

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTÍN
FACULTAD DE PSICOLOGÍA, RELACIONES INDUSTRIALES Y
CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN
“ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA”



PROGRAMA DE HABILIDADES SOCIALES PARA INCREMENTAR EL NIVEL
DE ASERTIVIDAD EN LOS ESTUDIANTES DEL 4TO GRADO DE SECUNDARIA
DE LA I.E.P. VIRGEN DEL ROSARIO, AREQUIPA - 2019

TESIS PRESENTADO POR LOS BACHILLERES

Magda Choqueanco Ollachica

Lupaca Vilcape Luis Raul

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE PSICÓLOGOS

ASESOR

Guillermo Teobaldo Villasante Benavides

Arequipa – Perú

2019

DEDICATORIA

A los docentes que en este andar por la vida, influyeron con sus lecciones y experiencias en formarnos como personas de bien y preparada para los retos que pone la vida.

AGRADECIMIENTO

Gracias a todas las personas que fueron partícipes de este proceso, ya sea de manera directa o indirecta, gracias a todos ustedes, fueron ustedes los responsables de realizar su pequeño aporte, que el día de hoy se vería reflejado en la culminación de mi paso por la universidad.

RESUMEN

La presente investigación tiene por nombre “Programa de habilidades sociales para incrementar el nivel de asertividad en los estudiantes del 4to grado de secundaria de la I.E.P. Virgen del Rosario, Arequipa – 2019”, el objetivo general que se plantea es determinar la eficacia del programa, la hipótesis se refiere a que la aplicación de un programa de habilidades sociales es eficaz para incrementar el nivel de asertividad de los estudiantes del 4to grado de secundaria de la I.E.P. Virgen del Rosario.

La metodología utilizada persigue los lineamientos del método científico por lo que es un proceso ordenado y sistemático, así mismo, cuenta con un tipo de investigación explicativa y aplicada, tiene un nivel pre experimental y el diseño es experimental y longitudinal

Nuestra población de estudio está compuesta por 25 estudiantes entre 15 y 16 años de edad del 4to grado de educación secundaria del colegio particular Virgen del Rosario, para hallar la muestra no se realizó ningún método estadístico puesto que la población es pequeña y suficiente para alcanzar nuestro objetivo general.

Al ser una investigación pre experimental se utilizó un programa de habilidades sociales aplicado en otros estudios y adaptado por el investigador el cual se desarrolla en 12 sesiones y horas académicas durante 6 semanas comprendidas entre junio y agosto del año 2019, llevando un contenido el cual nos ayude a mejorar la asertividad de los estudiantes. Para la segunda variable “asertividad” Se utilizó una escala multidimensional la cual ya está validada y es apta para ser aplicada en personas de 15 años en adelante.

El resultado final respondiendo al objetivo y la hipótesis nos dio una diferencia significativa entre el nivel de asertividad antes y después de la aplicación del programa de

habilidades sociales. Por lo que se concluyó que el programa de habilidades sociales fue eficaz para mejorar la asertividad de los estudiantes.

Palabras Clave: Asertividad, Habilidades sociales, Programa de habilidades sociales, Estudiantes con asertividad.

ABSTRACT

The present investigation has by name a program of Social Skills to increase the level of Assertiveness in the students of 4th Secondary of the I.E.P. Virgen del Rosario, Arequipa - 2019, the general objective that arises is Determines the effectiveness of a Social Skills program to increase the level of Assertiveness in students of the 4th Secondary of the I.E.P. Virgen del Rosario, Arequipa - 2019, The hypothesis is that the application of a social skills program is effective to increase the assertiveness level of 4th grade students of the I.E.P. Virgin of the Rosary. The methodology used pursues the guidelines of the scientific method so it is an orderly and systematic process, likewise, it has a type of mixed and applied research, it has a descriptive level and the design is pre-experimental.

Our study population is composed of 25 students of the 4th grade of secondary education of the private school Virgen Del Rosario, to find the sample we did not perform any statistical method since the population is small and sufficient to reach our general objective, ie the sample it is constituted of the 25 students of the population.

Being a pre-experimental research, a social skills program developed by the researcher was used, which is developed in sessions and academic hours, taking a content which helped us to improve the assertiveness of the students. For the second variable "assertiveness! A multidimensional scale was used, which is already validated and is apt to be applied in people of 15 years and older.

The final result responding to the objective and the hypothesis gave us a significant difference between the level of assertiveness before and after the application of the social skills program. So it was concluded that the social skills program was effective to improve the

assertiveness of the students. Keywords: Assertiveness, Social skills, Social skills program, Students with assertiveness.

INTRODUCCIÓN

La investigación elaborada a continuación, visualiza una problemática educativa en los adolescentes que trasciende para su futuro social y profesional, esto afecta también al mismo ambiente estudiantil, al rendimiento académico, y a la formación de la autoestima, ya que, a la edad de entre 12 y 16 años, se encuentran en un cambio físico y psicológico como lo podemos ver en el Capítulo II.

Las habilidades sociales sirven como medio para tener buenas relaciones interpersonales, hay personas que nacen con este don, y hay otras que no, lo cierto es que la habilidad social no sólo se trata de tener buenas relaciones interpersonales, si no va mucho más allá de ello, ya que empieza desde uno mismo, con el conocimiento de sus emociones y derechos, y se desarrolla en facultad para sociabilizar, comunicarse y saber escuchar, entre otras capacidades. Debemos tener en cuenta que estas habilidades deben ser formadas desde pequeño y no en la edad adulta como se pensaba.

Dentro de las habilidades sociales existen factores como: Comunicación, empatía, control de emociones, trabajo en equipo, liderazgo, toma de decisiones, solución de problemas, etc. Los cuales ayudan a que una persona sea mejor social y profesionalmente, esto implica que utilizar un programa de habilidades sociales puede ser beneficioso para cualquier persona.

Estudios han demostrado, que, al aplicar un programa de habilidades sociales, esto contribuyó al mejoramiento de la convivencia escolar en un 84.5% a comparación del 24.4% obtenido antes del programa, en otro estudio, al evaluar la eficacia del programa para mejorar las habilidades sociales en los estudiantes del primer grado de educación secundaria en la institución educativa Micaela Bastidas, se ha demostrado la eficacia del programa, por cuanto se ha logrado una media del 60% de estudiantes con habilidades sociales

Por otro lado, nuestra variable de estudio es la “asertividad”, la cual se encuentra dentro de las habilidades sociales, se centra las habilidades de una persona para decir lo que piensa en el lugar y momento adecuado, así mismo, una persona con habilidades sociales es una persona asertiva; en este caso lo hemos dividido por indicadores de asertividad directa, indirecta y no asertividad, los cuales en sus indicadores de medición representan: comunicación, empatía y manejo de emociones, en relación de los factores de un programa de habilidades sociales y los indicadores de medición de asertividad.

Como veremos, las habilidades sociales tienen muchos beneficios en general, sin embargo, en este estudio se identificó un problema específico, se pudo observar que las estudiantes no podían comunicarse bien y no podían expresar sus emociones de la forma correcta, esto llevó a tratar una situación de asertividad, ya que, las habilidades sociales son aplicables a este caso, se investigó la eficacia de un programa para incrementar los niveles de asertividad. El desarrollo de esta investigación se muestra de la siguiente manera, realizando una división por capítulos para detallar los procesos de la investigación:

En el CAPÍTULO I, se detalló el planteamiento teórico y el problema de la investigación, elaborando aquí el objetivo general que es lo que la tesis quiere alcanzar, además se vio la hipótesis planteada y las variables de estudio, que es lo que nos ayudó a medir las variables de estudio.

En el CAPÍTULO II. Se conceptualizó las variables de estudio con sus indicadores, además pudimos ver el programa de habilidades sociales que se empleó.

En el CAPÍTULO III, se encuentra la metodología en donde se presenta las bases metodológicas a seguir, además de las interrogantes, y la población a quienes se realizó este estudio, también podemos ver los instrumentos para la recolección de datos debidamente

validados, asimismo se observa el campo de verificación y las estrategias para recolectar los datos.

En el CAPÍTULO IV, podemos ver los resultados por medio de tablas, figuras e interpretaciones se detallarán las respuestas de los sujetos de estudio. Incluyendo conclusiones, recomendaciones, fuentes de información y anexos.

ÍNDICE GENERAL

RESUMEN	III
ABSTRACT	V
INTRODUCCIÓN	VII
ÍNDICE GENERAL	X
CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO	15
1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	15
1.2 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	17
1.2.1 Objetivo General	17
1.2.2 Objetivos específicos.....	17
1.3 HIPÓTESIS.....	18
1.4 VARIABLES.....	18
1.4.1 Operacionalización de variables	18
1.5 JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA.....	19
1.6 LIMITACIONES	21
1.7 BASES TEÓRICAS DE LA INVESTIGACIÓN.....	21
1.7.1 Antecedentes investigativos.....	21
CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO.....	25
2.1 ADOLESCENCIA	25
2.1.1 Cambios en la adolescencia	26
2.1.2 La familia y los adolescentes	28
2.1.3 El autoconcepto en adolescentes.....	28
2.2 HABILIDADES SOCIALES	29
2.2.1 Tipos de habilidades sociales	29
2.2.2 Componentes de las habilidades sociales	32
2.3 HABILIDADES SOCIALES Y ASERTIVIDAD.....	34
2.3.1 Otros programas de habilidades sociales.....	35

2.4	PROGRAMA DE HABILIDADES SOCIALES	36
2.5	ASERTIVIDAD	50
2.5.1	Características de la persona asertiva	51
2.5.2	Tipos de asertividad.....	52
2.5.3	Derechos asertivos.....	54
2.5.4	Componentes en la comunicación asertiva.....	55
2.5.5	Técnicas de asertividad.....	56
2.5.6	Tipos de respuesta asertiva	58
2.5.7	Dimensiones de la asertividad	58
2.5.8	Razones por las que es bueno ser asertivo.....	59
	CAPÍTULO III METODOLOGÍA	62
3.1	TIPO DE INVESTIGACIÓN	62
3.2	NIVEL DE INVESTIGACIÓN	62
3.3	DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	62
3.4	INTERROGANTES DE LA INVESTIGACIÓN.....	63
3.4.1	Interrogante básica	63
3.4.2	Interrogantes secundarias.....	63
3.5	PARTICIPANTES.....	64
3.5.1	Población	64
3.5.2	Muestra	64
3.6	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	64
3.6.1	Técnicas	64
3.6.2	Instrumentos.....	65
3.7	CAMPO DE VERIFICACIÓN	68
3.7.1	Ámbito	68
3.7.2	Ubicación temporal	68
3.8	ESTRATEGIAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	68

3.8.1 Organización	68
3.8.2 Recursos.....	69
3.8.3 Criterios para el manejo de resultados	69
CAPÍTULO IV RESULTADOS.....	70
4.1 ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS POR DIMENSIÓN.....	70
4.2 PRUEBA DE HIPÓTESIS CON EL MÉTODO T DE STUDENT.....	82
DISCUSIÓN	83
CONCLUSIONES	85
RECOMENDACIONES.....	86
FUENTES DE INFORMACIÓN	87
ANEXOS	90
ANEXO 1: INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	90
ANEXO 2: MATRIZ DE CONSISTENCIA	92
ANAMNESIS	131

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1. SEXO DE LOS ESTUDIANTES	70
TABLA 2. SUB INDICADOR INHABILIDAD PARA EMPATIZAR	71
TABLA 3. SUB INDICADOR INHABILIDAD PARA RELACIONARSE.....	72
TABLA 4. INDICADOR ASERTIVIDAD INDIRECTA	73
TABLA 5. SUB INDICADOR INHABILIDAD PARA EXPRESARSE	74
TABLA 6. SUB INDICADOR INHABILIDAD PARA ESCUCHAR	75
TABLA 7. INDICADOR NO ASERTIVIDAD.....	76
TABLA 8. SUB INDICADOR HABILIDAD PARA INTERACTUAR	77
TABLA 9. SUB INDICADOR HABILIDAD PARA EL MANEJO DE EMOCIONES	78
TABLA 10. INDICADOR ASERTIVIDAD DIRECTA	79
TABLA 11. CONSOLIDADO DE LA VARIABLE ASERTIVIDAD	80
TABLA 12. NIVEL DE ASERTIVIDAD SEGÚN EL SEXO.....	81

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1. SEXO DE LOS ESTUDIANTES.....	70
FIGURA 2. SUB INDICADOR INHABILIDAD PARA EMPATIZAR.....	71
FIGURA 3. SUB INDICADOR INHABILIDAD PARA RELACIONARSE.....	72
FIGURA 4. INDICADOR ASERTIVIDAD INDIRECTA	73
FIGURA 5. SUB INDICADOR INHABILIDAD PARA EXPRESARSE.....	74
FIGURA 6. SUB INDICADOR INHABILIDAD PARA ESCUCHAR	75
FIGURA 7. INDICADOR NO ASERTIVIDAD	76
FIGURA 8. SUB INDICADOR HABILIDAD PARA INTERACTUAR.....	77
FIGURA 9. SUB INDICADOR HABILIDAD PARA EL MANEJO DE EMOCIONES	78
FIGURA 10. INDICADOR ASERTIVIDAD DIRECTA	79
FIGURA 11. CONSOLIDADO DE LA VARIABLE ASERTIVIDAD.....	80
FIGURA 12. NIVEL DE ASERTIVIDAD SEGÚN EL SEXO	81

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO

1.1 Descripción del problema

La educación es importante para la formación humana, ya que, es un proceso en donde se transmiten conocimientos, habilidades y valores; todos pasamos por una Institución Educativa en la cual estudiamos, aprendemos, nos relacionamos y adquirimos conocimientos tanto empíricos como académicos, además, en esa instancia de nuestra vida diseñamos conductas y actitudes que marcan nuestro futuro.

En el Perú actualmente la educación no está dando frutos, tal como lo dice Morales, presidente de FONDEP, la educación es uno de los problemas que prevalecen en nuestra sociedad, la calidad educativa y las brechas sociales son principios de la problemática actual.

Con respecto a esto, en una Institución Educativa siempre surgen situaciones de, conflicto, maltrato, y otros que apabullan la interacción entre ellos y no permiten el aprendizaje, puesto que, muchos no pueden expresarse libremente y se encuentran refugiados en la timidez.

Por otro lado, las relaciones entre estudiantes, también pueden ser una importante fuente de satisfacción si existe comunicación abierta y clara, y si las habilidades sociales están en un nivel alto, esto es una habilidad que puede ser aprendida mediante un entrenamiento y uno de los componentes de esta comunicación efectiva es la asertividad.

Teniendo en cuenta lo dicho anteriormente, a nivel personal, ser asertivo aumenta la autoconfianza y la seguridad en uno mismo, desenvolverse de forma adecuada provoca que una persona se sienta bien, ya que su forma de pensar es coherente con su actuar, además

aumenta la posibilidad de conseguir lo que se desea y más importante, mejora la autoestima y favorece al manejo de emociones.

Aquí se encuentra el problema, en el que si bien es cierto hay algunos estudiantes que, son más abiertos y despiertos socialmente, existen otros que no, y se limitan a comunicarse, o decir lo que sienten y piensan; Se observó en una Institución Educativa, lugar del presente estudio, que, en el 4to año de secundaria existen adolescentes que no se expresan adecuadamente, no conocen sus derechos y cada vez que la profesora realiza una pregunta, no responden; esta situación es preocupante ya que no les permite aprender de la mejor manera, y en el futuro no podrán relacionarse y ser socialmente aceptados.

Es por tal motivo que se plantea la aplicación de un programa que mejore la asertividad de los estudiantes, en este sentido se presenta el programa originalmente elaborado por “CEDRO”, Centro de información y educación para la prevención de abuso de drogas, autor principal: Aparicio Gutiérrez, revisión de Julio Moscoso, el cual tiene como contenido la comunicación, empatía, monitoreo de emociones, manejo de estrés, autoevaluación, toma de decisiones y resolución de conflictos, este programa está adaptado para cumplir con las dimensiones de asertividad los cuales son: Comunicación, empatía y manejo de emociones dividido en distintas actividades para reforzar estas dimensiones, así mismo, a diferencia de otros programas presentados en el desarrollo de este estudio, diferentes autores tocan temas como: Estrategias iniciales de calentamiento, hacer y recibir cumplidos, hacer y rechazar peticiones, expresión de molestia, desagrado y disgusto, afrontar las críticas, procedimientos defensivos, defensa de derechos, expresión de opiniones personales, expresión de amor, agrado y afecto, relaciones, autoestima, conductas positivas, manejo de emociones y tolerancia a la frustración; es necesario señalar que ninguno de estos se centra en el conocimiento intrínseco del estudiante, lo que es importante para desarrollar la asertividad de un individuo, así mismo, las actividades

propuestas en este programa se alinean con los indicadores de asertividad desarrollados en la EMA (Escala Multidimensional de Asertividad); es por tal motivo, que se elige este programa para aplicarlo en la presente investigación.

1.2 Objetivos de la investigación

1.2.1 Objetivo General

Determinar la eficacia de un programa de habilidades sociales para incrementar el nivel de asertividad en los estudiantes del 4to grado de secundaria de la I.E.P. Virgen del Rosario, Arequipa – 2019.

1.2.2 Objetivos específicos

- a) Establecer el nivel de asertividad indirecta, antes y después de la aplicación del programa de habilidades sociales en los estudiantes del 4to grado de secundaria de la I.E.P. Virgen del Rosario.
- b) Establecer el nivel de no asertividad, antes y después de la aplicación del programa de habilidades sociales en los estudiantes del 4to grado de secundaria de la I.E.P. Virgen del Rosario.
- c) Establecer el nivel de asertividad directa, antes y después de la aplicación del programa de habilidades sociales en los estudiantes del 4to grado de secundaria de la I.E.P. Virgen del Rosario.
- d) Conocer el nivel de asertividad con respecto al sexo antes y después de la aplicación del programa de habilidades sociales en los estudiantes del 4to grado de secundaria de la I.E.P. Virgen del Rosario.

1.3 Hipótesis

Hi: La aplicación de un programa de habilidades sociales es eficaz para incrementar el nivel de asertividad de los estudiantes del 4to grado de secundaria de la I.E.P. Virgen del Rosario.

Ho: La aplicación de un programa de habilidades sociales no es eficaz para incrementar el nivel de asertividad de los estudiantes del 4to grado de secundaria de la I.E.P. Virgen del Rosario.

1.4 Variables

1.4.1 Operacionalización de variables

VARIABLES	INDICADORES	SUB INDICADORES
Variable independiente Programa de habilidades sociales	Empatía	Entender el punto de vista del interlocutor
		Compartir sentimientos con los amigos.
	Comunicación	Saber expresarse
		Saber escuchar
	Manejo de emociones	Reconoce las emociones
		Controla las emociones
Variable dependiente Asertividad	Asertividad indirecta	Inhabilidad para empatizar
		Inhabilidad para relacionarse
	No asertividad	Inhabilidad para expresarse
		Inhabilidad para escuchar
	Asertividad directa	Habilidad para interactuar
		Habilidad para el control de emociones

1.5 Justificación del problema

Lo que investigamos en la presente tesis es la variable “Asertividad” en nuestra población que fueron los estudiantes del 4to grado de secundaria de la institución Educativa Virgen del Rosario; se halló un problema con el nivel de asertividad el cual es deficiente, por esta razón indagando en los conceptos de esta variable, se encontró una posible solución en un programa de habilidades sociales, el cual se aplicó para incrementar los niveles de asertividad. Este estudio busca que los estudiantes puedan expresarse eficientemente, puedan ser empáticos y controlar sus emociones, además, mediante este programa, se podrían prevenir muchos problemas educativos como rendimiento, clima del aula, estrés, conflictos entre compañeros, etc.

Podemos validar la aceptación y beneficios que brinda un programa de habilidades sociales en las personas, además la ayuda que esta genera en los estudiantes según los siguientes antecedentes:

Pades (2015), en su tesis doctoral llamada “Habilidades sociales en enfermería: propuesta de un programa de intervención”, en el que utilizó un programa de habilidades sociales en el ámbito de la salud.

Chuquivel (2017), en su tesis llamada “Programa de desarrollo de habilidades sociales para el mejoramiento de la convivencia escolar en cuarto grado “A” de la I.E. “San Marcelino Champagnat”, Cajamarca – 2014, utilizó un programa de habilidades sociales para mejorar el clima del aula y la convivencia.

Huaranga (2018), en su tesis llamada “Programa de habilidades sociales en estudiantes del primer grado de educación secundaria de la institución educativa Micaela Bastidas, Arequipa, de la escuela de postgrado de la Universidad Nacional de San Agustín. En este

estudio se ha demostrado la eficacia del programa para mejorar las habilidades sociales de los estudiantes.

Esta investigación es importante para la institución educativa, puesto que, luego de llegar a las conclusiones del estudio, la magnitud de solución del problema podrá incrementarse, dado que, podrá ser utilizado en todas las instituciones educativas de la ciudad, y en todos los estudiantes del nivel secundario, previniendo así conflictos en el aula, mal rendimiento, acoso y conflictos entre compañeros, de esta manera teniendo estudiantes con mayor nivel de asertividad habrá mejor comunicación también entre profesores y estudiantes.

Es trascendente porque aplicando un programa de habilidades sociales, la educación social en Perú va a mejorar, tendremos estudiantes estables socialmente, los cuales puedan defender sus derechos, los derechos de la sociedad y del país, de igual forma, tendremos mejores profesionales con poderes de liderazgo, comunicadores y responsables en sus actividades.

El impacto de la investigación del lado académico es amplio, ya que, puede servir para tomarlo en cuenta también en universidades y formar a profesionales con más y mejores conocimientos para que puedan enfrentar el mundo laboral sin problemas, en el lado metodológico está elaborada bajo lineamientos científicos, los cuales hemos utilizado para recabar la información y establecer el procedimiento con el objetivo de generar un conocimiento nuevo y trascendente para la sociedad.

Es factible puesto que contamos con el permiso de la institución educativa para realizar el estudio y los recursos necesarios tales como: Humanos, tecnológicos, materiales y económicos (Ver capítulo III), además el investigador dispone del tiempo y del espacio para

poder realizar las encuestas, sistematización de datos y los procesos requeridos para alcanzar los objetivos de la investigación.

1.6 Limitaciones

- Hubo limitaciones de tiempo y de asistencia de un estudiante que no era regular, el cual fue parte del estudio, sin embargo, no fue tomado en cuenta para tomarle el post test por haber faltado en el proceso del programa de habilidades sociales.
- En el momento de realizar el programa de habilidades sociales hubo un simulacro de sismo, el cual estaba dentro del cronograma, esto impidió que se realice el programa durante ese día, por lo que tuvo que postergarse para el día siguiente.
- Al realizar la evaluación de post test del nivel de asertividad hubo un estudiante que no vino a clases, por lo que no se le pudo tomar el cuestionario, se coordinó con él y se le tomo el cuestionario en otro momento.

1.7 Bases teóricas de la investigación

1.7.1 Antecedentes investigativos

a) Internacionales

1. Pades (2015), en su tesis doctoral llamada “Habilidades sociales en enfermería: propuesta de un programa de intervención”, España.

Tuvo como principal objetivo: Evaluar la eficacia de un programa de entrenamiento en habilidades sociales (EHS), diseñado y dirigido a alumnos/as de tercer curso de enfermería (EHS-ae) de la Universidad de les Illes Balears y a profesionales de enfermería (EHS-pe) del área de primaria y especializada de Mallorca.

Llegaron a la conclusión de que el EHS ha sido efectivo de manera significativa para el colectivo Alumnado con Intervención. Por lo que aún con las limitaciones que representa este formato seminario parece idóneo para poder incorporarlo dentro de la programación del currículo académico del profesional de enfermería. Los EHS son altamente prometedores después de analizar los resultados obtenidos, por la variedad de aplicaciones que tienen y por ser sugerentes procedimientos preventivos.

b) Nacionales

1. Chuquivel (2017), en su tesis llamada “Programa de desarrollo de habilidades sociales para el mejoramiento de la convivencia escolar en cuarto grado “A” de la I.E. “San Marcelino Champagnat”, Cajamarca – 2014.

Tuvo como objetivo principal Determinar la influencia de la aplicación de un programa de desarrollo de habilidades sociales, para la mejora del proceso de convivencia escolar en el aula del Cuarto Grado “A” de la Institución Educativa N° 82017 “San Marcelino Champagnat” – Cajamarca, 2014.

La conclusión fue: El programa de desarrollo de habilidades sociales aplicado, contribuyó al mejoramiento de la convivencia escolar en 84,5% comparativamente al 24,4% obtenido antes de la aplicación del programa.

2. Muñoz (2018), en su tesis llamada “Programa de habilidades sociales en el estilo de comportamiento de los pacientes adictos al alcohol del hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins- Essalud” Escuela de Postgrado de la Universidad Cesar Vallejo.

Tuvo como objetivo general, determinar cómo influye un programa de habilidades sociales en el estilo del comportamiento de los pacientes adictos al alcohol del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins – EsSalud.

Su principal conclusión fue: Existe una diferencia significativa antes y después de aplicar el programa de habilidades sociales comunicacional en el estilo de comportamiento de los pacientes adictos al alcohol, del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins – EsSalud.

a) Locales

1. Sierra y Coquita (2018) en su tesis llamada. “Programa de habilidades sociales: una propuesta desde el psicodrama pedagógico” de la Universidad Nacional de San Agustín.

Tuvo como principal objetivo, determinar la eficacia del programa de psicodrama pedagógico para incrementar la calidad de las habilidades sociales en adolescentes del Centro Juvenil Alfonso Ugarte.

La conclusión fue: El Programa de psicodrama pedagógico incrementó significativamente los niveles de las habilidades sociales en los adolescentes del Centro de Rehabilitación y Diagnóstico.

2. Huaranga (2018), en su tesis llamada “Programa de habilidades sociales en estudiantes del primer grado de Educación secundaria de la institución educativa Micaela Bastidas, Arequipa, de la Escuela de postgrado de la Universidad Nacional de San Agustín.

Tuvo como objetivo general, determinar en qué medida la aplicación del programa influye en la mejora de las habilidades sociales en estudiantes del primer grado de educación secundaria en la Institución Educativa Micaela Bastidas, Arequipa - 2018.

Y su conclusión final fue: Al evaluar la eficacia del programa para mejorar las habilidades sociales en los estudiantes del primer grado de educación secundaria en la institución educativa Micaela Bastidas, se ha demostrado su eficacia, por cuanto se ha logrado una media del 60%.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Adolescencia

El período de la adolescencia es a menudo un cúmulo de emociones desordenadas que oscilan con las circunstancias y los eventos que la juventud experimenta. Los estados emocionales y de comportamiento aparentemente ininteligibles ocasionan altos índices de estrés en el personal docente a su cargo. (Silva-Escorcia & Mejia-Perez, 2015).

La adolescencia es una de las fases de la vida más fascinantes y quizás más complejas, una época en que la gente joven asume nuevas responsabilidades y experimenta una nueva sensación de independencia. Los jóvenes buscan su identidad, aprenden a poner en práctica valores aprendidos en su primera infancia y a desarrollar habilidades que les permitirán convertirse en adultos atentos y responsables. (Unicef, 2002, p.2).

Adolescencia procede de la palabra latina “adolescere”, del verbo adolecer y en castellano tiene dos significados: tener cierta imperfección o defecto y también crecimiento y maduración. Es el periodo de tránsito entre la infancia y la edad adulta. Se acompaña de intensos cambios físicos, psicológicos, emocionales y sociales; se inicia con la pubertad (aspecto puramente orgánico), terminando alrededor de la segunda década de la vida, cuando se completa el crecimiento y desarrollo físico y la maduración psicosocial (Güemes-Hidalgo, González-Fierro, & Vicario, 2017, p.8).

2.1.1 Cambios en la adolescencia

- **Cambios físicos** No solo cambia la estatura y la figura, aparece el vello corporal, púbico y en las axilas. En las mujeres comienza la menstruación y se desarrollan los senos. En los hombres se desarrollan los testículos. Cada adolescente inicia la pubertad en un momento distinto, si bien las mujeres se desarrollan algo primero (dos años más o menos). Estos cambios físicos suelen traer consigo preocupaciones sobre su “imagen” y su aspecto físico que muestran dedicando horas a mirarse en el espejo o quejándose por ser “demasiado alto o bajo, flaco o gordo”, o en su batalla continua contra granos y espinillas (acné). Conviene tener en cuenta que el cuerpo no se desarrolla todo al mismo tiempo ni con la misma rapidez por lo que la coordinación de movimientos puede sufrir alteraciones provocando temporadas de torpeza. Las diferencias de tiempo entre unos y otros pueden dar lugar a preocupaciones: los que tardan más (especialmente los varones) pueden sentirse inferiores ante algunos compañeros y dejar de participar en actividades físicas o deportivas; las chicas que se desarrollan primero pueden sentirse presionadas a entrar en situaciones para las que no están preparadas emocional ni mentalmente. Sea cual sea su velocidad de desarrollo mucho adolescente tiene una visión distorsionada sobre sí mismos y necesitan que se les asegure que las diferencias son perfectamente normales. (Unidos, s.f., p. 3).
- **Cambios emocionales.** Pensar que los adolescentes están totalmente regidos por los cambios hormonales es una clara exageración. Es cierto que esta etapa supone cambios rápidos del estado emocional, en la necesidad mayor de privacidad, y una tendencia a ser temperamentales. Sin embargo y a diferencia

de los niños que no suelen pensar en el futuro, los adolescentes sí que lo hacen y con más frecuencia de lo que los padres creen. Durante este periodo suele ocurrir que estén demasiado centrados en sí mismos: creen que son la única persona en el mundo que se siente como él, o que solo a él le ocurren las cosas, o que es tan especial que nadie puede comprenderlo (y menos su familia). Este centrarse en sí mismo puede dar lugar a momentos de soledad y aislamiento, o a la forma de relacionarse con familiares y amigos (“no soporto que me vean salir del cine con mis padres”). (Unidos, s.f., p. 4).

- **Cambios mentales.** Son menos aparentes, pero pueden ser tan radicales como los físicos o emocionales. Durante las primeras fases de la adolescencia el avance en las formas de pensar, razonar y aprender es especialmente significativo. A diferencia de los niños son capaces de pensar sobre ideas y asuntos sin necesidad de ver ni tocar, empiezan a razonar los problemas y anticipar las consecuencias, considerar varios puntos de vista, y reflexionar sobre lo que pudiera ser en lugar de lo que es. Una de las consecuencias más relevante de estos cambios mentales es la formación de la identidad: pensar en quienes son y quienes quieren llegar a ser es un asunto que les ocupa tiempo y hace que exploren distintas identidades cambiando de una forma de ser a otra con cierta frecuencia. Esta exploración es necesaria para un buen ajuste psicológico al llegar a la edad adulta. La capacidad de pensar como adultos acompañada de la falta de experiencia provoca que el comportamiento de los adolescentes no siempre encaje con sus ideas: pueden (por ejemplo) ser grandes defensores de la naturaleza, pero tirar basura en cualquier sitio. (Unidos, s.f., p. 4).

2.1.2 La familia y los adolescentes

Si bien no todo es conflicto en las familias con adolescentes, es necesario reflexionar sobre las relaciones familiares con el o la adolescente y acerca de los conflictos que suelen presentarse. Sabemos que la necesidad de establecer la propia identidad, adoptando posturas y compromisos personales, y de obtener más independencia respecto a su familia, junto con el surgimiento del pensamiento formal, favorece el criticismo del y de la adolescente y que en muchos casos, esto fomenta la aparición de conflictos en la familia.

Es de gran importancia destacar que el conflicto es inevitable en las relaciones significativas y en la vida en general. Pero por supuesto que padres e hijos o hijas discrepen no es tan grave ni preocupante como que no se logre resolver tales discrepancias mediante el diálogo, la negociación y el compromiso. (Silva, s.f., p. 65).

2.1.3 El autoconcepto en adolescentes

El adolescente logra cierto sentido de estabilidad de permanencia personal, que es la señal equivocada de identidad, pero en ciertos casos como la de los adolescentes perturbados, la tarea no es tan sencilla, ha constado que hay muchos estilos anormales de respuesta al problema de difusión de identidad, uno de estos estilos implica el desarrollo de una identidad negativa. La baja autoestima en el adolescente está vinculada con la depresión que existe en los jóvenes a nivel mundial. El grado de importancia de un adolescente le dé aspectos particulares del sí mismo y a la apreciación de las habilidades en esa área, son los fundamentos de su autoconcepto, y al ser este un constructo multidimensional, en donde el individuo puede tener diferentes percepciones de la capacidad en diversas áreas del funcionamiento es mayor que la manera de la suma de la percepción de las distintas áreas. Apoyando lo anterior Byrne (2002), afirma que el auto concepto en el adolescente tiene múltiples dimensiones lo cual envuelve

comparaciones internas y externas. Los adolescentes comparan su propio desempeño con el de los padres, así como también su propio desempeño en otras áreas. Conforme los adolescentes progresan hacia identidades personales más coherentes el auto conceptos y conductas sociales relacionadas se vuelven más diferenciadas, durante este periodo del desarrollo son muchos los contradictorios que claman por expresión. (Madrigales, 2012, p.51).

2.2 Habilidades sociales

Las habilidades sociales son conductas necesarias para interactuar y relacionarse con los iguales y con los adultos de forma efectiva y mutuamente satisfactoria (Peñafiel & Cristina, s.f., p.8).

“Las habilidades sociales son conductas observables, aprendidas y utilizadas en los intercambios sociales para obtener fines concretos.” (Zavala, 2008, p.326).

Son una serie de conductas instrumentales aprendidas encaminadas a alcanzar una meta, socialmente aceptadas y adaptadas al contexto determinado de desarrollo de la persona, que se caracterizan por la presencia de aspectos observables y no observables y permiten que se lleve a cabo una correcta interacción con los que nos rodea. (Fraga, Sambade, & López, 2017, p.1).

2.2.1 Tipos de habilidades sociales

Según Golstein y otros (1980) existen los siguientes tipos de habilidades sociales:

- Habilidades sociales básicas:
 - Escuchar
 - Iniciar una conversación
 - Mantener una conversación

- Formular una pregunta
- Dar las gracias
- Presentarse
- Presentar a otras personas
- Hacer un elogio

- Habilidades sociales avanzadas

- Pedir ayuda.
- Participar.
- Dar instrucciones.
- Seguir instrucciones.
- Disculparse.
- Convencer a los demás. (Goldstein, Sprafkin, Gershaw, & Klein, 1989, p.20).

- Habilidades relacionadas con los sentimientos

- Conocer los propios sentimientos.
- Expresar los sentimientos.
- Comprender los sentimientos de los demás.
- Enfrentarse con el enfado de otro.
- Expresar afecto.
- Resolver el miedo.
- Autorrecompensarse (Goldstein, Sprafkin, Gershaw, & Klein, 1989, p.20)

- Habilidades alternativas a la agresión

- Pedir permiso.
- Compartir algo.
- Ayudar a los demás.
- Negociar.
- Empezar el autocontrol.
- Defender los propios derechos.
- Responder a las bromas.
- Evitar los problemas con los demás.
- No entrar en peleas. (Goldstein, Sprafkin, Gershaw, & Klein, 1989, p.21).
 - Habilidades para hacer frente al estrés
- Formular una queja.
- Responder a una queja.
- Demostrar deportividad después de un juego.
- Resolver la vergüenza.
- Arreglárselas cuando le dejan de lado.
- Defender a un amigo.
- Responder a la persuasión.
- Responder al fracaso.
- Enfrentarse a los mensajes contradictorios.

- Responder a una acusación.
- Prepararse para una conversación difícil.
- Hacer frente a las presiones del grupo. (Goldstein, Sprafkin, Gershaw, & Klein, 1989, p.21).

- Habilidades de planificación

- Tomar decisiones.
- Discernir sobre la causa de un problema.
- Establecer un objetivo.
- Determinar las propias habilidades.
- Recoger información.
- Resolver los problemas según su importancia.
- Tomar una decisión.
- Concentrarse en una tarea. (Goldstein, Sprafkin, Gershaw, & Klein, 1989, p.21).

2.2.2 Componentes de las habilidades sociales

2.2.2.1 Componente verbal

Contenido generalmente por peticiones de nueva conducta, contenido de anuencia, contenido de alabanzas; preguntas : preguntas con final abierto, preguntas con final cerrado; contenido de aprecio, autorrevelación, refuerzos verbales, contenido de rechazo, atención personal, humor, verbalizaciones positivas, variedad de los temas, contenido de acuerdo,

contenido de enfrentamiento, manifestaciones empáticas, formalidad, generalidad, claridad, ofrecimiento de alternativas, peticiones para compartir la actividad, expresiones en primera persona, razones, explicaciones.

- Iniciar la conversación.
- Retroalimentación. (Torres, 2018, p.28).

2.2.2.2 Componente no verbal

En tanto, los componentes verbales son contenidos verbales expuestos como mensajes hablados. Vicente Caballo explica que para una buena comunicación social se debe adoptar conductas positivas espontaneas, escoger el momento apropiado para hablar, ceder la palabra y saber escuchar a la otra persona. La conversación es el canal fundamental en las habilidades sociales ya que contribuye a la relación con los demás, donde se puede expresar pensamientos, sentimientos o emociones de manera adecuada.

2.2.2.3 Componente paralingüístico:

Estos componentes varían con la voz. Entre estos se encuentran:

- La latencia: que destaca el tiempo en que pasa desde el final de la frase del interlocutor hasta el principio de la frase del siguiente interlocutor. En su mayoría cuando estas latencias son cortos se debe a que la conversación es amena, fluidas o interesantes, al contrario de cuando las latencias son más extensas. (Carrillo, 2015, p.21).
- El volumen. Es necesario tener en cuenta que el volumen cambia de acuerdo a la circunstancia de cada ocasión y según las necesidades reales de cada una de estas. De esta manera, cuando el volumen de la voz es demasiado bajo suele transmitir una impresión de tristeza, sumisión, etc. Pero cuando el tono de la voz es elevado puede

transmitir, según el contexto, seguridad, dominio, extraversión, persuasión, ira, etc. (Carrillo, 2015, p.21).

- Hay una estrecha relación entre el tono de voz y las cuerdas vocales dando como resultado una voz mucha más aguda o más grave. El uso de los diferentes tonos pueden cambiar por completo el contexto de un mensaje, dando énfasis al mensaje verbal (Carrillo, 2015, p.21).

2.3 Habilidades Sociales y Asertividad

La variable de estudio es “Asertividad”, la cual es lo que vamos a incrementar, después de la conceptualización de esta variable se definió trabajar con tres indicadores de medición que, según nuestro punto de vista, es en donde refleja la problemática.

Asertividad indirecta: Es la inhabilidad para tener enfrentamientos con otras personas, para relacionarse y dar la cara cada vez haya muestras de socialización lo que implica la inhabilidad de empatizar.

No asertividad: Es la inhabilidad para expresar sus sentimientos, opiniones, deseos de sí mismo y la inhabilidad para poder escuchar el de otras personas.

Asertividad Directa: Es la habilidad para interactuar con otras personas, mostrar y controlar sus emociones con el fin de socializar y lograr una interacción positiva.

Para poder mejorar estos tres indicadores se ha optado por utilizar un programa de habilidades sociales elaborado por CEDRO, adaptado a la realidad socio cultural de nuestra ciudad, y para poder incrementar los niveles de asertividad con sus indicadores de medición se ha optado por aplicar el programa con las siguientes áreas:

Empatía: Es la capacidad de comprender, percibir compartir lo que otras personas sienten y de la misma forma poder transmitir mis sentimientos.

- ✓ En este caso se utilizará esta área para mejorar el indicador **Asertividad indirecta.**

Comunicación: Acción de cambiar información interactuar, escuchar y hablar entre dos o más personas, de tal forma que haya un entendimiento y concesión de ambas partes.

- ✓ En este caso se utilizará esta área para mejorar el indicador **No asertividad.**

Manejo de emociones: Es darme cuenta y reconocer las emociones propias, que vienen desde mi interior, de esa manera podré controlarlas y transmitir las sin problemas.

- ✓ En este caso se utilizará esta área para mejorar el indicador **Asertividad Directa.**

2.3.1 Otros programas de habilidades sociales

Existen diversos programas de habilidades sociales, entre ellos podemos mencionar al: “Cuaderno de habilidades sociales”, realizado por: Alberto acosta, Jesús López Ignacio Segura y Emiliano Rodríguez, especialistas del departamento de Psicología experimental y Filosofía del comportamiento de la Universidad de Granada, Año 2011 el contenido de esta cuaderno tiene como principales actividades: Escuchar, iniciar y mantener conversación, formular preguntas, dar las gracias, pedir ayuda, participar en una actividad ya iniciada, pedir disculpas, seguir instrucciones. Otro programa llamado “Manual de evaluación y entrenamiento de habilidades sociales” elaborado por Vicente E. Caballo, en 2007, séptima edición, impreso y hecho en España, dentro de su contenido de actividades podemos encontrar: Estrategias iniciales de calentamiento, hacer y recibir cumplidos, hacer y rechazar peticiones, expresión de

molestia, desagrado y disgusto, afrontar las críticas, procedimientos defensivos, defensa de derechos, expresión de opiniones personales, expresión de amor, agrado y afecto.

Por otro lado, Mind the Gap, con su “guía metodológica para el desarrollo de las habilidades sociales”, ha trabajado entre el año 2007 – 2013, el programa de Aprendizaje Permanente Grundtving de la comisión europea con jóvenes comprendidas entre las edades de 16 a 25 años, el contenido que tiene esa guía comprende: Autoestima y autoconocimiento, comunicación interpersonal y resolución de conflictos, orientación laboral, educación intercultural. Por último un programa de intervención realizado por: Ma. De Lourdes Gutiérrez López, especialista en psicología del Centro Cultural Universitario Justo Sierra, coordinadora del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Nuñez y coordinadora del proyecto de prevención de niños de primaria dentro de la Unidad de Encuestas y Análisis de Datos, el programa presentado está avalado por el Comité del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Nuñez, dentro del contenido del programa comprende: Asertividad en sus relaciones, autoestima, conductas positivas, manejo de emociones y tolerancia a la frustración.

2.4 Programa de Habilidades Sociales

El programa está originalmente elaborado por “CEDRO”, Centro de información y educación para la prevención de abuso de drogas, autor principal: Aparicio Gutiérrez, revisión de Julio Moscoso.

La guía metodológica está compuesta por los siguientes elementos que están relacionadas a la mejora de las habilidades sociales:

- Comunicación
- Empatía
- Monitoreo de emociones

- Manejo de estrés
- Autoevaluación
- Toma de decisiones
- Solución de problemas
- Trabajo en equipo

EL programa será adaptado para la realidad socio cultural de nuestro país y de acuerdo a lo requerido para poder alcanzar el objetivo de la presente investigación.

Las dinámicas están adaptadas para utilizarse en ejercicios grupales para trabajar en el grupo de aula, a partir de la etapa adolescente. **A continuación, vamos a desarrollar el programa de Habilidades Sociales.**

I. Objetivos del programa de Habilidades Sociales

OBJETIVOS	Desarrollar en el estudiante conductas de relación social en un contexto diario y cotidiano
	Desarrollar en el estudiante conductas que le permitan comunicarse, expresarse, y relacionarse de forma asertiva

II. Aspectos que se van a desarrollar.

Habilidad	Competencia
-----------	-------------

Comunicación	<ul style="list-style-type: none"> - Escucha activa y con atención - Entiende lo que otros expresan - Interviene para armonizar conflictos
Empatía	<ul style="list-style-type: none"> - Procura entender el punto de vista de su compañero - Comparte sentimientos con los amigos - Pide disculpas - Entiende el lenguaje gestual de las personas
Monitoreo de emociones	<ul style="list-style-type: none"> - Reconoce sus cambios de humor - Controla sentimientos negativos - Es consciente de los cambios físicos que acompañan sus emociones

III. Programación de sesiones por habilidad desarrollada

	Comunicación	Empatía	Monitoreo de emociones
DÍAS	4	4	4
SESIONES	4	4	4
SEMANAS	2	2	2
TOTAL	4 SESIONES	4 SESIONES	4 SESIONES

- Cada sesión contiene 50 minutos, es decir una hora pedagógica.
- Se realizarán dos sesiones por semana.
- Una sesión por día.
- Las sesiones incluirán teoría y práctica.
- Duración total: 6 semanas.
- Cada área contiene una sesión de retroalimentación incluida en las 4 sesiones.

IV. Desarrollo del tema: Este cronograma contiene una sesión académica.

Tiempo	Actividad	Descripción
5 minutos	Dinámica de entrada	Permite iniciar la sesión
10 minutos	Introducción	Conceptos básicos, términos, finalidad del tema

5 minutos	Dinámica del tema	Ensayo de conductas y sensibilización
30 minutos	Práctica grupal	Asesoramiento y guía-

V. Metodología didáctica

La metodología didáctica es la participación continua y activa de los estudiantes en el transcurso de las sesiones y prácticas, además en cada sesión se sugieren nuevas formas de participación específicas al tema que desarrollan.

En cada sesión se establecen tres momentos definidos para la aceptación del nuevo conocimiento:

- Motivación: Son las dinámicas que se utilizan para atraer al estudiante, generar confianza, respeto y estimular la atención.
- Desarrollo de contenidos: Las habilidades sociales no se aprenden en una pizarra o un libro sólo leyendo, sino, practicando, por ello implica que se tengan técnicas de participación.
- Evaluación y Retroalimentación: Se deja tarea en el cuaderno de trabajo, pero también, se va a sugerir que el estudiante busque casos reales para que pueda poner en ejercicio lo aprendido y luego comentarlo en clase.

VI. La estructura de cada sesión se representa de la siguiente manera

- I. Objetivos de la sesión
- II. Logros
- III. Ideas a trabajar
- IV. Procedimiento
 - A. Inicio
 - B. Dinámica de entrada

C. Desarrollo del tema

- a) Introducción: Explicación del tema
- b) Análisis del contexto
- c) Práctica guiada
- d) Tarea/Retroalimentación

VII. Enfoque didáctico: Mapeo



En consecuencia, el enfoque didáctico debe tener el siguiente desarrollo:

- Desarrollo de conceptos:
 - Definición de conceptos
 - Generación de ejemplos positivos
 - Corrección de conceptos erróneos
- Práctica grupal
 - Equipos de trabajo
 - Casos reales
 - Generación de consciencia lógica
- Evaluación
 - Adquirir nuevas habilidades.
 - Ensayos auto dirigidos.
 - Aplicación de situaciones en la vida diaria.
 - Autoevaluación y retroalimentación.

VIII. Consideraciones previas para el inicio de la sesión:

- Estudiar, leer, analizar y debatir los conceptos claves que se presentan en la teoría.
- Preparar los materiales que se deben utilizar en cada sesión.
- Creación de un ambiente propicio, generación de confianza.

- Ambiente adecuado para el trabajo grupal y la práctica de nuevas técnicas de habilidades sociales.

INICIO DE LAS SESIONES

PIMERA SESIÓN: COMUNICACIÓN

Saber escuchar, saber hablar:

I. Objetivo de la sesión:

Identificar y utilizar los procesos de comunicación que permitan comprender y que el receptor nos comprenda.

II. Logros

Los participantes:

- Escuchan con atención lo que dicen sus compañeros.
- Confirman y aciertan lo que otros expresan.
- Intervienen para armonizar conflictos.

III. Ideas a trabajar

La comunicación es:

- Un proceso para que me entiendan y que yo entienda.
- Saber escuchar, prestar atención, saber mirar.
- Asegurarse de comprender al emisor.
- Entender antes de responder.
- Ser preciso al hablar.
- Asegurarse de que me entiendan

Importancia de la comunicación para las relaciones interpersonales

- Pone en práctica y manifiesta los saberes aprendidos.
- Refuerza el liderazgo.
- Da oportunidad para manifestarse.
- Soluciona conflictos.
- Genera y refuerza nuevas amistades, vínculos.

IV. Procedimiento

- Inicio: Dinámica de entrada, diferente dinámica en cada sesión.
- Desarrollo del tema

1ra parte: Introducción

Ideas básicas, exposición del tema.

Dinámica: Juego de roles.

Se forman parejas, para ello primero se enumeran a los estudiantes con 1 y 2, todos los 1 se quedan y los 2 salen del salón, se emplea el siguiente proceso:

- Grupo 1: Preparan un tema de análisis para conversar.
- Grupo 2: Se preparan sobre un tema diferente al primer grupo.
- Los integrantes de cada grupo deben convencer al otro grupo sin dejarse convencer.
- Tienen 5 minutos para prepararse.
- Posteriormente ingresan al salón, se ubican con sus parejas y tienen 5 minutos para dialogar.
- Seguido, se ubican todos en círculo y se les pide que se expresen con respecto a:

- Si han entendido a su interlocutor fácilmente.
- SI han podido hacerse comprender.
- Que dificultades han encontrado.
- Que sentimientos han tenido.
- Como se puede mejorar el dialogo.
- Como ayudar a que el interlocutor se exprese mejor.

2da parte: Socio drama

Tema: Como decir no

PROCEDIMIENTO	<p>SE DESARROLLA EN TRES PASOS</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1ro se elige un tema. Precisar, definir el tema. Justificar el tema. • 2do se explora y conversa sobre el tema para homogeneizar ideas. • 3ro en base a lo conversado se acuerda la representación. Se prepara la historia y argumento. Se asignan personajes. Se realiza la representación. • Recomendaciones <ul style="list-style-type: none"> - Hablar con voz clara, fuerte y pausadamente. - Realizar lenguaje corporal • Tener en cuenta lo siguiente: <ol style="list-style-type: none"> 1. Aproximarse, pero sin ofender. 2. Tener en cuenta normas de saludo y despedida. 3. Referirse a la persona con su nombre. 4. Sonreír cuando lo ocasión se requiera. 5. Escuchar activamente. 6. Señalar lo positivo de la conversación.
---------------	---

Situación ejemplo:

Un grupo de amigos y amigas invitan a Luis a gastar dinero en licor, para “pasarla bien”, saben que él trabaja y acaba de cobrar su sueldo, los amigos persisten y lo acusan de “sobrado”, “engreído”, “aniñado”. Y pese a que se quiere retirar los amigos lo persiguen.

A Julissa un grupo de chicos le invitan a una fiesta, ella no quiere ir, de otro lado quiere evitar cualquier percance que se pueda dar debido a que también van a ir personas de mala fama o de dudosa reputación, con las que ella no quiere relacionarse. Sin embargo, los amigos o amigas insisten y amenazan con retirarle la amistad.

1. Reforzamiento:

PRÁCTICA: mejorando mi estilo de comunicación

1. Formar cuatro subgrupos.
2. Distribuir la situación a cada subgrupo.
3. Indicar que cada grupo debe seguir los pasos del cuadro.
4. Cada grupo deberá exponer los resultados obtenidos.

TAREA Y RETROALIMENTACIÓN

1. Registrar la práctica realiza en el cuaderno de trabajo.
2. Utilizarlo la práctica en un caso real, para después comentarlo en clase.

IMPORTANTE: cada situación será utilizada en una sesión diferente con el mismo desarrollo.

SEGUNDA SESIÓN: EMPATÍA

- Objetivo de la sesión:

Desarrollar el proceso de la empatía y ponerlo en práctica.

- Logros:

Mejorar las relaciones interpersonales poniendo en práctica la empatía.

- Identifica los cambios de humor.
- Controla sentimientos negativos.
- Identifica ambientes de conflicto e intranquilos.
- Identifica y reconoce los sentimientos de las demás personas.

- Ideas a trabajar

La empatía es:

- Comprender y solidarizarse con el interlocutor.
- Reconocer y alentar lo positivo del interlocutor.
- Tener en cuenta los derechos de los demás.

- Procedimiento

Inicio: Dinámica de entrada, diferente dinámica en cada sesión.

Desarrollo del tema

1ra parte: Introducción

Ideas básicas, exposición del tema

Dinámica:

EL RELOJ: Conociendo mis virtudes y defectos.

- EL participante dibuja un reloj en toda una hoja indicando solamente las horas, más no las agujas.

- Debe establecer citas con los demás participante, cada participante sólo puede estar en una hora.
- Para ello deberán dibujar un reloj en una hoja A4.
- Una vez realizado la cita, se debe colocar un recordatorio para el encuentro con su cita.
- Ya reunidas las parejas se pide que dialoguen durante 5 minutos los siguientes puntos:
 - Presentación
 - Experiencia más feliz
 - Experiencia más triste
 - Virtudes
- Luego se reúnen en un círculo y cada participante comenta y expone lo de su compañero.
- El facilitador anota en la pizarra las participaciones.
- Pregunta al azar sobre los sentimientos en la elaboración del reloj.
- Realiza las conclusiones.

2da parte: Práctica, experimentado empatía

- a) Formar cuatro subgrupos.
- b) Al azar se entregará a cada grupo un caso distinto de “experimentando empatía” que será proveído por el facilitador.
- c) Indicar que cada grupo debe realizar lo que se indica en el formato.
- d) Cada grupo deberá exponer los resultados.

TAREA Y RETROALIMENTACIÓN

3. Registrar la práctica realiza en el cuaderno de trabajo.
4. Utilizarlo la práctica en un caso real, para después comentarlo en clase.

IMPORTANTE: serán dos sesiones prácticas en donde se verán distintos casos.

TERCERA SESIÓN: MONITOREO DE EMOCIONES

- Objetivo de la sesión:

Desarrollar y ejecutar habilidades para reconocer y controlar emociones.

- Logros:

Mejorar las relaciones interpersonales poniendo en práctica la empatía.

- Identifica los cambios de humor.
- Controla sentimientos negativos.
- Controla sus emociones y acciones.
- Identifica y reconoce las emociones y conductas de las demás personas.

- Ideas a trabajar

- Concepto e importancia de las emociones.
- Técnicas de control de emociones.
- Componentes de las emociones: fisiológicos, conductuales, cognitivos.
- Compartir y aceptar las emociones positivas.

- Procedimiento

Inicio: Dinámica de entrada, diferente dinámica en cada sesión.

Desarrollo del tema

1ra parte: Introducción

Ideas básicas, exposición del tema

LLUVIA DE IDEAS

- Los participantes mencionan una emoción que hayan experimentado, el facilitador lo escribe en la pizarra.
- Con ayuda de los estudiantes se clasifica las emociones en agradables y desagradables.

REPRESENTACIÓN DE SENTIMIENTOS

- Teniendo en cuenta las emociones mencionadas se escribe en cada ficha una emoción.
- Se extraerán fichas al azar, una ficha por participante.
- El estudiante que recogió las fichas representará las emociones con gestos y ademanes.
- Los demás deben adivinar el gesto.

2da parte: Práctica, experimentando emociones

- e) Formar cuatro subgrupos.
- f) Al azar se entregará a cada grupo un caso distinto de “experimentando emociones” que será proveído por el facilitador.
- g) Indicar que cada grupo debe realizar lo que se indica en el formato.
- h) Cada grupo deberá exponer los resultados.

TAREA Y RETROALIMENTACIÓN

5. Registrar la práctica realiza en el cuaderno de trabajo
6. Utilizarlo la práctica en un caso real, para después comentarlo en clase

IMPORTANTE: serán dos sesiones prácticas en donde se verán distintos casos

Esta información fue obtenida de CEDRO, en el link citado en las fuentes de información se podrá revisar la información y documento que utilizará el facilitador para los

casos y prácticas. El facilitador podrá utilizar otros documentos o dinámicas basados en su propia experiencia y de acuerdo a la realidad de los estudiantes. Estos casos se podrán visualizar en los anexos.

2.5 Asertividad

Ser asertivo significa ser capaz de ejercer y/o defender los derechos personales: decir “no”, estar en desacuerdo con algo, dar la contraria y/o expresar sentimientos negativos sin dejar que lo manipulen, como lo haría una persona sumisa, y sin transgredir los derechos de los demás, como lo haría una persona agresiva. (Riso, 2013, p. 5).

“Se define asertividad como la habilidad personal que nos permite expresar sentimientos, opiniones y pensamientos, en el momento oportuno, de la forma adecuada y sin negar ni desconsiderar los derechos de los demás.” (Llacuna & Pujol, 2004, p.2).

“En el enfoque cognitivo, el comportamiento asertivo consiste en expresar lo que se cree, se siente y se desea de forma directa y honesta, haciendo valer los propios derechos y respetando los derechos de los demás”. (Gaeta & Galvanovskis, 2009, p.404).

Según Van-der Hofstadt y Gómez (2006) citados por Miranda (2015) mencionan que el objetivo fundamental de la persona asertiva no es conseguir lo que desea a cualquier precio, sino ser capaz de expresarse de forma adecuada y sin agredir, de manera que al interactuar con una persona asertiva, en muchas ocasiones, la conversación se convierte en una negociación. (Miranda, 2015, pp.17-18).

Con respecto al comportamiento externo o componentes conductuales, las personas que poseen un estilo comunicacional asertivo o hábil, tienen las siguientes características:

- Habla fluida, seguridad, no bloqueos o muletillas.

- Contacto ocular directo pero no desafiante, cuerpo relajado, postura cómoda.
- Expresión de sentimientos: defensa sin agresión, honestidad, capacidad de pedir aclaraciones, decir “no”, saber aceptar errores.
- Con respeto a sus sentimientos y emociones: buena autoestima, no se sienten inferiores ni superiores a los demás, satisfacción en las relaciones, sienten respeto por uno mismo y los demás, poseen sensación de control emocional. (Miranda, 2015, pp.17-18).

2.5.1 Características de la persona asertiva

- **Se siente libre de manifestarse como es:** "ESTE SOY YO" "esto lo que yo siento, pienso y quiero, para expresar lo que es, lo que piensa, lo que siente, y quiere sin lastimar a los demás.
- **Puede comunicarse con la gente de cualquier nivel:** Con extraños, amigos y familia. Esta comunicación es siempre abierta, directa, sincera y apropiada.
- **Se orienta activamente hacia la vida:** Va detrás de lo que quiere. En contraste con la persona pasiva que espera que las cosas sucedan, hace que las cosas sucedan.
- **Actúa de forma que se respeta a sí mismo:** Acepta sus limitaciones consciente de que no siempre puede ganar, sin embargo siempre se afana por hacer el bien de tal manera que gane, pierda o se retire, conserva su autoestima. (Ortiz & Vargas, p.47).
- **En todas sus acciones y en manifestaciones se respeta a sí misma y acepta sus limitaciones, tiene siempre su propio valor y desarrolla su autoestima;** es decir, se aprecia y se quiere a sí misma, tal como es.
- **Acepta o rechaza, de su mundo emocional, a las personas:** con delicadeza, pero con firmeza, establece quiénes van a ser sus amigos y quiénes no.

- **Se manifiesta emocionalmente libre para expresar sus sentimientos.** Evita los dos extremos: por un lado la represión y por el otro la expresión agresiva y destructiva. (Egúsquiza, 2000).

2.5.2 Tipos de asertividad

Según la Escala Multidimensional de Asertividad (EMA) considera tres tipos de asertividad:

2.5.2.1 Asertividad indirecta

Es la inhabilidad del individuo para tener enfrentamientos directos, cara a cara, con otras personas en situaciones cotidianas o de trabajo, ya sea con familiares, amigos, jefes o compañeros de trabajo; llevándolos por tanto a expresar sus opiniones, deseos, sentimientos, peticiones, limitaciones personales, realizar peticiones, decir no, dar y recibir alabanzas, y manejar la crítica, a través de cartas, teléfonos u otro medios. (Ortega, Garrido, & Escobar, s.f., p.3).

2.5.2.2 No asertividad

Es decir, la inhabilidad del individuo para expresar sus deseos, opiniones, sentimientos, limitaciones, alabanzas, iniciar la interacción con otras personas y manejar la crítica.

Se caracteriza por la incapacidad de expresar honestamente sentimientos, pensamientos y opiniones, o por la expresión de los pensamientos y sentimientos propios de una manera autoderrotista, con disculpas, con falta de confianza, de tal modo que los demás puedan fácilmente no hacernos caso. En este estilo de comunicación, el mensaje que se envía es: «Yo no cuento -puedes aprovecharte de mí; mis sentimientos y pensamientos no importan, - solamente los tuyos; yo no soy nadie, -tú eres superior». La no aserción muestra una falta de

respeto hacia las propias necesidades. La persona que se comporta de forma no asertiva se sentirá a menudo incomprendida, no tenida en cuenta y manipulada. Los comportamientos verbales típicos del comportamiento no asertivo son: volumen bajo de la voz, habla poco fluida, tartamudeos y uso de muletillas. Como posturas y gestos típicos se encuentran: la huida del contacto visual, cara tensa (dientes apretados, mandíbula pulsante), manos entrelazadas o frotándose, morderse los dedos, postura rígida, reír constantemente. En cuanto a sus patrones de pensamiento, consideran que así evitan molestar u ofender a los demás; son personas sacrificadas. Las principales consecuencias de este tipo de comportamiento son la pérdida de la autoestima, pérdida del aprecio de las demás personas y falta de respeto en los demás. (Reyes-Lagunes & García-Arista, 2017)

2.5.2.3 Asertividad Directa:

Se define como la habilidad del individuo para expresar sus emociones, derechos, pensamientos, sentimientos, acciones de forma correcta sin perjudicar la razón de él mismo ni de alguna persona que lo rodea.

Otra clasificación de asertividad es:

- **Aserción básica.** - Este tipo de aserción implica la defensa de los derechos Personales, creencias, sentimientos, opiniones, expresión de afectos y agradecimiento a nuestros semejantes.
- **Aserción empática.** - La aserción empática implica transmitir a nuestro escuchador nuestra propia opinión sin renunciar a nuestros derechos. De esta forma, predisponemos positivamente a nuestro interlocutor.

- **Asertividad escalonado.** - En ciertas situaciones no bastará con una sola afirmación para que nuestro interlocutor respete nuestros derechos u opiniones (Condori & roger, 2014, p.30).

2.5.3 Derechos asertivos

- Algunas veces, usted tiene derecho a ser el primero.
- Usted tiene derecho a cometer errores.
- Usted tiene derecho a ser el juez último de sus sentimientos y aceptarlos
- Usted tiene derecho a tener sus propias opiniones y creencias.
- Usted tiene derecho a cambiar de idea, opinión, o actuación.
- Usted tiene derecho a expresar una crítica y a protestar por un trato injusto.
- Usted tiene derecho a pedir una aclaración.
- Usted tiene derecho a intentar cambiar lo que no le satisface.
- Usted tiene derecho a pedir ayuda o apoyo emocional.
- Usted tiene derecho a sentir y expresar el dolor.
- Usted tiene derecho a ignorar los consejos de los demás.
- Usted tiene derecho a recibir el reconocimiento por un trabajo bien hecho.
- Usted tiene derecho a negarse a una petición, a decir “no”.
- Usted tiene derecho a estar solo, aun cuando los demás deseen su compañía.
- Usted tiene derecho a no justificarse ante los demás.
- Usted tiene derecho a no responsabilizarse de los problemas de los demás.
- Usted tiene derecho a responder, o no hacerlo.
- Usted tiene derecho a ser tratado con respeto y dignidad. (Franco, 2017, p.91).

2.5.4 Componentes en la comunicación asertiva

2.5.4.1 Componentes cognitivos

La inadecuación social puede tener sus raíces o estar mantenida a veces por determinados factores cognitivos, como son las percepciones, actitudes o expectativas erróneas. Cierta clase de pensamientos puede facilitar la ejecución de conductas socialmente habilidosas mientras que otra puede inhibir u obstaculizar las mismas. Existe una serie de variables cognitivas importantes en el estudio de las habilidades sociales: (Goroskieta, s.f., p.101).

- Competencias: esta variable de la persona se aprecia en la capacidad para transformar y emplear la información de forma activa.
- Conocimiento de la conducta habilidosa apropiada.
- Conocimiento de las costumbres sociales.
- Conocimiento de las diferentes señales de respuesta.
- Capacidad de ponerse en el lugar del otro.
- Capacidad de resolución de problemas.
- Estrategias de codificación y construcción personales: esta segunda variable se refiere a la manera en que la gente percibe, piensa, interpreta y experimenta el mundo. Percepción social o interpersonal adecuada: en general se dan varios errores de percepción:
 - Suponer que las actitudes conductuales de una persona son fruto de su personalidad, en lugar de pensar que puede corresponder más con una función de la situación en la que está.

- Suponer que la conducta de una persona es debida a ella misma en vez de a su papel.
- Dar demasiada importancia a la señal de tipo físico (vestido, apariencia, etc.)
- Ser influido por los estereotipos de razas o estratos sociales determinados. (Goroskieta, s.f., p.101).

2.5.4.2 Componentes conductuales

La mirada, latencia de la respuesta, fluidez del habla, frecuencia de las sonrisas, duración de la contestación, volumen de la voz, contenido de condescendencia, peticiones de nueva conducta y afecto. (Caballo, 1982, p.475).

2.5.5 Técnicas de asertividad

2.5.5.1 Formas de decir NO

- 1 .** NO natural, de manera espontánea.
- 2 .** Escuchar activamente y después decir NO: se reitera lo que ha expresado la otra persona demostrando que se entendió la petición y luego se responde el NO.
- 3 .** No razonado: se dice NO y se da una explicación sincera.
- 4 .** No temporal: sería un NO de oportunidad, por el momento, diferente al NO definitivo.

2.5.5.2 Disco Rayado

Es muy utilizada para hacer o rechazar peticiones. Se trata de repetir una y otra vez nuestra petición (o rechazo) hasta que es aceptada por el interlocutor.

2.5.5.3 *Banco de Niebla*

Se busca en la crítica o postura del otro algún criterio que nos parezca razonable y se lo reconoce pero no se adopta ni se cambia la postura o el motivo personal.

- **Aserción negativa**

Consiste en asumir los propios errores o defectos reconociendo las críticas y nuestra voluntad de corregirlos sin, por ello, adoptar actitudes defensivas o ansiosas.

- **Aserción positiva**

Consiste en asumir nuestra propias cualidades o en resaltar o elogiar las cualidades de los demás.

- **Interrogación negativa**

Tiende a desarrollar en los demás la crítica para obtener más información y a discernir si son constructivas o manipulativas.

- **Flexibilidad**

Intenta empatizar o sintonizar con el interlocutor en aras de adaptar la forma en que transmitimos nuestro mensaje y obtener una respuesta o actitud favorable de su parte. La empatía es la actitud para dar lugar al dialogo, el cómo, porque poniéndonos en el lugar del otro podemos encontrar acuerdos que pueden ser el punto de partida para un acuerdo en la cuestión que nos interesa. (Roosevelt, s.f., p.83).

2.5.6 Tipos de respuesta asertiva

- **Asertividad subjetiva:** Abarca una descripción, sin condenar, el comportamiento del otro; una descripción objetiva del efecto del comportamiento del otro; una descripción de los propios sentimientos o una expresión de lo que se desea del otro.
- **Respuesta asertiva con conocimiento:** Se realiza por medio de un planteamiento inicial que transmite el reconocimiento hacia la otra persona y un diseño posterior sobre los derechos e intereses propios.
- **Asertividad positiva:** Es la expresión adecuada de lo bueno y valioso que se ve en otras personas.
- **Respuestas asertivas elementales:** Se da por medio de una expresión llana y simple de los propios intereses y derechos.
- **Respuesta asertiva frente a la no asertividad o a la agresividad:** Consiste en hacerle ver a la otra persona cómo se comporta y cómo podría comportarse asertivamente. (Villagrán, 2014, p.35).

2.5.7 Dimensiones de la asertividad

La conducta asertiva se considera como un concepto mas amplio en la literatura al respecto, sustituyendo el concepto de habilidades sociales y que abraza 4 dimensiones:

1. La capacidad de decir no.
 2. La capacidad de pedir favores o hacer peticiones.
 3. La capacidad de expresar sentimientos positivos y negativos.
 4. La capacidad de comenzar, continuar y terminar conversaciones generales
- (Caballo, 1982, p.474).

2.5.7.1 Galassi y Bastien (1974) se inclinan por las siguientes tres dimensiones:

5. Asertividad positiva: Consiste en la expresion de sentimientos como el amor, afecto, admiración, aprobacion de algo y estar de acuerdo.
6. Asertividad negativa: Incluye expresiones de sentimientos fundamentados en la ira, desacuerdo, insatisfacción y aburrimiento.
7. Autonegación: Incluye un excesivo disculparse, excesiva ansiedad interpersonal, y la exageracion en los sentimientos de los demas. (Caballo E., 1983, p.56).

2.5.8 Razones por las que es bueno ser asertivo

2.5.8.1 La asertividad fortalece la dignidad y el amor propio

Te ganas el respeto de las demas personas cuando decides ser asertivo, te ayuda a poder expresar de mejor manera tus sentimientos y ser mas escuchado con los demas. Así mismo, logras decir las cosas sin sentirte culpable y logras tener un tiempo para ti. Por el contrario, cuando usas una comunicación agresiva o sumisa esta puede jugar en contra, terminar en frustración, conflictos interpersonales, baja autoestima, entre otros. (Riso, 2013, p.12).

Debes querer, ser consciente y querer respeto para poder exigirlo. Por esto, la dignidad personal debe convertirse en tu insignia. Al sentirte importante y amado, tu autoestima mejora y por lo tanto tu amor propio. Recuerda que al reconocerte como digno y merecedor de respeto, aprenderás cómo ser una persona asertiva. (Riso, 2013, p.12).

2.5.8.2 La asertividad permite una mejor defensa psicologica y nos vuelve mas seguros.

Cuando somos asertivos, se hace estrecha la relación entre la persona real y la persona ideal. Existe una retroalimentación cada vez que se ejecuta una conducta, que nos dice: “Fuiste

capaz”. Sube el yo real y la autoestima. Sentirse capaz, te hace sentirte fuerte y seguro de ti mismo. (Riso, 2013, p.12).

El esquema nuclear de toda persona asertiva es de fortaleza, de seguridad. Es lo opuesto a la trama mental del dependiente, que todo el tiempo cree que es débil y que deben protegerlo para sobrevivir. La asertividad y el entrenamiento en habilidades sociales es uno de los tratamientos complementarios más utilizados para pasar de la debilidad percibida, a la fortaleza percibida (Riso, 2013, p.12).

2.5.8.3 La asertividad facilita la libertad emocional y el autoconocimiento

Dentro de un esquema de prevención, la asertividad nos ayuda a experimentar e integrar las emociones a nuestra vida para enfrentar aspectos negativos en el futuro. A estar listos para los imponderables. Cuando expreso lo que pienso y siento, libero la mente y sano mi cuerpo. No se almacenan desechos. Además, me doy la posibilidad de conocerme a mí mismo mejor y más profundamente. Las investigaciones muestran que la expresión asertiva de la ira y de las emociones, en general, permite prevenir enfermedades y mejorar la calidad de vida. Sin inteligencia emocional y sin asertividad no podemos disfrutar la vida, ni comprenderla (Riso, 2013, p.11).

2.5.8.4 La asertividad ayuda a resolver problemas y mejorar la comunicación

Ser asertivo significa ser capaz de ejercer y/o defender los derechos personales: decir ‘no’, expresar desacuerdos, dar una opinión contraria y/o expresar sentimientos negativos sin dejarse manipular (como lo haría una persona sumisa) y sin violar los derechos de los demás, (como sí lo hace una persona agresiva). Esta es la clave. La asertividad es un punto medio entre

el que se arrodilla y el que aplasta al otro; implica la defensa de los derechos sin lastimar a nadie. (Riso, 2013, p.12).

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1 Tipo de investigación

El tipo de investigación es explicativa y aplicada, dado que se van a explicar los sucesos y datos obtenidos antes y después del programa. Es aplicada por que tiene como objetivo la obtención de conocimientos nuevos que sean beneficiosos para la sociedad. (Sampieri, 2018)

3.2 Nivel de investigación

El nivel de investigación es pre experimental. Las investigaciones pre experimentales tienen un solo grupo experimental, no cuentan con un grupo de control y se mide la variable dependiente en dos o más tiempos, la variable independiente se considera un estímulo o tratamiento. (Sampieri, 2018)

3.3 Diseño de la investigación

El diseño de la investigación es experimental y longitudinal, puesto que, se investigará un solo grupo, en este caso el 4to grado de secundaria, realizando un pre test previo a la aplicación del programa de habilidades sociales y un post test para determinar los resultados a la misma muestra, observamos el diseño:

$$G = 01 \rightarrow X \rightarrow 02$$

En donde:

- G= Grupo experimental
- 01= Pre test
- X= Aplicación del programa de habilidades sociales
- 02= Post test

3.4 Interrogantes de la investigación

3.4.1 Interrogante básica

¿Es eficaz el programa de habilidades sociales para incrementar el nivel de asertividad en los estudiantes del 4to grado de secundaria de la I.E.P. Virgen del Rosario?

3.4.2 Interrogantes secundarias

- a) ¿Cuál es el nivel de asertividad indirecta, antes y después de la aplicación del programa de habilidades sociales en los estudiantes del 4to grado de secundaria de la I.E.P. Virgen del Rosario?
- b) ¿Cuál es el nivel de no asertividad, antes y después de la aplicación del programa de habilidades sociales en los estudiantes del 4to grado de secundaria de la I.E.P. Virgen del Rosario?
- c) ¿Cuál es el nivel de asertividad directa, antes y después de la aplicación del programa de habilidades sociales en los estudiantes del 4to grado de secundaria de la I.E.P. Virgen del Rosario?
- d) ¿Cuál es el nivel de asertividad con respecto al sexo antes y después de la aplicación del programa de habilidades sociales en los estudiantes del 4to grado de secundaria de la I.E.P. Virgen del Rosario?

3.5 Participantes

3.5.1 Población

La población está compuesta por 25 estudiantes del 4to grado de secundaria con edades de 15 y 16 años.

3.5.2 Muestra

No se realizará ninguna prueba estadística para identificar la muestra, puesto que la población es pequeña y se va a trabajar con la población al 100%, además los 25 estudiantes serán nuestro grupo experimental.

Criterios de inclusión

- Estudiantes que estén matriculados en la institución educativa.
- Estudiantes que asistan en los días de estudio.

Criterios de exclusión

- Estudiantes que sus padres no acepten que participe en el estudio
- Estudiantes con alguna discapacidad.
- Estudiantes irregulares en asistencia

3.6 Técnicas e instrumentos

3.6.1 Técnicas

La técnica que se utilizará será evaluación psicométrica.

3.6.2 Instrumentos

Para el programa de habilidades sociales se utilizará un conjunto de sesiones de aprendizaje.

El instrumento de asertividad tiene como nombre Escala Multidimensional de Asertividad (EMA), tiene como autores a la Dra. Mirta Flórez Galaz y el Dr. Rolando Díaz, la escala es elaborada en el país de Cuba con estudiantes universitarios. Así mismo, en nuestro país, esta Escala Multidimensional de Asertividad (EMA), fue nuevamente validado en un estudio realizado por: Leydi Caballero Esquivel, de la Universidad Cesa Vallejo en Trujillo, dando como resultados que: La tabla muestra que las tres escalas tienen índices de homogeneidad según Elosua Oliden & Bully Garay (2012) porque sus reactivos, son superiores a 0.20 y tienen valores de alfa de Cronbach según Vellis (1991) es respetable [0.70 - 0.75>, corroborando así la homogeneidad de los ítems y su aporte a la consistencia interna del EMA; está dirigida a adultos y adolescentes a partir de los 15 años, el objetivo es evaluar el grado y tipo de asertividad.

3.6.2.1 Ficha técnica

Año: 2004

Confiabilidad: Se aplicó el instrumento a 3231 personas, y se evidenció una estructura clara y acorde a los resultados obtenidos en estudios anteriores.

Se utilizó el coeficiente de Cronbach con la fórmula de Sperman- Brown, la consistencia interna fue de .91, por lo que cada dimensión contiene 15 reactivos.

Estructura: Conformado por 45 ítems tipo Likert

Duración: 20 a 30 minutos

Ámbito: Estudiantes del 4to grado de secundaria de la I.E.P. Virgen del Rosario

Calificación: Completamente en desacuerdo, en desacuerdo, ni en desacuerdo ni de acuerdo, de acuerdo, completamente de acuerdo.

Puntuación: Se asignó un número en una escala de 1 a 5, tomando como base la calificación en donde: Completamente en desacuerdo (1 punto), en desacuerdo (2 puntos), ni en desacuerdo ni de acuerdo (3 puntos), de acuerdo (4 puntos), completamente de acuerdo (5 puntos).

Se debe seguir los siguientes pasos:

1. Verificar que todos los reactivos del cuestionario estén marcados.
2. Sumar las puntuaciones obtenidas en los cuadros para las tres dimensiones

Interpretación: Los reactivos 15, 22 y 33, se deben invertir puesto que estas se encuentran en sentido contrario a la calificación, por ejemplo: 1=5, 2=4, 3=3, 4=2, 5=1.

Se deberá interpretar basándonos en los baremos e indicar si las puntuaciones por cada sujeto de cada dimensión, es decir, si están por debajo o encima de las puntuaciones T lineales de 40 a 60, si se tiene 15 puntuaciones fuera de este rango significa que en los individuos prevalece otro estilo de relaciones interpersonales.

Baremos: Los autores de las puntuaciones T directas, indican si las puntuaciones obtenidas de cada sujeto por cada dimensión están dentro de la normalidad, es decir, si se encuentran por debajo o por encima de las puntuaciones T lineales significaría que predomina otro estilo de relaciones interpersonales.

Se identifican las puntuaciones crudas en la tabla de puntuaciones T lineales correspondientes a la muestra general.

Asertividad indirecta: En el caso de que la persona obtenga puntuaciones arriba del promedio en este factor, implica que es un individuo inhábil para empatizar y relacionarse abiertamente, es decir, le es difícil tener enfrentamientos directos con otras personas en diversas situaciones y con distinta gente, por lo que se ve en la necesidad de manifestar su opinión, deseos, sentimientos, peticiones, etc.

No Asertividad: Cuando los individuos obtienen en ese factor puntuaciones por arriba de la media, se sostiene que son definitivamente personas que no saben escuchar y expresarse, así serán sujetos no asertivos. En cambio, puntuaciones por debajo de la media indican que son personas que carecen de este tipo de problema en sus relaciones interpersonales.

Asertividad: En este último factor, si la persona obtuviera puntuaciones por arriba de la media sería capaz de expresar sus limitaciones, sentimientos, opiniones, etc., es decir, sería un individuo hábil socialmente; en cambio si obtuviera puntuaciones por debajo de la media indicaría que tiene problemas de asertividad.

Puntuación en tablas:

- **Nivel bajo:** Debajo de la media del factor.
- **Nivel alto:** Encima de la media del factor.

3.6.2.2 Cuadro de coherencia

Variable	Indicadores y sub indicadores	Técnicas e instrumentos	Ítems del instrumento
Dependiente <i>Asertividad</i>	Asertividad indirecta	Técnica: Evaluación psicométrica	4,16,18,23,24, 25,28,29,32,35 36,37,40,44
	Inhabilidad para empatizar		
	Inhabilidad para relacionarse		
	No asertividad		2,3,5,6,9,10,13,30

	Inhabilidad para expresare	Instrumento: EMA (Escala multidimensional de asertividad)	,31,34,39,41,42,43,45
	Inhabilidad para escuchar		
	Asertividad directa		1,7,8,11,12,14,15,17,19,21,22,26,27,33,38
	Habilidad para interactuar		
	Habilidad para el manejo de emociones		

3.7 Campo de verificación

3.7.1 Ámbito

Se realizará en la Institución Educativa Virgen del Rosario ubicada en Cerro Colorado, Arequipa.

3.7.2 Ubicación temporal

La investigación se llevó a cabo entre los meses de marzo, junio del año 2019.

3.8 Estrategias de recolección de datos

3.8.1 Organización

Se pidió permiso a la directora de la Institución Educativa para poder realizar el estudio, coordinar los horarios y tiempos para la toma de las encuestas y la aplicación del programa, después de otorgado el permiso de la directora, se elaboró una carta de permiso para los padres y madres de familia de los estudiantes a quienes se les aplicó el programa, para que den aprobación de que sus menores sean parte de la investigación.

Se coordinó con los profesores, para revisar y acordar los horarios para las encuestas y la aplicación del programa, una vez obtenido todo lo dicho anteriormente se procedió a aplicar las pruebas correspondientes.

3.8.2 Recursos

a) Humanos

Investigador y asesor

b) Materiales

Materiales de escritorio, -paquete estadístico SPSS

c) Financieros

EL investigador lo financia

3.8.3 Criterios para el manejo de resultados

Después que se haya aplicado la Escala Multidimensional antes y después de la aplicación del programa, se revisó las pruebas para eliminar las pruebas mal marcadas, se realizó un foliado por sujeto debidamente ordenado, posteriormente se ingresó a excel para procesarlo y analizarlo, utilizando el paquete estadístico SPSS para la sistematización, para esto utilizamos estadística descriptiva e inferencial como se muestra a continuación:

1. Tablas de frecuencia simples porcentuales.
2. Prueba estadística T de Student: Kolmogorov – Smirnov para una muestra menor a 30 estudiantes para obtener la prueba hipótesis con un margen de error de 0.5.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.1 Análisis y discusión de los resultados por dimensión

A continuación, se mostrarán las tablas y figuras de los resultados obtenidos en el pre test y en el post test por sub indicadores e indicadores respondiendo a los objetivos específicos, en la última parte se presentará la tabla y figura que responda el objetivo general, cabe resaltar que los resultados post test, son tomados después de la aplicación del programa de habilidades sociales.

Tabla 1. *Sexo de los estudiantes*

EDAD	Femenino		Masculino	
	n°	%	n°	%
15	6	24%	5	20%
16	4	16%	7	28%
17	1	4%	2	8%

Fuente: Elaboración propia

En la tabla y figura n° 1, se muestra el sexo del estudiante en base a su edad, podemos concluir que, en el 4to grado de educación secundaria de la institución educativa particular Virgen del Rosario, hay 56% varones y 44% mujeres, entre los 15 y 17 años.

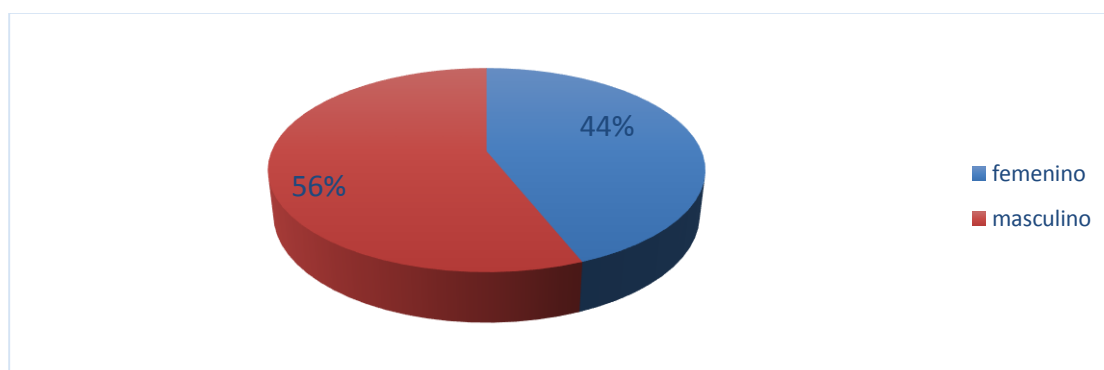


Figura 1. Sexo de los estudiantes
Fuente: Elaboración propia

Tabla 2. Sub indicador inhabilidad para empatizar

NIVEL	FACTOR	
	Inhabilidad para Empatizar	
	<i>PRE TEST</i>	
	n°	%
Nivel bajo	7	28%
Nivel alto	18	72%
	<i>POST TEST</i>	
	n°	%
Nivel bajo	16	64%
Nivel alto	9	36%

Fuente: Elaboración propia

En la tabla y figura n° 2, se muestra en el pre test el 28% de estudiantes con un nivel bajo, lo que se interpreta como la tenencia de dicha habilidad y el 72% de estudiantes con un nivel alto de inhabilidad para empatizar, lo que se interpreta como la carencia de esa habilidad. En el post test se muestra a un 64% con un nivel bajo de inhabilidad para empatizar y a un 36% con un nivel alto, podemos inferir con los resultados obtenidos que, después de la aplicación del programa de habilidades sociales, la inhabilidad para empatizar ha disminuido de un 72% a un 36% de estudiantes, dicho de otra forma, la cantidad de estudiantes que adquirieron esta habilidad ha aumentado.

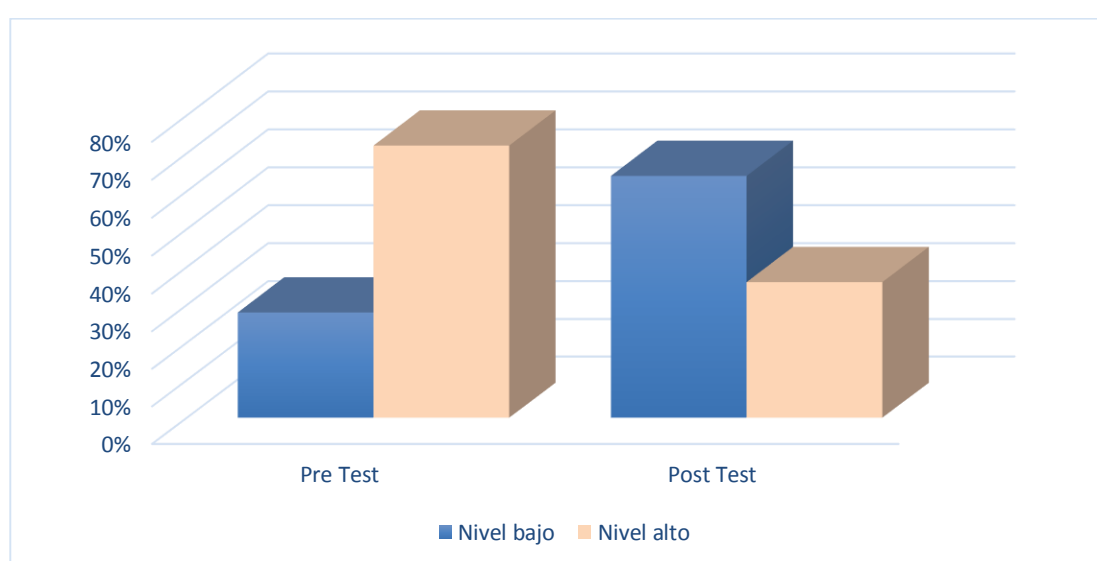


Figura 2. Sub indicador inhabilidad para empatizar
Fuente: Elaboración propia

Tabla 3. Sub indicador inhabilidad para relacionarse

NIVEL	FACTOR	
	Inhabilidad para Relacionarse	
	<i>PRE TEST</i>	
	n°	%
Nivel bajo	8	32%
Nivel alto	17	68%
	<i>POST TEST</i>	
	n°	%
Nivel bajo	15	60%
Nivel alto	10	40%

Fuente: Elaboración propia

En la tabla y figura n° 3, se muestra en el pre test un 32% de estudiantes con un nivel bajo, lo que se interpreta como la tenencia de dicha habilidad y el 68% de estudiantes con un nivel alto de inhabilidad para relacionarse, lo que se interpreta como la carencia de esa habilidad. En el post test se muestra a un 60% con un nivel bajo de inhabilidad para relacionarse y a un 40% con un nivel alto, Podemos inferir con los resultados obtenidos que, después de la aplicación del programa de habilidades sociales, la inhabilidad para relacionarse ha disminuido de un 68% a un 40% de estudiantes, dicho de otra forma, la cantidad de estudiantes que adquirieron esta habilidad ha amentado.

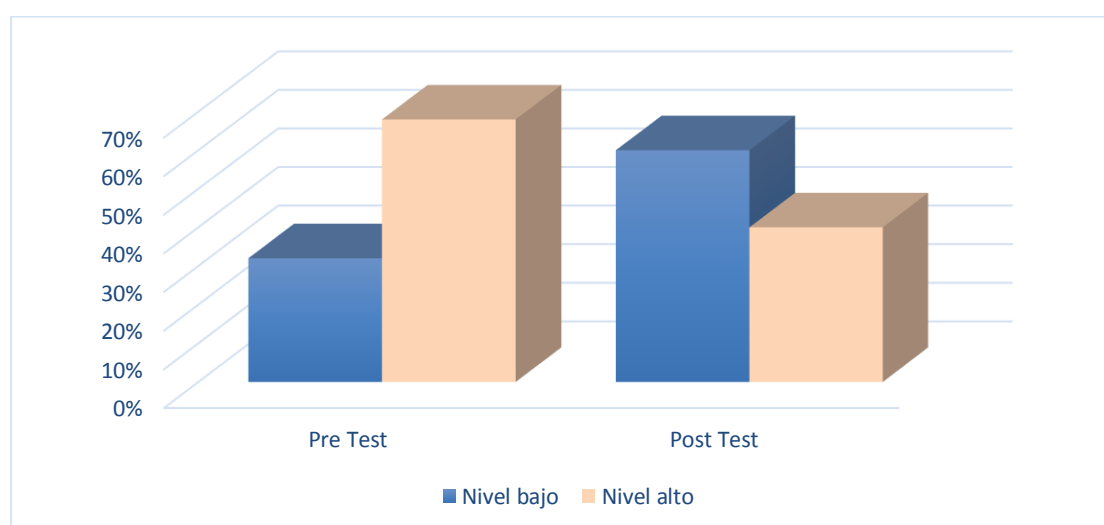


Figura 3. Sub indicador inhabilidad para relacionarse

Fuente: Elaboración propia

Tabla 4. *Indicador Asertividad indirecta*

NIVEL	FACTOR					
	Inhabilidad para Empatizar			Inhabilidad para Relacionarse		
PRE TEST						
	n°	%	n°	%	n°	%
Nivel bajo	7	28%	8	32%	7.5	30%
Nivel alto	18	72%	17	68%	17.5	70%
POST TEST						
	n°	%	n°	%	n°	%
Nivel bajo	16	64%	15	60%	15.5	62%
Nivel alto	9	36%	10	40%	9.5	38%

Fuente: Elaboración propia

En la tabla y figura n° 4, se muestra el promedio de sus dos sub indicadores, obteniendo en el pre test un 30% de estudiantes con un nivel bajo, lo que implica que es un individuo hábil para empatizar o relacionarse abiertamente, y el 70% de estudiantes con un nivel alto de dicho factor, lo que implica que es un individuo inhábil para empatizar o relacionarse abiertamente, En el post test se muestra a un 62% con un nivel bajo de asertividad indirecta y a un 38% con un nivel alto. Podemos inferir con los resultados obtenidos que, después de la aplicación del programa de habilidades sociales, la asertividad indirecta ha disminuido de un 70% a un 38% de estudiantes.

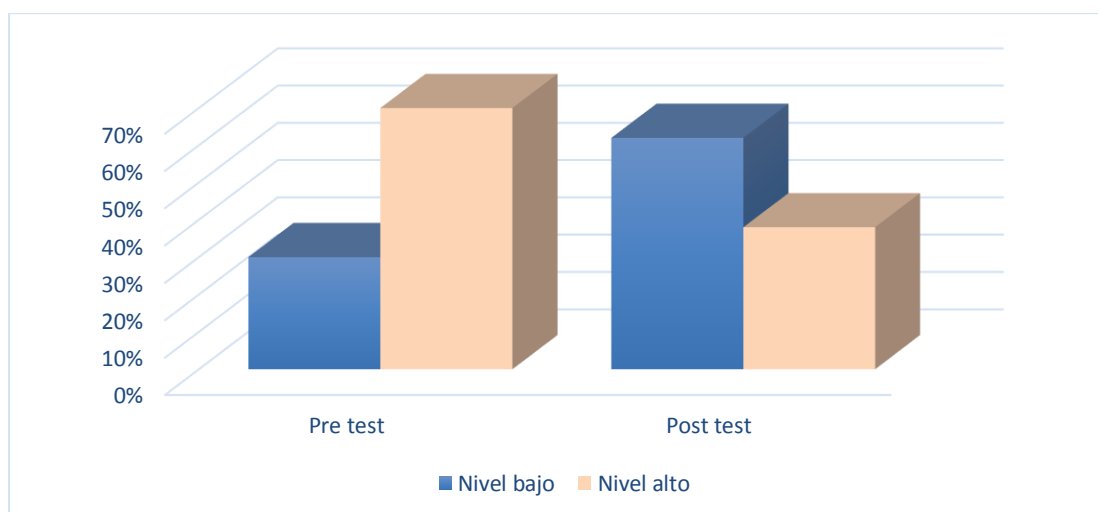


Figura 4. Indicador Asertividad Indirecta

Fuente: Elaboración propia

Tabla 5. Sub indicador Inhabilidad para expresarse

NIVEL	FACTOR	
	Inhabilidad para Expresarse	
	<i>PRE TEST</i>	
	n°	%
Nivel bajo	6	24%
Nivel alto	19	76%
	<i>POST TEST</i>	
	n°	%
Nivel bajo	16	64%
Nivel alto	9	36%

Fuente: Elaboración propia

En la tabla y figura n° 5, se muestra en el pre test un 24% de estudiantes con un nivel bajo, lo que se interpreta como la tenencia de dicha habilidad y el 76% de estudiantes con un nivel alto de inhabilidad para expresarse, lo que se interpreta como la carencia de esa habilidad. En el post test se muestra a un 64% con un nivel bajo de inhabilidad para expresarse y a un 36% con un nivel alto. Podemos inferir con los resultados obtenidos que, después de la aplicación del programa de habilidades sociales, la inhabilidad para expresarse ha disminuido de un 24% a un 64% de estudiantes, dicho de otra forma, la cantidad de estudiantes que adquirieron esta habilidad ha aumentado.

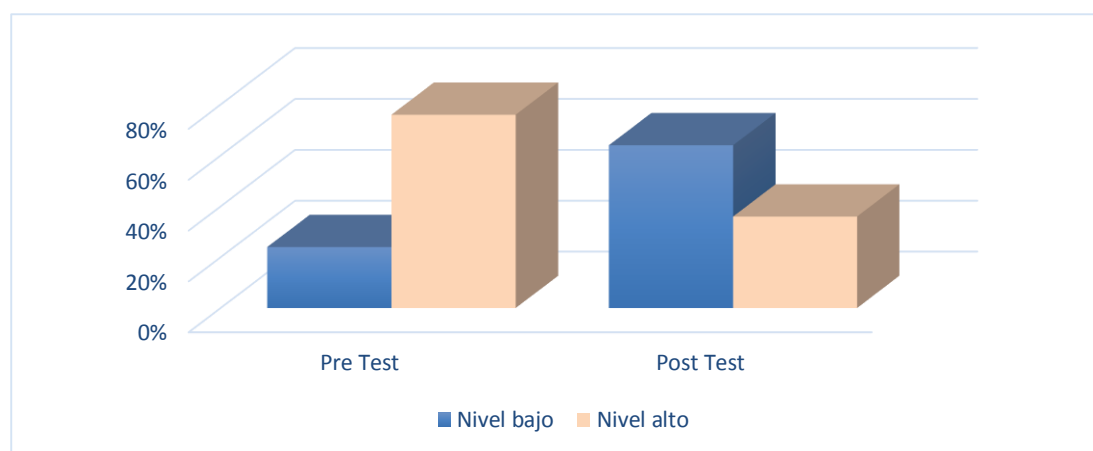


Figura 5. Sub indicador Inhabilidad para expresarse
Fuente: Elaboración propia

Tabla 6. Sub indicador Inhabilidad para escuchar

NIVEL	FACTOR	
	Inhabilidad para Escuchar	
	<i>PRE TEST</i>	
	n°	%
Nivel bajo	2	8%
Nivel alto	23	92%
	<i>POST TEST</i>	
	n°	%
Nivel bajo	14	56%
Nivel alto	11	44%

Fuente: Elaboración propia

En la tabla y figura n° 6, se muestra en el pre test un 8% de estudiantes con un nivel bajo, lo que se interpreta como la tenencia de dicha habilidad y el 92% de estudiantes con un nivel alto de inhabilidad para escuchar, lo que se interpreta como la carencia de esa habilidad. En el post test se muestra a un 56% con un nivel bajo de inhabilidad para escuchar y a un 44% con un nivel alto. Podemos inferir con los resultados obtenidos que, después de la aplicación del programa de habilidades sociales, la inhabilidad para escuchar ha disminuido de un 8% a un 56% de estudiantes, dicho de otra forma, la cantidad de estudiantes que adquirieron esta habilidad ha aumentado.

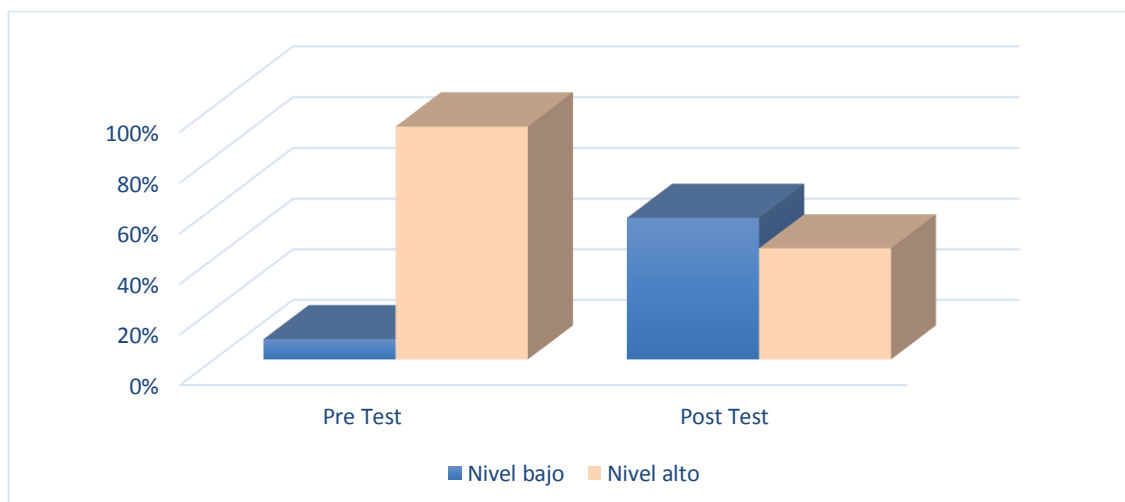


Figura 6. Sub indicador Inhabilidad para escuchar

Fuente: Elaboración propia

Tabla 7. *Indicador no asertividad*

NIVEL		FACTOR				
		inhabilidad para Expresarse		inhabilidad para Escuchar		
PRE TEST						
	n°	%	n°	%	n°	%
Nivel bajo	6	24%	2	8%	4	16%
Nivel alto	19	76%	23	92%	21	84%
POST TEST						
	n°	%	n°	%	n°	%
Nivel bajo	16	64%	14	56%	15	60%
Nivel alto	9	36%	11	44%	10	40%

Fuente: Elaboración propia

En la tabla y figura n° 7, se muestra el promedio de sus dos sub indicadores, obteniendo en el pre test un 16% de estudiantes con un nivel bajo, lo que implica que es un individuo hábil para expresarse o escuchar abiertamente, y el 84% de estudiantes con un nivel alto de dicho factor, lo que implica que es un individuo inhábil para expresarse o escuchar abiertamente, En el post test se muestra a un 60% con un nivel bajo de no asertividad y a un 40% con un nivel alto. Podemos inferir con los resultados obtenidos que, después de la aplicación del programa de habilidades social, la no asertividad ha disminuido de un 16% a un 60% de estudiantes.

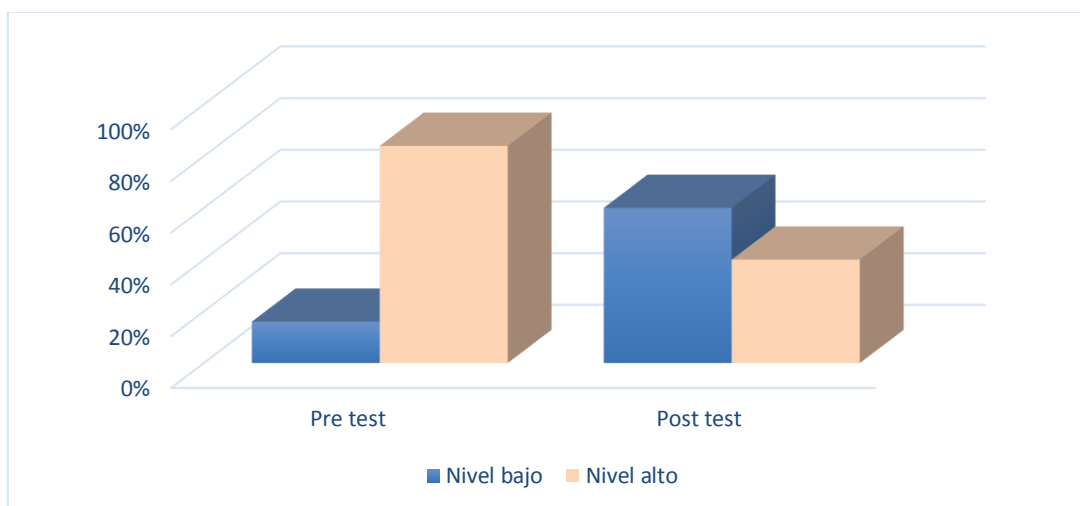


Figura 7. Indicador no asertividad

Fuente: Elaboración propia

Tabla 8. *Sub indicador habilidad para interactuar*

NIVEL	FACTOR	
	Habilidad para interactuar	
	PRE TEST	
	n°	%
Nivel bajo	16	64%
Nivel alto	9	36%
	POST TEST	
	n°	%
Nivel bajo	6	24%
Nivel alto	19	76%

Fuente: Elaboración propia

En la tabla y figura n° 8, se muestra en el pre test un 64% de estudiantes con un nivel bajo, lo que se interpreta como la carencia de dicha habilidad y el 36% de estudiantes con un nivel alto de habilidad para interactuar, lo que se interpreta como la tenencia de esa habilidad. En el post test se muestra a un 24% con un nivel bajo de habilidad para interactuar y a un 76% con un nivel alto. Podemos inferir con los resultados obtenidos que, después de la aplicación del programa de habilidades sociales, la habilidad para interactuar ha aumentado de un 36% a un 76% de estudiantes.

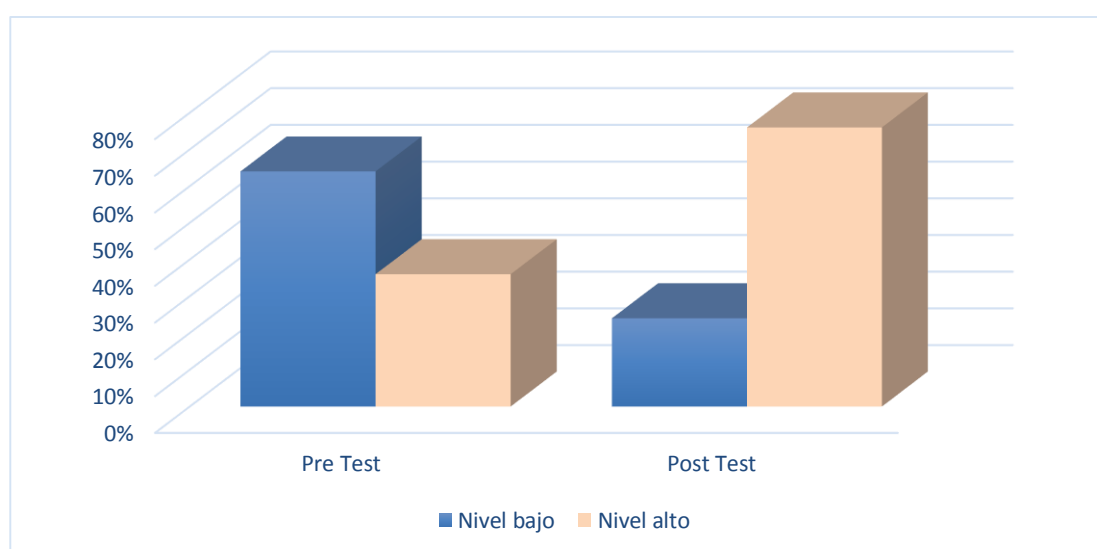


Figura 8. Sub indicador habilidad para interactuar

Fuente: Elaboración propia

Tabla 9. Sub indicador Habilidad para el manejo de emociones

NIVEL	FACTOR	
	Habilidad para el manejo de emociones	
	<i>PRE TEST</i>	
	n°	%
Nivel bajo	22	88%
Nivel alto	3	12%
	<i>POST TEST</i>	
	n°	%
Nivel bajo	12	48%
Nivel alto	13	52%

Fuente: Elaboración propia

En la tabla y figura n° 9, se muestra en el pre test un 88% de estudiantes con un nivel bajo, lo que se interpreta como la carencia de dicha habilidad y el 12% de estudiantes con un nivel alto de habilidad para el manejo de emociones, lo que se interpreta como la tenencia de esa habilidad. En el post test se muestra a un 48% con un nivel bajo de habilidad para el manejo de emociones y a un 52% con un nivel alto. Podemos inferir con los resultados obtenidos que, después de la aplicación del programa de habilidades sociales, la habilidad para el manejo de emociones ha aumentado de un 12% a un 52% de estudiantes.

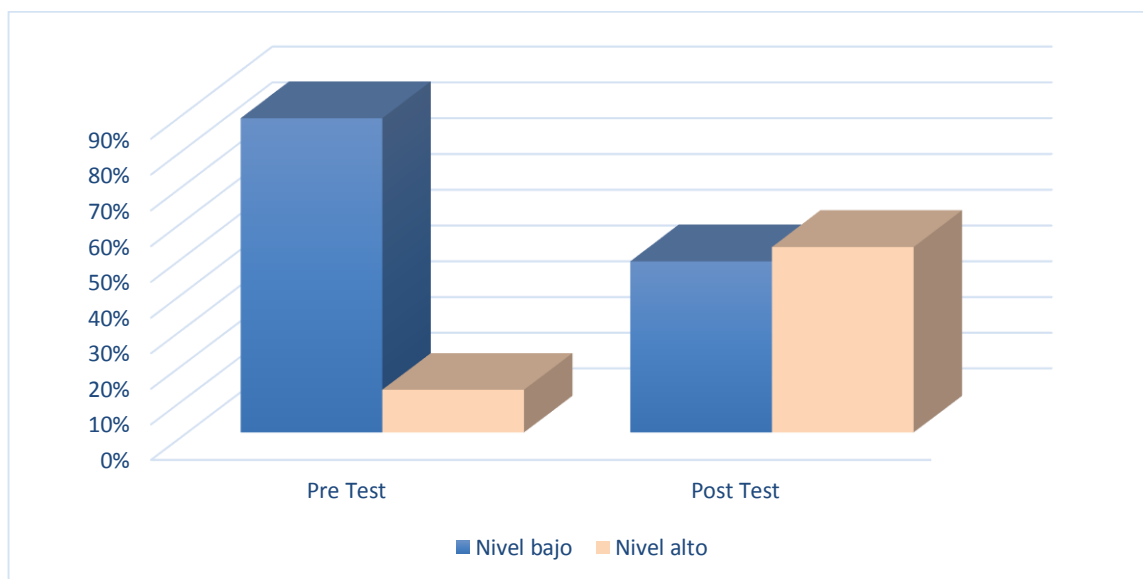


Figura 9. Sub indicador Habilidad para el manejo de emociones

Fuente: Elaboración propia

Tabla 10. *Indicador asertividad directa*

NIVEL	FACTOR					
	Habilidad para interactuar		Habilidad para el manejo de emociones			
PRE TEST						
	n°	%	n°	%	n°	%
Nivel bajo	16	64%	22	88%	19	76%
Nivel alto	9	36%	3	12%	6	24%
POST TEST						
	n°	%	n°	%	n°	%
Nivel bajo	6	24%	12	48%	9	36%
Nivel alto	19	76%	13	52%	16	64%

Fuente: Elaboración propia

En la tabla y figura n° 10, se muestra el promedio de sus dos sub indicadores, obteniendo en el pre test un 76% de estudiantes con un nivel bajo, lo que indica que tiene problemas de asertividad. Y el 24% de estudiantes con un nivel alto de dicho factor, lo que indica que el individuo es capaz de interactuar y manejar sus emociones, es decir, sería un individuo hábil socialmente. En el post test se muestra a un 36% con un nivel bajo de asertividad directa y a un 64% con un nivel alto. Podemos inferir con los resultados obtenidos que, después de la aplicación del programa de habilidades sociales, la asertividad directa de los estudiantes ha aumentado de 24% a 64%

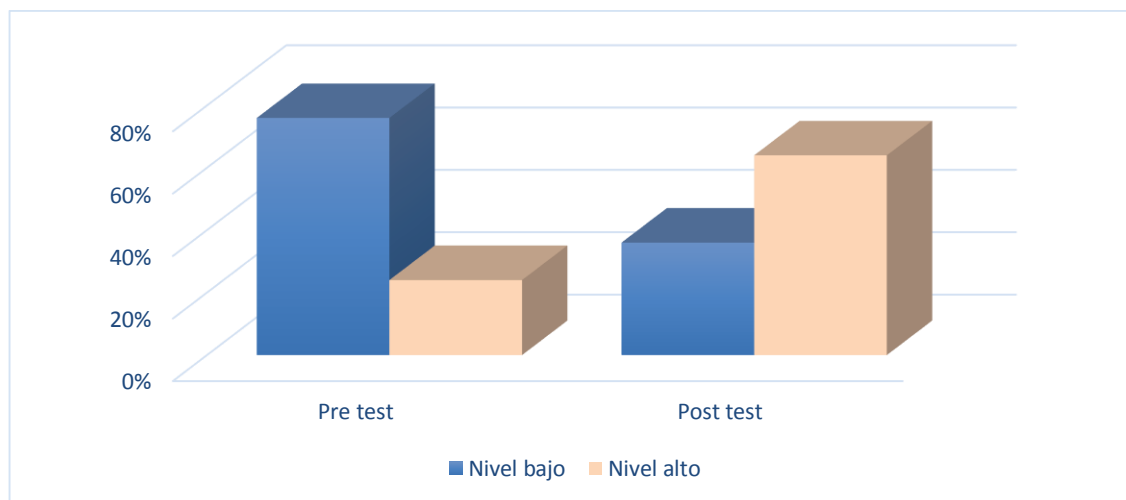


Figura 10. Indicador asertividad directa
Fuente: Elaboración propia

Tabla 11. Consolidado de la variable Asertividad

NIVEL	FACTORES							
	Asertividad		No asertividad		Asertividad			
	Indirecta				Directa			
	Porcentaje de mejora							
	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%
Pre test	7.5	30%	4	16%	6	24%	6	23%
Post test	15.5	62%	15	60%	16	64%	16	62%

Fuente: Elaboración propia

A continuación, se muestra el consolidado de la variable asertividad con sus tres indicadores de medición, en esta tabla y figura se muestra el promedio del porcentaje de mejora dado en porcentajes de acuerdo al pre test y el post test; en conclusión, la asertividad de los estudiantes antes de la aplicación del programa de habilidades sociales era del 23%, lo que quiere decir que ese porcentaje de estudiantes eran asertivos, después de la aplicación del programa de habilidades sociales, en el post test, el resultado fue un 62% de estudiantes asertivos, lo que nos resulta un porcentaje de mejora significativo.

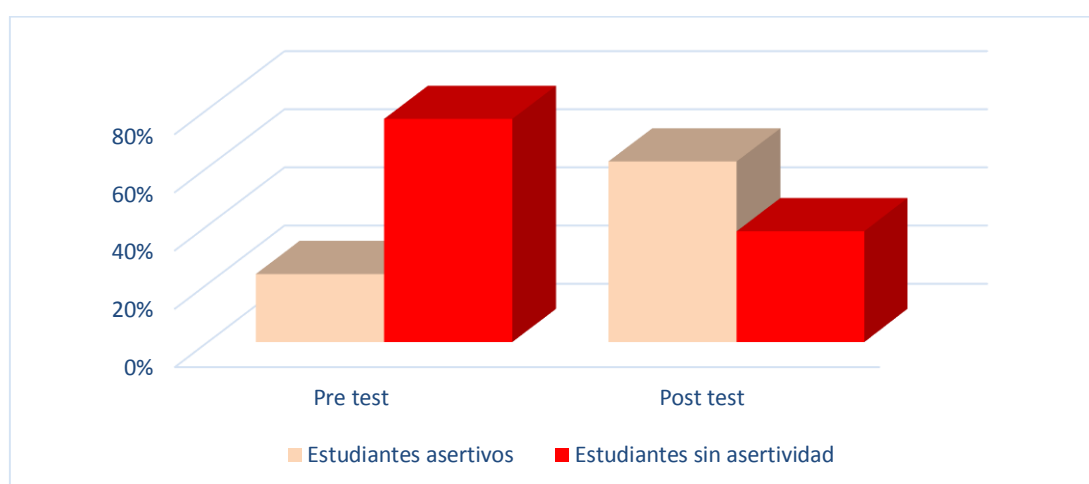


Figura 11. Consolidado de la variable Asertividad
Fuente: Elaboración propia

Tabla 12. *Nivel de asertividad según el sexo*

	Pre test				Post test			
	Femenino		Masculino		Femenino		Masculino	
	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%
Estudiante asertivos	2	8%	4	16%	7	28%	9	36%
Estudiantes sin asertividad	10	40%	9	36%	5	20%	4	16%

Fuente: Elaboración propia

Respondiendo al último objetivo específico, se muestra que, en el pre test, el 8% de estudiantes mujeres eran asertivas, después de la aplicación del programa de habilidades sociales nos muestra que aumentó al 28%, en el caso de las estudiantes mujeres sin asertividad se trataba de un 40%, en el pre test, y en el post test dio un resultado del 16%. En el caso de los estudiantes varones el pre test dio como resultado al 16% de varones asertivos y en el post test dio como resultado el 36%, en el caso de los estudiantes no asertivos, en el pre test dio como resultado el 36% y en el post test el 16%.

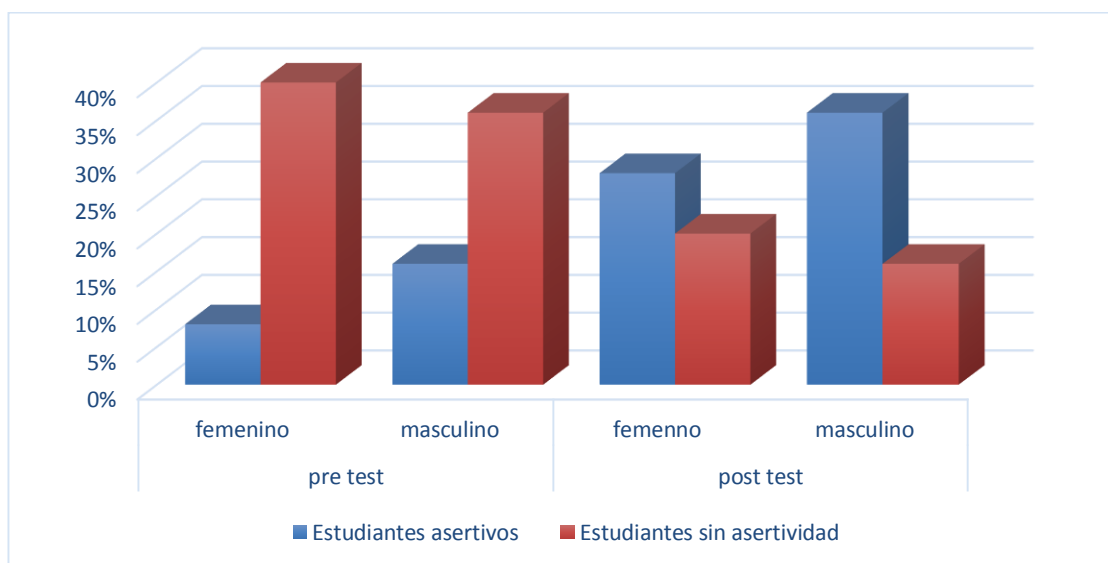


Figura 12. Nivel de asertividad según el sexo

Fuente: Elaboración propia

4.2 Prueba de hipótesis con el método T de Student.

Alfa: 0.05 = (5 %) – porcentaje de error de nuestra prueba

Prueba estadística: Prueba T de Student para muestras relacionadas – Estudio longitudinal de dos medidas.

PRUEBA DE NORMALIDAD		
P. Valor (pre) = .025	>	Alfa = 0.05
P. Valor (post) = .245	>	Alfa = 0.05
CONCLUSIÓN:		
Los datos se comportan normalmente y provienen de una distribución normal		

Para hallar prueba de normalidad se utilizará la prueba Chapiro Wilk para muestras menores a 30

		Diferencias emparejadas					t	gl	Sig. (bilateral)
		Media	Desv. Desviación	Desv. Error promedio	95% de intervalo de confianza de la diferencia				
					Inferior	Superior			
Par 1	Asertividad pre test - Asertividad post test	0.400	0.500	0.100	0.194	0.606	4.000	24	0.001

HIPÓTESIS

La aplicación de un programa de habilidades sociales es eficaz para incrementar el nivel de asertividad de los estudiantes del 4to grado de secundaria de la I.E.P. Virgen del Rosario.

REGLA DE DECISIÒN:

Si la probabilidad obtenida es P-valor \leq α 0.05 se acepta la H1. (significancia .001)

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en la presente investigación demuestran la eficacia del programa de habilidades sociales, teniendo un 23% de estudiantes con asertividad antes de la aplicación del programa de habilidades sociales y después de la aplicación del programa de habilidades sociales, en el post test, con 62% de estudiantes asertivos, lo que nos resulta un porcentaje de mejora significativo. Estos resultados son similares con la investigación realizada por: **María García Aguilar en su tesis de maestría: Programa de habilidades sociales para la vida, mejorar las habilidades sociales en estudiantes de 5to grado**, los resultados que obtuvieron demuestran que la aplicación del programa “habilidades para la vida” mejora significativamente la dimensión de asertividad de los estudiantes de 5to. Y 6to. Grado de primaria de la I.E. N° 5136 “Fernando Belaunde Terry”; Callao – 2016; por haberse obtenido $p = 0,000$ y $Z = - 5,479$ menor que -1.96 (punto crítico).

Por otro lado, **Mersy Grandez, Vanessa Salazar y Gina Tucto, en su tesis: Efectos del programa de habilidades sociales: Asertividad, autoestima y resiliencia, en adolescentes del colegio secundaria San Juan**, muestran en su resultados que: El programa educativo de Habilidades Sociales aplicado a los adolescentes fue efectivo según el nivel de asertividad en el que se encontró 73.5% del grupo experimental con asertividad y 11.8% del grupo control asertivos(as); antes de la aplicación del programa el 16.5% del grupo experimental se mostraron asertivos y el 12.2% del grupo control se mostraron no asertivos, lo que asegura la validez del programa de habilidades sociales., al variar significativamente los resultados en el grupo experimental

Así mismo, Diego Rivera Terán, en su tesis: Desarrollo de habilidades sociales, de comunicación asertiva para el fortalecimiento de la convivencia escolar, muestran en sus

resultados que: Se generó un cambio significativo respecto a la frecuencia con la que los estudiantes solucionan sus conflictos a través de la mediación y el uso del conducto regular establecido por la institución, lo cual mejoró significativamente las relaciones entre los miembros, su disposición frente a las actividades académicas desarrolladas en el aula y su rendimiento académico en general.

Lizley Tantaleán Terrones en su artículo; Efectos de un programa de asertividad en adolescentes de una Institución Educativa Privada de Ventanilla – Callao, tuvo como resultados que: Mediante la comparación de medias del pre test y el post test de la variable asertividad para los puntajes obtenidos con la Escala Multidimensional de Asertividad EMA, se puede afirmar que el programa de asertividad aplicado es efectivo, debido a que produjo un incremento altamente significativo en el desarrollo de conductas asertivas, en un grupo de 40 adolescentes entre 11 y 17 años de edad, estudiantes de una institución educativa privada, del distrito de Ventanilla en la provincia constitucional del Callao.

CONCLUSIONES

PRIMERA: El programa de habilidades sociales aplicado para incrementar el nivel de asertividad es eficaz, así lo demuestra el test tomado después de la aplicación del programa con un 62% de estudiantes con asertividad, a diferencia del 23% de estudiantes obtenido en el pre test, lo que concluye en el incremento del nivel de asertividad.

SEGUNDA: El nivel de asertividad indirecta en el pre test dio a un 72% de estudiantes con este factor, mientras que, en el post test resultó un 36% de estudiantes, habiendo una disminución de estudiantes inhábiles para empatizar y relacionarse.

TERCERA: El nivel de no asertividad en el pre test dio a un 76% de estudiantes con este factor, mientras que, en el post test resultó un 36% de estudiantes, habiendo una disminución de estudiantes inhábiles para expresarse y para escuchar.

CUARTA: El nivel de asertividad directa en el pre test dio a un 36% de estudiantes con este factor, mientras que, en el post test resultó un 76% de estudiantes, habiendo un incremento de estudiantes hábiles para interactuar y para manejar sus emociones.

QUINTA: El nivel de asertividad con respecto al sexo muestra que los varones tienen mejor nivel de asertividad, además respondieron mejor que las mujeres en el programa obteniendo mejores resultados.

SEXTA: Con respecto a la hipótesis planteada, según la prueba T de Student, con una prueba de normalidad y con un nivel de significancia de 0.001, teniendo en cuenta los resultados obtenidos en las pruebas, se acepta la hipótesis planteada.

RECOMENDACIONES

1. Se recomienda realizar este programa de habilidades sociales al menos trimestralmente de acuerdo a las conductas que se observe y que se quiera mejorar, puesto que aun quedaron estudiantes con un nivel de asertividad bajo.
2. Realizar una evaluación de clima social familiar para tener una historia de aquellos niños con problemas socio familiares para que el programa de habilidades sociales tenga más impacto.
3. Todos los docentes deben tener esta información para evitar y elaborar estrategias del proceso enseñanza-aprendizaje y mejorar el clima de aula.
4. Los padres de familia deben tener esta información para generar posibilidades de que los estudiantes con nivel de asertividad bajo realicen un taller o curso externo.

FUENTES DE INFORMACIÓN

- Caballo, E. V. (1983). Asertividad: definiciones y dimensiones. *Universidad autonoma de madrid*, 56.
- Caballo, V. (1982). Los componentes conductuales de la conducta asertiva. *Universidad autonoma de Madrid*, 474.
- Carrillo, G. Validacion de un programa lucido para la mejora de las habilidades sociales en niños de 9 a 12 años. *Tesis doctoral*. Universidad de granada, Granada.
- Gutierrez, A. (s.f.). *CEDRO*. Recuperado el 06 de 03 de 2019, de <http://www.cedro.org.pe/emprendimientojuvenil/images/pdf/habilidadesplavidaguiadesesiones.pdf>
- Condori, h. g., & roger, C. v. Relación de la conducta asertiva y el rendimiento académico en el área de matemáticas con estudiantes de 5° grado de secundaria de la institución educativa carlos fermín fitzcarrald . *Tesis de licenciatura*. Universidad nacional amazónica de madre de dios, Madre de Dios.
- Egúsquiza, P. O. (2000). Recuperado el 03 de marzo de 2019, de <http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/publicaciones/quipukamayoc/2000/segundo/asertividad.htm>
- Fraga, B., Sambade, L., & López, B. (2017). Creación de Grupos de Intervención en Habilidades Sociales yComo Grupo de Apoyo. *Revistade estudios e investigaciónen psicología y educación*, 1.
- Franco, M. (2017). *Comunicacion en las relaciones profesionales*. Madrid: Editorial CEP S.L.
- Gaeta, G. L., & Galvanovskis, K. A. (Diciembre de 2009). Asertividad: un análisis teórico-empírico. *Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal*, XIV(2), 404.

- Goldstein, A., Sprafkin, R., Gershaw, J., & Klein, P. (1989). *Habilidades sociales y autocontrol en la adolescencia*. Barcelona: Martínez Roca, S. A.
- Goroskieta, V. (s.f.). *Habilidades sociales*. Recuperado el 03 de marzo de 2019, de Escuea Nicasio Landa: https://www.navarra.es/NR/rdonlyres/BBF448C9-11C6-48B3-A574-558618E4E4F2/138615/Cap_04_97122.pdf
- Güemes-Hidalgo, González-Fierro, & Vicario, H. (2017). Pubertad y adolescencia. *ADOLESCERERevista de Formación Continuada de la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia* •, 8.
- Llacuna, M. J., & Pujol, F. L. (2004). La conducta asertiva como habilidad social. *CENTRO NACIONAL DE CONDICIONES DE TRABAJO*, 2.
- Madrigales, M. C. “Autoconcepto en adolescentes de 14 a 18 años”. *Tesis de licenciatura*. Universidad Rafael Landívar, Quetzaltenango.
- Miranda, F. M. Asertividad y estrategias de aprendizaje en alumnos del nivel superior. *Tesis de licenciatura*. Universidad autónoma del estado de México, Toluca.
- Ortega, A. N., Garrido, P. E., & Escobar, J. (s.f.). Evaluación de la asertividad en estudiantes universitarios, con bajo rendimiento académico. *Memorias i congreso internacional psicologia y educacion psychology investigation*, 3.
- Ortiz, I. J., & Vargas, y. A. EL LENGUAJE ASERTIVO Y CLIMA ORGANIZACIONAL EN LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN DE LA UNDAC. *Tesis de bachiller*. Universidad nacional daniel alcides carrión, 2017.
- Peñafiel, E., & Cristina, S. (s.f.). *Habilidades sociales*. Editex.
- Reyes-Lagunes, I., & García-Arista, A. (2017). Construcción y validación de una escala de asertividad en la relación paciente-médico. *Acta de investigacion psicologica*, 7(3).
- Riso, W. (Junio de 2013). Para no dejarse manipular y ser asertivo. 5.

- Roosevelt, E. (s.f.). *La inteligencia emocional, la asertividad y otras habilidades sociales como estrategias para el desarrollo profesional*. Recuperado el 03 de marzo de 2019, de <https://www.gitano.org/publicaciones/guiapromocionmujeres/pdf/05.pdf>
- Hernández-Sampieri, R. (2018), *Metodología en la investigación*, Editorial McGraw Hill, Ciudad de nuevo méxico , 6ta edición.
- Silva, D. I. (s.f.). La adolescencia y su interrelación con el entorno. *Instituto de la Juventud*, 65.
- Silva-Escorcía, I., & Mejía-Pérez, O. (01 de enero de 2015). Autoestima, adolescencia y pedagogía. *Revista Electrónica Educare (Educare Electronic Journal)*, 01.
- Torres, R. B. Efectos del programa expresión social en adolescentes con bajas habilidades sociales de una asociación – san juan de miraflores. *Tesis de licenciatura*. Universidad autónoma del Perú, Lima.
- Unicef. (2002). Adolescencia, una etapa fundamental. *Unicef*, 2.
- Unidos, D. d. (s.f.). *ADOLESCENTES. guía para madres y padres*. Washington.
- Villagrán, M. W. Bienestar psicológico y asertividad en el adolescente. *Tesis de grado*. Universidad rafael landívar.
- Zavala, B. M. (2008). Emotional intelligence and social skills in adolescents with high social acceptance. *Education & Psychology*, 326.

ANEXOS

Anexo 1: Instrumentos de recolección de datos

EMA

A continuación, hay una lista de afirmaciones, anote en la hoja de respuesta el número correspondiente al grado de confirmación, hay cinco posibles respuestas. Por favor conteste sinceramente.

Totalmente en desacuerdo	en desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1	2	3	4	5

ESCALA MULTIDIMENSIONAL DE ASERTIVIDAD						
N°	AFIRMACIONES	1	2	3	4	5
1	Puedo reconocer públicamente que cometí un error	1	2	3	4	5
2	No soy capaz de expresar abiertamente lo que realmente pienso	1	2	3	4	5
3	Me cuesta trabajo expresar lo que pienso en presencia de otro	1	2	3	4	5
4	Me es fácil decirle a alguien que acepto su crítica mi persona	1	2	3	4	5
5	Me es difícil expresar mis deseos	1	2	3	4	5
6	Me es difícil expresar abiertamente mis sentimientos	1	2	3	4	5
7	Puedo decirle a alguien directamente que actuó de forma injusta	1	2	3	4	5
8	Cuando discuto con una persona acerca del lugar donde vamos a comer, yo expreso mi preferencia	1	2	3	4	5
9	Me cuesta trabajo hacer nuevos amigos	1	2	3	4	5
10	No soy capaz de expresar abiertamente lo que deseo	1	2	3	4	5
11	Puedo agradecer un halago hecho acerca de mi apariencia personal	1	2	3	4	5
12	Si tengo alguna duda, pido que se me aclare	1	2	3	4	5
13	cuando conozco a una persona, usualmente tengo poco que decirle	1	2	3	4	5
14	Solicito ayuda cuando la necesito	1	2	3	4	5
15	Cuando me doy cuenta de que me están cobrando de más, no digo nada	1	2	3	4	5
16	Me es más fácil pedir que me devuelvan las cosas que he prestado	1	2	3	4	5
17	Me es fácil aceptar una crítica	1	2	3	4	5
18	Me es fácil pedir prestado algo	1	2	3	4	5
19	Puedo pedir favores	1	2	3	4	5
20	Expreso con mayor facilidad mi desagrado	1	2	3	4	5
21	Expreso amor y afecto a la gente que quiero	1	2	3	4	5
22	Me molesta que me digan los errores que he cometido	1	2	3	4	5
23	Puedo expresar mi amor más fácilmente por medio de una carta	1	2	3	4	5
24	Puedo decir a las personas que actuaron injustamente por teléfono	1	2	3	4	5
25	Prefiero decirle a alguien que deseo estar solo/a por teléfono	1	2	3	4	5
26	Platico abiertamente con una persona las críticas hechas a mi conducta	1	2	3	4	5
27	Puedo pedir que me enseñen como hacer algo que no sé cómo realizar	1	2	3	4	5
28	Puedo expresar mi cariño con mayor facilidad por medio de tarjetas o cartas	1	2	3	4	5
29	Me es fácil hacer un cumplido por medio de una tarjeta o carta que personalmente	1	2	3	4	5
30	Es difícil para mí alabar a otros	1	2	3	4	5
31	Me es difícil iniciar una conversación	1	2	3	4	5
32	Es más fácil rehusarme ir a un lugar al que no deseo ir, por teléfono que personalmente	1	2	3	4	5

33	Encuentro difícil admitir que estoy equivocado	1	2	3	4	5
34	Me da pena participar en las pláticas por temor a la opinión de los demás	1	2	3	4	5
35	Me es más fácil decir que no deseo ir a una fiesta por teléfono que personalmente	1	2	3	4	5
36	Puedo expresar mis sentimientos más fácilmente por teléfono que personalmente	1	2	3	4	5
37	Puedo admitir que cometí un error con mayor facilidad por teléfono que personalmente	1	2	3	4	5
38	Acepto sin temor una crítica	1	2	3	4	5
39	Me da pena hablar frente a un grupo por temor a la crítica	1	2	3	4	5
40	Prefiero decirle a alguien sobre o que deseo en la vida, por escrito que personalmente	1	2	3	4	5
41	Me es difícil disculparme cuando tengo la culpa	1	2	3	4	5
42	Me cuesta trabajo decirle a otros lo que me molesta	1	2	3	4	5
43	Me da pena preguntar cuanto tengo dudas	1	2	3	4	5
44	Me es más fácil expresar mi opinión por medio de una carta que personalmente	1	2	3	4	5
45	Me es difícil empezar una relación con personas que acabo de conocer	1	2	3	4	5

Coloque dentro del cuadro correspondiente a cada pregunta el número que considere de acuerdo a grado de confirmación, teniendo en cuenta la escala ya mencionada en el primer cuadro.

1	<input type="text"/>	16	<input type="text"/>	31	<input type="text"/>
2	<input type="text"/>	17	<input type="text"/>	32	<input type="text"/>
3	<input type="text"/>	18	<input type="text"/>	33	<input type="text"/>
4	<input type="text"/>	19	<input type="text"/>	34	<input type="text"/>
5	<input type="text"/>	20	<input type="text"/>	35	<input type="text"/>
6	<input type="text"/>	21	<input type="text"/>	36	<input type="text"/>
7	<input type="text"/>	22	<input type="text"/>	37	<input type="text"/>
8	<input type="text"/>	23	<input type="text"/>	38	<input type="text"/>
9	<input type="text"/>	24	<input type="text"/>	39	<input type="text"/>
10	<input type="text"/>	25	<input type="text"/>	40	<input type="text"/>
11	<input type="text"/>	26	<input type="text"/>	41	<input type="text"/>
12	<input type="text"/>	27	<input type="text"/>	42	<input type="text"/>
13	<input type="text"/>	28	<input type="text"/>	43	<input type="text"/>
14	<input type="text"/>	29	<input type="text"/>	44	<input type="text"/>
15	<input type="text"/>	30	<input type="text"/>	45	<input type="text"/>

Anexo 2: Matriz de Consistencia

Programa de Habilidades Sociales para incrementar el nivel de Asertividad en los estudiantes del 4to de Secundaria de la Institución Educativa Particular Virgen del Rosario, Arequipa - 2019					
PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	POBLACIÍN Y	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	METODOLOGÍA
PROBLEMA GENERAL	OBJETIVO GENERAL	HIPÓTESIS	MUESTRA	TÉCNICAS	DISEÑO
¿Es eficaz el programa de habilidades sociales para incrementar el nivel de asertividad en los estudiantes del 4to grado de secundaria de la I.E.P. virgen del Rosario?	Determinas la eficacia de un programa de Habilidades Sociales para incrementar el nivel de Asertividad en los estudiantes del 4to de Secundaria de la I.E.P. Virgen del Rosario, Arequipa – 2019.	La aplicación de un programa de habilidades sociales es eficaz para incrementar el nivel de asertividad de los estudiantes del 4to grado de secundaria de la I.E.P. Virgen del Rosario.	POBLACIÓN	V1:Programa de habilidades sociales	Experimental
			25 Estudiantes	V2: Evaluación psicométrica	Longitudinal
			MUESTRA	INSTRUMENTOS	
			Población al 100%	V1:Sesiones de aprendizaje	
			25 estudiantes	V2:Escala multidimensional	
PROBLEMAS ESPECÍFICOS	OBJETIVOS ESPECÍFICAS	VARIABLES	INDICADORES	SUBINDICADORES	
¿Cuál es el nivel de asertividad indirecta, antes y después de la aplicación del programa de habilidades sociales en los estudiantes del 4to grado de secundaria de la I.E.P. Virgen del Rosario?	Establecer el nivel de asertividad indirecta, antes y después de la aplicación del programa de habilidades sociales en los estudiantes del 4to grado de secundaria de la I.E.P. Virgen del Rosario.	INDEPENDIENTE	Empatía	Entender el punto de vista del interlocutor	TIPO DE INVESTIGACIÓN
		Programa de habilidades sociales		Compartir sentimientos con los amigos.	
Comunicación	Saber expresarse				
	Saber escuchar				
Manejo de emociones	Reconoce las emociones				
				Controla las emociones	Aplicada
¿Cuál es el nivel de no asertividad, antes y después de la aplicación del programa de habilidades sociales en los estudiantes del 4to grado de secundaria de la I.E.P. Virgen del Rosario?	Establecer el nivel de no asertividad, antes y después de la aplicación del programa de habilidades sociales en los estudiantes del 4to grado de secundaria de la I.E.P. Virgen del Rosario.	DEPENDIENTE			Explicativa
¿Cuál es el nivel de asertividad directa, antes y después de la aplicación del programa de habilidades sociales en los estudiantes del 4to grado de secundaria de la I.E.P. Virgen del Rosario?	Establecer el nivel de asertividad directa, antes y después de la aplicación del programa de habilidades sociales en los estudiantes del 4to grado de secundaria de la I.E.P. Virgen del Rosario.	Asertividad	Asertividad indirecta	Inhabilidad para empatizar	NIVEL DE INVESTIGACIOIN
				Inhabilidad para relacionarse	
No asertividad	Inhabilidad para expresarse				
	Inhabilidad para escuchar				
¿Cuál es el nivel de asertividad con respecto al sexo antes y después de la aplicación del programa de habilidades sociales en los estudiantes del 4to grado de secundaria de la I.E.P. Virgen del Rosario?	Conocer el nivel de asertividad con respecto al sexo antes y después de la aplicación del programa de habilidades sociales en los estudiantes del 4to grado de secundaria de la I.E.P. Virgen del Rosario.	Asertividad directa	Habilidad para interactuar	Pre experimental	
			Habilidad para el control de emociones		

CASOS

CASO I

ANAMNESIS

1. DATOS DE FILIACIÓN

- Nombres y Apellidos : Sara T. G.
- Edad : 24 años de edad
- Fecha de Nacimiento : 20 de Marzo de 1995
- Lugar de nacimiento : Cusco
- Grado de Instrucción : 4to de primaria
- Estado Civil : Conviviente
- Procedencia : Cusco
- Ocupación : Ama de casa
- Religión : Católica
- Informantes : Paciente y suegra de la paciente
- Lugar de evaluación : P.S. “San Juan Bautista” A.S.A.
- Fechas de Evaluación : 05,12 y 19 de mayo del 2018
- Examinadora : Magda Choqueanco Ollachica

2. MOTIVO DE CONSULTA

Paciente de 24 años de edad acude al servicio de psicología en compañía de su suegra y su bebé de 6 meses, la referente solicita orientación y apoyo psicológico para su nuera, refiere que su nuera no come bien, que, en ocasiones esta como ida, muestra desinterés generalizado por casi todo lo que le rodea y les preocupa mucho esta situación a ella y a su hijo quien le ha pedido acudir al servicio, ya que la paciente tiene una bebé que aún se encuentra en periodo de lactancia.

3. HISTORIA DE LA ENFERMEDAD O DEL PROBLEMA ACTUAL

Este problema la aqueja desde hace mucho tiempo, aproximadamente desde hace 4 o 5 años y que se fue dando progresivamente, apareciendo estos síntomas casi de forma constante.

Presenta los siguientes síntomas; insomnio, desinterés por las cosas, sentimientos de tristeza e ira, últimamente no tiene deseos de comer, se siente muy cansada, en ocasiones tiene una gran sensación de vacío, la paciente alega que sus males se deben a que su mamá no la quiere y nunca la quiso, a veces siente ira hacia su familia (madre, padre, abuela y tío), la paciente refiere que: “Por culpa de ellos estoy mal, mi padre que a la vez es mi abuelo, mi madre por haberme dejado en un albergue cuando apenas nací y no quererme, mi abuela por no haber hecho nada después de que le haya contado que mi tío me violaba”

Asimismo la paciente teme hacerle daño a su hija con esta situación, también refiere que estos episodios de su vida la aquejan constantemente, aparecen en su mente y no la dejan tranquila.

4. ANTECEDENTES PERSONALES

- **Etapas pre-natal**

Se sabe que su concepción no fue planificada, ya que fue producto de una violación.

- **Etapas natal**

No se sabe si hubo complicaciones en el parto, tampoco al término de que tiempo nació, solo se supo que su madre tenía 18 años aproximadamente, y que después de su nacimiento fue llevada inmediatamente a un albergue.

- **Etapas Post-Natal**

El desarrollo de los primeros años de la vida de la paciente fue normal, caminó, habló, controló esfínteres a la edad adecuada sin ningún tipo de complicación. Vivió en el albergue desde su nacimiento hasta sus 9 años.

- **Escolaridad**

Ingresa a la escuela a los 6 años de edad, no repite ningún año escolar, era una alumna regular. Tenía buena actitud hacia la escuela y maestros, era reservada, no tenía muchos amigos, su interacción social no era muy buena, no tenía problemas de conducta, sin mucha iniciativa en clases pero si obediente. Estudió hasta 4to grado de primaria ya que fue retirada del albergue por su abuela quien la llevo a vivir con ella y su tío, desde entonces no volvió más a la escuela.

- **Desarrollo y función sexual**

Su menarquía fue a la edad de 13 años, en cuanto a su sexualidad, se reconoce como mujer y le atrae el sexo opuesto.

Se inició sexualmente de una manera muy brusca y traumatizante, a la edad de 13 años fue objeto de violación por parte de su tío, “Fue horrible nos quedamos solos en casa y mi abuela se había ido, me amarró con una cuerda y me violó desde entonces lo hacía reiteradas veces, sentía vergüenza, hasta me sentía culpable, le conté a mi abuela lo que me había pasado pero no hizo nada, con el pasar de los años fui sintiendo rencor y odio hacia él y toda mi familia”. Esto la motivó a irse a vivir a Mollendo con su madre y sus tres medios hermanos los cuales la conocen como “la tía”, conociendo por primera vez a su madre y hermanos. Tuvo su primer enamorado a los 17 años, la relación duró una semana, a los 20 años se muda a Arequipa viajando ocasionalmente a Mollendo, posteriormente a los 22 años conoció a su actual pareja con quien ha formado su familia y tienen una niña de 6 meses.

- **Antecedentes mórbidos**

Enfermedades y accidentes:

La paciente no ha sufrido enfermedades físicas o mentales ni accidentes graves hasta el día de hoy.

Personalidad pre mórbida:

La paciente fue tímida desde niña, no le gustaba ser el centro de atención, responsable en sus actividades, no presentaba ningún tipo de conflictos.

5. ANTECEDENTES FAMILIARES

- **Composición familiar**

Desde su nacimiento hasta la edad de 9 años vivió en un albergue de Cusco, pasado este tiempo la abuela se la lleva a vivir con ella y su tío, hasta sus 14 años, viviendo un calvario junto a ellos, posteriormente se va a vivir a Mollendo con su madre y sus tres medios hermanos hasta sus 20 años a esta edad se muda a Arequipa y a sus 22 años conoce a su actual pareja de 28 años de edad con quien ha formado un hogar teniendo ambos una niña de 6 meses.

- **Dinámica familiar**

Su madre nació en Cusco, de ocupación comerciante, tuvo su primer hija (paciente) a los 18 años aproximadamente producto de una violación por parte de su propio abuelo, en cuanto nació la niña la lleva a un albergue no queriendo saber nada de ella, actualmente vive con sus 3 hijos, la paciente menciona que sus 3 medios hermanos no saben que ella es la hermana mayor “mi madre me presento a ellos como la tía, tengo una buena relación con ellos a pesar de todo”. Del padre no hay información alguna, no lo conoce ni sabe nada sobre el “lo único que escuché es que él era albañil y tenía problemas con el alcohol, nunca lo llegué a conocer ni me gustaría”.

Su abuela conoció al padre de sus hijos muy joven y tuvo una hija mujer y dos hijos varones, la relación con el esposo no era muy buena ya que este tenía problemas con las bebidas alcohólicas, generando este problema en el hogar, tuvo que separarse de él al enterarse que su hija había sido abusada sexualmente y como consecuencia un embarazo, desde entonces no supieron

más sobre él. La relación con la abuela no fue muy buena, ya que tenía que hacer todas las tareas de la casa ella sola “estaba mejor en el albergue, no debieron haberme sacado de allí”.

Su actual pareja tiene 30 años y trabaja de Chofer, se conocieron hace 2 años y actualmente tienen una niña de 6 meses, conviven desde que nace su hija, tienen una buena relación a pesar del problema que ella padece, él se muestra preocupado por ella y su bebé y está dispuesto a ayudarla en su recuperación, asimismo cuenta con el apoyo de su madre.

- **Condición socioeconómica**

La paciente actualmente es ama de casa también se encarga del cuidado de su hija, su pareja trabaja de chofer generando este el ingreso económico para su hogar, asimismo la casa donde vive es alquilada de material noble contando con los servicios básicos de agua, luz y desagüe.

6. RESUMEN

Paciente de 24 años de edad, concurre al servicio de psicología en compañía de su suegra y su bebe de 6 meses, la referente solicita orientación y apoyo psicológico para su nuera. Este problema la aqueja desde hace mucho tiempo, se fue dando progresivamente, desde hace 4 o 5 años atrás apareciendo estos síntomas casi de forma constante. Presenta; insomnio, desinterés por las cosas, sentimientos de tristeza, ansiedad e ira, últimamente no tiene deseos de comer, se siente muy cansada, nada le satisface, en ocasiones tiene una gran sensación de vacío, se siente incapaz de cuidar a su hija de 6 meses.

Su concepción no fue planificada, el desarrollo de los primeros años de la vida fue normal, caminó, habló, controló esfínteres a la edad adecuada. Ingresa a la escuela a los 6 años de edad, no repite ningún año escolar, era una alumna regular, con buena actitud hacia la escuela y maestros, no tenía muchos amigos, su interacción social no era muy buena, sin mucha iniciativa en clases pero si obediente. Estudió hasta 4to grado de primaria.

Su menarquia fue a la edad de 13 años, se inició sexualmente de una manera muy brusca y traumatizante a la edad de 13 años ya que fue objeto de violación por parte de su tío, a los 17 años tuvo su primer enamorado, la relación duró una semana, a los 22 años conoce a su actual pareja.

Desde su nacimiento hasta la edad de 9 años vivió en un albergue de Cusco, pasado este tiempo la abuela se la lleva a vivir con ella y su tío, hasta sus 14 años, posteriormente se va a vivir a Mollendo con su madre y sus tres medios hermanos con quienes mantiene una buena relación a pesar de que la conocen como su tía. La relación con su familia nunca fue buena, su madre de ocupación comerciante la tuvo a los 18 años aproximadamente producto de una violación por parte de su abuelo. No tiene una buena relación con la abuela ya que nunca la protegió ni la cuidó. Del padre solo se sabe que tenía problemas con el alcohol.

Su actual pareja y conviviente tiene 30 años de edad, trabaja de Chofer, se conocieron hace dos años atrás, tienen una niña de 6 meses, él se muestra preocupado por ella y su bebe y está dispuesto a ayudarla en su recuperación.

La paciente actualmente es ama de casa también se encarga del cuidado de su hija, su pareja genera el ingreso económico para su hogar, asimismo la casa donde vive

es alquilada de material noble contando con los servicios básicos de agua, luz y desagüe.

Magda Choqueanco Ollachica

EXAMEN PSICOLÓGICO O MENTAL

1. DATOS DE FILIACION

- Nombres y Apellidos : Sara T. G.
- Edad : 24 años de edad
- Fecha de Nacimiento : 20 de Marzo de 1992
- Lugar de nacimiento : Cusco
- Grado de Instrucción : 4to de primaria
- Estado Civil : Conviviente
- Procedencia : Cusco
- Ocupación : Ama de casa
- Religión : Católica
- Informantes : Paciente y suegra de la paciente
- Lugar de evaluación : P.S. “San Juan Bautista” A.S.A.
- Fechas de Evaluación : 26 y 27 de mayo del 2018
- Examinadora : Magda Choqueanco Ollachica

2. PORTE COMPORTAMIENTO O ACTITUD

La paciente aparenta la edad cronológica que tiene, de estatura regular y contextura delgada, tez trigueña, de cabello negro, ojos pardos, nariz aguileña y labios delgados. Su expresión facial refleja tristeza y angustia, en ocasiones emite una sonrisa forzada, viste ropa holgada, predominando el uso de buzos y polos, no muestra interés en verse arreglada no usa ningún tipo de maquillaje. Al momento de la entrevista se muestra colaboradora, respondiendo a las preguntas de manera espontánea, su expresión facial triste y con tono de voz débil. Al finalizar se despedido amable y cordialmente.

3. ATENCIÓN, CONCIENCIA Y ORIENTACIÓN

Atención: Presenta un nivel de atención adecuado; pues no se distrae con facilidad en las preguntas y evaluaciones realizadas.

Conciencia: La evaluada se encuentra en un estado lúcido, es decir es una persona capaz de mantener una conversación y responder acertadamente a las interrogantes que se le formulan.

Orientación: Se da cuenta del tiempo y espacio en el que esta, pues discrimina con claridad el día, mes, año y lugar en el que se encuentra. Se reconoce a si misma e identifica personas de su entorno.

4. LENGUAJE

La evaluada hace uso de un lenguaje coherente, coloquial y espontáneo, su tono de voz es adecuado. Lenguaje expresivo y comprensivo.

5. PENSAMIENTO

Presenta un buen número de ideas relacionándolas correctamente; además responde adecuadamente a las preguntas planteadas y su capacidad de pensamiento dirigido a un objetivo es buena. Asocia correctamente los términos utilizados y su pensamiento es lógico; aunque presenta algunas ideas equivocadas sobre su persona producto de su problema.

6. PERCEPCIÓN

Percibe adecuadamente los sucesos que pasan a su alrededor; no distorsionando la realidad, integrando e interpretando de manera correcta todos los estímulos externos.

7. MEMORIA

Memoria remota conservada, pues recuerda coherentemente hechos cronológicos de su historia personal, familiar y social.

8. FUNCIÓN INTELECTUAL

Su funcionamiento intelectual es adecuado; no presenta dificultades para el aprendizaje, comprende, razona y soluciona problemas correctamente.

9. ESTADO DE ÁNIMO Y AFECTOS

Su estado de ánimo general es de tristeza, aflicción, pérdida de interés del disfrute como una excesiva fatigabilidad, a la vez un desánimo para realizar actividades cotidianas de su hogar o sociales. Hacia sí misma presenta sentimientos confusos, por un lado desea salir adelante, pero a la vez se desanima porque cree que todo lo hace mal.

10. COMPRENSIÓN Y GRADO DE INCAPACIDAD DEL PROBLEMA O ENFERMEDAD

La paciente es consciente que tiene un problema y puede predecir futuras situaciones sino recibe apoyo, es por eso que vino consulta y está dispuesta a seguir las pautas necesarias para poder superarlo, por su familia y por ella.

11. RESUMEN

La paciente aparenta la edad cronológica que tiene, de estatura regular y contextura delgada, tez trigueña, de cabello negro, ojos pardos, nariz aguileña y labios delgados. Su expresión facial refleja tristeza y angustia, en ocasiones emite una sonrisa fingida, viste ropa holgada, predominando el uso de buzos y polos, no muestra interés en verse arreglada no usa ningún tipo de maquillaje. Al momento de la entrevista se muestra colaboradora, respondiendo a las preguntas. Su nivel de atención se encuentra conservado, su orientación respecto a su persona, espacio y tiempo es el adecuado.

Memoria remota conservada, pues recuerda coherentemente hechos cronológicos de su historia personal. Su lenguaje expresivo y comprensivo se encuentra conservados, relaciona correctamente sus ideas; además responde adecuadamente a las

preguntas planteadas y su capacidad de pensamiento dirigido a un objetivo es buena. Asocia correctamente los términos utilizados y su pensamiento es lógico. Expresa sentimientos de querer superar su problema y de salir del problema que atraviesa por su familia y por ella.

Magda Choqueanco Ollachica

INFORME PSICOMÉTRICO

1. DATOS DE FILIACIÓN

- Nombres y Apellidos : Sara T. G.
- Edad : 24 años de edad
- Fecha de Nacimiento : 20 de Marzo de 1992
- Lugar de nacimiento : Cusco
- Grado de Instrucción : 4to de primaria
- Estado Civil : Conviviente
- Procedencia : Cusco
- Ocupación : Ama de casa
- Religión : Católica
- Informantes : Paciente y suegra de la paciente
- Lugar de evaluación : P.S. “San Juan Bautista” A.S.A.
- Fechas de Evaluación : 01, 02 y 03 de junio del 2018
- Examinadora : Magda Choqueanco Ollachica

2. OBSEVACIONES GENERALES DE LA CONDUCTA

Durante el transcurso de las evaluaciones realizadas, la paciente denota cierta pesadumbre y cansancio en su rostro, mantiene poco contacto visual con la examinadora sobre todo al inicio de las sesiones, lo que indica deficiente habilidad comunicativa e intercambio personal, está orientada en persona, tiempo y espacio, su lenguaje expresivo presentaba una adecuada articulación verbal, por momentos se expresa llorando. Con respecto a la evaluación se mostró dispuesta y colaboradora, interesada en la evaluación, esforzándose en responder y ejecutar las acciones con rapidez, presentó distraibilidad en ocasiones por lo cual era necesario repetir la pregunta. Se muestra consciente del problema que está atravesando es por eso que vino a pedir ayuda.

3. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

- Inventario de personalidad MINI MULT (versión abreviada)
- Test proyectivo de Karen Machover
- Inventario de autoestima de S. de Coopersmit

4. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

- **Inventario multifásico de la personalidad MINI-MULT (versión abreviada)**

Interpretación Cuantitativa

Presentó puntajes elevados en las áreas de:

HS=76

D=92

DP=76

Interpretación Cualitativa

Presenta quejas físicas y preocupaciones crónicas, fatiga y debilidad general encontrándose deprimido, preocupado, miedosa con sentimientos de culpa, indecisa y pesimista. Un tanto rebelde o inconforme, existiendo perturbación en sus relaciones familiares y sociales, mostrando resentimiento y suspicacia hacia los demás.

- **Test proyectivo de Karen Machover**

Según los resultados de la prueba la paciente se refugia en su propia manera de pensar, evasión a las relaciones sociales, tiene dificultad en las relaciones personales, agresividad reprimida, inseguridad, compulsión, desorden y poca coordinación ante los impulsos, tendencia regresiva, dependencia, apego, tensión emocional, depresión, labilidad, temores sexuales.

- **Inventario de autoestima forma Adultos de S. Coopersmith**

Análisis cuantitativo

Puntaje : 10

Diagnóstico : Baja Autoestima

Análisis cualitativo

Deseo excesivo de complacer, no se atreve a decir no, por temor a desagradar, es indecisa, por miedo exagerado a equivocarse, tiende a crear un estado habitual de insatisfacción consigo misma, se condena por conducta que no siempre objetivamente son malas, exagera la magnitud de sus errores, sin llegar a perdonarse por completo, irritabilidad que la hace estallar fácilmente, todo le decepciona, se considera y se siente inferior a cualquier otra persona, se cree incapaz para resolver sus propios problemas, se deja acobardar fácilmente por fracasos y dificultades.

5. RESUMEN

Durante el transcurso de las evaluaciones realizadas, la paciente denota cierta pesadumbre y cansancio en su rostro, mantiene poco contacto visual con la examinadora sobre todo al inicio de las sesiones, con respecto a la evaluación se mostró dispuesta y colaboradora, en ocasiones presento distraibilidad siendo necesario repetir la pregunta, presenta quejas físicas y preocupaciones, fatiga y debilidad general encontrándose deprimido, ansiosa, pesimista, se refugia en su propia manera de pensar, existe perturbación en sus relaciones familiares y sociales además de la necesidad de afecto. Deseo excesivo de complacer, no se atreve a decir

no, por temor a desagradar, es indecisa, por miedo exagerado a equivocarse, es hipersensible a la crítica, tiende a crear un estado habitual de insatisfacción consigo misma, se condena por conducta que no siempre objetivamente son malas, exagera la magnitud de sus errores, sin llegar a perdonarse por completo, irritabilidad que la hace estallar fácilmente, todo le decepciona, se considera y se siente inferior a cualquier otra persona, se cree incapaz para resolver sus propios problemas, se deja acobardar fácilmente por fracasos y dificultades.

Magda Choqueanco Ollachica

INFORME PSICOLÓGICO

1. DATOS DE FILIACIÓN

- Nombres y Apellidos : Sara T. G.
- Edad : 24 años de edad
- Fecha de Nacimiento : 20 de Marzo de 1992
- Lugar de nacimiento : Cusco
- Grado de Instrucción : 4to de primaria
- Estado Civil : Conviviente
- Procedencia : Cusco
- Ocupación : Ama de casa
- Religión : Católica
- Informantes : Paciente y suegra de la paciente
- Lugar de evaluación : P.S. “San Juan Bautista” A.S.A.
- Fechas de Evaluación : 3 y 4 de junio del 2018
- Examinadora : Magda Choqueanco Ollachica

2. MOTIVO DE CONSULTA

Paciente de 24 años de edad acude al servicio de psicología en compañía de su suegra y su bebé de 6 meses, la referente solicita orientación y apoyo psicológico para su nuera, refiere que su nuera no come bien, que, en ocasiones esta como ida, muestra desinterés generalizado por casi todo lo que le rodea y les preocupa mucho esta situación a ella y a su hijo quien le ha pedido acudir al servicio, ya que la paciente tiene una bebé que aún se encuentra en periodo de lactancia.

3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS

- Observación
- Entrevista
- Pruebas psicométricas :

Inventario De Personalidad MINI MULT (versión abreviada)

Test Proyectivo De Karen Machover

Inventario De Autoestima Forma Adultos De S. Coopersmith

4. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

Paciente de 24 años de edad, concurre al servicio de psicología en compañía de su suegra y su bebe de 6 meses, la referente solicita orientación y apoyo psicológico para su nuera. Este problema la aqueja desde hace mucho tiempo, se fue dando progresivamente, desde hace 4 o 5 años atrás apareciendo estos síntomas casi de forma constante. Presenta; insomnio, desinterés por las cosas, sentimientos de tristeza, ansiedad e ira, últimamente no tiene deseos de comer, se siente muy cansada, nada le satisface, en ocasiones tiene una gran sensación de vacío, se siente incapaz de cuidar a su hija de 6 meses.

Su concepción no fue planificada, el desarrollo de los primeros años de la vida fue normal, caminó, habló, controló esfínteres a la edad adecuada. Ingresó a la escuela a los 6 años de edad, no repite ningún año escolar, era una alumna regular, con buena actitud hacia la escuela y maestros, no tenía muchos amigos, su interacción social no era muy buena, sin mucha iniciativa en clases pero sí obediente. Estudió hasta 4to grado de primaria.

Su menarquia fue a la edad de 13 años, se inició sexualmente de una manera muy brusca y traumatizante a la edad de 13 años ya que fue objeto de violación por parte de su tío, a los 17 años tuvo su primer enamorado, la relación duró una semana, a los 22 años conoce a su actual pareja.

Desde su nacimiento hasta la edad de 9 años vivió en un albergue de Cusco, pasado este tiempo la abuela se la lleva a vivir con ella y su tío, hasta sus 14 años, posteriormente se va a vivir a Mollendo con su madre y sus tres medios hermanos con quienes mantiene una buena relación a pesar de que la conocen como su tía. La relación

con su familia nunca fue buena, su madre de ocupación comerciante la tuvo a los 18 años aproximadamente producto de una violación por parte de su abuelo. No tiene una buena relación con la abuela ya que nunca la protegió ni la cuidó. Del padre solo se sabe que tenía problemas con el alcohol.

Su actual pareja y conviviente tiene 30 años de edad, trabaja de Chofer, se conocieron hace dos años atrás, tienen una niña de 6 meses, él se muestra preocupado por ella y su bebe y está dispuesto a ayudarla en su recuperación.

La paciente actualmente es ama de casa también se encarga del cuidado de su hija, su pareja genera el ingreso económico para su hogar, asimismo la casa donde vive es alquilada de material noble contando con los servicios básicos de agua, luz y desagüe.

OBSERVACIONES CONDUCTUALES

La paciente aparenta la edad cronológica que tiene, de estatura regular y contextura delgada, tez trigueña, de cabello negro, ojos pardos, nariz aguileña y labios delgados. Su expresión facial refleja tristeza y angustia, en ocasiones emite una sonrisa fingida, viste ropa holgada, predominando el uso de buzos y polos, no muestra interés en verse arreglada no usa ningún tipo de maquillaje. Al momento de la entrevista se muestra colaboradora, respondiendo a las preguntas. Su nivel de atención se encuentra conservado, su orientación respecto a su persona, espacio y tiempo es el adecuado. Memoria remota conservada, pues recuerda coherentemente hechos cronológicos de su historia personal. Su lenguaje expresivo y comprensivo se encuentra conservado, relaciona correctamente sus ideas; además responde adecuadamente a las preguntas planteadas y su capacidad de pensamiento dirigido a un objetivo es buena. Asocia

correctamente los términos utilizados y su pensamiento es lógico. Expresa sentimientos de querer superar su problema y de salir del problema que atraviesa por su familia y por ella.

5. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

La paciente posee una Capacidad Intelectual Normal o Promedio, presentando una adecuada capacidad de comprensión Verbal, con algunas dificultades de atención y concentración por la ansiedad que presenta. No presenta indicadores de lesión cerebral.

Su personalidad se caracteriza por la baja tolerancia a la frustración, tristeza, manifestándose en la inestabilidad emocional, ansiedad, depresión, pesimismo, se refugia en su propia manera de pensar.

Asimismo sentimientos de inferioridad ante personas y situaciones nuevas, sensible a las críticas y rechazo, deseo excesivo de complacer, por temor a desagradar, tiende a crear un estado habitual de insatisfacción consigo misma, se condena por conducta que no siempre objetivamente son malas, exagera la magnitud de sus errores, irritabilidad que la hace estallar fácilmente, se cree incapaz para resolver sus propios problemas, tendencia regresiva para justificar sus males.

Existe perturbación en sus relaciones familiares y sociales además de la necesidad de afecto por la ausencia de amor materno y de la familia en general.

6. DIAGNÓSTICO PSICOLÓGICO

De acuerdo al estudio realizado de los antecedentes y síntomas de la paciente, posee manifestaciones de una depresión prolongada del estado de ánimo, baja tolerancia a la frustración, pesimismo, sentimientos de inferioridad, tristeza, ansiedad, inestabilidad emocional, todo le supone un esfuerzo y nada le satisface, se siente incapaz de todo aunque normalmente no deja de realizar sus labores diarias, alteraciones en los hábitos del sueño, falta de apetito y aislamiento social. Tomando en cuenta los rasgos mencionados anteriormente, podemos concluir que la paciente presenta Distimia (F34.1).

7. PRONÓSTICO

Reservado, porque a pesar que existe la disposición voluntaria y plena de la paciente, además del apoyo de la familia por parte de su pareja no tiene buenas relaciones interpersonales, puesto que la madre y la abuela no manifiestan ninguna disposición para ayudarla.

8. RECOMENDACIONES

- Continuar con el tratamiento farmacológico
- Terapia individual
- Terapia familiar
- Terapia de apoyo
- técnicas de relajación.

Arequipa, 06 de junio del 2018

Magda Choqueanco Ollachica

PLAN PSICOTERAPÉUTICO

1. DATOS DE FILIACIÓN

- Nombres y Apellidos : Sara T. G.
- Edad : 24 años de edad
- Fecha de Nacimiento : 20 de Marzo de 1992
- Lugar de nacimiento : Cusco
- Grado de Instrucción : 4to de primaria
- Estado Civil : Conviviente
- Procedencia : Cusco
- Ocupación : Ama de casa
- Religión : Católica
- Informantes : Paciente y suegra de la paciente
- Lugar de evaluación : P.S. “San Juan Bautista” A.S.A.
- Fechas de Evaluación : de junio a octubre del 2018
- Examinadora : Magda Choqueanco Ollachica

2. DIAGNÓSTICO

De acuerdo al estudio realizado de los antecedentes y síntomas del paciente, posee manifestaciones de una depresión prolongada del estado de ánimo, ansiedad, todo le supone un esfuerzo y nada le satisface, se siente incapaz de todo aunque normalmente no deja de realizar sus labores diarias, presencia de insomnio y falta de apetito. Tomando en cuenta los rasgos mencionados, podemos concluir que la paciente presenta Distimia (F34.1).

3. OBJETIVO GENERAL

Brindar a la paciente un método de afrontamiento efectivo a su situación, mejorando el estado de ánimo, disminuyendo la ansiedad, para recuperar los niveles de funcionamiento previos.

4. DESARROLLO DE LAS TÉCNICAS PSICOTERAPEUTICAS

Sesión 1

Terapia:	Cognitiva Conductual
Objetivo de la sesión:	Relajar a la paciente para eliminar los niveles de ansiedad que presenta
Descripción de la sesión:	<ul style="list-style-type: none">• Se le da la bienvenida a la paciente al inicio de su terapia, se le motiva para que sea perseverante a lo largo del proceso.• Se realizara la relajación a través de la respiración diafragmática donde la paciente aprenderá a prestar atención a su respiración y a través del entrenamiento llegar a respirar de manera óptima.• Se utilizara la técnica de la imaginación guiada, donde se hará que la atención de la paciente se dirigirá hacia un escenario imaginado que le transmita paz y calma.
Tiempo de duración:	45 minutos
Materiales:	La palabra

Sesión 2

Terapia:	Cognitiva Conductual
Objetivo de la sesión:	Entender e identificar el contexto interpersonal donde se origina la depresión
Descripción de la sesión:	<ul style="list-style-type: none">• Se estudia junto con la paciente el entorno y el momento en que aparecieron los síntomas de la depresión.• Se establece un tema de conversación el cual esté relacionada con el inicio o el mantenimiento de la depresión, para hacer a la paciente de donde radica el origen de su problema.• Se le pide a la paciente que exteriorice e identifique las emociones que le genera la situación identificada y se le brinda un abanico de posibilidades para que afronte esas emociones negativas.
Tiempo de duración:	45 minutos
Materiales:	La palabra

Sesión 3

Terapia	Cognitivo conductual
Objetivo de la sesión:	Mejorar las habilidades sociales de la paciente para que pueda aumentar su círculo social.
Descripción de la sesión:	<ul style="list-style-type: none">• Se prosiguió a realizar una técnica de relajación guiada con imaginación de una situación agradable relacionada con lo agradable que es relacionarse con las personas del entorno.• Se realizará un taller práctico donde la paciente podrá demostrar cómo se relaciona con las personas que están a su alrededor, a través de la participación de la paciente donde se realizó el ejercicio “escuchar atentamente”, posteriormente, se le otorgó el formato “asertividad” para contestar algunas preguntas referentes a cómo ella expresaba sus sentimientos y en cómo pedía las cosas• se le explica sobre importancia de las relaciones interpersonales y el apoyo social. Después se le asignó la tarea de designar “personas importantes en su vida y cómo la apoyan” del pasado y del presente.• Se indica a la paciente que exponga que es lo que ha aprendido con esta sesión y cómo lo puede aplicar en su vida diaria
Tiempo de duración:	45 minutos
Materiales:	La palabra

Sesión 4

Terapia	Cognitivo conductual
Objetivo de la sesión:	Que identifique sus actividades agradables y aumentar su realización de dichas actividades para evitar autoevaluaciones dañinas para sí misma.
Descripción de la sesión:	<ul style="list-style-type: none">• La paciente analizará y ejemplificará algunas situaciones respecto al tema “lo que hago afecta cómo me siento” donde evaluó una actividad que estuvo relacionada con su estado de ánimo.• Se le indica que elabore una agenda con aquellas actividades del agrado de la paciente.• Se le presentó al paciente una serie de pasos para resolver los problemas y vencer los obstáculos que le impedían realizar actividades saludables, en la cual manifestó ejemplos de cómo resolver algunos.• Se le indica al paciente que nos diga cómo se siente después de haber culminado las sesiones y cuáles son los cambios que ha realizado en su vida.
Tiempo de duración:	45 minutos
Materiales a utilizar:	La palabra Hojas bond

Sesión 5

Terapia	Cognitivo conductual
Objetivo de la sesión:	Reducir la activación fisiológica y hacer más accesible la consecución de los objetivos de índole cognitiva
Descripción de la sesión:	<ul style="list-style-type: none">• Se comienza practicando la respiración abdominal, enseñando a la paciente a respirar de un modo diafragmático.• Con la técnica de relajación muscular progresiva en la versión abreviada de cuatro grupos musculares siendo éstos: fase 1. relajación de brazos; fase 2. del área facial, nuca, hombros y espalda; fase 3. pecho, estómago y vientre; y fase 4. caderas, muslos y pantorrillas, seguida de una relajación completa de todo el cuerpo.• Mediante la relajación se le enseña a la paciente a centrar su atención en las sensaciones de tensión y distensión de los cuatro grupos musculares con el objetivo de alcanzar una desactivación fisiológica
Tiempo de duración:	15 minutos al inicio de cada sesión.
Materiales a utilizar:	La palabra

5. TIEMPO DE EJECUCIÓN

La terapia se realizará con sesiones que durarán 45 min. Aproximadamente cada una, por espacio de 4 meses las cuales se irán realizando según el avance que muestre la paciente.

6. AVANCES TERAPÉUTICOS

Su aspecto y aseo personal ha mejorado notablemente, su comunicación es mucho más segura y fluida; ya no hay un estado de ánimo de desgano.

26 de octubre del 2018

Magda Choqueanco Ollachica

ANEXOS DEL CASO 1

INVENTARIO MULTIFÁSICO DE PERSONALIDAD (MMPI) MINI MULT (Hoja de Respuesta)

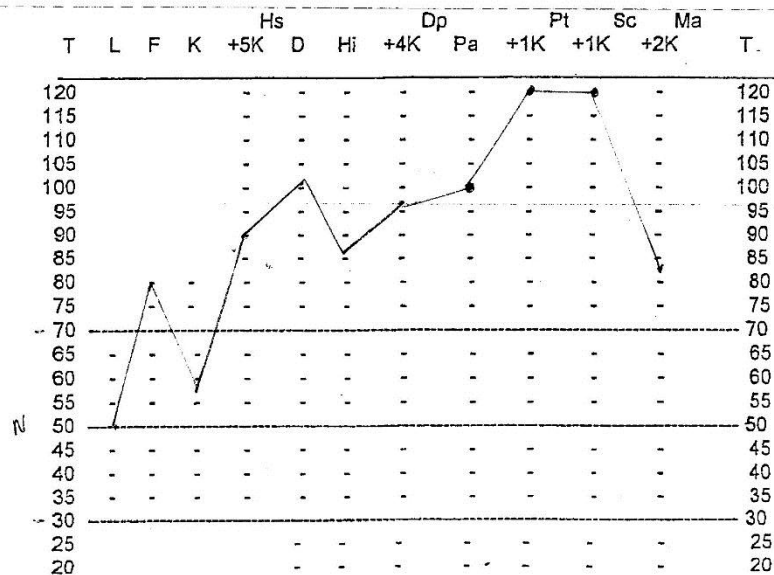
Nombres y apellidos: S.
Estado Civil: Conviviente
Ocupación: Ama de casa

Edad: 29
Grado de Instrucción: 4to primaria
Fecha de examen: 1 Junio

1. V <input checked="" type="checkbox"/>	13. <input checked="" type="checkbox"/> F	25. <input checked="" type="checkbox"/> F	37. <input checked="" type="checkbox"/> F	49. <input checked="" type="checkbox"/> F	61. V <input checked="" type="checkbox"/>
2. V <input checked="" type="checkbox"/>	14. V <input checked="" type="checkbox"/>	26. V <input checked="" type="checkbox"/>	38. <input checked="" type="checkbox"/> F	50. V <input checked="" type="checkbox"/>	62. V <input checked="" type="checkbox"/>
3. V <input checked="" type="checkbox"/>	15. <input checked="" type="checkbox"/> F	27. <input checked="" type="checkbox"/> F	39. <input checked="" type="checkbox"/> F	51. <input checked="" type="checkbox"/> F	63. <input checked="" type="checkbox"/> F
4. V <input checked="" type="checkbox"/>	16. V <input checked="" type="checkbox"/>	28. V <input checked="" type="checkbox"/>	40. <input checked="" type="checkbox"/> F	52. <input checked="" type="checkbox"/> F	64. V <input checked="" type="checkbox"/>
5. <input checked="" type="checkbox"/> F	17. <input checked="" type="checkbox"/> F	29. V <input checked="" type="checkbox"/>	41. <input checked="" type="checkbox"/> F	53. V <input checked="" type="checkbox"/>	65. <input checked="" type="checkbox"/> F
6. <input checked="" type="checkbox"/> F	18. <input checked="" type="checkbox"/> F	30. <input checked="" type="checkbox"/> F	42. V <input checked="" type="checkbox"/>	54. <input checked="" type="checkbox"/> F	66. <input checked="" type="checkbox"/> F
7. <input checked="" type="checkbox"/> F	19. <input checked="" type="checkbox"/> F	31. V <input checked="" type="checkbox"/>	43. V <input checked="" type="checkbox"/>	55. <input checked="" type="checkbox"/> F	67. <input checked="" type="checkbox"/> F
8. <input checked="" type="checkbox"/> F	20. <input checked="" type="checkbox"/> F	32. <input checked="" type="checkbox"/> F	44. <input checked="" type="checkbox"/> F	56. V <input checked="" type="checkbox"/>	68. <input checked="" type="checkbox"/> F
9. V <input checked="" type="checkbox"/>	21. <input checked="" type="checkbox"/> F	33. <input checked="" type="checkbox"/> F	45. V <input checked="" type="checkbox"/>	57. V <input checked="" type="checkbox"/>	69. <input checked="" type="checkbox"/> F
10. <input checked="" type="checkbox"/> F	22. <input checked="" type="checkbox"/> F	34. <input checked="" type="checkbox"/> F	46. <input checked="" type="checkbox"/> F	58. V <input checked="" type="checkbox"/>	70. V <input checked="" type="checkbox"/>
11. <input checked="" type="checkbox"/> F	23. <input checked="" type="checkbox"/> F	35. V <input checked="" type="checkbox"/>	47. <input checked="" type="checkbox"/> F	59. <input checked="" type="checkbox"/> F	71. V <input checked="" type="checkbox"/>
12. V <input checked="" type="checkbox"/>	24. <input checked="" type="checkbox"/> F	36. <input checked="" type="checkbox"/> F	48. V <input checked="" type="checkbox"/>	60. V <input checked="" type="checkbox"/>	

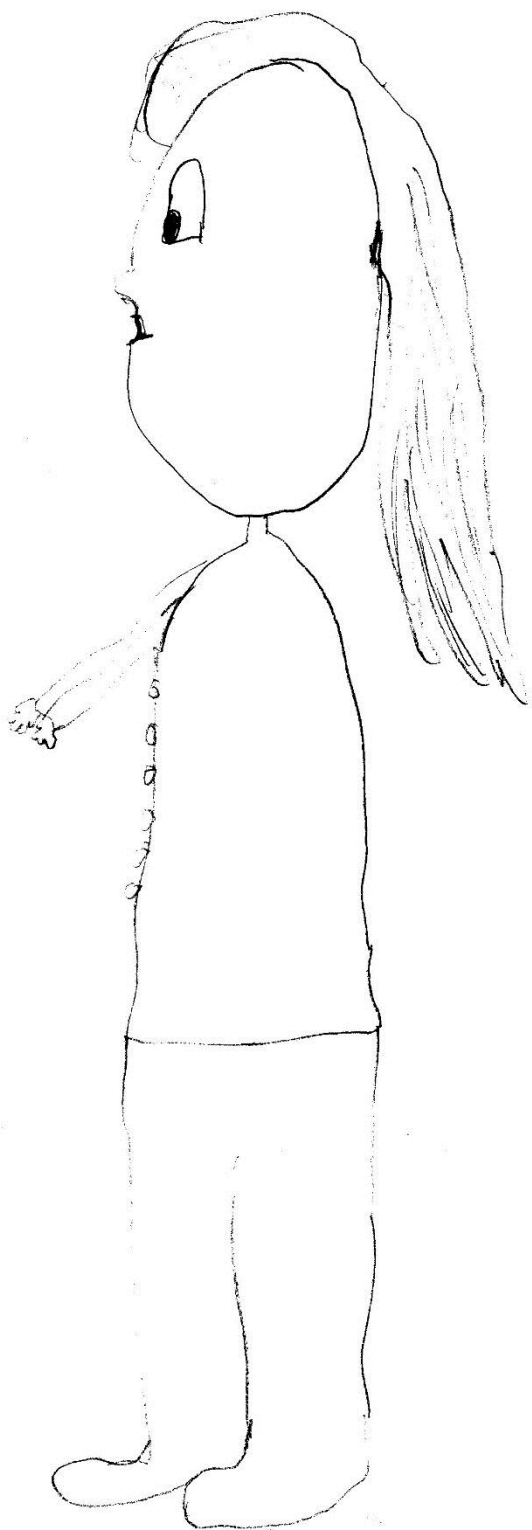
	L	F	K	Hs +5K	D	Hi	Dp +4K	Pa	Pt +1K	Sc +1K	Ma +2K
Puntaje Directo	1	6	7	8	13	16	11	11	15	15	4
Puntaje Equivalente	4	16	16	18	38	35	28	25	37	43	24
Añadir K				9			11		37	43	5
Puntaje Directo Corregido	4	16	16	27	38	35	39	25	74	86	29
Puntaje T	50	80	87	92	101	84	97	100	120	99	81

DIAGNÓSTICO:



INVENTARIO DE AUTOESTIMA DE COOPERSMITH
VERSIÓN PARA ADULTOS

1. Generalmente los problemas se afectan muy poco	SI	NO
2. Me cuesta mucho trabajo hablar en público	SI	NO
3. Si pudiera cambiaría muchas cosas de mí	SI	NO
4. Puedo tomar una decisión fácilmente	SI	NO
5. Soy una persona simpática	SI	NO
6. En mi casa me enoja fácilmente	SI	NO
7. Me cuesta trabajo acostumbrarme a algo nuevo	SI	NO
8. Soy popular entre las personas de mi edad	SI	NO
9. Mi familia generalmente toma en cuenta mis sentimientos	SI	NO
10. Me doy por vencida muy fácilmente	SI	NO
11. Mi familia espera demasiado de mí	SI	NO
12. Me cuesta mucho trabajo aceptarme como soy	SI	NO
13. Mi vida es muy complicada	SI	NO
14. Mis compañeros casi siempre aceptan mis ideas	SI	NO
15. Tengo mala opinión de mí mismo(a)	SI	NO
16. Muchas veces me gustaría irme de mi casa	SI	NO
17. Con frecuencia me siento a disgusto en mi trabajo	SI	NO
18. Soy menos guapo (o bonita) que la mayoría de la gente	SI	NO
19. Si tengo algo que decir, generalmente lo digo	SI	NO
20. Mi familia me comprende	SI	NO
21. Los demás son mejor aceptados que yo	SI	NO
22. Siento que mi familia me presiona	SI	NO
23. Con frecuencia me desanimo en lo que hago	SI	NO
24. Muchas veces me gustaría ser otra persona	SI	NO
25. Se puede confiar muy poco en mí	SI	NO



Caso 2

ANAMNESIS

1. DATOS DE FILIACIÓN

- Nombres y apellidos : S.A.A.
- Edad :18 años
- Fecha de nacimiento :25/01/2002
- Lugar de nacimiento :Arequipa
- Grado de instrucción :Secundaria completa
- Estado Civil :Soltero
- Procedencia :Arequipa
- Ocupación :Estudiante
- Religión :Católica
- Informantes :El propio paciente
- Lugar de evaluación :Consulta privada
- Fecha de evaluación :07/05/2018- 07/12/2018
- Examinador :Luis Raul Lupaca Vilcape

2. MOTIVO DE CONSULTA

El sujeto asiste a consulta agitado y exaltado, respiración profunda, tono de voz altisonante, habla atropellada y su mirada fija en el vacío. Refiere lo siguiente “todo me está yendo mal, nadie me entiende y siempre ha sido así y ahora no sé cómo sentirme mejor. Me esfuerzo por hacer las cosas bien y aun así me salen mal, ahora es peor”.

3. HISTORIA DE LA ENFERMEDAD O DEL PROBLEMA ACTUAL

El paciente actualmente empezó a tener problemas para relacionarse de manera satisfactoria con su última novia – constantemente tenía celos y ataques de rabia y ansiedad al no poder controlar estas emociones que devenían con los celos- y con sus compañeros de colegio, esto era motivo de constantes discusiones.

Las dificultades e impases para relacionarse con otros iniciaron años atrás. Esto se evidencio más durante el cambio del nivel primario a secundario en el curso académico escolar, permaneció en el mismo colegio entre primero y tercer año de secundaria – uno de los puntos de referencias constante que tomara el sujeto será volver una y otra vez nombrando el atributo económico como determinante para sentir satisfacción en el colegio que se encontró en ese periodo, esto será un punto de apoyo para no angustiarse por las deficientes relaciones sociales que mantiene en el centro educativo – con algunas complicaciones. Respecto de este punto habrá un punto de contraste, entre la satisfacción por estar en el recinto educativo y las deficientes relaciones sociales que mantiene con sus compañeros durante este periodo que hacen que finalmente se retire. Durante la estadía en este colegio el sujeto referirá “practiqué hand ball para hacer amigos e hice algunos, pero me comenzaron a tratar mal y decidí alejarme de ellos”. En este periodo tendrá sus primeras crisis de ánimo que lo llevaran

a aislarse continuamente del contacto con sus compañeros y paulatinamente retirarse de todas práctica deportiva en el colegio hasta finalmente aislarse y retirarse del colegio. Es entonces cuando el padre decide llevarlo a consulta psicológica y posteriormente terapia que adoptará por un tiempo.

En esta primera experiencia terapéutica recomiendan al padre del menor cambiarlo de colegio y el padre decide retirarlo y matricularlo en un nuevo colegio, si bien en esta nueva institución inicia de manera positiva su estancia, se relaciona de manera positiva con sus compañeros y entabla relaciones amorosas con algunas chicas por primera vez, esta aparente calma se disipa de manera paulatina seis meses después con sus primeras crisis y periodos de angustia. Empieza a deteriorar sus relaciones por sus constantes manifestaciones de ira acompañada de ansiedad y tristeza, y el padre decide llevarlo a consulta psiquiátrica donde empiezan a medicarlo, la medicación empezará con dosis bajas en fármacos para la ansiedad y depresión, pero esta aumentará progresivamente hasta llegar a cuadruplicarse de la dosis inicial.

Al finalizar el cuarto año de secundaria tiene algunos episodios de autolesione ligados a sus ataques de ira, suele golpearse la cabeza y manos en la pared y el menor decidirá no tomar el medicamento prescrito por el psiquiatra debido a que se siente adormecido y como un “zombi y cuando se me pasa el efecto me molesto mucho y me pongo triste “, el padre decide dejarlo de llevar a consulta psicológica por no notar cambios positivos y más aún por la negativa del menor a asistir a consulta.

Al iniciar el quinto año de educación secundaria el menor decide asistir a consulta con el psicólogo del plantel educativo y es derivado con nosotros.

4. ANTECEDENTES PERSONALES

- **Etapla pre-natal**

Su concepción no fue planificada, su madre durante el embarazo tuvo los controles adecuados, medios económicos, tuvo problemas afectivos pues su pareja no era la que ella deseaba para formar una familia; sin embargo, no presentó ninguna complicación que pusiera en riesgo su embarazo.

7. Etapa natal

El parto fue de forma natural en el establecimiento de salud privado, sin ningún tipo de problemas; no requirió de ayuda farmacológica, ni de incubadora y lloró al instante que nació y no mostró anomalías congénitas

8. Etapa Post-Natal

El desarrollo de los primeros años de la vida del paciente fue normal, caminó, habló, controló esfínteres a la edad adecuada sin ningún tipo de complicación. La relación madre e hijo estuvo mermada por la apatía materna, pues ésta lo dejaba al cuidado de alguna nana o tía.

9. Escolaridad

Su etapa escolar la inició a la edad de seis años en el nivel primario, siendo un alumno promedio, presentó una correcta adaptación dentro de los límites de la normalidad, fue un niño introvertido, posteriormente demostró interés por participar en actividades lúdicas y artísticas del colegio, tuvo buenas relaciones interpersonales con sus compañeros y maestros entre los 8 y 12 años. A la edad de 12 años ingresa al nivel secundario, costándole adaptarse al cambio, con el tiempo se integró a un

grupo de amigos, haciéndose más sociable en un inicio, culminó sus estudios secundarios satisfactoriamente. Cabe resaltar que entre el 2do y 5to años de secundaria sus problemas afectaran progresivamente su contacto interpersonal y las relaciones afectivas que mantiene con la familia, amigos y parejas. Esto solo mejorará al finalizar el 5to año de secundaria.

10. Desarrollo y función sexual

Su primera relación sexual fue a los 16 años, en cuanto a su sexualidad, se reconoce como hombre y le atrae el sexo opuesto.

A la edad de 16 años conoció a la primera pareja con la cual tendría problemas de celos incontrolables, con quien inicio una relación amorosa, siendo su primera pareja sexual; ha tenido otras parejas hasta la actualidad, pero las cuales menciona muy brevemente y les resta importancia.

- **Antecedentes mórbidos**

Enfermedades y accidentes: La paciente no ha sufrido enfermedades físicas fue diagnosticado por el psiquiatra como “borderline” y se le dio una prescripción farmacológica.

Personalidad pre mórbida: La introversión del paciente e inseguridades físicas (apariencia y destreza intelectual) no permiten que pueda relacionarse eficazmente con las personas que están a su alrededor. Poseía una marcada intención de aprobación femenina, específicamente del lado maternal; siendo ella una persona muy dura con el menor, no pudiendo tomar sus propias decisiones, desanimándose

rápidamente ante los problemas, subestimando sus cualidades, y frustrándose constantemente.

5. ANTECEDENTES FAMILIARES

- **Composición familiar.**

Actualmente su familia está compuesta por cinco miembros, su padre de 55 años, la madre de 50 años, hermana mayor de 23 años y una tía paterna que vino a vivir unos meses a su hogar.

- **Dinámica familiar**

El menor no manifiesta comunicación con sus padres, se ve deteriorada específicamente la relación con su madre y algo distante la relación con su padre. No obstante, con su hermana lleva una comunicación constante y manifiesta que ella es la única que le da ánimo y ayuda a sobrellevar sus problemas

- **Condición socioeconómica**

La casa donde viven es propia, con 5 dormitorios y una extensión grande. Ambos padres trabajan y cuentan con estudios superiores y no tienen problemas económicos. Su hermana actualmente cursa estudios universitarios en una universidad particular.

6. RESUMEN

El evaluado es natural de Arequipa, su concepción no fue planeada y no fue deseado por la madre, pero sí por el padre; esto motivo que su madre no manifestara mucho afecto por el sujeto. Eventualmente recibía menosprecio por parte de la madre

y algunos familiares de la misma, en algunas ocasiones refiere que este menosprecio fue evidente en lo físico por parte de la madre considerándolo “feo” y manifestando su incomodidad por haber contraído nupcias con el padre del menor (este hecho será crucial en la generación de su sintomatología y la identificación al padre como un sujeto despojado del amor del otro).

Su etapa escolar la inició a la edad de seis años en el nivel primario; siendo un alumno promedio, fue un niño introvertido, no hacía amigos con facilidad. A la edad de 12 años ingresa al nivel secundario, costándole adaptarse al cambio, con el tiempo se integró a un grupo de amigos, haciéndose más sociable por un periodo y luego empezó a tener problemas de socialización y a aislarse de sus compañeros y amigos.

Permanece de los 12 a 14 años en un colegio del cual se aparta debido a problemas de socialización y aislamiento, es en este periodo que empiezan sus ataques de ira, ansiedad y depresión (debido a esto recibe medicación para la ansiedad y depresión). Se traslada a un nuevo colegio y empieza terapia psicológica y asistencia a consulta psiquiátrica debido a sugerencia de la psicóloga. A los 15 años empieza un tratamiento farmacológico que tendrá efectos alérgicos en el menor y provocará que en varias acciones deje de suministrarse la dosis prescrita promoviendo periodos de crisis en los cuales tendrá discusiones con su padre, destruir objetos de casa y provocar discusiones con sus compañeros de colegio. Al finalizar los 15 años decide dejar la terapia por no obtener resultados positivos. No obstante, continúa asistiendo a consulta psiquiátrica y su dosis farmacológica aumenta hasta en cuatro veces más.

A la edad de 16 años conoce a su primera enamorada y establece una relación con ella generando en principio mucha satisfacción y motivo de felicidad para el sujeto,

posteriormente devendrán los celos y desconfianzas que instigarán al paciente a tener permanentes discusiones con su pareja, familiares y amigos. Este periodo tendrá una duración de 4 meses teniendo como consecuencias el deterioro de relación con su enamorada, entorno y acompañado del escaso apoyo de la madre permitirá que el menor decida ir a psicoterapia nuevamente.

Luis Raul Lupaca Vilcape

EXAMEN PSICOLÓGICO O MENTAL

1. DATOS DE FILIACION

- | | |
|-------------------------|----------------------------|
| a) Nombres y apellidos | : S.A.A. |
| b) Edad | :18 años |
| c) Fecha de nacimiento | :25/07/2002 |
| d) Lugar de nacimiento | :Arequipa |
| e) Grado de instrucción | :Secundaria completa |
| f) Estado Civil | :Soltero |
| g) Procedencia | :Arequipa |
| h) Ocupación | :Estudiante |
| i) Religión | :Católica |
| j) Informantes | :El paciente |
| k) Lugar de evaluación | : Consulta privada |
| l) Fecha de evaluación | :07/05/2018 – 07/12/2018 |
| m) Examinador | : Luis Raul Lupaca Vilcape |

2. PORTE COMPORTAMIENTO O ACTITUD

El paciente aparenta su edad cronológica, es de tez trigueña, cabello castaño, de contextura gruesa, estatura mediana, apariencia físicamente sana, denotaba limpieza y aseo personal. Se encuentra lúcido con un nivel de atención y orientación adecuadas.

En las primeras sesiones el paciente mostró excesiva efusividad al hablar, letargo ocasional y poseía una expresión facial que denotaba ansiedad, sonreía constantemente y se movía de su sitio. Sin embargo, en el transcurso de las sesiones fue cambiando de actitud y cooperó satisfactoriamente. Durante las entrevistas hechas el paciente narro los pasajes relacionados a su niñez y relación maternal que provocaron confesiones dolorosas en las cuales el paciente lloro por momentos (las confesiones de lo traumático en la relación madre-hijo serán el pivote para el inicio del tratamiento y tendrán efectos positivos a posteriori).

El paciente dejó de asistir por un lapso de dos meses y volvió a consulta más afligido, momento en el cual se inició un periodo de cambio que funcionó de manera positiva, es en este momento donde comienzan las rectificaciones terapéuticas y el paciente empieza a organizar su vida y se dan cambios positivos. Motivando que tenga mejoras sutiles. El paciente asistirá por un lapso de 5 sesiones más y se le derivará con un psicoanalista para que continúe el tratamiento.

3. ATENCIÓN, CONCIENCIA Y ORIENTACIÓN

Atención: Presenta un nivel de atención adecuado; pues no se distrae con facilidad en las preguntas y evaluaciones realizadas.

Conciencia: El evaluado se encuentra en un estado lúcido, es decir es una persona capaz de mantener una conversación y responder acertadamente a las interrogantes que se le formulan.

Orientación: Se da cuenta del tiempo y espacio en el que está, pues discrimina con claridad el día, mes, año y lugar en el que se encuentra. Se reconoce a si mismo e identifica personas de su entorno.

4. LENGUAJE

El evaluado hace uso de un lenguaje coherente, coloquial y espontáneo, su tono de voz es adecuado. Lenguaje expresivo y comprensivo adecuado.

5. PENSAMIENTO

Presenta un buen número de ideas relacionándolas correctamente; además responde adecuadamente a las preguntas planteadas y su capacidad de pensamiento dirigido a un objetivo es buena. Asocia correctamente los términos utilizados y su pensamiento es lógico; aunque presenta algunas ideas equivocadas sobre su persona producto de su síntoma.

6. PERCEPCIÓN

El paciente no presenta alteraciones en la percepción, sin alucinaciones ni ilusiones. Tiene una correcta apreciación de su medio y de quienes le rodean.

7. MEMORIA

Memoria remota conservada, pues recuerda coherentemente hechos cronológicos de su historia personal; sin embargo, evidencia una leve dificultad para recordar hechos inmediatos como por ejemplo repetir dígitos, palabras, esto Producto de su sintomatología y la prescripción farmacológica.

8. FUNCIÓN INTELECTUAL

Su funcionamiento intelectual es adecuado; no presenta dificultades para el aprendizaje, comprende, razona y soluciona problemas correctamente, con excepción de problemas cotidianos en los cuales le dificulta el pensar excesivamente y actuar o actuar con violencia.

9. ESTADO DE ÁNIMO Y AFECTOS

Presenta sentimientos de tristeza, aflicción, pérdida de interés del disfrute como una excesiva fatigabilidad, a la vez un desanimo para realizar actividades cotidianas de su hogar. Suele pasar periodos de ansiedad en los cuales rompe en ira y destruye objetos. Su afectividad se vio desorganizada durante un tiempo, no pudiendo responder de manera adecuada al afecto manifestado por otros.

10. COMPRENSIÓN Y GRADO DE INCAPACIDAD DEL PROBLEMA O ENFERMEDAD

El paciente es consciente que tiene un problema y puede predecir futuras situaciones sino recibe apoyo, es por eso que vino consulta y está dispuesto a seguir las pautas necesarias para poder superarlo, actualmente realiza sus actividades cotidianas de manera organizada.

11. RESUMEN

El paciente aparenta su edad cronológica, es de tez trigueña, cabello castaño corto, de contextura gruesa, estatura mediana, denotaba limpieza y aseo personal.

Presenta un nivel de atención adecuado. Se encuentra en un estado lúcido, es decir es una persona capaz de mantener una conversación y responder acertadamente a las interrogantes que se le formulan. Se da cuenta del tiempo y espacio en el que está, pues discrimina con claridad el día, mes, año y lugar en el que se encuentra. Se reconoce a si mismo e identifica personas de su entorno.

El evaluado hace uso de un lenguaje coherente, coloquial y espontáneo. Memoria remota conservada, pues recuerda coherentemente hechos cronológicos de su historia personal. Responde adecuadamente a las preguntas planteadas y su capacidad de pensamiento dirigido a un objetivo es buena. Asocia correctamente los términos utilizados y su pensamiento es lógico.

Presenta sentimientos de tristeza, aflicción, pérdida de interés del disfrute como una excesiva fatigabilidad, a la vez un desanimo para realizar actividades cotidianas de su hogar y desanimo que se extiende a sus actividades cotidianas. No presenta

dificultades para el aprendizaje, comprende, razona y soluciona problemas correctamente, con excepción de problemas cotidianos en los cuales le dificulta el pensar excesivamente y actuar o actuar con violencia.

Luis Raul Lupaca Vilcape

INFORME PSICOLÓGICO

1. DATOS DE FILIACION

- Nombres y apellidos : S.A.A.
- Edad : 18 años
- Fecha de nacimiento : 25/07/2002
- Lugar de nacimiento : Arequipa
- Grado de instrucción : Secundaria completa
- Estado Civil : Soltero
- Procedencia : Arequipa
- Ocupación : Estudiante
- Religión : Católica
- Informantes : El paciente
- Lugar de evaluación : Consulta privada
- Fecha de evaluación : 07/05/2018 – 07/12/2018
- Examinador : Luis Raul Lupaca Vilcape

2. MOTIVO DE CONSULTA

El sujeto asiste a consulta agitado y exaltado, respiración profunda, tono de voz altisonante, habla atropellada y su mirada fija en el vacío. Refiere lo siguiente “todo me está yendo mal, nadie me entiende y siempre ha sido así y ahora no sé cómo sentirme mejor. Me esfuerzo por hacer las cosas bien y aun así me salen mal, ahora es peor”.

3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS

Los instrumentos utilizados fueron:

- Observación
- Entrevista

4. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

El evaluado es natural de Arequipa, su concepción no fue planeada y no fue deseado por la madre, pero sí por el padre; esto motivo que su madre no manifestara mucho afecto por el sujeto. Eventualmente recibía menosprecio por parte de la madre y algunos familiares de la misma, en algunas ocasiones refiere que este menosprecio fue evidente en lo físico por parte de la madre considerándolo “feo” y manifestando su incomodidad por haber contraído nupcias con el padre del menor (este hecho será crucial en la generación de su sintomatología y la identificación al padre como un sujeto despojado del amor del otro).

Su etapa escolar la inició a la edad de seis años en el nivel primario; siendo un alumno promedio, fue un niño introvertido, no hacía amigos con facilidad. A la edad de 12 años ingresa al nivel secundario, costándole adaptarse al cambio, con el tiempo

se integró a un grupo de amigos, haciéndose más sociable por un periodo y luego empezó a tener problemas de socialización y a aislarse de sus compañeros y amigos.

Permanece de los 12 a 14 años en un colegio del cual se aparta debido a problemas de socialización y aislamiento, es en este periodo que empiezan sus ataques de ira, ansiedad y depresión (debido a esto recibe medicación para la ansiedad y depresión). Se traslada a un nuevo colegio y empieza terapia psicológica y asistencia a consulta psiquiátrica debido a sugerencia de la psicóloga. A los 15 años empieza un tratamiento farmacológico que tendrá efectos alérgicos en el menor y provocará que en varias acciones deje de suministrarse la dosis prescrita promoviendo periodos de crisis en los cuales tendrá discusiones con su padre, destruir objetos de casa y provocar discusiones con sus compañeros de colegio. Al finalizar los 15 años decide dejar la terapia por no obtener resultados positivos. No obstante, continúa asistiendo a consulta psiquiátrica y su dosis farmacológica aumenta hasta en cuatro veces más.

A la edad de 16 años conoce a su primera enamorada y establece una relación con ella generando en principio mucha satisfacción y motivo de felicidad para el sujeto, posteriormente vendrán los celos y desconfianzas que instigarán al paciente a tener permanentes discusiones con su pareja, familiares y amigos. Este periodo tendrá una duración de 4 meses teniendo como consecuencias el deterioro de relación con su enamorada, entorno y acompañado del escaso apoyo de la madre permitirá que el menor decida ir a psicoterapia nuevamente.

A los 16 años tiene su primera enamorada con la cual inicia su vida afectivo-sexual y también se suscitan sus primeras dudas en lo referente a lo sexual y las relaciones afectivas. Asiste a consulta nuevamente por dificultades sexuales y es en este

periodo de nueva terapia que se develan las causas patógenas que inciden en su malestar.

5. OBSERVACIONES CONDUCTUALES

El paciente aparenta su edad cronológica, es de tez trigueña, cabello castaño, de contextura gruesa, estatura mediana, apariencia físicamente sana, denotaba limpieza y aseo personal.

Denota signos de tristeza e intranquilidad, su tono de voz es bajo, habla entrecortada, se mece en su sitio, solloza, mirada perdida, letargo eventual y somnolencia.

6. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

El paciente posee una capacidad intelectual igual al promedio, concentración, percepción y funcionamiento intelectual conservado, además presenta un lenguaje expresivo y comprensivo adecuado.

El paciente muestra rasgos de introversión que lo ha presentado desde pequeño, concepto negativo de sí mismo, no pudiendo reconocer sus virtudes, ante la discrepancia con otros se muestra agresivo, es una persona muy susceptible a la opinión de los demás; llegando a influenciarla en su conducta (esto o por oposición o aceptación del grupo).

Es una persona insegura que constantemente busca identificarse a un grupo con características resaltantes, necesita de la aprobación de los demás y cuando esta no se suscita deviene en conflicto, primero con los otros y luego consigo mismo, aquí exhibe una constante destrucción de las identificaciones que proceden del “yo”. Esto le genera

angustia como resultado de no poder generar respuestas ante la crítica y el desapego afectivo.

En la dinámica familiar posee dificultades en lo afectivo materno, esto provoca constantes problemas intrafamiliares y genera conflictos a nivel personal. La relación con el padre es afable y también con la hermana. Durante el tratamiento llevado a cabo fueron estos últimos quienes acompañaron el proceso y brindaron el soporte emocional.

7. DIAGNÓSTICO PSICOLÓGICO

El paciente muestra dificultades para poder manifestar sus emociones de manera adecuada, no interpreta bien las de los demás. Es introvertido, no suele entablar relaciones sociales o de amistad con facilidad, le cuesta poder asumir las críticas de los demás y tiene poca tolerancia a los conflictos. Suele tener episodios ansioso-depresivos y una constante actitud de miedo al rechazo afectivo de los otros. Tiene dificultades en su historia infantil con la madre lo que le ocasiona profundo pesar y deterioro de su autoimagen. En periodos de crisis suele dirigir su ira hacia objetos y hacia sí mismo. Manifiesta síntomas somáticos como: dolor de cabeza, exceso de ritmo cardiaco, presión en el pecho y mareos.

Presentando los siguientes criterios, podemos arribar a un diagnóstico de F41.2 Trastorno mixto de ansiedad y depresión.

8. PRONÓSTICO

Reservado, el paciente es consciente de su problema, tiene un apoyo parcial de parte de la familia (padre y hermana). Actualmente viene organizando su actividad de manera ordenada. Su nivel de satisfacción en relación a sus acciones ha mejorado

levemente y su grado de empatía viene creciendo de manera sutil pero ascendente. Pese a que la dosis de su medicación bajó notablemente, sigue con el tratamiento farmacológico lo que quiere decir que la necesidad de mitigar síntomas de manera voluntaria y consciente es patente y hay signos de mejora. En tabla relaciones sociales con más facilidad y sus relaciones afectivas se han hecho más estrechas y le brindan más satisfacción.

9. RECOMENDACIONES

- Continuar con el tratamiento farmacológico.
- Psicoanálisis.
- Psicoterapia individual.

Arequipa, 07 de febrero del 2019

Luis Raul Lupaca Vilcape

PLAN PSICOTERAPEÚTICO

1. DATOS DE FILIACION

- Nombres y apellidos : S.A.A.
- Edad : 18 años
- Fecha de nacimiento : 25/07/2002
- Lugar de nacimiento : Arequipa
- Grado de instrucción : Secundaria completa
- Estado Civil : Soltero
- Procedencia : Arequipa
- Ocupación : Estudiante
- Religión : Católica
- Informantes : El paciente
- Lugar de evaluación : Consulta privada
- Fecha de evaluación : 07/05/2018 – 07/12/2018
- Examinador : Luis Raul Lupaca Vilcape

2. DIAGNÓSTICO

El paciente muestra dificultades para poder manifestar sus emociones de manera adecuada, no interpreta bien las de los demás. Es introvertido, no suele entablar relaciones sociales o de amistad con facilidad, le cuesta poder asumir las críticas de los demás y tiene poca tolerancia a los conflictos. Suele tener episodios ansioso-depresivos y una constante actitud de miedo al rechazo afectivo de los otros. Tiene dificultades en su historia infantil con la madre lo que le ocasiona profundo pesar y deterioro de su autoimagen. En periodos de crisis suele dirigir su ira hacia objetos y hacia sí mismo. Manifiesta síntomas somáticos como: dolor de cabeza, exceso de ritmo cardiaco, presión en el pecho y mareos.

Presentando los siguientes criterios, podemos arribar a un diagnóstico de F41.2 Trastorno mixto de ansiedad y depresión.

3. OBJETIVO GENERAL

Brindar al paciente herramientas útiles a fin de que pueda mejorar su malestar y organizar su comportamiento para una mejora emocional y satisfacción.

4. DESARROLLO DE LAS TÉCNICAS PSICOTERAPEUTICAS

Sesión 1

Terapia:	Psicoanálisis
Objetivo de la sesión:	Asociación libre
Descripción de la sesión:	<ul style="list-style-type: none">• Se le da la bienvenida a la paciente al inicio de su terapéutica y se le comenta las implicancias de la misma a fin de elaborar una bitácora de seguimiento.• Se realizará una escucha constante de sus “quejas” y organizará el propio paciente un sentido de lo que dirige su malestar (asociación libre), el paciente narrará libremente los suscitado no solo actualmente si no también eventos que puedan afectarle de su niñez (anacrónicos)• Se cerrará la sesión en el momento que el paciente de un sentido a la causa de su malestar (escansión y cierre).
Tiempo de duración:	Variable
Materiales:	La palabra y escucha.

Sesión 2

Terapia:	Psicoanálisis
Objetivo de la sesión:	Asociación libre
Descripción de la sesión:	<ul style="list-style-type: none"> • Se le da la bienvenida a la paciente al inicio de su terapéutica y se le comenta las implicancias de la misma a fin de elaborar una bitácora de seguimiento. • Se realizará una escucha constante de sus “quejas” y organizará el propio paciente un sentido de lo que dirige su malestar (asociación libre), el paciente narrará libremente los suscitado no solo actualmente si no también eventos que puedan afectarle de su niñez (anacrónicos) • Se cerrará la sesión en el momento que el paciente de un sentido a la causa de su malestar (escansión y cierre).
Tiempo de duración:	Variable
Materiales:	La palabra y escucha.

Sesión 3

Terapia:	Psicoanálisis
Objetivo de la sesión:	Asociación libre
Descripción de la sesión:	<ul style="list-style-type: none"> • Se le da la bienvenida a la paciente al inicio de su terapéutica y se le comenta las implicancias de la misma a fin de elaborar una bitácora de seguimiento. • Se realizará una escucha constante de sus “quejas” y organizará el propio paciente un sentido de lo que dirige su malestar (asociación libre), el paciente narrará libremente los suscitado no solo actualmente si no también eventos que puedan afectarle de su niñez (anacrónicos) • Se cerrará la sesión en el momento que el paciente de un sentido a la causa de su malestar (escansión y cierre).
Tiempo de duración:	Variable
Materiales:	La palabra y escucha.

Sesión 4

Terapia:	Psicoanálisis
Objetivo de la sesión:	Asociación libre
Descripción de la sesión:	<ul style="list-style-type: none"> • Se le da la bienvenida a la paciente al inicio de su terapéutica y se le comenta las implicancias de la misma a fin de elaborar una bitácora de seguimiento. • Se realizará una escucha constante de sus “quejas” y organizará el propio paciente un sentido de lo que dirige su malestar (asociación libre), el paciente narrará libremente los suscitado no solo actualmente si no también eventos que puedan afectarle de su niñez (anacrónicos) • Se cerrará la sesión en el momento que el paciente de un sentido a la causa de su malestar (escansión y cierre).
Tiempo de duración:	Variable
Materiales:	La palabra y escucha.

5. TIEMPO DE EJECUCIÓN

El tratamiento se realizará con sesiones de duración variable unas duraran más que otras, el tiempo de plazo del tratamiento global es indeterminado, puesto es el paciente quien decidirá en qué momento dejará de asistir.

07 de febrero del 2019

Luis Raul Lupaca Vilcape