el proceso, por hacer realidad mi más grande sueño, por llenar mi vida de grandes bendiciones y experiencias maravillosas que me llenan de toda la sabiduría que ahora guía mis pasos prudentemente.

**Prometo que con todas mis obras te agradare Señor.**

A mi Padre **Servelio Gutiérrez** sé que, aunque no te veo estas orgulloso de tu hijo y agradezco todas tus enseñanzas durante el corto tiempo de vida que compartí contigo. **Hasta el cielo Te amo Papá.** A mi Madre **Elena Orantes**, mi más grande ejemplo de lucha y perseverancia, por creer en mí desde el inicio, por todos los consejos que me diste y que me das a diario, por hacer de mí el hombre que siempre quisiste tener, por tu amor incondicional. **Te amo Mamá.**

A mi tía **Cristina Pérez**, quien me acompaño todos estos años y me ayudo a superar todos los obstáculos durante el proceso, gracias por ayudarme a hacer realidad mis sueños, siempre estaré agradecido contigo. **Te quiero.**

A mi estimada Licenciada **Roxana Galdámez** quien nos brindó todo su apoyo y sabiduría durante todo este proceso, por ayudarnos a crecer profesionalmente, por todo el tiempo que nos dedicó, por confiar en nosotros y a todos aquellos Licenciados y Licenciadas que fueron parte de este proyecto. **Gracias.**

A la asociación de personas adultas mayores de Santa Tecla, quienes nos dieron la oportunidad de compartir juntos y llenar nuestra vida de una experiencia maravillosa, gracias por su cariño, los llevare siempre en mi corazón.

A mis tres hermanas **Jacky, Helen, Brenda y Jesica** que están fuera del país y me brindaron su apoyo emocional, espiritual y económico, **ustedes** hicieron grandes sacrificios por esta familia ¡Familia Orantes! Y mi único hermano **Israel** contigo compartimos lagrimas el día en que juntos iniciamos este proceso. Ahora sonrió de felicidad porque sé que gracias a ustedes todo valió la pena.

A mis compañeros **José y Dennis** por ser parte de esta gran aventura, por tenerme tanta paciencia, por enseñarme a dar lo mejor de mí cada día. Quiero que sepan que nunca los olvidare y que los tendré siempre en mi mente. **Los quiero.**

A todos aquellos **amigos, amigas y compañeros** con los cuales compartí experiencias que me ayudaron a crecer, por su confianza y apoyo siempre estarán en mi mente. Gracias.

**Baltimore Orantes**

Ha sido un camino largo, muy largo. Hubo momentos en los que parecía que no lograríamos terminar esta etapa y finalmente ocurrió. Escribo esto para recordar a todas esas personas especiales que se unieron y me dieron de su energía para hacer de este sueño una realidad.

Agradezco a mi Dios y a Jesús, que me enseñaron a servir, siempre han cuidado de mí y me brindaron sus promesas, las que he visto cumplirse una por una en el momento menos esperado, pero oportuno. Después de Dios, es gracias a mis padres que existo en este mundo. Ellos me dieron el don de la vida. Danilo, Liliana, ¡Gracias por la vida y por la educación! Indirectamente, ustedes han bendecido a miles de adolescentes, niñas, niños y sus cuidadores en el Hospital Bloom. Mi Dios les retribuirá con creces.

A mi hermana Jessica y a mi abuela Yolanda, que también me han apoyado y han sido de gran ayuda para animarme, escucharme y compartir tanto conmigo que, entre risas y juegos, olvidábamos el estrés. Las amo como no tienen idea.

Pastores Mauricio Ramírez, Verónica Barba de Ramírez, Carlos Pineda y Carmencita de Pineda, muchas gracias por guiarme en lo espiritual y sus enseñanzas. Atesoro con gran cariño todas esas conversaciones y palabras de aliento hacia mi persona.

A mi maestra y asesora de tesis, Roxana Velásquez, de quien he aprendido tanto, tanto sobre tan noble profesión y me escuchó en muchos momentos difíciles que atravesé. Gracias por mil y un ideas para enfrentar el océano de inseguridades que me agobiaba.

Al equipo de la Ludoteca NAVES Hospitalaria «Gloria de Kriete» del Hospital Nacional de Niños «Benjamín Bloom», quienes me dieron la oportunidad de poner todo lo que aprendí en la carrera al servicio de la niñez y adolescencia de mi amado país y los países

vecinos que reciben atención médica en El Salvador. La “Ludo” creyó en mí y me ha permitido seguir aprendiendo mucho más. ¡Sois increíbles!

A la Asociación Tecleña de las Personas Adultos Mayores, que nos abrieron sus puertas y mostraron su disposición para unirse a esta experiencia, así como a Dennis Y Balmore por la invitación a esta investigación.

A mis amistades, Adriana Ramírez Barba, Antonio Sorto, Jason López, Diana Hernández, Efraín Sanabria, Diana Arias, Bessy Peñate, Mónica Reyes, Saraí Portillo, Macarena Vergara, Carlos Gracias, Javier Bolaños, Adriana Coello y a todos los adolescentes, niñas y niños que he compartido en el Hospital. No lo habría logrado sin su apoyo.

¡Plus Ultra!

**José Avelar Pérez**



“Las raíces te dan alas”

Berth Hellinger

### **A Mis Docentes**

Este proceso de tesis, también es la culminación de mis varios años en la Universidad de El Salvador como bachiller, cada uno de mis maestros propicio el desarrollo de lo que soy como profesional, el Lic. Ángel Meléndez que por medio de las baterías psicológicas me enseñó a descubrirme, la Licda. Elvia Mezquita quien me ayudo a descubrir la alegría de realizar una formula estadística para conocer el grado de significancia de una investigación cuasiexperimental, el Lic. Bartolo Castellanos, que me enseñó la importancia del trabajo para el ser humano desde que le dio uso a sus manos.

El Lic. Benjamín Landaverde quien comprendió en su momento mi delicado estado de salud y no dejo de brindar su apoyo mientras yo agonizaba a causa del Síndrome de Steven Johnson, hasta recuperarme y dar todo en el proceso de capacitación al personal administrativo de la UES. El Lic. Marcelino Díaz quien me enseñó como un error puede costar la materia y me introdujo en el mundo de la Psicología Forense de forma privilegiada con expertos en el tema y sobre todo el contacto con sobrevivientes de masacres.

La Licda. Amparo Orantes, quien me enseñó que a pesar de no ser muy bueno en la teoría la calidad humana con la que se llega a los niños y niñas también vale el esfuerzo. El Lic. Rafael Córdova, quien me enseñó la importancia de demostrar mi carácter y voluntad frente a cuatro preguntas. La Licda. Mariela Velasco, quien formó mi carácter como ninguna otra persona, guiándome al revelar mis propios defectos y dándome herramientas para el trabajo durante dos años en centros penales.

Finalmente, la Licda. Roxana Galdámez quien me enseñó a creer en mí mismo, a desarrollar mis habilidades y estilo psicoterapéutico al brindarme espacio en su catedra para realizar procesos de autocuidado con sus estudiantes y que decir del hecho de ser asesora de nuestra tesis, donde no dejo de darnos opciones y su guía con calidez humana.

Todos y cada uno de mis maestros del Departamento de Psicología de la Universidad de El Salvador, que desde sus formas de enseñar y sus posibilidades vieron algo en mí persona que buscaron formar para convertirme en este profesional que soy ahora, realmente me siento privilegiado de formar parte de esta Alma Máter y encontrar a tan buenos docentes.

### **A mis colegas de Tesis**

Agradezco a Balmore Orantes, por haberme escogido como su compañero de tesis y porque, fue el precursor de esta loca idea de hacer una tesis que trabajara la Terapia Breve Centrada en Soluciones, también a José Avelar, por aceptar mi invitación a formar parte de este Proyecto de Tesis que se culmina con esta hermosa experiencia. Agradezco el hecho que como equipo de investigación logramos confluir desde nuestros saberes, prácticas y experiencias entendiendo nuestras particularidades y coincidencias, así como en la responsabilidad por atender con calidez a ambos grupos psicoterapéuticos.

### **A Nuestros Grupos de Psicoterapia**

Cada experiencia de vida, que logro confluir en los grupos psicoterapéuticos, cada historia, detalle, risas y tristezas, utilizando como pretexto la Terapia Breve Centrada en Soluciones y el Modelo Cognitivo Conductual, permitió ver el temple, la fuerza, el coraje, la

unidad y el amor que tienen las personas adultas mayores de ATPAM, tanto sus lideresas como sus miembros de base, demostraron al equipo de tesis que el destacar las fortalezas y concentrarse en las soluciones permiten desarrollar nuevas formas de sanación. Gracias a su ejemplo nosotros logramos culminar nuestro proceso de tesis.

### **Finalmente, a Mis Padres y Madres**

No puedo dejar este apartado sin mencionar lo afortunado que he sido de tener una familia que me apoya, desde mi madre **María Dolores Peña de García** que en silencio ha observado mis avances académicos como personales y ha logrado darme su bendición, hasta mi padre de corazón **Guillermo Antonio García Cabrera** quien decidió endeudarse para comprarme un traje de egresado y mi padre biológico **Mario Francisco Rivera Vanegas** que desde la distancia y su manera todo el tiempo me ha alentado para terminar la carrera.

Ellos desde su esfuerzo se propusieron hacer de mí una mejor persona, mantener mi nobleza y no olvidar de dónde vengo, gracias a ellos puedo reconocer mi arrogancia y ponerle un freno, así como el poder desenvolverme en el mundo para encontrar mi propio camino, desde una postura centrada y consiente de asumir las consecuencias.

También reconozco el apoyo brindado por las abuelas y abuelos, amigos, pareja, hermanas, hermanos, guías y personas que fuera de este proceso de tesis han estado pendientes de mí, aconsejándome, regañándome, desenmascarándome, orando por mí, instruyéndome, en fin, cuidando de mí como padres y madres, es por ello que no puedo hacer otra cosa más para todos y todas que decir: GRACIAS, GRACIAS, GRACIAS.

**Dennis Alonso Rivera Peña**

## ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS .....	5
RESUMEN.....	15
<b>1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....</b>	<b>16</b>
1.1. SITUACIÓN ACTUAL.....	16
1.2. ENUNCIADO DEL PROBLEMA .....	19
1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN .....	20
1.3.1. OBJETIVO GENERAL.....	20
1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	20
1.4. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO .....	21
1.5. DELIMITACIÓN.....	23
1.5.1. ESPACIAL.....	23
1.5.2. SOCIAL.....	23
1.5.3. TEMPORAL .....	23
1.6. ALCANCES Y LIMITACIONES .....	23
<b>2. MARCO TEÓRICO.....</b>	<b>25</b>
2.1. ESTUDIOS PREVIOS .....	25
2.1.1. PRIMEROS EXPERIMENTOS CON PERROS (1967).....	25
2.1.2. EXPERIMENTO DE STROEBEL (1969) CON PRIMATES NO HUMANOS .....	26
2.1.3. EXPERIMENTOS CON HUMANOS REALIZADO POR HIROTO (1976) .....	27
2.1.4. ESTUDIO DE ACTITUDES REALIZADO POR RODRÍGUEZ-FELJÓO (2007) .....	29
2.2. BASE TEÓRICA .....	30
2.2.1. INDEFENSIÓN APRENDIDA (IA) .....	30
2.2.1.1. INDEFENSIÓN APRENDIDA Y SUS CARACTERÍSTICAS.....	32
2.2.1.2. DÉFICITS ENCONTRADOS A NIVEL COGNITIVO:.....	33
2.2.1.3. DÉFICITS ENCONTRADOS A NIVEL MOTIVACIONAL.....	34
2.2.1.4. DÉFICITS ENCONTRADOS A NIVEL EMOCIONAL.....	35
2.2.2. EL ADULTO MAYOR EN EL SALVADOR .....	36
2.2.2.1. SITUACIÓN DE SALUD ACTUAL EN LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR.....	36
2.2.2.2. MARCO NORMATIVO DE ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS ADULTOS MAYORES EN EL SALVADOR.....	37
2.2.2.3. DEFINICIÓN DE ADULTO MAYOR Y ENVEJECIMIENTO .....	39
2.2.2.4. CAMBIOS BIOLÓGICOS, PSICOLÓGICOS, SOCIALES Y FAMILIARES RELACIONADOS CON LA EDAD.....	42

2.2.3.	<b>LAS ACTITUDES</b> .....	47
2.2.3.1.	<b>FUNCIÓN DE ORGANIZACIÓN DEL CONOCIMIENTO</b> .....	49
2.2.3.2.	<b>FUNCIÓN INSTRUMENTAL O UTILITARIA</b> .....	50
2.2.3.3.	<b>FUNCIÓN DE IDENTIDAD Y EXPRESIÓN DE VALORES</b> .....	50
2.2.3.4.	<b>FORMACIÓN Y FORTALECIMIENTO DE LAS ACTITUDES</b> .....	51
2.2.3.5.	<b>CAMBIO DE ACTITUDES</b> .....	52
2.2.4.	<b>TERAPIA BREVE CENTRADA EN SOLUCIONES</b> .....	53
2.2.4.1.	<b>PRINCIPIOS DE LA TERAPIA BREVE</b> .....	54
2.2.4.2.	<b>OBJETIVOS DE LA TERAPIA BREVE</b> .....	56
2.2.4.3.	<b>PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO</b> .....	56
2.2.5.	<b>MODELO COGNITIVO-CONDUCTUAL</b> .....	62
2.2.6.	<b>INTEGRACIÓN ENTRE MODELO COGNITIVO CONDUCTUAL Y TERAPIA BREVE CENTRADA EN SOLUCIONES</b> .....	67
3.	<b>VARIABLES</b> .....	70
3.1.	<b>VARIABLES</b> .....	70
4.	<b>METODOLOGÍA</b> .....	75
4.1.	<b>FORMULACIÓN METODOLÓGICA</b> .....	75
4.2.	<b>POBLACIÓN Y MUESTRA</b> .....	75
4.3.	<b>TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DATOS</b> .....	76
4.4.	<b>PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO</b> .....	79
4.5.	<b>PRESUPUESTO</b> .....	80
4.6.	<b>CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES</b> .....	81
5.	<b>PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS</b> .....	82
5.1.	<b>TABLAS Y GRÁFICOS DE RESULTADOS DE PRUEBAS DE GRUPO 01</b> .....	83
5.2.	<b>TABLAS Y GRÁFICOS DE RESULTADOS DE PRUEBAS GRUPO 02</b> .....	91
5.3.	<b>SISTEMATIZACIÓN DE RESULTADOS</b> .....	99
5.3.1.	<b>ÁREA EMOCIONAL</b> .....	101
5.3.2.	<b>ÁREA COGNITIVA</b> .....	107
5.3.3.	<b>ÁREA MOTIVACIONAL</b> .....	115
5.3.4.	<b>OTROS ELEMENTOS DE ANÁLISIS</b> .....	123
5.3.5.	<b>EXPERIENCIA VIVENCIADA POR EL EQUIPO DE TESIS</b> .....	124
6.	<b>CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b> .....	132
6.1.	<b>CONCLUSIONES</b> .....	132

<b>6.2. RECOMENDACIONES</b> .....	133
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	136
<b>ANEXOS</b> .....	139

## **RESUMEN**

La indefensión aprendida es un estado de vulnerabilidad e impotencia que afecta a personas adultas mayores por su estadio evolutivo, dicho fenómeno fue estudiado en miembros de la Asociación Tecleña de Personas Adultas Mayores (ATPAM) a quienes se implementó un programa de afrontamiento a la indefensión aprendida, que abordó áreas de afectación cognitiva, afectiva y motivacional.

El cual busca fortalecer y generar actitudes positivas de afrontamiento a la indefensión aprendida y lo hace integrando el modelo Cognitivo- Conductual y la modalidad de Terapia Breve Centrado en Soluciones (TBCS). Implementado a dos grupos de personas adultas mayores en condiciones diferentes: uno de lideresas y otro de miembros comunes, midiendo sus niveles de indefensión a través de pruebas pretest y posttest. La innovación de integrar la TBCS y el modelo Cognitivo- Conductual buscó comprobar su efectividad en procesos de psicoterapia grupal para el tratamiento de este fenómeno.

Entre los resultados obtenidos, a pesar de la marcada diferencia en los valores de significación estadística se comprobó a nivel subjetivo el cambio de actitudes hacia el afrontamiento de la indefensión, así como una redefinición positiva de las participantes mejorando su autoestima y reduciendo niveles de ansiedad.

**Palabras claves:** Indefensión aprendida, personas adultas mayores, actitudes de afrontamiento, Terapia Breve Centrada en Soluciones, modelo Cognitivo Conductual.

## **1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### **1.1. SITUACIÓN ACTUAL**

La Salud mental puede entenderse como una forma de equilibrio emocional, resolución de problemas y el dar respuestas adaptativas en los contextos. Pero la salud mental es más que el desarrollo de estos procesos ya que las experiencias de vida son únicas a la vez que nutre la experiencia profesional. Si todo esto se enriquece al trabajar la salud mental de la juventud y la adultez temprana, ¿Qué podría suceder cuando se trabaja con poblaciones olvidadas, como lo son las personas adultas mayores?

Para tratar de responder a la interrogante, es preciso tomar en consideración que el MINSAL no posee el personal suficiente que solvete la demanda de atención psicológica a nivel nacional. Según declaraciones del jefe de Salud Mental, Arturo Carranza, solo hay 66 profesionales que atienden en la red de salud pública de todo el país. (MINSAL, 2017). De estos 66 profesionales, 39 psicólogos y unos 27 psiquiatras.

A esta falta de cobertura en materia de salud mental, se le suma el que existe una deuda histórica de parte de las instituciones gubernamentales como el MINSAL e incluso, la UES<sup>1</sup>. Si bien es cierto se trata de brindar atención integral a esta población, los usuarios tienen problemas para acudir a los centros de salud por cuestiones económicas o de accesibilidad, lo que les dificulta recibir un adecuado seguimiento.

Teniendo en cuenta estas carencias, la Universidad de El Salvador puede realizar aportes desde la investigación aplicada, por medio de acciones de promoción de la salud mental, la prevención de dificultades psicológicas, el fortalecimiento de redes de apoyo, entre

---

<sup>1</sup> Esta última hace referencia a la inexistencia de programas estandarizados aplicados de forma continua o permanente por la Universidad de El Salvador y el Departamento de Psicología que trabajen específicamente el bienestar de la salud mental de las personas adultas mayores.



otros; todas ellas enfocadas en la intervención de las diferentes necesidades psicológicas presentes por esta población.

Si se realizan exitosamente las actividades mencionadas, se podría incrementar el nivel de calidad de vida en las personas adultas mayores. Esto significa una población sana y con altas tasas de participación activa y laboral en la sociedad, ya que se sabe que, de cada 10 personas adultas mayores, 8 tienen problemas de salud. El 39% se relacionan con problemas en el funcionamiento de miembros superiores e inferiores, 78.5% con problemas visuales y el 7.9% de los adultos mayores padecen alguna discapacidad (MINSAL,2017).

A estas cifras, se le añade que esta población se ve altamente afectada, puesto que la vulnerabilidad aumenta principalmente por el estereotipo social negativo de considerar a la persona adulta mayor como discapacitada, la desintegración de las redes de apoyo psicosocial por mortandad, así como por situaciones asociadas a los procesos de cambio en el organismo, los cuales se manifiestan en el deterioro de funciones sensoriomotoras y procesos psicológicos.

Así mismo las enfermedades crónicas no transmisibles, la pérdida de autonomía, el hacinamiento, discriminación y vulneración de derechos, generan en la persona adulta mayor Indefensión Aprendida (IA), afectando considerablemente su la salud mental en general. Otros factores de vulnerabilidad, según Aguiar, Díaz y Vázquez (2013) son los siguientes:

- Género
- Nivel educativo
- Ingresos
- Percepción de la seguridad familiar
- Ausencia de actividades de autocuidado
- La vida en pareja
- Pensiones

Los elementos de la Indefensión Aprendida mencionados anteriormente, sumado a la desesperanza, pérdida de expectativas y ausencia de relaciones interpersonales, les hace incapaces de volver a ganar el manejo social necesario para retomar una vida “normal”, viviendo algunos en relativo aislamiento, impidiendo a las personas adultas mayores, realizar actividades propias de este estadio evolutivo.

Estos elementos de la Indefensión Aprendida, son acompañados de efectos psicológicos, que son vivenciados por las personas adultas mayores. De acuerdo a Castillo (2014) algunos de los que se pueden mencionar:

- Estados emocionales de ansiedad y depresión.
- Pérdida de la intimidad.
- Daño a la autoestima y desprestigio social.
- Falta de control de la vida propia.
- Ausencia de Expectativas.
- Sumisión de las relaciones interpersonales.
- Distanciamiento de la familia.
- Ausencia de Relaciones sociales.

Así pues, con todo ello se vuelven personas con escasa motivación para realizar actividades cotidianas, pierden el sentido de la vida, se vuelven conformistas y sufrientes por su condición de impotencia y aislamiento, ya que se consideran a sí mismos como personas sin valor y sin derecho de sentir placer por actividades gratificantes, afectando la sexualidad y con poca esperanza hacia el futuro, al no considerar que reciben apoyo de otras personas.

Así mismo en la sociedad salvadoreña, se percibe a la persona adulto mayor como incapaz de valerse por sí mismo, improductivos, innecesarios, enfermizos, tercos y conservadores. Estas ideas son generadas por la concepción capitalista del ser humano altamente efectivo, invisibilizando a este tipo de población.

Y colocando a la persona adulto mayor en condiciones de vulnerabilidad social, al ser discriminados y estigmatizados por su estadio de vida. Siendo violentados por las generaciones más jóvenes que se sienten superiores al carecer del deterioro físico y mental de la persona adulto mayor, siendo abandonados por sus familias y recibiendo poca atención de calidad por parte de las instituciones estatales.

A esto se le suma lo poco fortalecida que se encuentran las habilidades sociales de la población en cuestión, dificultando, hagan valer sus derechos o actúen de forma asertiva. Todos estos factores sociales son el caldo de cultivo para la generación de Indefensión Aprendida, ya que sirven como reforzadores del estado de incontrolabilidad de la persona adulto mayor.

Todo esto será desarrollado con mayor profundidad en el marco teórico.

## **1.2. ENUNCIADO DEL PROBLEMA**

¿Es efectiva la implementación de un programa psicoterapéutico grupal con enfoque Centrado en Soluciones y Cognitivo Conductual para la generación de actitudes positivas en el afrontamiento hacia la indefensión aprendida en miembros de la Asociación Tecleña de Personas Adultos Mayores, de Santa Tecla?

### **1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **1.3.1. OBJETIVO GENERAL**

Implementar y evaluar un programa de psicoterapia grupal bajo la modalidad de Terapia Breve Centrada en Soluciones y Modelo Cognitivo-Conductual, para la generación de actitudes positivas de afrontamiento hacia la indefensión aprendida en personas adultas mayores de la Asociación Tecleña de la Persona Adulto Mayor de Santa Tecla.

#### **1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

✓ Facilitar la construcción de una redefinición positiva y racional de la realidad que permita realizar una búsqueda de soluciones grupales para el afrontamiento de la Indefensión Aprendida en los participantes adultos mayores del programa.

✓ Identificar por medio de una prueba pre y post la efectividad psicoterapéutica del programa “Nuestro cambio, para cambiar el mundo” con modalidad de Terapia Breve Centrada en Soluciones y modelo Cognitivo Conductual en el establecimiento de actitudes positivas hacia el afrontamiento de la indefensión aprendida en miembros de la Asociación de Personas Adultas Mayores de Santa Tecla.

✓ Evidenciar a través de la implementación del programa actitudes de reconocimiento de capacidades, habilidades y cualidades de los participantes como parte de sus recursos personales ante el afrontamiento de situaciones adversas en el entorno social al que pertenecen.

#### **1.4. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO**

La indefensión aprendida es un estado en el que la persona afectada por ella pierde el control ante situaciones continuas no placenteras, aprendiendo que sin importar el tipo de solución que puedan encontrar ante tales situaciones el resultado siempre será el mismo. La indefensión aprendida es vista como un método de investigación respecto a la desmotivación desarrollado principalmente por Seligman (1975)

Este fenómeno muestra como las condiciones de maltrato, violación de derechos humanos, precariedad y abandono, llegan a naturalizarse y formar parte de la vida de las personas adultas mayores afectando principalmente las áreas cognitiva, al ser incapaces de establecer otra solución más que la determinada por el contexto; motivacional, al no encontrar otros o mejores resultados resignándose y finalmente, emocional, caracterizado por estados de ansiedad y depresión constantes.

A falta de programas de salud mental para personas adultas mayores, se propone el diseño y la implementación de un programa psicoterapéutico grupal de TBCS-CC, para el afrontamiento de la IA en adultos mayores, como prueba piloto de una herramienta metodológica que aporte en la generación de actitudes positivas respecto a este fenómeno.

Desarrollando un proceso de construcción y de aprendizaje continuo, tanto para los participantes, como para la formación de profesionales en salud mental, presentando una alternativa de pautas psicoterapéuticas propias, especializada a la población adulta mayor.

Los principios teóricos de la Terapia Breve Centrada en Soluciones (TBCS), desarrollada por Steve De Shazer e Insoo Kim Berg (2002), sugieren una aproximación orientada a futuro y solución, considerando a la persona como un agente activo, con recursos y potencial necesario solucionar sus problemas. (Beyebach, 2006)

Esta modalidad puede integrarse con el modelo Cognitivo-Conductual (CC), que busca cambiar la interpretación y valoración subjetiva por medio de la conceptualización cognitiva y la identificación de pensamientos automáticos, transformándolos a funcionales (Oblitas, Labrador, Velasco y González, 2009) y promover la autoeficacia.

La TBCS-CC, comparte la potenciación de recursos a través del cambio de esquemas mentales, para el manejo de las emociones, logrando así la modificación de la conducta, centrándose en la funcionalidad de la persona.

Sin embargo, en la sociedad salvadoreña especialmente, en las personas adultos mayores es limitado el acceso a participar de procesos psicoterapéuticos enfocados en el fortalecimiento de esquemas cognitivos, motivacionales y respuestas emocionales adaptativas, esto debido al contexto de abandono institucional o por lo menos el insipiente apoyo del Estado respecto a la creación de garantías y espacios de su salud mental.

Por tanto, este proyecto de tesis presenta la oportunidad de trabajar por primera vez en el país, desde la supervisión, evaluación y escrutinio de la academia, en el desarrollo e implementación de la TBCS-CC con el innovador aporte de enfocarse en las necesidades y dificultades psicológicas propias de la población adulto mayor, abarcando su contexto y experiencia personal.

Es por eso que dicha intervención permitirá de esta manera, que las interpretaciones teóricas respecto a esta forma de terapia pasen al plano práctico en contextos específicos de afrontamiento de la indefensión aprendida que tanto se necesita para la sanación de las dificultades psicológicas de esta población, los cuales podrán contar con herramientas tanto cognitivas, emocionales y actitudinales que permitan su integración al medio.

## **1.5. DELIMITACIÓN**

### **1.5.1. ESPACIAL**

Asociación Tecleña de Personas Adultas Mayores (ATPAM), Santa Tecla, La Libertad.

### **1.5.2. SOCIAL**

Adultos Mayores de 55 a 92 años.

### **1.5.3. TEMPORAL**

Entre marzo y diciembre de 2019.

## **1.6. ALCANCES Y LIMITACIONES**

### **Alcances**

- ✓ Habiendo explorado las características de la indefensión aprendida en las personas adultas mayores, se implementó y evaluó un programa de afrontamiento a dicha problemática.
- ✓ De forma grupal se estuvo abordando la problemática de la Indefensión Aprendida y sus efectos psicológicos presentes en las personas adultas mayores de la Asociación Tecleña de la Persona Adulto Mayor de Santa Tecla, combinando el Enfoque CC y la Modalidad de TBCS.
- ✓ Facilitando el proceso de una redefinición racional y positiva de las actitudes en las personas adultas mayores se permitió el afrontamiento a la Indefensión Aprendida.

- ✓ Ir fortaleciendo las redes de apoyo con las que cuentan las personas adultas mayores, así como los recursos personales y actitudes resilientes permitió afrontar las diferentes circunstancias de los contextos donde se desenvuelven.

## **Limitaciones**

- ✓ Falta de disposición de algunas participantes de los grupos para hacer las tareas.
- ✓ Inasistencias por situaciones de salud de algunas participantes.
- ✓ Deterioro físico y mental propio del estadio evolutivo de las participantes adultas mayores.
- ✓ Resistencia al cambio por mantener una imagen de fortaleza por parte de las participantes lideresas del grupo 02.
- ✓ Espacio inadecuado para el desarrollo de las sesiones del programa de intervención en grupo 02.
- ✓ Sesgo político-cultural por parte de algunos participantes excombatientes y sobrevivientes del conflicto armado que brindaron su confianza en base a su afinidad política partidaria.
- ✓ Sesgo en cuanto a la aplicación y comprensión de pruebas estandarizadas, debido al lenguaje con el que están redactados algunos ítems, dificultades visuales, analfabetismo y la aplicación colectiva de las pruebas.
- ✓ Ausencia o escasez de estudios previos sobre el tema de indefensión aprendida y TBCS aplicada a personas adultas mayores.



## **2. MARCO TEÓRICO**

### **2.1. ESTUDIOS PREVIOS**

El fenómeno de la indefensión aprendida fue descubierto por primera vez por Martin Seligman y Steven Maier en 1967. Desde entonces, se han llevado a cabo multitud de investigaciones sobre el tema, y la teoría relacionada con este estado mental se ha desarrollado mucho. (Seligman, 1975)

#### **2.1.1. PRIMEROS EXPERIMENTOS CON PERROS (1967)**

El primer experimento que apuntó a la existencia de la indefensión aprendida fue el llevado a cabo por Seligman y Maier (1967) en la Universidad de Pensilvania. En este, ambos investigadores querían estudiar la respuesta de los perros a diferentes estímulos, como por ejemplo a descargas eléctricas de baja intensidad.

Consistió en que los investigadores dividieron a los perros en tres grupos. En el primero, a los perros no se les causaba ningún daño. Los otros dos grupos sí, ya que recibían descargas, pero con una diferencia fundamental: los segundos podían pararlas si apretaban un botón, mientras que los últimos no podían hacer nada para evitarlas.

Más adelante, los perros de los tres grupos fueron introducidos en una jaula metalizada dividida en dos partes por una valla baja. En uno de los lados, el suelo estaba electrificado, mientras que en el otro no.

Los investigadores se dieron cuenta que, mientras que los animales de los dos primeros grupos saltaban la valla y se pasaban al lado no electrificado, los del tercero ni siquiera lo intentaban. Por el contrario, simplemente se quedaban quietos y aguantaban el

dolor sin tratar de cambiar su situación. Evidentemente, las condiciones en las que se encontraban los perros facilitaron que adquirieran la indefensión, resignándose al daño.

### **2.1.2. EXPERIMENTO DE STROEBEL (1969) CON PRIMATES NO HUMANOS**

En un notable experimento con primates, Stroebel (1969) enseñó a un grupo de macacos a apretar una palanca que acondicionaba el ambiente recalentado de su cámara y controlaba también un ruido intenso, una luz molesta y una descarga eléctrica suave. Entonces, hizo retroceder la palanca, de tal forma que pudiera verse, pero ya no pudiera ser apretada. No se presentaron otros tensiógenos físicos. Al principio, los sujetos respondieron frenéticamente, pero pronto este comportamiento cedió el paso a otras perturbaciones:

“A medida que iban perturbándose los ritmos [circadianos], los miembros de este... grupo de sujetos comenzaron a manifestar debilidad y lasitud; su pelo se puso revuelto, sucio y descuidado; en cuanto a su conducta, actuaron de forma impredecible, cuando lo hacían, en los problemas en que debían utilizar la palanca derecha, parando frecuentemente para tomarse un descanso y dormir.” (Selgiman, 1975)

Las conductas que exhibieron estos animales eran claramente de naturaleza no adaptativa; por ejemplo, dos sujetos estuvieron durante horas intentando capturar insectos «imaginarios», otro se masturbaba continuamente, tres sujetos se tiraban de los pelos de forma compulsiva, y todos tendían a efectuar movimientos estereotipados, al mismo tiempo que mostraban una casi total falta de interés por su entorno externo.

Tomando en consideración los resultados del experimento, no está claro que pueda existir una teoría que explique la neurosis experimental, ni siquiera que todos estos

fenómenos sean esencialmente el mismo. Pero la incontrolabilidad está básicamente presente, y la desorganización emocional es un resultado general.

En suma, la indefensión supone un verdadero desastre para los organismos capaces de aprender que se encuentran indefensos. La incontrolabilidad produce en el laboratorio tres tipos de trastornos: disminuye la motivación para responder, bloquea la capacidad de percibir sucesos, y se incrementa la emotividad. Estos efectos se producen en una gran variedad de circunstancias y especies, y de forma especial en el homo sapiens.

Estos experimentos e investigaciones nos hicieron entender como equipo facilitador que la indefensión aprendida necesita de un periodo repetido de sufrimiento ante el cual, el individuo, genera la sensación de impotencia ante el mismo y los estímulos externos son tan fuertes que aprende a resignarse ante tales sucesos. Pero ¿cómo se manifiesta la indefensión en el ser humano? A continuación, se describen en los siguientes enunciados.

### **2.1.3. EXPERIMENTOS CON HUMANOS REALIZADO POR HIROTO (1976)**

Se ha realizado una réplica exacta de los resultados del experimento de Seligman y Maier (1975) pero utilizando estudiantes universitarios. Los sujetos de su grupo de escape recibieron un ruido intenso que debían aprender a interrumpir apretando un botón; el grupo acoplado recibió el mismo ruido, pero independientemente de cualquier respuesta; un tercer grupo no recibió ruido alguno.

Luego, los sujetos fueron colocados frente a una caja de vaivén manual; para escapar del ruido, el sujeto tenía simplemente que mover la mano de un lado a otro. Tanto el grupo sin ruido como el grupo de escape aprendieron fácilmente a pasar la mano de un lado a otro.

Sin embargo, igual que en otras especies, el grupo humano acoplado no escapó ni evitó; la mayor parte de sus miembros se quedaron sentados pasivamente y aguantaron el ruido aversivo.

En realidad, el diseño de Hiroto (1976) fue más complejo, y en él se incluían otros factores importantes. A la mitad de los sujetos de cada grupo se le dijo que su actuación en la caja de vaivén era una prueba de habilidad; a la otra mitad, que su puntuación se determinaba al azar. Los sujetos que recibieron este último tipo de instrucciones tendieron a responder de forma más indefensa en todos los grupos.

A esto, se suma el hecho que también se varió en este diseño la dimensión de personalidad «*lugar externo vs. interno de control del reforzamiento*», siendo la mitad de cada grupo «*externos*» y la otra mitad «*internos*». Es externa la persona que, según muestran sus respuestas en un cuestionario de personalidad, cree que en su vida los reforzamientos ocurren por suerte o por azar y están fuera de su control. Una persona interna cree que es ella quien controla sus reforzamientos, y que las cosas se consiguen esforzándose.

Lo que encontró Hiroto en su experimento es que los externos se volvían indefensos más fácilmente que los internos. Así pues, tres factores independientes produjeron la indefensión aprendida: la experiencia de incontrolabilidad en el laboratorio, la disposición cognitiva inducida por las instrucciones de azar y la personalidad. Dada esta convergencia, Hiroto concluyó que los tres factores minan la motivación para responder, al contribuir a la expectativa de que respuesta y alivio son independientes.

#### **2.1.4. ESTUDIO DE ACTITUDES REALIZADO POR RODRÍGUEZ-FEIJÓO (2007)**

Para el adulto mayor, la jubilación puede significar un gran cambio pérdida del rol profesional, modificación de los ingresos, modificación del ritmo de vida cotidiano, reestructuración de los contactos familiares y sociales, disponibilidad de una gran cantidad de tiempo libre, entre otros. Además, existen otras variables que influyen en las actitudes de esta población, como la edad, género, estado familiar, nivel educacional, grado de conformidad con el monto del haber jubilatorio, apoyo social o proyectos para el futuro.

Tomando estas consideraciones, Rodríguez y Feijóo (2007) en su estudio comprobó que las personas menos afectivas, con un yo más débil, más ansiosas, con tendencia a la culpabilidad y con predominio del control interno o externo poseen actitudes más desfavorables hacia la jubilación, que aquellas personas que son más afectivas, con un yo más fuerte, menos ansiosas, con baja tendencia a la culpabilidad y con equilibrio entre el control interno y externo.

Esto sugiere que los motivos que inducen una actitud desfavorable hacia la jubilación, pueden ser, entre otros, temor a la reducción del ingreso, a la pérdida de valoración familiar y de los contactos sociales informales del ámbito laboral y de prestigio social, a la reestructuración de las relaciones familiares, a la pérdida del sentido más significativo de su vida y de un trabajo atractivo (profesionales con alto nivel intelectual, etc.), a la incapacidad para sustituir los roles perdidos, a la disminución de la autoestima, etc. (Kalish, 1983)

Entonces, la actitud hacia la jubilación depende, entre otras variables, de factores personales y económicos. Una persona que sea optimista ante la vida y tenga una buena situación económica podrá afrontar su retiro laboral con un mayor éxito de adaptación a su nueva situación sociofamiliar; por el contrario, una persona centrada en el trabajo, con

escasas relaciones sociales fuera de aquel y con dificultades económicas, afrontará la jubilación como un castigo difícil de superar.

## **2.2. BASE TEÓRICA**

### **2.2.1. INDEFENSIÓN APRENDIDA (IA)**

El estudio de la Indefensión Aprendida (IA) como fenómeno de la conducta se origina en el trabajo experimental principalmente con perros y otros animales, de Seligman et al. (1965), para estudiar la relación entre el miedo y el aprendizaje de evitación.

Aplicando la teoría del condicionamiento clásico de Pavlov, Seligman intentó condicionar a perros para que aprendieran a tener miedo a través de un estímulo (un sonido) que precedía a una descarga eléctrica. Seligman sugería que los perros realizarían algún tipo de comportamiento de escape, ya que habrían aprendido que el sonido se asociaría a un estímulo desagradable. (Marrero, 2016)

El fenómeno de la indefensión aprendida también llamado de impotencia, fue inicialmente descrito por Seligman a mediados de la década de los años 60. En pocas palabras, descubrió que, si un animal era expuesto a una serie de estímulos aversivos e inescapables, luego desarrollaría un síndrome caracterizado por un marcado déficit para iniciar otras conductas y para aprender conductas nuevas (Minici, Ravadeniera y Dahad, 2010)

A continuación, se presentan algunas definiciones de Indefensión Aprendida:

La indefensión es el estado psicológico que se produce frecuentemente cuando los acontecimientos son incontrolables, cuando no podemos hacer nada para cambiarlo,

cuando hagamos lo que hagamos siempre ocurrirá lo mismo. Para lo cual nuestras intuiciones son un buen punto de partida. Una persona o un animal están indefensos frente a un determinado resultado, cuando éste ocurre independientemente de todas sus respuestas voluntarias (Seligman, 1975)

Según el Diccionario de Psicología de la American Psychological Association, la indefensión aprendida se define como una falta de motivación y fracaso al actuar después de exponerse a un evento o estímulo no placentero, sin que el individuo pueda tener control sobre este. Los individuos aprenden que no pueden controlar su ambiente y esto puede llevarlos a fallar en hacer uso de las opciones de control que tienen disponibles. (APA, 2007)

Esto se refiere a la condición por la cual una persona o animal se inhibe ante situaciones aversivas o dolorosas cuando las acciones para evitarlo no han sido fructíferas, terminando por desarrollar pasividad ante este tipo de situaciones.

Como lo plantea Díaz (2004) El término indefensión aprendida hace referencia al estado psicológico que puede producirse cuando el individuo no puede controlar ni predecir los acontecimientos que configuran su vida; y como consecuencia del cual se originan una serie de perturbaciones motivacionales, cognitivas y emocionales que afectan a todo su comportamiento; es decir a la falta de empoderamiento entendido en su dimensión individual.

De estas tres definiciones como equipo de Tesis se construyó la siguiente:

*Indefensión Aprendida (IA):* Estado psicológico generado cuando la persona no puede controlar ni predecir los acontecimientos o situaciones ambientales aversivas y dolorosas prolongadas que configuran su vida, a pesar de todas sus respuestas de afrontamiento voluntarias, originando una serie de perturbaciones motivacionales, cognitivas y emocionales

de impotencia y falta de empoderamiento en su dimensión individual que forman una actitud de sumisión y desesperanza mantenida.

El modelo de la indefensión ha servido para explicar los trastornos que con frecuencia originan el fracaso escolar, el desempleo, la victimización, o la depresión, ante situaciones de diversa naturaleza en las que los individuos son privados del control sobre muchos aspectos de su vida (Díaz, 2004).

Además, según Maier, Laudenslager y Ferrandiz (como se citó en Díaz, 2004) muestran la relación entre acontecimientos no controlables y enfermedad, observándose que con dichos acontecimientos se produce un claro aumento en la morbilidad y mortalidad.

La desventaja para acceder a los recursos económicos y culturales disponibles en nuestra sociedad puede producir indefensión, ya que según Segura et al. (como se citó en Díaz, 2004) en esas condiciones resultan más difícil controlar y predecir el ambiente; provocando apatía, indiferencia, derrotismo y depresión. La indefensión aprendida puede ser conceptualizada, en este sentido, como uno de los más importantes mediadores psicológicos que conduce a la perpetuación de la desigualdad de oportunidades entre hombres y mujeres, ricos y pobres.

#### **2.2.1.1. INDEFENSIÓN APRENDIDA Y SUS CARACTERÍSTICAS.**

Entender la forma en que se desarrolla dicho fenómeno es vital para poder comprender y ayudar a las personas que sufren este sesgo psicológico, puesto que puede ser una creencia limitante que actúe como un fuerte lastre para su desarrollo personal y



su autoestima. En efecto, Seligman (1975) asegura que lo que promueve el desarrollo de la indefensión es el aprendizaje que tiene la persona cuando el entorno en el que se encuentra es incontrolable.

Las pruebas experimentales muestran que cuando un organismo ha sufrido una situación traumática que no ha podido controlar, su motivación para responder a posteriores situaciones traumáticas disminuye. Es más, aunque responda y la respuesta logre liberarle de la situación, le resulta difícil aprender, percibir y creer que aquélla ha sido eficaz. Por último, su equilibrio emocional queda perturbado, y varios índices denotan la presencia de un estado de depresión y ansiedad (Seligman, 1975).

Según la definición de la American Psychological Association (2007) este fenómeno produce una triada de déficit interrelacionada a nivel cognitivo, motivacional y emocional (Seligman, 1975). Los cuales podrían dar origen a un conjunto de síntomas relacionados a las tres áreas antes mencionadas que se describen a continuación.

#### **2.2.1.2. DÉFICITS ENCONTRADOS A NIVEL COGNITIVO:**

Se conforma entorno a las expectativas de no contingencia futura entre las respuestas y los reforzadores de la conducta emitida. Estas expectativas de no relación entre comportamiento y consecuencia influyen negativamente en el aprendizaje de nuevos comportamientos adaptativos. La consecuencia cognitiva fundamental de este déficit son las expectativas de *incontrolabilidad* que son las expectativas de falta de control sobre la propia conducta que retrasan o anulan la formación de asociaciones entre la respuesta y consecuencia, aunque la nueva respuesta sea contingente (Seligman, 1975).

Es decir, que produce una disposición cognitiva negativa. A los individuos les resulta difícil aprender que sus respuestas han sido eficaces, aun cuando realmente lo hayan sido y distorsionan la percepción de control; creen que en todo lo que emprendan fracasarán, ya que han adquirido la expectativa de independencia entre su conducta y sus consecuencias. La deficiencia cognitiva hace que aumenten las dificultades en los procesos de memorización, comprensión y toma de decisiones (Díaz, 2004).

### **2.2.1.3. DÉFICITS ENCONTRADOS A NIVEL MOTIVACIONAL.**

Dicho déficit da explicación a la inactividad, esta depende fundamentalmente de la ausencia de incentivos para responder, de la ausencia de reforzadores. El individuo no va a emitir una respuesta en cuanto su respuesta no vaya a conseguir un resultado positivo. Esto convierte a la propia persona inútil por lo que se va a dejar de emitir una respuesta.

Este déficit motivacional se caracteriza por una disminución de respuestas. Los individuos han aprendido que su actuación no sirve para nada y por lo tanto ni siquiera se esfuerzan en resolver sus problemas. Se adaptan a estas situaciones, quedando totalmente desmotivados.

Las personas llegan a carecer de un sentido de eficacia para alcanzar la conducta requerida, incluso aunque tengan capacidades renuncian a intentarlo. Cada vez encuentran la tarea menos interesante, e intentan resolver los problemas con menos ganas, les falta perseverancia, siendo la pasividad por lo tanto una de las características más sobresalientes.

#### **2.2.1.4. DÉFICITS ENCONTRADOS A NIVEL EMOCIONAL**

Cuando un acontecimiento traumático ocurre por vez primera, produce un estado de intensa emocionalidad al que de forma un tanto imprecisa llamamos miedo. Este estado persiste hasta que ocurre una de estas cosas: si el sujeto aprende que puede controlar el trauma, el miedo disminuye y puede llegar a desaparecer por completo; pero sí el sujeto termina aprendiendo que no puede controlar el trauma, el miedo disminuirá y será sustituido por la depresión. (Seligman, 1975).

En consecuencia, se define como un incremento en la emotividad y ansiedad seguido de depresión. La incontrolabilidad produce frustración, miedo, insatisfacción. Lo que en numerosas ocasiones se traduce en enfermedades relacionadas con la salud mental, estrés, ansiedad, depresión, tristeza, así como en enfermedades relacionadas con la salud física, tales como, úlceras, anorexia, cefaleas, trastornos del sueño, trastornos cardiovasculares, infecciones, etc. Nadie niega actualmente que muchas enfermedades tienen un componente psicológico.

Por otro lado, el modelo de indefensión aprendida sostiene que existen otras posibles consecuencias como: el retraso cognitivo, la baja autoestima, la pérdida de la agresión, los cambios inmunológicos y las enfermedades físicas. Por lo tanto, un caso evidente y claro de la indefensión aprendida debe tener los tres componentes: la no-contingencia entre las acciones de la persona y los resultados, la expectativa de que el resultado no va a estar condicionada en el futuro, y el comportamiento pasivo (Peterson, Maier y Seligman, 1993).

### **2.2.2. EL ADULTO MAYOR EN EL SALVADOR**

Según la Dirección General de Estadísticas y Censo (DIGESTYC), en el año 2017 el número de personas adultas mayores en El Salvador fue de 727, 899 lo que representa un 11% de la población total del país y para el años 2018 son 745, 874 personas adultos mayores; cifra que incrementara a 784, 248 en el año 2020 y representara a el 11.5 % de la población general en el años 2025 serán 895, 671 personas mayores correspondiendo al 12.6% de la población total.

Lo anteriormente planteado permite evaluar los indicadores de esperanza de vida para esta de probación. Se plantea para los años futuros un notable crecimiento. En efecto para el año 1990, la esperanza de vida se estimó en un 66.4 años, para el 2000 se alcanzó el 69.5 y el promedio para el 2005- 2010 fue de 71.8 años.

Actualmente las mujeres tienen una esperanza de vida de 75 años en tanto que para los hombres es de 66 años. Lo cual, significa que a medida que alcanza el rango de los 70 años y más, aumentan las posibilidades de convertirse en población dependiente. Es por ello que a continuación estudiaremos la situación actual de las personas adultos mayores.

#### **2.2.2.1. SITUACIÓN DE SALUD ACTUAL EN LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR**

Según el Modelo de Atención en Salud Para la Persona Adulta Mayor, se sabe que de cada 10 personas adultas mayores 8 tienen problemas de salud, el 39% de estos problemas se relacionan con el funcionamiento de miembros superiores e inferiores, 78.5% con problemas visuales y el 7.9% de las personas adultos mayores padecen de alguna discapacidad, siendo mayormente afectados los hombres con un 8.2% y 7.6% las mujeres. (MINSAL, 2017)

La salud mental de esta población se ve altamente afectada principalmente por el estereotipo social negativo de considerar al adulto mayor como una persona discapacitada.

En cuanto a las primeras causas de muerte en las personas adultas mayores en el 2017 han sido: Neumonía, infarto agudo de miocardio, hipertensión arterial, accidente cerebro vascular, bronconeumonía, múltiples traumatismos, enfermedad gastrointestinal, insuficiencia renal, accidente vascular encefálico agudo, septicemia y complicaciones de diabetes Millitus.

Lo anteriormente planteado hace notar la gran demanda en salud por parte de esta población y es que según datos del SIMMOW (Morbi-Mortalidad y Estadísticas Vitales) en el 2017 se brindaron un total de 2, 181 atenciones ambulatorias por causas de violencia cuyas causas fueron los accidentes de tránsito, violencia física hacia hombres y mujeres, violencia sexual, afectaciones por situación de negligencia, abandono y carencia de medios de subsistencia; carencia de alimentos, atenciones a su salud, afectos y cuidado de familiares o hijos, violencia intrafamiliar o malos tratos de otras personas.

#### **2.2.2.2. MARCO NORMATIVO DE ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS ADULTOS MAYORES EN EL SALVADOR.**

**Constitución de la República de El Salvador:** En su artículo 1 reconoce que la persona humana es el origen y el fin de la actividad del Estado y que es obligación de este, entre otras, asegurar a sus habitantes el goce de la salud. En su artículo 65 se establece que la salud es un bien público y que tanto el Estado como las personas están obligadas a velar por su conservación y su restablecimiento. Lo anteriormente planteado deja en claro la

responsabilidad del Estado de brindar atención a grupos vulnerables, para tal caso los adultos mayores.

**Código de salud:** en su sección cuarenta y cinco en su artículo 200 y 202 establece que para el ministerio de salud de conformidad a sus recursos y las normas respectivas dará atención al anciano y al indigente.

**Código de familia:** en su artículo 391, establece que la atención de las personas adultas mayores comprenderá especialmente los aspectos: físico, gerontológico, geriátrico, psicológico, moral, social y jurídico. Considerando como aspectos esenciales de la protección integral de las personas adultas mayores el afecto, respeto, consideración, tolerancia, atención y cuidados personales, el ambiente apropiado y tranquilo y los esparcimientos adecuados. Además, en su artículo 398, declara que la protección integral de la familia y personas de la tercera edad está a cargo del Estado por medio de un conjunto de acciones gubernamentales y no gubernamentales con el apoyo de la comunidad.

**Política nacional de atención a la persona adulta mayor:** propone llevar una vida independiente en el contexto de sus familias y comunidad, objetivo que permite desarrollar estrategias y áreas de intervención orientadas a la promoción de la Salud intersectorial e interdisciplinaria, diseñar planes de acción con un enfoque preventivo e impulsar programas que prioricen la cobertura de las personas adultas mayores.

**Ley de atención integral para la persona adulta mayor (2002).** Dicha Ley en su artículo 1 tiene como finalidad garantizar y asegurar una atención integral para la atención de las personas adultas mayores y contribuir al fortalecimiento e integración de la familia.

En su artículo 2 establece los mecanismos de organización y funcionamiento del consejo nacional de atención integral a los programas de adulto mayor.

### **2.2.2.3. DEFINICIÓN DE ADULTO MAYOR Y ENVEJECIMIENTO**

Según Iglesias educador en salud del ISSS, A lo largo de toda la vida el ser humano pasa por diferentes etapas: nacimiento, niñez, juventud, adultez y vejez esta última es donde se terminan las responsabilidades familiares y trabajo lo cual implica una preparación para la relajación.

Dichas etapas son influidas por cuatro tipos de edades por las que todo ser humano pasa como lo son: la edad cronológica: que es el número de años transcurridos desde el nacimiento, edad biológica: que está determinada por el grado de deterioro de los órganos, edad psicológica: que representa el funcionamiento del individuo en su competencia conductual y adaptación; y edad social: que establece el papel a desempeñar en la sociedad de la que forma parte el individuo.

Envejecer es un proceso que declive las funciones orgánicas y psicológicas como la disminución de las capacidades sensoriales y cognitivas. Estas son bastante diferentes para cada persona. Evidentemente, las personas adultas mayores son más vulnerables a cualquier tipo de enfermedad física o psicológica. (García, 2014).

Para la OMS una persona se considera sana cuando existe un equilibrio entre lo orgánico, psicológico y social de esta forma las personas adultas mayores logran llevar una vida más satisfactoria. Es por ello que las personas adultas mayores tienen la oportunidad de

crecimiento, desarrollo, aprendizaje y de tener nuevas experiencias como en cualquier otra etapa de la vida.

Según la OMS (2007) las personas de 60 a 74 años son consideradas de edad avanzada, de 75 a 90 años viejas o ancianas, y los que sobre pasan los 90 años se les denomina grandes viejos o longevos. A todo individuo mayor de 60 años se le llamara de forma indistinta persona de la tercera edad o persona adulta mayor.

También, Iglesias, educador en salud del ISSS<sup>2</sup>: El envejecimiento es el proceso continuo, heterogéneo, universal e irreversible que determina una pérdida de la capacidad de adaptación de forma progresiva. Así mismo, es un fenómeno variable, influido por múltiples factores genético, social e histórico del desarrollo humano, cargado de afectos y sentimientos que se construyen durante el ciclo vital y están permeados por la cultura y las relaciones sociales.

De tal manera que no es posible precisar el estadio de la vida en el cual se ingresa a la vejez, cada vez la concepción de esta se encuentra más alejada de la edad cronológica y tiene mayor estructuración desde lo individual y lo social.

Harman (citado en Hernández, 2003) manifiesta que el envejecimiento es una etapa progresiva de cambios en el tiempo y que son responsables del aumento de la probabilidad de enfermar y de morir del individuo. Dicho proceso según Streheler (citado en Hernández, 2003) está matizado por cuatro características.

ψ Es universal para todos los individuos de una especie dada.

---

<sup>2</sup> Comunicación personal



ψ Se producen cambios endógenos, van de dentro hacia afuera, es un fenómeno intrínseco no debido a agentes externos.

ψ Es un fenómeno progresivo.

ψ Es un fenómeno del deletéreo, que produce alteraciones en el organismo.

Desde el punto de vista del equipo de tesis, el envejecimiento es un proceso de cambios a través del tiempo, natural, gradual, continuo, irreversible y completo. Estos cambios se dan a nivel biológico, psicológico y social, y están determinados por la historia, la cultura y la situación económica. En general, las ciencias sociales y del comportamiento lo caracterizan como un proceso de desarrollo; no así la perspectiva biológica, que hace referencia a las pérdidas y deterioro de la última etapa de la vida.

En resumen, el envejecimiento puede definirse como la suma de todos los cambios que se producen en el ser humano con el paso del tiempo y que conducen a un deterioro funcional y a la muerte. Este periodo de envejecimiento se encuentra marcado por una serie de cambios que afectan tanto al aspecto biológico, psicológico social de la persona. Pero, además, también producen una importante transformación en el papel social que hasta entonces ha desarrollado la persona.

Sin duda los cambios que primeramente se ponen de manifiesto son los cambios físicos, que en realidad son una continuación de la declinación que comienza desde que se alcanza la madurez física, aproximadamente a los 18 o 22 años, a esa edad finaliza en crecimiento y empieza la involución física. Pero no todos los cambios se producen en la misma época y con el mismo ritmo.

Todavía no es posible distinguir entre cambios que son verdaderamente un resultado del envejecimiento y cuales se derivan de la enfermedad o de distintos factores ambientales o genéticos. Lo que se puede asegurar es que con el paso del tiempo las personas adultas mayores de vuelven más vulnerables, debido a que su organismo tarda más tiempo en recurrirse de cualquier enfermedad o situación que afecte su normalidad.

#### **2.2.2.4. CAMBIOS BIOLÓGICOS, PSICOLÓGICOS, SOCIALES Y FAMILIARES RELACIONADOS CON LA EDAD.**

##### **Cambios biológicos relacionados con la edad**

- ψ **Sistemas sensoriales:** afecta principalmente a la visión, disminuyendo el tamaño de la pupila, disminuyendo la agudeza visual y la capacidad para discriminar colores.
- ψ **Gusto y olfato:** disminuye la sensibilidad para discriminar los sabores, salados, dulces y ácidos debido al deterioro de las papilas gustativas. Pérdida de la capacidad para discriminar los olores de los alimentos.
- ψ **Tacto:** relacionado con los cambios en la piel, provocando la aparición de arrugas, manchas, flacidez, sequedad. Estos cambios son debidos a transformaciones internas por la disminución de colágeno, la disminución de la masa muscular y la pérdida de la grasa subcutánea.
- ψ **Sistemas orgánicos:** estructura muscular: importante pérdida de la masa muscular, disminución del peso y como consecuencia de ambos un deterioro de la fuerza muscular.
- ψ **Sistema esquelético:** la masa esquelética disminuye, pues los huesos se tornan más porosos y quebradizos, volviéndolos más vulnerables a la fractura.

- ψ **Articulaciones:** produciendo una mayor rigidez articular debida a la degeneración de los cartílagos, los tendones y los ligamentos que son las tres estructuras que componen los ligamentos.
- ψ **Sistema cardiovascular:** en el corazón aumenta la cantidad de grasa acumulada en el ventrículo izquierdo, alteraciones del colágeno, que provocan un endurecimiento de las fibras musculares y una pérdida de la capacidad de contracción.
- ψ **Sistema respiratorio:** su rendimiento queda mermado debido a diversos factores entre los cuales se encuentran la atrofia, debilitamiento de los músculos intercostales y el deterioro del tejido pulmonar. Todo ello produce una disminución del contenido de oxígeno en la sangre, provocando la aparición de enfisema.
- ψ **Sistema excretor:** disminuyendo la capacidad del riñón para eliminar los productos de desecho.
- ψ **Sistema digestivo:** en general todos los cambios se traducen en una digestión dificultosa y en la reducción de metabolismo de ciertos nutrientes en el estómago y el intestino delgado.
- ψ **Cambios en el ciclo de sueño:** según Cajochen, Münch, Knoblauch, Blatter y Wirz (como se citó en Papalia, 2012). Los adultos mayores suelen dormir y soñar menos que antes. Sus horas de sueño profundo son más restringidas y pueden despertarse con mayor facilidad por problemas físicos o exposición a la luz o quizá como resultado de cambios relacionados con la edad en la capacidad del cuerpo para regular los ciclos circadianos de sueño y vigilia.

## **Cambios sociales relacionados con la edad**

Según Carstensen (como se citó Morris y Maisto, 2005). En la vejez ocurren cambios sociales graduales. En general, la gente mayor interactúa con menos personas y desempeña menos roles sociales. La conducta recibe menos influencia de las reglas sociales y expectativas que antes. Por último, la mayoría de las personas adultas mayores retroceden, evalúan la vida y se dan cuenta de que hay un límite a la capacidad de participación social, pero aprenden a vivir cómodamente con esas restricciones. Este proceso no necesariamente conlleva una “separación” psicológica del mundo social.

Estos cambios sociales en las personas adultas mayores afectan todo su entorno, su familia, su comunidad y la sociedad en general. Además, se presentan cambios en el rol individual y como integrante de una familia; y cambios en el rol social como los laborales o dentro de una comunidad.

**Cambios en el rol individual:** Dependerá de la capacidad y de la personalidad del individuo para afrontar los cambios del rol que le toca vivir como: abuelo, la pérdida de la pareja, abandono del hogar por parte de los hijos. Por otro lado, con el avance de los años surgen problemas de fragilidad, dependencia o enfermedades que condicionan a la familia y las personas adultas mayores a los cambios en los roles de cuidado.

**Cambios en el rol social:** La jubilación. Las reacciones de los adultos mayores a la jubilación difieren de manera considerable, en parte porque la sociedad no tiene idea clara de lo que se supone que deben hacer los jubilados. Por supuesto, la naturaleza y calidad de la vida en la jubilación depende en parte de la condición financiera.

**Cambios en la estructura familiar:** los cambios en esta estructura vienen dados por las pérdidas y cambios de rol a los cuales las personas adultas mayores tienen que adaptarse. Los hijos se van del hogar, llegan los nietos que en muchos casos llegan a ser cuidado por los abuelos, la muerte de alguno de los conyugues dando lugar a la viudez (Pferiffer y Cobo, 2012).

En ocasiones lo más destacado en las personas adultas mayores es la pérdida de valor dentro de la misma familia pasando a ser relegados por otros miembros como los hijos, lo cual afecta su independencia y autonomía, necesitando en algunos casos de otros para su cuidado personal. (Chaguay y Molina, 2016)

### **Conducta sexual en las personas adultas mayores**

Una idea errónea muy común acerca de las personas adultas mayores es que sobrevivieron a su sexualidad. Este mito refleja estereotipos. En la medida en que son considerados físicamente poco atractivos y frágiles, resulta difícil creer que son sexualmente activos. Ciertamente, los ancianos responden con mayor lentitud y su actividad sexual es menor que la de la gente joven, pero la mayoría de los adultos mayores pueden disfrutar del sexo y tener orgasmos. (Morris y Maisto, 2005).

En las personas adultas mayores el sexo es diferente de lo que era antes. A los hombres por lo general les lleva más tiempo la erección y eyacular, quizá necesiten más estimulación manual y pueden experimentar intervalos más largos entre erecciones. En mujeres, la congestión mamaria y otras señales de excitación sexual son menos intensas que antes y pueden experimentar problemas de lubricación. (Papalia, 2012).

Según Papalia (2012). La actividad sexual de las personas adultas mayores puede llegar a ser satisfactoria, si tanto jóvenes y adultos lo consideraran normal y saludable. Otro de los aspectos importantes es que la satisfacción con la vida, el funcionamiento cognoscitivo y el bienestar psicológico tienen una estrecha relación con el interés en el sexo y las relaciones sexuales.

### **Cambios psicológicos en las personas adultas mayores**

Retomando a Iglesias, educador en salud del ISSS, uno de los primeros cambios psicológicos es el de aceptar el modo de vida que el sujeto a seguido, es decir, una integración que de no llegar a producirse la persona adulta mayor puede llegar a la desesperación.

Así también, la personalidad es otro de los puntos importantes ya que es un rasgo muy estable a lo largo de la vida y va a influir en el proceso de envejecimiento. Por tanto, una personalidad positiva favorecerá el estado de ánimo y el bienestar subjetivo, lo cual, en definitiva, va a favorecer la salud psicológica, la capacidad de aceptar y de adaptarse a los cambios propios de su edad.

Algunos de los cambios que se presentan según Chaguay y Molina (2016) son:

- ψ **Procesamiento de la información:** Se produce cierto enlentecimiento general, en especial a la hora de emitir respuestas. Hay una serie de factores que pueden afectar negativamente al procesamiento de la información: estados de ánimo negativos, ansiedad, preocupación ante las pérdidas lo que incrementa la ansiedad.
- ψ **Inteligencia:** esta llega a mantenerse estable durante esta etapa de la vida, aunque puede aparecer un cierto enlentecimiento y un aumento del tiempo de respuesta frente

a un problema. Esto también, puede manifestarse como fatiga intelectual, pérdida del interés, y dificultades para concentrarse.

- ψ **Memoria:** la memoria inmediata y la memoria a largo plazo se mantiene conservadas, sin embargo, la memoria que empieza a mostrar deficiencias es la reciente, la persona presenta dificultad para recordar eventos sucedidos recientemente. En la cotidianidad, dichos olvidos son la manifestación que evidencia cambios cognitivos. Así mismo, suelen presentarse otra dificultad como la dificultad para recordar.
- ψ **Lenguaje:** por lo general, la capacidad de sintaxis y el procesamiento de la comunicación se conservan durante la vejez, sin embargo, puede presentar cierta lentitud.
- ψ **Afectividad emocional:** durante el envejecimiento la persona puede experimentar pérdidas afectivas, ya sean éstas, familiares, amigos del trabajo, amigos en general, etc. La forma de afrontar ciertas pérdidas dependerá de la actitud y personalidad que presente el adulto mayor ante tales cambios.

### 2.2.3. LAS ACTITUDES

Desde su aparición en la psicología social, a principios del siglo pasado, y hasta la actualidad, se han propuesto distintas definiciones de actitud, de mayor o menor complejidad. En la actualidad, la mayoría de los estudiosos del tema están de acuerdo en definir las actitudes de la siguiente forma: Evaluaciones globales y relativamente estables que las personas hacen sobre otras personas, ideas o cosas que, técnicamente, reciben la denominación de objetos de actitud.

Al hablar de actitudes se hace referencia al grado positivo o negativo con que las personas tienden a juzgar cualquier aspecto de la realidad, al cual se le denomina objeto de actitud. (Morales, 2007).

Al cuestionar la actitud de alguien o algo, se hace referencia a las creencias y sentimientos relacionados con esa persona o evento, y con el comportamiento resultante. Tomadas en conjunto, las reacciones evaluativas, favorables o desfavorables, definen la actitud de una persona. Estas reacciones pueden manifestarse en creencias, sentimientos o inclinaciones para actuar. Cuando se tiene que responder rápidamente a algo, la manera como nos sentimos al respecto puede guiar nuestra reacción. (Myers, 2003).

Es por ello que las evaluaciones o juicios generales que caracterizan la actitud pueden ser positivas, negativas o neutras y pueden variar en su extremosidad o grado de polarización. Así, las actitudes constan de tres componentes: cognitivo, afectivo y conductual. Estos comportamientos tienen un punto en común, todos ellos reflejan las valoraciones que las personas poseen sobre las distintas situaciones. A estas valoraciones se las conoce con el nombre de actitudes. (Morales, 2007)

- ψ **Componente cognitivo:** Incluye los pensamientos y creencias de la persona acerca del objeto de actitud.
- ψ **Componente afectivo:** Agrupa los sentimientos y emociones asociados al objeto de actitud.
- ψ **Componente conductual:** Recoge las intenciones o disposiciones a la acción, así como los comportamientos dirigidos hacia el objeto de actitud.



Las actitudes, son relevantes a la hora de adquirir nuevos conocimientos ya que las personas asimilan y relacionan a la información que reciben del mundo en torno a dimensiones evaluativas, desempeñando una serie de funciones imprescindibles a la hora de buscar, procesar y responder, no sólo a la información del entorno, sino también a la relacionada con uno mismo.

Otro punto importante es que las actitudes guardan una estrecha relación con la conducta, influyendo sobre la forma en que piensan y actúan las personas.

A lo anterior, se añade que las actitudes permiten conectar el contexto social en el que se vive con la conducta individual o dicho de otro modo, las actitudes reflejan la interiorización de los valores, normas y preferencias que rigen en los grupos y organizaciones a los que se pertenece. Por lo cual, es importantes recalcar que un cambio en las actitudes de las personas puede cambiar el contexto. Según Morales (2007) si las actitudes de un gran número de personas cambian, posiblemente las normas sociales puedan cambiar también.

También dicho autor presenta la siguiente clasificación funcional de las actitudes como: la organización del conocimiento, utilitaria y de expresión de valores. A continuación, se describe cada una de estas funciones.

#### **2.2.3.1. FUNCIÓN DE ORGANIZACIÓN DEL CONOCIMIENTO**

Debido a la sobrecarga informativa proveniente del entorno al que está expuesto, Allport y Sherif (como se citó Morales et al. 2007) afirman que la mente necesita estar preparada para estructurar, organizar y dar coherencia a todo ese mundo estimular que se

presenta ante el ser humano, consiguiendo así una mejor adaptación al ambiente con el que interactúa. Las actitudes ayudan a satisfacer esta necesidad básica de conocimiento y control, estructurando la información en términos positivos y negativos.

Las actitudes guían la búsqueda y la exposición a información relevante, acercando a la persona a todos aquellos aspectos de la realidad congruentes con ella y evitando aquellos elementos que les sean contrarios.

#### **2.2.3.2. FUNCIÓN INSTRUMENTAL O UTILITARIA**

Esta función tiene su base en las teorías del aprendizaje, según las cuales las actitudes ayudan a las personas a alcanzar objetivos deseados y proporcionar recompensas, así como a evitar los no deseados, cuya consecuencia sea el castigo. Al promover la aproximación a estímulos gratificantes y la evitación de estímulos aversivos, las actitudes optimizan las relaciones de los individuos con su entorno, maximizan los premios y minimizan los castigos.

Morales et al. (2007) afirman que las actitudes pueden conseguir lo que se desea y evitar aquello que no gusta, contribuyendo de esta forma a crear sensaciones de libertad y competencia.

#### **2.2.3.3. FUNCIÓN DE IDENTIDAD Y EXPRESIÓN DE VALORES**

Las personas suelen manifestar públicamente sus actitudes expresando opiniones y valoraciones sobre multitud de asuntos o cuestiones. Ayudando a conocer y darse a conocer a los demás. Así las actitudes juegan un importante papel en la definición y el fortalecimiento de la propia identidad.

Además, la expresión de las actitudes permite a las personas mostrar sus principios y valores, así como identificarse con los grupos que comparten actitudes similares. Es decir, la expresión de actitudes sirve para acercarse a otras personas con actitudes similares, contribuyendo de esa forma a satisfacer la necesidad básica de aceptación y pertenencia grupal (Morales, et al., 2007).

#### **2.2.3.4. FORMACIÓN Y FORTALECIMIENTO DE LAS ACTITUDES**

Las personas poseen actitudes hacia la mayoría de estímulos que les rodean. Incluso para aquellos objetos para los cuales se pueda no tener ningún conocimiento ni experiencia, enseguida puede evaluarse en la dimensión bueno- malo, o me gusta-no me gusta. La mayoría de las actitudes tienen sus raíces en el aprendizaje y el desarrollo social.

Morales et al. (2007) afirma que muchas actitudes se adquieren por medio de los siguientes aspectos.

- ψ Por condicionamiento instrumental, es decir, por medio de los premios y castigos que se reciben por su conducta.
- ψ Por modelado o imitación de otros.
- ψ Por refuerzo vicario u observación de las consecuencias de la conducta de otros.

Las creencias y sentimientos privados determinan el comportamiento público. Así que para cambiar la forma en que actúan las personas, es necesario primero cambiar su corazón y su mente.<sup>3</sup> Ya que, por lo general, la tendencia respecto de qué controla el

---

<sup>3</sup> Su corazón: hace referencia al área afectiva la cual involucra los sentimientos y emociones. Su mente: hace referencia a ideas y pensamientos.

comportamiento pone énfasis en las influencias sociales externas y resta importancia a los factores internos, tales como la personalidad.

Es por ello que ante determinadas situaciones el ser humano actúa de manera automática y las actitudes se hallan adormecidas. Se desempeñan roles familiares que no se reflejan en lo que hacemos. Por ejemplo, contestar a las personas que nos encontramos con un “hola” automático. Respondemos a la pregunta diciendo “bien”, incluso aun teniendo más que decir. (Myers, 2003).

Tales formas de reacción en las que no interviene la mente son adaptativas. Dejan libre a la mente para que trabaje en otras cosas. Cuando colocamos el piloto automático, las actitudes se hallan adormecidas. (Myers, 2003).

#### **2.2.3.5. CAMBIO DE ACTITUDES**

Aunque las actitudes, como los hábitos, una vez que son adquiridas, tienden a arraigarse como elementos de la personalidad, son susceptibles de modificación si los factores que han influido en su aprendizaje actúan posteriormente en sentido contrario. Una vez adquirida una actitud, es más difícil eliminarla.

Los mismos factores que determinan el aprendizaje de las actitudes, como lo son el afecto, la asociación, el ejercicio, la identificación, la transferencia, etcétera, son los que determinan su modificación, sólo que por tener que obrar sobre actitudes ya adquiridas, dichos factores deben actuar más persistentemente para que puedan nulificar la dirección establecida e imponer otras en sentido contrario. (Myers, 2003).

#### **2.2.4. TERAPIA BREVE CENTRADA EN SOLUCIONES**

Durante las últimas tres décadas del siglo XX, han aparecido nuevas formas de hacer terapia que han demostrado su eficacia en el abordaje de situaciones o problemáticas presentes en las sociedades modernas. Tales prácticas han recibido nombres tales como “terapias posmodernas” “socioconstruccionistas” “narrativas” entre otros. Estos nombres sugieren o resaltan algún aspecto relevante de dichas modalidades terapéuticas. (Tarragona, 2006)

De todas las prácticas psicoterapéuticas surgidas en las últimas décadas, existe una en particular que se interesa por las necesidades actuales de los consultantes al llegar a terapia y propone alternativas para solventar sus problemáticas, evitando el detenerse por muchas sesiones en elementos de la infancia de los individuos o su pasado en general, como lo hace la escuela del psicoanálisis, por ejemplo.

Esta modalidad de terapia se conoce como Terapia Breve Centrada en Soluciones (TBCS) propuesta por De Shazer y Kim-Berg (2002) y hace especial énfasis en elementos como el uso de un lenguaje presuposicional, el conocimiento de los recursos personales, los problemas, las relaciones interpersonales y la identidad. (Anderson, 2006)

Dicho de otra manera, De Shazer y Kim-Berg buscan enfocarse en soluciones de psicoterapéuticas, para así concentrarse únicamente en los puntos fuertes (llamados recursos, en esta modalidad) y las posibilidades de una persona para resolver de manera funcional determinadas dificultades.

Por tanto, el abordaje trata de superar los problemas sin abordar directamente el mismo, mediante los cambios mínimos e inmediatos. Los terapeutas realizan sus esfuerzos (a lo largo de aproximadamente 10 sesiones) en buscar en conjunto con las consultantes

alternativas de soluciones basadas en sus necesidades, partiendo del hecho que este último es experto en la problemática.

Es preciso destacar que algunos autores desde las corrientes posmodernas y post-estructuralistas en psicología. (White y Epston, 1989; Gergen, 1990; Hoffman, 1995; Anderson, 1997) son de la idea que el lenguaje utilizado en psicoterapia se ha caracterizado por algunas carencias como el hacer referencia a condiciones eminentemente patológicas y no al aspecto funcional de los individuos y que, la terapia por lo general es vista como una herramienta a la que recurren las personas enfermas.

A esto se añade los efectos negativos que pueden tener en los consultantes la comunicación de diagnósticos psicopatológicos y para ello los principios de la TBCS permiten mejorar esta forma tan quirúrgica de hacer ver los problemas, los cuales se mostraran a continuación.

#### **2.2.4.1. PRINCIPIOS DE LA TERAPIA BREVE**

La TBCS se rige por principios teóricos que orientan su práctica y son válidos en un contexto de intervención-evaluación a fin de resolver las problemáticas de los consultantes.

Según Beyebach (2006) pueden resumirse en los siguientes postulados:

Principio	Definición Conceptual.
El cliente (casi) siempre tiene la razón	La TBCS no busca imponer un modelo de normalidad en los consultantes, son los consultantes quienes deciden cuándo es que se encuentran en una situación que problemática y son ellos quienes saben mejor cuándo es que ya no lo están.
Comprender un problema está bien. Ayudar a solucionarlo, aún mejor	Identificar los factores que están manteniendo el problema actualmente y comenzar a idear estrategias que ayuden a resolverlo.

No dejes para mañana lo que puedas hacer hoy	La intervención comienza desde el primer contacto con los consultantes y se necesita tener presente que la siguiente sesión podría ser la última, por lo que cada sesión tiene un cierre y efecto terapéutico independiente de las demás.
En caso de duda, elige lo más simple	Es mejor proponer una tarea simple pero con un objetivo, que dos tareas; o bien, dar una sugerencia directa y concreta a establecer los pasos de un ritual. Esto facilita utilizar los recursos y habilidades de los consultantes.
Todo es relación	Sin abandonar el profesionalismo, el terapeuta invita al consultante como si fuera un co-terapeuta a la hora de resolver los problemas que le aquejan, adaptándose al estilo de ellos y regulando el paso al que se conduce la terapia.
Lo que no mata engorda, el principio de utilización	Aprovechar al máximo la idiosincrasia que caracteriza a cada uno de los consultantes al retomar soluciones basadas en sus recursos y habilidades, sin perder de vista los objetivos terapéuticos y facilitar la consecución de estos utilizando su lenguaje y trabajando desde la postura de ellos.
Aprovecha al máximo los recursos de los consultantes	El terapeuta debe confiar en los recursos y habilidades de los consultantes, ya que el problema no ocurre el cien por cien de todas las veces, prestando atención especial a las excepciones y a las soluciones que los consultantes han realizado de manera exitosa.
Aprovecha al máximo la matriz relacional y la red social de los consultantes	Utilizar los recursos de sus redes relacionales sumadas a los que ya se tienen y se han movilizado. Ocasionalmente, se trabaja con la familia nuclear de los consultantes porque se entiende que ellos pueden suponer parte de la solución y si no existe, se crea una red que satisfaga las necesidades del consultante.
Vísteme despacio, que tengo prisa	Se acortan el número de sesiones tomando en cuenta el tipo de relación que se establecerá de acuerdo a la confianza y comodidad de los consultantes, así como el lograr los objetivos pequeños, esto significa que los cambios mínimos que se provoquen se mantendrán y conseguirá ampliar las mejoras.
No es posible cambiar a los consultantes, se cambian ellos mismos	En conjunto con los consultantes, se diseñan intervenciones a favor de provocar cambios, por mínimos que sean, y ampliarlos hasta lograr resolver el problema.
Los principios están para saltárselos	Existirán situaciones en las que no se aplique alguno de estos principios que solo son creencias generales que orientan la práctica terapéutica y la toma de decisiones, pero siempre será importante considerar el contexto de los consultantes, su situación particular y su interacción con el terapeuta.
Uso del lenguaje presuposicional	Recurrir a este tipo de lenguaje, facilita a los consultantes poder percibir los cambios que se han estado operando recientemente. O bien, que estos recuerden y centren su atención en aquellos momentos en los cuales la problemática no ocurre, devolviendo una imagen de autoeficacia a estos.
Excepciones y Énfasis en las Soluciones	La TBCS se enfoca en las alternativas que pueden solucionar los problemas. Es válido también iniciar la terapia hablando de las soluciones y no del problema en sí. Asimismo, se da una excepción cuando el problema no ocurre, o bien, ocurre pero de una forma menos intensa, leve o menos frecuente.

Fig.1: Principios de la Terapia Breve Centrada en Soluciones según Beyebach (2006)

#### **2.2.4.2. OBJETIVOS DE LA TERAPIA BREVE**

Los principios anteriores demuestran la flexibilidad de esta modalidad de hacer terapia, pues busca construir soluciones inmediatas y que comiencen a generar cambios en la vida psíquica de los consultantes mientras se comienzan a descubrir los recursos con los que cuentan estos y que facilitarán las condiciones en las que se desarrollará la terapia.

A su vez, esto permite que la deserción se reduzca en aquellos consultantes que tienen prisa por ver los primeros cambios. Destaca también el papel activo de los consultantes a la hora de proponer soluciones factibles a fin de resolver sus dificultades, identificando las excepciones, cambiando también sus perspectivas sobre el problema.

(De Shazer, 1995)

#### **2.2.4.3. PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO**

**Uso de Escalas:** En la TBCS son más bien subjetivas y cumplen el propósito de cuantificar la esperanza que tienen los consultantes de que los problemas cambien, la intensidad de este, el grado de confianza, cuantificar el avance desde la sesión previa, entre otros. El instrumento es muy simple: el terapeuta dibuja una línea base, estableciendo cortes entre el 0 y el 10, donde el 0 puede ser lo peor o más grave y 10 lo mejor. Aquí se pregunta a los consultantes dónde ubicarían su incomodidad o malestar. Esto servirá como un punto de referencia evaluativo, además que facilitará sugerencias a los posibles cambios mínimos.

Para conocer estas sugerencias, basta realizar una pregunta sencilla como *¿Qué podemos hacer para que ese tres mejore y se convierta en un cuatro?* O bien, hacer uso de la curiosidad como terapeutas. Además, esta escala puede adaptarse a la hora de trabajar con



niños, donde conviene dibujar la línea base y pedirle al niño que ubique sobre esa línea las mejoras que percibe.

Es criticada la subjetividad que caracterizan a estas escalas, pero es mejor tener esta medición, aunque sea subjetiva, a carecer de un instrumento de medición. Beyebach (2006) recomienda como precaución única al trabajar con escalas no abusar de este recurso. Es decir, no emplearlo más allá de lo que resulte cómodo para nuestros interlocutores.

**Cambios mínimos y pregunta milagro:** Son cambios pequeños que facilitan la incidencia en la secuencia sintomática, por tanto, comenzar a mostrar los resultados terapéuticos. Estos cambios son posibles gracias a los recursos con los que cuenta el consultante (redes de apoyo psicosocial, características de personalidad o habilidades). Evidentemente, este cambio mínimo establecido debe estar dentro de las posibilidades terapéuticas y dicho cambio no dependa de una tercera persona. (Beyebach, 2006)

El establecer un cambio mínimo al inicio supone también reafirmar un compromiso de parte de los consultantes, a la vez que se busca construir la imagen de autoeficacia que posteriormente se irá devolviendo al ellos. Así, tomarán conciencia de los recursos con los que cuentan y del control de cambio que poseen.

Respecto a la pregunta milagro, esta debe hacerse de forma pausada y no a la ligera. Es preciso preparar a los consultantes antes de realizarla. (De Jong y Berg, 2002) Podría decirse al consultante *¿Tiene usted mucha imaginación? Porque le haré una pregunta que requiere mucha imaginación para responderla.* Además, como terapeuta se debe asegurar al consultante que dé su mejor respuesta y no hay opciones buenas ni malas.

**Mensaje final:** Al término de la sesión, la terapeuta toma un par de minutos para brindar una retroalimentación a los consultantes. Bastará con pedirles aproximadamente cinco minutos en los que podrán usar para tomar agua o ir al baño, incluso. Al regresar, el terapeuta devuelve un mensaje con reconocimientos cuidadosamente seleccionados que generen esperanza en los consultantes.

Se sugiere según De Jong y Berg (2002) que la estructura que debería llevar es una cualidad favorable de los consultantes, otro relacionado a sus objetivos y metas terapéuticas, así como la asignación de una tarea que permita ampliar los cambios que se están operando.

Los reconocimientos pueden proporcionarse a lo largo de toda la terapia. Resultará más significativo el recibirlos al final de la sesión como forma de retroalimentar el conocimiento obtenido a lo largo de esta. Los consultantes pueden otorgárselos también, respondiendo al terapeuta una pregunta, por ejemplo *¿Cuál de todas sus cualidades le han ayudado a solventar esta situación?* Y se recomienda realizarlo con el lenguaje que usan los consultantes y de una forma genuina, sin exagerar las valoraciones.

**Las prescripciones o tareas:** Se le propone al consultante realizar una tarea entre las sesiones. Al momento de diseñar una prescripción, es necesario tomar en cuenta que se debe pedir algo que sea coherente con lo hablado durante la entrevista. Si la mayor parte de la sesión ha girado en torno al "milagro", parece adecuado que la tarea tenga relación con ello;

Por el contrario, si lo que más ha llamado la atención de los consultantes es el cambio pretratamiento, será adecuado hacer alguna sugerencia al respecto. Sugerir sólo aquello que consideremos que los consultantes están dispuestos a (y pueden) hacer, ya que no sirve de

nada crear una tarea brillante, si está fuera del alcance de ellos o simplemente si éstos no están dispuestos a hacerla.

También, cuando se presenta un consultante en un momento dado como "visitante" o "precontemplativo", es decir, como alguien que no "compra" terapia ya que no considera que exista un problema, es preferible no asignar tarea. En las demás situaciones, se incrementa gradualmente la dificultad de tal modo que, quienes muestran disposición a poner de su parte para resolver el problema se le pide realizar tareas que implican hacer cosas.

Finalmente, a quienes se quejan del problema, pero sin considerar que deben poner de su parte para resolverlo, se le habla sobre pensar en las actitudes o acciones que podría llevar a cabo para solucionar el problema. En definitiva, se trata de hacer sugerencias más directas a quienes parece que van a aceptarlas, y más indirectas a quienes en un momento dado parecen más reacios.

La sugerencia será más fácilmente aceptada por los consultantes si viene precedida de elogios, y si el terapeuta está ajustándose a su lenguaje y a su postura. Hacer la sugerencia más sencilla que sea posible, y el menor número de ellas. Se aplica aquí una especie de "navaja de Ockham": en caso de duda entre varias tareas, elegiremos la menos complicada.

Beyebach (2006), recuerda que la importancia de las tareas terapéuticas radica en la posibilidad de disminuir el número de sesiones al aprovechar el tiempo entre estas. El cumplimiento de las tareas dependerá de la forma en que están prescritas, es decir, dependen de un aspecto relacional. Puede ser ventajoso utilizar la siembra o un lenguaje sugestivo o, como se propone en la TBCS, decir al consultante: *“te pido esto como un pequeño experimento para terminar de evaluar el problema por el cual me consultas”*.

Todos estos elementos que caracterizan esta alternativa terapéutica, pueden apreciarse en el desarrollo de cada una de las sesiones a lo largo del proceso psicoterapéutico. Para esto, Beyebach (2006) sugiere las siguientes estructuras para la primera y las sesiones posteriores, respectivamente.

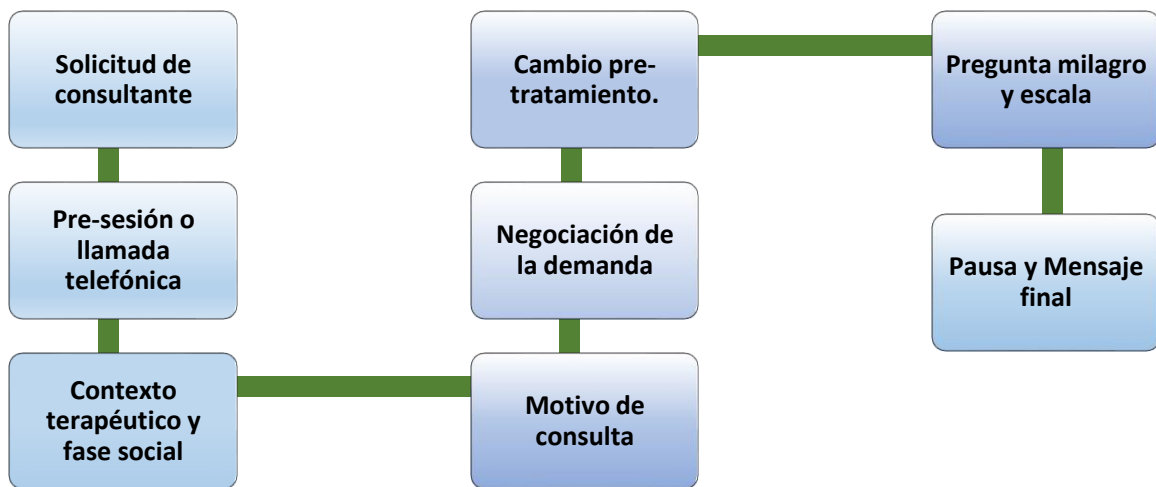


Fig. 2: Esquema de primera sesión de TBCS (Beyebach, 2006)

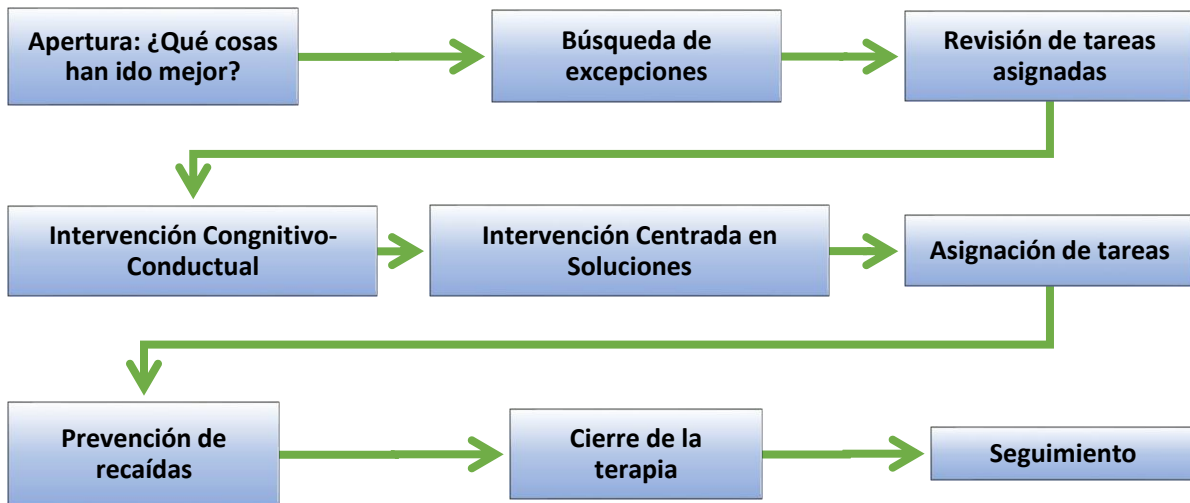


Fig. 3: Esquema de segunda sesión y posteriores en Terapia Breve Centrada en Soluciones. (Beyebach, 2006)

El equipo investigador, diseñó una propuesta adaptando los esquemas sugeridos por Beyebach (2006) tanto para la primera sesión como para la segunda sesión y posteriores. A continuación, se presentan las propuestas con el nombre de cada fase en función de la sesión que se desarrolla y que explica por sí mismo el momento correspondiente.

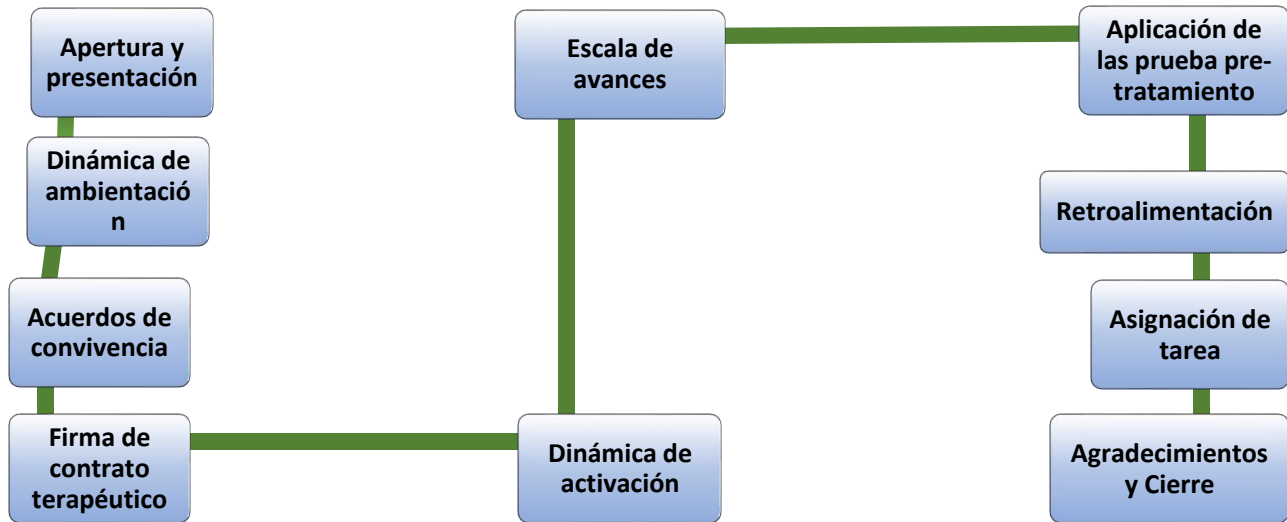


Fig.4: Esquema de primera sesión propuesta por el equipo de investigación.

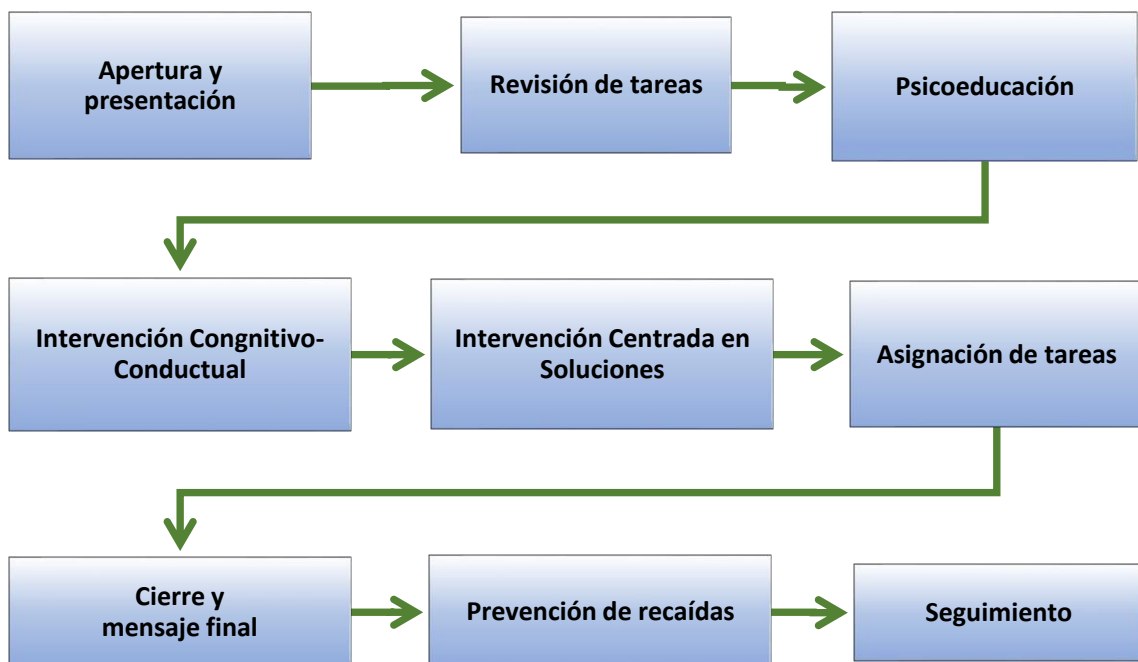


Fig.5: Esquema de segunda sesión y subsiguientes propuesto por el equipo de investigación.

### **2.2.5. MODELO COGNITIVO-CONDUCTUAL**

El modelo Cognitivo-Conductual (CC) ha sido quizás el que adquirió un mayor protagonismo en el contexto psicoterapéutico contemporáneo. Son muchos los factores que han hecho posible este protagonismo, entre los cuales se pueden mencionar la relevancia que le da tanto a las conductas observables como a las cogniciones y variables centradas en los individuos.

Otro factor es que, en la actualidad, son pocas las psicoterapias que no toman en consideración promover cambios a nivel cognitivos, como lo indica Villegas (1999) quién es de la idea que apenas resulta concebible algún tipo de psicoterapia en la actualidad, independientemente de su escuela de adscripción, que no postule de forma directa o indirecta alguna modalidad de cambio cognitivo.

El rasgo que más destaca en este modelo psicoterapéutico es la relevancia que conceden a las cogniciones, tanto en la etiología de los trastornos psicopatológicos como en el proceso de cambio terapéutico. El término “cognición” es amplio e incluye también ideas, constructos personales, expectativas y atribuciones.

Este término se refiere simplemente a un proceso intelectual, más bien a patrones complejos de pensamientos donde convergen emociones, conductas y pensamientos. Es por esto que Bruner (1990) sugiere que el concepto de fundamental de la psicología humana es el de significado y los procesos y transacciones que se dan en la construcción de los significados.

Otro rasgo igual de importante es el énfasis en el método científico, que existe no solo en la investigación experimental sobre los procesos y los resultados de diversos tratamientos

a las psicopatologías, sino además en los modelos teóricos propuestos en psicoterapia y en psicopatología.

Además, su alto nivel de sistematización es otro de los rasgos de este modelo, lo que ha contribuido en gran medida a acercar la investigación psicoterapéutica a la psicología científica. En suma, dado el carácter científico del enfoque cognitivo conductual, este, se nutre, sencillamente, de la investigación psicológica contemporánea.

Acerca de los conceptos básicos del enfoque, son variados los que componen a la psicoterapia CC. A continuación, se describen los principales conceptos utilizados y que permiten explicar, interpretar y modificar la conducta.

**Esquemas, estructuras y proposiciones cognitivas:** El origen de la noción básica de esquema se remota a los años 20 y 30 del siglo XX en varios escritos de Barlett y Piaget (1932). Este último considera el esquema como una organización activa de reacciones y experiencias pasadas. En la actualidad, la idea más aceptada de un esquema, tal cual estructura cognitiva, es una abstracción fruto de la experiencia previa. Lo esencial, según Neisser (1967) es que el esquema es responsable de los mecanismos que guían la atención selectiva y la percepción.

Debido a que existen varios esquemas de pensamiento, el procesamiento de la información dependerá del esquema que se haya activado. La noción de esquema, según Ingram y Kendall (1986) se refiere a la estructura y las proposiciones cognitivas. Así, la estructura cognitiva se concibe como la arquitectura del sistema, como la estructura que organiza internamente la información, mientras que las proposiciones cognitivas hacen referencia al contenido de dicha información.

En la figura 6 se observa de mejor forma cada esquema.

Estructura	Proposiciones	Operaciones	Productos
Memoria a corto plazo	Conocimiento episódico	Propagación de la activación Atención	Atribuciones
Memoria a largo plazo	Conocimiento semántico	Elaboración Cognitiva	Imágenes
Almacenamiento sensorial/iónico	Información internamente generada	Codificación	Pensamientos
Red cognitiva/redes asociativas	Creencias (Almacenamiento)	Recuperación Velocidad de traslado de información	Creencias (que acceden)
Nodos de memoria			Reconocimiento/detección de estímulos.

Fig. 6: Constructos representativos de cada categoría de los componentes del sistema cognitivo (Ingram y Kendall, 1986)

Para Beck (1979) los esquemas tenían un rol más explícito en la formación y el mantenimiento de algunos trastornos. Por ejemplo, en la depresión, el contenido de los esquemas que más se activan son aquellos que reflejan información negativa hacia sí mismos. Además, este se hace acompañar de una visión negativa del mundo, del futuro y de los acontecimientos del futuro.

Estos esquemas activados no se consideran en sí como la etiología del trastorno (depresivo, en este caso) sino más bien, hace referencia a un estado de predisposición en los individuos. Dicho estado, interactúa con la situación estimular a la que estos se enfrentan.

Para Ellis (1962) los esquemas contienen elementos referidos a los esquemas, aunque en ese caso no son tan explícito como para Beck. La Terapia Racional-Emotiva de Ellis considera que en el núcleo de la mayoría de los trastornos psicológicos se haya la tendencia humana al pensamiento irracional, de manera que los acontecimientos (A) se interpretan de



acuerdo con un conjunto de creencias o ideas irracionales (B) basadas en imperativos absolutistas o bien, dogmáticos y (C) las consecuencias de estos pensamientos.

Tales consecuencias pueden traducirse como trastornos emocionales o conductas desadaptativas que dependen del grado de racionalidad de las creencias que median en los acontecimientos y estas creencias son proposiciones cognitivas arraigadas en la estructura cognitiva del sujeto. Ellis habla de tales proposiciones, pero no desarrolla en sí el tema de la estructura cognitiva en la que se insertan, ni de su génesis ni de su valor funcional.

1	Es absolutamente necesario ser amado y aprobado por los demás en todo momento.
2	Debe ser infaliblemente competente y perfecto en cualquier actividad que emprenda.
3	Las personas que me hieren o me hacen daño son malas, perversas y ruines. Debo culparlas, condenarlas y castigarlas con severidad.
4	Es horrible, catastrófico o terrible que las cosas no vayan por el camino que a uno le gustaría que fuesen.
5	Los sucesos externos causan gran parte de la infelicidad humana y tengo poca capacidad para controlar mis sentimientos o para liberarme de la depresión, la hostilidad y sentimientos similares.
6	Encuentro más fácil evitar enfrentarme a las muchas dificultades y responsabilidades de la vida, que comprometerme con muchas formas provechosas de autodisciplina.
7	Si algo me parece peligroso o amenazante debo preocuparme y perturbarme por ello.
8	Mi pasado sigue siendo importante, y soplo porque algo haya ejercido una enorme influencia en determinado momento de mi vida, ello tiene que seguir determinando mis sentimientos y conductas del presente.
9	Las personas y las cosas deberían ser mejores de lo que son, y debo considerar horrible y espantoso no encontrar rápidamente soluciones buenas a los problemas de la vida.
10	Puedo alcanzar la felicidad a través de la inercia y no a la acción, o “disfrutando de mí mismo” pasivamente y sin comprometerme.
11	Todas las acciones deben estar ordenadas, y yo debo estar seguro de ello para sentirme bien.
12	La calificación global que me doy a mí mismo como humano, mi valoración general y autoaceptación, dependen de la perfección de mis acciones y del grado de aprobación que me den los demás.

Fig.7: Lista de ideas irracionales (Adaptado de Ellis y Grieger, 1982)

Finalmente, en el enfoque de Beck, se le presta atención especial a las operaciones cognitivas. De esta manera, en el ámbito de la depresión resulta paradigmático. De acuerdo a Beck (1979) los pacientes depresivos se caracterizan por una forma particular de operaciones cognitivas a las que él llama pensamientos automáticos.

Con el calificativo automático, se da a entender que los individuos no procesan esta información de forma deliberada, lo que significa que no eligen necesariamente atender a cierta información y pasar por alto otra información, por ejemplo. Beck llama a errores o distorsiones cognitivas a las formas de procesamiento características de los pacientes deprimidos. Tales errores han sido identificados y tipificados, así como también pueden generalizarse a otros trastornos o psicopatologías.

1	<b>Pensamiento absolutista de tipo “Todo o nada”:</b> Se manifiesta en la tendencia a ver todas las experiencias según dos posibilidades opuestas, tomando una de ellas.
2	<b>Sobregeneralización:</b> Proceso de establecer una regla o conclusión general a partir de detalles que no la justifican, por tratarse de hechos aislados que no se pueden aplicar a otras situaciones.
3	<b>Filtro Mental:</b> Filtrar la experiencia de modo que se atiende solo a un detalle de la situación sin darse cuenta de otras cosas que solo suceden a alrededor.
4	<b>Descalificación de lo positivo:</b> Se rechazan las experiencias positivas, insistiendo en que “no cuentan” por algún motivo u otro.
5	<b>Sacar conclusiones precipitadas:</b> Se trata de llegar a conclusiones sin disponer de datos suficientes que las apoyen. Presenta dos variantes: Lectura del pensamiento y la Rueda de la fortuna:
6	<b>Engrandecer o minimizar:</b> Exagerar la importancia de unos acontecimientos en detrimento de otros.
7	<b>Deberes e imperativos:</b> Se trata de imposiciones que nos hacemos. Generalmente no son realistas; nos exigimos más de lo que podemos dar
8	<b>Personalización:</b> Tendencia a atribuirse uno mismo la responsabilidad de errores o hechos externos aunque no haya base para ello.

Fig. 8: Lista de errores o distorsiones cognitivas según Beck (1979)

A manera de conclusión, el modelo CC promueve los procesos de cambio conductual que garantizan la prevención de los trastornos, así como estilos de vida más saludables, con una visión del sí mismo hacia la realización y el bienestar. Esta práctica terapéutica en personas que la necesiten, facilita modificar pensamientos, sentimientos y comportamientos que no son adaptativos.

Sus resultados explican de manera objetiva y en tiempo presente las fases de comportamientos conductuales por medio del estudio cognitivo. Así, la terapia lleva a la persona a un punto donde puede elaborar sus propias ideas de enfrentar los problemas, y es

efectiva si el paciente toma sus metas propuestas mejorando su calidad de vida. Finalmente, enfatiza en el estudio de lo cognitivo (pensamiento) y su proyección al mundo real (conducta).

#### **2.2.6. INTEGRACIÓN ENTRE MODELO COGNITIVO CONDUCTUAL Y TERAPIA BREVE CENTRADA EN SOLUCIONES**

Pese a las diferencias existentes entre el enfoque CC y la TBCS, es posible integrar ambas alternativas terapéuticas con el objetivo de promover cambios en los consultantes según el amplio espectro de problemáticas que estos presentan.

La Terapia Cognitivo- Conductual (TCC) es un modelo que trabaja ayudando al paciente a que modifique sus pensamientos, emociones, conductas y respuestas fisiológicas disfuncionales por otras más adaptativas para combatir sus problemas. Puerta y Padilla (como se citó en Osollo, 2016)

Es por esto que Ramírez y Rodríguez (como se citó en Méndez, Olivares y Moreno, 2012) quienes son de la idea que el enfoque CC hace énfasis en la forma en la que las ideas irracionales y las desadaptaciones de los pensamientos son los factores que causan las interpretaciones erróneas del medio donde se desenvuelven los individuos, lo que genera malestar subjetivo en los consultantes.

Por lo tanto, la reestructuración cognitiva como una de las principales técnicas de este modelo, consiste en que el terapeuta oriente al consultante a identificar estos pensamientos disfuncionales, para posteriormente ser cuestionados y eventualmente, sustituirlos por pensamientos alternativos funcionales que faciliten su adaptación al entorno, lo que anularía el efecto emocional negativo que provocan los pensamientos irracionales. (Beck, 1979)

Por otra parte, la Terapia Centrada en Soluciones (TCS) se enfoca en los recursos del paciente y en todas aquellas situaciones en las que no se presente el problema llamadas excepciones, apenas se interesa por los problemas o los intentos de solución fallidos; por lo que principalmente se centra en analizar en aquello que sí funciona y satisface al paciente (Beyebach, 1999)

Debido a que este enfoque está basado en la resiliencia, en encontrar excepciones y principalmente en que los clientes encuentren sus propias soluciones y habilidades para afrontarse a las posibles situaciones que se presenten, ha sido aplicado a muchos de los problemas vistos por los clínicos Lee y Oshlag (como se citó en Amarayo, 2011).

El énfasis que hace la TBCS, es en los recursos de los consultantes, sus posibilidades, redes de apoyo psicosocial o relacional, las excepciones en las cuales no se presenta la situación problemática, nada o casi nada se centra en los problemas o las formas en las que los consultantes han fallado por solucionarlos, más bien, en analizar cuáles son los aspectos funcionales de los consultantes y lo que hace sentir satisfecho a estos, quienes al final deciden si un problema ha sido resuelto o no. (Beyebach, 2006).

También Beyebach (1999) menciona que el terapeuta debe de ayudar a los clientes a identificar lo que quieren conseguir utilizando técnicas como la pregunta milagro, así como poner especial atención en aquellos momentos en que de hecho consiguen o se acercan al objetivo a lograr (trabajo con excepciones) atribuyéndole el control y la responsabilidad de los cambios conseguidos en pro de su bienestar.

De igual manera menciona la importancia del uso de la escala de avance, que permiten establecer un parámetro, tanto para el terapeuta como para el cliente, que indica la ubicación

percibida por el paciente aplicando una calificación entre el 1 y el 10, siendo el 1 el momento en que el problema peor ha estado y el 10 en el momento en el que ya está resuelto.

Otra de las estrategias utilizadas en la TBCS es el mensaje que se da al finalizar la sesión, que consolida lo trabajado durante la sesión, ofreciendo la oportunidad de que el terapeuta “consulte” con el equipo los últimos comentarios así como el contenido de éste mensaje, conformado por los elogios, realizando las cualidades y todo aquello que el cliente esté haciendo bien, así como las tareas, que consisten en alguna actividad o reflexión que trabajará hasta la siguiente sesión (Beyebach, 1999).

Lo anterior, demuestra la flexibilidad de la TBCS que permite la fácil integración a otras formas de hacer terapia, retomando recursos técnicos del enfoque CC, como la activación conductual o la reestructuración cognitiva, que se combina junto con elementos de la modalidad anterior como las metáforas, técnicas narrativas, rituales, tareas o la redefinición.

Además, la segunda sesión y subsecuentes de la TBCS, en su proceso metodológico, contempla un apartado específico para realizar una intervención propiamente CC previo a la intervención Centrada en Soluciones, como lo sugiere Beyebach (2006) y se detalla en la fig. 2 de este documento.

### 3. VARIABLES

Las variables de investigación que se plantean a continuación, no son con fines de comprobación experimental, sino en términos de resultados.

#### 3.1. VARIABLES



#### **Variable independiente**

$\psi$  **Programa con enfoque centrado en soluciones y modelo cognitivo conductual**

El modelo CC hace énfasis en la forma en la que las ideas irracionales y las desadaptaciones de los pensamientos son los factores que causan las interpretaciones erróneas del medio donde se desenvuelven los individuos, lo que genera malestar subjetivo en los consultantes. La reestructuración cognitiva, los autorregistros, las técnicas de respiración y regulación mental, son las principales de este modelo ayudan al terapeuta a orientar al consultante a identificar estos pensamientos disfuncionales, para posteriormente ser cuestionados, sustituirlos por pensamientos alternativos y funcionales que faciliten su adaptación al entorno.

Por su parte la TBCS es una modalidad terapéutica que se centra en los recursos de los consultantes, sus posibilidades, redes de apoyo psicosocial o relacional, las excepciones

en las cuales no se presenta la situación problemática, nada o casi nada se centra en los problemas o las formas en las que los consultantes han fallado por solucionarlos. Destaca también el papel activo de los consultantes a la hora de proponer soluciones factibles a fin de resolver sus dificultades, identificando las excepciones, cambiando también sus perspectivas sobre el problema.

**Variable dependiente.**

**Actitudes positivas de afrontamiento hacia la Indefensión aprendida.**

Según la definición del APA mencionada en el marco teórico, los individuos aprenden que no pueden controlar su ambiente y esto puede llevarlos a fallar en hacer uso de las opciones de control que tienen disponibles o han utilizado anteriormente. Este fenómeno produce una triada de déficit interrelacionada a nivel cognitivo, motivacional y emocional los cuales comprenden nuestros indicadores y se definen a continuación.

- ψ **Déficit a nivel cognitivo:** En el cual las expectativas de no contingencia entre las respuestas y los reforzadores de la conducta emitida, influyen negativamente en el aprendizaje de nuevos comportamientos adaptativos. Por consiguiente, existe un retraso e interferencia en el aprendizaje de nuevas tareas de éxito.
- ψ **Déficit motivacional:** Hace referencia a la inactividad, la cual depende fundamentalmente de la ausencia de incentivos y de reforzadores positivos. Esto disminuye la motivación en la persona y la vuelve indefensa, además, que deja de emitir una respuesta, disminuyendo los intentos por realizar nuevas conductas.

ψ **Déficit emocional:** Este déficit produce un estado de intensa emocionalidad que genera ansiedad seguida de depresión, debido a la incontrolabilidad de la condición de indefensión que vive el individuo.

### Indicadores de la Indefensión Aprendida

Componente de Indefensión	Indicador	Descripción
Déficit Cognitivo	Expectativa de Incontrolabilidad	Falta de control sobre la propia vida
	Retraso o interferencia en tareas de éxito.	Incapacidad de encontrar soluciones a sus problemas
Déficit Motivacional	Inactividad para responder positivamente al resultado.	Por ausencia de incentivos
	Disminución de Intentos por hacer nuevas tareas.	Al encontrarse convencido de no obtener respuestas positivas de sus actos.
Déficit Emocional	Depresión	Niveles de depresión ante condición de indefensión.
	Ansiedad	Niveles de ansiedad ante condición de indefensión.

Fig.9: Componentes de la indefensión aprendida y sus respectivos indicadores.

### Actitudes

Son evaluaciones globales y relativamente estables que las personas hacen sobre otras personas, ideas o cosas. De una manera más concreta, al hablar de actitudes se hace referencia al grado positivo o negativo con que las personas tienden a juzgar cualquier aspecto de la realidad, convencionalmente denominado objeto de actitud. (Briñol, Falces, Becerra, 2007)

#### Las actitudes constan de tres componentes:

- ψ **Componente cognitivo:** Incluye los pensamientos y creencias de la persona acerca del objeto de actitud.
- ψ **Componente afectivo:** Agrupa los sentimientos y emociones asociados al objeto de actitud.



ψ **Componente conductual:** Recoge las intenciones o disposiciones a la acción, así como los comportamientos dirigidos hacia el objeto de actitud.

Las actitudes reflejan una tendencia evaluativa que no es directamente observable desde fuera del propio sujeto.

### Indicadores de la variable.

Con base a los conceptos expuestos se muestra la siguiente tabla de indicadores de actitudes que se manifiestan en la indefensión aprendida y el conjunto de Ítems que comprenden los componentes afectivos, cognitivo y conductual.

Área de Indefensión	Actitudes Indicadoras	Ítem	Componente Actitudinal
Motivacional	Resignación Resistencia	Acepto las cosas tal y como son dentro de mi hogar.	Cognitivo
		Si puedo hacer algo para cambiar mi situación o entorno negativo, lo hago.	Conductual
		Me he acostumbrado a mi forma de vivir.	Cognitivo
Afectivo	Pasividad Dinamismo	Me siento incapaz de defenderme ante el maltrato que podría recibir de otros.	Afectivo
Motivacional		Soy capaz de asumir las responsabilidades que me son asignadas.	Cognitivo
	Durante el día me siento cansado y con ganas de dormir.	Conductual	
	Perseverancia Inconsistencia	Si las cosas no salen como yo quiero, las abandono.	Conductual
		Me cuesta trabajo terminar lo que comienzo.	Conductual
		Si algo no sale como lo esperaba, lo intento otra vez.	Conductual
		Ante las dificultades pienso en varias soluciones antes de actuar.	Cognitivo
	Espero que las cosas estén mal para actuar.	Conductual	
Afectivo	Sumisión Rebeldía	Me siento conforme con lo poco que tengo.	Afectivo
Motivacional		Señalo las acciones que otros hacen y me afectan.	Conductual
Afectivo	Eficacia Negligencia	El trabajo que realizo es reconocido por los demás.	Afectivo
Motivacional		Se me dificulta realizar las tareas que me asignan.	Conductual
		Considero que soy una persona a la que se le dificulta aprender nuevas cosas rápidamente.	Cognitivo
Afectivo	Interés Desinterés	Me interesa realizar diferentes actividades en grupo.	Conductual
		Me siento entusiasmado por realizar actividades nuevas.	Afectivo

<b>Motivacional</b>		Me siento sin ánimos de realizar las actividades que me asignan.	Conductual
<b>Afectivo</b>		No siento ánimos de hacer nada.	Afectivo
<b>Cognitiva</b>	Negatividad	Pierdo la esperanza con facilidad.	Cognitivo
<b>Afectivo</b>	Positivismos	Siento que soy una persona que tiene el mismo valor que los demás.	Afectivo
<b>Afectivo</b>	Expectativas Negativas	Cuando pongo mi mejor esfuerzo en las actividades que realizo, normalmente me siento satisfecho con los resultados.	Afectivo
<b>Afectivo</b>	Positivas	Deseo superarme aún más en mi vida.	Afectivo
<b>Cognitiva</b>		Creo que todo me sale mal.	Cognitivo
	Indecisión	Tomo decisiones por mi cuenta, sin necesidad de consultar a otros.	Cognitivo
	Autonomía	Pienso mucho en las consecuencias antes de realizar una acción.	Cognitivo
		Me cuestiono buena parte del tiempo, las decisiones que tome en la vida.	Cognitivo
		Merezco estar en mi condición actual, por las decisiones y acciones del pasado.	Cognitivo

Fig. 10: Lista de actitudes de afrontamiento a la indefensión e indicadores separados por Áreas de Indefensión Aprendida

Finalmente, hacer la aclaratoria que las áreas de indefensión cognitiva, motivacional y afectiva serán evaluadas con el instrumento diseñado por el equipo de tesis y con pruebas estándares que se definen más adelante en el apartado de metodología.

## **4. METODOLOGÍA**

### **4.1. FORMULACIÓN METODOLÓGICA**

**Enfoque:** Cuantitativo, ya que la efectividad del programa implementado en este estudio y sus resultados se midieron basado en las observaciones, las escalas de avance, las pruebas pre y postratamiento administradas a las participantes, para identificar los cambios de actitudes de afrontamiento hacia la IA.

**Tipo:** Descriptivo, ya que a través de la aplicación de un programa psicoterapéutico grupal de TBCS y el modelo CC y se midieron los efectos generados por dicho programa en las actitudes de afrontamiento a la IA; sin embargo, no se tuvo un control absoluto de selección de la población, debido a disposiciones de la institución.

**Diseño:** Transversal, no experimental, debido a que se recolectaron datos en el periodo específico de julio a diciembre de 2019, con el objetivo de describir los cambios en las actitudes de afrontamiento hacia la IA de los grupos psicoterapéuticos de personas adultas mayores de ATPAM.

### **4.2. POBLACIÓN Y MUESTRA**

**Población:** Consiste en un total aproximado de 125 adultos mayores cuyas edades oscilaron entre los 55 y 92 años.

**Muestra:** De la población anterior, se seleccionaron 30 participantes conformando dos grupos de 15 personas, siendo 21 los que cumplieron los criterios de exclusión necesarios.

**Muestreo:** Se conformaron los grupos a través del Muestreo Intencionado, por tanto, no probabilístico, ya que su selección fue por disposiciones de la institución.

### **4.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DATOS**

**Técnicas:** Entre las que se utilizarán en este estudio, se encuentran las siguientes:

- **Observación participante:** Siendo una técnica utilizada por lo general en investigaciones cualitativas, en este estudio permitirá conocer mejor a los sujetos participantes, así como sus prácticas dentro del contexto de terapia.
- **Entrevista dirigida semiestructurada:** Es la comunicación establecida entre investigadores y los sujetos que participaron en el estudio. Esta comunicación tiene como objetivo conocer mejor el fenómeno de la IA y aquellas actitudes relacionadas a esta.

**Instrumentos:** A continuación, se describen los instrumentos utilizados en este estudio. Para una mejor apreciación de cada uno, pueden revisarse en el apartado de anexos:

- **Guía de entrevista:** Es un breve instrumento cuyo propósito será recopilar información sobre las expectativas y motivaciones de los sujetos acerca del programa de intervención, la percepción acerca de sí mismos. (Anexo 1)
- **Guías de observación:** Se utilizará durante cada sesión del programa de intervención con el objetivo de registrar aspectos sobre la apariencia física, reacciones emocionales y conductuales, el lenguaje de los sujetos y su interacción con el equipo de terapeutas. (Anexo 2)

- **Escala de Actitudes hacia la Indefensión Aprendida para Personas Adultas Mayores (EAIA):** Es un instrumento diseñado por el equipo de investigación. Esta propuesta consiste en una escala tipo Likert autoaplicada o aplicada de 29 ítems que explora los tres componentes del fenómeno de la indefensión aprendida: Afectivo, cognitivo y conductual y permite seleccionar una de tres opciones para responder a cada ítem, dichas opciones son: En desacuerdo, Ni de acuerdo, ni en desacuerdo y De acuerdo (del 0 al 2, respectivamente salvo en los ítems que se puntúan de forma inversa) siendo la puntuación menor 0 y la mayor 58. Una puntuación menor indica una predisposición menor respecto a la indefensión aprendida y una puntuación mayor, una mayor predisposición a la indefensión aprendida. (Anexo 3)
- **Escalas de avance-objetivo (EAO):** Pertenece a la TBCS y consiste en una línea base que se divide en diez segmentos, que van del 0 al 10 acerca de la percepción de los sujetos acerca del problema, siendo el 0 el valor de lo peor o lo más grave y 10 que el problema ha sido resuelto. Estas escalas son subjetivas, pero cumplen el propósito de cuantificar la esperanza que tienen los consultantes que los problemas cambien, el avance desde la sesión previa, entre otros. (Anexo 4)
- **Escala de depresión de Zung (EDZ):** Instrumento para medir la depresión en base a 20 ítems que miden la frecuencia con que los síntomas depresivos se manifiestan a partir de las respuestas: Muy poco tiempo, Algún tiempo, Gran parte del tiempo y Casi todo el tiempo calificados del 0 al 3, donde a menor puntuación, menos propenso se es a la depresión y a mayor puntuación se es más propenso. (Anexo 5)
- **Inventario de Ansiedad de Beck (BAI):** Instrumento para medir ansiedad en base a 21 ítems que miden la frecuencia con que los síntomas de ansiedad se manifiestan a

partir de las respuestas: ninguno, ligero, Moderado y Grave, calificados del 0 al 3, donde a menor puntuación, menos propenso se es a problemas de ansiedad y a mayor puntuación se es más propenso. (Anexo 6)

- **Escala de Autoestima de Rosemberg (EAR):** Instrumento para medir los niveles de autoestima en base a 10 ítems que miden características de autoestima a partir de las respuestas: Muy de acuerdo, De acuerdo, En desacuerdo y Muy en desacuerdo calificados del 0 al 3, donde a menor puntuación, posee bajos niveles de autoestima y a mayor puntuación posee altos niveles de autoestima. (Anexo 7)

**Procedimiento de Recolección de datos:** Los procedimientos que permitieron contrastar las hipótesis planteadas en el estudio, así como resultados obtenidos por cada participante surgieron de los datos obtenidos por las pruebas pre y post, estas fueron realizadas en Microsoft Office Excel.

**Prueba de jueces expertos.** La cual fue una de las estrategias para la estimación de la validez de contenido de la EAIA a utilizar. Además, el juicio de expertos se define como una opinión informada de personas con trayectoria en el tema, que son reconocidas por otros como expertos cualificados en el mismo, y que pueden dar información, evidencia, juicios y valoraciones. Este instrumento fue validado por 7 Jueces especializados en el área clínica y atención a personas adultas mayores. (Anexo 8)

**Prueba piloto:** Sumado a la evaluación de jueces expertos para la EAIA, también se realizó una prueba piloto con 10 miembros de ATPAM que no formaron parte de los grupos psicoterapéuticos lo que permitió adaptar la prueba a las condiciones propias de la población estudiada. (Anexo 9)

#### **4.4. PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO**

##### **Fases del programa:**

##### **Fase I Promoción y Selección**

**Gestión con la institución:** visita a la institución para coordinar con la presidente, la implementación del programa, los participantes, días y horas de realización del mismo.

**Promoción y selección:** mediante una charla de promoción con afiches y trípticos se explicará a la población en qué consistirá el programa y la selección de participantes se realizará mediante una entrevista corta.

##### **Fase II Proceso de ejecución**

**Presentación del programa y evaluación de los participantes:** se inicia desmitificando el rol del psicólogo, luego el encuadre de grupo terapéutico mediante el conocimiento de las expectativas de los mismo; se procede a aplicar el pre-test: EDZ, EAIA, BAI, EAR y EAO. (Anexo 10)

**Implementación del programa:** se implementan técnicas del Modelo CC como reestructuración cognitiva, relajación, ventilación emocional e historia de vida, entrenamiento en habilidades sociales y serán apoyadas con técnicas de la modalidad TBCS como tarea de fórmula, correo sentimental, metáforas, recursos personales, audiovisuales, entre otras para lograr el bienestar físico, psicológico y el manejo de sus estados de indefensión, así como otros elementos del área cognitiva, afectiva, motivacional, sexual, interpersonal, intrapersonal, somática y conductual. (Anexo 11)

**Finalización y clausura del equipo terapéutico:** en esta parte se aplica el post-test de las escalas e inventario, para verificar la efectividad del programa, posteriormente la evaluación de la escala de avance para verificar si los efectos de la IA se mantuvieron o

disminuyeron. Se aplica una hoja de valoración personal sobre la utilidad de dicho programa y a su vez expresar sugerencias y nivel de efectividad del mismo.

### **Fase III Cierre de proceso**

**Procesamiento y análisis de resultados:** se realizó una comparación entre pre-test y post-test de las escalas e inventario, para corroborar las mejoras significativas en los participantes de los grupos psicoterapéuticos.

**Presentación pública de resultados a la institución:** al finalizar el proceso se presentó a las autoridades de la ATPAM y participantes del programa, los resultados obtenidos durante el proceso psicoterapéutico, y luego se les entregó un diploma de participación.

## **4.5.PRESUPUESTO**

El presupuesto aproximado para el estudio es el siguiente:

<b>Rubro</b>	<b>Monto</b>
<b>Transporte</b>	\$ 150. <sup>00</sup>
<b>Papelería</b>	\$ 65. <sup>00</sup>
<b>Material tecnológico</b>	\$ 320. <sup>00</sup>
<b>Viáticos</b>	\$ 660. <sup>00</sup>
<b>Total</b>	\$1,195. <sup>00</sup>



#### 4.6. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES<sup>4</sup>

ACTIVIDAD	MES	JUL			AGO			SEP				OCT				NOV				DIC		ENE		FEB				
		2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	
<b>FASE I PLANEACIÓN</b>																												
Aprobación de tema de investigación y asignación de asesora de tesis																												
Reunión con asesora de proyecto de investigación																												
Planeación y construcción de perfil de proyecto																												
Contacto con Asociación de Personas Adulto Mayor																												
Presentación y aprobación de perfil elaborado																												
Validación de instrumentos de recolección de datos																												
<b>FASE II APLICACIÓN</b>																												
Sesión de promoción con grupos psicoterapéuticos																												
Socialización de jornadas con asesora de proyecto																												
Aplicación de pretes																												
Sesiones de sondeo de necesidades																												
Ejecución de programa de intervención																												
Aplicación de postest																												
Sistematización de resultados																												
<b>FASE III RESULTADOS</b>																												
Elaboración de informe final																												
Presentación de informe final																												

<sup>4</sup> Sujeto a cambios en base a las necesidades de la población y requerimientos exigidos por la institución.

## 5. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

El presente apartado está referido a los resultados obtenidos durante la aplicación del programa “**Nuestro cambio, para cambiar al mundo**”, que fue aplicado a lideresas y miembros de la ATPAM ubicado en Santa Tecla, La Libertad. Este se orientó a disminuir las actitudes negativas características de la indefensión aprendida y generar, o bien reforzar actitudes de afrontamiento hacia la misma, a través de TBCS-CC.

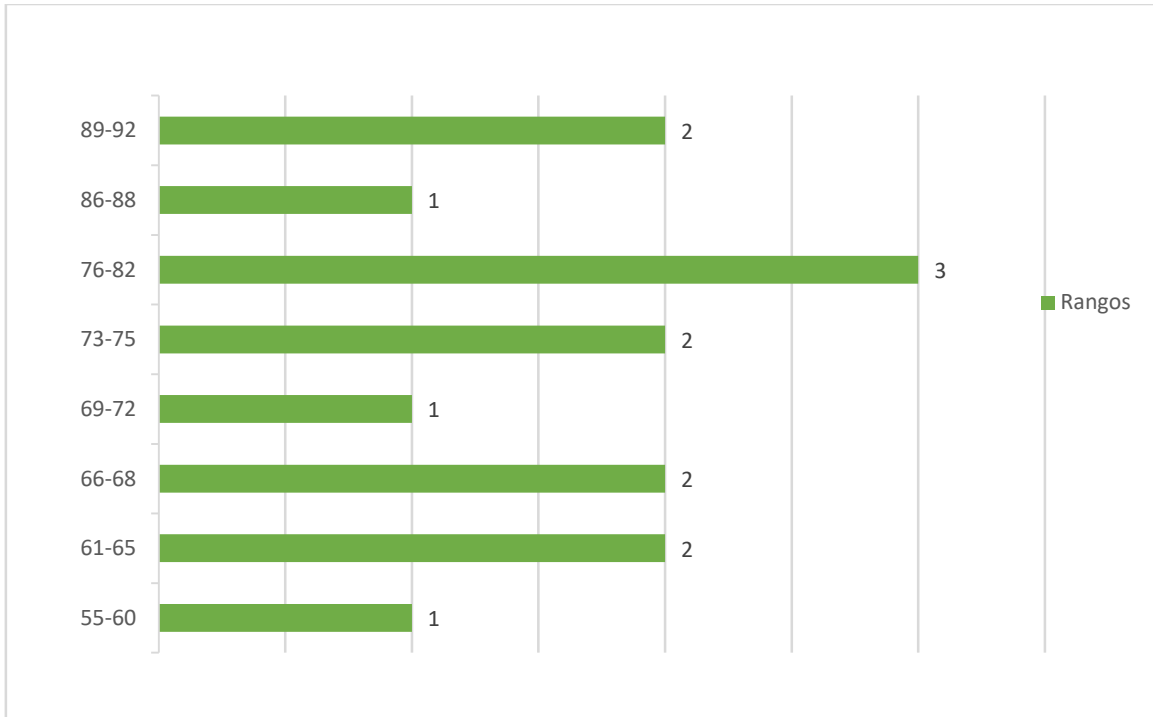
Además, se presenta la interpretación de los datos obtenidos a lo largo de 12 sesiones que comprenden, una evaluación diagnóstica pretratamiento, 10 sesiones de intervención y una evaluación postratamiento, aplicado tanto a miembros comunes quienes no tenían responsabilidad o cargo de dirección dentro de la asociación, como a las lideresas quienes en su mayoría tenían responsabilidad de atender y dirigir y grupos sectoriales y comunitarios. Aclaremos que no es un estudio comparativo ya que, por disposiciones de la institución fueron atendiendo dos grupos por separado en función del uso del local y el tiempo disponible para las participantes lo que permitió brindar una mejor intervención en ambos grupos los cuales poseían características propias que enriquecieron el proceso de investigación.

El total de la población perteneciente a la organización es de 125 miembros, tomándose como muestra 21 participantes, de las cuales 20 son mujeres y un hombre.

Para una mejor apreciación, se muestran a continuación los resultados obtenidos de las pruebas aplicadas al inicio y al final del programa, las cuales fueron: EAIA para Personas Adultos Mayores, EDZ, BAI y EAR.

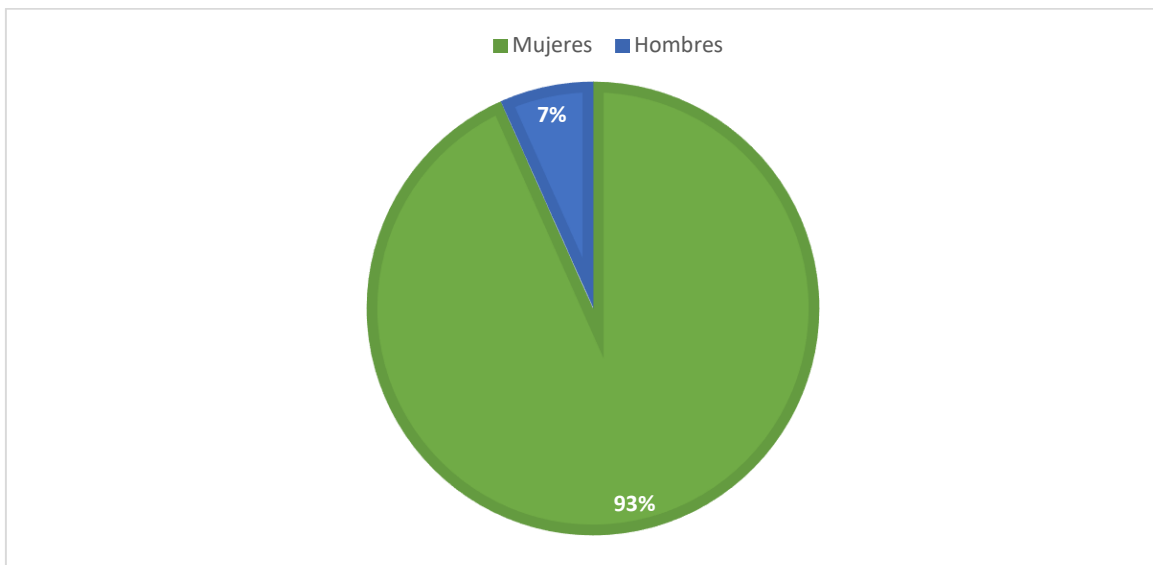
Dichos resultados a continuación son expresados de forma gráfica y a través de tablas de comparación pre y postest, desarrollados en Microsoft Excel 2013.

## 5.1. TABLAS Y GRÁFICOS DE RESULTADOS DE PRUEBAS DE GRUPO 01



**GRÁFICO 1: RANGOS DE EDADES DE LOS PARTICIPANTES (GRUPO 1)**

**Descripción:** En este gráfico se muestran los rangos de edades de los participantes Adultos Mayores del proceso psicoterapéutico donde la participante de menor edad era de 55 años y la de mayor edad era de 92 años.



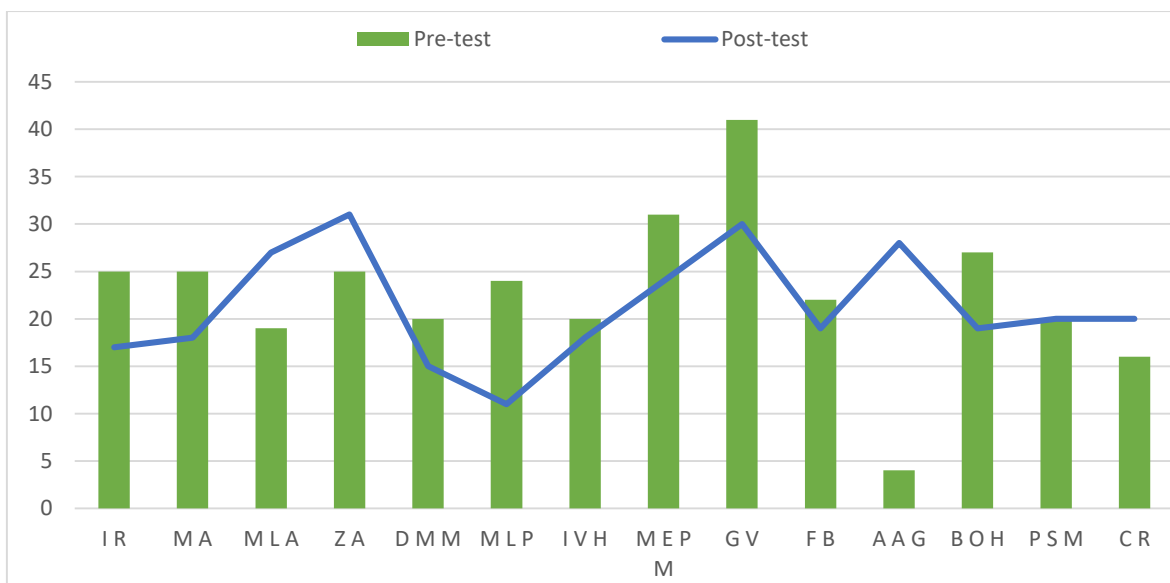
**GRÁFICO 2: SEXO DE LOS PARTICIPANTES (GRUPO 1)**

**Descripción:** El presente gráfico muestra el sexo de los participantes. 93 % son mujeres mientras que el 7% de los participantes son hombres. (Correspondiente a un solo hombre en el grupo)

**TABLA 1: ESCALA DE ACTITUDES HACIA LA INDEFENSIÓN APRENDIDA PARA ADULTOS MAYORES (EAIA) GRUPO 01**

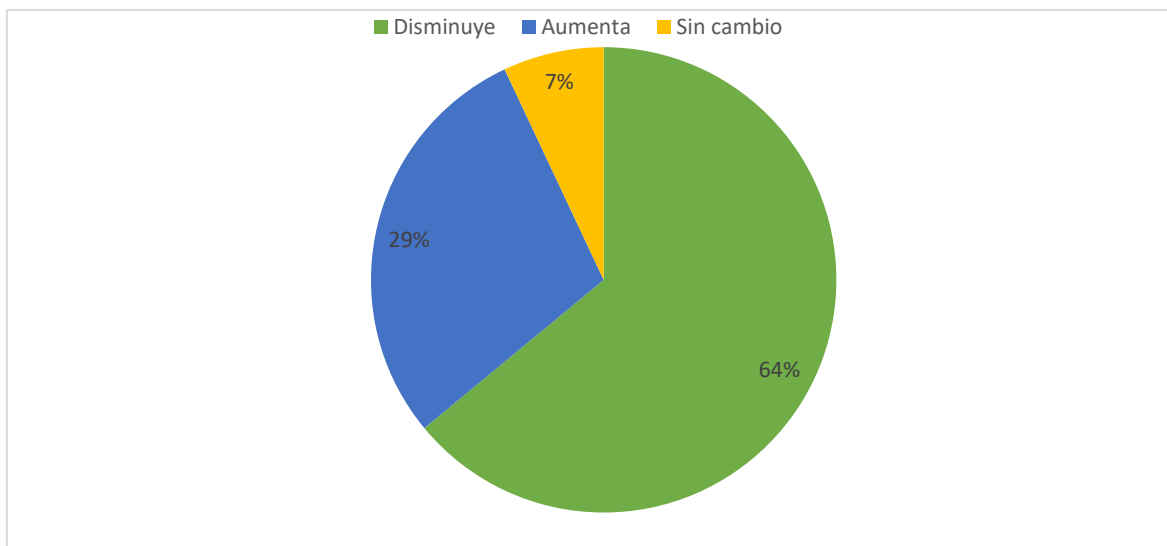
N°	Nombre	Pretest	Postest	Diferencia entre aplicación inicial y final
1	IR	25	17	Disminuyó 8 puntos
2	MA	25	18	Disminuyó 7 puntos
3	MLA	19	27	Aumentó 8 puntos
4	ZA	25	31	Aumentó 6 puntos
5	DMM	20	15	Disminuyó 5 puntos
6	MLP	24	11	Disminuyó 13 puntos
7	IVH	20	18	Disminuyó 2 puntos
8	MEPM	31	24	Disminuyó 7 puntos
9	GV	41	30	Disminuyó 11 puntos
10	FB	22	19	Disminuyó 3 puntos
11	AAG	4	28	Aumentó 24 puntos
12	BOH	27	19	Disminuyó 8 puntos
13	PSM	20	20	Mantiene el puntaje
14	CR	16	20	Aumentó 4 puntos

**Descripción:** En la presente tabla se muestran los resultados pre y post de la EAIA y el puntaje de mantenimiento, disminución o aumento después del tratamiento.



**GRÁFICO 3: ESCALA DE ACTITUDES HACIA LA INDEFENSIÓN APRENDIDA PARA ADULTOS MAYORES. (GRUPO 01)**

**Descripción:** Se presentan los resultados pretest en barras verdes y post test en una línea azul de la EAIA del grupo 01, en el cual nueve participantes presentan disminución en sus niveles de IA. Mientras que una participante mantuvo sus niveles de indefensión y cuatro participantes incrementaron sus niveles de indefensión.



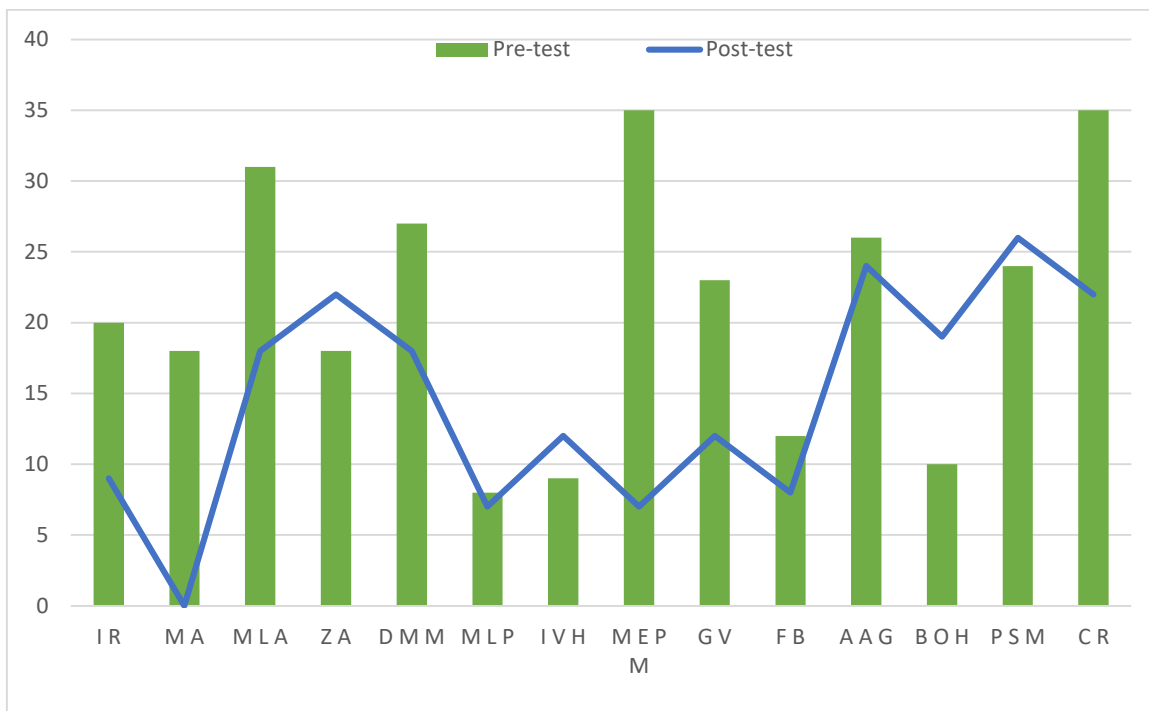
**GRÁFICO 4: ESCALA DE ACTITUDES HACIA LA INDEFENSIÓN APRENDIDA PARA ADULTOS MAYORES. (GRUPO 1)**

**Descripción:** Este gráfico muestra los resultados obtenidos al iniciar y finalizar el programa. Donde se observa un cambio favorable en las actitudes positivas de afrontamiento hacia la IA, en un 64% de los participantes del grupo 01 disminuyó su tendencia a experimentar IA entre dos y 13 puntos, mientras que un 29% de los participantes aumentó la tendencia a sufrir de IA entre cuatro y 24 puntos y solo en un 7% de las participantes la tendencia se mantiene.

**TABLA 2: ESCALA DE ANSIEDAD DE BECK (BAI) GRUPO 01**

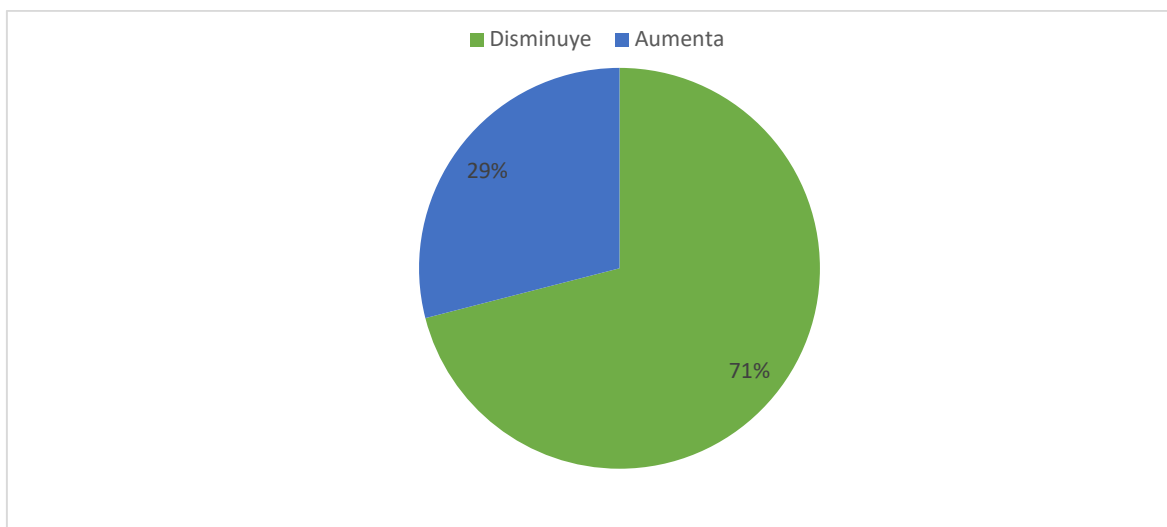
N°	Nombre	Pretest	Posttest	Diferencia entre aplicación inicial y final
1	IR	20	9	Disminuyó 11 puntos
2	MA	18	0	Disminuyó 18 puntos
3	MLA	31	18	Disminuyó 13 puntos
4	ZA	18	22	Aumentó 4 puntos
5	DMM	27	18	Disminuyó 9 puntos
6	MLP	8	7	Disminuyó 1 punto
7	IVH	9	12	Aumentó 3 puntos
8	MEPM	35	7	Disminuyó 28 puntos
9	GV	23	12	Disminuyó 11 puntos
10	FB	12	8	Disminuyó 4 puntos
11	AA G	26	24	Disminuyó 2 puntos
12	BOH	10	19	Aumentó 9 puntos
13	PSM	24	26	Aumentó 2 puntos
14	CR	35	22	Disminuyó 13 puntos

**Descripción:** Tabla de resultados pre y post del inventarió BAI, muestra las puntuaciones obtenidas de disminución o aumento en la ansiedad de las participantes.



**GRÁFICO 5: INVENTARIO BAI (GRUPO 1)**

**Descripción:** Se pueden observar los resultados pre test en barras verdes y post test en una línea azul del BAI del grupo 01, en el cual se aprecia que 10 participantes disminuyeron sus niveles de ansiedad y en el postest cuatro participantes incrementaron sus niveles de ansiedad, logrando cambios significativos de reducción en los niveles de ansiedad en algunos casos llegando a puntuar cero y en otros disminuyendo de dos a 18 puntos.



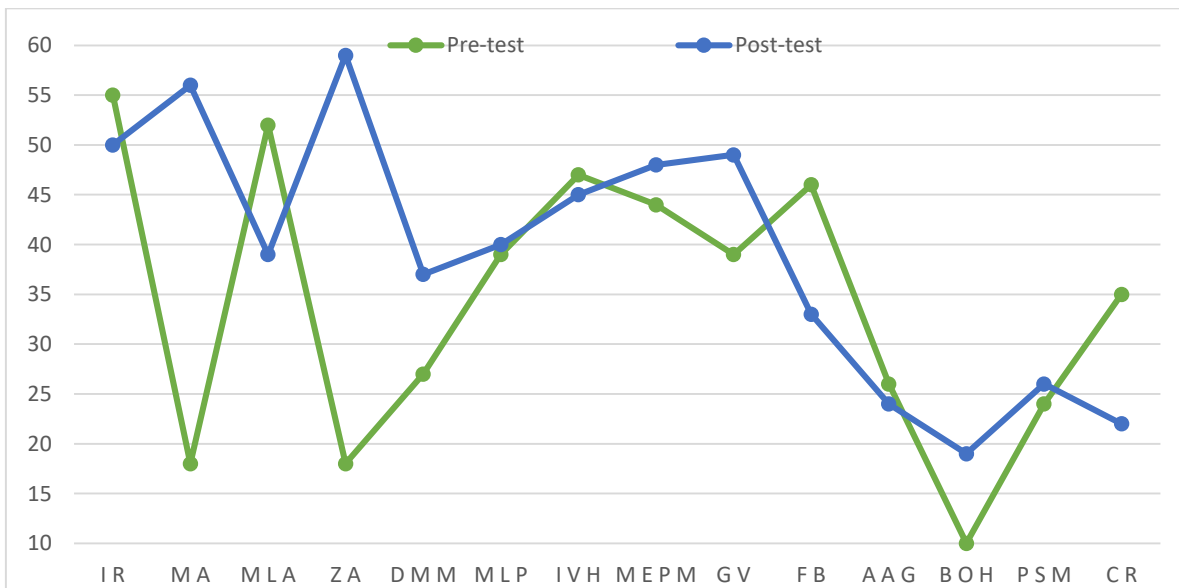
**GRÁFICO 6: INVENTARIO BAI (GRUPO 1)**

**Descripción:** Los resultados obtenidos en esta área muestran una notable mejoría en la disminución de los signos y síntomas de la ansiedad que oscila entre los 2 y los 28 puntos en un 71% de los participantes; no así en el 29% de los participantes quienes mostraron un aumento en los signos y síntomas de ansiedad que van desde los 2 hasta los 9 puntos.

**TABLA 3: ESCALA DE DEPRESIÓN DE ZUNG (EDZ) GRUPO 01**

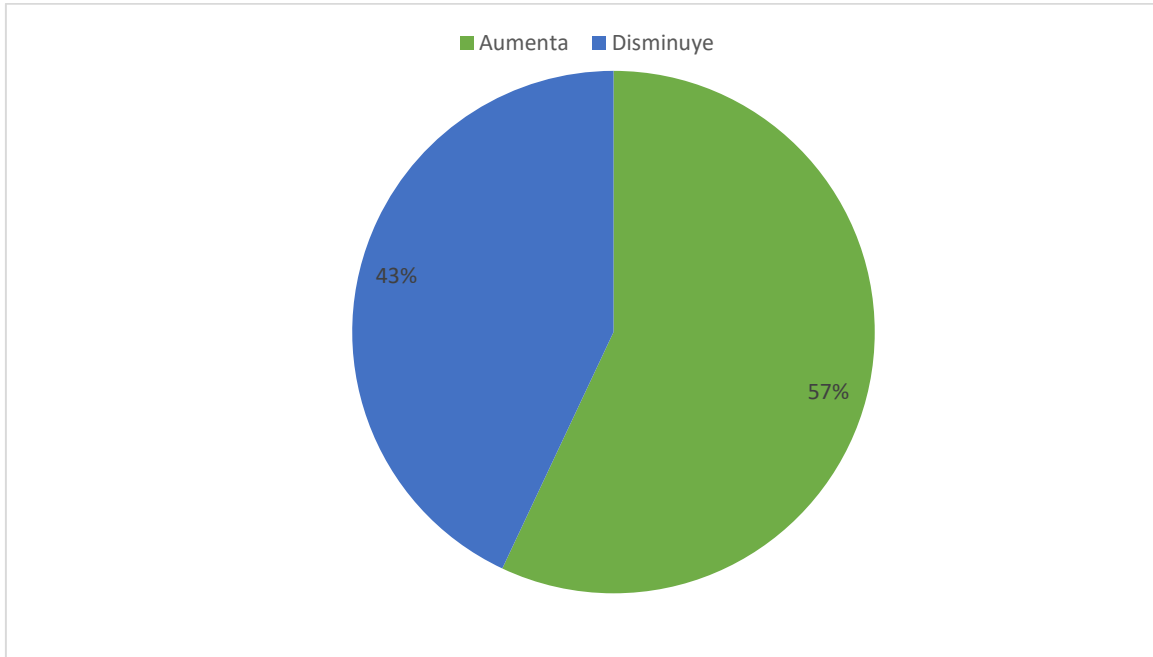
N°	Nombre	Pretest	Postest	Diferencia entre aplicación inicial y final
1	IR	55	50	Disminuyó 5 puntos
2	MA	18	56	Aumentó 38 puntos
3	MLA	52	39	Disminuyó 13 puntos
4	ZA	18	59	Aumentó 41 puntos
5	DMM	27	37	Aumentó 10 puntos
6	MLP	39	40	Aumentó 1 punto
7	IVH	47	45	Disminuyó 2 puntos
8	MEPM	44	48	Aumentó 4 puntos
9	GV	39	49	Aumentó 10 puntos
10	FB	46	33	Disminuyó 13 puntos
11	AAG	26	24	Disminuyó 2 puntos
12	BOH	10	19	Aumentó 9 puntos
13	PSM	24	26	Aumentó 2 puntos
14	CR	35	22	Disminuyó 13 puntos

**Descripción:** Tabla de resultados pre y post de la EDZ, muestra las puntuaciones obtenidas de disminución o aumento en los síntomas de depresión de las participantes del programa.



**GRÁFICO 7: ESCALA ZUNG (GRUPO 1)**

**Descripción:** Los resultados pretest en la línea verde y post test en la línea azul de la EDZ del grupo 01, muestran la disminución de los niveles de depresión en seis participantes y ocho participantes un incremento en los síntomas de depresión posterior al tratamiento.



**GRÁFICO 8: ESCALA ZUNG (GRUPO 1)**

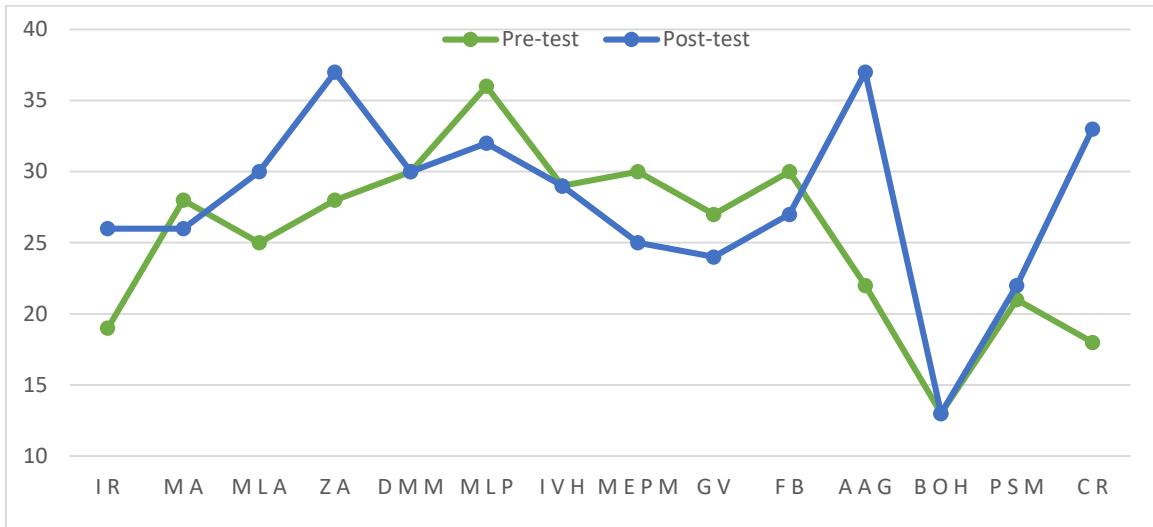
**Descripción:** Se puede observar que un 43% de los participantes disminuyó los signos y síntomas de la depresión entre 2 y 13 puntos, mientras que un 57% de los participantes mostró un aumento de los síntomas de la depresión entre 1 y 41 puntos.

**TABLA 4: ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSEMBERG (EAR) GRUPO 01**

N°	Nombre	Pretest	Postest	Diferencia entre aplicación inicial y final
1	IR	19	26	Aumentó 7 puntos
2	MA	28	26	Disminuyó 2 puntos
3	MLA	25	30	Aumentó 5 puntos
4	ZA	28	37	Aumentó 9 puntos
5	DMM	30	30	Mantiene el puntaje
6	MLP	36	32	Disminuyó 4 puntos
7	IVH	29	29	Mantiene el puntaje
8	MEPM	30	25	Disminuyó 5 puntos
9	GV	27	24	Disminuyó 3 puntos
10	FB	30	27	Disminuyó 3 puntos
11	AA G	22	37	Aumentó 15 puntos
12	BOH	13	13	Mantiene el puntaje
13	PSM	21	22	Aumentó 1 punto
14	CR	18	33	Aumentó 15 puntos

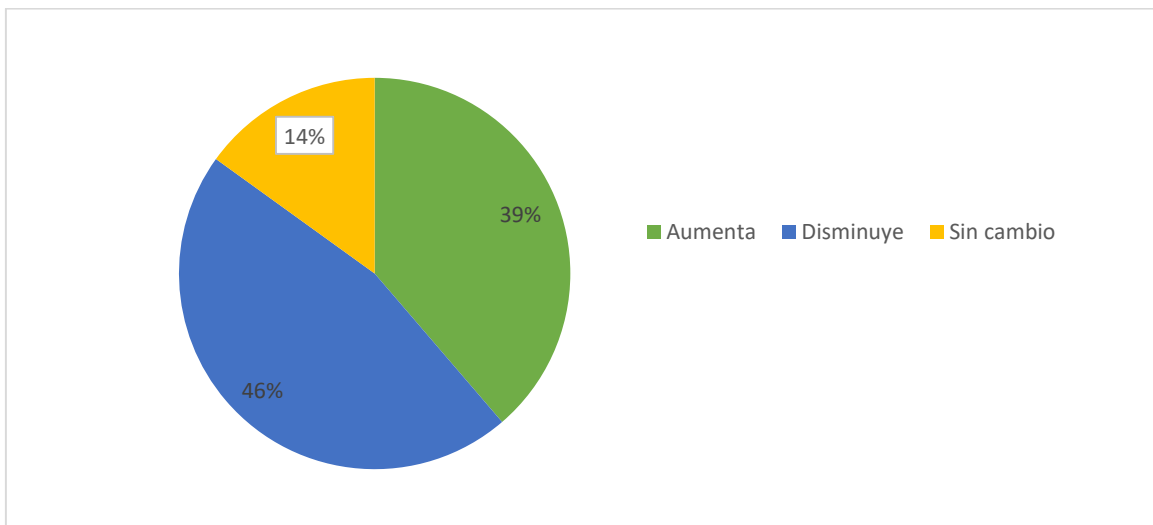
**Descripción:** A continuación, se presentan las puntuaciones directas pre y post de la EAR del grupo 01, observando la disminución o aumento en la percepción de autoestima de las participantes del programa.





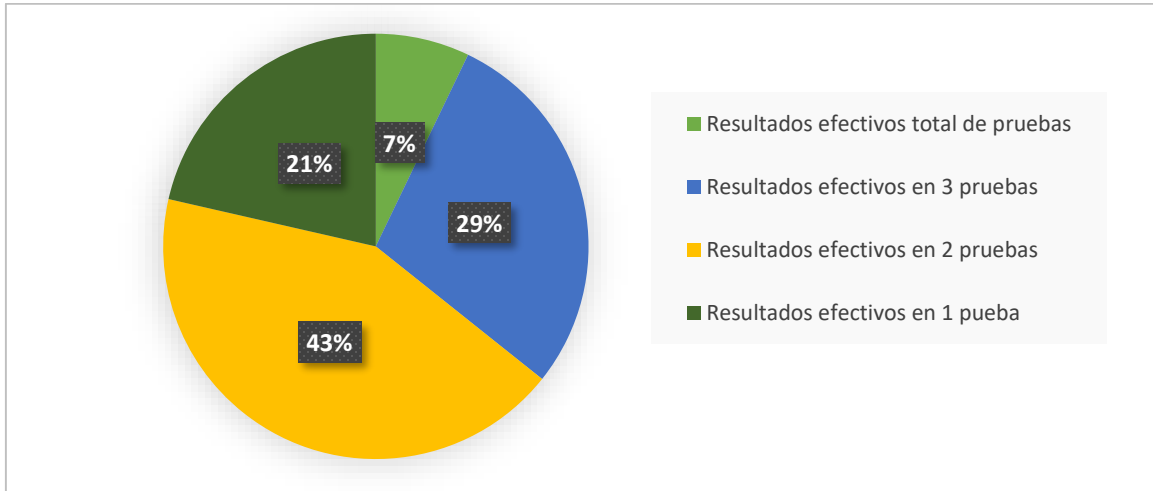
**GRÁFICO 9: ESCALA ROSEMBERG (GRUPO 1)**

**Descripción:** Resultados pre test en línea verde y post test en línea azul de la escala presentan un incremento en la autoestima en cinco personas; dos personas que mantienen sus niveles de autoestima y seis personas que disminuyeron su autoestima. Notando cambios significativos de aumento en los niveles de autoestima en algunos casos llegando incrementar de uno a de 15 puntos.



**GRÁFICO 10: ESCALA ROSEMBERG (GRUPO 1)**

**Descripción:** En la EAR, se observa que un 39% de los participantes al finalizar el programa mostraron una mejoría en su autoestima de uno a 15 puntos, mientras que un 46% de los participantes mostró una disminución en su autoestima de dos a cinco puntos y el 14% de los participantes mantuvo su puntuación respecto a la prueba de entrada.



**GRÁFICO 11: EFECTIVIDAD DEL PROGRAMA SEGÚN PRUEBAS**

**Descripción:** El gráfico muestra el porcentaje de población a la cual el programa psicoterapéutico grupal centrado en soluciones-cognitivo conductual, resultado efectivo mostrando cambios en la reducción de síntomas de Indefensión y generación o fortalecimiento de actitudes de afrontamiento a la misma, por lo que un 7% de los participantes al finalizar el programa mostraron una mejoría en todas las pruebas, un 29% de los participantes mostraron mejora en tres de las cuatro pruebas, el 43% de los participantes lo manifestó en dos pruebas y un 21% solo mostraron mejora en una de las pruebas.



**GRÁFICO 12: CUMPLIMIENTO DE TAREAS. (GRUPO 1)**

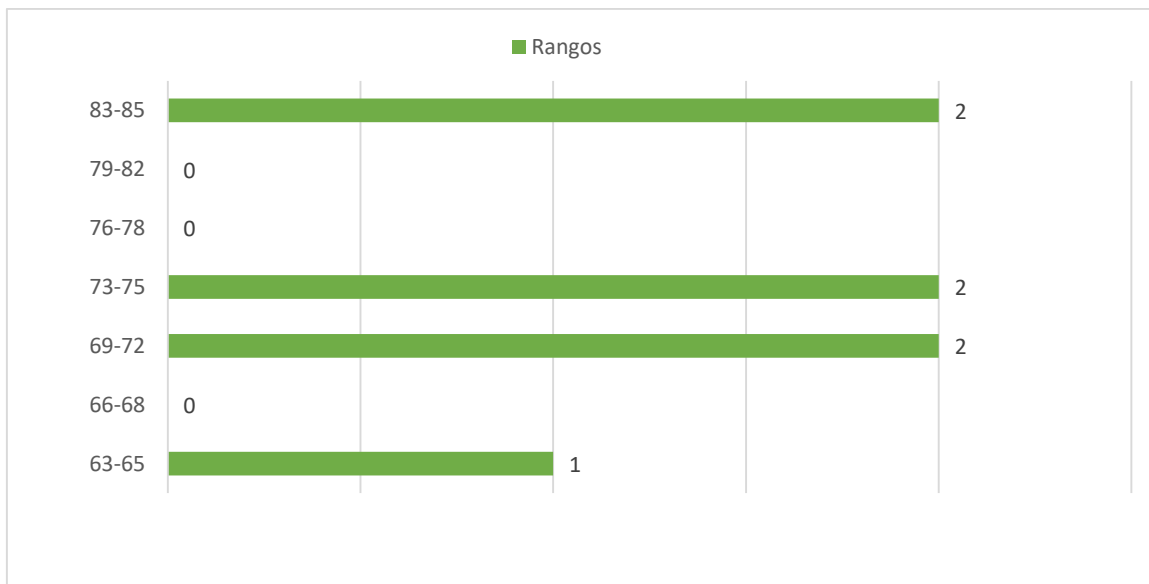
**Descripción:** El presente gráfico muestra el número de tareas realizadas durante el proceso psicoterapéutico (Un total de 8 tareas) revelando que en su mayoría presentaron las tareas asignadas, pero solamente tres participantes las cumplieron en su totalidad, mientras que tres participantes no desarrollaron ninguna de las tareas.

**TABLA 5: ESCALA DE AVANCE OBJETIVO GRUPO 01**

N°	Nombre	Pretest	Postest	Diferencia entre aplicación inicial y final
1	IR	6.33	8	Aumentó 1.67 puntos
2	MA	5.5	9	Aumentó 3.5 puntos
3	MLA	5.33	8.67	Aumentó 2.33 puntos
4	ZA	6.67	9	Aumentó 2.33 puntos
5	DMM	5	7	Aumentó 2 puntos
6	MLP	7.5	8.5	Aumentó 1 puntos
7	IVH	5.5	7	Aumentó 1.5 puntos
8	MEPM	3.5	6.25	Aumentó 2.75 puntos
9	GV	6.67	7.33	Aumentó 0.66 puntos
10	FB	5.67	6.33	Aumentó 0.66 puntos
11	AA G	5.33	6.33	Aumentó 1 punto
12	BOH	8	9.33	Aumentó 1.33 puntos
13	PSM	2.5	4.5	Aumentó 2 puntos
14	CR	1	10	Aumentó 9 puntos

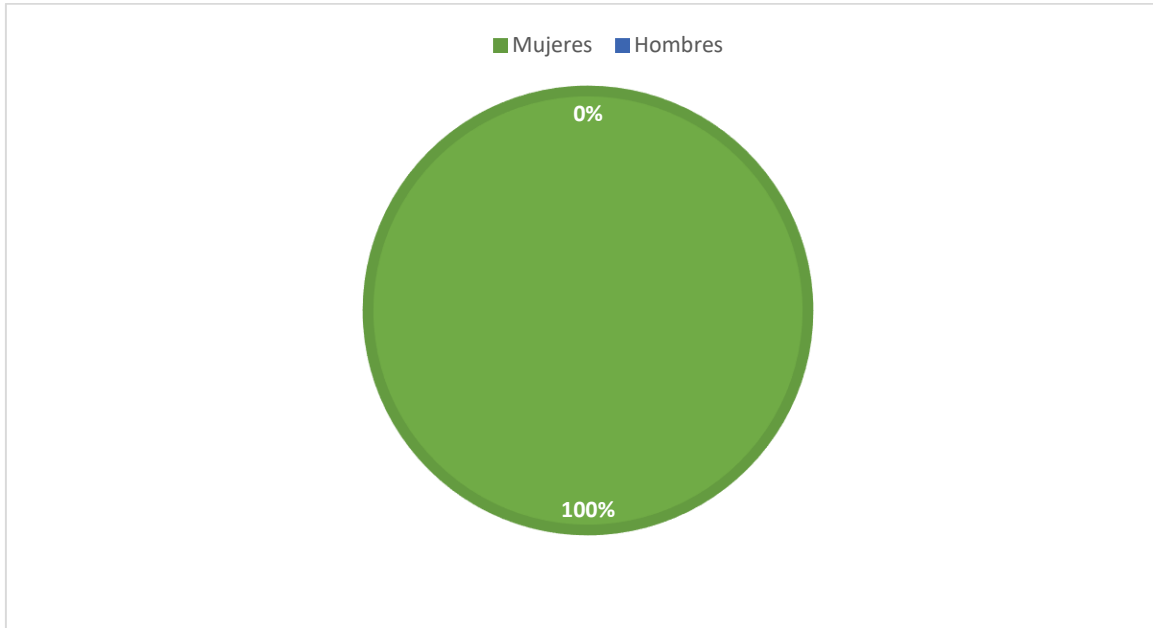
**Descripción:** En la presente tabla se muestran los resultados pre y pos de la Escala Avance-Objetivo que son evaluaciones subjetivas de los problemas planteados por las participantes al inicio del programa los cuales se fueron percibiendo como resueltos en algún grado o su totalidad al finalizar el programa mostrando puntajes de aumento en la resolución de sus metas terapéuticas en un 100% del grupo 01.

## 5.2. TABLAS Y GRÁFICOS DE RESULTADOS DE PRUEBAS GRUPO 02



**GRÁFICO 13: RANGOS DE EDADES DE LOS PARTICIPANTES (GRUPO 2)**

**Descripción:** En este gráfico se aprecian los rangos de edades de los participantes Adultos mayores del grupo 02, donde la participante de menor edad era de 63 años y la de mayor edad era de 85 años.



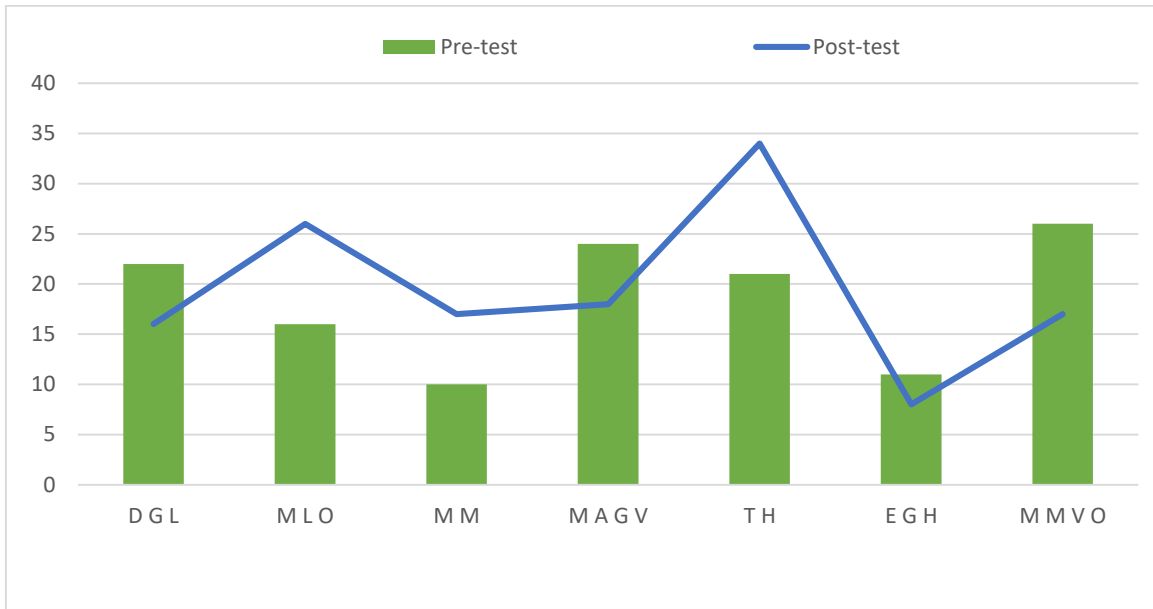
**GRÁFICO 14: SEXO DE LOS PARTICIPANTES (GRUPO 2)**

**Descripción:** Este gráfico presenta el sexo de los participantes del grupo 2, el 100% de los participantes son mujeres.

**TABLA 6: ESCALA DE INDEFENSIÓN APRENDIDA PARA ADULTOS MAYORES (EAIA) GRUPO 02**

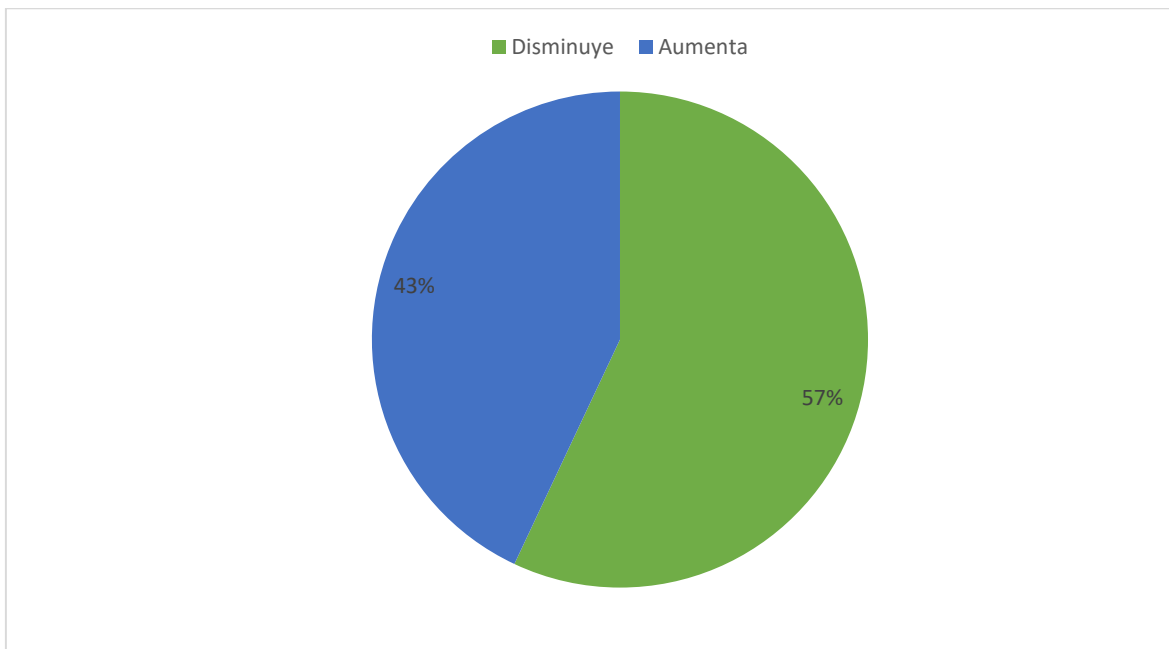
N°	Nombre	Pretest	Postest	Diferencia ente prueba inicial y final
1	D G L	22	16	Disminuyó 6 puntos
2	M L O	16	26	Aumentó 10 puntos
3	M M	10	17	Aumentó 7 puntos
4	M A G V	24	18	Disminuyó 6 puntos
5	T H	21	34	Aumentó 13 puntos
6	E G H	11	8	Disminuyó 3 puntos
7	M M V O	26	17	Disminuyó 9 puntos

**Descripción:** Se muestran los resultados pre y post de la EAIA, así como el puntaje de disminución o aumento después del programa.



**GRÁFICO 15: ESCALA DE ACTITUDES HACIA LA INDEFENSIÓN APRENDIDA EN ADULTOS MAYORES (GRUPO 2)**

**Descripción:** Las barras verdes hacen referencia a los resultados pretest y la línea azul los posttest de la EAIA, en el cual se observa que hubo una disminución en la predisposición de actitudes relacionadas a la indefensión en cuatro participantes y aumentó en tres, siendo el aumento más destacable en 13 puntos.



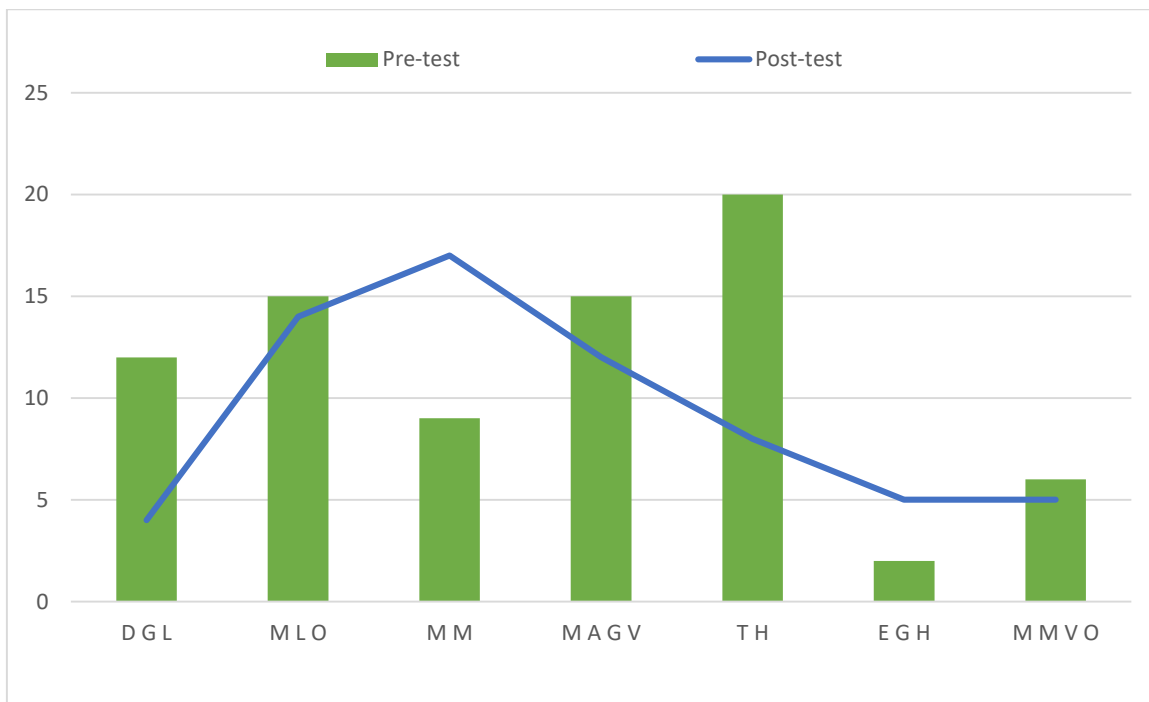
**GRÁFICO 16: ESCALA DE ACTITUDES HACIA LA INDEFENSIÓN APRENDIDA EN ADULTOS MAYORES (GRUPO 2)**

**Descripción:** Para la EAIA, el 57% de las participantes disminuyeron entre 3 y 9 puntos la predisposición a actitudes relacionadas con la IA al término del programa, mientras que un 43% de los participantes registró un aumento entre 7 y 13 puntos su tendencia hacia la IA.

**TABLA 7: INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK (BAI) GRUPO 02**

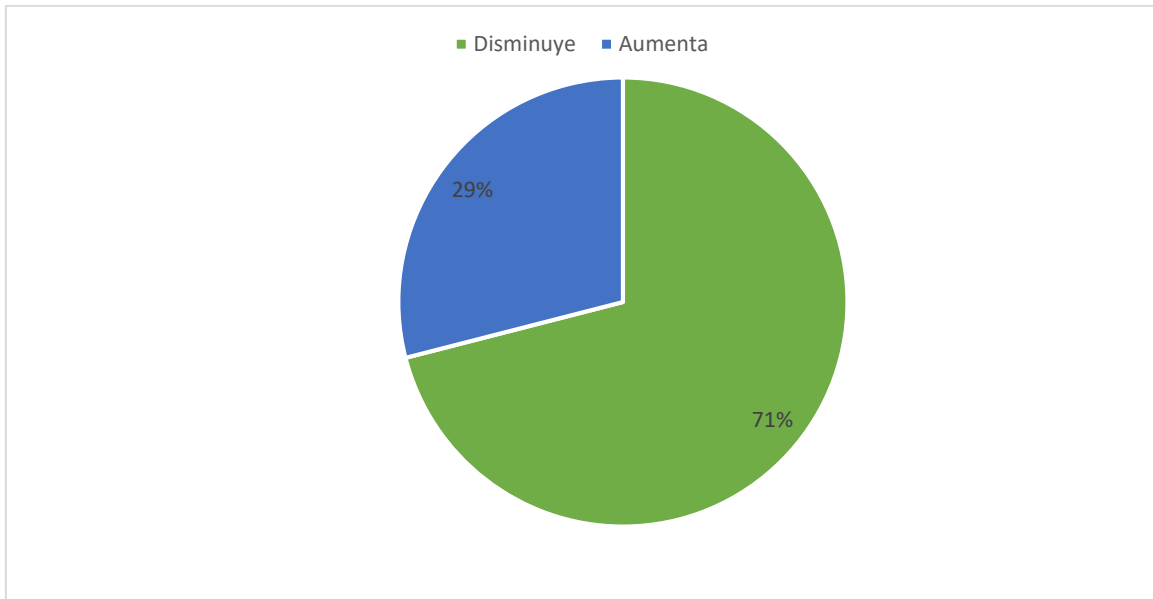
N°	Nombre	Pretest	Postest	Diferencia ente prueba inicial y final
1	D G L	12	4	Disminuyó 8 puntos
2	M L O	15	14	Disminuyó 1 punto
3	M M	9	17	Aumentó 8 puntos
4	M A G V	15	12	Disminuyó 3 puntos
5	T H	20	8	Disminuyó 12 puntos
6	E G H	2	5	Aumentó 3 puntos
7	M M V O	6	5	Disminuyó 1 punto

**Descripción:** Esta tabla expone las puntuaciones obtenidas en las pruebas pre y postratamiento del BAI y el puntaje de disminución o aumento posterior al programa según corresponda.



**GRÁFICO 17: INVENTARIO BAI (GRUPO 2)**

**Descripción:** En el gráfico se observan los resultados pretest en barras verdes, mientras que la línea azul, indica los resultados posttest. Se aprecia una disminución en la sintomatología ansiógena en cinco participantes. Destacando la disminución de 12 puntos en una de ellas. Solamente dos participantes aumentaron esta sintomatología, siendo el mayor aumento de ocho puntos.



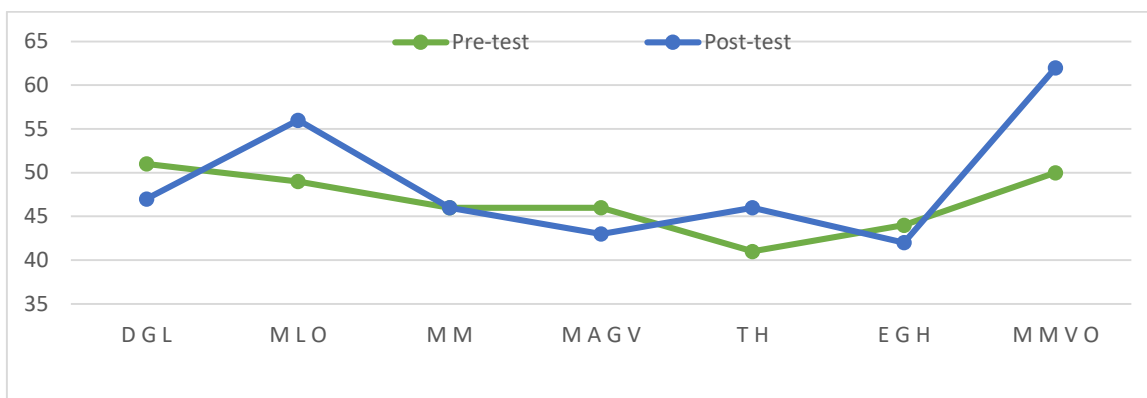
**GRÁFICO 18: INVENTARIO BAI (GRUPO 2)**

**Descripción:** Los resultados obtenidos en la escala de Ansiedad de BAI indican que al final del programa, el 71% de los participantes disminuyó los signos y síntomas de ansiedad entre 1 y 12 puntos, mientras que un 29% de los participantes aumentó sus síntomas y signos de ansiedad entre 3 y 8 puntos respecto a la prueba de entrada.

**TABLA 8: ESCALA DE DEPRESIÓN DE ZUNG (EDZ) GRUPO 02**

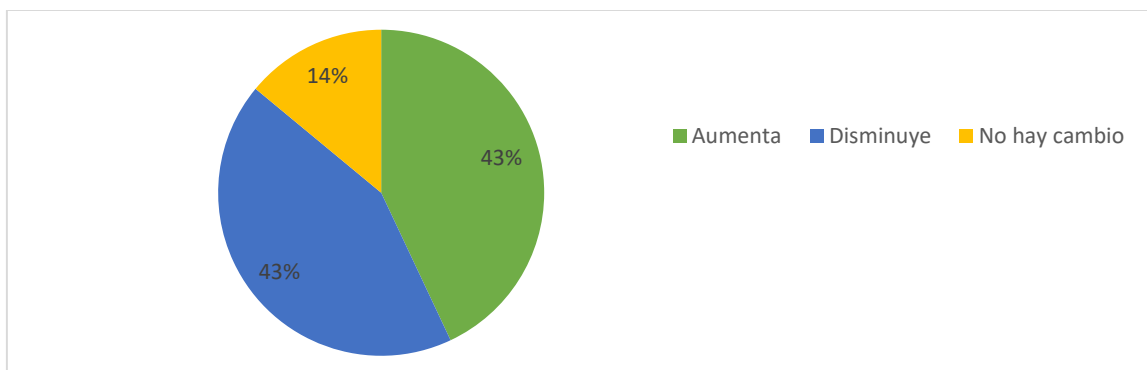
N°	Nombre	Pretest	Postest	Diferencia ente prueba inicial y final
1	D G L	51	47	Disminuyó 4 puntos
2	M L O	49	56	Aumentó 7 puntos
3	M M	46	46	Se mantiene el puntaje
4	M A G V	46	43	Disminuyó 3 puntos
5	T H	41	46	Aumentó 5 puntos
6	E G H	44	42	Disminuyó 2 puntos
7	M M V O	50	62	Aumento 12 puntos

**Descripción:** Se muestran las puntuaciones directas obtenidas en las pruebas pre y postest de la EDZ, así como los puntos de mantenimiento, disminución o aumento de la sintomatología relacionada a la depresión después del programa.



**GRÁFICO 19: ESCALA ZUNG (GRUPO 2)**

**Descripción:** La línea verde indica la puntuación pretest y la línea azul, la puntuación postest para la EDZ. En estas se observa que existe una disminución de síntomas y signos relacionados a la depresión en tres participantes. Igualmente, se da un aumento en tres participantes y solo una participante mantiene la puntuación respecto a la prueba de entrada.



**GRÁFICO 20: ESCALA ZUNG (GRUPO 2)**

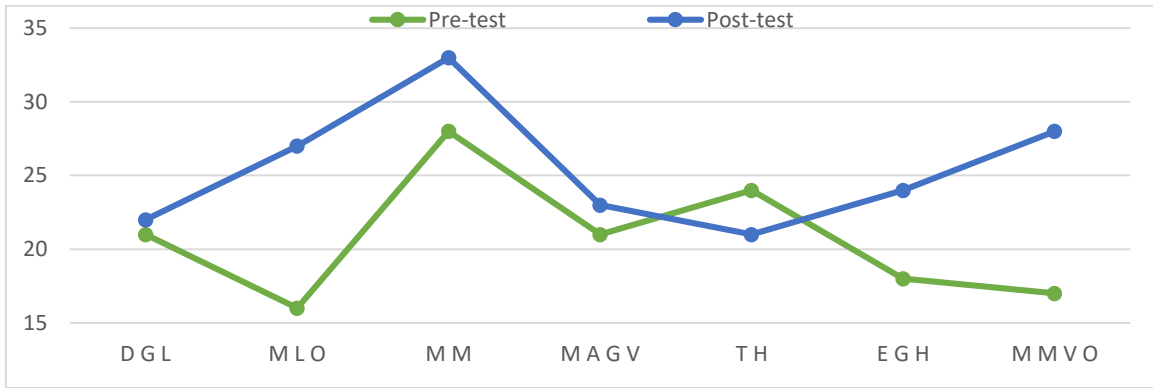
**Descripción:** La gráfica permite apreciar los resultados en la EDZ. Esto se interpreta que en el 43% de las participantes hubo una disminución entre 2 y 4 puntos de la sintomatología depresiva, depresión, así como en el otro 43% de los participantes que registra un aumento que oscila entre 5 y 12 puntos y el 14%, equivalente a una participante, mantuvo la puntuación obtenida en el pre y postest. Esto que sugiere que no hubo cambios en este aspecto una vez finalizado el programa y que es probable que sea necesario un seguimiento individual a las problemáticas de la participante.

**TABLA 9: ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSEMBERG (EAR) GRUPO 02**

N°	Nombre	Pretest	Postest	Diferencia ente prueba inicial y final
1	DGL	21	22	Aumentó 1 punto
2	MLO	16	27	Aumentó 11 puntos
3	MM	28	33	Aumentó 5 puntos
4	MAGV	21	23	Aumentó 2 puntos
5	TH	24	21	Disminuyó 3 puntos
6	EGH	18	24	Aumentó 6 puntos
7	MMVO	17	28	Aumentó 11 puntos

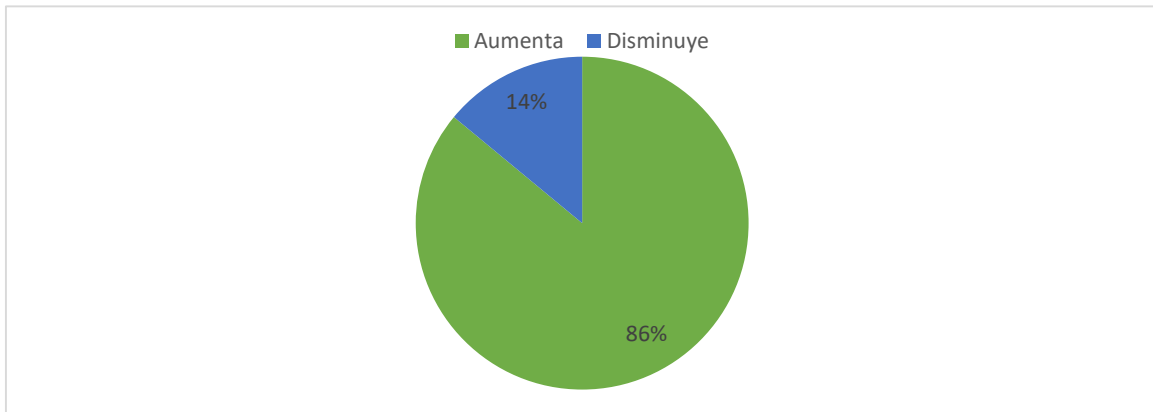
**Descripción:** Se presentan los puntajes registrados en las pruebas pre y postest de la EAR y su disminución o aumento respecto a la prueba de entrada al finalizar el proceso.





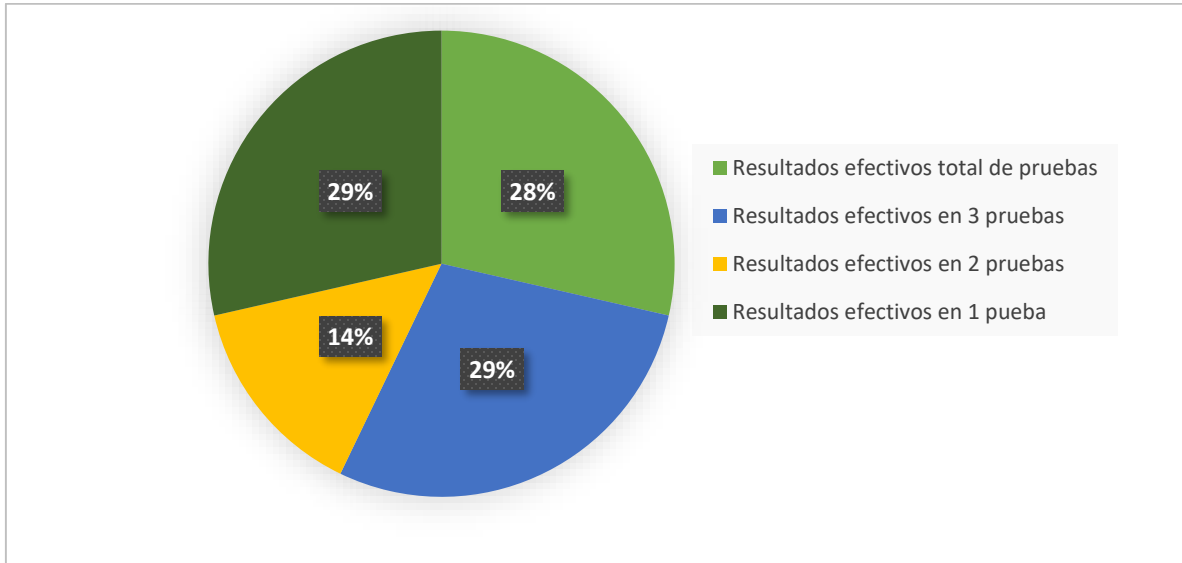
**GRÁFICO 21: ESCALA ROSEMBERG (GRUPO 2)**

**Descripción:** Se aprecian los resultados de las pruebas pretest en línea verde, y los resultados posttest con la línea azul. La lectura indica que hubo un aumento en la autoestima de las participantes, donde dos de ellas tuvo un incremento de 11 puntos y solo una participante tuvo una disminución, la cual fue de tres puntos en comparación a la prueba inicial. En este aspecto es donde se registran más cambios favorables en este grupo.



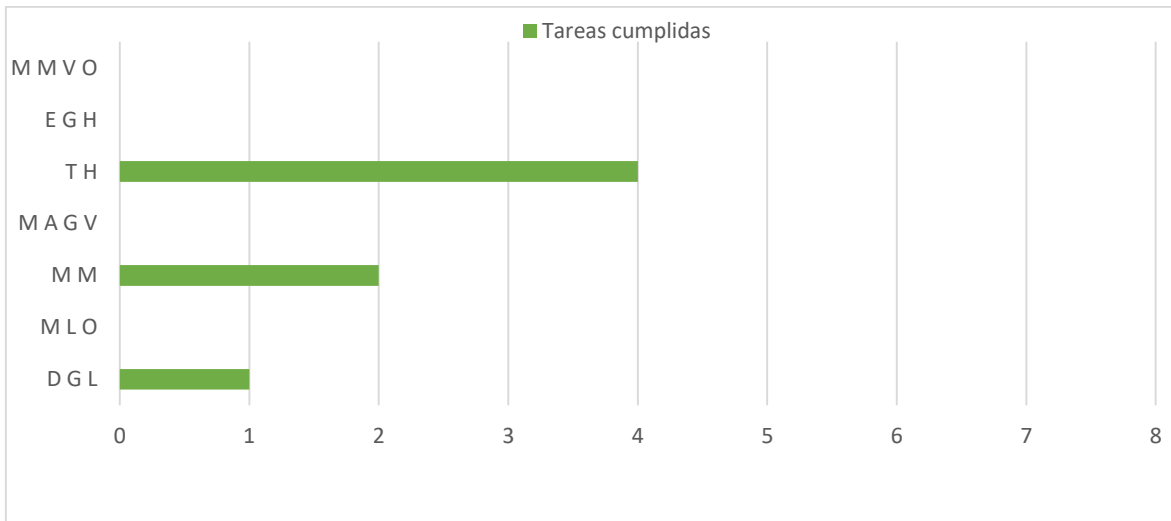
**GRÁFICO 22: ESCALA ROSEMBERG (GRUPO 2)**

**Descripción:** Los resultados de la EAR indican que un 86% de las participantes fortaleció su autoestima entre 1 y 11 puntos, mientras que un 14 % de las participantes disminuyó su autoestima 3 puntos al momento de finalizar el programa.



**GRÁFICO 23: EFECTIVIDAD DEL PROGRAMA SEGÚN PRUEBAS**

**Descripción:** Los porcentajes de población a la cual el programa psicoterapéutico grupal centrado en soluciones-cognitivo conductual ha resultado efectivo, muestra los cambios en la reducción de síntomas de Indefensión y generación o fortalecimiento de actitudes de afrontamiento a la misma, por lo que un 28% de los participantes al finalizar el programa mostraron una mejoría en todas las pruebas, un 29% de los participantes mostró mejora en tres de las cuatro pruebas, el 14% de los participantes lo manifestó en dos pruebas y un 29% solo mostro mejora en una de las pruebas. Esto indica que existen áreas como autoestima (EAR) o indefensión donde se registraron más cambios y áreas como la ansiedad o depresión, se registraron menos cambios respecto a comparación de la prueba de entrada.



**GRÁFICO 24: CUMPLIMIENTO DE TAREAS. (GRUPO 2)**

**Descripción:** El presente gráfico muestra el número de tareas realizadas durante el proceso psicoterapéutico (Un total de 8 tareas) revelando que en su mayoría no realizaron las tareas asignadas y solamente tres participantes lograron realizarlas, y cuatro participantes no desarrollaron ninguna de las tareas asignadas, de esto se puede decir que el factor volitivo de la falta de compromiso en el grupo influyó en el incumplimiento de estas.

**TABLA 10: ESCALA DE AVANCE OBJETIVO GRUPO 02**

N°	Nombre	Pretest	Postest	Diferencia ente prueba inicial y final
1	D G L	5	9	Aumentó 4 puntos
2	M L O	8.33	8.67	Aumentó 0.34 puntos
3	M M	8	8.5	Aumentó 0.5 puntos
4	M A G V	5.5	7.5	Aumentó 2 puntos
5	T H	5.33	8.67	Aumentó 3.34 puntos
6	E G H	5	10	Aumentó 5 puntos
7	M M V O	7.67	9.67	Aumentó 2 puntos

**Descripción:** La tabla muestra los resultados pretest y postest de la Escala Avance-Objetivo y el puntaje de aumento en la resolución de sus metas terapéuticas planteadas por las participantes del grupo 02 en la primera sesión de encuadre del programa. Estos datos indican que, de acuerdo a la percepción de las participantes sobre sus problemáticas a tratar a lo largo del proceso, han logrado mejoras respecto a tales objetivos.

### 5.3. SISTEMATIZACIÓN DE RESULTADOS

El tema de la atención a la persona adulto mayor en la actualidad ha cobrado relevancia, al ser una población vulnerable, que según los datos de la Política Pública de la Persona Adulto Mayor (2017), desarrollada por la extinta Secretaria de Inclusión Social de la Presidencia<sup>5</sup>, se estima que del total de población del país de aproximadamente 6.5 millones, 810,008 son personas mayores de 60 años de edad, lo que corresponde al 12.4%.

De conformidad a las proyecciones de población, este grupo aumentará al 20% en los próximos quince años; por consiguiente, 2 de cada 10 personas serán mayores de 60 años de edad. Con este dato, El Salvador se presenta como un país con envejecimiento moderado, aunque superior al promedio latinoamericano (8.8%), con un crecimiento más marcado en el grupo de 85 años o más, es decir del grupo con mayor riesgo de fragilidad y dependencia.

Con base en los números anteriores, es de hacer notar que la atención psicológica incrementará su demanda para esta población, ya que en la actualidad esta tiene poca

<sup>5</sup> Esta secretaria fue creada en el año 2009 y realizo estudios, investigaciones y proyectos encaminado al proceso de inclusión social de sectores vulnerables como niñez, mujeres, comunidad LGBT, personas adultas mayores, entre otros hasta que fue cerrada por el actual gobierno en junio de 2019.

cobertura, al ser 39 psicólogos y 27 psiquiatras en el sistema de salud pública (MINSAL, 2017) no son suficientes para solventar la demanda en una sociedad de la salvadoreña.

Para realizar un aporte a tal situación desde el escrutinio de la academia, se diseñó e implementó el programa psicoterapéutico grupal TBCS-CC para el afrontamiento de la IA en miembros de la ATPAM, que tuvo como objeto de estudio conocer su efectividad en dicha población, dando como resultado según la EAIA que el 65% de la población atendida del grupo 01 mostró mejoras en sus síntomas de indefensión y en el grupo 02 un 57% de la población atendida.

Los resultados, naturalmente, han variado de participante a participante y esto responde a variables individuales que se irán mencionando en este capítulo en el desarrollo de las áreas propias de la IA, lo que ha permitido una mayor cantidad de hallazgos, enriqueciendo esta investigación e identificando cómo realizar procesos posteriores y diseñar programas de afrontamiento a la IA y otro tipo de problemáticas basados en el modelo CC y la modalidad TBCS.

Es por ello que el planteamiento del problema expresa ¿Es efectiva la implementación de un programa psicoterapéutico grupal con enfoque TBCS-CC para la generación de actitudes positivas en el afrontamiento hacia la indefensión aprendida en miembros de la ATPAM, de Santa Tecla? Sin embargo, esto también generó en el equipo de investigación la pregunta que más riqueza y amplitud le da a esta investigación, ¿Por qué cuantitativamente los resultados no dieron valores mayores a 65% de efectividad en el primer grupo y un 57% en el segundo?

A continuación, se señalan cada uno de los puntos más importantes que dieron respuesta a esta pregunta y que al mismo tiempo serán definidos por cada componente de la IA. Igualmente, se hace el recordatorio que las técnicas mencionadas a continuación, se encuentran descritas en el apartado de anexos del programa psicoterapéutico grupal “NUESTRO CAMBIO, PARA CAMBIAR EL MUNDO”. (Anexo 10)

### **5.3.1. ÁREA EMOCIONAL**

“Los primeros indicios de que la indefensión tenía consecuencias emocionales, motivacionales y cognitivas, surgieron cuando observamos que los efectos motivacionales se disipaban con el tiempo.” (Seligman, 1975)

La cita anterior, en el marco del contexto de los experimentos llevados a cabo por Seligman, sugiere que las situaciones traumáticas producen en el ser humano perturbaciones mentales que se caracterizan por una sorprendente evolución temporal prolongada que fácilmente, son atribuidas a cambios meramente emocionales generados por experiencias de vida que las personas han tenido y que en la actualidad provocan un déficit a nivel emocional, caracterizados por sentimientos de subyugación y menosprecio, propios de la indefensión.

Por este motivo, se contempló el área emocional en el diseño del programa de intervención. Los cuales tienen como principal objetivo la reducción y la modificación de actitudes que propicien o perpetúen la IA presentes en las personas adultas mayores, tanto del grupo caracterizado por miembros comunes y numerado 01, como del grupo integrado por lideresas numerado 02.

Es así que la primera sesión, en particular, fue útil para conocer a ambos grupos y realizar la evaluación de las necesidades que presentaban sus miembros. El grupo 01, se caracterizó por un ritmo de trabajo pausado, debido a situaciones como el bajo nivel sociocultural dificultades motrices, problemas visuales y estados de indefensión expresados en sumisión y silencio dentro de las sesiones.

El grupo 02, tuvo la característica de poseer un nivel sociocultural moderado y alto, algunos hasta con profesiones intelectuales como docentes; este grupo mostró resistencia a la intervención desde un principio, lo cual se evidenció en sus participaciones limitadas con respuestas generales, evasivas y falta de interés ante la realización de las tareas, incluso era difícil cambiar la ubicación de sus asientos y siempre procuraban preservar una imagen social como lideresas fuertes, capaces de resolver sus problemas y no verse vulnerables.

Tales características influyeron a lo largo del desarrollo del programa. Pese a ello, técnicas como la reestructuración cognitiva tuvieron impacto, no solo en la identificación de ideas irracionales y distorsiones cognitivas, sino también en las emociones que sentían y la fisiología de estas, permitiendo la autogestión y regulación emocional en diversas situaciones de su cotidianidad. Este proceso aplicó para ambos grupos.

Por ejemplo en el grupo 01, permitió generar sentimientos de mayor control y tranquilidad al dejar sus pensamientos rumiantes sobre situaciones contextuales y buscar alternativas desde la objetividad y racionalización.

En el grupo 02, permitió generar nuevas ideas y comprender desde el contexto objetivo la situación bajo la cual se encuentran, no sólo sus compañeras lideresas, sino

también los grupos que tienen a su cargo, generando un mayor sentimiento de responsabilidad por la asociación.

Teniendo en cuenta tales consideraciones de los grupos, la Tarea de Fórmula generó dificultad principalmente en el grupo 01, puesto que no todos lograban identificar las situaciones positivas que les gustaría mantener en sus vidas, incluso, algunas de los miembros expresaban valoraciones como “*No hay cosas buenas que me pasen.*” “*Yo no tengo nada bueno que mantener.*”

Para solventar este impase, los facilitadores utilizaban la técnica de deconstrucción, como estrategia terapéutica ante expresiones de no mejoras, haciendo preguntas como: “*Teniendo en cuenta esta adversidad ¿Cómo es que las cosas no han ido peor?*” Apoyando así a la terapia CC como una forma de identificar excepciones para referirse a situaciones positivas (la compañía de algún vecino o familiar, tener una casa propia o el buen humor).

Tomando este tipo de hechos en consideración, se valoró retomar técnicas de la Terapia Narrativa. Anderson (2006) es de la idea que “el lenguaje, hablado o no, es el vehículo principal a través del cual le damos sentido a nuestro mundo.” Este tipo de terapia, al igual que la Centrada en Soluciones guarda relación entre sí, al coincidir en que la experiencia de la realidad o el significado que se le asigna a las vivencias personales, se construye a través de interacciones con otras personas, es decir, no solo depende de cuestiones individuales.

Debido a esto, técnicas pertenecientes a dicho corte metodológico como las metáforas, han tenido resultados favorables. La Metáfora del Elefante Encadenado de Jorge Bucay, al inicio del proceso ha sido altamente efectivo para la comprensión individual y

colectiva de la IA y a su vez, la comprensión de ciertos elementos a nivel cognitivo, emocional y motivacional. Esto se veía reflejado en expresiones tales como “*Primero hay que ganarse la confianza del elefante, para luego ayudarlo a entender que puede liberarse.*”

También, la Metáfora de los Baobabs, del libro de El Principito de Antoine de Saint-Exupéry, favoreció la comprensión de emociones y sentimientos manifestados por los personajes de las narrativas presentadas en ambas metáforas, logrando empatizar con ellos.

De lo anterior, ciertamente comprendieron la importancia de los sentimientos y la evaluación de este aspecto se trató de realizar mediante autorregistros, pero la mayor parte de miembros de ambos grupos no lograron completarlos.

Esto debido a diversos motivos de carácter actitudinal, muchos miembros del grupo 01 no se sentían capaces de realizarlos por sus dificultades visuales, por analfabetismo parcial, temor a equivocarse, entre otros. El grupo 02 la mayoría de participantes no tenía disposición a realizarlos según ellas por falta de tiempo, olvidaban realizarlas, tenían otras tareas, entre otros. En ambos grupos también se identificaba temor a revelar algo indebido o ser consideradas enfermas, incapaces, hasta mal vistas por los demás.

Cabe destacar que para cada psicoeducación se les entregó material de lectura, el cual al realizar la retroalimentación de la sesión anterior sí lo habían leído o previamente discutido con otro miembro o familiar y expresaban sus reflexiones y emociones al respecto con mucha coherencia y señalando puntos de autodescubrimiento en su propio proceso. Usando expresiones como: “*Yo aprendí que debo ser más tolerante, con mi hijo*”, “*Yo me di cuenta que al Pablo [Personaje de una historia de psicoeducación] le pasa lo mismo que a mí, cuando lo entrevistan, que se pone nervioso*”.



La técnica vivencial de Libro Abierto y la psicoeducación sobre la Pirámide de Maslow, fueron útiles para que los miembros de ambos grupos expresaran sus vivencias personales y facilitó narrar su historia de vida sin dolor o con menos dolor, en su defecto, ya que en estas sesiones, se evidenció en su lenguaje corporal la afectación que sentían. Esto fue notorio en llanto, humedad en los ojos, evasión del contacto visual, tono de voz débil, hombros caídos y silencios profundos.

Una de las decisiones tomadas como equipo de trabajo fue el participar de la técnica Libro abierto, de forma honesta haciendo valer el principio de confidencialidad y como una forma de generar empatía, lo cual permitió una mayor apertura por parte de las participantes de ambos grupos.

Así pues, dicho proceso hizo reflexionar al colectivo, sobre las condiciones o situaciones de vida bajo las cuales se incorporaron a ATPAM y que han permitido ser las personas que son hoy en día, dándose cuenta que han sido sobrevivientes de muchas adversidades y que tal vez a estas alturas de su vida puedan darse el permiso de dejar de sobrevivir y empezar a convivir.

Igualmente, facilitó que cada miembro se identificara con el grupo al cual corresponde y pudieran expresar y sentir el apoyo emocional del mismo, lo cual no habían podido experimentar con sus familias desde hace tiempo. Este apoyo fue manifiesto en abrazos o palabras de aliento, palmadas, gestos y atenciones de consuelo y permitió mayor disposición por parte de las participantes en brindarse la oportunidad de vivenciar el proceso psicoterapéutico grupal.

En cuanto a la técnica de La Pirámide de Maslow facilitó el proceso de deconstrucción respecto a la asignación de emociones buenas o malas y empezar a apreciarlas como agradables o desagradables. Ahora han comprendido que todas las emociones (primarias, secundarias y sociales) necesitan ser vivenciadas y sobre todo, gestionarlas mediante canales adecuados, logrando comprender que las emociones son necesarias para darse a entender dentro de nuestro contexto y permiten manifestar lo que sentimos respecto al mismo.

Esto ha permitido, según testimonios de las participantes, afrontar las diferentes situaciones de su vida de una forma proactiva y dejar de expresar y sentir desesperanza cuando ocurren situaciones adversas o de compleja solución.

La técnica de Detectar e Implantar Fortalezas facilitó que las participantes del grupo identificaran sus recursos o se apoyaran entre sí para conocerlos. Esto ha tenido un efecto potenciador en la autoestima de los miembros de cada grupo, como se puede apreciar en las pruebas pre y postratamiento de la EAR. (ver Gráfico 9 para el grupo 01 y Gráfico 21 para el grupo 02)

La técnica Rótulos, tenía por objetivo, además de reforzar las relaciones interpersonales dentro del colectivo, hacerlo en las relaciones cotidianas de las participantes con otras personas que forman parte de sus redes de apoyo psicosocial. Esta técnica supuso cierta carga emocional para las participantes, al verse rechazadas o incluidas por las demás según el rol que representaban en la técnica, esto permitió un mayor grado de concientización sobre el trato que tenemos hacia los demás generando empatía, para diversos contextos.

Dichas técnicas facilitaron el cambio de pensamientos negativos que influían en su forma de actuar y generaban al mismo tiempo malestar emocional, entre los cambios en los participantes se observó al momento de relatar su historia de vida, que lograban un mayor grado de empatía con cada uno de los miembros, además de mostrar un mayor interés por su bienestar.

Esto se evidenció en su lenguaje no verbal, mostrando expresiones de sorpresa, agrado, desagrado o asco. A su vez, se condujo a la reflexión de evitar prejuicios para respetar a las personas en su calidad de seres humanos y tener relaciones adecuadas, empáticas y armónicas con los demás y con uno mismo.

Una dificultad que se presentó en esta técnica es que las participantes del grupo 01, al principio, optaban por no moverse en las rondas de preguntas, pese a que se hacía énfasis en realizar esta acción, consigna que se les indicó antes de realizar la técnica. Por lo que el equipo propone que, en caso de personas con problemas visuales o bajo nivel sociocultural, se debe utilizar dibujos en lugar de palabras.

### **5.3.2. ÁREA COGNITIVA**

Otra importante arista de la IA es de tipo cognitivo: “una vez que un ser humano ha experimentado la incontrolabilidad, le resulta difícil aprender que su respuesta ha sido eficaz, aun cuando realmente lo haya sido. La incontrolabilidad distorsiona la percepción del control.” (Seligman, 1975)

Lo anterior hace referencia a que la IA produce una predisposición cognitiva hacia los aspectos negativos, según la cual el individuo cree que el éxito y el fracaso son

independientes de sus acciones organizadas y en consecuencia tiene dificultades para aprender que sus respuestas son eficaces. Debido a esto, es sabido que la IA altera la capacidad de aprendizaje lo cual fue visto en las personas adultas mayores participantes del programa.

Para generar cambios, por mínimos que sean, es necesario modificar los pensamientos de las personas, instruyendo en la búsqueda de otras formas de pensar. Respecto al Modelo CC, Ellis y Grieger (1990) expresaron: “Esta teoría de personalidad y de cambio, admite la importancia de las emociones y de la conducta, pero enfatiza en particular el rol de las cogniciones en los problemas humanos.”

El objetivo de esta intervención fue modificar esquemas de pensamientos e ideas irracionales mediante el proceso de reestructuración cognitiva, tomando como base el modelo ABC propuesto por Ellis. Dentro de este proceso también, se procedió a la explicación de las distorsiones cognitivas y se generaron cambios de impacto con técnicas como detección y la búsqueda de pensamientos alternativos.

El impacto en esta área se evidencia en la manera de pensar de las participantes modificando expresiones como: “*A pesar de mis años, he logrado tener mis cosas para ir a pasarlo*” por nuevas valoraciones como: “*Gracias a mi edad, he logrado hacerme de mis cosas y seguir viviendo.*”

Una de las principales dificultades mostrada en esta área fueron los esquemas fijos de pensamiento, no sólo se trabajaron tres sesiones de Reestructuración Cognitiva, sino también a lo largo del proceso ante cada expresión pesimista y sumisión, ante conductas o actitudes

que abocaban inseguridad o vulnerabilidad, el equipo facilitador procuró presentar respuestas alternativas que permitiera la redefinición buscando pensamientos realistas y funcionales.

Estas ideas alternativas y técnicas, en el grupo 01 fueron vistas con amabilidad cortesía y procuraban ponerlas en práctica ya que tenían en claro que era por su propio bienestar mental, en el grupo 02 fueron comprendidas, aceptaban su aplicación, sin embargo, había poca disposición a practicar estas frases o ideas alternativas en las expresiones negativas o pesimistas, generadas por ellas mismas.

Así mismo, principalmente en el grupo 01 al realizar las retroalimentaciones de las tareas asignadas semanalmente o las reflexiones respecto a las técnicas aplicadas en sesión en un principio el pesimismo se manifestaba con expresiones como: *“ni modo, así toca”*, *“mi vida fue bien sufrida”*, *“Es que me tocó bien duro de niña”*. Y estas pasaron a: *“Gracias a que conseguí, trabajo”*, *“Ahora me doy cuenta que hubo gente que me apoyó”*, *“Si no fuera por mis hijos, no habría salido adelante.”*

En el grupo 02, expresaban los cambios generados por sus amistades y familiares ya que, al reconocer ideas irracionales o distorsiones cognitivas, procuraban no generar o formar parte de un conflicto y sus reacciones ante eventualidades fueron más controladas, lo que según ellas en sus familias generaron cambios más positivos, al sentirse menos señaladas y mejor comprendidas.

El uso de Metáforas permitió una efectiva identificación de las ideas irracionales y distorsiones cognitivas en ambos grupos, reforzando la analogía entre las “malas hierbas” como las ideas irracionales, los miembros de ambos grupos comprendieron el poder de los

pensamientos rumiantes y como estos pueden llegar a convertirse en ideas fijas que causan daño.

En cuanto a la disciplina que conlleva escribir cada idea irracional, se observó que algunos miembros del grupo 01 quienes sí saben leer y escribir, no poseen el hábito de realizarlo, por su deterioro orgánico. Además, el proceso de introspección requirió cierto nivel de raciocinio al que el grupo no estaba acostumbrado. El equipo facilitador no lo tomó en cuenta que para el estadio evolutivo en el que el grupo se encuentra y sus características, haría que los autorregistros no funcionaran.

Para solventar estas dificultades, el equipo facilitador decidió evaluar de forma oral para verificar la comprensión del modelo A-B-C de Ellis, que sí funcionó y cumplió el objetivo de evaluar este aspecto. De este modo se observó que los miembros del grupo se explayaban en detalles de las ideas irracionales y esto a su vez, permitió una mejor comprensión de las problemáticas vivenciadas por algunos participantes.

Teniendo esto en cuenta, White y Epston (1989) expresaron que la gente se enfrenta a dificultades cuando vive con “historias dominantes” que están “saturadas de problemas”. Estas historias dominantes son restrictivas, no abarcan partes importantes de la experiencia de las personas y/o las llevan hacia conclusiones negativas sobre su identidad.

Con respecto a la TBCS tales vivencias o historias ejercen una influencia considerable en la vida de las personas, por lo que es importante deconstruirlas, es decir, el “desarmar” o revisar cuidadosamente las creencias y prácticas de la cultura que están fortaleciendo al problema y a la historia dominante de los participantes de ambos grupos.

Al centrarse en las excepciones a los problemas, en las historias alternativas o en los recursos y la creatividad de los clientes, estas terapias “ponen el foco” en lugares poco explorados por muchos abordajes terapéuticos y permite tener una actitud de esperanza en la terapia. (Tarragona, 2006)

De lo anterior, se puede decir que el hacer énfasis en potenciar estrategias de afrontamiento de los consultantes, a diferencia de otras modalidades o enfoques, devuelve una imagen de autoeficacia en las participantes.

Vale destacar que, pese a este cambio, se observó un grado considerable de dificultad en los miembros del grupo 01 para realizar el proceso de abstracción que implicaba la reestructuración cognitiva debido a variables tales como el nivel sociocultural (algunos solo hicieron hasta tercer grado), falta de compromiso e inasistencias de algunas participantes por enfermedades o controles médicos.

Por su parte el proceso psicoeducativo de la Pirámide de Maslow permitió a las participantes de ambos grupos el identificar situaciones en las que su conducta es reactiva; en el caso del grupo 01, algunas expresaron como les ha servido conocer sus necesidades fisiológicas, sociales y de seguridad no satisfechas, así como el trabajar por satisfacerlas, les presentó la oportunidad de plantearse, nuevas formas de autorrealización.

La reflexión en el grupo 02 se condujo en el sentido que previo a la reacción, es posible elaborar una explicación racional en función de la situación o consecuencias en la que se encuentran, reconocieron que gran parte de sus necesidades si están satisfechas y que en comparación a los miembros comunes de su organización ellas poseen ventaja y privilegios por su estatus económico y social.

De igual manera, la técnica de radares positivos favoreció que aprendieran a dirigir la atención selectiva en aquellos aspectos destacables de las personas con las que se relacionan en su cotidianidad. Algunos de los factores mencionados fueron la amabilidad con la que se les trata o la atención que reciben, así como el apoyo que sienten de sus familiares, vecinos y miembros de los grupos.

La atención selectiva es el tipo de atención que permite a las personas percibir estímulos relevantes, ignorando los estímulos irrelevantes que acompañan a la información importante. Para algunos autores, esta manera de procesar la información no es nada sencilla, ya que se tiende a encasillar la información como un todo, trayendo como consecuencia un retraso en la respuesta deseada. (Ballesteros, 2014)

Esto correspondió a las actitudes con que los grupos aceptaron el programa psicoterapéutico grupal. Al hablar de actitudes se hace referencia al grado positivo o negativo con que las personas tienden a juzgar cualquier aspecto de la realidad, al cual se le denomina objeto de actitud. (Morales, et al., 2007).

Fue de especial interés observar como en el grupo 01, su predisposición a escuchar participar y atender las indicaciones brindadas por el equipo facilitador permitieron reforzar una actitud positiva hacia sus compañeras, hacia el equipo facilitador y hacia sí mismas como individuos. Mientras tanto en el grupo 02 se observó una actitud displicente, su falta de interés por participar e impuntualidad, algunas mostraban atención especialmente en temas que les resultaban interesantes y se quejaban cada vez que se asignaba una tarea o indicación que implicara sacarlas de su estado de confort.



El entender estos procesos de atención selectiva y las actitudes de los grupos, dio la pauta para el uso de técnicas de integración con el objetivo es trabajar la cohesión dentro del grupo y que las participantes identificaran las semejanzas que las unen. Dicho objetivo se cumplió de forma parcial ya que, dentro de los grupos participantes, se formaban subgrupos unidos por afinidad, estatus o amistad, presentando resistencia a ser reconfigurados.

Los procesos vivenciales, reforzaron la autoestima de la mayoría de miembros, al expresar dentro del colectivo su historia personal, aprendiendo que debido a su experiencia de vida son personas con mucha sabiduría, generando menor resistencia a la reestructuración cognitiva e incorporando mejor los pensamientos alternativos.

También se observó en el grupo 01 mayor cohesión, ya que al iniciar la sesiones tenían lugares preestablecidos, pero estaban abiertas a interactuar con otros miembros con los cuales tenían poco contacto y participar con mayor confianza y seguridad de las actividades, fortaleciendo sus relaciones interpersonales, identificándose con el grupo de forma positiva.

Así mismo, en el grupo 02 también se observó mayor apertura, algunas de las lideresas se atrevieron a hablar de lo que vivieron durante el conflicto armado generando mayor empatía, reconociéndose como seres humanos y fortaleciendo la cohesión de grupo.

Una de las principales dificultades para el cambio de los esquemas mentales negativos fueron las condiciones materiales objetivas bajo las cuales se encontraba ATPAM, esto debido a que el momento en que se inició el proceso se encontraba en una crisis organizacional profunda, puesto que sufrieron de varias desarticulaciones, pasando en menos

de dos años de ser una organización con más de 500 participantes a solo quedar con alrededor de 125 personas.

Esto debido que el apoyo institucional brindado por la alcaldía de Santa Tecla al cambiar de gobierno, les retiró espacios, medios de transporte y recursos para mantener sus actividades como organización. Finalmente, con el cierre de la Secretaria de Inclusión Social en el actual Gobierno Central perdieron recursos básicos y sumada la violencia social del país sin respaldo de ninguna institución gubernamental, dejaron de tener acceso a los cantones y comunidades donde se encontraban sus bases.

Estas condiciones generaban un estado de IA, en el cual muchos de los miembros manifestaban la sensación de incontrolabilidad y algunos pensaban que sin importar que hicieran las cosas no podrían mejorarse y solo empeorarían.

Esta situación generaba una gran responsabilidad para el Grupo 02 en el que como lideresas tenían que buscar formas particulares para no dejarse avasallar por estas situaciones, varias de ellas preferían concentrarse en su trabajo, en problemas como el alquiler del local y situaciones de supervisión de los grupos que quedaban.

Técnicas como el diálogo socrático, permitieron que esta situación pudiera ser orientada desde un aspecto racional y varias lideresas expresaron que por mantener la idea errada de que no había solución ante alguno de los problemas de la organización o sus miembros, ellas no realizaban el esfuerzo de buscar alternativas.

Para el grupo 01, el fenómeno fue diferente, al tener también una filosofía de vida principalmente cristiana, consideran el servicio hacia los demás como una gran virtud, y en efecto cuando se planteó construir ideas alternativas ante sus problemas de forma más

entusiastas participaban y buscaban alternativas para ayudarse mutuamente en sus problemas o por lo menos brindar ideas que les permitieran darse cuenta de otras opciones.

Otro de los parámetros importantes en el proceso de reestructuración cognitiva, es que comprendieron que no solo hay que evaluar el hecho en sí mismo, sino que es necesario comprender su contexto, esto hizo, según algunas de nuestras participantes que se redujeran los conflictos familiares.

También otro de los aspectos que generan altos niveles de indefensión en el grupo 01 son la condición de abandono que viven por parte de sus familias, los niveles de pobreza, relaciones conflictivas con vecinos, miedo por la delincuencia, maltrato y discriminación por personas más jóvenes, en el transporte colectivo por ser personas adultas mayores, hay quienes no tienen seguro social, ni seguro de vida y quienes solo viven con unos cuantos familiares contemporáneos a su edad.

Es decir, condiciones de sobrevivencia diferentes del grupo 02, las cuales en su mayoría, algunas con grado medios o superiores en estudio, tienen inmuebles, capitales pequeños, hijos profesionales o en el extranjero, pensión, seguro y posibilidades para pagar servicios privados en salud y reconocimiento social en la comunidad cristiana y política de la zona. Estas condiciones, se pueden tomar en consideración respecto a la influencia que tuvieron en la intervención del área motivacional, que se aborda a continuación.

### **5.3.3. ÁREA MOTIVACIONAL**

Finalmente, el área motivacional la cual, es también afectada por la IA hace referencia a la inactividad, es decir, falta de incentivos y reforzadores positivos para llevar a cabo ciertas

conductas. Es así que durante la aplicación del programa el principal objetivo de esta área fue la búsqueda de soluciones grupales e individuales hacia las diferentes situaciones de la vida diaria, además, potenciar las capacidades, habilidades y cualidades positivas de cada uno de los participantes.

La inactividad se pudo observar en una escasa voluntad para participar en las diferentes actividades de grupo, creían que ya no valía el esfuerzo aprender algo diferente, había poco reconocimiento de las propias fortalezas y habilidades. Manifestaban expresiones en las cuales se consideraban personas “inútiles”, “a la espera de la muerte”, “que no tiene nada bueno que aportar” a la sociedad, familia y en específico a la asociación.

Tanto en el grupo 01 y 02 estas conductas o pensamientos que llevan a la inactividad se identificaron en los procesos Autocuidado Personal, donde los miembros de cada grupo lograron comprender las actitudes y conductas que hacen disminuir sus respuestas de afrontamiento a las diferentes situaciones que demandan actitudes proactivas en ellas. Sin embargo, pese al reconocimiento de las mismas, fue difícil para las participantes tomar conciencia de la importancia de llevar a la práctica conductas y actitudes positivas.

Lo anterior se refleja en que ante ciertas situaciones preferían mantenerse al margen antes que enfrentarlas, adoptando actitudes de sumisión y de victimización, caracterizadas por quejarse. Esto fortaleció la idea de considerarse personas incapaces, con pocos recursos, vulnerables ante enfermedades crónicas y con problemas económicos incapaces de solucionar, esforzándose poco para resolverlos, optando siempre por omitir una respuesta.

Es por ello que por medio del programa se identificó que el cambio de actitud en relación a la pasividad que inicialmente mostraban las participantes de ambos grupos, se dirigió al fortalecimiento de las relaciones familiares.

Ejemplo de ello es que en la entrevista inicial algunas participantes manifestaron su deseo de mejorar la relación familiar deteriorada desde hace años y con poca o nula comunicación, otras habían adoptado un estilo de comunicación agresivo y limitaban su interacción con otros miembros y familiares, algunas manifestaron sentirse como sirvientas y utilizadas por sus familiares.

Aunque esta circunstancia no fue resuelta en su totalidad, las participantes de ambos grupos manifestaron haber mejorado la interacción con sus familiares, otras no lograron comunicarse adecuadamente, pero manifestaron que sus sentimientos de culpa por la mala relación de años habían disminuido considerablemente.

La TBCS-CC, permitieron la reestructuración cognitiva, la identificación de ideas irracionales y esquemas mentales lograron en las participantes de ambos grupos el reconocimiento de fortalezas personales, pensamientos desadaptativos, potenciando sus estrategias de afrontamiento y reforzando su motivación de continuar en la asociación.

De esta manera, se ha facilitado su predisposición a la acción, es decir, que ante situaciones en las cuáles anteriormente respondían con violencia ahora trataban de responder asertivamente, otras en cambio tomaron la iniciativa para reparar las relaciones dañadas y algunas preferían utilizar el silencio y la respiración como forma de evitar las peleas.

Lo anteriormente expuesto guarda una estrecha relación con el reconocimiento y valor que las personas adultas mayores reciben dentro de sus familias y de los diferentes

grupos sociales, ya que se identificó que miembros del grupo 01 estaban habituados a situaciones de maltrato, violencia psicológica y verbal ejercida de forma naturalizada por miembros de su familia.

No así en el grupo 02, que manifestaron una actitud más confrontativa y una conducta desafiante hacia este tipo de circunstancias, solo algunas personas expresaron que no tenían problemas de violencia intrafamiliar.

De lo anterior se deriva que el acomodamiento y sumisión son los problemas que más daño causan a las personas adultas mayores ya que minan la fuerza de voluntad para enfrentarse a las diferentes circunstancias de la vida, esto se reforzaba con ideas como: *“soy buena para nada”, “ya me voy a morir”, “a mi familia no le importo”, “ya no estoy para esas cosas”*.

Además, de no recibir reforzamiento positivo por parte de la familia los llevaba a perder el sentido de eficacia para actuar ante los problemas, llegando a verse como personas incapaces y vulnerables. Para contrarrestar esta situación cada participante del grupo tuvo la oportunidad de reconocerse como poseedoras de cualidades positivas con capacidades, virtudes y valores.

Las participantes del grupo 01 solo después de ser reconocidos por el grupo manifestaron ante los demás, sus fortalezas y debilidades, y les fue posible reconocerse a sí mismas con las habilidades y experiencia para tomar una actitud asertiva y de afrontamiento a las adversidades de la vida diaria.

Otro de los problemas que afecta la motivación es la dependencia familiar, emocional y económica ya que la mayoría de miembros del grupo 01 no poseen pensión o fuentes de

ingresos económicos autónomos y solo cuentan con el apoyo de su propia familia por lo cual se ven sometidas a abandono, falta de cuidado, maltratos y realizar tareas que no corresponden a su edad sintiéndose impotentes ante tales circunstancias.

Algunas de ellas si pueden desarrollar actividades que les permitan tener sus propios ingresos, como por ejemplo la costura, venta de cosméticos, venta de flores naturales, entre otros, permitiéndoles afrontar estas situaciones, pero generando el temor de no saber cómo sobrevivir a medida que su salud se deteriora.

A diferencia de los miembros del grupo 02 en quienes la dependencia tanto económica y emocional es menor pues en su mayoría poseen independencia financiera, apoyo familiar, pensión e incluso son profesionales. Esto supuso un punto de partida para el proceso de cambio personal y superar la dependencia partiendo del reconocimiento de sus propias fortalezas y entendiendo que una sesión no es suficiente para lograr un cambio significativo.

Con el desarrollo del programa y por medio de la aplicación de la escala de avance se comprobaron los cambios individuales que se generaban en ambos grupos. Lo cual se corroboró por medio de la observación de un estado de ánimo positivo durante las sesiones en ambos grupos. Sin embargo, en algunas participantes quienes, por problemas familiares, económicos y de salud tendieron a mostrar niveles altos de depresión, ansiedad y una disminuida predisposición a la acción al presentarse a las sesiones.

En las participantes de ambos grupos uno de los cambios que se observaron y que tuvo un impacto positivo fue una tendencia al cambio en los roles y actividades a nivel familiar pues empezaron a preocuparse por ellas mismas, además de un cambio mínimo en sus roles sociales pues empezaron a retomar actividades que por su condición de IA habían

dejado de hacer, como visitar a una amiga o familiar, cuidar el jardín, retomar las consultas médicas, entre otras actividades que les permitieron sentirse menos aisladas.

Esta tendencia al cambio en los roles familiares y sociales pudo contribuir en gran medida a promover un estilo de vida saludable, a mantenerlas activas y adoptar una actitud más positiva frente a los demás y asertiva al afrontar situaciones conflictivas.

Es fundamental tomar en cuenta que dichos cambios deben de ser adecuados a la edad y capacidad física de cada participante, esto debido a que reconocieron por ellas mismas que les gustaría realizar ciertas actividades, pero su condición y edad no se los permite estableciendo límites realistas.

Es así como estas personas que decidieron adoptar actitudes diferentes después de finalizado el programa, lograron cambios a nivel personal, un mejor estado de ánimo, tomar la iniciativa cuando se solicitaba opinión, constancia y perseverancia dentro del grupo, un notable compromiso con el equipo de trabajo y el fortalecimiento de sus relaciones interpersonales.

Sin embargo, algunas de las participantes al finalizar el programa y aplicadas las pruebas mostraron una mayor predisposición a sufrir IA, síntomas de depresión, altos niveles de ansiedad, debido a variables externas las cuales como equipo de trabajo fue difícil controlar y brindarles una solución, por ejemplo: problemas económicos, familiares, de salud o pérdidas.

Algunas de las participantes, no podían cubrir los gastos de transporte para llegar a las sesiones, otras por diagnósticos clínicos de enfermedades crónicas mantenían una ideación catastrófica y fatalista, también se ausentaron por no tener quién las recogiera y



llevara de vuelta a casa, otras por recibir a familiares del extranjero. Así mismo, había quienes por reuniones familiares, accidentes y consultas médicas no asistieron.

Cabe destacar que algunas participantes, especialmente del grupo 02 mostraron una tendencia a mantener el *estatus quo*, es decir, mantuvieron poca disposición para colaborar en las actividades de grupo como realizar la limpieza, servir el café, hacer la oración inicial en cada sesión<sup>6</sup> y mostraron resistencia para cambiar de lugar para realizar las sesiones con una mayor comodidad, incluso para cambiarse de asiento.

Finalmente se observó que el combinar el modelo CC-TBCS como base fundamental para la aplicación del programa “*Nuestro cambio, para cambiar el mundo*”, el cual se enfocó principalmente en la generación de actitudes positivas de afrontamiento hacia la IA, permitió el fortalecimiento de las mismas, mas no en el nivel esperado por el equipo de tesis ya que en la mayoría de las participantes en las pruebas posttest mostraron resultado de cambio, un buen porcentaje(35% del grupo 01 y 43% del grupo 02) necesita mayor tratamiento.

Estos resultados obedecieron a que su predisposición a sufrir o manifestar síntomas de ansiedad, depresión o la misma IA, aumentó debido a factores externos como: problemas económicos, de salud, abandono y discriminación potentes, que se generaron previo o durante la semana de aplicación del pos-test, incrementando la tendencia negativa en los resultados.

Aunque para la mayoría de las participantes el programa fue efectivo, pues ayudó a mejorar su estilo de vida y a reconocer algunas de las actitudes que deterioraban su salud

---

<sup>6</sup> La oración inicial es una característica propia de los miembros de ATPAM, por lo cual se respetó por el equipo de tesis.

física y emocional, para otras solo manifestaron un grado de mejoría, puesto que presentan mayores dificultades para adoptar un estilo de vida saludable.

En relación a los miembros de los grupos en los que sí se pudo observar una tendencia al cambio manifestaron que son capaces ahora de reconocer mejor sus propias capacidades y habilidades, fortalecieron sus recursos personales, ampliaron sus redes de apoyo e identificaron en el grupo un espacio que permite fortalecer y desarrollar su resiliencia. No así en algunas de las participantes quienes todavía muestran dificultades para enfrentarse a conflictos familiares, económicos y hasta relacionales dentro del grupo al que asisten.

Además, es notable el deterioro que causan el paso de los años puesto que les dificulta realizar diferentes actividades por sí mismas y dependen de la familia e hijos para solventar sus necesidades en especial las económicas.

La identificación de los cambios en la motivación de las participantes de ambos grupos se facilitó gracias al proceso psicoterapéutico el cual logro durante cinco meses un cambio positivo en las actitudes y formas de afrontamiento a situaciones difíciles, asumiendo responsabilidades y estableciendo límites realistas, propiciando el cambio personal favorable y adoptando una actitud más proactiva.

Esta actitud no solo es identificada por los miembros del grupo sino también por sus familias quienes ahora refuerzan positivamente dicha conducta. Todo lo anterior los ha llevado a sentirse más autónomos y activos dentro del grupo, es decir, que se produjo una activación conductual. Todo esto a raíz de los testimonios y valoraciones brindadas por los familiares y las mismas participantes.

La reflexión final que hacían las participantes de ambos grupos es no haber puesto el empeño necesario para un mejor desarrollo y aprovechamiento del proceso psicoterapéutico, opinión que fue compartida por miembros de ambos grupos, esto se conoció hasta la clausura del programa, manifestaron que de haber puesto mayor interés tendrían mejores resultados, también expresaron su agradecimiento por la labor del equipo de tesis, al implementar dicho programa.

Reconocieron su nivel de resistencia a los cambios que invitaba a realizar el programa con expresiones como: *“Gracias por tenernos paciencia, pero es que dejaban mucha tarea, eso no me gusto”*, *“Nos disculpamos sinceramente por no haber hecho todas las tareas y no seguir las indicaciones que nos daban”*.

#### **5.3.4. OTROS ELEMENTOS DE ANÁLISIS**

El factor género ejerció influencia sobre el grupo psicoterapéutico, ya que se generó cierto nivel de desconfianza en las participantes lideresas quienes se mostraban reacias a dejarse dirigir por facilitadores en su totalidad masculinos. En la medida que los facilitadores participan de las técnicas, permitió generar empatía e interés en ambos grupos durante las actividades presentadas en cada sesión, sobre todo el grupo de lideresas disminuyó su nivel de resistencia al cambio.

También fueron importantes las valoraciones de los familiares que notaban el cambio en las participantes, expresando la ausencia de conflictos o la mejora de los mismos, demostrando que no solo fue percepción del equipo facilitador y las participantes tener esta sensación de mejora, sino que también fue evidenciado por personas externas al proceso.

Esto ya significa cambio, y de hecho es uno de los principios de la terapia breve “El cambio es inevitable”. Sin embargo, por razones de resistencia e inseguridad propias de los grupos, no lograron abrirse de forma franca en las pruebas iniciales, caso contrario en el postratamiento, donde la confianza ganada permitió que fueran más honestas con sus respuestas.

### **5.3.5. EXPERIENCIA VIVENCIADA POR EL EQUIPO DE TESIS Cómo se formó el grupo.**

Una de las necesidades por las cuales el grupo de tesis, conjugó como equipo, fue la de realizar una investigación que no solamente se quedara en una propuesta de programa psicoterapéuticos sin realizar una práctica que demuestre su efectividad, así mismo el deseo por crear algo novedoso desde una modalidad de intervención no utilizada en el Departamento de Psicología.

Este fue uno de los motivos por el cual como equipo de tesis se decidió trabajar la modalidad de TBCS. Sin embargo, esta no podía quedar desligada de un modelo psicoterapéutico reconocido a lo largo de los años por su efectividad en el área clínica, es por ello que se utilizó el modelo CC lo que implicó un especial desafío, al integrar el modelo TBCS-CC. Además de ello ambas formas de terapia debían ser aplicados para comprobar su efectividad en el tratamiento de la IA y sumado a ello a una población adulto mayor.

## **Lo importante para un buen trabajo de equipo**

La aplicación de esta investigación de tesis requería en primera instancia tener una base teórica del modelo CC y la modalidad de TBCS. No obstante, todo esto no sería posible si el equipo no lograra la sinergia necesaria para llevar a cabo esta faena que duró 17 meses.

Una de las razones que permitió la integración fue la experiencia clínica, psicosocial e institucional trabajada por cada miembro, aplicadas en las unidades de salud, el trabajo de realizado en poblaciones escolares, adolescentes y jóvenes en condición de riesgo, docentes, procesos de autocuidado e intervención en comunidades de las municipalidades del área paracentral, occidental y oriental.

A esto también se agrega el trabajo en cuidados paliativos y procesos de recuperación del trauma infantil por lesiones graves o enfermedades graves y/o terminales con niños de hospitales, trabajo de intervención psicoterapéutica grupal para personas privadas de libertad en Centros Penales, diplomados y capacitaciones, que integran poblaciones excluidas en temas de género, personas con discapacidad, atención a veteranos de guerra y excombatientes, formación en el enfoque sistémico y principalmente la coincidencia de recibir formación en TBCS y la experiencia CC desarrollada en el Depto. de Psicología.

Sin embargo, se convirtió en un verdadero reto el integrar todas estas experiencias y los rasgos de personalidad de cada uno de los integrantes, reto que se aceptó con gusto al estar enfocados en la realización de esta tesis, poco a poco con cada discusión se lograba comprender las habilidades de construcción de ideas, redacción, práctica, iniciativa y resolución.

Como equipo de tesis una de las principales crisis vividas fue la del bloqueo institucional por parte del primer espacio donde se desarrollaría el programa psicoterapéutico grupal así como el ritmo mismo del proceso de tesis que poco a poco, fue comprendiendo el grupo que debía ser respetado, esto debido a los tiempos institucionales y sumado el deseo y la necesidad de conseguir un empleo, se convertían en dos polos que pusieron a prueba el carácter del equipo de no doblegarse ante las adversidades.

Toda esta combinación de variables permitió enriquecer la experiencia del equipo facilitador del proceso no solo por los insumos teóricos brindados por cada una de ellas, sino por el esfuerzo práctico de realizar entrevistas con profesionales del tema adulto mayor, la realización y validación de un instrumento de evaluación de la indefensión aprendida, su prueba piloto, el contacto con la población adulto mayor a través de la ATPAM, la construcción de un Programa de intervención Psicoterapéutica Grupal, fusionando ambos enfoques y los análisis respectivos de todo el ejercicio de tesis.

### **Elección de la población a intervenir**

Al discutir sobre este tema la principal premisa del equipo facilitador fue la de atender la necesidad psicológica de una población vulnerable del país, con ello se originó la idea de aplicar el programa de intervención psicoterapéutica grupal a varias poblaciones, entre ellas, comunidad LGBTI, personas privadas de libertad, adultas mayores, adolescente en condición de riesgo, veteranos de guerra y personas con enfermedades terminales. Para fortuna del equipo facilitador la docente asesora considero a bien solo escoger una de las poblaciones.

Es así que se seleccionó la población de Personas Adultas Mayores privadas de libertad y se desarrollaron las gestiones necesarias en las instancias correspondientes para la

ejecución del programa, sin embargo, a mediados del primer año de egreso, por el cambio de gobierno se cerraron las puertas de dichas instituciones lo que requirió que el equipo de tesis buscara una nueva población vulnerable y esta fue encontrada en la ATPAM.

El haber realizado la investigación de grado teniendo a los adultos mayores como población diana, ha permitido tener un contacto más profundo con la realidad nacional a diferencia del que se ha podido tener en trabajos de cátedra realizados previamente. Los dos grupos atendidos tenían sus propias características: Mientras que el grupo 01 trabajaba a un ritmo pausado, el grupo 02 trabajaba a un ritmo más rápido y constante.

### **Encuentro con la población adulto mayor de ATPAM**

El factor expectativa fue importante por la poca familiaridad que tenía la población con procesos psicoterapéuticos grupales, siendo una asociación que vela por el bienestar de la persona adulto mayor miembro de su organización, se enfocaban principalmente en capacitaciones, ejercicio físico, manualidades y esparcimiento, pero era la primera vez que realizaban psicoterapia como tal y también, trabajada en función de la generación de actitudes hacia el afrontamiento de la indefensión aprendida.

Observando resistencia marcada pero grandes capacidades logísticas y actitud hacia industriiosidad en el primer grupo que estaba conformado por lideresas y en el segundo grupo conformado por miembros comunes, disposición y apertura, pero muchas inseguridades y faltos de ánimo. En general, este proceso permitió, entender los ritmos en que una terapia puede ser realizada para las personas adultos mayores, sus ánimos de continuar luchando por la vida y el gran anhelo de ser atendidos y atendidas de forma digna en esta etapa de su vida, así mismo se pudo concientizar al equipo facilitador respecto al dolor sufrido por las personas

adultos mayores, no solo por las formas de exclusión vividas en la calle, sino también dentro de sus hogares, principalmente este fue una de las circunstancias que no se tomaron en cuenta dentro de este proceso, el enfoque sistémico, ya que el programa priorizo aspectos individuales de la indefensión dentro del grupo, no se trabajó incluyendo a sus familias y tampoco se realizó intervención terapéutica individual.

### **Proceso de cambio.**

Tomando en cuenta lo anterior, esto no quiere decir que la realización del programa no haya sido efectiva, por el contrario, Se observó un nivel de mejora en la percepción subjetiva de las participantes en cuento a su estado de indefensión, ya no solo eran menos sumisas, sino que buscaban el apoyo de sus compañeras y también eran capaces tomar iniciativas ya no solo en terapia, sino también en contextos fuera de ella. La forma en que se desarrolló la mejora de las conductas objetivos y el cambio actitudinal de las participantes, lleno de satisfacción al equipo facilitador y al mismo tiempo generó mayor compromiso por brindar una mejor intervención psicoterapéutica ya que ambos grupos poco a poco fueron depositando su confianza en el equipo.

Este proceso a nivel cualitativo si demuestra con creces que se puede ganar la confianza de la población adulto mayor y que pueden estar a disposición de trabajar con un equipo de facilitación después de determinado tiempo de trabajo (A partir de la cuarta sesión en nuestro caso) y sobre todo si el equipo facilitador forma parte de los ejercicios terapéuticos, esto les da un sentido de responsabilidad y les permite abrirse de mejor forma con el grupo.



## **Importancia de la Asesoría**

Este proceso de investigación no pudo haber sido realizado sin el apoyo de nuestra asesora de tesis quien junto al equipo realizó un proceso de crecimiento, por un lado no cerrándose a las propuestas del equipo facilitador pero, por el otro guiando dichas propuestas hacia un fin, así mismo su apertura en la cual daba independencia al equipo sobre las formas de gestionar los espacio y poblaciones.

Además, el no poner restricciones para acercarnos a otros docentes especializados en la construcción y validación de instrumentos de evaluación, en el área clínica, en aplicación estadística, en atención a personas adultas mayores e incluso en especialistas del área forense y penal, así como en los aspectos técnicos y procedimentales de esta investigación.

Sin la orientación de la asesora no habría sido posible toda esta gama de espacios y oportunidades para la generación de este nuevo conocimiento, así mismo se reconoce el valioso aporte brindado por cada uno y cada una de las docentes y profesionales especialistas que dieron su apoyo y orientación tanto a nivel intelectual como práctico.

Estas situaciones, también generaron motivación para aportar desde la carrera y la supervisión académica, los conocimientos para dar respuesta a las necesidades de la población adulto mayor salvadoreña.

## **Generación de Empatía**

Esta experiencia enseña que para los adultos mayores los síntomas de ansiedad pueden disminuir significativamente con el programa psicoterapéutico y en cuanto a la motivación y depresión, son más fluctuante, esto debido a que son más susceptibles a circunstancias externas por su condición de vulnerabilidad, se tienen por ejemplo tres casos

particulares donde el posttest resultó con niveles elevados de depresión e indefensión, pero al conocer el contexto, dos de ellas habían quedado solas una por el abandono de la familia y la otra porque su hermana que había sido llevada al extranjero y se quedó sola y en el caso de la tercera, fue porque le hallaron un tumor detrás de la rodilla.

Estos no son los únicos casos, a lo largo de las sesiones se podían observar estos estados de ánimo fluctuantes desde la alegría por recibir la visita de algún familiar, amigo o recibir algo de una persona querida, hasta enojo, tristeza e impotencia por el trato recibido por sus familiares o por situaciones de discriminación en las calles.

Estas circunstancias vuelven aún más laboriosa la sesión psicoterapéutica porque de forma constante se debe luchar con el pesimismo o la sensación de indefensión, resignificando conceptos, cambiando maneras de hablar, simplemente escuchando sus quejas o lo que necesiten decir, realmente se convierte en una labor humana el hecho de comprender a cada uno, nombrarles de la forma en que les gusta, equivocarse en los ejercicios y técnicas sin ser juzgados y el simple hecho de dedicarles dos horas y a veces un poco más a la semana, les permitió verse y ver sus vidas de forma diferente.

La mayoría de técnicas debieron adaptarse con ingenio para ser realizadas con el grupo 01 y 02, lo que demandó la creatividad del grupo para dicha adaptación, considerando las condiciones de movilidad para este grupo, evitando así que alguna participante se dañara o hiciera un esfuerzo físico más allá del que podía realizar. A su vez, la experiencia con ambos grupos, el conocer las historias de vida que ha tenido cada una de las participantes, entre las que hay muertes de alguno de los progenitores o ambos a temprana edad, pobreza extrema, hijos que fueron desaparecidos durante el conflicto armado o desplazamientos forzados, facilitó el desarrollo de la compasión, la paciencia, el agradecimiento y la

sensibilidad a las necesidades que presentan estas personas durante el estadio evolutivo en el que se encuentran.

### **Dificultades y retos para el equipo**

Como equipo, hubo algunos vacíos a nivel teórico y técnico a la hora de desarrollar el proceso de tesis y considerar las condiciones de las personas adultos mayores. Un ejemplo es no haber trabajado el componente sistémico de las participantes, es decir la influencia que sus familias pueden ejercer en su situación de indefensión. Además, el no considerar los aspectos como afinidades políticas, reserva ante la juventud del equipo y concepciones de género.

A esto se suma que la formación en el modelo CC de forma integral se inicia hasta el cuarto año de la carrera, y la modalidad de TBCS está poco desarrollada por el Depto. de Psicología, así como la formación en temas de Género y duelo por pérdidas humanas, materiales y simbólicas. La ausencia de procesos de autocuidado en el equipo, al no realizarse en algún momento del programa existiendo contratransferencia de la IA, incrementando niveles de estrés, generando impotencia e indignación en el equipo al conocer sus historias de vida, confrontando al equipo entre lo que se deseaba hacer y lo que era posible.

A estos niveles de estrés, también se agrega la presión psicosocial del factor trabajo y encontrar el equilibrio entre aquellos miembros del equipo que buscaban empleo, quienes ya trabajaban y quienes tenían trabajos eventuales, generando tensión ante el ritmo propio del proceso de grado.

“El cambio es inevitable y necesario”

## 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

### 6.1. CONCLUSIONES

- ✚ Se demuestra que al implementar y evaluar el programa Psicoterapéutico grupal con modalidad TBCS y modelo CC, se reducen los síntomas de depresión, poca disposición a la acción, incontrolabilidad e ideas de percibirse vulnerables, confirmando su efectividad para la generación y mantenimiento de actitudes positivas de afrontamiento de la IA en las miembros de ATPAM.
  
- ✚ Se apporto a la construcción de una redefinición positiva y realista en las personas adultos mayores con el uso del programa “Nuestro cambio, para cambiar al mundo”, basados en expresiones, comportamientos y actitudes de afrontamiento a la IA, desarrollado durante el proceso.
  
- ✚ Se demuestra la efectividad de combinar la TBCS-CC ya que, trabajaron la resignificación a nivel cognitivo, ventilación emocional a nivel afectivo y la realización de tareas a nivel conductual.
  
- ✚ Devolver una imagen de autoeficacia en las participantes de ambos grupos, les ha permitido reconocer sus recursos personales, habilidades y capacidades que resultan útiles para afrontar las situaciones adversas de su entorno social y favorece la resolución de conflictos.

## **6.2. RECOMENDACIONES**

- ✚ Para mejores resultados en la reducción de los síntomas de depresión, incontrolabilidad y percepción de vulnerabilidad es necesario abordar la IA desde una perspectiva integral incluyendo la participación de instituciones y profesionales de todas las áreas relacionadas a la salud geriátrica, para lograr mayor efectividad las acciones orientadas a la prevención y la intervención de este fenómeno.
  
- ✚ El no tomar en cuenta el enfoque Sistémico (Familias) en el programa de afrontamiento, influyó en los resultados obtenidos al final del proceso ya que el programa se enfocó en los aspectos subjetivos de las participantes.
  
- ✚ Realizar diagnósticos previos a la aplicación de programas que aborden la IA para identificar adecuadamente las actitudes de afrontamiento y su desarrollo durante el proceso, para optimizar una redefinición positiva y realista de los participantes.
  
- ✚ Se sugiere que la perspectiva de con la se aborden futuros programas sea desde la concepción de persona adulta mayor como sujeto capaz, autoeficaz, con habilidades y capacidad que resultan útiles para afrontar las situaciones de su entorno, concibiéndolas como entes con una rica experiencia de vida y sabiduría.

## **OTRAS RECOMENDACIONES**

### **A FUTUROS INVESTIGADORES...**

- ✚ Se sugiere combinar la TBCS con otras modalidades de terapia como la Psicología Positiva, Terapia Estratégica o el Modelo Humanista-Existencial que también se adaptan a las necesidades de la población adulto mayor, aportando recursos para un mejor abordaje de la IA.
  
- ✚ Incorporar el enfoque Sistémico a futuros programas de afrontamiento a la IA para facilitar cambios en las participantes del grupo, al actuar las familias como apoyo al proceso psicoterapéutico.
  
- ✚ Incorporar grupos psicoterapéuticos que aborden otras necesidades psicológicas que están presentes en esta población adulta mayor con IA, como lo son discriminación, duelos y traumas.
  
- ✚ Se sugiere que estudios posteriores sean realizados desde un corte cualitativo y aplicarse desde un paradigma crítico.
  
- ✚ Se recomienda la realización de estudios e investigaciones longitudinales sobre la IA en personas adultas mayores que trabajen por separado la TBCS y el modelo CC, posteriormente trabajarlos de forma integrada y medir su efectividad en la generación de actitudes positivas de afrontamiento a la IA en ambos casos.

- ✚ Para nuevos proyectos de investigación y futuros programas de tratamiento realizarlos con equipos facilitadores integrados por mujeres y hombres, para controlar la influencia de la variable del género.

#### **A LA POBLACIÓN BENEFICIADA**

- ✚ Establecer convenios entra ATPAM y la Universidad de El Salvador que faciliten espacios a profesionales en formación para abordar diferentes necesidades de las personas adultos mayores adscritas a la asociación.

#### **A LA UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR**

- ✚ Al Departamento de Psicología continuar promoviendo la investigación y el desarrollo de programas que den respuesta a las necesidades psicológicas a favor de las personas adultos mayores.
  
- ✚ Al Departamento de Psicología, integrar la Modalidad TBCS como parte de un entrenamiento para estudiantes de Tercero a Quinto año de la carrera para enriquecer su acervo terapéutico, e incluso ser propuesta como una especialización en futuras Maestrías de la Carrera en Psicología.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguiar, P., Díaz, L., & Vázquez, G. (2013). *Retos en la atención a los adultos mayores en Cancún, Quintana Roo. En G. y. Villagómez, Vejez, Una perspectiva sociocultural*. Mérida: Universidad Autónoma de Yucatán.
- American Psychological Association. (2007). *APA Dictionary of Psychology*. Washington: American Psychological Association.
- Anderson, H. (1997). *Conversation, language, and possibilities. A postmodern approach to therapy*. Nueva York: Basic Books.
- Anderson, H. (2006). *A postmodern umbrella: language and knowledge as relational and generative, and inherently transforming*. Nueva York: Routledge.
- Bandura, A. (1977). *Teoría del Aprendizaje Social*. Madrid: Espasa-Calpe.
- Barlett, F., & Piaget, J. (1932). *Remembering*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Beck, A. T. (1979). *Terapia Cognitiva de la Depresión*. Bilbao: DDB.
- Beck, A., Ward, C., Mendelson, M., & Mock, J. y. (1961). *An inventory for measuring depression*. Archives of General Psychiatry.
- Beyebach, M. (2006). *24 Ideas Para una Terapia Breve*. Barcelona: Herder Editorial, S.L.
- Bruner, J. (1990). *Actos de Significado*. Madrid: Alianza.
- De Jong, P., & Kim Berg, I. (2002). *Interviewing for solutions*. Brooks Cole.
- De Shazer, S. (1995). *Claves para la solución en terapia breve*. Barcelona: Paidós.
- Dewey, J. (2014). *Naturaleza Humana y Conducta Humana*. Nueva York: Henry Holt and Company. Obtenido de Books Google.
- Ellis, A. (1962). *Razón y Emoción en Psicoterapia*. Bilbao: DDB.
- Ellis, A., & Grieger, R. (1982). *Manual de Terapia Racional-Emotiva*. Bilbao: DDB.
- Furnham, A. (2010). *50 Cosas que hay que Saber Sobre Psicología*. Barcelona: Planeta.
- García, A., y Maya, A. (2014). *Análisis del concepto de envejecimiento*. Gerokomos. 24(2). Recuperado de: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-928X2014000200002](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2014000200002) Guzmán, A., (2010). *Análisis de la calidad de vida de adultos mayores*. (Tesis de pregrado). Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. México.
- Gergen, K. (1990). *The saturated self*. Nueva York: Basic Books.
- Hernández, N. A. (2003, Dic. 3). *El proceso de envejecimiento*, MEDWAVE, revista biomédica. Revisada por pares, recuperado de: <https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Enfermeria/Dic2003/2753>



- Hiroto, D. S. (1976). Locus of control and learned helplessness. *Journal of Experimental Psychology*, 187-193.
- Hoffman, L. (1995). Constructing realities: an art of lenses. *Family Process*, 1-12.
- Iglesias, J. R., *Cambios en el Proceso de Envejecimiento del Ser Humano*. Instituto Salvadoreño del Seguro Social.
- Institutito para la Atención de Adulto Mayor. *¿Quién es la persona mayor?* Recuperado de <http://www.adultomayor.cdmx.gob.mx/index.php/quien-es-el-adulto-mayor>
- Ingram, R., & Kendall, P. (1986). *Cognitive Clinical Psychology: Implications of an information processing perspective*. Londres: Academic.
- Kalish, R. (1983). *La vejez. Perspectivas sobre el desarrollo humano*. Madrid: Pirámide.
- Labrador, F., Velasco, R., & González, P. (2009). Evaluación de la eficacia de un tratamiento individual para mujeres víctimas de violencia de pareja con trastorno de estrés postraumático. *Pensamiento Psicológico*, 49-63.
- Marrero, M. (2016). *Indefensión Aprendida Como Determinante de la Salud en Mujeres Sobrevivientes de Cáncer de Mama (Tesis Doctoral)*. Universidad de Complutense de Madrid. Madrid.
- Minici. A., Ravadeniera. C., Dahad J., (2010) *Desesperanza Aprendida*. Revista de terapia cognitivo conductual. Volumen (19), p. 1
- MINSAL, Unidad por el Derecho a la Salud. *Modelo de atención en salud para la persona adulta mayor*.
- Morales, J. F. (Ed). (2007). *Psicología Social Tercera Edición*. Aravaca. España. McGraw-Hill/ Interamericana de España, S. A. U.
- Morris, C. & Maisto, A. (2005). *Introducción a la psicología*. México. Pearson Educación de México, S.A. de C.V.
- Neisser, V. (1967). *Psicología Cognoscitiva*. México: Trillas.
- Oblitas, G. (2006). *Psicología de la salud y calidad de vida*. México: Thomson.
- Organización Mundial de la Salud. (2002). *Programa de envejecimiento y ciclo vital. Envejecimiento activo: un marco político*. Revista especial. Geriátrica de gerontología; 37 (supl: 2): 74-105.
- Organización Mundial de la Salud. (1 de Diciembre de 2017). Obtenido de Organización Mundial de la Salud: [apps.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/es/index.html](https://apps.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/es/index.html)
- Osollo, A. (2016) *integración de modelo cognitivo conductual y terapia breve centrada en soluciones en un caso de falta de asertividad y baja autoestima*. (Tesis de Maestría). Universidad Autónoma de Nuevo León. México.

- Paré, D., & Tarragona, M. (2005). Teaching and learning postmodern therapies. *Journal of Systemic Therapies*.
- Papalia, D. E. (2012). *Desarrollo Humano*. México. McGraw-Hill/interamericana editores, S.A. de C.V.
- Pavlov, I. (1927). *Conditioned Reflexes: An Investigation of the Physiological Activity of the Cerebral Cortex*. Londres: Oxford.
- Peterson, C., Maier, S. F. y Seligman, M. E. P. (1993). *Learned Helplessness: A Theory for the Age of Personal Control*. New York: Oxford University Press.
- Pferiffer, C. y Cobo, C. (2012) *Enfermería en el envejecimiento, cambios psicológicos, sociales y familiares asociados al proceso de envejecimiento*. Recuperado de: <https://ocw.unican.es/pluginfile.php/643/course/section/633/Tema%25203%2520Cambios%2520psicologicos.pdf>
- Proyecciones Estadísticas de la Población de El Salvador, (1995-2005) Dirección General de Estadísticas y Censos. DIGESTYC. 1996.
- Ramírez, J., & Rodríguez, J. (2012). El proceso en psicoterapia combinando dos modelos: Centrado en Soluciones y Cognitivo Conductual. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 610-615.
- Rodríguez Feijóo, N. (2007). Actitudes hacia la jubilación. *Interdisciplinaria*.
- Seligman, M. (1975). *Indefensión*. Pensilvania: Debate.
- Shaley, S. (2014). *Libro de Referencia Sobre Aislamiento Solitario*. Londres: Oxford University.
- Skinner, B. (1953). *Ciencia y Conducta Humana*. Barcelona: Fontanella.
- Stroebel, C. F. (1969). Biologic rhythm correlates of disturbed behavior in the rhesus monkey. *Bibliotheca Primatologica*.
- Villegas, M. (1990). El Cambio Cognitivo. *Revista de Psicoterapia*, 51-80.
- White, M., & Epston, D. (1989). *Literate means to therapeutic ends*. Australia: Dulwich.

## **ANEXOS**

## ANEXO 1



UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR  
FACULTAD DE CIENCIAS Y HUMANIDADES  
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA



### ENTREVISTA INICIAL DE PSICOTERAPIA GRUPAL A PERSONAS ADULTAS MAYORES PARA EL AFRONTAMIENTO DE LA INDFENSIÓN APRENDIDA

#### DATOS PERSONALES

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_

Estado civil: \_\_\_\_\_ Profesión: \_\_\_\_\_

#### I. Expectativas y disposición.

¿Qué le ha llamado la atención de este programa de psicoterapia grupal?

¿Por qué le gustaría pertenecer a este grupo psicoterapéutico?

Según usted ¿cuál podría ser un buen resultado de este proceso?

¿Usted estaría dispuesto a trabajar con el grupo psicoterapéutico los días lunes por la tarde? sí\_\_\_\_ no\_\_\_\_

¿Usted estaría dispuesto a trabajar con el grupo psicoterapéutico los días martes por la tarde? sí\_\_\_\_ no\_\_\_\_

¿Cómo se podría comprometer usted con el grupo psicoterapéutico?

## **II. Autopercepción**

¿Cuál es el animal con que usted se identifica? ¿Por qué?

¿Con cuál animal no se identifica? ¿Por qué?

¿Podría describir sus manos?

## **III. Habilidades y capacidades**

¿Puede decirme cuáles son sus mejores habilidades?

¿Para qué cosas siente usted que puede utilizar sus habilidades?

¿Podría describir la última vez que se sintió productivo y útil?

## **IV. Vínculos y redes de apoyo**

De acuerdo a las personas que considera son su familia ¿cuáles serían esas personas?

¿Cómo considera que puede mejorar su relación con su familia?

## **V. Cognición**

Comente cuáles son los pensamientos que más se han repetido en su mente en esta semana

**ANEXO 2**

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR  
FACULTAD DE CIENCIAS Y HUMANIDADES  
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA**

**GUIA DE OBSERVACIÓN  
SESION N° \_\_\_\_**

**Objetivo:** Observar y registrar diferentes comportamientos y actitudes que presenta el consultante durante la sesión psicoterapéutica grupal.

**Datos generales:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Profesión u ocupación: \_\_\_\_\_ Nivel académico: \_\_\_\_\_

Estado civil: \_\_\_\_\_ Periodo de observación: \_\_\_\_\_

Áreas / Sesiones	Sesión 1			Sesión 2			Sesión 3			Sesión 4			Sesión 5		
<b>Área Conductual</b>															
<b>Indicador</b>	<b>M</b>	<b>P</b>	<b>N</b>	<b>M</b>	<b>P</b>	<b>N</b>	<b>M</b>	<b>P</b>	<b>N</b>	<b>M</b>	<b>P</b>	<b>N</b>	<b>M</b>	<b>P</b>	<b>N</b>
Contacto visual															
Responde indicaciones del terapeuta															
Participa en el desarrollo de la sesión.															
<b>Área afectiva</b>															
Lenguaje coherente con su expresión facial															
Expresa abiertamente emociones básicas															
<b>Área cognitiva</b>															
Aplica los aprendizajes obtenidos durante la sesión															
Expresa ideas relacionadas al contenido de la sesión															



**ANEXO 3**

**Escala de Actitudes de Indefensión Aprendida para Personas Adultas Mayores (EAIA)**



**Institución:** \_\_\_\_\_

**Iniciales del nombre:** \_\_\_\_\_ **Profesión u Oficio:** \_\_\_\_\_

**N° de Prueba** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_ **Edad:** \_\_\_\_\_ **Sexo:** \_\_\_\_\_

**Años de permanencia a la asociación:** \_\_\_\_\_

**Estado familiar actual:**

**Soltero/a**  **Acompañada/o**  **Casado/a**  **Divorciada/o**  **Viudo/a**

**Indicaciones:** A continuación, se presenta una serie de afirmaciones que describen opiniones o formas de sentir y actuar para las personas ante diferentes situaciones.

Las cuales deberá responder marcando con un “X” a la que más se identifique con su forma de sentir o pensar según una de las siguientes respuestas:

**De acuerdo**, si se siente identificado con esa afirmación.

**En desacuerdo**, si no se siente identificado con esa afirmación.

**Ni de acuerdo, ni en desacuerdo**, si considera que no le afecta, le da igual o le es indiferente la afirmación.

Procure ser lo más sincero posible, no existen respuestas buenas o malas este instrumento sirve para mejorar la experiencia del programa psicoterapéutico y en aras de apoyar a las investigaciones en favor a la población adulto mayor.

Lea detenidamente cada una de las frases y en caso de necesitar ayuda no dude en consulta a quien facilita la prueba.

En caso de contestar erróneamente y desea cambiar su respuesta encierre en un círculo la “X” correspondiente a la respuesta equivocada y marque la respuesta correcta.

A continuación se presenta un ejemplo de cómo contestar:

### Ejemplo de prueba

Marque con una X la respuesta con la que más se identifica de las siguientes frases.

Ítem	De acuerdo	En Desacuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo
A veces olvido donde dejo mis pertenencias.			
Me cuesta recordar cosas importantes.			
Recuerdo fácilmente las últimas pláticas que he tenido en esta semana.			
Recuerdo muy bien lo que hice ayer.			
Aunque algo sea importante lo olvido fácilmente.			

### Prueba (EAIA)

Marque con una X la respuesta que con la que más se identifica de las siguientes frases.

N.	Frases	De acuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo
	<b>Respuesta</b>			
1	Me da igual las situaciones que pasan a mí alrededor.			
2	No deseo defenderme ante el maltrato que recibo de otros.			
3	Si puedo hacer algo para mejorar mi situación o entorno, lo hago.			
4	Soy capaz de asumir las responsabilidades o retos que me propongo en la vida.			
5	El trabajo que realizo es reconocido por los demás.			
6	Si algo no sale como lo esperaba, lo intento otra vez.			
7	Ante las dificultades pienso en varias soluciones antes de actuar.			
8	No tengo ganas de hacer las actividades que me corresponde realizar.			
9	Soy capaz de decirles a otras personas cuando lo que están haciendo no me gusta.			



<b>N.</b>	<b>Frases</b>	<b>De acuerdo</b>	<b>En desacuerdo</b>	<b>Ni de acuerdo, ni en desacuerdo</b>
	<b>Respuesta</b>			
10	Soy una persona a la que se le dificulta aprender nuevas cosas rápidamente.			
11	Siento entusiasmo cuando hago cosas nuevas.			
12	Tengo dificultad para hacer lo que me propongo.			
13	Pierdo la esperanza con facilidad.			
14	Siento que valgo igual que los demás.			
15	Espero que las cosas estén mal para actuar.			
16	Creo que todo me sale mal.			
17	Deseo superarme aún más en mi vida.			
18	Casi toda la semana me siento cansado y con ganas de dormir.			
19	Pienso en las consecuencias antes de realizar una acción.			
20	No siento de ánimos de hacer nada.			
21	Me gusta realizar actividades en grupo.			
22	Tomo mis decisiones sin consultar a los demás.			
23	Me siento bien cuando pongo todo mi empeño en lo que hago.			
24	Me cuesta trabajo terminar lo que comienzo.			
25	Me arrepiento de algunas decisiones que tome en la vida.			
26	Mi condición actual es por las decisiones y acciones que he tomado.			
27	Me he acostumbrado a mi forma de vivir.			
28	Si las cosas no salen como yo quiero, las abandono.			
29	Me siento conforme con lo que tengo.			



Escala de Actitudes de Indefensión Aprendida para adultos mayores. (EAIA)  
(Hoja de Calificación)

Institución: \_\_\_\_\_

Iniciales del nombre: \_\_\_\_\_ Profesión: \_\_\_\_\_

N° de Prueba \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Años de permanencia a la asociación: \_\_\_\_\_

Estado familiar

Soltero/a  Acompañada/o  Casado/a  Divorciada/o  Viudo/a

Cada ítem puntúa de 0 a 2 puntos como se muestra a continuación:

En desacuerdo = 0, Indiferente = 1, De acuerdo = 2

Con una puntuación mínima 0 y máxima de 58

Los siguientes ítems marcados en **negrita** deberán ser puntuados de forma inversa: **3, 4, 5, 6, 7, 9, 11, 14, 17, 21, 22, 23**. Es decir:

En desacuerdo = 2, Indiferente = 1, De acuerdo = 0

Escala de indefensión aprendida

N.	Ítems	De acuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo
1	Me dan igual las situaciones que pasan a mí alrededor. <b>Cg</b>			
2	No deseo defenderme ante el maltrato que recibo de otros. Af			
3	Si puedo hacer algo para mejorar mi situación o entorno, lo hago. Cd			
4	Soy capaz de asumir las responsabilidades o retos que me propongo en la vida. <b>Cg</b>			
5	El trabajo que realizo es reconocido por los demás. Af			
6	Si algo no sale como lo esperaba, lo intento otra vez. Cd			
7	Ante las dificultades pienso en varias soluciones antes de actuar. Cg			
8	No tengo ganas de hacer las actividades que normalmente me corresponde realizar. Cd			
9	Soy capaz de decirles a otras personas cuando lo que están haciendo no me gusta. Cd			
10	Soy una persona a la que se le dificulta aprender nuevas cosas rápidamente. Cg			

N.	Ítems	En desacuerdo	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	De acuerdo
	Respuesta			
11	Siento entusiasmo cuando hago cosas nuevas. Af			
12	Tengo dificultad para hacer lo que me propongo. Cd			
13	Pierdo la esperanza con facilidad. Cg			
14	Siento que valgo igual que los demás. Af			
15	Espero que las cosas estén mal para actuar. Cd			
16	Creo que todo me sale mal. Cg			
17	Deseo superarme aún más en mi vida. Af			
18	Casi toda la semana me siento cansado y con ganas de dormir. Cd			
19	Primero pienso en las consecuencias antes de realizar una acción. Cg			
20	No siento de ánimos de hacer nada. Af			
21	Me gusta realizar actividades en grupo. Cd			
22	Tomo mis decisiones sin consultar a los demás. Cg			
23	Me siento bien cuando pongo todo mi empeño en lo que hago. Af			
24	Me cuesta trabajo terminar lo que comienzo. Cd			
25	Me arrepiento de algunas decisiones que tome en la vida. Cg			
26	Mi condición actual es por las decisiones y acciones que he tomado. Cg			
27	Me he acostumbrado a mi forma de vivir. Cg			
28	Si las cosas no salen como yo quiero, las abandono. Cd			
29	Me siento conforme con lo que tengo. Af			
<b>Puntaje total de indefensión</b>				
<b>Total por Componente Cognitiva (Cg)</b>				
<b>Total por Componente Afectiva (Af)</b>				
<b>Total por Componente Conductual /Motivacional (Cd)</b>				

Interpretación: Marca con una X en el cuadro vacío según el resultado obtenido de los totales.

Total nivel de Indefensión:

De 0 a 7	No Presenta indefensión	
De 8 a 25	Indefensión Leve	
De 26 a 58	Indefensión Moderada	
De 59 a 87	Indefensión Alta	

Áreas y componentes actitudinales con mayor déficit por indefensión:

Afectiva	Cognitiva	Conductual/Motivacional	Nivel de Afectación
De 0 a 3	De 0 a 3	De 0 a 3	Afectación leve
De 4 a 6	De 4 a 6	De 4 a 6	Afectación Moderada
De 7 a 11	De 7 a 9	De 7 a 9	Afectación Grave

Escala de Actitudes de Indefensión Aprendida para adultos mayores. (EAIA)  
(Hoja de Calificación)

**Escala de actitudes de Indefensión Aprendida aplicada a adultos mayores de la Asociación de la Persona Adulto Mayor de Santa Tecla (Calificación)**

**Nombre de la prueba:** EAIA

**Autores:** Avelar, José. Orantes, Balmore, Rivera, Dennis (2019).

**Administración:** Autoaplicada

**Objetivo:** identificar el nivel de intensidad y predisposición a la Indefensión Aprendida en el cual se encuentran los adultos mayores de la Asociación de la Persona Adulto Mayor de Santa Tecla.

**Descripción de la prueba:** La presente escala está compuesta por 29 ítems, los cuales permiten identificar actitudes relacionadas con la indefensión aprendida en adultos mayores privados de libertad. En los componentes cognitivos (11 ítems), Afectivos (9 ítems) y conductuales (9 ítems). La presente prueba no pretende identificar patologías o trastornos de personalidad, sino que aquellas actitudes positivas o negativas relacionadas a la Indefensión Aprendida.

**Orientaciones al examinador:** Para la aplicación de dicha prueba se hace necesario que el examinador posea conocimientos básicos del término “Indefensión Aprendida” y facilitar el proceso de interpretación de dicha escala.

**Proceso de calificación:** Cada ítems puntúa de 0 a 2 puntos como se muestra a continuación:

En desacuerdo = 0, Ni de acuerdo, ni en desacuerdo = 1, De acuerdo = 2

Con una puntuación mínima 0 y máxima de 58

**Los siguientes ítems deberán ser puntuados de forma inversa:** 3, 4, 5, 6, 7, 9, 11, 14, 17, 21, 22 y 23. Es decir: En desacuerdo = 2, Indiferente = 1, De acuerdo = 0

Este instrumento debe ser interpretado bajo una escala tipo Likert, donde una puntuación menor, indica una menor predisposición hacia la indefensión aprendida y, por tanto, una puntuación mayor indicará una mayor predisposición hacia la indefensión aprendida.

El término *Indefensión Aprendida* hace referencia al estado psicológico que puede producirse cuando el individuo no puede controlar ni predecir los acontecimientos que configuran su vida; y como consecuencia del cual se originan una serie de perturbaciones motivacionales, cognitivas y emocionales que afectan a todo su comportamiento; es decir a la falta de empowerment entendido en su dimensión individual. El modelo de la indefensión ha servido para explicar los trastornos que con frecuencia origina el fracaso escolar, el desempleo, la victimización, o la depresión (Luchow, Crowl, Jeffrey y Kahn, 1985; Alloy, Abramson & Kossman, 1985), situaciones de diversa naturaleza en las que los individuos son privados del control sobre muchos aspectos de su vida.

Existen tres deficiencias fundamentales, que aparecen en los seres humanos como consecuencia de estar expuestos a situaciones no controlables y no predecibles (Ferrandiz, 1996).

*La deficiencia motivacional*, que se caracteriza por una disminución de respuestas.

Los individuos han aprendido que su actuación no sirve para nada y por lo tanto ni siquiera se esfuerzan en resolver sus problemas. Se adaptan a estas situaciones, se habitúan quedando totalmente desmotivados. Las personas pueden renunciar a actuar porque carecen de un sentido de eficacia para alcanzar la conducta requerida, incluso aunque tengan capacidades renuncian a intentarlo. Cada vez encuentran la tarea menos interesante, e intentan resolver los problemas con menos ganas, les falta perseverancia, siendo la pasividad por lo tanto una de las características más sobresalientes.

*La deficiencia cognitiva*, que produce una disposición cognitiva negativa. A los individuos les resulta difícil aprender que sus respuestas han sido eficaces, aun cuando realmente lo hayan sido y distorsionan la percepción de control; creen que en todo lo que emprendan fracasarán, ya que han adquirido la expectativa de independencia entre su conducta y sus consecuencias. La deficiencia cognitiva hace que aumenten las dificultades en los procesos de memorización, comprensión y toma de decisiones.

*La deficiencia emocional*, se define como un incremento en la emotividad y ansiedad seguido de depresión. La incontrolabilidad produce frustración, miedo, insatisfacción. Lo que en numerosas ocasiones se traduce en enfermedades relacionadas con la salud mental,

estrés, ansiedad, depresión, tristeza, así como en enfermedades relacionadas con la salud física, tales como, úlceras, anorexia, cefaleas, trastornos del sueño, trastornos cardiovasculares, infecciones, etc. Nadie niega actualmente que muchas enfermedades tienen un componente psicológico.

Según Seligman (1992), Peterson, Maier y Seligman (1993), los dos grandes moduladores del enfermar son la indefensión y el estilo atribucional.

En base a los conceptos expuestos se muestra la siguiente tabla de las tres áreas y actitudes que se manifiestan en la indefensión aprendida y comprenden el conjunto de Ítems aplicados en la Escala anterior.

### **Listados de actitudes e ítems para la propuesta de escala de actitudes hacia la indefensión aprendida.**

Este listado presenta una serie de Ítems que se utilizaron para el diseño del instrumento final, según las tres deficiencias presentadas en la indefensión (Ferrándiz, 1996), y el análisis de las mismas realizadas por el equipo de trabajo, sin embargo, se presenta al juez experto de forma completa (Los ítems no numerados son aquellos que no forman parte de la escala), para que haga las consideraciones pertinentes en caso de ser necesario remplazar, incluir, modificar o eliminar alguno de los ítems de la escala.

Listados de actitudes e ítems separados por Áreas de Indefensión Aprendida				
N°	Área	Actitudes	Ítem	Componente Actitudinal
1	<b>Motivacional</b>	<b>Resignación resistencia</b>	Acepto las cosas tal y como son dentro de mi hogar.	Cognitivo
3			Si puedo hacer algo para cambiar mi situación o entorno negativo, lo hago.	Conductual
27			Me he acostumbrado a mi forma de vivir.	Cognitivo
			Se me facilita adaptarme a los nuevos cambios en mi forma de vivir.	Conductual
2		<b>Pasividad-Dinamismo</b>	Me siento incapaz de defenderme ante el maltrato que podría recibir de otros.	Afectivo
4	Soy capaz de asumir las responsabilidades que me son asignadas.		Cognitivo	
	Dedico el tiempo suficiente y necesario a las actividades que realizo.		Conductual	
18	Durante el día me siento cansado y con ganas de dormir.		Conductual	

28		<b>Perseverancia Inconsistencia</b>	Si las cosas no salen como yo quiero, las abandono.	Conductual
24			Me cuesta trabajo terminar lo que comienzo.	Conductual
6			Si algo no sale como lo esperaba, lo intento otra vez.	Conductual
			Siempre logro lo que me propongo.	Conductual
		<b>Reactivo Reflexivo</b>	Ante las situaciones difíciles se me dificulta pensar antes de actuar.	Cognitivo
7			Ante las dificultades pienso en varias soluciones antes de actuar.	Cognitivo
15			Espero que las cosas estén mal para actuar.	Conductual
			Tomo la iniciativa ante las actividades de grupo.	Conductual
29		<b>Sumisión Rebeldía</b>	Me siento conforme con lo poco que tengo.	Afectivo
			Rechazo mi situación actual en el centro penal.	Cognitivo
9			Señalo las acciones que otros hacen y me afectan.	Conductual
			Me siento satisfecho con mi condición actual dentro del centro penal a pesar de todo.	Afectivo
5		<b>Eficacia Negligencia</b>	El trabajo que realizo es reconocido por los demás.	Afectivo
12			Se me dificulta realizar las tareas que me asignan.	Conductual
10			Considero que soy una persona a la que se le dificulta aprender nuevas cosas rápidamente.	Cognitivo
			Por lo general alcanzo mis objetivos en el tiempo estipulado.	Conductual
21		<b>Interés Desinterés</b>	Me interesa realizar diferentes actividades en grupo.	Conductual
11			Me siento entusiasmado por realizar actividades nuevas.	Afectivo
8			Me siento sin ánimos de realizar las actividades que me asignan.	Conductual
20			No siento ánimos de hacer nada.	Afectivo
13	<b>Cognitiva</b>	<b>Negatividad Positivismo</b>	Pierdo la esperanza con facilidad.	Cognitivo
14			Siento que soy una persona que tiene el mismo valor que los demás.	Afectivo
			Pienso que nunca hare las cosas bien.	Cognitivo
23		<b>Expectativas Negativas Positivas</b>	Cuándo pongo mi mejor esfuerzo en las actividades que realizo, normalmente me siento satisfecho con los resultados.	Afectivo
17			Deseo superarme aún más en mi vida.	Afectivo
16			Creo que todo me sale mal.	Cognitivo
22		<b>Indecisión Autonomía</b>	Tomo decisiones por mi cuenta, sin necesidad de consultar a otros.	Cognitivo



19			Pienso mucho en las consecuencias antes de realizar una acción.	Cognitivo
			Pienso que soy alguien inseguro.	Cognitivo
		<b>Incomprensión Comprensión</b>	Estoy plenamente consciente del por qué me encuentro dentro del centro penal.	Cognitivo
25			Me cuestiono buena parte del tiempo, las decisiones que tome en la vida.	Cognitivo
26			Merezco estar en mi condición actual, por las decisiones y acciones del pasado.	Cognitivo
		<b>Dificultad de Memoria*</b>	A veces olvido donde dejo mis pertenencias.	Cognitivo
			Me cuesta recordar cosas importantes.	Cognitivo
			Recuerdo fácilmente las última pláticas que he tenido en esta semana.	Cognitivo
			Recuerdo muy bien lo que hice ayer.	Cognitivo
			Aunque algo sea importante lo olvido fácilmente.	Cognitivo

\*El último apartado del cuadro (Dificultades de Memoria), no hace referencia a actitudes sino más bien a que parte del proceso de Indefensión Aprendida es generar atrofia o déficit cognitivo a quienes la sufren, pero estos ítems no miden actitudes, por ello quedaron en calidad de opcionales, pero en el instrumento final fueron colocados como ejemplo de realización.

**ANEXO 4**

**ESCALA DE AVANCE -OBJETIVO**

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Escriba a continuación, los problemas que más le aquejan del más importante al menos importante y por los cuales ha venido al proceso psicoterapéutico grupal, también escriba las conductas que más le gustaría realizar con normalidad y supondrían una mejora significativa en su vida.

Añada que grado de dificultad entre 1 a 10 se encuentra en cada una de ellas. Donde 1 es el momento en que los problemas han estado peor, y 10 el momento en que estarán solucionados del todo.

<b>Conducta</b>	<b>Mejora significativa</b>	<b>Grado de dificultad (0-10)</b>
<b>Problema 1</b>		
<b>Problema 2</b>		
<b>Problema 3</b>		
<b>Problema 4</b>		
<b>Problema 5</b>		

## ANEXO 5

### Escala de Zung

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ fecha: \_\_\_\_\_

Institución: \_\_\_\_\_

Indicaciones: A continuación se le presenta una serie ítems a los cuales deberá responder en los espacios en blanco. Durante las últimas 4 semanas cuánto tiempo se le manifiestan los siguientes sentimientos o pensamientos.

N.	Pensamiento y sentimiento	Muy poco tiempo	Algún tiempo	Gran parte del tiempo	Casi todo el tiempo
1	Me siento triste y deprimido.				
2	Por las mañanas me siento mejor que por las tardes.				
3	Frecuentemente tengo ganas de llorar y a veces lloro.				
4	Me cuesta mucho dormir o duermo mal por las noches.				
5	Ahora tengo mucho apetito como antes.				
6	Todavía me siento atraído por el sexo.				
7	Creo que estoy adelgazando.				
8	Tengo problemas de estreñimiento.				
9	Mi corazón late más rápidamente que antes.				
10	Me canso por cualquier cosa.				
11	Mi cabeza esta tan despejada como antes.				
12	Hago las cosas con más facilidad que antes.				
13	Me siento agitado e intranquilo y no puedo estar quieto.				
14	Tengo esperanza y confianza en el futuro.				
15	Me siento más irritable que habitualmente.				
16	Encuentro fácil tomar decisiones.				
17	Me creo útil y necesario para la gente.				
18	Encuentro agradable vivir; mi vida es plena.				
19	Creo que sería mejor para los demás que yo muriera.				
20	Me gustan las mismas cosas que habitualmente me agradaban.				

## ANEXO 6

### Inventario BAI

Nombre: \_\_\_\_\_ fecha: \_\_\_\_\_

Indicaciones: A continuación, hay una lista de síntomas. Lea, por favor, cada uno de ellos atentamente. Indique el grado de molestia que ha provocado cada síntoma durante las últimas semanas o meses colocando el número adecuado en el espacio correspondiente.

N.	Ítems/ respuesta	0= ninguno	1= ligero	2= moderado	3= grave
1	Insensibilidad física o cosquilleo				
2	Acaloramiento				
3	Debilidad en las piernas				
4	Incapacidad para relajarme				
5	Temor a que me suceda lo peor				
6	Mareos o vértigos				
7	Aceleración del ritmo cardiaco				
8	Sensación de inestabilidad e inseguridad física.				
9	Sensación de estar aterrorizado				
10	Nerviosismo				
11	Sensación de ahogo				
12	Temblor en las manos				
13	Temblor generalizado o estreñimiento				
14	Miedo a perder el control.				
15	Dificultad para respirar				
16	Miedo a morir				
17	Estar asustado				
18	Indigestión o malestar en el abdomen				
19	Sensación de desmayo				
20	Rubor facial				
21	Sudor (no debido al calor)				

## ANEXO 7

### Escala de Rosemberg

Este test tiene por objeto evaluar el sentimiento de satisfacción que la persona tiene de sí misma. Por favor conteste las siguientes frases marcando con una "X" la respuesta que considere más apropiada.

**A. Muy de acuerdo**

**B. De Acuerdo**

**C. En Desacuerdo**

**D. Muy en Desacuerdo**

Frases	/ Respuestas	A	B	C	D
1. Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás.					
2. Estoy convencido de que tengo buenas cualidades.					
3. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente.					
4. Tengo una actitud positiva hacia mí misma/o.					
5. En general estoy satisfecha/o de mi misma/o.					
6. Siento que no tengo mucho de lo que estar orgulloso/a.					
7. En general, me inclino a pensar que soy fracasado/a.					
8. Me gustaría sentir más respeto por mí mismo/a.					
9. Hay veces que realmente pienso que soy un inútil.					
10. A veces creo que no soy buena persona.					

## ANEXO 8: Aprobación de Cambio de Tema de Investigación y Constancias de Validación del



# UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR



## FACULTAD DE CIENCIAS Y HUMANIDADES SECRETARIA

Ciudad Universitaria, Final avenida Mártires y Héroes del 30 julio, San Salvador, El Salvador, C.A

### TRANSCRIPCIÓN DE ACUERDO DE JUNTA DIRECTIVA

FECHA: 12 de agosto de 2019 **CORRECTO**, se corrige tema modificado

PARA: **Lic. Mauricio Evaristo Morales**

Coordinador de los Procesos de Grado del Departamento de Psicología

ACUERDO No. **2151**  
 PUNTO VI.5  
 ACTA No. **32/2019 (10/2015-10/2019)**  
 FECHA DE SESIÓN martes, 30 de julio de 2019

Junta Directiva conoció petición presentada por el Licenciado Mauricio Evaristo Morales Coordinador de los Procesos de Graduación del Departamento de Psicología, quien solicita modificación de tema de investigación de trabajo de Grado para un grupo de estudiantes de la carrera Licenciatura en Psicología. Por lo anterior y con base en las atribuciones que le establece el Art. 32 letra g) de la Ley Orgánica de la Universidad de El Salvador, con cinco votos a favor,

#### ACUERDA:

Autorizar modificación de nombre de tema de investigación de trabajo de grado a petición del Licenciado Mauricio Evaristo Morales, Coordinador de los Procesos de Graduación del Departamento de Psicología, para un grupo de estudiantes del mismo. Según se detalla:


Nombre	Carnet	Tema Original
William José Aveler Pérez	API2003	"DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA PSICOTERAPEÚTICO GRUPAL CENTRADO EN SOLUCIONES COGNITIVO CONDUCTUAL Y SU EFECTIVIDAD EN EL ESTABLECIMIENTO DE ACTITUDES HACIA EL AFRONTAMIENTO DE LA INDEFENSIÓN APRENDIDA DE ADULTOS MAYORES PRIVADOS DE LIBERTAD DEL CENTRO PENAL APANTEOS".
Balmore Antonio Orantes Pérez	OPI2012	
Dennis Alonso Rivera Peña	RP07008	
<b>TEMA MODIFICADO:</b>		
"DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA PSICOTERAPEÚTICO GRUPAL CENTRADO EN SOLUCIONES COGNITIVO CONDUCTUAL Y SU EFECTIVIDAD EN EL ESTABLECIMIENTO DE ACTITUDES HACIA EL AFRONTAMIENTO DE LA INDEFENSIÓN APRENDIDA DE ADULTOS MAYORES DE LA "ASOCIACIÓN TECLEÑA DE PERSONAS ADULTAS MAYORES DE SANTA TECLA".		


#### Instrumento EAIA<sup>7</sup>

<sup>7</sup> Como puede observarse en el titular aparece el termino Personas Adultas Mayores Privados de Libertad del Centro Penal Apanteos, ya que era población original a tratar y durante el proceso de validación del

Lo que hago de su conocimiento para los efectos legales consiguientes.

**"HACIA LA LIBERTAD POR LA CULTURA"**

  
Mtro. Héctor Daniel Carballo  
**Secretario**



/ann.-

instrumento, se aplicaron medidas extraordinarias con el cambio de gobierno, lo que impidió poder continuar con ese proceso y buscar una nueva población, cambiando así el tema de investigación, sin embargo las observaciones realizadas por los jueces expertos tienen igual validez, por su experiencia clínica y de atención a personas adulto mayores.



**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR  
FACULTAD DE CIENCIAS Y HUMANIDADES  
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA**



**DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA PSICOTERAPÉUTICO GRUPAL CENTRADO EN SOLUCIONES- COGNITIVO CONDUCTUAL Y SU EFECTIVIDAD EN EL ESTABLECIMIENTO DE ACTITUDES HACIA EL AFRONTAMIENTO DE LA INDEFENSIÓN APRENDIDA DE ADULTOS MAYORES PRIVADOS DE LIBERTAD EN EL CENTRO PENAL APANTEOS.**

**CONSTANCIA DE JUICIO EXPERTO**

**VALIDACIÓN DE ESCALA DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

Nombre completo: Mario Antonio Menjivar Romero.  
 Grado Académico: Licda. en Psicología.  
 Especialización: Sistema Penitenciario.  
 Cargo actual: Psicólogo  
 Institución: Dirección General de Centros Penales

Por medio de la presente hago constar que realicé la revisión y validación del instrumento de recolección de datos sobre: Indefensión Aprendida., elaborado por los estudiantes egresados de la Licenciatura en Psicología de la Universidad de El Salvador:

William José Avelar Pérez, Belmore Antonio Orantes Pérez, Dennis Alonso Rivera F.

Quienes están realizando un trabajo de investigación titulado:

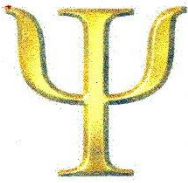
Diseño e Implementación de un Programa Psicoterapéutico Grupal Centrado en Soluciones Cognitivo Conductual y su efectividad en el establecimiento de actitudes hacia el afrontamiento de la indefensa aprendida de adultos mayores privados de libertad en el Centro Penal de Apanteos.

Una vez indicadas las correcciones y observaciones pertinentes considero que dicho instrumento es válido para su aplicación.

Otorgada la validación en fecha: 01- Julio- 2019

Firma y sello de acreditación profesional: [Firma] Lic. Mario Antonio Menjivar Romero  
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA  
J.V.P.P. No. 2409





UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR  
FACULTAD DE CIENCIAS Y HUMANIDADES  
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA



**DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA PSICOTERAPÉUTICO GRUPAL CENTRADO EN SOLUCIONES- COGNITIVO CONDUCTUAL Y SU EFECTIVIDAD EN EL ESTABLECIMIENTO DE ACTITUDES HACIA EL AFRONTAMIENTO DE LA INDEFENSIÓN APRENDIDA DE ADULTOS MAYORES PRIVADOS DE LIBERTAD EN EL CENTRO PENAL APANTEOS.**

**CONSTANCIA DE JUICIO EXPERTO**

**VALIDACIÓN DE ESCALA DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

Nombre completo: Oscar René Castillo Monge  
 Grado Académico: Posgrado universitario  
 Especialización: Psicología Forense - Derechos Humanos  
 Cargo actual: Psicólogo Forense  
 Institución: Instituto de Medicina Legal "Dr. Roberto Masferrer", Región Metropolitana.



Por medio de la presente hago constar que realicé la revisión y validación del instrumento de recolección de datos sobre: Escala de actitudes de indefensión, elaborado por los estudiantes egresados de la Licenciatura en Psicología de la Universidad de El Salvador:

José Arceles, Balmore Orantes y Dennis Rivera  
 Quienes están realizando un trabajo de investigación titulado:

Diseño e implementación de un programa psicoterapéutico grupal centrado en soluciones - cognitivo conductual y su efectividad en el establecimiento de actitudes hacia el afrontamiento de la indefensión aprendida...

Una vez indicadas las correcciones y observaciones pertinentes considero que dicho instrumento es válido para su aplicación.

Otorgada la validación en fecha: 04/julio/2019

Firma y sello de acreditación profesional:  



**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR  
FACULTAD DE CIENCIAS Y HUMANIDADES  
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA**



**DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA PSICOTERAPÉUTICO  
GRUPAL CENTRADO EN SOLUCIONES- COGNITIVO CONDUCTUAL Y SU  
EFECTIVIDAD EN EL ESTABLECIMIENTO DE ACTITUDES HACIA EL  
AFRONTAMIENTO DE LA INDEFENSIÓN APRENDIDA DE ADULTOS  
MAYORES PRIVADOS DE LIBERTAD EN EL CENTRO PENAL APANTEOS.**

**CONSTANCIA DE JUICIO EXPERTO**

**VALIDACIÓN DE ESCALA DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

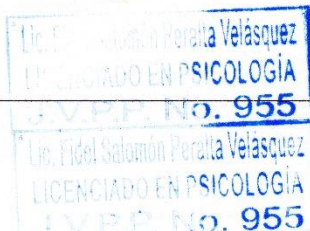
Nombre completo: Fidel Salomón Peralta Velásquez  
 Grado Académico: Licenciado en Psicología  
 Especialización: Maestría  
 Cargo actual: Profesor Universitario  
 Institución: U.E.S

Por medio de la presente hago constar que realicé la revisión y validación del instrumento de recolección de datos sobre: Indefensión Aprendida, elaborado por los estudiantes egresados de la Licenciatura en Psicología de la Universidad de El Salvador:

Quienes están realizando un trabajo de investigación titulado: Diseño e implementación de un programa psicoterapéutico grupal centrado en soluciones -cognitivo conductual y su efectividad en el establecimiento de actitudes hacia el afrontamiento de la indefensión aprendida de adultos mayores privados de libertad en el centro penal de Apanteos.  
 Una vez indicadas las correcciones y observaciones pertinentes considero que dicho instrumento es válido para su aplicación.

Otorgada la validación en fecha: 27 de junio 2019

Firma y sello de acreditación profesional: \_\_\_\_\_





UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR  
 FACULTAD DE CIENCIAS Y HUMANIDADES  
 DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA



**DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA PSICOTERAPÉUTICO GRUPAL CENTRADO EN SOLUCIONES- COGNITIVO CONDUCTUAL Y SU EFECTIVIDAD EN EL ESTABLECIMIENTO DE ACTITUDES HACIA EL AFRONTAMIENTO DE LA INDEFENSIÓN APRENDIDA DE ADULTOS MAYORES PRIVADOS DE LIBERTAD EN EL CENTRO PENAL APANTEOS.**

**CONSTANCIA DE JUICIO EXPERTO**

**VALIDACIÓN DE ESCALA DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

Nombre completo: Mariela Velasco de Avalos  
 Grado Académico: Maestría en Psicología  
 Especialización: Clínica  
 Cargo actual: Profesora universitaria  
 Institución: Universidad de El Salvador

Por medio de la presente hago constar que realicé la revisión y validación del instrumento de recolección de datos sobre: Indefensión aprendida elaborado por los estudiantes egresados de la Licenciatura en Psicología de la Universidad de El Salvador:

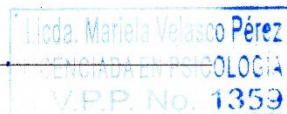
Quienes están realizando un trabajo de investigación titulado:

Diseño e implementación de un programa psicoterapéutico grupal centrado en soluciones cognitivas-conductuales y su efectividad en el establecimiento de la indefensa aprendida de adultos mayores privados de libertad en el centro penal "Apanteos"  
 Una vez indicadas las correcciones y observaciones pertinentes considero que dicho instrumento es válido para su aplicación.

Otorgada la validación en fecha: 2 de julio de 2019

Firma y sello de acreditación profesional:

*Mariela Velasco*





**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR  
FACULTAD DE CIENCIAS Y HUMANIDADES  
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA**



**DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA PSICOTERAPÉUTICO  
GRUPAL CENTRADO EN SOLUCIONES- COGNITIVO CONDUCTUAL Y SU  
EFECTIVIDAD EN EL ESTABLECIMIENTO DE ACTITUDES HACIA EL  
AFRONTAMIENTO DE LA INDEFENSIÓN APRENDIDA DE ADULTOS  
MAYORES PRIVADOS DE LIBERTAD EN EL CENTRO PENAL APANTEOS.**

**CONSTANCIA DE JUICIO EXPERTO**

**VALIDACIÓN DE ESCALA DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

Nombre completo: Marcelino Díaz Menjivar  
 Grado Académico: Licenciado y Master  
 Especialización: Psicólogo Forense  
 Cargo actual: Psicólogo Forense y Profesor Universitario  
 Institución: Instituto de Medicina Legal y UES

Por medio de la presente hago constar que realicé la revisión y validación del instrumento de recolección de datos sobre: Indefensión Aprendida, elaborado por los estudiantes egresados de la Licenciatura en Psicología de la Universidad de El Salvador:

Quienes están realizando un trabajo de investigación titulado: Diseño e implementación de un programa Psicoterapéutico Grupal centrado en soluciones- Cognitivo conductual y su efectividad en el establecimiento de actitudes hacia el afrontamiento de la Indefensión Aprendida de adultos mayores privados de libertad en el Centro Penal Apanteos.  
 Una vez indicadas las correcciones y observaciones pertinentes considero que dicho instrumento es válido para su aplicación.

Otorgada la validación en fecha: 27 de junio de 2019

Firma y sello de acreditación profesional: \_\_\_\_\_





**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR  
FACULTAD DE CIENCIAS Y HUMANIDADES  
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA**



**DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA PSICOTERAPÉUTICO  
GRUPAL CENTRADO EN SOLUCIONES- COGNITIVO CONDUCTUAL Y SU  
EFECTIVIDAD EN EL ESTABLECIMIENTO DE ACTITUDES HACIA EL  
AFRONTAMIENTO DE LA INDEFENSIÓN APRENDIDA DE ADULTOS  
MAYORES PRIVADOS DE LIBERTAD EN EL CENTRO PENAL APANTEOS.**

**CONSTANCIA DE JUICIO EXPERTO**

**VALIDACIÓN DE ESCALA DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

Nombre completo: Jose Angel Melendez Sanchez  
 Grado Académico: Maestría  
 Especialización: area de evaluación psicologica  
 Cargo actual: Profesor universitario  
 Institución: Universidad de El Salvador

Por medio de la presente hago constar que realicé la revisión y validación del instrumento de recolección de datos sobre: \_\_\_\_\_, elaborado por los estudiantes egresados de la Licenciatura en Psicología de la Universidad de El Salvador: William José Avelar Pérez, Balmore Antonio Orantes Pérez y Dennis Alonso Rivera Peña

Quienes están realizando un trabajo de investigación titulado: Diseño e implementación de un programa psicoterapéutico grupal centrado en soluciones cognitivo-conductual y su efectividad en el establecimiento de actitudes hacia el afrontamiento de la indefensión aprendida de adultos mayores privados de libertad del Centro Penal Apanteos"

Una vez indicadas las correcciones y observaciones pertinentes considero que dicho instrumento es válido para su aplicación.

Otorgada la validación en fecha: 20 de julio de 2019

Firma y sello de acreditación profesional: \_\_\_\_\_





**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR  
FACULTAD DE CIENCIAS Y HUMANIDADES  
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA**



**DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA PSICOTERAPÉUTICO  
GRUPAL CENTRADO EN SOLUCIONES- COGNITIVO CONDUCTUAL Y SU  
EFECTIVIDAD EN EL ESTABLECIMIENTO DE ACTITUDES HACIA EL  
AFRONTAMIENTO DE LA INDEFENSIÓN APRENDIDA DE ADULTOS  
MAYORES DE LA ASOCIACION TECLEÑA DE PERSONAS ADULTAS  
MAYORES.**

**CONSTANCIA DE JUICIO EXPERTO**

**VALIDACIÓN DE ESCALA DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

**Nombre completo:** José Julián Castillo

**Grado Académico:** Licenciado en Psicología

**Especialización:** Investigación social y psicogerontología

**Cargo actual:** Asistente y acompañante técnico de los Comités Departamentales de Apoyo a la Inclusión y docente de la cátedra de Psicogerontología

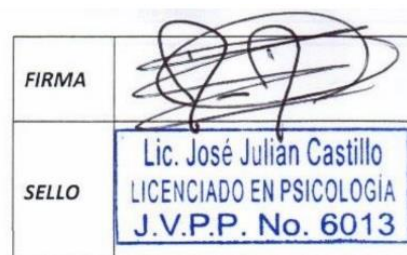
**Institución:** Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología y Universidad Dr. José Matías Delgado

Por medio de la presente hago constar que realicé la revisión y validación del instrumento de recolección de datos sobre: **Escala de Actitudes de Indefensión Aprendida para adultos mayores**, elaborado por los estudiantes egresados de la Licenciatura en Psicología de la Universidad de El Salvador: José Avelar, Dennis Peña y Balmore Orantes. Quienes están realizando un trabajo de investigación titulado: *“Diseño e implementación de un programa psicoterapéutico grupal centrado en soluciones- cognitivo conductual y su efectividad en el establecimiento de actitudes hacia el afrontamiento de la indefensión aprendida de adultos mayores de la Asociación de Personas Adultos Mayores de Santa Tecla”*.

Una vez indicadas las correcciones y observaciones pertinentes considero que dicho instrumento es válido para su aplicación.

Otorgada la validación en fecha: 29\_07\_2019

Firma y sello de acreditación profesional:



Santa Tecla, La Libertad 19 de agosto de 2019

Señores  
Coordinación de Procesos de Pregrado  
Departamento de Psicología  
Presente.

Estimados señores:

Reciban un cordial saludo de parte de nuestra institución, expresándoles nuestros mejores deseos de éxito en su importante labor educativa.

Nos dirigimos a ustedes para hacer constar que el equipo de investigación de tesis conformado por los Brs. William José Avelar Pérez con carnet AP12003, Balmore Antonio Orantes Pérez con carnet OP12012 y Dennis Alonso Rivera Peña con carnet RP07008, han realizado exitosamente la prueba piloto del instrumento de recolección de datos denominado: **“Escala de Actitudes de Indefensión Aprendida para Personas Adultas Mayores”**, para el proyecto de investigación de tesis **“Diseño e implementación de un programa Psicoterapéutico grupal CENTRADO EN SOLUCIONES COGNITIVO-CONDUCTUAL y su efectividad en el establecimiento de actitudes hacia el afrontamiento de la indefensión aprendida de adultos mayores de la Asociación Tecleña de la Persona Adulto Mayor”**.

Realizado el Día martes 13 de agosto de 2019 a las 14:00 horas, en las oficinas centrales de la Asociación Tecleña de la Persona Adulto Mayor, aplicado a 10 personas adultas mayores, explicando al grupo asistente a través de una introducción el objetivo de la prueba. Una vez obtenido el consentimiento del grupo se continuó con una lectura colectiva de los datos generales, las indicaciones del instrumento y posteriormente de cada uno de los ítems para ser contestados.

Cada participante brindo sus observaciones y planteó sus dudas en los apartados necesarios de aclarar, al finalizar la prueba piloto se realizó un retroalimentación del proceso para aclarar dudas y dar propuestas de mejora al instrumento, dicho proceso fue ejecutado durante un tiempo aproximado de 1 hora, destacando las siguientes observaciones:

- Incluir en los datos personales el apartado de “Profesión”.
- Modificar el apartado “Estado familiar” por “Estado familiar actual”.
- En el mismo apartado cambiar los recuadros que se encuentran al lado izquierdo y pasarlos al derecho.
- Dividir por parte las indicaciones en párrafos por cada idea y mejorar la redacción a un lenguaje más sencillo, detallando la calificación y haciendo énfasis en que de ser necesario pueden solicitar la ayuda de los facilitadores.
- Incluir un ejemplo pedagógico de prueba para entender la dinámica de ejecución de la misma.

- Agregar colores a las columnas de respuesta para identificar más rápidamente cual casilla de respuesta marcar.
- Simplificar y mejorar la redacción de los ítems 2, 14, 20 y 26.
- De ser necesario dar lectura colectiva al instrumento.
- Al ser adultos mayores es necesario considerar un tiempo adecuado de 20 min para realizar la prueba.

Agradecemos de antemano la colaboración brindada por su institución así como el valioso aporte de los Brs. José William Avelar Pérez, Balmore Antonio Orantes Pérez y Dennis Alonso Rivera Peña a nuestras labores.

No despedimos de ustedes.

Atentamente.



A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Morena Rubia de Pocasangre', written over a horizontal line.

Licda. Morena Rubia de Pocasangre  
Presidenta Asociación Tecleña de la Persona Adulto Mayor



**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR  
FACULTAD DE CIENCIA Y HUMANIDADES  
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA**



**PROGRAMA DE ATENCION PSICOTERAPEUTICO GRUPAL A  
PERSONAS ADULTOS MAYORES DE LA ASOCIACION TECLEÑA  
DE PERSONAS ADULTOS MAYORES, PARA LA CONSTRUCCION  
DE ACTITUDES DE AFRONTAMIENTO A LA INDEFENSIÓN  
APRENDIDA.**

**GRUPO PSICOTERAPÉUCO  
“TRASCENDER”**

**TERAPEUTAS:**

**AVELAR PÉREZ, WILLIAM JOSÉ**

**ORANTES PÉREZ, BALMORE ANTONIO**

**RIVERA PEÑA, DENNIS ALONSO**

**DOCENTE ASESORA:**

**LIC. ROXANA MARÍA GALDÁMEZ VELÁZQUEZ**



# NUESTRO CAMBIO PARA CAMBIAR AL MUNDO

Programa Psicoterapéutico Grupal para el  
manejo de la Indefensión Aprendida en  
Personas Adultas Mayores

“Todavía existe un hoy y los sueños revitalizan el mañana:  
La vida nunca envejece”.

Rita Duskin, “Halku”, Sound and Light, 1987

## TERAPEUTAS:

AVELAR PÉREZ, WILLIAM JOSÉ  
ORANTES PÉREZ, BALMORE ANTONIO  
RIVERA PEÑA, DENNIS ALONSO

## DOCENTE ASESORA:

LIC. ROXANA MARÍA GALDÁMEZ VELÁZQUEZ



## I. PRESENTACIÓN

El presente “Programa de Atención Psicoterapéutico Grupal a miembros de la Asociación Tecleña de Personas Adultos Mayores, para la construcción de Actitudes de Afrontamiento a la Indefensión Aprendida” denominado: “**NUESTRO CAMBIO, PARA CAMBIAR EL MUNDO**” se encuentra estructurado con una justificación la cual habla de la importancia de esta investigación como pionera en su tipo, expresando su valor teórico, metodológico y práctico ya que fusiona la modalidad psicoterapéutica centrada en soluciones y modelo cognitivo-conductual aplicados en personas adultos mayores.

A continuación se presentan los objetivos del programa que priorizan el cambio hacia la generación o fortalecimiento de actitudes de afrontamiento a la indefensión aprendida. En seguida se muestra la fundamentación teórica, enfocándose principalmente en el apartado de Indefensión Aprendida, Actitudes, contexto para la persona adulto mayor y la *Psicoterapia Centrada en Soluciones Cognitivo-Conductual*<sup>8</sup>. Con ello, es importante mostrar el siguiente apartado, que corresponde a las características propias del programa con todos los elementos teóricos desarrollados.

Seguidamente se presentara la estructura básica de las sesiones y las normas básicas de convivencia y desarrollo del programa. Luego de estos se devela el apartado de Metodología, que cuenta con las herramientas de recolección de datos, el proceso de intervención y el tipo de diseño investigativo aplicado. Cerrando con la planificación de cada una de las sesiones contempladas en el desarrollo de este programa en función de las necesidades de la población a tratar y los respectivos anexos.

---

<sup>8</sup> El Término *Psicoterapia Centrada en Soluciones Cognitivo-Conductual* a partir de este momento será utilizado para hacer referencia a la fusión entre la Modalidad de Terapia Breve Centrada en Soluciones y el Modelo Psicoterapéutico Cognitivo-Conductual.

## II. JUSTIFICACION

La Indefensión Aprendida es un estado en el que la persona afectada por ella pierde el control ante situaciones adversas continuas no placenteras, aprendiendo que sin importar el tipo de solución que puedan encontrar ante tales situaciones el resultado siempre será perjudicial, asumiendo una actitud de sumisión y resignación continuo. La Indefensión Aprendida, como un método de investigación respecto a la desmotivación desarrollado principalmente por Seligman (1975), muestra cómo el maltrato, violación de derechos humanos, precariedad y abandono, pueden llegar a naturalizarse y formar parte de la vida cotidiana de las personas adulto mayores.

Estas condiciones de abuso sistemático, afectan principalmente las áreas cognitivas, al no ser capaces de establecer otra solución más que la establecida por el medio en que se encuentran, motivacional, al no encontrar otros o mejores resultados solo queda resignarse a los mismo perjudiciales resultados, y emocional, por los estados de ansiedad y depresión constantes ante el convencimiento de que los resultados siempre serán aversivos o dolorosos.

Es por ello que se propone la implementación de un programa psicoterapéutico grupal de Intervención Centrada en Soluciones Cognitivo-Conductual, para el afrontamiento de la indefensión aprendida en personas adultos mayores, como prueba piloto de la construcción de una herramienta metodológica que aporte, según el modelo nacional de atención en salud para la persona adulta mayor, a la generación de una atención integral, de calidad y calidez que contribuya a un envejecimiento activo y saludable (MINSAL, 2018).

Este será un proceso de construcción constante y de aprendizaje continuo, tanto para los participantes, como para la formación de profesionales en salud mental, ya que busca convertirse en una alternativa de pautas psicoterapéuticas propias, especializada a la población adulto mayor salvadoreña.

Respecto a los principios teóricos de la Terapia Breve Centrada en Soluciones, desarrollada por Steve De Shazer e Insoo Kim Berg (2000), basados en el trabajo terapéutico de Milton H. Erickson, quienes sugerían una aproximación orientada a futuro y solución, se considera a la persona como un agente activo, con recursos y potencial necesario para la solución de sus problemas (Beyebach, 2006; O'Hanlon, 1995; Téllez, 2007). Y de esta forma deben ser vistas las personas adultos mayores.

Y esta concepción del consultante puede integrarse con el modelo Cognitivo-conductual que busca modificar el modo de interpretación y valoración subjetiva por medio de la conceptualización cognitiva y la identificación de pensamientos automáticos irreales o pesimistas, transformándolos a funcionales (Oblitas, 2006; Labrador, Velasco y González, 2009), tal modelo busca promover la autoeficacia de los consultantes y lograr la disponibilidad del cambio ante las dificultades que le aquejan.

Es decir que tanto la Modalidad de Terapia Breve Centrada en Soluciones como el modelo Cognitivo Conductual, comparten la potenciación de recursos a través del cambio de esquemas mentales, para el manejo de las emociones, logrando así la modificación de la conducta, centrándose en la funcionalidad de la persona, y en Términos de TBCS, sería la resignificación del problema potenciando sus recursos personales.

Lastimosamente en la sociedad salvadoreña especialmente para adultos mayores, se limita el acceso a participar de procesos psicoterapéuticos enfocados en el fortalecimiento de esquemas cognitivos, motivacionales y respuestas emocionales funcionales para su adaptación al estadio de vida al cual pertenecen y el Minsal no cuentan con el personal y estructuras suficientes para la alta demanda de población adulto mayor que exige tratamiento psicológico ya que está más enfocado en los aspectos meramente fisiológicos y orgánicos de la misma.

Esto se debe al contexto de restricción de derechos y el abandono institucional o por lo menos el insipiente apoyo del Estado respecto a la creación de garantías y espacios de salud mental para adultos mayores, según la ley de salud no existe un ente responsable de la persona adulto mayor a pesar que según la Dirección General de Estadísticas y Censos (DIGESTYC) señala que la población adulto mayor representa el 11.5 % de la población nacional con un total 745,874 adultos mayores en 2018.

Finalmente, este proyecto de tesis presenta la oportunidad de trabajar por primera vez en el país, desde la supervisión, evaluación y escrutinio de la academia, en el desarrollo e implementación de la Psicoterapia Centrada en Soluciones Cognitivo Conductual con el innovador aporte de concentrar sus esfuerzos en las necesidades y dificultades psicológicas propias de la población adulto mayor.

Esto permitirá que las interpretaciones teóricas respecto a esta forma de terapia pasen al plano práctico en contextos específicos de afrontamiento de la Indefensión Aprendida que tanto se necesita para la sanación de las dificultades psicológicas de este sector de la sociedad, los cuales, podrán contar con herramientas tanto cognitivas, emocionales, conductuales y actitudinales que permitan su adaptación a la etapa en que se encuentran.

### **III. OBJETIVOS TERAPEUTICOS**

#### **OBJETIVO GENERAL:**

- Desarrollar e implementar un plan de intervención psicoterapéutico grupal para la generación y fortalecimiento actitudes de afrontamiento a la indefensión aprendida en personas adultas mayores a través de la Psicoterapia Centrada en Soluciones Cognitivo-Conductual.

#### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Disminuir la influencia de la indefensión aprendida para el bienestar físico y psicológico de las personas adultas mayores, a través de técnicas de terapia breve con enfoque centrado en soluciones y Reestructuración cognitiva.
- Crear conciencia de sensaciones y sentimientos propios de la indefensión aprendida en la adultez mayor para generar resiliencia por medio de la ventilación emocional, su historia de vida buscando la y redefinición positiva de su condición como adulto mayor.
- Facilitar la instalación de recursos personales, habilidades y actitudes de afrontamiento a la indefensión aprendida.

#### **IV. FUNDAMENTACIÓN TEORICA**

El concepto de indefensión aprendida es importante en la psicología contemporánea por su aportación al conocimiento del funcionamiento del aprendizaje (Endiz y Vicente, 1995, 1997; Lolordo y Taylor, 2001), y su utilización como modelo explicativo de la depresión en humanos (Seligman, 1998; Vollmair y Henn, 2003)

Según el Diccionario de Psicología de la American Psychological Association (APA, 2007), la indefensión aprendida se define como una falta de motivación y fracaso al actuar después de exponerse a un evento o estímulo no placentero, sin que el individuo pueda tener control sobre este. Estos sujetos aprenden que no pueden controlar su ambiente y esto puede llevarlos a fallar en hacer uso de las opciones de control que tienen a su disposición.

Este fenómeno, se caracteriza por producir una triada de déficit interrelacionada a nivel cognitivo, motivacional y emocional (Seligman, 1975). Entre las principales manifestaciones en cada una de estas áreas, se encuentran:

A nivel cognitivo, un retraso e interferencia en el aprendizaje de nuevas tareas de éxito debido a la incompatibilidad entre los estímulos y las respuestas obtenidas en experiencias previas, así como la ausencia de expectativas a futuro.

A nivel motivacional, se presenta inactividad que depende de la carencia de incentivos para responder en busca de una solución, en ausencia de reforzadores positivos.

A nivel emocional, cuando los sujetos vivencian un evento traumático por primera vez, se experimenta con intensidad la emoción del miedo, dicho estado emocional persistirá generando ansiedad, si el individuo aprende que no puede controlar el trauma y posteriormente manifestará depresión.



En este sentido, las personas adultas mayores que no lograron superar situaciones traumáticas o que se encuentran actualmente en situaciones de adversidad, se ven forzados a reprimir sus emociones de desolación y angustia porque deben mantener una actitud de fortaleza, sin embargo, al generarse alguna contingencia que detone o refuerce el recuerdo de esa situación, estos pueden decaer en crisis de angustia o episodios depresivos fuertes.

Aquí se evidencian ciertas actitudes relacionadas a la indefensión aprendida, en los tres componentes mencionados anteriormente.

En cuanto al contexto de la persona adulta mayor se piensa socialmente que debe adquirir un **modelo pasivo de conducta**, se convierten en personas que no promueven iniciativas, ni suelen participar en actividades generales. Este colectivo trata de pasar inadvertido por la sociedad, en la mayoría de los casos; no se suelen asociar a conflictos, ni a peleas, son vistos como símbolo de paciencia y quietud, normalmente para ser invisibilizadas sus necesidades reales.

Sumado a esto, a medida que se va deteriorando la red social de la persona adulto mayor con los años, también aparecen sentimientos negativos, como la soledad, la tristeza o/y la añoranza. Este aspecto actuará como un factor de riesgo, que los deja desprovistos de afecto y de motivación para su quehacer, porque también presentan dificultades a la hora de socializar con colectivos más jóvenes, a los cuales ven como entes que no pueden comprender su condición.

## V. CARACTERISTICAS DEL PROGRAMA

### FASES DEL PROGRAMA:

#### Fase I Promoción y Selección

**Gestión con la institución:** visita a la institución para coordinar con la Presidente de la Asociación Tecleña de la Persona Adulto Mayor, la implementación del programa, la cantidad de participantes, los días y las horas de realización del mismo.

**Promoción y selección:** mediante una charla de promoción con afiches y brochures se explicará a la población seleccionada por la asociación en qué consistirá el programa, su tiempo de duración y el tema de indefensión que será abordado.

#### Fase II Proceso de ejecución

**Presentación del programa y evaluación de los participantes:** se inicia desmitificando el rol del psicólogo, luego el encuadre de grupo terapéutico mediante el conocimiento de las expectativas de los mismo; se procede a aplicar el pre-test **Escala de depresión de Zung, Escala de Actitudes hacia la Indefensión Aprendida para adultos mayores, Inventario de Ansiedad de Beck y Escala de Autoestima de Rosenberg** y la **Esacala de avance-objetivo** de lo que esperan cambiar durante el proceso según grado de dificultad.

**Implementación del programa:** se implementan técnicas del Modelo cognitivo-conductual como reestructuración cognitiva, técnicas de relajación, ventilación emocional, historia de vida, entrenamiento en habilidades sociales, y serán apoyadas con técnicas de la modalidad Terapia Breve centrada en soluciones como tarea de fórmula, correo sentimental, metáforas, identificación de recursos personales, audiovisuales, entre otros para lograr el bienestar físico y psicológico y el manejo de sus estados de indefensión, así como elementos de psicoeducación para el área cognitiva, afectiva, motivacional, somática-sexual, interpersonal, intrapersonal, y conductual.

**Finalización y clausura del grupo psicoterapéutico:** en esta parte se aplica el post-test de las escalas e inventario, para verificar la efectividad del programa,

posteriormente la evaluación de la escala de avance para verificar si la sintomatología se mantuvo o disminuyó. Se aplica una hoja de valoración personal sobre la utilidad de dicho programa y a su vez expresar sugerencias y nivel de efectividad del mismo.

### **Fase III Cierre de proceso**

**Procesamiento y análisis de resultados:** se realiza una comparación entre pre-test y post-test de las escalas e inventario, para corroborar las mejoras significativas en los participantes igualmente se realizará una comparación entre conductas objetivo que presentaban en común, en la escala de avance, para contrastar los cambios conductuales y somáticos presentados en ambos instrumentos.

**Presentación pública de resultados a la institución:** al finalizar el proceso se presentarán a las autoridades de la ATPAM y participantes del programa, los resultados obtenidos durante el proceso psicoterapéutico, y luego se les hará la entrega de un diploma de participación.

## DESCRIPCION DEL PROGRAMA DE INTERVENCION

El presente programa es regido bajo el modelo Cognitivo-conductual en la modalidad terapia breve y proceso de intervención CASIC que se desglosa de siguiente forma:

<b>Áreas a intervenir</b>	<b>Técnicas</b>
<i>Cognitiva (C)</i>	Tarea de formula Reestructuración cognitiva Modelo ABC Identificación de ideas irracionales Clasificación de distorsiones cognitivas Identificación de pensamientos alternativos Redefinición de pensamientos.
<i>Afectiva (A)</i>	Ventilación emocional Historia de la vida Establecimiento de recursos Metaforas Radares positivos Correo sentimental
<i>Espacios de esparcimiento(Motivacional)</i>	Cine forum Reflexion del proceso
<i>Somatica (S)</i>	Técnicas de relajación Visualización guiada Autocuidado
<i>Sexual Inter/Intra personal (I)</i>	Psicoeducación Entrenamiento de habilidades sociales Entrenamiento en resolución de problemas Identificación de recursos personales
<i>Conductual (C)</i>	Entrenamiento Asertivo Ensayos conductuales

Cabe mencionar que por el tipo de población se hace necesario introducir espacios de esparcimiento.

- a) Número de sesiones:** 12 (1 cada semana).
- b) Duración de las sesiones:** Dos horas con 30 minutos.
- c) Número de participantes:** 12 a 15 participantes

## VI. ESTRUCTURA DE SESIONES

A continuación, se muestra el formato de las órdenes del día, los cuales corresponden a la agenda que se presentara a la población participante y los apartados que le corresponde. También es necesario aclarar que esta es una propuesta de intervención que puede quedar sujeta a cambio, por ejemplo parte de los procesos autónomos que desarrolla la asociación es un espacio de oración inicial y la realización de una rifa en el intermedio de la sesión, esto es una particularidad propia de este grupo lo cual es incluido en nuestro proceso mas no se encuentran en la estructura de sesión como tal.

### ORDEN DEL DIA DE LAS SESIONES

**Tema:** \_\_\_\_\_.

**Fecha:** \_\_/\_\_/\_\_\_\_

**Sesión N°:** \_\_

**Objetivo:** \_\_\_\_\_.

**Revisión de tareas:** Revisión de Tareas y/o Autorregistros de la técnica \_\_\_\_\_.

**Lectura corta:** Se realiza la lectura corta“ \_\_\_\_\_” la cual explica la problemática de \_\_\_\_\_.

**Trabajo en Contacto:** Se aclaran dudas o preguntas a nivel personal con cada uno de los participantes.

**Técnica Principal modelo CC:** \_\_\_\_\_

**Técnica Principal modalidad TBCS:** \_\_\_\_\_

**Tareas para la Próxima semana:** \_\_\_\_\_

**Avisos.**

**Cierre**

A continuación se presentan las planificaciones de las sesiones las cuales corresponden al material guía del equipo facilitador y que no se muestra a la población participante y compone elemento protocolarios y de ejecución del orden del día, es de uso exclusivo de los facilitadores.

## **PLANIFICACIÓN DE SESIONES**

**Sesión 2: “La información que nos permita realizar un cambio”**

**Fecha: 26/08/2019**

**Objetivo:** Informar y orientar al grupo psicoterapéutico respecto a la Indefensión aprendida, el modelo ABC y las ideas irracionales.

1. **Apertura y presentación** (Modalidad de presentación del orden del día) **(Presentado por el terapeuta 1)**
2. **Revisión de tareas** (Según la tarea asignada en la sesión anterior correspondiente al modelo CC o modalidad TBCS) **(Ejecutado por el terapeuta 1,2 y 3)**
3. **Psicoeducación de Indefensión Aprendida:** Se entregará un texto sobre la indefensión aprendida el cual se discutirá con los participantes del grupo psicoterapéutico. **(Presentado por el terapeuta 3)**
4. **Intervención cognitivo conductual:** La técnica elegida es Modelo ABC. **(Ejecutado por el terapeuta 1)**
5. **Intervención centrada en soluciones:** Se adaptará la **metáfora** del elefante encadenado de Jorge Bucay. **(Presentado por el terapeuta 2)**
6. **Tareas para la próxima sesión** (Según modalidad de intervención) **(Explicado por el terapeuta 3)**
7. **Avisos y Cierre** (Incluirá la técnica de cierre de sesión) **(Ejecutado por el terapeuta 1, 2 y 3)**

## VII. NORMAS DE APLICACIÓN

### Acuerdos de convivencia

- 1. Permitirse vivenciar:** Es darse la oportunidad de dejar que las emociones, experiencias y procesos se puedan vivir con plena conciencia y confianza en que se hacen por el bienestar personal y del colectivo.
- 2. Respeto:** Es valorar a la persona con la dignidad que se merece y dignificarse también uno mismo frente a los otros, viéndonos con el mismo valor y confianza.
- 3. Confidencialidad:** Es respetar, sin juzgar lo que manifieste o manifiesten mis compañeros durante el proceso entendiendo que eso no tendrá otro lugar para ser hablado o manifestado más que en el grupo psicoterapéutico construido y tener la confianza de que no será divulgado en otro espacio.
- 4. Retribución:** En caso de romper o fallar con la confidencialidad se pedirá al participante o participantes exponga al grupo su fallo y exprese una alternativa de como compensar el daño, de no hacerlo en colectivo se buscara una forma.
- 5. No uso de celulares:** Para un mejor aprovechamiento del proceso se solicita dejar los teléfonos mientras nos encontramos en sesión.
- 6. Hablar en primera persona:** Siempre que demos nuestra opinión lo haremos en nuestro nombre, no se utilizaran frases como “nosotros”, “ustedes”, “la gente”, “se entiende” y se hablara o dará opiniones o reflexiones personales anteponiendo “Yo”, por ejemplo: “Yo creo”, “Yo siento”, “Yo veo”, “Yo opino”, entre otros.
- 7. Nombrarnos:** Siempre llamarnos por nuestros nombres o como nos gusta que nos llamen, siempre con el respeto debido, de no recordar el nombre no tener la pena de preguntar a la persona para referirse a ella de forma adecuada.
- 8. Dedicarse al espacio:** Es mostrar interés por todo lo que sucede en el grupo terapéutico, participar de las actividades con la mejor disposición posible, ser francos en decir cuando algo no creo poder hacerlo, pedir el apoyo del grupo de necesitarlo y estar plenamente consciente de que este es un espacio que busca el bienestar de todos los participantes.
- 9. Las que el colectivo considere:** Son los acuerdos que el colectivo considere hacen falta establecer en base a sus necesidades y para mejorar la experiencia.

## VIII. METODOLOGIA

### A. FORMULACION METODOLÓGICA

**Enfoque:** Cuantitativo, ya que la efectividad del programa a implementar en este estudio y sus resultados se medirán basado en las observaciones, las escalas de avance, las pruebas pre y postratamiento administradas a participantes adultos mayores, facilitando realizar una identificación estadística del cambio de actitudes de afrontamiento hacia la indefensión aprendida.

**Tipo:** Cuasiexperimental, debido a que se manipulará intencionalmente la variable independiente (para este estudio la aplicación de un programa psicoterapéutico centrado en soluciones cognitivo-conductual) y medir los efectos generados por dicho programa de intervención en la variable dependiente, la cual es, las actitudes de afrontamiento a la indefensión aprendida, así como el uso de técnicas para el control de las variables contaminadoras, sin embargo no se podrá tener un control absoluto de selección de la población debido a las disposiciones de convivencia de la institución. Tales técnicas contempladas son la constancia y el balanceo, para evitar sesgos en la investigación.

**Diseño:** Diseño de series temporales interrumpidas con variables dependientes no equivalentes, esto se explica en el hecho que el programa de intervención psicoterapéutico centrado en soluciones cognitivo-conductual es la variable independiente y se administrará a dos grupos en dos condiciones: un grupo de adultos mayores que poseen cargos de dirección y liderazgo y otro grupo de personas adultos mayores miembros comunes de la asociación.

Cabe aclarar que en ambas condiciones, se carece de una forma de control total de las variables contaminadoras a lo largo del proceso de aplicación del programa psicoterapéutico y selección de la muestra. No obstante, el diseño de investigación en cuestión facilitará la evaluación de los resultados del programa de intervención y trabajar detalladamente los procesos de afrontamiento respecto a la indefensión aprendida y sus actitudes en estos grupos.



## B. POBLACIÓN Y MUESTRA

**Población:** Consiste en un total aproximado de 100 adultos mayores cuyas edades oscilen entre los 55 y 92 años.

**Muestra:** De la población anterior, se seleccionarán a 30 participantes que compongan dos grupos cumpliendo las dos condiciones especificadas en el apartado de Diseño y también que sepan leer y escribir, que no padezcan de alteraciones psiquiátricas o discapacidades cognitivas, visuales o auditivas.

El tipo de muestreo mediante el cual serán conformados estos grupos, será el Muestreo Intencionado, puesto que este tipo de muestra no se rige por la reglas de la estadística, es decir, que de una población total de adultos mayores se elegirán aquellos que manifiesten mayores actitudes relacionadas con la Indefensión Aprendida y bajo los criterios de la institución.

## C. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DATOS

**Técnicas:** Entre las que se utilizarán en este estudio, se encuentran las siguientes:

- **Observación** participante: Siendo una técnica utilizada por lo general en investigaciones cualitativas, en este estudio permitirá conocer mejor a los sujetos participantes así como sus prácticas dentro del contexto que viven.
- **Entrevista dirigida semiestructurada:** Es la comunicación establecida entre investigadores y los sujetos que participarán en el estudio. Esta comunicación tiene como objetivo conocer mejor el fenómeno de la indefensión aprendida y aquellas actitudes relacionadas a esta.

**Instrumentos:** Los instrumentos a utilizar en este estudio son:

- **Guías de observación:** Se utilizará durante cada sesión del programa de intervención con el objetivo de registrar aspectos sobre la apariencia física, reacciones emocionales y conductuales, el lenguaje de los sujetos y su interacción con el equipo de terapeutas.

- **Guía de entrevista:** Es un breve instrumento cuyo propósito será recopilar información sobre las expectativas y motivaciones de los sujetos acerca del programa de intervención, la percepción acerca de sí mismos o los vínculos con sus familiares.
- **Escala de Actitudes hacia la Indefensión Aprendida para Personas Adultas Mayores (EAIA):** Es un instrumento diseñado por el equipo de investigación. Esta propuesta consiste en una escala tipo likert autoaplicada de 29 ítems que explora los tres componentes del fenómeno de la indefensión aprendida: Afectivo, cognitivo y conductual y permite seleccionar una de tres opciones para responder a cada ítem, dichas opciones son: En desacuerdo, Ni de acuerdo, ni en desacuerdo y De acuerdo (del 0 al 2, respectivamente salvo en los ítems que se puntúan de forma inversa) siendo la puntuación menor 0 y la mayor 58. Una puntuación menor indica una predisposición menor respecto a la indefensión aprendida y una puntuación mayor, una mayor predisposición a la indefensión aprendida.
- **Escalas de avance:** Pertenece a la terapia breve centrada en soluciones y consiste en una línea base que se divide en diez segmentos, que van del 0 al 10 acerca de la percepción de los sujetos acerca del problema, siendo el 0 el valor de lo peor o lo más grave y 10 que el problema ha sido resuelto. Estas escalas son subjetivas, pero cumplen el propósito de cuantificar la esperanza que tienen los consultantes que los problemas cambien, el avance desde la sesión previa, entre otros.
- **Escala de depresión de Zung:** Instrumento para medir la depresión en base a 20 ítems que miden la frecuencia con que los síntomas depresivos se manifiestan a partir de las respuestas: Muy poco tiempo, Algún tiempo, Gran parte del tiempo y Casi todo el tiempo calificados del 0 al 3, donde en menor puntuación menos propenso se es a la depresión y entre mayor puntuación se es más propenso.

- **Inventario de Ansiedad de Beck:** Instrumento para medir la depresión en base a 21 ítems que miden la frecuencia con que los síntomas de ansiedad se manifiestan a partir de las respuestas: ninguno, ligero, Moderado y Grave, calificados del 0 al 3, donde en menor puntuación menos propenso se es a problemas de ansiedad y entre mayor puntuación se es más propenso.
- **Escala de Autoestima de Rosemberg:** Instrumento para medir los niveles de autoestima en base a 10 ítems que miden características de autoestima a partir de las respuestas: Muy de acuerdo, De acuerdo, En desacuerdo y Muy en desacuerdo calificados del 0 al 3, donde en menor puntuación posee bajos niveles de autoestima y entre mayor puntuación posee altos niveles de autoestima.

#### D. PRESUPUESTO

El presupuesto aproximado para el estudio es el siguiente:

Rubro	Monto
Transporte	\$ 150. <sup>00</sup>
Papelería y Materiales Psicoeducativos	\$ 85. <sup>00</sup>
Material tecnológico	\$ 320. <sup>00</sup>
Viáticos	\$ 660. <sup>00</sup>
<b>Total</b>	<b>\$1215.<sup>00</sup></b>

## IX. PLANIFICACIÓN DE LAS SESIONES

Sesión 1: “BIENVENIDA, ENCUADRE Y VINCULO”

Fecha: 19/08/2019

### Orden del Día (Anexo 0.1)

**Objetivo:** Establecer el encuadre diagnóstico a través de la aplicación de las pruebas, así como la vinculación del grupo a través de un rapport inicial.

- 1. Apertura y presentación:** Se dará por iniciado el proceso de psicoterapia grupal, explicando al colectivo que, quienes son los miembros del equipo facilitado, que se pretende a nivel general.
- 2. Dinámica de ambientación:** se realizará la dinámica de presentación “Yo mi amor” y un diálogo de presentación con cada uno posponiendo la frase mi amor. (Anexo 1.1)
- 3. Acuerdos de convivencia:** Se presentarán una serie de propuestas las cuales servirán para una mejor convivencia entre los participantes de este proceso estas son: Permitirse vivenciar, Respeto, Confidencialidad, No uso de celulares, Hablar en primera persona, Nombrarnos, Dedicarse al espacio y las que el colectivo considere. (Anexo 1.2)
- 4. Firma de contrato terapéutico:** Se dará lectura y posteriormente se firmará el contrato terapéutico el cual servirá para generar un mayor compromiso de ambas partes en poner su mejor esfuerzo en el proceso psicoterapéutico. (Anexo 1.3)
- 5. Aplicación de las prueba pre-tratamiento:** Se aplicarán las pruebas: EAIA y Escala de Depresión de Zun y Escala de Ansiedad de Beck. (Anexos 1.4- 1.7)
- 6. Escala de avances:** Con la cual se permitirá evaluar, el nivel subjetivo en que la persona considera se encuentra su dificultad psicosocial particular. (Anexo 1.8)
- 7. Retroalimentación:** Se procederá a un espacio de reflexión en el cual haremos recuento de lo aprendido durante esta sesión.
- 8. Asignación de tarea:** tarea de fórmula de la primera sesión. (Anexo 1.9)
- 9. Agradecimientos y Cierre:** Se realizará una dinámica llamada la margarita. (Anexo 1.10)

**Objetivo:** Informar y orientar al grupo psicoterapéutico respecto a la Indefensión aprendida, el modelo ABC y las ideas irracionales.

1. **Apertura y presentación:** Se inicia con el saludo y realizar en seguida un sondeo breve sobre cuáles cosas han mejorado en los miembros del grupo respecto a la problemática, retroalimentando la sesión anterior. Posteriormente, se hará la dinámica de presentación “Chico se comió un chocolate” (**Anexo 2.1**)
2. **Revisión de tareas:** Se discutirá la tarea que se dejó anteriormente y cómo se sintieron al realizarla.
3. **Psicoeducación de Indefensión Aprendida:** Se entregará un texto sobre la indefensión aprendida el cual se discutirá con los participantes del grupo psicoterapéutico. (**Anexo 2.2**)
4. **Intervención cognitivo conductual:** La técnica elegida es Modelo ABC, donde se explicará a los miembros del grupo la forma en la que las emociones y conductas humanas están mediadas por los pensamientos e ideas que presenta cada persona, así como explicar en qué consisten los pensamientos irracionales. (**Anexo 2.3**)
5. **Intervención centrada en soluciones:** Se adaptará la metáfora del elefante encadenado de Jorge Bucay (**Anexo 2.4**) desarrollándose en forma breve sin perder la idea central de esta. Los terapeutas retroalimentarán al terminarla y pedirán la participación del grupo sobre la reflexión de la metáfora. Retoman las ideas principales y guían hacia la reflexión de cómo existen situaciones o dificultades que atraviesan las personas y les impiden realizar muchas actividades funcionales o gratificantes y esto será vinculado con una hoja de análisis respecto a la indefensión aprendida para una mejor comprensión
6. **Cierre:** Para finalizar la jornada se hace una ronda de preguntas para solventar cualquier duda y se hacen conclusiones de la actividad. Se asignará una tarea para la casa o ejercicios para realizar en sesión. Se retroalimentan los puntos más importantes de la sesión y se da por finalizada la sesión. (**Anexo 2.1**)

**Área: Cognitiva**

**Objetivo:** Identificar las principales distorsiones cognitivas cómo las ideas irracionales pueden clasificarse en cada una de estas.

**Orden del Día (Anexo 0.1)**

1. **Apertura y presentación:** Se inicia con el saludo y realizar en seguida un sondeo breve sobre cuáles cosas han ido mejor en los miembros del grupo respecto a la problemática, retroalimentando la sesión anterior. Posteriormente, se hará la dinámica de presentación “Yo soy... y pienso...” **(Anexo 3.1)**
2. **Revisión de tareas:** Se discutirá la tarea que se dejó anteriormente y cómo se sintieron al realizarla.
3. **Psicoeducación sobre las distorsiones cognitivas:** La técnica elegida Presentación de distorsiones cognitivas. Se iniciará con la metáfora de los baobabs de la historia de *El Principito* de Antoine de Saint-Exupery para explicar las distorsiones cognitivas **(Anexo 3.2)**. Luego, se pedirán algunas participaciones del grupo para conducir a la reflexión.
4. **Intervención cognitivo conductual:** Se explicará el tipo de distorsiones más frecuentes que las personas pueden experimentar como: pensamiento de todo o nada, generalización, personalización, visión de túnel, visión catastrófica. Lo debo, tengo y merezco. **(Anexo 3.3)** Posteriormente, se realizaría la técnica de debate del pensamiento. Para ello, trabajarían en pareja cada uno y representaría una técnica que luego la mostrarán a sus compañeros. Las técnicas a escoger son las siguientes: Análisis de costo de beneficios, disputa racional o diálogo socrático y técnica doble. **(Anexo 3.4)**
5. **Intervención centrada en soluciones:** Se realizará la técnica del “correo sentimental”, Posteriormente, se reflexiona sobre cómo se sintió, qué es lo que pensó y qué puede hacer para sentirse mejor. **(Anexo 3.5)**
6. **Cierre:** Para finalizar la jornada se hace una ronda de preguntas para solventar cualquier duda y se hacen conclusiones de la actividad. Se retroalimentan los puntos más importantes de la sesión y se da por finalizada la sesión.

**Área: afectiva**

**Objetivo:** Identificar la emociones básicas y secundarias que todos los seres humanos tienen y el impacto que estas tienen en los pensamientos y la conducta.

**Orden del Día (Anexo 0.1)**

1. **Apertura y presentación:** Seguidamente se procederá a una retroalimentando la sesión anterior.  
Posteriormente, se hará la dinámica de ambientación e introducción al tema de la sesión. **“Círculos Concéntricos” (Anexo 4.1)**
2. **Revisión de tareas:** Se discutirá la tarea que se dejó anteriormente y cómo se sintieron al realizarla.
3. **Psicoeducación: emociones básicas, secundarias o sociales:** para la realización de dicha actividad se procederá a la realización de dos grupos de trabajo, cada uno estará coordinado por uno de los facilitadores. Se le entregará a cada grupo material de trabajo cada grupo tendrá como objetivo identificar y clasificar las emociones en sus diferentes grupos, durante este proceso cada grupo tendrá que ir discutiendo junto con el facilitador cada una de las emociones y si esta es agradable o desagradable, asimismo su impacto en la conducta. **(Anexo 4.2)**
4. **Intervención cognitivo conductual:** apoyado en la pirámide de las necesidades de Maslow el cual deberá ser explicado a las personas adultas mayores. Luego se le pedirá a cada participante que piense en dos situaciones una agradable y otra desagradable que durante las últimas dos semanas haya enfrentado, uno de los facilitadores anotara esta situación en post-it y lo colocara en la necesidad que según los participantes corresponda. Seguidamente se procederá a realizar un análisis de como reaccionamos a cada una de las situaciones que enfrentan haciendo énfasis en proactivo (aprovechar el momento o auto motivación) o reactivo (relax, confort, deseos de huir de, aislamiento). Para finalizar el ejercicio el facilitador hará énfasis en la importancia de reaccionar positivamente ante todas las situaciones. **(ver anexo 4.3)**
5. **Intervención centrada en soluciones:** se realizará la técnica de **radares positivos** en parejas. Cada persona tendrá un minuto para reconocer de su pareja las cosas positivas de ella.
6. **Cierre:** Para finalizar la jornada se hace una ronda de preguntas para solventar cualquier duda y se hacen conclusiones de la actividad. Se retroalimentan los puntos más importantes de la sesión y se da por finalizada la sesión.
7. **Tarea: radares positivos,** durante la semana cada persona tendrá que mantener su atención en las cosas que suceden a su alrededor por más negativas que sean tendrá que observar lo positivo en ella. **(Anexo 4.4)**

**Área: Afectiva (Historia de vida)**

**Objetivo:** identificar los diferentes acontecimientos de la vida personal de cada uno de las personas adultas mayores, su nivel de importancia y el nivel de influencia que tuvieron en su vida.

**Orden del Día (Anexo 0.1)**

- 1. Apertura y presentación:** Se inicia con el saludo y realizar en seguida un sondeo breve sobre cuáles cosas han ido mejor en los miembros del grupo respecto a la problemática. **(escala de avance).**  
Seguidamente se procederá a una retroalimentando la sesión anterior.  
Posteriormente, se hará la dinámica de ambientación e introducción al tema de la sesión. **(Ver anexo 5. 1) “presentación quién soy aquí y ahora”**
- 2. Revisión de tareas:** reflexión sobre los eventos difíciles que se han presentado durante la semana y sacar lo positivo de ellos. **“Radares positivos” en** el cual tendrá que compartir con el pleno los diferentes momentos difíciles que ha enfrentado durante la semana y como desde el punto de vista positivo ha logrado enfrentarlos.
- 3. Psicoeducación: ¿Qué es la historia de vida?** Uno de los facilitadores deberá explicar a los participantes en que consiste la historia de vida y cuál es la importancia de misma. Seguidamente dará paso a la técnica del libro abierto. **(ver anexo 5.2)**
- 4. Intervención cognitivo conductual: Libro abierto. (ver anexo 5.3)** Primeramente se ordenará a los participantes en círculo, en el centro deberá colocarse una silla con un libro, el cual deberá estar abierto. Uno de los facilitadores explicara a participantes en que consiste la dinámica a realizar. Seguidamente, deberá dar inicio a la dinámica voluntariamente uno de los participantes, el cual deberá pasar al centro sentarse en la silla, abrir el libro y contar a los demás su historia de vida en un tiempo máximo de 5 minutos, tomando en cuenta los siguientes puntos, eventos importantes de la niñez, adolescencia, juventud, adultez y actualidad. Cuando termine deberá tomar su asiento nuevamente y cerrar el libro en señal de confidencialidad.
- 5. Intervención centrada en soluciones: Tres preguntas para una vida feliz. (ver anexo 5. 4)** Uno de los facilitadores explicara a los participantes que después de haber hecho un recorrido por mi historia de vida es importante hacer un recuento de eventos o acciones en las cuales me he sentido orgulloso de la persona que soy. Por lo cual se procederá a realizar tres preguntas que los participantes deberán responder. Este ejercicio deberá realizarse en parejas. cada miembro de la pareja tendrá 30 segundos para responder a la pregunta y compartir la respuesta con su compañero.
- 6. Tarea: recuerdos positivos.** Se sugerirá a las participantes que cada noche, antes de dormir, traiga a su memoria algún recuerdo positivo de su vida.
- 7. Cierre:** se agradecerá a los participantes por su colaboración durante la sesión y se les motivará a continuar asistiendo a las sesiones.



**Área: Somática (Autocuidado)**

**Objetivo:** Establecer pautas de autocuidado en los participantes de acuerdo a su propio contexto, instalando técnicas y ejercicios de relajación mental, así como momentos de esparcimiento que ayuden aliviar el peso de la carga emocional.

**Orden del Día (Anexo 0.1)**

1. **Apertura y presentación:** Se inicia con el saludo y se pregunta al grupo sobre cuáles cosas han ido mejor y se retroalimenta los aspectos más relevantes de la sesión anterior. Posteriormente, se hará la dinámica ambientación “espaldas para dibujar” **(Anexo 6.1)**
2. **Revisión de tareas:** Se socializará la experiencia que cada miembro del grupo ha realizado la tarea asignada en la sesión anterior, así como comentar la manera en la que la realizaron y qué es lo que aprendieron al hacerla.
3. **Continuación del libro abierto:** Los participantes que no lograron contar su historia de vida lo harán en este espacio. **(Ver anexo 5.3)**
4. **Psicoeducación sobre el autocuidado: “Llegar a autocuidarnos”** Donde se comparte una lectura corta guarda relación con la importancia de tener un estilo de vida activo y saludable. **(Anexo 6.2).**
5. **Intervención cognitivo conductual:** se practicarán algunas de las técnicas de calistenia mental mostradas en el documento de psicoeducación. Y se les entregara un cuadernillo de trabajo para la gimnasia mental **(Anexo 6.3)**
6. **Intervención centrada en soluciones:** Se realizará la técnica de “Ejercitando la gratitud”, **(Anexo 6.1)** y se les dejará de tarea practicarla cada día durante el resto de la semana.
7. **Cierre:** Para finalizar la jornada se hace una ronda de preguntas para solventar cualquier duda y se hacen conclusiones de la actividad. Se retroalimentan los puntos más importantes de la sesión y se da por finalizada la sesión.

## Sesión 7: Yo soy un ser valioso, tengo muchas capacidades y merezco lo mejor. Fecha: 07/10/19

### Área: Somática (Autocuidado y sexualidad)

**Objetivo:** reflexionar sobre la importancia de la sexualidad y todas aquellas conductas, pensamientos y emociones que afectan la salud física y emocional de cada persona adulta mayor.

1. **Apertura y presentación:** Se inicia con el saludo y realizar en seguida un sondeo breve sobre cuáles cosas han ido mejor en los miembros del grupo respecto a la problemática. **(escala de avance).**  
Seguidamente se procederá a una retroalimentando la sesión anterior.  
Posteriormente, se hará la dinámica de ambientación e introducción al tema de la sesión. **(Ver anexo 7.1) “las formas de estar”**
2. **Revisión de tareas:** reflexión sobre los eventos difíciles que se han presentado durante la semana y sacar lo positivo de ellos. **“Recuerdos positivos”**
3. **Psicoeducación: como vivir mi sexualidad.** Primeramente, se les explicará la temática a abordar durante la sesión y una pequeña introducción a al tema de la sexualidad en las personas adultas mayores seguidamente se procederá la proyección de un video. “sexualidad en las personas adultas mayores de Patricia Kelly” al finalizar dicho video cada uno de los participantes deberá dar su opinión personal acerca del video, puntos en los que está de acuerdo y en los que no está de acuerdo.  
<https://www.youtube.com/watch?v=tld2nLkWovs>
4. **Intervención cognitivo conductual: cuidando mi imagen personal.** para la realización de dicha sesión se procederá a realizar dos grupos cada uno estará liderado por un facilitador y se les entregará plumones y papel bond. La tarea de cada grupo consiste en dibujar la silueta de una persona adulta mayor una de hombre y una de mujer. La tarea de cada grupo consiste en identificar una lista de cosas, acciones o conductas que dañan la salud física y emocional y anotarlas dentro de la silueta en una de las siluetas. Mientras que en la otra deberán anotar todas aquellas acciones que ellos puedan realizar para cuidar su salud física y emocional. Al finalizar dicha actividad cada grupo deberá socializar lo que han reflexionado en el grupo con los demás miembros del grupo. **(ver anexo 7.2)**
5. **Intervención centrada en soluciones: Un bello día de un bello mes.** Anteriormente a la realización de dicha sesión se les pedirá a los participantes que lleven una toalla y un cojín si gustan. Uno de los participantes dirigirá la sesión. **(ver anexo 7.3)**
6. **Tarea: planea un día perfecto.** Se les pedirá a las personas que cada día por la noche plantee cómo sería su día perfecto. Tiene que pensar qué haría, con quién, cómo, dónde, de qué o quién se mantendría alejado, etcétera. Al iniciar el día tratará de llevarlo a cabo y al finalizar el día deberá hacer una evaluación en una escala de 1 al 10 que tan perfecto fue su día. **(ver anexo 7.4)**
7. **Cierre:** se agradecerá a los participantes por su colaboración durante la sesión y se les motivará a continuar asistiendo a las sesiones.

**Área: Intrapersonal (Autoestima)**

**Objetivo:** Identificación de recursos personales, para el fortalecimiento de la autoestima.

**Orden del Día (Anexo 0.1)**

1. **Apertura y presentación:** Se inicia con el saludo y se pregunta al grupo sobre cuáles cosas han ido mejor y se retroalimenta los aspectos más relevantes de la sesión anterior. Posteriormente, se hará la técnica “Como venimos” **(Anexo 8.1)**
2. **Revisión de tareas:** Se socializará la experiencia que cada miembro del grupo ha realizado la tarea asignada en la sesión anterior, así como comentar la manera en la que la realizaron y qué es lo que aprendieron al hacerla.
3. **Psicoeducación sobre autoestima:** La lectura corta del texto “¿Qué es la autoestima?” guarda relación con la importancia de tener una buena autoestima. **(Anexo 8.2)**.
4. **Intervención cognitivo conductual:** La técnica será la identificación de distorsiones cognitivas que más afectan la autoestima con el texto “La historia de Pablo. La crítica negativa” **(Anexo 8.3)** Posteriormente, los miembros expresaran de forma voluntaria cómo se sintieron al expresar que han aprendido de los otros miembros y cómo sintieron cuando los miembros del grupo se expresaban de su persona.
5. **Intervención centrada en soluciones:** Se realizará la técnica de “Bote medicinal” **(Anexo 8.4)**, donde cada uno tendrá este bote y como tarea deberán usarlo una vez al día.
6. **Cierre:** Para finalizar la jornada se hace una ronda de preguntas para solventar cualquier duda y se hacen conclusiones de la actividad. Se retroalimentan los puntos más importantes de la sesión y se da por finalizada la sesión.

**Área: Interpersonal**

**Objetivo:** Mejorar la calidad de las relaciones sociales de los miembros del grupo psicoterapéutico con sus familiares, amigos o conocidos.

**Orden del Día (Anexo 0.1)**

1. **Apertura y presentación:** Se inicia con el saludo y realizar en seguida un sondeo breve sobre cuáles cosas han ido mejor en los miembros del grupo respecto a la problemática, retroalimentando la sesión anterior. Posteriormente, se hará la dinámica de presentación “El mejor día de la vida.” **(Anexo 9.1)**
2. **Revisión de tareas:** Se socializará la experiencia que cada miembro del grupo ha realizado la tarea asignada en la sesión anterior, así como comentar la manera en la que la realizaron y qué es lo que aprendieron al hacerla.
3. **Psicoeducación sobre las relaciones interpersonales:** Se realizará una breve síntesis sobre porqué los seres humanos se relacionan con otros y la importancia de estos vínculos. **(Anexo 9.2)**. Luego, se leerá el caso de una persona que muestra sintomatología típica de la indefensión aprendida **(Anexo 9.3)** **(Fomento del trabajo como líderes y lideresas)** Se les preguntará que, en ese caso, cómo ayudarían a esta persona si fuera uno de sus conocidos y se pedirán algunas participaciones del grupo para conducir a la reflexión.
4. **Intervención cognitivo conductual:** La técnica a utilizar será Mi Red de Apoyo **(Anexo 9.4)** y La Telaraña **(Anexo 9.5)** En la primera técnica, se le entrega una hoja de trabajo a cada miembro del grupo psicoterapéutico, en la que escribirá los nombres de las personas con quienes cuenta como amistades, familiares, vecinos, compañeros, miembros del grupo, entre otros. Posteriormente, se desarrollará la técnica de la telaraña y se realizarán preguntas sobre cómo todos en el grupo son parte importante y qué es lo que cada miembro tiene para aportar a cada uno y se reflexiona acerca de las técnicas, haciendo énfasis respecto a cómo en una red, todos somos importantes y estamos en contacto unos con otros.
5. **Intervención centrada en soluciones:** Se realizará la técnica de “Manuscrito de interacciones”, **(Anexo 9.6)** Al finalizar la técnica, se solicitan dos o tres participaciones sobre lo que los participantes tienen escritos en sus hojas.
6. **Cierre:** Para finalizar la jornada se hace una ronda de preguntas para solventar cualquier duda y se hacen conclusiones de la actividad. Se retroalimentan los puntos más importantes de la sesión y se da por finalizada la sesión.

**Área: Intrapersonal (Autoconocimiento)**

**Objetivo:** Fortalecer el yo individual de cada uno de los miembros del grupo mediante el autoconocimiento.

1. **Apertura y presentación:** La sesión inicia con el saludo a los miembros del grupo, para luego preguntar sobre qué cosas han mejorado desde la última vez con respecto a la problemática de la indefensión aprendida. Una vez realizado el sondeo, se retroalimenta lo realizado en la sesión previa. Posteriormente, se hará la dinámica de presentación “¡En venta!” (**Anexo 10.1**)
2. **Revisión de tareas:** Se comentará cómo se ha realizado la tarea asignada en la sesión anterior y discutir si hubo alguna dificultad a la hora de desarrollarla.
3. **Psicoeducación sobre las relaciones intrapersonales:** la lectura corta es acerca de la relevancia de las relaciones intrapersonales y el autoconocimiento. (**Anexo 10.2**). Finalizada la breve lectura, se escucharán algunas participaciones de parte de los miembros del grupo sobre lo aprendido.
4. **Intervención cognitivo conductual:** La técnica a utilizar será La carta no enviada (**Anexo 10.3**) Al finalizar la carta, se realizará una ronda de preguntas de cómo ha sido la experiencia de redactar la carta, las emociones que vivieron y los pensamientos.
5. **Intervención centrada en soluciones:** Se realizará la técnica de “Detectar e implantar fortalezas”, (**Anexo 10.4**) Los miembros del grupo expresarán algunas de sus fortalezas y cómo estas pueden complementarse con otras fortalezas personales para lograr cumplir sus metas.
6. **Cierre:** Para finalizar la jornada se hace una ronda de preguntas para solventar cualquier duda y se hacen conclusiones de la actividad. Se retroalimentan los puntos más importantes de la sesión y se da por finalizada la sesión.

**Área: Conductual**

**Objetivo:** Reforzar habilidades sociales en los miembros del grupo psicoterapéutico que faciliten la cohesión del grupo, así como entrenar el asertividad de los ellos.

**Orden del Día (Anexo 0.1)**

1. **Apertura y presentación:** Se inicia con el saludo y se pregunta al grupo sobre cuáles cosas han ido mejor y se retroalimenta los aspectos más relevantes de la sesión anterior. Posteriormente, se hará la dinámica de presentación “Comunicación no verbal.” (**Anexo 11.1**)
2. **Revisión de tareas:** Se socializará la experiencia que cada miembro del grupo ha realizado la tarea asignada en la sesión anterior, así como comentar la manera en la que la realizaron y qué es lo que aprendieron al hacerla.
3. **Psicoeducación sobre el entrenamiento asertivo y las habilidades sociales:** La lectura corta guarda relación con la importancia de tener un estilo de comunicación asertivo y cómo esto mejora las relaciones con las demás personas. (**Anexo 11.2**).
4. **Intervención cognitivo conductual:** La técnica a utilizar será Rótulos (**Anexo 11.3**) Posteriormente, los miembros expresaran de forma voluntaria cómo se sintieron con las acciones de los demás miembros al escuchar las preguntas que hacía el facilitador.
5. **Intervención centrada en soluciones:** Se realizará la técnica de “Adivina quién es...”, (**Anexo 11.4**) Al finalizar la técnica, los miembros socializarán voluntariamente la experiencia al ser descritos o mientras creían que los estaban describiendo.
6. **Cierre:** Para finalizar la jornada se hace una ronda de preguntas para solventar cualquier duda y se hacen conclusiones de la actividad. Se retroalimentan los puntos más importantes de la sesión y se da por finalizada la sesión.

**Objetivo:** Facilitar las herramientas necesarias a los miembros del grupo para la prevención de recaídas respecto a la indefensión aprendida, así como evaluar los cambios que se han operado a lo largo del desarrollo del programa de intervención psicoterapéutico.

1. **Apertura y presentación:** Se inicia con el saludo y realizar en seguida un sondeo breve sobre cuáles cosas han ido mejor en los miembros del grupo respecto a la problemática, retroalimentando la sesión anterior. Posteriormente, se hará la dinámica de presentación “Secuencias de palabras.” (**Anexo 12.1**)
2. **Revisión de tareas:** Se socializará la experiencia que cada miembro del grupo ha realizado la tarea asignada en la sesión anterior, así como comentar la manera en la que la realizaron y qué es lo que aprendieron al hacerla.
3. **Resumen del proceso psicoterapéutico:** De manera general, se comenta el número de sesiones llevadas a cabo, en qué consistió cada una, cuáles fueron los objetivos perseguidos y las técnicas empleadas. Se permite la participación de los miembros del grupo para comentar los logros. Posteriormente, se suministrará la escala de avance-objetivos (**Anexo 1.9**)
4. **Prevención de recaídas:** Se aplicará la técnica de la OMS Recordatorios importantes donde se realizará la reflexión de cómo prepararse para futuras recaídas. (**Anexo 12.2**)
5. **Aplicación de batería de pruebas psicológicas:** Para medir la eficacia de la aplicación del programa psicoterapéutico, se administrarán la batería de pruebas utilizadas en la primera sesión. (**Anexos 1.5 - 1.8**)
6. **Retroalimentación:** Se comentarán brevemente los puntos más importantes de la sesión, se solventarán las posibles dudas que existan entre los miembros del grupo y, posteriormente, se da por finalizada la sesión.
7. **Técnica de cierre:** Se realizará la técnica “El papel corrugado” que generará una analogía de todo el proceso psicoterapéutico vivido y su cierre. (**Anexo 12.3**)

## X. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES<sup>9</sup>

XI. MES		JULIO				AGOSTO				SEPTIEMBRE				OCTUBRE				NOVIEMBRE				DICIEMBRE			
XII. ACTIVIDAD		2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
<b>FASE I PLANEACIÓN</b>																									
Aprobación de tema de investigación y asignación de asesora de tesis																									
Reunión con asesora de proyecto de investigación																									
Planeación y construcción de perfil de proyecto																									
Contacto con Asociación de Personas Adulto Mayor																									
Presentación y aprobación de perfil elaborado																									
Validación de instrumentos de recolección de datos																									
<b>FASE II APLICACIÓN</b>																									
Sesión de promoción con grupos psicoterapéuticos																									
Socialización de jornadas con asesora de proyecto																									
Aplicación de pretes																									
Sesiones de sondeo de necesidades																									
Ejecución de programa de intervención																									
Aplicación de postest																									
Sistematización de resultados																									
<b>FASE III RESULTADOS</b>																									
Elaboración de informe final																									
Presentación de informe final																									

<sup>9</sup> Sujeto a cambios en base a las necesidades de la población y requerimientos exigidos por la institución.



### XIII. ANEXOS

#### ORDEN DEL DIA

Anexo 0.1

Tema: \_\_\_\_\_.

Fecha: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Sesión N°: \_\_

Objetivo: \_\_\_\_\_.

**Revisión de tareas:** Revisión de Tareas y/o Autorregistros de la técnica \_\_\_\_\_

**Lectura corta:** Se realiza la lectura “ \_\_\_\_\_ ” la cual explica la problemática de la depresión.

**Trabajo en Contacto:** Se aclaran dudas o preguntas a nivel personal con cada uno de los participantes.

**Técnica Principal modelo CC:** \_\_\_\_\_

**Técnica Principal modalidad TBCS:** \_\_\_\_\_

**Tareas para la Próxima semana:** \_\_\_\_\_

**Avisos.**

**Cierre**

#### Anexo 1.1

##### Dinámica “Yo Mi Amor”:

Se colocarán todos los participantes en círculo y se empezará el primero dirigiéndose a otro miembro del grupo con este diálogo:

B- ¡Herny mi amor!

A- ¿Quién, yo mi amor?

B- Sí, si tu mi amor...

A- No, yo no mi amor...

B- Entonces, ¿Quién mi amor?

A- ¡Veronica mi amor!

Así se irá repitiendo hasta que todos los miembros del grupo hayan hecho el diálogo y quien quede de último dice: “¡¡¡Todos mi amor!!!” al no haber más miembros que nombrar y finaliza el juego.

## Anexo 1.2

### Acuerdos de convivencia

- 1. Permitirse vivenciar:** Es darse la oportunidad de dejar que las emociones, experiencias y procesos se puedan vivir con plena conciencia y confianza en que se hacen por el bienestar personal y del colectivo.
- 2. Respeto:** Es valorar a la persona con la dignidad que se merece y dignificarse también uno mismo frente a los otros, viéndonos con el mismo valor y confianza.
- 3. Confidencialidad:** Es respetar, sin juzgar lo que manifieste o manifiesten mis compañeros durante el proceso entendiendo que eso no tendrá otro lugar para ser hablado o manifestado mas que en el grupo psicoterapéutico construido y tener la confianza de que no será divulgado en otro espacio.
- 4. Retribución:** En caso de romper o fallar con la confidencialidad se pedirá al participante o participante exponga al grupo su fallo y exprese una alternativa de como compensar el daño y de no hacerlo en colectivo se buscara una forma.
- 5. No uso de celulares:** Para un mejor aprovechamiento del proceso se solicita dejar los teléfonos mientras nos encontramos en sesión.
- 6. Hablar en primera persona:** Siempre que demos nuestra opinión lo haremos en nuestro nombre, no se utilizaran frases como “nosotros”, “ustedes”, “la gente”, “se entiende” y se hablara o dará opiniones o reflexiones personales anteponiendo “Yo”, por ejemplo: “Yo creo”, “Yo siento”, “Yo veo”, “Yo opino”, entre otros.
- 7. Nombrarnos:** Siempre llamarnos por nuestros nombres o como nos gusta que nos llamen, siempre con el respeto debido y de no recordar el nombre no tener la pena de preguntar a la persona para referirse a ella de forma adecuada.
- 8. Dedicarse al espacio:** Es mostrar interés por todo lo que sucede en el grupo terapéutico, participar de las actividades con la mejor disposición posible, ser francos en decir cuando algo no creo poder hacerlo, pedir el apoyo del grupo de necesitarlo y estar plenamente consciente de que este es un espacio que busca el bienestar de todos los participantes.
- 9. Las que el colectivo considere:** Son los acuerdos que el colectivo considere hacen falta establecer en base a sus necesidades y para mejorar la experiencia.

---

---

---

---

**Anexo 1.3**

**CONVENIO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA**

Santa Tecla, La Libertad, a las 14:00 horas cero minutos del día \_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_ del año 2019.

Presente la persona adulto mayor:

\_\_\_\_\_, quien es de \_\_\_\_\_ años de edad, de ocupación, oficio o profesión: \_\_\_\_\_, del domicilio \_\_\_\_\_, La Libertad, quien se identifica por medio del documento único de identidad (DUI) número \_\_\_\_\_.

Y los señores:

**William José Avelar Pérez**, quien es de \_\_\_\_\_ años de edad, del domicilio, San Salvador, San Salvador, quien se identifica por medio del documento único de identidad (DUI) número \_\_\_\_\_.

**Balmore Antonio Orantes Pérez**, quien es de \_\_\_\_\_ años de edad, del domicilio Olocuilta, La Paz, quien se identifica por medio del documento único de identidad (DUI) número \_\_\_\_\_.

**Dennis Alonso Rivera Peña**, quien es de \_\_\_\_\_ años de edad, del domicilio Soyapango, San Salvador, quien se identifica por medios del documento único de identidad (DUI) número \_\_\_\_\_.

Todos de ocupación: Practicantes Egresados la Licenciatura en Psicología General.

El/la primer compareciente manifiesta: que habiendo solicitado voluntariamente se le proporcione servicios psicológicos, en este caso se compromete a participar activamente en todas las sesiones que se establezcan, con la finalidad de buscar alternativas de solución a la problemática que actualmente le está afectando, así como asistir puntualmente a las reuniones terapéuticas, cumplir con las tareas que se le programen y por este medio autoriza que se

apliquen las pruebas psicológicas que se consideren necesarias, así como el uso de instrumentos idóneos para el proceso diagnóstico.

También se compromete a comunicarle previamente a los segundos, su ausencia en caso de fuerza mayor o fortuitos con por lo menos una sesión de anticipación, teniendo un máximo de tres ausencias.

Por su parte los segundos comparecientes expresan que se comprometen a proporcionar sesiones terapéuticas que durarán entre 1 hora y media a 2 horas aproximadamente, así mismo cuando se apliquen pruebas psicológicas se le informará con anticipación el tiempo necesario de las mismas, también se compromete a la no utilización de medios audiovisuales como grabadoras, cámaras o celulares, sin previo consentimiento del primero y la autorización de la asesora de tesis, además de proporcionará un servicio profesional con responsabilidad, puntualidad y respetando el principio de confidencialidad, comunicando previamente la reprogramación de alguna cita en caso de fuerza mayor o fortuitos con por lo menos un día de anticipación.

Se conviene que el/la primero/a no pagará al/la segundo/a ninguna suma de dinero en concepto de honorarios profesionales por cada sesión psicoterapéutica grupal, debido a que **este proceso es de carácter académico** y se rige bajo la normativa de Proyectos de Investigación de Grado del Depto. de Psicología de la Universidad de El Salvador.

También se acuerda que las sesiones serán realizadas los días \_\_\_\_\_ a las 2:00 pm. Finalmente, si el/la primero/a no cumple con sus tareas terapéuticas, los segundos queda en libertad de suspender la atención psicológica y si los segundos no cumple con alguno de los compromisos adquiridos el primero está en completa libertad de no continuar con el proceso.

F. \_\_\_\_\_

Consultante

F. \_\_\_\_\_

Psicóloga/o

#### **Anexo 1.4**

Remitirse a **ANEXO 3** de Investigación de Tesis **“DISEÑO E IMPLEMENTACION DE UN PROGRAMA PSICOTERAPEUTICO GRUPAL CENTRADO EN SOLUCIONES-COGNITIVO CONDUCTULA Y SU EFECTIVIDAD EN EL ESTABLECIMIENTO DE ACTITUDES HACIA EL AFRONTAMIENTOS DE LA INDEFENSION APRENDIDA DE ADULTOS MAYORES EN LA ASOCIACION TECLEÑA DE PERSONAS ADULTO MAYORES, DE SANTA TECLA”**

#### **Anexo 1.5**

Remitirse a **ANEXO 6** de Investigación de Tesis **“DISEÑO E IMPLEMENTACION DE UN PROGRAMA PSICOTERAPEUTICO GRUPAL CENTRADO EN SOLUCIONES-COGNITIVO CONDUCTULA Y SU EFECTIVIDAD EN EL ESTABLECIMIENTO DE ACTITUDES HACIA EL AFRONTAMIENTOS DE LA INDEFENSION APRENDIDA DE ADULTOS MAYORES EN LA ASOCIACION TECLEÑA DE PERSONAS ADULTO MAYORES, DE SANTA TECLA”**

#### **Anexo 1.6**

Remitirse a **ANEXO 5** de Investigación de Tesis **“DISEÑO E IMPLEMENTACION DE UN PROGRAMA PSICOTERAPEUTICO GRUPAL CENTRADO EN SOLUCIONES-COGNITIVO CONDUCTULA Y SU EFECTIVIDAD EN EL ESTABLECIMIENTO DE ACTITUDES HACIA EL AFRONTAMIENTOS DE LA INDEFENSION APRENDIDA DE ADULTOS MAYORES EN LA ASOCIACION TECLEÑA DE PERSONAS ADULTO MAYORES, DE SANTA TECLA”**

#### **Anexo 1.7**

Remitirse a **ANEXO 7** de Investigación de Tesis **“DISEÑO E IMPLEMENTACION DE UN PROGRAMA PSICOTERAPEUTICO GRUPAL CENTRADO EN SOLUCIONES-COGNITIVO CONDUCTULA Y SU EFECTIVIDAD EN EL ESTABLECIMIENTO DE ACTITUDES HACIA EL AFRONTAMIENTOS DE LA INDEFENSION APRENDIDA DE ADULTOS MAYORES EN LA ASOCIACION TECLEÑA DE PERSONAS ADULTO MAYORES, DE SANTA TECLA”**

#### **Anexo 1.8**

Remitirse a **ANEXO 4** de Investigación de Tesis **“DISEÑO E IMPLEMENTACION DE UN PROGRAMA PSICOTERAPEUTICO GRUPAL CENTRADO EN SOLUCIONES-COGNITIVO CONDUCTULA Y SU EFECTIVIDAD EN EL ESTABLECIMIENTO DE ACTITUDES HACIA EL AFRONTAMIENTOS DE LA INDEFENSION APRENDIDA DE ADULTOS MAYORES EN LA ASOCIACION TECLEÑA DE PERSONAS ADULTO MAYORES, DE SANTA TECLA”**

**Anexo 1.9**

**Técnica “La tarea de fórmula de primera sesión”**

Consiste en dar a los consultantes la siguiente prescripción:

«Nos gustaría que observen, de aquí a la próxima sesión, todas aquellas cosas que suceden en su familia (pareja/vida) que deseen que sigan ocurriendo» (De Shazer, 1985, pág. 137).

**Puesto que vamos a empezar a cambiar, en terapia nos gustaría asegurarnos de que no vayan a cambiar justamente algo que prefieran no cambiar. Por eso les sugerimos que, hasta la próxima semana, estén muy atentos a las cosas que suceden en vuestra familia, pareja o vida que queramos mantener y nos agradan.**

**Y les pedimos que lo escriban en esta lista.**

1. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
6. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
7. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
8. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
9. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
10. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Si tienes más cosas que te agradan y no quieres cambiar puedes usar el reverso.**

## **Anexo 1.10**

### **Dinámica “La Margarita”:**

Se coloca el colectivo en un círculo extendiendo su mano derecha y la persona que se encuentra a mi izquierda con los dedos meñique, anular, mayor e índice tomara, mi pulgar, así como yo haré lo mismo con la persona que se encuentre a mi derecha juntándonos todos hasta forma un círculo con los dedos pulgares sujetos por todos, luego se agitará de arriba abajo tres veces y se extenderán las manos en símbolo de que se abre la margarita cerrando la sesión e iniciando el proceso psicoterapéutico oficialmente.

## **Anexo 2.1**

### **Dinámica inicial “Chico se comió el chocolate”**

Se coloca a todos los participantes en una rueda, cada uno deberá de expresar la noticia “Chico se comió el chocolate” con las emociones de enojo, alegría, tristeza y miedo de forma alternada hasta que pasen todos los participantes dentro del círculo.

### **Dinámica de cierre “Ronda de preguntas”**

Se le solicitará a cada miembro del círculo (incluidos los facilitadores), ¿Con que se quedan de esta sesión? ¿Qué aprendieron? Y ¿Qué cosas más les gustaría aprender?

Finalmente se agradece por cada una de las participaciones y el tiempo brindado.

# NUESTRO CAMBIO PARA CAMBIAR AL MUNDO

ANEXO 2.2

## Programa Psicoterapéutico Grupal para el manejo de la Indefensión Aprendida en Adultos Mayores

### Objetivo

- Implementar un programa de psicoterapia grupal bajo la modalidad Terapia Breve Centrada en Soluciones y Modelo Cognitivo-Conductual, para el afrontamiento de la indefensión adquirida en adultos mayores de la Asociación de Personas Adultos Mayores de Santa Tecla, como alternativa psicoterapéutica en su proceso de integración social.
- La indefensión aprendida es un estado en el que la persona afectada por ella pierde el control ante las situaciones continuas no placenteras, aprendiendo que sin importar el tipo de solución que puedan encontrar ante tales situaciones el resultado siempre será el mismo.
- Las condiciones de maltrato, violación de derechos humanos, precariedad y abandono, pueden llegar a naturalizarse y formar parte de la vida de las personas adultos mayores, generando estados de indefensión aprendida sin siquiera darse cuenta.





# Definición de la Indefensión Aprendida

Estado psicológico generado cuando la persona no puede controlar ni predecir acontecimientos o situaciones adversas y dolorosas prolongadas de su vida, donde a pesar de todas sus respuestas de afrontamiento, se origina una serie de perturbaciones a nivel motivacional, cognitivo y emocional de impotencia y falta de empoderamiento en su dimensión individual formando una actitud de sumisión y desesperanza mantenida.

Déficits de la indefensión aprendida (Seligman, 1975):

- **Déficit a nivel cognitivo:**

Lo que origina expectativas de incontrollabilidad, es decir, falta de control sobre la propia conducta. Es cuando ante una nueva situación problemática haya solución, el individuo indefenso no es capaz de verla y lo que podría ser un aprendizaje de éxito se convierte en un fracaso. Por consiguiente, existe un retraso e interferencia en el aprendizaje de nuevas tareas de éxito.

- **Déficit emocional**

Este déficit produce un estado de intensa emocionalidad que genera ansiedad seguida de depresión, debido a la incontrollabilidad de la condición de indefensión que vive el individuo.

- **Déficit motivacionales**

Hace referencia a la inactividad que depende fundamentalmente de la ausencia de incentivos de estímulos positivos para responder adecuadamente. El individuo no busca solución al problema por estar convencido que no le beneficiara. Esto disminuye la motivación en la persona y la vuelve indefensa, además, que deja de dar respuestas al problema y disminuyendo los intentos por realizar nuevas conductas de solución.

Tanto la modalidad de Terapia Breve Centrada en Soluciones como el modelo Cognitivo Conductual, comparten la potenciación de recursos a través del cambio de esquemas mentales, para el manejo de las emociones, logrando así la modificación de la conducta, centrándose en la funcionalidad de la persona.

Todavía existe un hoy y los sueños revitalizan el mañana:

La vida nunca envejece.

**-Rita Duskin, "Halku", Sound and Light, 1987**

### Anexo 2.3

#### COMO SE CREAN NUESTRAS EMOCIONES

##### **El ABC Emocional de Albert Ellis**

Albert Ellis, creó la teoría del "ABC" emocional, nombre que sirve para establecer las principales "Creencias Irracionales" que mayormente compartimos las personas, bien por educación, tendencias biológicas, influencias sociales etc, y que es conveniente conocer para lograr un mayor desarrollo personal y social.

##### **A**

##### **Acontecimiento activador**

El Acontecimiento activador es el hecho que nos ocurre o propiciamos que nos ocurra, que puede provenir tanto del mundo exterior como de nuestro mundo interior; puede ser algo apreciable a simple vista o más complejo (una preocupación por un familiar enfermo o algo que pueda suceder; una discusión con otra persona se quiere evitar ...)

Es conveniente en este punto procurar atenerse a los hechos de la manera más fiel y objetiva posible, sin realizar excesivas valoraciones subjetivas.

##### **EJEMPLO**

##### **A. Hecho activador -**

"Mi amante me ha dejado por otro amor".

##### **B**

##### **Pensamientos y creencias**

Las creencias y cogniciones se refieren a lo que pensamos o las ideas que nos hacemos acerca del Acontecimiento Activador, de lo que nos ocurre en la realidad. Todos mantenemos ciertos pensamientos o creencias respecto a lo que nos sucede; a veces, los pensamientos son "automáticos", se cruzan por la mente como un "rayo", sin que seamos suficientemente conscientes de ellos. Por ello, tendemos a considerar que los hechos (acontecimientos activadores) nos "provocan" sentimientos o comportamientos determinados.

Las creencias pueden ser racionales o irracionales. Las primeras nos ayudan a sentirnos bien o conformes con nosotros mismos, aunque sean

emociones negativas (como una tristeza por una pérdida). Las creencias irracionales suelen ser poco lógicas, no basadas en la evidencia y de tendencias extremistas, exageradas o excesivamente exigentes para con nosotros mismos o con los demás, lo que nos puede provocar sentimientos inapropiados (depresión, excesiva culpabilidad, ansiedad, ira etc.) y conductas autodestructivas (adicciones, violencia, suicidio etc.)

### **EJEMPLO**

#### **A. Hecho -**

"Mi amante me ha dejado por otro amor".

#### **B. Pensamientos y Creencias -**

"No puedo continuar sin ella/el. Soy un perdedor debido a que me ha dejado. Es terrible que ella/el me haya dejado".

"Nunca encontrare otro amor".

#### **C**

#### **Consecuencias emocionales y conductuales**

Son las respuestas que damos a los Acontecimientos activadores. Normalmente tendemos a pensar que éstos provocan directamente las emociones y conductas. Si así fuera,

todos tendríamos el mismo comportamiento ante hechos parecidos, lo que no es cierto. Esto se debe a que está mediatizado por B, las creencias y cogniciones.

El cambio emocional y conductual, viene en gran medida, determinado por el cambio en nuestra forma de pensar y cómo interpretamos los hechos. Ante un mismo hecho se puede responder de manera diferente: Tristeza, culpa, alegría, calma, etc. de acuerdo a los pensamientos racionales o irracionales que mantenemos al interpretarlo.

### **EJEMPLO:**

#### **A. Hechos activadores**

"Mi amante me ha dejado por otro amor."

#### **B. Pensamientos y Creencias -**

"No puedo estar sin el ella. Soy un perdedor debido a que me ha dejado. Es realmente terrible que me haya dejado. Nunca encontrare otro amor."

#### **C. Consecuencias Emocionales.**

"Me siento triste. Me siento furioso. Me siento indigno.

Y no como. No duermo. Bebo demasiado alcohol. Falto al trabajo."

## D

### **Debate (de creencias irracionales)**

En este punto damos un salto cualitativo, del aspecto descriptivo (A, B, C) a la práctica terapéutica. El Debate lo realizamos para superar problemas creados a raíz de la interpretación irracional de los Acontecimientos activadores que nos ha llevado a conductas y emociones inapropiadas y autodestructivas.

Para poder debatir las creencias irracionales primero hay que tratar de llegar a ser conscientes de nuestras creencias irracionales. Identificarlas, a veces, es más difícil que rebatirlas. Cuando nos ocurre un sentimiento inapropiado o nos comportamos inadecuadamente a nuestros intereses, es conveniente "rebobinar" hacia atrás y considerar qué pensamientos o creencias irracionales mantenemos respecto a los hechos. Posteriormente, se debaten las creencias irracionales con preguntas como:

¿Dónde está la evidencia de que ....?

¿Dónde está escrito o dónde está la ley que dice ..?

¿Porqué esto tiene que ser así ...?

¿Cómo me afecta esta forma de pensar ..?

Se han de utilizar todo tipo de preguntas que contribuyan a poner en tela de juicio o en evidencia las creencias irracionales.

### **EJEMPLO:**

#### **A. Hecho activador:**

"Mi amor me ha dejado por otro."

#### **B: Pensamientos y Creencias:**

"No puedo estar sin el/ella. soy un perdedor debido a que me ha dejado. Es realmente terrible.

Nunca encontrare otro amor."

#### **C: Respuestas y Consecuencias Emocionales:**

"Me SIENTO triste. Me SIENTO furioso. Me SIENTO indigno. No puedo comer, dormir, no voy al trabajo. Bebo demasiado alcohol."

#### **D: ¡DISPUTE! ¡DESAFIE! ¡DEBATA!**

DESAFIE el autodiálogo irracional pregunte ¿POR QUE?. . . ¿DONDE ESTA LA EVIDENCIA? ¿DONDE ESTA ESCRITO?

## **E**

### **Efectividad del debate de creencias**

Este punto también entra dentro de lo que consideramos la estrategia para el cambio o la práctica terapéutica.

Si hemos efectuado correctamente la reestructuración cognitiva o cambio de creencias hacia un pensamiento más racional, los nuevos efectos emocionales y conductuales han de ser menos autodestructivos, nos ayudarán más en nuestros intereses y nos harán sentirnos mejor con nosotros mismos. No necesariamente hemos de sentirnos más felices, ya que hemos considerado que pueden existir emociones negativas, pero sí, hemos contribuido a no entrar en un círculo vicioso de

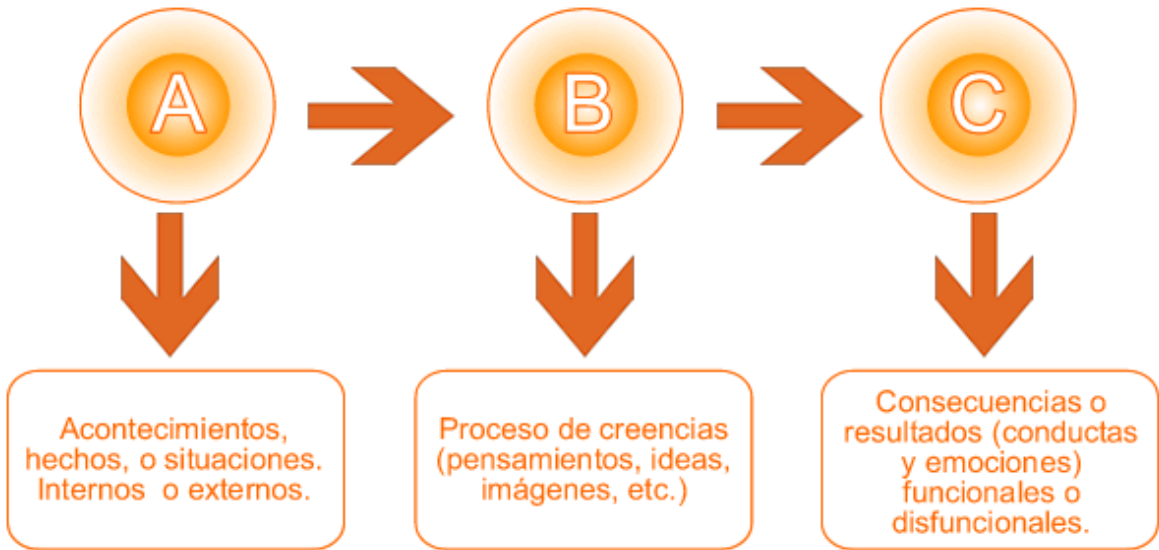
problemas que crean nuevos problemas.

En el ejemplo ilustrativo que hemos considerado, la efectividad del debate nos lleva a sentirnos con más fuerza para reiniciar otra relación, quizá más positiva, o a considerar la posibilidad de vivir feliz sin necesidad de una pareja, o aprender de los errores cometidos para corregirlos en el futuro.

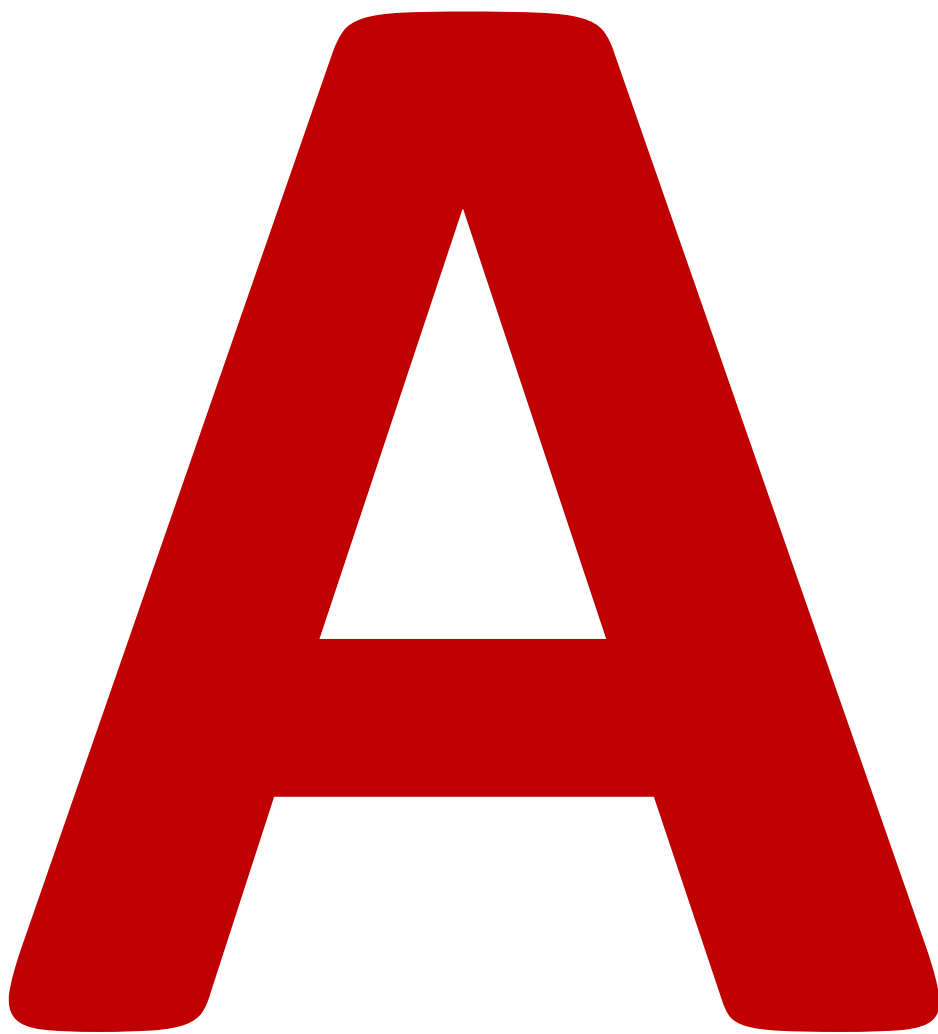
## **F**

### **Nueva consecuencia emocional y conductual**

Una vez realizado el debate racional y vista las nuevas alternativas se pueden optar por una mejor opción y se pasa a la nueva práctica.



ACONTECIMIENTO OBJETIVO	PENSAMIENTOS	EMOCIONES



B





#### Anexo 2.4

#### Metáfora del elefante encadenado de Jorge Bucay.

Cuando yo era chico me encantaban los circos, y lo que más me gustaba de los circos eran los animales. También a mí como a otros, después me enteré, me llamaba la atención el elefante. Durante la función, la enorme bestia hacia despliegue de su tamaño, peso y fuerza descomunal... pero después de su actuación y hasta un rato antes de volver al escenario, el elefante quedaba sujeto solamente por una cadena que aprisionaba una de sus patas clavada a una pequeña estaca clavada en el suelo. Sin embargo, la estaca era solo un minúsculo pedazo de madera apenas enterrado unos centímetros en la tierra.

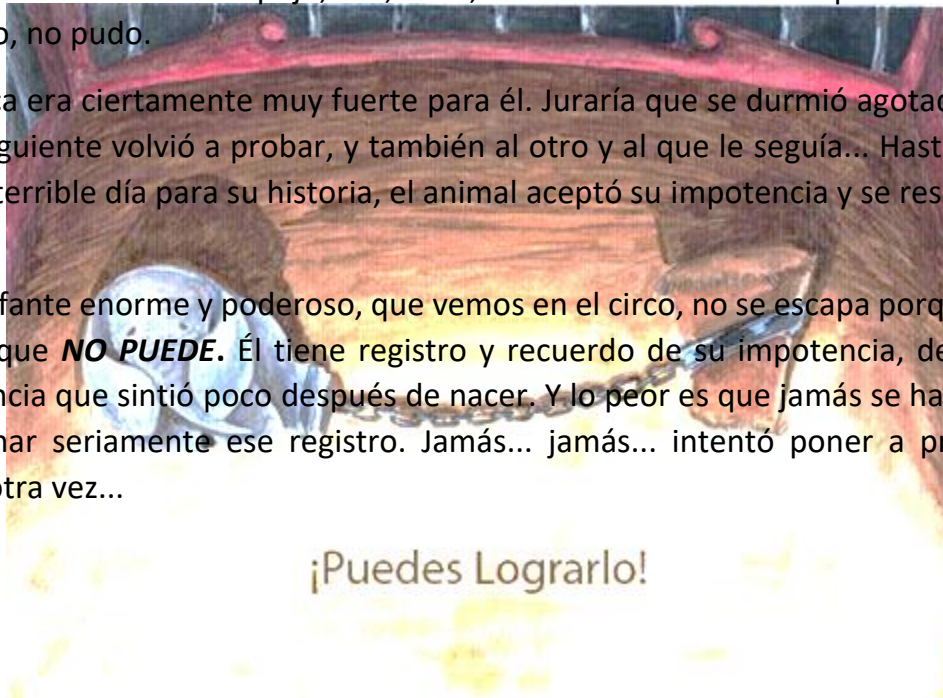
Y aunque la cadena era gruesa y poderosa me parecía obvio que ese animal capaz de arrancar un árbol de cuajo con su propia fuerza, podría, con facilidad, arrancar la estaca y huir.

El misterio es evidente: ¿Qué lo mantiene entonces? ¿Por qué no huye? Cuando tenía 5 o 6 años yo todavía en la sabiduría de los grandes. Pregunté entonces a algún maestro, a algún padre, o a algún tío por el misterio del elefante. Alguno de ellos me explicó que el elefante no se escapaba porque estaba amaestrado. Hice entonces la pregunta obvia: -Si está amaestrado, ¿por qué lo encadenan? No recuerdo haber recibido ninguna respuesta coherente. Con el tiempo me olvide del misterio del elefante y la estaca... y sólo lo recordaba cuando me encontraba con otros que también se habían hecho la misma pregunta.

Hace algunos años descubrí que por suerte para mí alguien había sido lo bastante sabio como para encontrar la respuesta: El elefante del circo no se escapa porque ha estado atado a una estaca parecida desde muy, muy pequeño. Cerré los ojos y me imaginé al pequeño recién nacido sujeto a la estaca. Estoy seguro de que en aquel momento el elefantito empujó, tiró, sudó, tratando de soltarse. Y a pesar de todo su esfuerzo, no pudo.

La estaca era ciertamente muy fuerte para él. Juraría que se durmió agotado, y que al día siguiente volvió a probar, y también al otro y al que le seguía... Hasta que un día, un terrible día para su historia, el animal aceptó su impotencia y se resignó a su destino.

Este elefante enorme y poderoso, que vemos en el circo, no se escapa porque cree - pobre- que **NO PUEDE**. Él tiene registro y recuerdo de su impotencia, de aquella impotencia que sintió poco después de nacer. Y lo peor es que jamás se ha vuelto a cuestionar seriamente ese registro. Jamás... jamás... intentó poner a prueba su fuerza otra vez...



## Hoja de Análisis

Reflexiona:

¿Qué tiene que ver esta historia con la indefensión aprendida?



¿Puedes contar en que momento te sentiste impotente ante una situación?

¿Qué cosas crees que ya no eres capaz de hacer porque tuviste una mala experiencia?

¿Si tú fueras parte de esta historia, como podrías enseñarle al elefante a soltarse de la estaca, sin que tú se la quites?

¿Qué sueños tuve de niño, y al final aprendí a decir que no podía realizar?

### **Anexo 3.1**

Dinámica: **“Yo soy... y pienso...”**

En esta dinámica, cada participante dirá su nombre y dirá un pensamiento que ha tenido a lo largo del día, que posteriormente se analizará en las técnicas centrales.

A: Yo soy Margoth, y pienso que mi sobrino viene mañana a visitarme.

B: Yo soy Alfredo, y pienso que no he pagado los recibos.

C: Yo soy María, y pienso que yo compartiré la lectura en la parroquia.

Una vez se hayan presentado todos los miembros, dirán: Nosotros somos (Nombre de la institución o grupo) y nosotros pensamos que este momento es para dedicarnos a nosotros.

## Anexo 3.2

### Metáfora de los Baobabs

Este día continuamos hablando acerca de las ideas irracionales, veremos cómo estas pueden ser clasificadas en categorías distintas que se refieren acerca de cómo vemos el mundo, a los demás y a uno mismo.

*“En uno de los capítulos del Principito, éste y el piloto hablan acerca de los baobab -tipo de árbol enorme que crece en África y en el planeta del principito- y la necesidad de no permitir bajo ningún motivo que crezcan, a riesgo de que provoquen una verdadera catástrofe.*

Esta lectura me remitió a pensar en los baobab como los pensamientos irracionales (también conocidas como distorsiones cognitivas), aquellas creencias que nos hacen distorsionar peligrosamente la realidad.

*“Principito: Los corderos comen arbustos, ¿no es verdad?*

*Piloto: Sí, es verdad.*

*-¡Ah! ¡Qué contento estoy!*

*No entendí porque era tan importante que los corderos comieran arbustos. Pero el principito añadió:*

*-Por lo tanto, ¿también comerán baobabs?*

*Hice notar al principito que los baobabs no son arbustos, sino árboles grandes como iglesias y que, aunque llevara consigo todo un rebaño de elefantes, ese rebaño no podría con un solo baobab.*

*La idea del rebaño de elefantes hizo reír al principito:*

*-Habría que ponerlos uno encima de otros...*

*Pero advirtió con acierto:*

*-Antes de crecer, los baobabs empiezan por ser pequeños.”*

Al igual que los baobabs, las distorsiones cognitivas, las creencias, también son primero pequeños retoños antes de convertirse en árboles gigantescos y destructivos y, por ello, así como el principito estaba siempre alerta de la aparición de un baobab, nosotros debemos estar atentos a la aparición de una creencia negativa o distorsión cognitiva. Si surge, por ejemplo un pensamiento como: “Soy bien dundo, ¿cómo puede equivocarme así?” debemos poner un alto, arrancar el

baobab de raíz y desecharla antes de que esa idea irracional destruya nuestra autoestima y nos haga sentir inadecuados, inútiles o inferiores.

*“¡Exacto! Pero, ¿por qué quieres que los corderos coman los baobabs pequeños?”*

*Me contestó: “¡Pero bueno!” como si se tratara de algo evidente. Y necesite un gran esfuerzo de inteligencia para comprender por mí mismo este problema.*

*Y, en efecto, en el planeta del principito, como en todos los planetas, había hierbas buenas y hierbas malas.”*

Lo mismo sucede con nuestros pensamientos: hay pensamientos buenos que nos hacen sentir bien motivados, contentos, satisfechos y otros que nos hacen sentir malestar emocional por pensamientos o creencias negativas y malas (pensamientos irracionales, distorsiones cognitivas, creencias negativas).

*“...Y por lo tanto, semillas buenas de hierbas buenas y semillas malas de hierbas malas. Pero las semillas son invisibles. Duermen en el secreto de la tierra hasta que a una de ellas se le antoja despertarse. Entonces, se estira y, tímidamente al principio, crece hacia el sol una encantadora ramita inofensiva. Si se trata de una ramita de rábano o de rosal, se le puede dejar crecer como quiera. Pero si se trata de una planta mala, hay que arrancar la planta en cuanto se la pueda reconocer. (El principito Antoine de Saint-Exupery)”*

Si nosotros dejamos crecer los pensamientos racionales, los que intentan ver la realidad basándose en los hechos y en las experiencias directas que vivimos, estaremos generando rosales que harán más bella y armónica nuestra vida. Pero como en el caso de los baobabs, si dejamos que la semilla de las distorsiones cognitivas crezcan hasta convertirse en árboles gigantescos y destructivos, estaremos en peligro.

### Anexo 3.3 Distorsiones cognitivas

#### LA GENERALIZACIÓN

Es la tendencia a creer que si ha ocurrido algo una vez, ocurrirá otras muchas veces. Si me he puesto nervioso en una ocasión, pues “siempre me pondré nervioso”, si he suspendido un examen pues, “nunca aprobaré un examen”, si he tenido un desamor pues “ya nadie me querrá”.



La magnificación incluye dos tipos de exageraciones: la catastrofización, que es la exageración de los defectos, experiencias negativas y de los errores de uno mismo; y la exageración de las aptitudes de los demás.

#### LA LECTURA DEL PENSAMIENTO

(Proyección o interpretación del pensamiento ajeno)

Creer saber lo que piensan los demás y porqué se comportan de la forma en que lo hacen: “piensa que soy un inmaduro”, “lo que quiere es ponerme nervioso”, “lo que quiere es reírse de mí”,



Este pensamiento distorsionado consiste en asumir lo que las demás están pensando o sintiendo, con poca o ninguna evidencia para sustentar la presunción y ningún intento de confirmarla o rechazarla.

#### LA PERSONALIZACIÓN

Pensar que todo lo que la gente hace o dice tiene que ver de alguna manera, para bien o para mal, con uno. Por ejemplo, si a un amigo lo vemos con mala cara pensamos que estará enfadado conmigo por algún motivo, “algo le habré hecho”.



Personalizar significa responsabilizarse de un acontecimiento negativo cuando no existen bases para hacerlo (Y mira que Homer se lo pone difícil a Marge, pero la responsable de su felicidad es ella, no él)

**VISION CATASTROFICA /  
MAGNIFICACION**

Es la tendencia a percibir o esperar catástrofes sin tener motivos razonables para ello. Por ejemplo: Ya me equivoque en la exposición, esto es



Consiste en transformar un acontecimiento negativo en una regla absoluta de derrota o infortunio. Se suelen usar palabras como "nunca", "siempre", "todo"...

**ETIQUETACION**

Se extrae uno o dos rasgos de la personalidad y se etiqueta a otra persona (o a uno mismo).

"Soy tímido"



Este pensamiento irracional consiste en hacer una predicción y luego convencerse de que es un hecho ya establecido. El problema surge al confundir una posibilidad con una probabilidad.

**Error del adivino/Anticipación  
negativa**

Crear saber cómo será el futuro y actuar conforme a ello. Ejemplo:  
"No seré monitora, porque me equivocare y no leeré bien"



Es el uso de etiquetas simplistas y habitualmente negativas para definirse a uno mismo y que exageran la importancia de las imperfecciones o errores.



### **Anexo 3.4**

#### **Técnicas a realizar en pareja.**

Se pedirá conformar parejas y cada una realizara una técnica de afrontamiento a sus distorsiones cognitivas estas son:

- **ANALISIS DE COSTO, DE BENEFICIO:** Enumeraran las ventajas y desventajas del pensamiento que se señaló al principio de la sesión.
- **DÉBATE RACIONAL O DIÁLOGO SOCRÁTICO:** Ante el pensamiento negativo que podría tener o haya mencionado al inicio de la sesión se preguntan uno al otro. ¿Qué beneficio tiene que piense de esta manera? ¿Cuánto porcentaje de validez le podría dar a ese pensamiento? ¿Hay otras formas de pensar además de esta? ¿Qué tan cierto es lo que pienso?
- **TECNICA DOBLE:** a técnica doble consiste en que la persona expresa, acerca de sus pensamientos, su postura sobre la situación y el terapeuta (en este caso, la pareja con quien participe) no le valida su postura y le devuelve otro pensamiento alternativo.

Por ejemplo:

- Le caigo mal a mi vecino. Siempre que llego y está afuera, no me habla.

+ Algunas personas son tímidas. A lo mejor no le caes mal, sino que no has tenido la oportunidad para acercarte a él y conocerlo mejor.

### **Anexo 3.5**

#### **Correo Sentimental**

Se le da la consigna al grupo, donde se le pedirá a los miembros del grupo que escriban una carta breve dirigida hacia un pensamiento rumiante que ha tenido en la última semana. En esta tendrá que expresar cómo se está sintiendo emocionalmente, qué piensa, qué ha hecho, desde cuándo se siente así y por qué cree. Más adelante, escribirá de qué manera cree es posible resolver la situación, cómo se evidenciará que ha sido resuelta y cómo se ve cada uno logrando salir adelante. Posteriormente, se reflexiona sobre cómo se sintió, qué pensó, y qué haría para estar mejor. Se finaliza socializando voluntariamente el contenido de la carta y se realizarán preguntas sobre cómo se han sentido escribiendo la carta, qué piensan ahora sobre la situación y sobre las posibles soluciones que han aportado, así como cuál es la más factible de realizar cuanto antes.

#### **Anexo 4. 1 “Que digo después de decir los bueno días”**

##### **“Círculos Concéntricos”**

1. Se formara dos círculos uno externo y otro interno un en los cuales de miraran frente a frente los participantes del circulo interno con los del circulo externo, se les indicara a los participantes que contesten a quien tienen en frente una pregunta que el facilitador brindara para contestar a todos.
2. Otros facilitadores formaran parte de los círculos. Estos estarán dedicados a utilizar las preguntas como una herramienta para identificar el problema que más le aqueje a uno de los participantes.
3. Con cada pregunta que sea respondida posteriormente se trasladaran de asiento de izquierda a derecha, ya sea los del círculo externo como los del círculo interno, según indique el facilitador.
3. Las siguientes preguntas que se digan a los participantes serán dadas en un tiempo mínimo de 3 min. Y máximo de 5 min.

Preguntas:

1. ¿Cómo llegue a la asociación?
2. ¿Cuál ha sido el día en que mejor me sentí en la asociación?
3. ¿Cuáles son los principales recursos que yo poseo?
4. ¿Qué fue lo peor que he vivido en la semana pasada?
5. ¿Cómo fue mi primer beso?
6. ¿Qué puedo darle a la asociación como persona?
7. ¿Qué cosas no me han gustado de la asociación?
8. ¿Cuál son los juegos que jugaba de pequeño?

## Anexo 4. 2 Psicoeducación emociones

1. Primeramente, se procederá a la formación dos grupos de trabajo, cada uno tendrá como encargado a un facilitador.

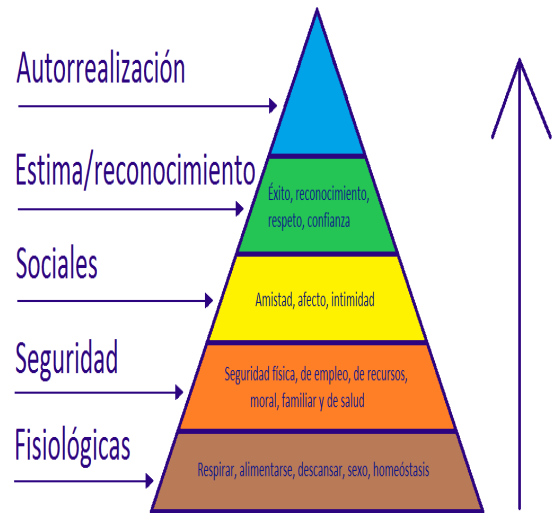
2. Seguidamente a cada grupo se le entregara un paquete de emociones las cuales estarán impresas en tarjetas. El facilitador tendrá que ir mostrando cada una de las tarjetas a los participantes y ayudarlos a identificar qué tipo de emoción, sus características, si dicha emoción es agradable o desagradable.



3. A continuación, un miembro del equipo facilitador explicara a los participantes la pirámide de necesidades de Maslow.

4. Seguidamente a cada participante se le entregara un post-it donde tendrá que escribir una situación agradable y otra desagradable que haya enfrentado en las últimas dos semanas. Cada participante tendrá que identificar en qué tipo de necesidad se identifica cada una las situaciones que anoto.

5. Para finalizar se procederá explicar los términos de proactivo y reactivo mediante el siguiente cuadro. El propósito de dicho cuadro es identificar la forma en que reaccionamos ante diferentes situaciones que se nos presentan.



Proactivo	Reactivo.
Aprovechar el momento	Relax
Automotivación	Aislamiento

### Anexo 4. 3 Pirámide de Maslow



1. **Necesidades básicas o fisiológicas:** Son las únicas inherentes en toda persona, básicas para la supervivencia del individuo. Respirar, alimentarse, hidratarse, vestirse, sexo, etc.
2. **Necesidades de seguridad:** Se busca crear y mantener una situación de orden y seguridad en la vida. Una seguridad física (salud), económica (ingresos), necesidad de vivienda, etc.
3. **Necesidades sociales:** Implican el sentimiento de pertenencia a un grupo social, familia, amigos, pareja, compañeros del trabajo, etc.
4. **Necesidades de estima o reconocimiento:** Son las necesidades de reconocimiento como la confianza, la independencia personal, la reputación o las metas financieras.
5. **Necesidades de autorrealización:** Este quinto nivel y el más alto solo puede ser satisfecho una vez todas las demás necesidades han sido suficientemente alcanzadas. Es la sensación de haber llegado al éxito personal.



#### Anexo 4.4 Radares positivos

1. Primeramente, se les pedirá a cada uno de los participantes que se les pedirá que se ponga de pie y al ritmo de la música camine por el salón y que cuando la música pare se detenga. Deberá formar una pareja con la persona que esté más cerca de ella.
2. Seguidamente se le pedirá que vea a su pareja los ojos, recuerde cuando la vio por primera vez, algún momento que hayan compartido juntos/as y en lo bien que se sintieron en ese momento.
3. Para finalizar el ejercicio se les pedirá que comento lo que respondieron a cada pregunta, cada participante tendrá un tiempo de 1 minuto 30 segundos para expresarlo.
4. Finalmente, cada pareja deberá darse un abrazo en señal de agradecimiento por los comentarios positivos recibidos.

**Reflexionar antes de la presentación.**

Yo soy responsable de mi existencia.

Tú eres responsable de tu existencia.

Yo hago lo que quiero y tú haces lo que quieres.

Yo no he venido a este mundo para satisfacer sus esperanzas.

Tú no has venido a este mundo para satisfacer mis esperanzas.

Tú eres tú y yo soy yo.

Si por suerte podemos encontrarnos así, entonces será maravilloso.

Si no es maravilloso, tenemos poco que hacer.

**Yo soy:** \_\_\_\_\_

**Me siento:** \_\_\_\_\_

**Y actualmente estoy:** \_\_\_\_\_

**Y ahora estoy:** \_\_\_\_\_

**Me gusta:** \_\_\_\_\_

**Mi experiencia más positiva es:** \_\_\_\_\_

**Me siento alegre de compartir con:** \_\_\_\_\_

**la persona que se nombre aquí continuara su presentación personal.**



## Anexo 5. 2

### Historia de vida. ¿Qué es y cómo hacerla?



**Una historia de vida o biografía de vida es una técnica narrativa que consiste en la elaboración de un relato autobiográfico con finalidad terapéutica o de investigación.** Es utilizada en diferentes contextos y disciplinas, como en la terapia ocupacional y la psicoterapia, o en las investigaciones de tipo sociológico, psicológico o antropológico.

El procedimiento básico consiste en **evocar y estructurar los recuerdos de la vida de una persona, pero desde un punto de vista subjetivo, es decir, a través de su propia mirada.** En la historia de vida deben quedar reflejados no sólo datos objetivos como **fechas y lugares**, sino sobretodo información relativa a la perspectiva subjetiva, como **valores, ideas, proyectos, planteamientos vitales, relaciones sociales**, etc.

Habitualmente, la historia de vida se construye entre dos, el sujeto protagonista del relato biográfico y un terapeuta o investigador, que recoge la información a través de una entrevista oral, y ayuda a estructurarla y darle su forma escrita.

#### **Estructura de una Historia de Vida**

La estructura de una Historia de Vida puede ser muy variada, la cuestión es que se adapte a los objetivos del participante.

El esquema que les presentamos ha sido elaborado por Jesús García-Martínez (2012) en base al trabajo de McAdams (1995), y que parte de una entrevista oral de 60 a 90 minutos:

1. **Introducción.** La persona da una breve visión general de su vida.
2. **Establecer los capítulos o períodos de la vida.** Habitualmente entre dos y siete. Se pide un título por cada capítulo. Descripción genérica de los sucesos de cada capítulo.
3. **Indicar cuáles son los acontecimientos críticos.** Se suele preguntar por ocho eventos importantes: primer recuerdo personal, un suceso de la infancia, otro de la adolescencia, otro de la vida adulta, el **punto cumbre** de la vida (el mejor momento), el **punto suelo** (el peor) y **punto de inflexión** (momentos de cambio, a mejor o a peor), además de otro momento crítico adicional.
4. **Desafío vital.** Identificar cuál ha sido el mayor reto al que se ha tenido que hacer frente. Cómo lo manejó y cómo lo solucionó.
5. **Influencias positivas y negativas.** Identificar personas, grupos o instituciones que han influido de forma positiva o negativa.
6. **Descripción de los relatos culturales y familiares que más han influido.** Por ejemplo, los comentarios del grupo de amigos sobre el sexo, el discurso familiar sobre las drogas, la serie favorita, etc.
7. **Búsqueda de futuros alternativos.** Dos posibles futuros, uno negativo y otro positivo, siempre desde una postura realista.
8. **Valores e ideología personal.** Preguntas simples y directas acerca del sistema de valores de la persona, y cómo este ha ido cambiando con la edad.
9. **Tema vital.** Se pregunta por el mensaje central, el tema sobre el que cree que se ha estado ocupando a lo largo de su narración.
10. **Otros elementos que la persona considere oportunos.**



## Instrumentos complementarios en una Historia de Vida

A menudo, la Historia o Biografía de Vida incluye otros instrumentos que complementan la información, ya sea sintetizándola, como el genograma, o ampliándola, como material fotográfico. Vamos a ver de cuáles pueden ser:

1. **Genograma:** se trata de un esquema que organiza jerárquicamente la estructura familiar a lo largo de las diferentes generaciones.
2. **Línea de Vida:** se trata de un cronograma de la vida de la persona, es un esquema donde se señalan los eventos vitales más importantes.
3. **Ecograma:** técnica que recoge la información sobre las relaciones de la persona con su entorno afectivo y social. Aporta datos sobre las redes de apoyo.
4. **Material complementario:** fotografías, objetos de vinculación, entrevistas a personas próximas. En general, el material complementario se utiliza en Historias de Vida específicas del ámbito de la gerontología, orientadas a gente mayor con dificultades para el recuerdo.



### *Referencias Bibliográficas:*

García-Martínez, J. (2012). *Técnicas narrativas en psicoterapia*. Madrid: Síntesis.

### **Anexos 5.3 Técnica: “libro abierto”**

1. Primeramente, se formará el grupo en círculo, en medio deberán colocar una silla con un libro abierto, lo cual indica que se da inicio a la dinámica y que dé desde ese momento en adelante solo puede hablar la persona que está sentada en la silla y tiene el libro en sus manos.
2. Seguidamente cada participante voluntariamente deberá contar su propia historia personal tomando en cuenta solo los acontecimientos más importantes de su niñez, adolescencia, juventud, adultez y actualidad. Cada uno tendrá un tiempo máximo de 5 minutos los cuales deberá respetar.
3. Cuando todos los participantes hayan pasado, el facilitador hará una pequeña reflexión sobre la importancia de la misma y cerrará el libro dando a entender de que nadie podrá comentar a fuera de la sesión lo que cada uno ha escuchado de sus compañeros.

### **Anexo 5.4**

#### **Técnica: “preguntas para una vida feliz”**

1. El facilitador explicará que después de contar la historia de vida es importante recordar y reconocer las situaciones que les hacen sentir orgullosos de sí mismo. Para lo cual se realizarán tres preguntas.
2. Seguidamente se procederá a formar parejas, cuando todas estén formadas uno de los facilitadores realizará las preguntas una por una. Las cuales deberán responder y compartir sus respuestas con su pareja. Cada miembro de la pareja tendrá un tiempo máximo de 1 minuto 30 segundos para responder a dicha pregunta.
3. Preguntas:
  - ✓ ¿Qué pequeña cosa he hecho hoy de la que estoy satisfecho?
  - ✓ ¿Qué pequeña cosa he hecho hoy con alguien o por mí, por la que estoy satisfecho o agradecido?
  - ✓ ¿De qué forma mi reacción hace más probable que lo repita?
  - ✓ ¿Qué otra pequeña cosa he hecho hoy de la que estoy satisfecho?

## **Anexo 6.1**

### **Espaldas para dibujar**

Se formaran dos grupos los cuales se colocaran en una columna donde todos vean en la misma dirección frente a dos pizarras o papelógrafo, sin hablar el facilitador mostrar un dibujo sencillo a cada uno de los participantes que quedaron como último de la fila, estos tendrán que usar su dedo índice para dibujar sobre la espalda de quien tiene enfrente sin hablar y el siguiente realizara el mismo proceso con la espalda de quien tenga en frente hasta llegar al primero que con un marcador dibujara en la pizarra o papelógrafo la imagen que logro captar en su espalda y que fue dibujada en él.

### **Ejercitando la gratitud**

Descripción: Invitamos a la persona a que cada día dé las gracias por aquellas pequeñas cosas a las que por su cotidianeidad ya no presta atención y que, sin embargo, echa de menos cuando faltan (disponer de agua, luz eléctrica, vestido, alimento). Indicaciones: Con este ejercicio se busca reintroducir una valoración positiva en la vida del consultante. A tener en cuenta: Se puede sugerir a la persona que lleve a cabo este ejercicio antes de irse a dormir.

## Llegar a autocuidarnos

El autocuidado tiene que ver con aquellos cuidados que se proporciona la persona para tener una mejor calidad de vida, *autocuidado individual*, o los que son brindados en grupo, familia, o comunidad, *autocuidado colectivo*. El autocuidado está determinado por aspectos propios de la persona y aspectos externos que no dependen de ella; estos determinantes se relacionan con los factores protectores para la salud, tanto como con los factores de riesgo, que generan, según el caso, prácticas favorables o riesgo para la salud.

### ¿Qué es el autocuidado?

#### CONCEPTO

El autocuidado se refiere a las prácticas cotidianas y a las decisiones sobre ellas, que realiza una persona, familia o grupo para cuidar de su salud; estas prácticas son 'destrezas' aprendidas a través de toda la vida, de uso continuo, que se emplean por libre decisión, con el propósito de fortalecer o restablecer la salud y prevenir la enfermedad; ellas responden a la capacidad de supervivencia y a las prácticas habituales de la cultura a la que se pertenece.

### Áreas del autocuidado

#### 1. Corporal

Todo lo concerniente a la salud física/nutrición, al descanso, higiene corporal y ejercicio.



#### • Descansar entre 8 y 10 horas diarias



## 2. Cognitivo/intelectual

Actividades que te ayuden a mantener el cerebro en funcionamiento, leer, escuchar programas interesantes o actividades que aporten nuevos aprendizajes.



### Calistenia Mental

Algunos ejercicios aconsejables para nuestro cerebro:

- a. Bañarse con los ojos cerrados: Sólo con el tacto, localiza las llaves de agua, busca el jabón, o el shampoo, etc. Verás cómo tus manos notarán texturas que nunca antes habías percibido.
- b. Usar la mano no dominante: Come, escribe, abre una tapa, péinate, báñate, aféitate lava los dientes con tu mano no dominante.
- c. Lee en voz alta: Se activan distintos circuitos que los que usas para leer en silencio.
- d. Cambia tus rutinas: Haz cosas diferentes. Fuéstrate a conocer y charlar con personas de diferentes edades, actividades e ideologías. Experimenta lo inesperado.
- e. Cambia las cosas de lugar: Al saber dónde está todo, el cerebro ya construyó un mapa el cual lograras percibir al cambiar de lugar las cosas.
- f. Aprende algo nuevo: Si te gusta, armar rompecabezas, tápate un ojo para que pierdas la percepción de la profundidad, por lo que el cerebro tendrá que confiar en otras vías.

## 3. Emocional

Ser consciente de las emociones más recurrentes: Tristeza, alegría, enojo para trabajarlas buscando técnicas de autocontrol, actitud mental positiva, desarrollar el humor y fortalecer las áreas de la autoestima.

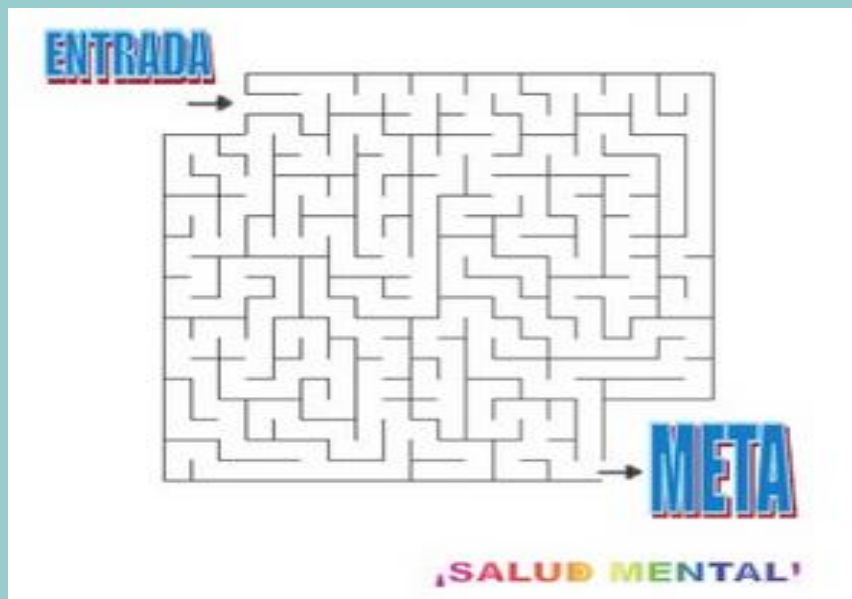
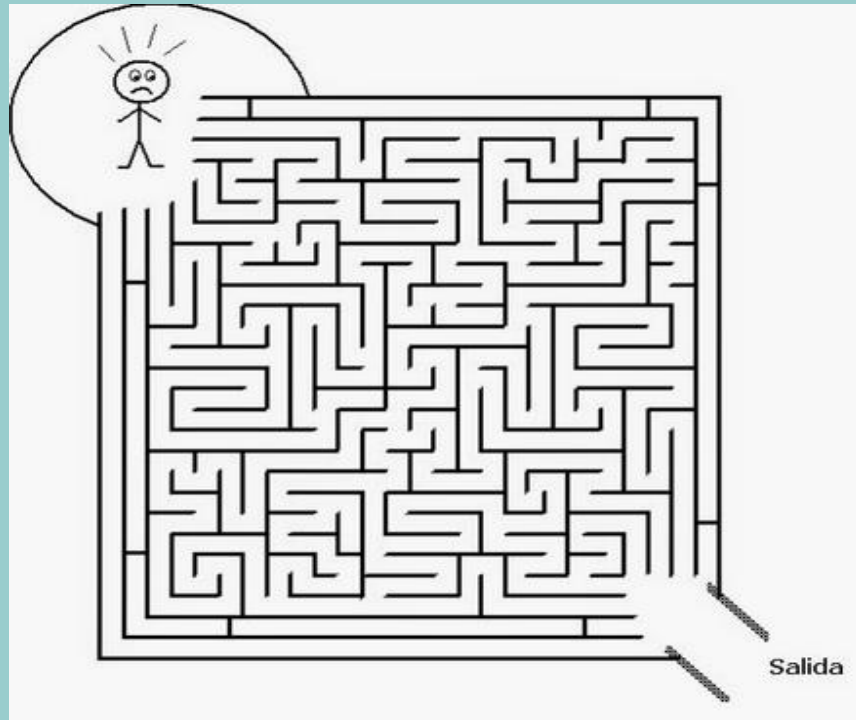


Calistenia mental

Calistenia física



A continuación se te presenta un laberinto ayuda a Mariano a llegar a la salida. Y luego puedes resolver el segundo Laberinto identifica el camino que te lleva a salud mental.



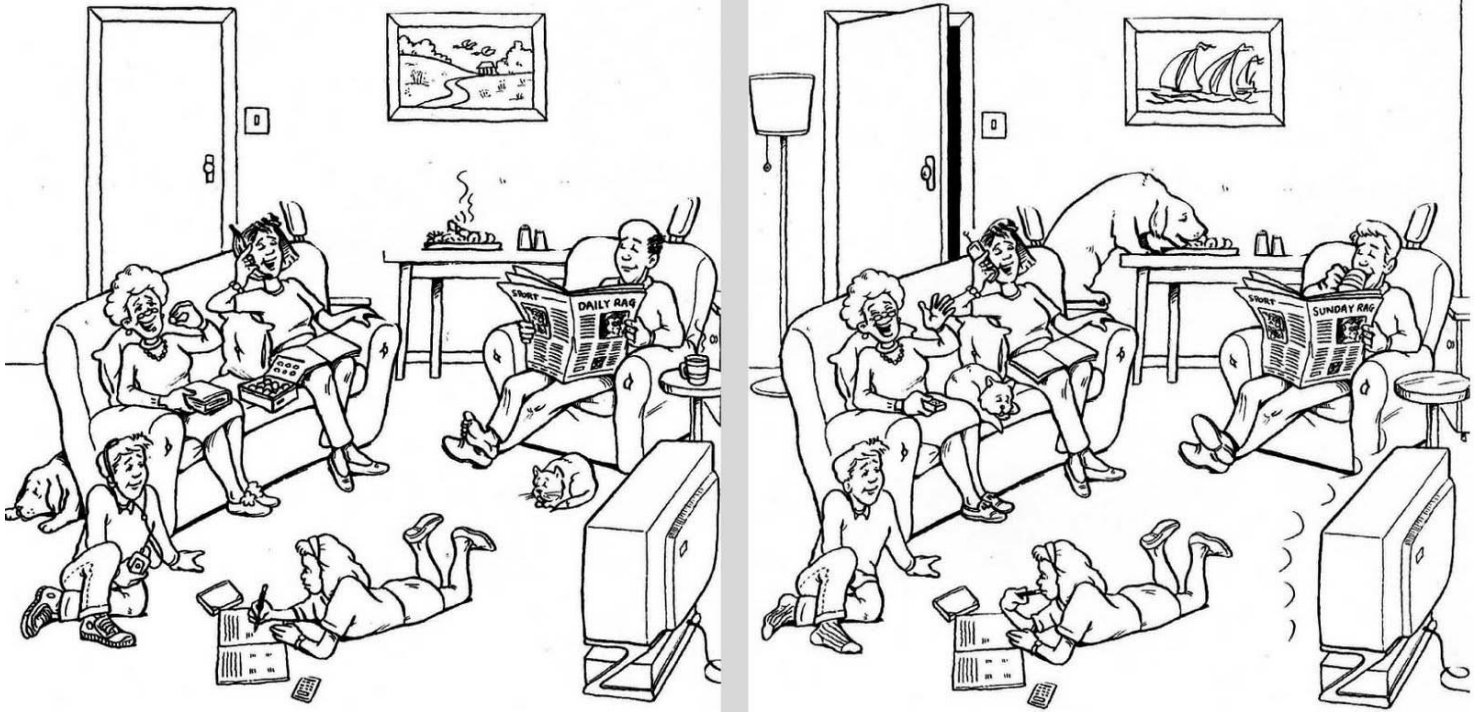
(5<sup>o</sup>-C. NAT.-B1) "LA DIETA CORRECTA Y SU IMPORTANCIA PARA LA SALUD"

	<table> <tr> <td>SALUD</td> <td>ALIMENTACIÓN</td> </tr> <tr> <td>NUTRICIÓN</td> <td>ENERGÍA</td> </tr> <tr> <td>CULTURA</td> <td>TRADICIONES</td> </tr> <tr> <td>DIETA</td> <td>BEBIDAS</td> </tr> <tr> <td>NUTRIMENTOS</td> <td>PROTEÍNAS</td> </tr> <tr> <td>CARBOHIDRATOS</td> <td>LÍPIDOS</td> </tr> <tr> <td>GRASAS</td> <td>VITAMINAS</td> </tr> <tr> <td>MINERALES</td> <td></td> </tr> </table>	SALUD	ALIMENTACIÓN	NUTRICIÓN	ENERGÍA	CULTURA	TRADICIONES	DIETA	BEBIDAS	NUTRIMENTOS	PROTEÍNAS	CARBOHIDRATOS	LÍPIDOS	GRASAS	VITAMINAS	MINERALES	
SALUD	ALIMENTACIÓN																
NUTRICIÓN	ENERGÍA																
CULTURA	TRADICIONES																
DIETA	BEBIDAS																
NUTRIMENTOS	PROTEÍNAS																
CARBOHIDRATOS	LÍPIDOS																
GRASAS	VITAMINAS																
MINERALES																	

Y	U	I	S	O	P	A	S	D	G	F	G	H	J	K	L
M	Ñ	Z	A	X	C	V	B	N	R	M	L	Q	W	E	R
I	T	A	L	I	M	E	N	T	A	C	I	O	N	Y	U
N	I	O	U	P	A	S	D	F	S	G	P	H	U	J	C
E	K	L	D	Ñ	Z	X	C	V	A	B	I	N	T	M	A
R	Q	W	E	R	T	Y	U	I	S	O	D	P	R	A	R
A	S	D	F	G	H	J	K	L	Ñ	Z	O	X	I	C	B
L	V	V	B	N	N	M	Q	W	E	R	S	T	C	Y	O
E	U	I	I	O	U	P	A	E	N	E	R	G	I	A	H
S	S	T	D	F	T	G	C	H	J	K	L	Ñ	O	Z	I
X	C	A	V	B	R	N	U	M	Q	W	E	R	N	T	D
Y	U	M	I	O	I	P	L	A	S	D	F	G	H	J	R
K	L	I	Ñ	Z	M	X	T	C	V	B	B	N	M	Q	A
W	E	N	R	T	E	Y	U	U	I	O	E	P	A	D	T
S	D	A	F	G	N	H	R	J	K	L	B	Ñ	Z	I	O
X	C	S	V	B	T	R	A	D	I	C	I	O	N	E	S
N	M	Q	W	E	O	R	T	Y	U	I	D	O	P	T	A
S	D	F	G	H	S	J	K	L	Ñ	Z	A	X	C	A	V
B	N	M	P	R	O	T	E	I	N	A	S	Q	W	E	R
T	Y	U	I	O	P	A	S	D	F	G	H	J	K	L	Ñ

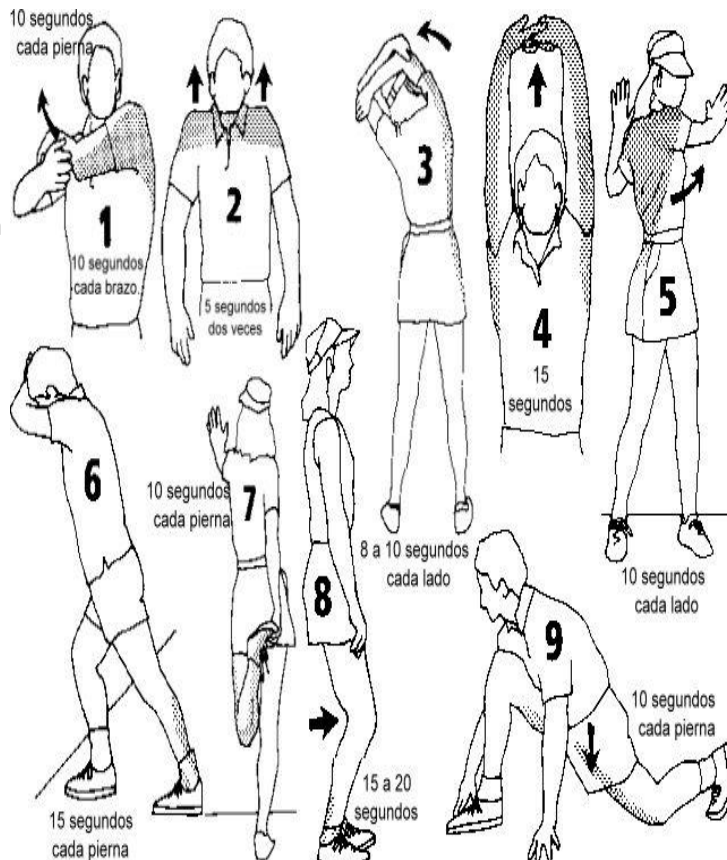


A continuación, se te presenta dos imágenes parcialmente idénticas debes encontrar 19 diferencias que hay entre ambas. ¡Buena suerte!



# CALENTAMIENTO

Realizar por la  
Mañana al  
Despertar.



### **Anexo 7.1**

#### **Dinámica: “Las formas de estar”**

1. Primeramente, se pedirá a todos los participantes que formen un círculo. Mientras el facilitador explicara en que consiste la dinámica a realizar.
2. Para la realización de la dinámica puede acompañar con música al gusto de los participantes.
3. Se le indicará a los participantes que cuando inicie la música deberá cambiar del puesto tomando una actitud triste, con la cabeza hacia abajo y sin mirar a nadie. Este paso deberá repetirse varias veces, pero cambiando de actitud cada vez que cambie de lugar. Por ejemplo: dando una sonrisa, quitando a su compañero del camino, riéndose, llorando
4. Al finalizar la dinámica el facilitador hará una pequeña reflexión sobre la importancia de la buena actitud en todo lo que hacemos diariamente.

### **Anexo 7.2**

#### **Técnica: “Cuidando mi imagen personal”**

1. Se procederá a formar dos grupos de trabajo cada en cada uno deberá haber un facilitador encargado de dirigir la dinámica. Además, se entregarán los materiales necesarios para la dinámica, plumones, papel bond.
2. Cada grupo deberá dibujar en papel bond una silueta de hombre y una de mujer.
3. Seguidamente deberá hacer una lista de conductas, pensamientos, emociones, etc., que afectan su salud física y emocional. Cada grupo debe de considerar que dicha lista se aplique tanto a hombre como a mujeres.
4. Seguidamente, deberá hacer lo mismo pero esta vez desde la parte positiva deberá hacer una lista de acciones, pensamiento, emociones, conductas, que benefician su salud física y emocional y deberían anotarlas en la otra silueta considerando que estas también se apliquen a ambos sexos.
5. Después, cada grupo deberá socializar su trabajo con los demás miembros del grupo.
6. para finalizar la dinámica el equipo facilitador hará una reflexión sobre la importancia del auto cuidado desde nuestra realidad y la factibilidad de llevar a cabo las diferentes acciones positivas que se han socializado.

**1. Truismos**

“En este momento estas escuchando el sonido de mi voz, mientras estas cómodamente sentado en la silla...

Cada uno de tus músculos está completamente relajado, y mientras está completamente relajado cada uno se relaja profundamente, hasta llegar a una relajación total.

En este momento tu mente se concentra en escuchar mi voz, y mientras escuchas el sonido de mi voz te vas relajando cada vez más profundamente.

Ahora te sientes totalmente, relajado, tranquilo y ligero, cada vez más te concentras sólo en la respiración y en el sonido de mi voz, escuchas también otros sonidos fuera de este lugar, pero solo te concentras cada vez más en el sonido de mi voz... en cada respiración, te vas relajando cada vez más.

Mientras respiras muy profundamente y sientes la posición de tu cuerpo que es cada vez más cómoda, tus dedos, tus manos tus piernas y tu torso, así como tu cabeza ha encontrado una posición cada vez más cómoda, mientras respiras te sientes en una posición cada vez más cómoda y vas soltando tu cuerpo cada vez más.

Se sigue la respiración de la persona, la cual estará con los ojos cerrados, siguiendo las indicaciones expresadas por el terapeuta.

2. “¿Cómo te gustaría que fuera tu relajación? ¿Ligera, moderada, profunda?” (implicaciones).
3. Se aplica una inducción a la relajación (Guiar sobre la relajación en la respiración, relajación muscular o aplicar Truismos. Los Truismos son “verdades obvias”, es una sugestión hipnótica sencilla y muy potente, ya que no puede refutarse por ser una verdad obvia y finalmente se acepta.)
4. Luego se dice la consigna: “En este momento (pausa)... te voy a pedir (pausa)... que recuerdes algo maravilloso (pausa)...algo que ocurrió un bello día (pausa)... de un bello mes (Pausa)...”
5. Si (pausa)...me refiero a ese momento en el que ocurrió (pausa)... recuerda cada detalle (Pausa)... cada color (pausa)...de cómo te sentías ese bello día en ese bello mes (pausa)...
6. Y se sigue con el apoyo de imaginación guiada que hagan referencia a esa experiencia maravillosa...
7. Se finaliza dando un laaargo minuto a la persona para que vuelva a su presente.
8. Evaluar: ¿cómo te sentiste? Cuéntame cómo fue tu experiencia.

#### **Anexo 7.4**

#### **planea un día perfecto**

1. Sugerimos a la persona que la noche anterior plantee cómo sería su día perfecto. Tiene que planear qué haría, con quién, cómo, dónde, de qué o quién se mantendría alejado, etcétera.
2. Al finalizar el día deberá evaluarlo teniendo como base la siguiente escala del 1 al 10.  
10 – el mejor día posible  
9 – un día sobresaliente  
8 – un día excelente  
7 – un día notable  
6 – un día bueno  
5 – un día medio  
4 – un día un poco peor de lo habitual  
3 – un día malo  
2 – un día terrible  
1 – el peor día de mi vida

#### **Anexo 8.1**

#### **Técnica ¿Cómo venimos?**

En esta técnica se coloca a las personas participantes en círculo y se inicia de izquierda a derecha explicando cada una y en primera persona como es que viene a la sesión, cuál es su estado de ánimo y que espera de esta sesión.

## ¿Qué es la autoestima?

La autoestima podría definirse como el aprecio y valoración que uno tiene por sí mismo y es un aspecto muy importante en todo ser humano. La autoestima nos marca como personas y nos ayuda a definir nuestra personalidad. La autoestima que se tiene influirá en casi todo lo que uno hace, como, por ejemplo; influirá en la toma de decisiones, podrá modificar acciones, aspiraciones, gustos y muchas otras cuestiones que forman el ser, la felicidad y la vida de una persona.

Explicado de otra forma, la autoestima es básicamente la valoración que nosotros hacemos de nosotros mismos; como nos vemos, como nos sentimos, como sentimos que estamos y encajamos en el mundo. Nuestro nivel de autoestima puede determinar nuestras actitudes, el cómo nos sentimos y encontramos frente a los demás, el trato hacia mujeres y hombres y también cómo encaramos nuestros proyectos, sueños, ideales, problemas y frustraciones. De nuestro nivel de autoestima dependerá a qué aspiramos en la vida, lo que pretendemos lograr y ser y lo que podremos conseguir.

Es importante señalar que, aunque nosotros somos los responsables de definir nuestra autoestima, conseguir tener una autoestima alta no es sencillo. La autoestima conlleva diversos procesos internos a través de los cuales se debe llegar a la aceptación de todo lo que forma parte de una persona, es decir: su imagen física, capacidades, defectos, valorar las virtudes, etc.

Si una persona consigue quererse y ser feliz como es, con sus defectos y virtudes, conseguirá tener una alta autoestima, un buen concepto de sí mismo y una valoración positiva. Estos aspectos pueden tener un papel fundamental para que esa persona triunfe en lo que se proponga y sobre todo, sea más feliz. Una autoestima alta también influirá en el concepto que las demás personas tendrán sobre esa persona.

De la misma forma, una baja autoestima seguramente se traducirá en fracasos, frustraciones y en no alcanzar las metas deseadas. La autoestima funciona como un termómetro que indica lo que somos capaces de lograr. Una percepción negativa de nosotros mismos nos limitará a la hora de lograr lo que nos propongamos y también influirá en cómo nos ven las demás personas. Si una persona no tiene confianza en sí mismo, difícilmente lo tendrán otras personas. De esta manera, es posible caer en una especie de círculo vicioso, ya que el hecho de que las demás personas no nos valoren, servirá para reforzar y acentuar aún

más la valoración negativa que tenemos de nosotros mismos. Por todos estos motivos, el amor y la valoración que uno tiene de sí mismo, son muy importantes para la formación de una persona, su desarrollo y su vida en sociedad.

### Anexo 8.3

#### **APLICACIÓN PERSONAL**

Veamos esto a través de la lectura de una historia que narra algo que le ocurre a un Pablo:

#### **LA HISTORIA DE PABLO**

Pablo es una persona adulto mayor que no tiene registro escolar, llevaba tres días preparándose para el examen oral de alfabetización y acreditarse como persona no analfabeta, cada día que pasaba aumentaba su nivel de nerviosismo. No era la primera vez que tenía un examen oral; recordaba el fracaso anterior. El curso pasado en un examen oral había estado fatal, le dieron la peor nota de su vida en lectura.

Sólo le quedaban tres días para el examen pero ya se imaginaba hundido delante del profesor; también escuchaba un monólogo continuo: "¡Qué fastidio, un examen oral!... me pondré otra vez nervioso, me quedaré mudo y no sabré que responder...claro, la lectura, soy un inútil!, no me ha entrado nunca y nunca me entrará. ¡Me ha fastidiado Don Desiderio poniéndome un examen oral!, inseguro que lo hace porque no le caigo bien por ser adulto mayor!"

Pablo se sentía aborrecido por estos pensamientos, al tiempo que intentaba concentrarse en el estudio. El nerviosismo de Pablo iba aumentando día a día.

El día del examen, esperando su turno para entrar en el despacho de Don Desiderio, estuvo a punto de abandonar todo y dejar el examen oral. En ese momento le asaltaban los siguientes pensamientos: "Lo mejor que puedo hacer es largarme para casa y no hacer el examen. Total, voy a reprobar haga lo que haga...Pero no, me quedo, ¿qué van a pensar mis nietos si me retiro?, ¿qué pensarán mis compañeros?, Carmen mi esposa pensará que soy un cobarde y que no me he atrevido a enfrentarme a esa situación".

Pablo era incapaz de retener sus pensamientos y seguía diciéndose a sí mismo: "Me encantaría parecerme a Juan José, además de ser más joven que yo no se pone nervioso por nada... Sé que Juan José lleva tiempo presumiendo que ya sabe leer... me encantaría que Juan José se quedara paralizado delante de Don Desiderio y reprobara..."

## COMENTARIO

Todo el mundo tiene una voz interior crítica. Esta voz interior habla de nuestras pautas de conducta morales y de las reglas de convivencia, nos señala cuando nos estamos pasando y cuando no estamos llegando, y nos señala si podemos estar o no satisfechos de nuestras acciones, es decir, esta voz interior es capaz de valorar nuestros éxitos y nuestros fracasos.

Las Personas Adultos Mayores que tienen una baja estima de sí mismos tienen tendencia a tener una voz crítica muy desarrollada, muy potente y muy dañina. Ellas, cuando razonan, piensan y critican, son crueles consigo mismo y tienden a autosabotearse.

Como punto de partida, es necesario analizar cómo es esta voz interior crítica, negativa y perjudicial para nosotros mismos.

De la lectura de esta primera parte de la Historia de Pablo, se desprende que ha actuado como una persona con baja autoestima. Sus pensamientos hacen que se sienta fracasado. Su voz interior es crítica, negativa y dañina para sí mismo.

La voz crítica de Pablo ha utilizado expresiones como:

- ¡Soy un inútil!
- ¡Nunca me ha entrado la lectura y nunca me entrará!
- ¡Carmen pensará que soy un cobarde!

## 2ª PARTE

Por fin a Pablo le tocó su turno, entró, se sentó, no sabía dónde colocar sus manos y decidió ponerlas sobre la mesa, para disimular sus nervios jugando con un encendedor. Don Desiderio, sin mirarle, le lanzó la pregunta. Pablo, a medida que iba contestando, iba poniéndose cada vez más rígido, su voz comenzaba a sonar monótona y temblorosa, al tiempo que comenzaba a sudar y a tartamudear ligeramente. Estaba escuchando su voz interna, su voz crítica estaba haciendo realidad, ahora, todo aquello que había estado temiendo desde que le anunciaron la fecha del examen.

Pablo seguía respondiendo a la pregunta mientras soportaba la carga de sus pensamientos: "Aquí estás, haciendo de tonto,..., eres torpe,..., no conseguirás serenarte nunca,..., si sigo así reprobare...".

## CONTESTA

Ahora te toca a ti reflexionar sobre los pensamientos que abordan a Pablo en esta parte de la Historia.

Anota los pensamientos que Pablo ha utilizado referidos a la crítica negativa de la que estamos hablando.

---

---

---

---

---

## **LAS DISTINTAS CARAS DE LA CRÍTICA NEGATIVA**

La crítica negativa suele presentarse adoptando diversas formas, es importante que conozcamos estas formas para poder identificarlas cuando se presenten.

Vamos a ver, ahora, a través de unos ejemplos, las formas más frecuentes que suele adoptar la crítica negativa:

### **LA COMPARACIÓN**

Las Personas Adulto Mayores con baja autoestima tienen muy desarrollado el mecanismo de la comparación. Esta tendencia exagerada a la comparación tiene distintas características:

- Tienen una tendencia exagerada a compararse en aquellos aspectos en los que están en desventaja.
- Existe un enorme deseo de ser el primero en todo. Como no siempre se puede ser el primero en todo se producen frecuentes situaciones de fracaso.
- Las personas que están comparándose frecuentemente tienen una gran tendencia a la envidia.

Ejemplo:

En la primera parte de la Historia, al final, Pablo decía:

"Me encantaría parecerme a Juan José, además de ser más joven, no se pone nervioso por nada... Sé que Juan José lleva tiempo presumiendo que ya sabe leer".

### **LA GENERALIZACIÓN**

Se produce cuando hacemos un juicio general después de haber fracasado en un aspecto concreto de nuestra vida.

Ejemplo:

Pablo había fracasado el curso anterior en un examen oral de lectura y a partir de ese fracaso piensa:

"No aprobaré jamás".



## **LA DESCALIFICACIÓN GLOBAL**

Se produce cuando ante un fracaso hacemos un juicio general descalificador sobre nosotros mismos. El resultado de este juicio general es una descalificación global.

Ejemplo:

En la Historia de Pablo aparecen varios ejemplos de descalificación global. En ocasiones, se daña repitiéndose con insistencia:

"¡Eres un inútil!"

"¡Eres un cobarde!"

"Etc."

## **EL FILTRADO NEGATIVO**

Las personas adulto mayores con falta de autoestima ven la vida a través de un filtro de forma que sólo dejan pasar las malas noticias. Podríamos decir que están a la caza de malas noticias. No ven la vida como es en realidad, sólo ven el lado negativo de las cosas.

Ejemplo:

Pablo está centrándose constantemente en el lado negativo de las cosas. Recordemos cuando señala:

"No me gusta la Lectura...Odio los exámenes orales...Ojalá Juan José se quedara paralizado y reprobara, etc."

## **EL PENSAMIENTO POLARIZADO**

Las personas adulto mayores con baja autoestima tienen criterios muy extremos sobre las cosas y los acontecimientos. O gano o pierdo, o blanco o negro; para ellos no existe el término medio.

Ejemplo:

Pablo no se plantea sacar una nota mejor o peor en el examen, tan sólo se plantea el reprobado (el fracaso) o el aprobado (el triunfo). Recordemos cuando dice: "Reprobare la Lectura".

## **LAS ATRIBUCIONES ERRÓNEAS**

Las atribuciones son las causas a las que achacamos las cosas que nos ocurren.

Las atribuciones erróneas pueden producirse de dos formas muy distinta:

a) Cuando se produce una situación de fracaso, se echa la culpa a algo que no depende de nosotros mismos. Se atribuye el fracaso a una causa externa; con lo que se convierte en imposible poner remedio en el futuro a esa situación de fracaso.

b) Cuando se produce una situación de fracaso la persona adulta mayor con baja autoestima se echa enteramente la culpa sobre lo ocurrido y piensa que debería haber hecho algo para remediar el fracaso.

Ejemplo:

Pablo piensa que no aprobar por culpa del examen oral, por el capricho del maestro o por lo inútil que es. En todo caso, todas las causas enunciadas están fuera de él, son causas que él no puede cambiar. Pablo en ningún momento se plantea hacer algo que solucione esta situación. Está fuera de control.

### **LA PERSONALIZACIÓN**

La personalización es una tendencia a pensar que las cosas que nos ocurren porque hay alguien empeñado en producirnos daño personal a nosotros mismos.

Ejemplo:

En nuestra Historia, Pablo llega a pensar que Don Desiderio le ha puesto el examen oral para fastidiarle a él personalmente. Recordemos cuando pensaba: "Me ha fastidiado Don Desiderio con ponerme un examen oral...Seguro que no le caigo bien".

#### **Anexo 8.4**

#### **Bote Medicinal**

Se les pide a los participantes que elaboren un "medicamento" contra la baja autoestima. Deben diseñar un bote o caja medicinal que donde guardar "las pastillas": cada una de las pastillas es un recurso muy concreto que la persona posee para aumentar su autoestima (llamar a un amigo, ponerse una ropa que le guste, escuchar cierta canción, entre otros). Cada recurso se escribe en papel, que puede ser de distinto color en función de si es conducta, pensamiento o emoción, el medicamento debe llevar un prospecto que indique cual es la composición, como debe ser usado, entre otros, este debe colocarse en el espacio de la casa donde se almacenen los medicamentos en general.

Se les prescribirá que consuman el medicamento una vez al día, por la mañana y que de ser necesario una dosis extra ante una situación difícil poder consumir otra dosis.

## **Anexo 9.1**

### **Dinámica: “El mejor día de la vida.”**

En colaboración con todos los miembros del grupo, se hará un cuento. Para su realización, cada miembro, de forma ordenada, mencionará una frase y en esa frase, dirá su nombre como si se tratase de un personaje de la historia. El otro retomará la idea para continuar con otra frase, independientemente si guarda o no relación con la anterior.

A: Había una vez, una hacienda muy grande que tenía el nombre de la dueña. La hacienda se llamaba Eva.

B: En la hacienda Eva, vivían muchas personas. Godo, era quien se encargaba de mantener en orden la entrada de la hacienda.

C: Godo era muy amigo de Juana. Los dos llevaban mucho tiempo en la hacienda y se ayudaban para no complicarse con el trabajo.

La historia finaliza con el último miembro del grupo, que deberá cerrar la narración y decir al final la frase: Y colorín colorado, esta historia se ha terminado.

## **Anexo 9.2**

### **Psicoeducación sobre las relaciones interpersonales**

Las personas se necesitan unas a otras. Desde los primeros años buscamos a otras personas o somos buscados. Todas las personas establecemos numerosas relaciones a lo largo de nuestra vida, y a través de ellas, compartimos e intercambiamos formas de sentir y de ver la vida; también compartimos necesidades, gustos, intereses y afectos. Es muy increíble la forma en la que podemos llevarnos con otras personas si partimos de la idea que cada cabeza es un mundo distinto.

Es ahí donde las relaciones se ven enriquecidas y variadas, dándonos distintas experiencias a la hora de convivir, así como también nosotros aprendemos de otros y también aprenden de nosotros. Las relaciones interpersonales no solo nos llenan de conocimientos y experiencias, sino que también nos dan afecto. Nos sentimos amados e importantes en el mundo de los demás. Después de todo ¿A quién no le gusta tener amigos?

A algunos pueda ser que no les guste tener muchísimos amigos, existirán otras personas que tienen un pequeño círculo de amigos y con eso es suficiente. Aquí es donde recordamos que la amistad la consideramos en calidad, mas no en cantidad. En psicología, la necesidad de pertenencia o integración es una motivación humana básica, los seres humanos sentimos la necesidad de pertenecer a algún grupo y eso supone un fuerte impulso que nos hace buscar a otros y cuidar esas relaciones.

### **¿Qué son las habilidades sociales?**

Las habilidades sociales son las conductas o destrezas sociales específicas requeridas para ejecutar competentemente una tarea de índole interpersonal (Entre personas). Se tratan de un conjunto de comportamientos aprendidos que se ponen en juego en la interacción con otras personas (Monjas, 1999).

### **¿Por qué son importantes las habilidades sociales?**

Permiten hacer nuevos amigos y mantener nuestras amistades a largo plazo, expresar a otros nuestras necesidades, compartir nuestras experiencias y empatizar con las vivencias de los demás, defender nuestros intereses, etc. son sólo ejemplos de la importancia de estas habilidades. Por el contrario, sentirse incompetente socialmente nos puede conducir a una situación de aislamiento social y sufrimiento psicológico difícil de manejar.

### **Habilidades sociales (HS), herramientas para la convivencia**

La mayoría de los deseos, sueños u objetivos que nos proponemos en la vida dependen de la participación de otras personas, por lo tanto, las competencias sociales se tornan cruciales para alcanzar o concretar esos deseos, sueños u objetivos. En la vida afectiva, las HS complementan la vida en la pareja, en la familia o la amistad y hacen que cada una de las interacciones más simple, transparente y ecológica posible.

La falta de HS dificulta el desarrollo personal, profesional y afectivo de las personas.

### **Las HS se aprenden**

Desenvolverse en público, superar situaciones conflictivas, liderar un grupo y motivarlo, atender y convencer a otros para que hagan algo o dejen de hacerlo, conciliar, mediar, agradar, seducir... en definitiva: convivir. Para todo esto es imprescindible dominar las HS, quien no las tiene desarrolladas tenderá a ser tímido, con dificultades para relacionarse en todos los campos, y no estará capacitado para defender y ejercer sus derechos.

Pero las HS se aprenden. Identificar y manifestar las propias emociones, reconocer sentimientos ajenos, animarse a hacer una pregunta o saber responder no son aptitudes que se adquieren a lo largo de la vida, pero para las cuales la niñez es un estado crucial.

## **Las HS, una por una**

### **De comunicación**

Escuchar al otro, iniciar una conversación, presentarse, respetar los tiempos de los demás para hablar, mantener contacto visual en la conversación, disculparse, dar gracias.

### **De cooperación**

Pedir ayuda, participar, pedir favores, trabajar en equipo, aceptar reglas, compartir

### **De defensa de los derechos**

Expresar quejas y desacuerdos, decir que no a pedidos de otros cuando no se desean, señalar acciones de otros que puedan perjudicarlos

### **De expresión de sentimientos**

Dar a conocer el propio estado de ánimo, responder a las expresiones de sentimientos de los demás, consolar a los demás ante situaciones desagradables

### **De planificación**

Establecer prioridades y objetivos a corto y largo plazo, plantearse metas, evaluar alternativas antes de actuar

**Mantener vínculos armoniosos en todos los niveles de relación hace que las personas logren un mayor equilibrio y desarrollo emocional y personal.**



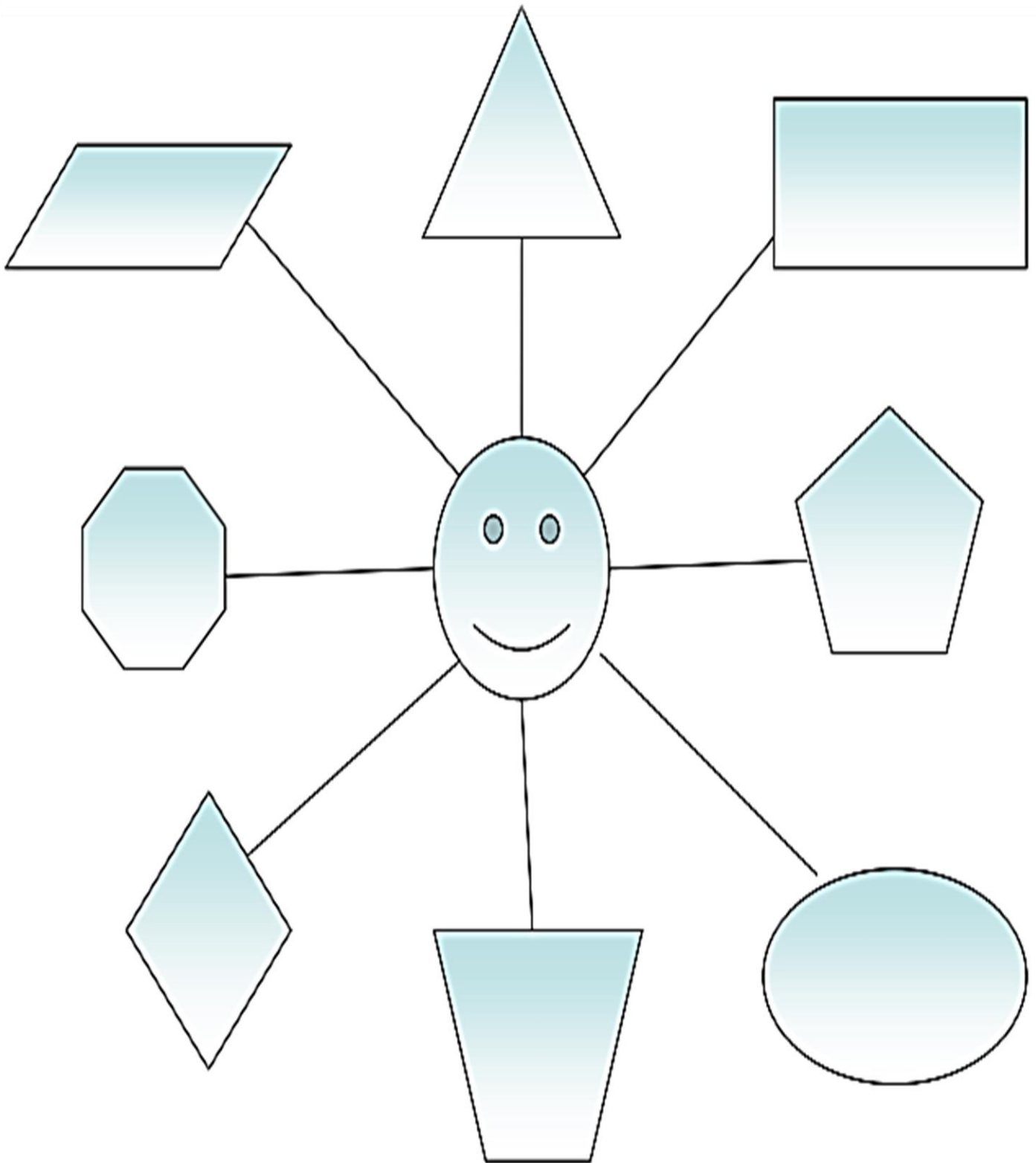
**Anexo 9.3****Un caso de indefensión aprendida.**

Anacleto es un señor que se ha pasado toda su vida trabajando. Se considera una persona con mucha energía, pero de unos meses para acá que se ha jubilado, se le ve con menos ánimo. Él dice que no sabe qué hacer con tanto tiempo libre. Le cuesta conciliar el sueño y ha descuidado su aseo personal.

Piensa que ya no puede aprender cosas nuevas y que ahora que está desempleado, ya no puede usar sus fuerzas para algo útil. Su esposa trata de convencerlo de ir a clases de baile juntos, pero él dice que eso es para gente joven. Los hijos han tratado de apoyarle y darle ánimos visitándolo frecuentemente.

Anacleto sale a recibirlos y comparte con ellos alrededor de media hora y luego se retira, porque asegura que se siente cansado y triste porque ya no puede hacer algo para cambiar su situación. ¿Cómo se puede ayudar a Anacleto?

# Mi Red de Apoyo



## **Anexo 9.5**

### **Técnica de la telaraña**

Con un bollo de lana, el facilitador se lo entregará a otro participante del taller, sin soltar una parte de la lana y así sucesivamente hasta regresar al terapeuta. En este punto, se deshará la telaraña. Para ello, siguiendo el orden inverso en el que la telaraña fue hecha, dirá algo que aprecia de la relación con esa persona que se la hizo llegar y agregará algo que valora mucho de lo que aporta la persona en cuestión.

A: Carmen me hizo llegar la lana. Aprecio que Carmen me llama cuando yo no vine al grupo y a la semana siguiente, me pregunta por cómo he estado, pues ya sabe que vivo solo. Valoro mucho que Carmen está pendiente de nosotros y siempre está buscando cómo mantener unido al grupo.

B: Martín me pasó la lana. Aprecio que Martín es alguien bien generoso. Nos da siempre de lo primero y lo mejor de sus cosechas y nos pregunta a veces si tenemos para el pasaje. De él, aprecio que es capaz de sacarse el bocado para dárselo a alguien más.

## **Anexo 9.6**

### **Técnica “El Manuscrito de Interacciones”**

Esta técnica ayuda a identificar la calidad de las relaciones interpersonales que los consultantes mantienen en los grupos dentro de los que se desenvuelven, así como identificar recursos. Cada consultante, se coloca una página en su espalda. Los demás miembros del grupo deben escribir por turnos, lo que más valoran de la relación que guardan con el consultante, lo que más admiran de esta persona o bien, lo que consideran que aporta a sus vidas. La técnica también contribuye a mejorar la autoestima al recibir atribuciones sobre los recursos de personalidad.

## **Anexo 10.1**

### **Dinámica: “En Venta”**

La dinámica tiene por objetivo el dar a conocer los recursos personales con los que cuenta cada miembro del grupo. Todos deberán ofertarse como si se tratara de un comercial, expresando al menos tres virtudes o dones que poseen y son útiles. El comercial no debe exceder más de 90 segundos o un minuto y medio.

A: Mi nombre es Arnoldo. ¿Alguna vez ha tenido problemas con el espacio en casa? Pues este es su día, yo soy capaz de encontrarle puesto a todo lo que tiene a un lado y no sabe qué hacer. Lo haré rápido y con mucho cuidado para conservar en una sola pieza todas sus cosas. ¡No lo piense más!

B: Rita es mi nombre y conmigo, usted siempre tendrá de qué hablar. Puedo contarle chistes, pero también le puedo dar un consejo y por qué no, ¿Escucharle? Esto es una promoción por tiempo limitado.

Si algún miembro del grupo tiene problemas para venderse o realizar su comercial, los demás pueden ayudarlo comentando razones por las cuales lo comprarían.



A lo largo de nuestra vida, tomamos decisiones cada día y realizamos muchas actividades de forma automática o sin que nos percatemos de lo que ocurre en nosotros mismos. Es decir, nos pasamos ocupando en tantas cosas, en cuidar de otros pero no nos cuidamos a nosotros mismos ni prestamos atención a lo que necesitamos, mucho menos ocuparnos de nuestra persona.

Las relaciones intrapersonales, pues, es ese vínculo que cada persona guarda con su yo interior. Si prestamos atención a dichas necesidades y nos cuidamos, establecemos relaciones con nuestro yo interior. Esto es, saber lo que nos gusta y lo que no nos gusta, porqué esto es así. Saber cuáles son nuestras virtudes, fortalezas y dones, así como también saber cómo mejorar o trabajar aquellos puntos que son un tanto desventajosos.

Si guardamos una especial relación con nosotros mismos, no solo nos sentiremos mejor con nosotros mismos, sino que además, aprenderemos a reconocer lo que aportamos en otros con nuestra persona y también a reconocer con humildad nuestros límites, para trabajarlos a través de la mejora personal. Es posible tener una relación sana con nosotros mismos.

### **¿Qué es inteligencia intrapersonal?**

Es la habilidad que nos permite conocernos a nosotros mismos, nuestra identidad, personalidad, tener un modelo preciso y verídico de cómo somos en realidad y usarlo para desenvolvernos de manera eficiente en la vida.

Esto implica que podemos reconocer nuestros propios estados de ánimo, motivaciones, los conceptos y principios que nos rigen.

Este auto conocimiento nos debe llevar a ser competentes en la valoración es decir que podemos valorar nuestras capacidades y saberlas utilizar para nuestro bien y servicio a otros.

También esta, auto evaluación debe servirnos para aprender la auto administración es decir que somos capaces de administrar debidamente nuestros recursos emocionales como los recursos materiales que tengamos.

### Anexo 10.3

### Carta no enviada

Se le dará una hoja en blanco a cada miembro del grupo. En esa hoja, se les indicará que escriban una carta dirigida a su yo del pasado, donde le agradecerán por todo lo que han vivido y aprendido. En dicha carta, deberán elogiar a su yo del pasado y reconocer las cualidades que han tenido y llevado a la práctica en los momentos más importantes de sus vidas, haciendo énfasis en todos aquellos recursos con los que cuentan. Si un miembro del grupo se extiende, los facilitadores podrán entregar una hoja adicional.

### Anexo 10.4

### Detectar e implantar fortalezas

El objetivo de esta técnica es para que la persona sea más consciente de sus capacidades y las utilice más. Para realizar esta técnica, se sugiere a la persona que escriba aquellas actividades que es capaz de realizar gracias a sus fortalezas (competencias) y que analice cómo las ha utilizado en la actividad y de qué manera le han sido útiles. Cada miembro del grupo, tendrá una hoja de trabajo donde escribirá todas sus fortalezas, dones y virtudes posibles. Posteriormente se harán preguntas sobre cómo esas fortalezas le han ayudado a realizar sus metas y objetivos a lo largo de toda su vida.



Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## **Anexo 11.1**

Dinámica: “Comunicación no verbal.”

El objetivo es utilizar recursos no verbales para facilitar la expresión de un mensaje. La dinámica se realiza así: dispuestos en parejas, uno frente al otro (distanciados) deben transmitirse una palabra, una frase, una idea, con cualquier recurso corporal, pero sin palabras.

## **Anexo 11.2 Psicoeducación sobre las habilidades sociales y asertividad**

Las personas, como seres sociales, siempre estamos en contacto unas con otras cada día. Disfrutamos mucho la compañía de otros. En las interacciones que tenemos durante esas compañías, pueden ocurrir malos entendidos y nos disgustamos con ellos. Eso ocurre porque nuestras habilidades sociales andan un poco débiles. O bien, las de los otros.

¿Qué son las habilidades sociales? Las habilidades sociales nos ayudan a relacionarnos con los demás, integrarnos y comunicarnos de manera efectiva. Son muchas las facetas de la vida diaria en las que las habilidades sociales marcan la diferencia. Hay personas cuyas capacidades son bastante limitadas y, sin embargo, son grandes triunfadores en el terreno profesional y personal. Y ocurre, también, que hay personas que tienen unas capacidades impresionantes y son incapaces de rentabilizarlas por sus escasas habilidades sociales.

¿Qué sucede si mis habilidades sociales no son lo suficientemente fuertes? No pasa nada, ya que lo bueno es que todo lo que suponga ser una habilidad puede ser aprendida y desarrollada con la práctica, es decir, se puede entrenar para desarrollarla.

### **Las HS, una por una**

**De comunicación:** Escuchar al otro, iniciar una conversación, presentarse, respetar los tiempos de los demás para hablar, mantener contacto visual en la conversación, disculparse, dar gracias.

**De cooperación:** Pedir ayuda, participar, pedir favores, trabajar en equipo, aceptar reglas, compartir.

**De defensa de los derechos:** Expresar quejas y desacuerdos, decir que no a pedidos de otros cuando no se desean, señalar acciones de otros que puedan perjudicarlos

**De expresión de sentimientos:** Dar a conocer el propio estado de ánimo, responder a las expresiones de sentimientos de los demás, consolar a los demás ante situaciones desagradables

## De planificación

Establecer prioridades y objetivos a corto y largo plazo, plantearse metas, evaluar alternativas antes de actuar.

### Anexo 11.3

#### Rótulos

Cada participante tendrá un rótulo (en la frente o en la espalda) el cual no podrán ver. No deberán mirarlo hasta que usted les diga que ya pueden hacerlo. Posteriormente, se prepara con anterioridad a los rótulos que les pegará a las personas. Los rótulos pueden ser como policía, motorista, líder religioso, travesti, persona desplazada, persona indigente, política, amo de casa, persona ciega, millonario, médico, persona analfabeta, afrodescendiente, modelo, indígena, persona reinsertada, deportista, persona en conflicto con la ley, niña, niño, etc.

Cuando todas las personas participantes del grupo tengan el rótulo pegado, pueden comenzar a caminar por el espacio. Haga énfasis en que no intenten indagar sobre el rótulo que tienen pegado y que no lean en voz alta lo que ven.

Dígalos que comiencen a ver los rótulos de las demás personas. Seguramente habrá reacciones en algunas ocasiones, como facilitadores es importante que las tenga muy presentes, escribalas de ser necesario.

Invíteles a que hagan sus reacciones más evidentes, que pueden hacer gestos o movimientos corporales de acuerdo con quien se encuentran.

Recuérdelos que la idea no es que esta persona sepa cuál rótulo tiene en la frente, solo que reciba las apreciaciones que de alguna forma le están dando.

Sigan las instrucciones que les leerá a continuación y que, dependiendo de éstas y los rótulos, se acerquen o se alejen de las otras personas.

Las situaciones hipotéticas son:

¿A quién le contaría un secreto?

¿En quién confiaría?

¿A quién le encomendaría lo máspreciado de su vida?

¿Con quién no quisiera encontrarse en la calle nunca?

¿A quién no dejaría entrar en su casa?

¿A quién invitaría a su casa?

¿A quién le gustaría conocer más?

¿Quién les gustaría conocer?

¿De quién creen que podrían aprender algo?

¿Quién quisieran que estuviera mejor?

¿Quién le gustaría que no existiera?

¿A quién no le perdonaría jamás?

¿A quién quisiera darle un abrazo?

Finalmente, pida que le den un abrazo o una palabra de aliento susurrada a la persona.

Pídales que hagan un círculo sin que se quiten los rótulos que tienen en la frente, recuérdelos los gestos, palabras y abrazos que recibieron o no recibieron. Pregúnteles: ¿Qué sienten? ¿Qué pensamientos surgen de lo ocurrido?

Pida que se quiten los rótulos y los lean. Pregunte qué sentimientos y emociones aparecen al leerlos. Reflexione sobre cómo los prejuicios, las actitudes y gestos influyen en las relaciones interpersonales saludables e invite a no etiquetar a las personas sino a nombrar la situación. Por ejemplo, en lugar de decir "Eres ciega" decir "Persona ciega"

#### **Anexo 11.4**

##### **Técnica "Adivina quién es..."**

Se hará un listado de cada miembro presente en la sesión. A cada persona, le corresponderá describir con elogios a alguien de esa lista. Hasta que los demás adivinen, se debe revelar la identidad de la persona descrita. Luego, el descrito es quien agradecerá con una frase por el elogio recibido y posteriormente, describe a la persona asignada.

#### **Anexos 12.1**

Dinámica: "Secuencia de palabras"

Se realizan asociaciones sobre alguna categoría de palabras. Una vez elegida la categoría, cada miembro del grupo, de forma ordenada, dirá una palabra relacionada a la categoría.

A: "Transporte"... Buses, calles, baches, pasajes, velocidad...

B: "Amistad"... Amigos, apoyo, consejo, felicidad, abrazos, paseos...

## **Anexo 12.2**

### **TÉCNICA: RECORDATORIOS IMPORTANTES**

Material: Una bolsita conteniendo o imágenes de:

- Goma - para borrar mis preconceptos;
- Vela - para acordarme de repartir siempre mi luz, mi conocimiento;
- Banda elástica - para acordarme de ser cada vez más flexible;
- Clip - para acordarme de ser un instrumento de unión;
- 1 figura de vaca - para acordarme de obtener siempre el mayor provecho de todo lo que la vida me ofrece;
- 1 figura de oreja - para acordarme de que saber escuchar es muy importante;
- Espejo - para acordarme de que el autoconocimiento es indispensable.

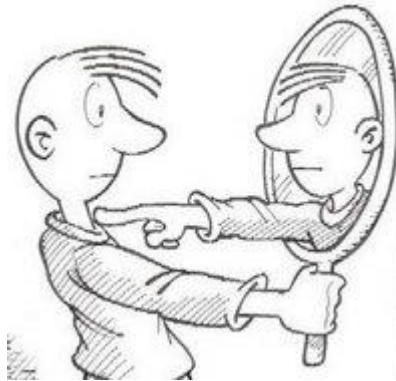
Objetivos:

- Desarrollar la idea de que todas las informaciones discutidas en las sesiones dependen de la acción de cada uno de los participantes.
- Proporcionar una asociación de los recordatorios ofrecidos con las habilidades fundamentales para su vida.

Conclusión: Se abre la oportunidad al grupo para que lean y expresen sentimientos y opiniones. El facilitador destaca que todas estas habilidades harán recordar lo que ya existe dentro de cada uno.

En general, luego de esta actividad, el grupo hace una evaluación afectiva del proceso.

Obs.: Utilizada el final del programa psicoterapéutico.



### **Anexo 12.3**

#### **TÉCNICA: EL PAPEL ARRUGADO**

Material: Hojas tamaño oficio

Tiempo: 15'

Desarrollo:

1ª. Etapa: Distribuir una hoja de papel oficio para cada participante. Decir que van a hacer una rápida retrospectiva del curso (hasta el día de hoy o al final). Para esto, inicialmente agitar la hoja de papel (comenzar lentamente e ir aumentando progresivamente, hasta hacerlo lo más rápido posible, sin romper el papel).

Luego comentar sobre el ruido, preguntando cuál fue la sensación (incomodidad, irritación, cansancio, etc.) Decir que algunos papeles hacen más ruido, otros menos.

Hacer una analogía con las personas y comentar que, cuando llegamos al encuentro, cada persona tenía un ruido. Y ahora vamos hacer la retrospectiva y percibir cómo estamos.

2ª. Etapa: A medida que vayamos regresando a lo que fue vivenciado, vamos arrugando una parte de la hoja de papel.

En este momento se hace, secuencialmente, una retrospectiva de todo lo que ocurrió, citando puntos relevantes, las ganancias, los grandes logros del grupo, hasta arrugar toda la hoja.

Por ejemplo: Lo importante de percibir a los otros y ver como ellos me percibieron... Sentir que en determinados momentos se aprendió esto o aquello...

Decir que cada pedazo de la hoja arrugada representa el nivel de conciencia que cada uno consiguió alcanzar durante el curso.

Después de haber arrugado toda la hoja (hasta haber hecho un bollo), pedir que la alisen, cuidando de no romperla. Una vez hecho esto, volviendo la hoja al formato original, pedir que vuelva a agitarla.

Verificar el ruido que hace.

Conclusión:

Reflexionar con el grupo: El ruido ahora es armónico... Cómo está saliendo el grupo, cómo están comprometidos, qué conquistaron.



## ANEXO 11

### Fase 1 Promoción



## Fase II Aplicación de Programa

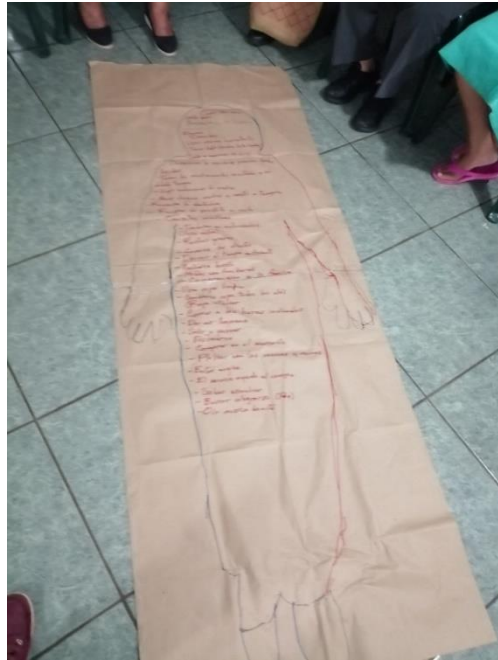


















### Fase III Cierre de Proceso





