

RESUMEN

Este proyecto refleja la necesidad del entrenamiento en habilidades sociales teniendo como destinatarios a un colectivo de personas mayores, con el que se realizará una propuesta práctica del proceso psicopedagógico tras una fase previa de evaluación y diagnóstico de las necesidades del colectivo; durante la fase del programa de intervención propiamente dicho, se llevarán a cabo sesiones que ayudarán a mejorar la autoestima, el control de la ira, la comunicación para establecer unas óptimas relaciones interpersonales y se les iniciará en el uso de la asertividad; todo ello para dar respuesta a sus necesidades socio-emocionales dentro del ámbito residencial en el que se encuentran. El proceso concluirá con la evaluación y valoración de todo el proceso llevado a cabo.

Palabras Clave: Habilidades Sociales, personas mayores, intervención psicopedagógica, comunicación, asertividad, autoestima.

ABSTRACT

This project reflects the need for social skills training having as target the group of elderly, which will be a practical proposal process including phase psycho educational assessment and diagnosis of the needs of the group, the intervention phase of the properly said, which will be held sessions to help improve self-esteem, anger management, communication to establish relationships and optimum start them in the use of assertiveness, all to meet their socio-emotional needs within the residential area in which they are found. The process will conclude with the appropriate evaluation and assessment of the process realized.

Keywords: social skills, seniors, psycho-pedagogical intervention, communication, assertiveness, self-esteem.

ÍNDICE

1. PARTE 1: FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	Páginas
1.1 Introducción	6 - 7
1.2 Objetivos generales y específicos	8 - 9
1.3 Justificación	9 - 11
1.4 Fundamentación teórica y antecedentes	11 - 45
1.4.1 Habilidades Sociales	
• Concepto de HH .SS	
• Modelos de HH SS	
• Componentes de las HH.SS. Clasificaciones y Características.	
• Los Programas de Entrenamiento en HH.SS (PEHS)	
• Las HH SS en el colectivo de personas mayores	
1.4.2 Personas Mayores	
• Envejecimiento de la población	
• El Envejecimiento. Cambios y pérdidas durante la vejez.	
• Denominación. Estereotipos y marginación de los mayores.	
• Las residencias y los efectos de la institucionalización.	
• Las relaciones de los mayores; relaciones familiares y sociales. Sociedad y aislamiento.	
 2. PARTE 2: DISEÑO DE LA INTERVENCIÓN	
2.1 Diseño del plan de intervención	46- 48
2.1.1 Contexto de la intervención. La Residencia “Virgen de Loreto”.	
2.1.2 Destinatarios del Programa de Intervención	

2.2 Fases de la propuesta de Intervención	48- 63
2.2.1 Fase I: Fase de Evaluación y Diagnóstico	
○ Cuestionario Diagnóstico de HH SS	
○ Cuestionario Diagnóstico de Agresividad, Ira e irritabilidad.	
2.2.2 Fase II: Fase de Intervención con los destinatarios.	
○ ¿Qué trabajamos? Módulos de intervención.	
- Módulo I: Comunicación	
- Módulo II: Autoestima	
- Módulo III: Control de la Ira	
- Módulo IV: Asertividad	
○ ¿Qué pretendemos con la intervención?: Objetivos de cada módulo	
○ ¿Cómo intervenimos?;Metodología del programa	
2.2.3 Fase III: Evaluación del proceso psicopedagógico.	
○ Fases de la Autoevaluación	
○ Cuestionario para participantes	
○ Cuestionario para familiares y trabajadores/as del centro.	
3. CONTEXTO DEL TRABAJO	64- 65
4. CONCLUSIONES E IMPLICACIONES	66- 68
5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	68-73
6. ANEXOS	74 - 121

1. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA: HABILIDADES SOCIALES CON PERSONAS MAYORES.

Las Habilidades sociales suponen la base para relacionarnos con los demás y satisfacer nuestras necesidades sociales. En las personas mayores esta necesidad de interacción se hace aun más patente debido a la disminución progresiva de sus relaciones sociales durante la vejez. Por este motivo, proponemos una serie de objetivos generales y específicos para desarrollar mi intervención con este colectivo y mejorar su calidad de vida a nivel socio- afectiva y de esta manera, desarrollar los conocimientos y competencias que como psicopedagoga he adquirido a lo largo del curso.

1.1 INTRODUCCIÓN

Las habilidades sociales son conductas gracias a las cuales expresamos nuestros deseos, sentimientos, opiniones y actitudes de forma adecuada respetando las de los demás; por ello nuestra comunicación e interacción social dependen de las conductas que hayamos aprendido a lo largo de la vida.

Debido a que suponen un pilar fundamental para el desarrollo personal e interpersonal de cualquier sujeto, voy a aplicarlos en el colectivo de personas mayores a los que tantas veces les cuesta expresar sus sentimientos y deseos por miedo a lo que los demás piensen, por no molestar, porque carecen de autoestima ya que en muchos casos se sienten indefensos e inútiles debido a los múltiples cambios y pérdidas por los que atraviesan cuando comienza la etapa de la vejez, marcada por la jubilación.

A través de este proyecto pretendo realizar una evaluación sobre las habilidades sociales que poseen las personas mayores que viven en un centro residencial; intervenir con programas de entrenamiento en dichas habilidades; y desarrollar especialmente estrategias basadas en el aprendizaje de la asertividad, con objeto de dotar al colectivo de destrezas específicas para mejorar sus relaciones sociales diarias y que puedan capacitarlos en su autonomía personal.

Este programa de intervención se llevará a cabo mediante diversos módulos de trabajo que serán desarrolladas a través de varias sesiones de forma grupal, en las que se trabajará la autoestima y el autoconcepto (Véase sesiones I II, IV y V de Anexo I); se les proporcionará pautas para comunicarse adecuadamente (Véase cuadro nº1 de Anexo I), se les enseñará el uso de la asertividad en su vida diaria y se les mostrará los distintos estilos comunicacionales existentes (Véase cuadro nº6, Anexo I), así como la repercusión de la aplicación de cada uno de ellos; se les enseñará a comunicar sus deseos y opiniones haciendo valer sus derechos y respetando los del prójimo, mediante pautas y recursos asertivos trabajados desde sus distintos componentes; cognitivo, conductual y fisiológico; se les entrenará en el auto-reconocimiento de los sentimientos de ira e irritabilidad y se les enseñará a canalizar la agresividad que puedan presentar a través de autoinstrucciones positivas para canalizar la ira (Véase cuadro nº4 del Anexo I).

Con respecto a la autoestima y el autoconcepto, mi programa incluirá ejercicios para potenciar, reforzar y mejorar la autoestima y la imagen de las personas haciéndoles ver lo importantes que son por fuera (Véase cuadro nº3 del Anexo I) y por dentro (Véase sesión IV y V de Anexo I) y que esa satisfacción personal pueda revertir en las relaciones interpersonales con los compañeros, familiares y trabajadores del centro y de esta manera, completar un ciclo que revierta en la mejora de sus relaciones sociales. Las habilidades sociales además de proporcionar a las personas las experiencias necesarias para lograr una buena comunicación y mejorar sus relaciones sociales, aportan tácticas para la resolución de conflictos, que también contendrá el programa.

El proceso psicopedagógico por el cual nos regimos, consta de tres fases fundamentales; en la primera fase detectaremos las necesidades del colectivo en materia de habilidades sociales gracias a diversas técnicas como entrevistas, cuestionarios, role-playing... que nos permitirán recabar la información relevante necesaria para continuar con el proceso.

Posteriormente, en la segunda fase, propondremos el programa con el que intervenir de acuerdo a esas necesidades detectadas y esa propuesta, la llevaremos a cabo durante un periodo de tiempo determinado. Finalmente valoraremos la consecución de los objetivos propuestos con dicha intervención, así como la evaluación de la intervención en sí misma.

1.2 OBJETIVOS

Mi proyecto dirigido a personas mayores con las que trabajaré las habilidades sociales desde el aspecto fisiológico, cognitivo y conductual se asentarán en la consecución de los distintos objetivos:

A. Objetivos Generales

- ✚ Dar respuesta a las necesidades del colectivo a través de destrezas sociales que capaciten al sujeto en tareas de índole interpersonal y personal.
- ✚ Mejorar la autonomía e iniciativa del sujeto a nivel socio- emocional a fin de que puedan desenvolverse por sí mismos con mayor independencia.
- ✚ Propiciar el desarrollo integral de las personas a través de programas, estrategias y técnicas en habilidades sociales

B. Objetivos Específicos

- ✚ Planificar, desarrollar y evaluar un programa de intervención específico para el entrenamiento de las habilidades sociales de acuerdo a las necesidades detectadas.
- ✚ Capacitar al individuo en el control y manejo de sentimientos para mejorar su competencia personal y social.
- ✚ Enseñar y propiciar el uso de la asertividad a los participantes para que puedan recurrir a ellos ante cualquier situación de la vida diaria.
- ✚ Fomentar y optimizar la autoestima y el autoconcepto del colectivo mediante diversas actividades incluidas en la programación propuesta.
- ✚ Dotar a los participantes de los conocimientos y estrategias necesarias que favorezcan la comunicación y relación interpersonal.

- ✚ Realizar una acción correctiva y terapéutica sobre los niveles psicológicos y/o comportamentales de los sujetos a través del programa de Habilidades Sociales.
- ✚ Valorar la eficacia del programa de entrenamiento de habilidades sociales propuesto.

1.3 JUSTIFICACIÓN

La vejez es una etapa vital complicada no exenta de cambios, en la que ha de prestarse especial atención no sólo a las necesidades físicas y emocionales de la persona; si no también a los cambios de rutinas que se tienen tras la jubilación, los nuevos proyectos y rumbos de futuro, el cuidado de la salud y las relaciones sociales e íntimas.

Por ello, he decidido realizar el trabajo de fin de máster sobre personas mayores porque aunque todos tenemos contacto con ellos habitualmente, quisiera obtener un conocimiento más amplio y profundizar en este colectivo para poder entender su situación personal y social, prestarles una atención específica y proporcionarles las estrategias y recursos necesarios que puedan favorecer su autonomía a nivel social y emocional.

El tema escogido son habilidades sociales, ya que me parece fundamental que cualquier persona sepa manejar este tipo de destrezas para comunicarse e interrelacionarse con los demás y en personas mayores, se hace más prioritario para lograr una correcta integración social, evitar posibles problemas psicológicos y comportamentales de la persona y en última instancia, paliar los prejuicios y estereotipos sociales existentes respecto a este colectivo evitar una posible marginación social.

Concretamente, voy a plantear con este colectivo un programa terapéutico para el desarrollo de habilidades sociales (Véase Anexo I) como la comunicación, la asertividad y el control de la ira; complementado con actividades que mejoren la autoestima (Véase sesiones III, IV y V de Anexo I), ya que entiendo que tras el oportuno período de adaptación a la nueva situación personal (ingreso en una institución), es conveniente desarrollar un programa de habilidades sociales que les permita desarrollar su competencia personal y social y les permita obtener satisfacción en las relaciones sociales que mantengan con su entorno más próximo; familiares, amigos, compañeros y trabajadores del centro.

Gracias al mismo y a través de los cuatro módulos de trabajo propuestos, se pretende que los participantes, se comuniquen de forma adecuada, puedan expresar sus ideas y deseos haciendo valer sus derechos y respetando los de los demás a través de la asertividad (Véase sesiones VIII y IX de Anexo I); aprendan técnicas que mejoren su comunicación verbal y no verbal (Véase sesión I y II de Anexo I); aumenten su nivel de autoestima y logren identificar y manejar los pensamientos y sentimientos que preceden a la ira (Véase sesiones VI y VII de Anexo I) .

Con dicho trabajo pretendo lograr mis expectativas como futura profesional que son:

1. Empaparme en técnicas, recursos y estrategias que permitan el entrenamiento de habilidades sociales ante cualquier colectivo, en especial con personas mayores.
2. Profundizar en las necesidades socio- emocionales del colectivo y dar respuesta a esas necesidades.
3. Conocer y valorar el trabajo del psicopedagogo en un centro residencial de mayores.
4. Lograr realizar el diagnóstico, planificación y evaluación de mi propia intervención como futura profesional.

En relación a las competencias (UVA, 2012) que hemos de adquirir como psicopedagogos el presente trabajo va a favorecer:

- Comunicar las decisiones profesionales y las conclusiones así como los conocimientos a públicos especializados y no especializados, de manera clara y sin ambigüedades.
- Tomar conciencia de las creencias y estereotipos sobre el grupo al que va dirigido y potenciar las diferencias individuales y sociales.
- Responder y actuar de manera adecuada y profesional, teniendo en cuenta el código ético y deontológico de la profesión, en todos y cada uno de los procesos de intervención.

- Diagnosticar y evaluar las necesidades socioeducativas de las personas, grupos y organizaciones a partir de diferentes metodologías, instrumentos y técnicas, tomando en consideración las singularidades del contexto.
- Diseñar, implementar y evaluar prácticas educativas, programas y servicios que den respuesta a las necesidades de las personas, organizaciones y colectivos específicos.
- Planificar, organizar e implementar servicios psicopedagógicos.
- Analizar, interpretar y proponer actuaciones, teniendo en cuenta las políticas educativas derivadas de un contexto social dinámico y en continua evolución.
- Formular nuevas propuestas de mejora de la intervención psicopedagógica, fundamentadas en los resultados de la investigación psicopedagógica

1.4 FUNDAMENTACION TEÓRICA Y ANTECEDENTES

1.4.1 Habilidades sociales

En una sociedad cada vez más globalizada, plural y multicultural se hace muy necesario a prender a convivir, a relacionarse con personas muy diferentes y a ser partícipe de todo lo que nos rodea. Por esta razón hay que promover, fomentar, corregir y estimular el aprendizaje y el uso de las adecuadas habilidades sociales para dotar a las personas de la competencia social, tan importante para el desarrollo de unas satisfactorias relaciones interpersonales como para el mantenimiento de una sana autoestima y salud psicológica.

- **Concepto de Habilidades Sociales**

En ese aspecto, existe una falta de precisión en los intentos de conceptualizar, definir y describir la competencia social y las habilidades sociales, de forma que es un campo confuso que no está bien definido ni suficientemente delimitado. Son muchos autores a lo largo de los años los que han dado numerosas definiciones de habilidades sociales, entre ellas, (Morrall y Jimple, 1998; Michelson et al., 1987; Monjas, 1999; Paula, 1998 y 2000) coinciden en definirlo como un conjunto de comportamientos interpersonales, de capacidades o destrezas sociales específicas que son adquiridas y aprendidas y no como un rasgo de personalidad.

Combs y Slaby (1977) , lo concretan como “la capacidad para interactuar con los demás en un contexto social dado de un modo determinado que es aceptado o valorado socialmente y, al mismo tiempo, personalmente beneficioso, mutuamente beneficioso, o principalmente beneficioso para los demás”

Carrillo (1991), habla de las habilidades sociales como un “Conjunto de comportamientos interpersonales aprendidos que configuran la competencia social de cada persona en sus diferentes ámbitos de interrelación humana.

Caballo(2003), lo considera “un conjunto de conductas emitidas por el individuo en un contexto interpersonal que expresa sus sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de un modo adecuado a la situación, respetando esas conductas en los demás y que, generalmente resuelve los problemas inmediatos de la situación mientras minimiza la probabilidad de futuros problemas” .

Ese mismo año, Monjas (1993), lo conceptualiza como «las conductas necesarias para interactuar y relacionarse con los iguales y con los adultos de forma efectiva y mutuamente satisfactoria”

Todas estas definiciones tienen un nexo en común, y es que las habilidades sociales no son rasgos de personalidad inherentes al ser humano, si no que son adquiridas y aprendidas a lo largo de los años.

Además, son numerosos términos los que están asociados al término de relaciones sociales; inteligencia social, competencia social, habilidades sociales, comportamiento adaptativo, asertividad, habilidades ciudadanas, entre otras. Según señalan Di Castillo; Iriarte y González Torres en su libro “Competencia Social y Educación Cívica” (2008), todos estos conceptos, así como el entrenamiento asertivo y entrenamiento en habilidades sociales son conductuales y considerados en un primer momento como sinónimos de competencia social. De hecho, existe cierta confusión en la utilización de los términos asertividad, habilidades sociales y competencia social de forma que hay autores que los consideran sinónimos, mientras que otros defienden que corresponden a conceptos diferentes.

Monjas, (1993); López de Dicastillo; Iriarte y González Torres (2008); afirman que la asertividad es un concepto restringido, un área que se integra dentro del concepto más amplio de habilidades sociales y que la competencia social se trata de un “Conjunto de de procesos cognitivos, socioafectivos y emocionales que sustentan comportamientos que son evaluados como hábiles o adecuados por agentes sociales, teniendo en cuenta las demandas y restricciones de los distintos contextos”.

Por esta razón, y para evitar confusión es conveniente aclarar que los términos de competencia social y habilidades sociales tienen raíces diferentes ya que “habilidades sociales” tiene su origen en los modelos e intervenciones conductuales-operantes referidas a medidas y variables concretas; mientras que “Competencia social” nace de la psicología y la Psiquiatría Comunitaria, dentro de la Psicología del Desarrollo y tiene un sentido evaluativo (Dicastillo, Iriarte y Torres González, 2008)



Grafico nº1. Representación gráfica de los conceptos de asertividad, habilidades sociales y competencia social. Fuente: López de Dicastillo, N, Iriarte, C. y González Torres M.C. (2008).

- **Modelos de las habilidades sociales**

Las teorías que explican las habilidades sociales tienen en la infancia su punto de partida. Si es cierto que se aprenden en la infancia, pero al igual que muchos otros aprendizajes se tiene que continuar desarrollando con el fin de seguir siendo socialmente habilidoso (Ballesteros y Carrobbles, 1991). De hecho, si no se practican, las habilidades se pueden ir perdiendo por falta de uso, después de largos periodos de aislamiento.

El libro de Kelly, “Entrenamiento en habilidades sociales” (1992), hace referencia como Argyle (1969), señala que la niñez es un periodo muy importante para el desarrollo de las habilidades sociales. Al igual que otras capacidades, es probable que éstas, dependan de la maduración y de las experiencias de aprendizaje.

Las habilidades sociales se han estudiado desde diferentes marcos conceptuales, desde la teoría psicosocial de Bandura, (1969); los esfuerzos desplegados por Argyle y Kendon (1967) y los intentos de establecer un modelo general de las Habilidades Sociales con Meichenbaum, Butler y Gruson, 1981; Mc Fall, 1982 y Trower, 1982).

Kelly (1987), cuenta como Bellack y Morrison (1982), entre otros, creen que la explicación más probable para el temprano aprendizaje de la conducta social la ofrece la teoría del aprendizaje social de Bandura (1978). Esta teoría se basa en que los niños observan a sus padres interactuar con ellos, así como con otras personas y aprenden su estilo. Es el llamado aprendizaje por observación, aprendizaje vicario o modelado, aprendiendo así todas las conductas sociales tanto las verbales como las no verbales. Las respuestas sociales pueden ser reforzadas o castigadas, lo que hace que algunas aumenten en frecuencia y otras, por el contrario disminuyan o desaparezcan. Además, el observador aprende sin llegar a reproducir ciertas conductas que ve en el modelo, simplemente observando las consecuencias que esa conducta realizada le genera al sujeto. De esta forma se alega que la persona, el ambiente y la conducta constituyen variables fundamentales que tienen que ser consideradas a la hora de comprender y predecir la actuación social de manera adecuada (Kelly, 1987).

Otra teoría que contempla el libro” Las Habilidades sociales en el marco de la orientación psicopedagógica” de Paula (1998), sería la postulada por Argyle y Kendon (1967), los cuales elaboraron un modelo explicativo del funcionamiento de las habilidades sociales cuyo elemento principal es el rol y en el que se integran junto a las conductas motoras, los procesos perceptivos y cognitivos. Este modelo explica los déficits de las habilidades sociales como un error producido en algún punto del sistema que provocaría un cortocircuito en todo el proceso.

Respecto a la teoría de los modelos interactivos, Caballo (2003), presta especial atención a los trabajos de Gruson, (1981) y Mc Fall, (1982), a los que Schroeder y Rakos (1983), denominaron interactivos. Sin embargo los modelos se denominan interactivos a partir de Mischel quién fue el primero en enfatizar la interacción entre variables ambientales y personales para que la persona produzca una determinada conducta.

Los modelos interactivos plantean que, las competencias sociales serían el resultado de una cadena de procesos cognitivos y de conducta que se iniciaría con una percepción correcta de estímulos interpersonales relevantes, seguiría con el procesamiento flexible de estos estímulos para producir y evaluar posibles opciones de respuesta, de las cuales se seleccionaría la mejor, y finalizaría con la expresión de la alternativa de acción elegida.

Continuando con el autor, hay que destacar que dentro de los modelos interactivos los más relevantes han sido formulados por Trower (1982) y McFall (1985), el presente modelo puede ser resumido en la puesta en marcha de tres categorías de habilidades en sucesivos estadios.

- Habilidades de decodificación de los estímulos situacionales; lo que implica recepción de la información, percepción de las características estimulantes relevantes e interpretación de éstas dentro de un esquema de conocimiento existente en el sujeto gracias a su historia pasada y su motivación para lograr un determinado fin, etc.

- Habilidades de decisión: sobre la base de la interpretación situacional el sujeto deberá elaborar una proposición de respuesta que considere será la más efectiva y la menos costosa al afrontar la tarea estímulo.
- Habilidades de decodificación: implican la traducción de un programa de proposiciones de respuesta a una secuencia de conductas observables (ejecución), así como la respuesta en marcha de un proceso de retroalimentación que permita comparar los efectos de la ejecución con los esperados y realizar los ajustes oportunos.

Este modelo considera al individuo como agente activo, que busca y procesa la información, genera observaciones y controla sus acciones con el fin de lograr unos objetivos, es decir, no solo es influido por los demás, sino que influye sobre estos para que modifiquen su conducta y así poder crear su propio ambiente social. Luego, como indica Morales (1981) en su obra: “La conducta social como intercambio”, la conducta social es conceptualizada sobre las bases de la reciprocidad y de la influencia mutua, tradición ésta bien arraigada en la psicología Social.

Además, Kelly, J.A en su libro “Entrenamiento de las habilidades sociales” (1987), nos indica la existencia de 3 tipos de consecuencias reforzantes que pueden ser objetivo de una interacción social:

1. Reforzamiento social: que la interacción social sirve para mantener o mejorar relaciones interpersonales y deben ser reforzantes para aquellos que interactúan.
2. Reforzamiento extrínseco: que el sujeto trata de obtener un objetivo social concreto que no tiene por qué ser reforzante para la otra persona, ya que no persigue una repetición o mantenimiento de la interacción (v. gr.: obtener información acerca de una calle o conocer el precio de un objeto).

3. Impedir la privación de reforzadores: enfrentar comportamientos poco razonables, agresivos o injustos por parte de otro (v. gr.: defender nuestros derechos, oponerse a una petición o buscar el cambio de conducta).

Con respecto al aprendizaje de habilidades y feedback interpersonal, nos dice que el feedback que es la información por medio de la cual la otra persona nos comunica su reacción ante nuestra conducta (pudiendo ser de naturaleza positiva o negativa), puede entenderse como reforzamiento social administrado contingentemente por la otra persona durante la interacción. Además, varios estudios han demostrado que el feedback contingente puede alterar la conducta social del otro, incluso sin que estos se den cuenta. Kelly (1987), indica que lo ideal es que este feedback aporte información para que el receptor esté capacitado para cambiar y aumentar su influencia sobre los demás.

- **Componentes de las habilidades sociales. Clasificaciones y características.**

Existen distintos elementos que componen las habilidades sociales que varían según el autor al que se atribuyen. En este caso, nombraremos los tres componentes de las habilidades sociales planteados por Caballo (2003), a partir de la revisión realizada por el autor acerca de 90 estudios realizados entre los años 1970 y 1986 sobre las Habilidades Sociales.

Estos elementos de las habilidades sociales incluyen: componentes conductuales, componentes fisiológicos y componentes cognitivos.

Áreas	Componente Conductual
Comunicación No Verbal	<ul style="list-style-type: none"> • Expresión Facial • Mirada • Gestos • Automanipulaciones • Proximidad • Orientación • Tono Postural. Apariencia

Comunicación paralingüística	<ul style="list-style-type: none"> • Volumen de voz • Inflexiones • Tono • Claridad • Ritmo • Fluidez • Perturbaciones del habla
Comunicación verbal	<ul style="list-style-type: none"> • Duración • Generalidad • Formalidad • Variedad • Humor • Turnos de palabras
Áreas	Componentes Cognitivos
Percepciones sobre el ambiente de Comunicación	<ul style="list-style-type: none"> • Percepciones de formalidad • Percepciones de un ambiente cálido • Percepciones del ambiente privado • Percepciones de restricción • Percepciones de la distancia
Variables Cognitivas del individuo	<ul style="list-style-type: none"> • Competencias cognitivas • Estrategias de codificación y constructos personales • Expectativas • Valores subjetivos de los estímulos • Sistemas y planes de autorregulación

Aéreas	Componentes fisiológicos
	<ul style="list-style-type: none"> • La tasa cardíaca • La presión sanguínea • El flujo sanguíneo • Las respuestas electrodermales • Las respuestas miográficas • La respiración

Tabla nº1. Elementos componentes de las Habilidades Sociales. Caballo, (2003).

Es importante resaltar que a la hora de realizar el entrenamiento de las habilidades sociales, no se tiene tanto en cuenta los componentes fisiológicos ya que, como afirma Caballo (2003), la probabilidad de ocurrencia de cualquier habilidad en cualquier situación crítica está determinada mayoritariamente por factores cognitivos y conductuales de la persona en interacción con el ambiente.

Con respecto a la tipología de las habilidades sociales, numerosos autores a lo largo de los años han clasificado los tipos de habilidades sociales. Lazarus (1973), fue uno de los primeros en establecer, desde una posición de práctica clínica, las principales clases de respuesta o dimensiones conductuales que abarcaban las habilidades sociales. Este autor indicó cuatro capacidades: decir “no”, pedir favores y hacer peticiones, expresar sentimientos positivos y negativos e iniciar, mantener y terminar conversaciones.

Las clases de respuesta que se han propuesto posteriormente, y ya desde un punto de vista empírico, han girado alrededor de estos cuatro tipos de respuesta. Las dimensiones conductuales más aceptadas en la actualidad (Pérez-Santamarina, 1999 y Portillo, 2001) son las siguientes:

- Escuchar.
- Saludar, presentarse y despedirse.
- Iniciar, mantener y finalizar una conversación.
- Hacer y rechazar peticiones.
- Disculparse o admitir la ignorancia.
- Defender los derechos.
- Negociar.

- Expresar y defender las opiniones, incluido el desacuerdo.
- Afrontar las críticas.
- Hacer y recibir cumplidos.
- Formular y rechazar peticiones (oposición asertiva).
- Expresar amor, agrado y afecto.
- Expresar justificadamente molestia, desagrado o enfado.
- Pedir el cambio de conducta del otro.
- Cooperar y compartir.
- Expresar y recibir emociones.
- Dirigir a otros.
- Solucionar conflictos.
- Dar y recibir retroalimentación.
- Realizar una entrevista.
- Solicitar un trabajo.
- Hablar en público

Otra clasificación muy utilizada es la de Godstein y Col, (1989), que las describe como: primeras habilidades sociales, habilidades avanzadas, habilidades relacionadas con los sentimientos, habilidades alternativas a la agresión, habilidades para hacer frente al estrés y habilidades de planificación que se pueden observar en el siguiente cuadro:

Primeras habilidades sociales	Habilidades sociales avanzadas
1.- escuchar	9.- pedir ayuda
2.- iniciar una conversación	10.- participar
3.- mantener una conversación	11.- dar instrucciones
4.- formular una pregunta	12.- seguir instrucciones
5.- dar las gracias	13.- disculparse
6.- presentarse	14.- convencer a los demás
7.- presentar a otras personas	
8.- hacer un cumplido	

Habilidades relacionadas con los Sentimientos <p>15.- conocer los propios sentimientos</p> <p>16.- expresar los sentimientos</p> <p>17.- comprender los sentimientos de los demás</p> <p>18.- enfrentarse con el enfado de otro</p> <p>19.- expresar el afecto</p> <p>20.- resolver el miedo</p> <p>21.- autorrecompensarse</p>	Habilidades alternativas a la agresión <p>22.- pedir permiso</p> <p>23.- compartir algo</p> <p>24.- ayudar a los demás</p> <p>25.- negociar</p> <p>26.- emplear el autocontrol</p> <p>27.- defender los propios derechos</p> <p>28.- responder a las bromas</p> <p>29.- evitar los problemas con los demás</p> <p>30.- no entrar en peleas</p>
Habilidades para hacer frente al estrés <p>31.- formular una queja</p> <p>32.- responder a una queja</p> <p>33.- demostrar deportividad tras un juego</p> <p>34.- resolver la vergüenza</p> <p>35.- arreglárselas cuando le dejan de lado</p> <p>36.- defender a un/a amigo.</p> <p>37.- responder a la persuasión.</p> <p>38.- responder al fracaso</p> <p>39.- enfrentarse a los mensajes contradictorios</p> <p>40.- responder a una acusación.</p> <p>41.- prepararse para una conversación difícil.</p> <p>42.- hacer frente a las presiones del grupo</p>	Habilidades de planificación <p>43.- tomar iniciativas</p> <p>44.- discernir sobre la causa del problema</p> <p>45.- establecer un objetivo</p> <p>46.- determinar las propias habilidades</p> <p>47.- recoger información</p> <p>48.- resolver los problemas según importancia</p> <p>49.- tomar una decisión</p> <p>50.- concentrarse en una tarea</p>

Tabla nº 2. Clasificación de las Habilidades sociales de Godstein y Col, (1989).

Por otra parte, para la comprensión y la adecuada concepción de las habilidades sociales, es necesario considerar algunas de sus características. Así, entre las características citadas en los trabajos sobre habilidades sociales se pueden destacar las siguientes (Monjas, 1992; Caballo, 2003):

1. Son conductas y repertorios de conducta adquiridos a través del aprendizaje. No son rasgos de personalidad, se adquieren a través del aprendizaje y, por tanto, se pueden cambiar, enseñar o mejorar mediante los mecanismos del aprendizaje.
2. Constituyen habilidades que ponemos en marcha en contextos interpersonales, esto es, requieren que se produzca una interacción. No incluyen otras habilidades de adaptación social como las habilidades de autocuidado (lavarse, vestirse), de vida en el hogar (limpiar, planchar, cocinar) o de vida en la comunidad (orientación, desplazarse, utilizar el transporte), sino que, al igual que estas, constituyen una de las áreas del comportamiento adaptativo.
3. Son recíprocas y dependientes de la conducta de las otras personas que se encuentren en el contexto. Por ello, requieren la puesta en marcha de habilidades de iniciación y de respuestas interdependientes dentro de una reciprocidad e influencia mutuas. Así, la persona se ve influida por los demás y también influye sobre los otros para que modifiquen sus conductas.
4. Contienen componentes manifiestos observables, verbales (preguntas, autoafirmaciones, alabanzas, peticiones) y no verbales (mirada, gestos, sonrisa, orientación, expresión facial, expresión corporal, distancia-proximidad). (Véase tabla nº1, elementos componentes de las Habilidades Sociales, Caballo, 2003).

Cuenta con otros componentes cognitivos y emocionales (conocimiento social, capacidad de ponerse en el lugar de otras personas, capacidad de solucionar problemas sociales, constructos personales, expectativas, planes y sistemas de autorregulación) y fisiológicos (tasa cardiaca, respiración, presión sanguínea, respuestas electrodermales). La habilidad social es lo que la persona dice, hace, piensa y siente.

5. Aumentan el refuerzo social y la satisfacción mutua. Disponer y manifestar un repertorio adecuado de habilidades sociales hace que la persona obtenga más refuerzo de su ambiente, y permite también que la interacción proporcione satisfacción a quienes forman parte de esta.
6. Las habilidades sociales son específicas de la situación. Ninguna conducta en sí misma es o no socialmente habilidosa, sino que depende del contexto, de la situación y de sus reglas, de las personas con las que se interactúa, del sexo, de la edad, de los sentimientos de los otros, etc. Por ello, para que una conducta sea socialmente hábil, es necesario que la persona, además de motivación o metas sociales, tenga capacidad de percibir la información básica de dicho contexto o situación (percepción de indicadores verbales y no verbales, ambiente físico).

Debe también ser capaz de procesar esa información en base a la experiencia, la observación, el aprendizaje y la maduración (interpretación de reglas de la situación, de los sentimientos y los deseos de los demás).

Asimismo, ha de actuar sobre ella poniendo en acción secuencias adecuadamente ordenadas de conductas verbales y no verbales apropiadas. Por último, ha de evaluar, controlar y regular su conducta a través del feedback externo (verbal y no verbal) y de la evaluación interna (cogniciones, emociones)

7. Es importante la existencia de metas, propósitos o motivación social para desarrollar un adecuado repertorio de habilidades sociales.

- **Los programas de entrenamiento en habilidades sociales (PEHS)**

Como ya han destacado numerosos autores antes mencionados, entre ellos, Monjas, (1991); la conducta interpersonal se aprende y por tanto puede enseñarse y modificarse. Esto se hace por medio de diversas estrategias de intervención que se han etiquetado como Entrenamiento en Habilidades Sociales (PEHS). Según Caballo (2003), el entrenamiento en habilidades sociales es «un intento directo y sistemático de enseñar estrategias y habilidades interpersonales a los individuos con la intención de mejorar su competencia interpersonal individual en clases específicas de situaciones sociales».

El entrenamiento en habilidades sociales puede describirse como una forma de intervención psicológica basada en temas dispuestos de antemano o secuencias de temas diseñadas para mejorar el funcionamiento interpersonal de la población a tratar (Ovejero, 1990) y es muy importante intervenir con programas de habilidades sociales porque en la medida en que un individuo interactúe satisfactoriamente con otros, recibirá cada vez más feedback social positivo y llegará a calificar de forma positiva su propio yo.

En cambio, cuando las relaciones con otras personas significativas se caracterizan por la ansiedad, la frustración de necesidades o el feedback negativo, la autoevaluación del individuo será, en consecuencia, negativa, distorsionada y regresiva. Por tanto, constructos tales, como la autoestima y el autoconcepto están determinados por las relaciones y el feedback interpersonales que un individuo recibe durante su desarrollo. (López de Dicastillo, N, Iriarte, C. y González Torres M.C., 2008).

Según señala Fernández Ballesteros (1991), el entrenamiento de habilidades sociales se basa en eliminar las características no deseables de la conducta y este entrenamiento conductual admite explícitamente y requiere de la capacidad de cambio de los sujetos como consecuencia de sus experiencias de aprendizaje, adquiriendo competencias conductuales más efectivas siempre que se definan con claridad la competencias deseadas y si se apliquen sistemáticamente los principios del aprendizaje para incrementarlas.

Equipado con nuevas competencias, las personas conseguirán resultados más satisfactorios en las situaciones a las que se dirige el entrenamiento. Tras manifestar habilidades más adecuadas y recibir reforzamiento del ambiente, la mayor confianza de las personas les permite exponerse a otras interacciones sociales distintas, lo cual aumenta las oportunidades de aprendizaje natural de otras competencias adicionales.

El hecho de desarrollar un programa de entrenamiento de habilidades sociales lleva implícitas seis premisas que Curran, (1985) identifica como: 1) que las relaciones interpersonales son importantes para el desarrollo y funcionamiento psicológicos; 2) que la falta de armonía interpersonal puede contribuir a conducir a disfunciones y perturbaciones psicológicas; 3) que existen ciertos estilos y estrategias interpersonales que son más adaptativos que otros para clases específicas de encuentros sociales; 4) que los estilos y estrategias interpersonales anteriormente citados pueden especificarse y enseñarse; 5) una vez aprendidos estos estilos y estrategias interpersonales mejoran la competencia en esas situaciones específicas y 6) que la mejora de la competencia interpersonal puede contribuir o conducir a la mejoría en el funcionamiento psicológico. (Fernández Ballesteros y Carrobes, 1991).

Por su parte, Godstein, (1989) señala que para enseñar nuevas habilidades sociales a un sujeto es necesario definir precisamente aquellas conductas que hacen habilidoso un determinado tipo de interacción. Entre los componentes no verbales de la asertividad se cuenta con el contacto verbal, el tono de voz adecuado, las muestras de afecto, la fluidez verbal, el tono de voz adecuado, la postura o la brevedad de la latencia o demora entre el final de los comentarios y la respuesta del individuo.

Entre los componentes verbales de una respuesta asertiva se encuentran; el reconocimiento del punto de vista del antagonista, al mismo tiempo que la disconformidad o desacuerdo con el punto de vista del antagonista, la petición de un cambio de conducta específico y la petición de un cambio de conducta específica. Debido a que esta tiene gran cantidad de componentes identificables puede enseñar esa habilidad a partir de los componentes que la constituyen.

A través de la evaluación y entrenamiento en habilidades sociales se pretende determinar los componentes conductuales específicos de cada una de ellas y a partir de ahí, enseñar al sujeto las conductas componentes que se hayan identificado. Kelly, (1987) nos dice que las conductas socialmente competentes pueden fracasar y esto puede explicarse debido a que la adquisición de un tipo de habilidad nunca se haya adquirido, o que ésta se haya hecho de forma inadecuada o por otra parte, que exista una falta de uso de esa habilidad porque fue aprendida en una determinada situación y no se manifiesta en otras situaciones.

Si no se tienen conductas socialmente competentes, tal y como señala Verdugo Alonso, (1989) las consecuencias de esas interacciones sociales infructuosas hacen probable que la persona desarrolle cogniciones orientadas al fracaso y ansiedad anticipatoria al afrontar situaciones para cuyo manejo eficaz no se siente preparado, dando como resultado una actuación aun más deteriorada de las habilidades sociales. De hecho, los programas de habilidades sociales deben enseñar a los sujetos habilidades sociales apropiadas para poder detener este ciclo. El objetivo del entrenamiento de las habilidades sociales es incrementar la competencia conductual de los individuos con el fin de puedan conseguir resultados satisfactorios en aquellas situaciones sociales en las que sus habilidades sociales sean inadecuadas. (Verdugo Alonso, 2009).

Además, es importante hacer hincapié en que el entrenamiento de las habilidades sociales, requiere de la colaboración de la psicología clínica y la psicología social. Mientras que en América tiene mayor protagonismo la psicología clínica, en Europa es más predominante la psicología social; lo que incluye a nuestro país, donde la habilidades sociales son trabajadas tanto por psicólogos sociales (Blanco 1981; Gil 1980-1984) como por psicólogos clínicos (Caballo 1988; Carroble 1989) según indica Ovejero Bernal, (1990).

- **Las habilidades sociales en el colectivo de personas mayores**

Las habilidades sociales son fundamentales para todas las personas, pero en el caso de las personas mayores, debido a su progresiva reducción de relaciones interpersonales que ya veremos más adelante, se hacen indispensables, ya que según Gil Calvo (2010), en las personas institucionalizadas, bien sea en residencias mentales o asilos se observa un deterioro social generalizado y la conducta interpersonal constituye un área problemática para muchos individuos.

Teniendo en cuenta que los múltiples cambios y pérdidas por los que se atraviesa durante la vejez generan una reducción de las relaciones sociales (Limón, 2001) y dado que el aislamiento progresivo en el que sumergen los ancianos, independientemente de cuáles sean sus causas, interfieren en la salud mental (depresión) y en la calidad de vida de los mismos, se considera que el desarrollo de nuevas amistades y contactos sociales, paliará tales efectos.

Durante la vejez, los deterioros psicofísicos de origen múltiple son notables, como ocurre con el vértigo, los mareos, en general que pueden ser muy molestos e incapacitantes para el anciano, sumiéndole en un estilo de vida retraído y temeroso, que implica deterioros de la comunicación, la relación, y en suma, el padecimiento de situaciones de soledad (De la Gándara Martín, 1995).

Igualmente, la pérdida de roles, la muerte de familiares, pareja y/o amigos, y el efecto de nido vacío conducen al aislamiento y deterioro de las relaciones sociales. De hecho, las pérdidas afectivas que acontecen en la vejez, suelen tomarse como algo lógico e inevitable y no se les da importancia, cuando en realidad sabemos que las depresiones del anciano suelen ser desencadenadas por problemas de índole psicosocial, como son la pérdida de relaciones, cambios en la estructura familiar etc. Por lo tanto, la relevancia del entrenamiento en habilidades sociales radica en su utilidad para establecer y mantener nuevas relaciones sociales lo que favorecerá la salud mental y calidad de vida de los ancianos. (De la gándara Martin, 1995).

Numerosos estudios ponen de manifiesto, que para evitar sentimientos negativos y mejorar la calidad de vida de la vejez, y para paliar el efecto que puede causar el ingreso en una residencia es imprescindible que se adopten las medidas necesarias para ofrecer preparación en habilidades sociales para los residentes recién ingresados en residencias de ancianos. Este tipo de programas enseñan al paciente como relacionarse con sus compañeros y personal de forma psicosocialmente plena debido a que la calidad de vida diaria de estas personas dependen en buen grado de que estas relaciones sean mutuamente positivas. Por esta razón, las residencias de ancianos deben ofrecer un ambiente abundante en programas psicosociales a los que incluye la intervención de todos los miembros del personal (Mendía Gallardo, 1991).

En definitiva, como ya señalan numerosos autores (Kelly, 1987; Bazo 1991; Ramos, 1994; Beaver, 1998), si ya resulta importante lograr relaciones interpersonales satisfactorias a cualquier edad, dado las características que se producen durante la vejez, aun se hace más necesario y conveniente llevar a cabo programas de entrenamiento de habilidades sociales en el colectivo de mayores, para lograr un óptimo ajuste psicosocial a las nuevas situaciones que les depara la etapa de la senectud con el fin de lograr el máximo desarrollo personal de los mismos y mejorar su calidad de vida dentro o fuera de una institución.

1.4.2 Personas Mayores

Debido a numerosos factores, la población actual de España ha envejecido considerablemente, invirtiendo la pirámide poblacional que existía hasta hace décadas. (Véase gráfico 2) .Esta nueva situación de envejecimiento en la población ha dado lugar a que se amplíe la oferta y apoyo social a nuestros mayores, contribuyendo de esta manera a satisfacer todas sus necesidades y garantizar su calidad de vida en la llamada “Sociedad del bienestar”; no exenta de prejuicios hacia el colectivo de mayores.

Este cambio social propicia la aparición de las residencias de ancianos, donde cada vez más son ingresados nuestros mayores por diferentes causas en las que cabe destacar los problemas de salud, falta de familiares que se puedan hacer cargo de ellos, etc.

Es allí, en un ámbito totalmente nuevo para ellos, donde se debe dar respuesta a todas sus necesidades; primarias, secundarias y terciarias y se vele de su bienestar físico, social, afectivo y psicológico; proporcionándoles los apoyos necesarios para lograr que los cambios y pérdidas que han sufrido no les impida llevar una vida plena y feliz; contribuyendo de este modo a que tengan una buena vejez

- **Envejecimiento de la Población.**

Dado que la esperanza de vida se ha incrementado en los últimos años en Europa y particularmente en España, se hace conveniente una ciencia que suministre datos sobre los fenómenos relacionados con la edad de la especie humana que influyen en el comportamiento, sociología, fisiología y en la bioquímica celular. Hablamos de la Gerontología, definida en 1903 por Metschikoff como una ciencia que estudia el proceso de envejecimiento en sus aspectos biológicos, psicológicos y sociales.

En concreto es la gerontología social, entendida como el estudio científico sobre el modo de adaptación de las personas a su entorno, (Sthiglitz, 1914) la que más nos interesa, ya que engloba un contenido de asistencia social a ancianos, a las instituciones y centros que realizan esta acción y que reciben el nombre de centros gerontológicos (López Mongil, 1987).

Este envejecimiento poblacional acaecido en el último siglo (ver gráfico nº2) es debido a la baja mortalidad, la disminución de la natalidad y las migraciones de personas mayores a nuestro país en busca de una buena calidad de vida.

A diferencia de la antigua pirámide en la que había muchos niños y cada vez menos adultos y personas de edad, en la actualidad se ha invertido (ver grafico nº3) y es posible ver familias con un solo hijo, dos progenitores y cuatro o más abuelos.

Esta nueva situación ha propiciado que se ampliara la oferta social y asistencial en este campo, dando lugar a múltiples instituciones para ancianos y una amplia variedad de iniciativas de intervención social con los mismos.

Según señala López Mongil, (1991); el hecho de vivir más, conlleva una serie de nuevas situaciones que atender, tales como la soledad, el aislamiento social, la pobreza, los problemas de salud y de dependencia, situaciones que propician modificaciones en la atención sanitaria y social de las personas mayores; desarrollando políticas sociales desde la administración a través de programas de apoyo social formal (teleasistencia, centros de ayuda, programas de ocio y cultural, servicios de voluntariado social, teléfono de atención al mayor, vacaciones sociales, etc.).

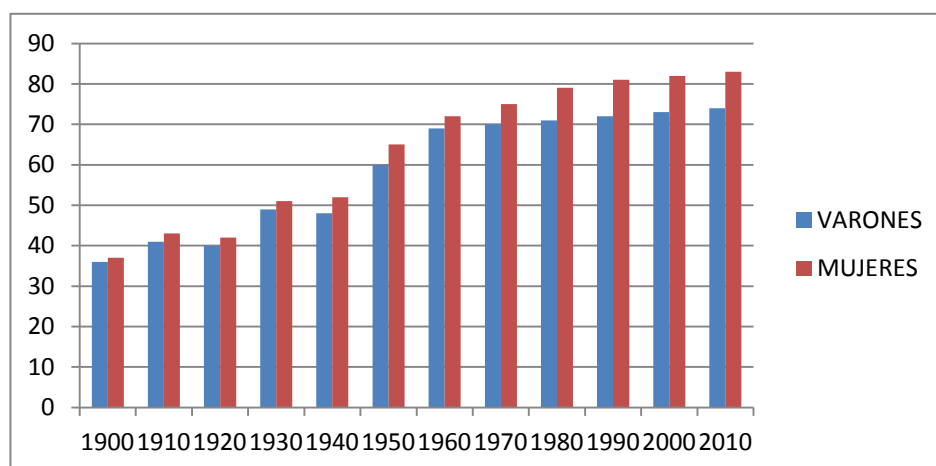


Gráfico nº2 .Evolución esperanza de vida al nacer en España desde 1900 al 2010. Fuente: INE.

Es a partir de los años 80 cuando surge este nuevo movimiento, gracias al IMSERSO, que plantea la primera investigación sobre las personas mayores en nuestro país en 1985, y posteriormente números estudios que dan como resultados el “Plan de Acción internacional sobre el envejecimiento” (1982) o el “Plan gerontológico” (1993); siendo este último referente y marco de acción de todas las posteriores programaciones, ya que a partir de ese momento todas las Comunidades Autónomas realizan sus propias planificaciones gerontológicas con el fin de mejorar la situación de las personas mayores de nuestro país (Limón, 2001).

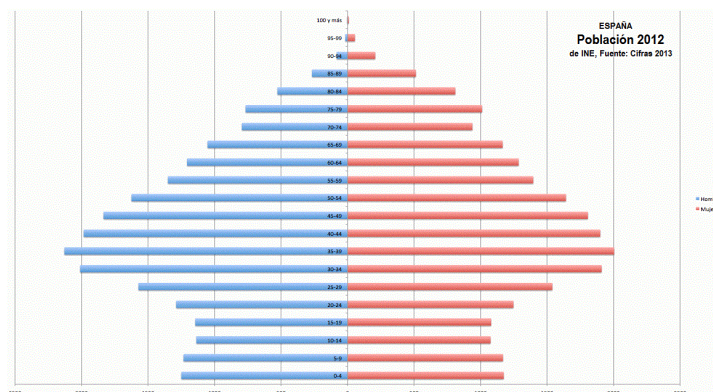


Grafico n°3 .Pirámide de Población en España en 2012. Fuente: INE

- **El envejecimiento. Cambios y pérdidas durante la vejez.**

Muchos autores (Ramos, 1994; Limón, 2002, Bedmar; Fresneda y Muñoz, 2004) señalan entre otros, que no existe todavía una teoría aceptada de forma general del envejecimiento y solamente un conocimiento limitado sobre el tema, ya que el envejecer humano incluye cambios fisiológicos y psicológicos que son secuenciales, acumulativos e irreversibles; pero está generalmente aceptado que los cambios no se producen con el mismo ritmo en un individuo dado y, por supuesto, no lo hacen en todas las personas de la misma edad.

En el libro de Bedmar, Fresneda y Muñoz (2004), se puede encontrar la definición del envejecimiento proporcionada por Frolkis (1987), quién la define como “un proceso biológico multifactorial que comienza mucho tiempo antes que la vejez y que evoluciona de forma continua siguiendo un curso determinado por las propias características intrínsecas”.

Una definición más divulgada es la proporcionada por el libro de López Mongil (1987), en el que se concreta el envejecimiento como el “deterioro progresivo de un organismo vivo tras alcanzar su madurez de forma y función y que es universal, progresivo, intrínseco y degenerativo”.

Desde una perspectiva más social, Kahn y Kamerman, (1987); lo definen como la edad en la que se sale definitivamente del mundo laboral y se entra en la jubilación (Beaver, 1998).

Existen diversas teorías que ayudan a explicar cómo afecta el proceso de envejecimiento a la persona. Una de las grandes teorías de las que hablamos, es la teoría psicosocial de Erickson (1963), que señala que de las ocho etapas del desarrollo social y emocional del individuo, la vejez supondría la última de ellas en la que confrontan los aspectos de integridad vs desesperación. La integridad (sabiduría) es la capacidad de aceptar los hechos de la propia vida, y de afrontar la muerte sin gran temor. Según Erickson, la integridad es la aceptación del ciclo vital único y singular como algo que tuvo que ser, y por necesidad, no permitía otras sustituciones.

Las personas mayores que han conseguido esa sensación de integridad y han afrontado bien esta etapa contemplan sus vidas con satisfacción y para experimentarlo, el adulto anciano debe aceptar una serie vital de conflictos, fracasos, dolor y descorazonamiento e incorporarles a su autoimagen. El otro extremo es la desesperación. Si las personas no consiguen llegar a la integridad, contemplarían su vida como una serie de oportunidades perdidas y direcciones erróneas (Bernal, 2001). En sus últimos años se darán cuenta de que es demasiado tarde para volver, por esto, para estas personas el resultado es una sensación de desesperanza por lo que pudo haber sido.

Otras teorías que nos sirven para explicar cómo se desarrolla la etapa del envejecimiento desde una perspectiva sociológica son la teoría de la actividad y la teoría de la desvinculación (Beaver, 1998). En la teoría de la actividad se parte de la hipótesis de que sólo la persona activa puede sentirse feliz y satisfecha, por lo que el individuo ha de ser productivo y útil para los demás, ya que de lo contrario, sería un ser desgraciado y descontento. Según esta teoría, cuyo uno de los defensores es Tarler (1961), la pérdida del rol por motivo de la jubilación significa una pérdida de función. Esto lleva consigo inactividad, una limitación en el radio del comportamiento, incluso en el terreno familiar.

Debido a una necesidad constante de adaptación de la persona de edad avanzada a unas situaciones nuevas y de la sustitución de la información oral por la comunicación de masas, resulta superfluo el papel de los viejos como transmisores de experiencia.

Ramos (1994), señala que este hecho se debe fundamentalmente al cambio que ha experimentado la familia en nuestra sociedad a consecuencia de la sociedad postindustrial. Ahora existe una predominancia de la familia nuclear formada solamente por padres e hijos. Se ha insistido que este tipo de estructura familiar es la que mejor se adapta a las necesidades económicas y sociales que impone la sociedad de consumo y en este hecho radica la razón esencial del desmoronamiento de la familia tradicional de tres generaciones (abuelos, padres e hijos).

Este hecho ha propiciado que sea el anciano el que sufra las consecuencias de este cambio, ya que ha perdido el papel social que desempeñaba dentro de la familia. El abuelo ha sido durante siglos un personaje carismático, sabio y conciliador. Con su presencia y su experiencia transmitía de forma natural todo un sistema de vida y de valores a sus nietos, jugando un papel importante en su desarrollo psicológico y social. Sin embargo, en la familia actual, reducida de tamaño e instalada en espacios vitales mínimos, el abuelo tradicional parece que no tiene cabida, perdiendo el rol de “la voz de la experiencia”.

Continuando con el mismo autor, en la teoría de la desvinculación defendida por Comming y Henry (1961), entre otros, se afirma que la persona mayor desea, precisamente, ciertas formas de aislamiento social, de reducción de contactos sociales. Esta teoría pone de manifiesto que si a la vejez se le dota de seguridad, ayuda y suficientes servicios, lo determinante será el deseo de desvincularse, pues surgiría en los ancianos el bienestar salido del desprendimiento de contactos sociales. El deseo de ser utilizados y ser útiles correspondería a la necesidad de seguridad y al temor de verse rechazados, indefensos y desamparados. Pese a que existen ciertos postulados que no son aceptados en su totalidad, se afirma que uno de los méritos de esta teoría radica en haber destacado en la investigación gerontológica los aspectos socio psicológicos de los sujetos (Ramos, 1994).

Independientemente de la aceptación de una u otra teoría, lo que sí es cierto es que el proceso de envejecimiento es complicado y cada persona envejece a distinta velocidad y distinta manera, según las circunstancias que configuran su vida; salud, ingresos, familia, personalidad, etc. ; por lo que en este proceso, hemos de prestar especial atención a la diversidad de cambios y pérdidas por las que pasa el sujeto que envejece y que Bedmar, Fresneda y Muñoz (2004), identifican en su libro como: cambios fisiológicos (a nivel intestinal, pérdida de visión y audición, declinación de los demás sentidos, sistema vascular menos efectivo...); cambios psicológicos (declinación de la memoria e inteligencia, declinación en la capacidad de resolución de problemas, cambios del rendimiento psicomotor) y cambios o pérdidas sociales, en las que la mayoría de las personas experimentan repetidas despedidas y separaciones temporales y permanentes durante su vida.(Jubilación y pérdida del papel social del individuo, muerte del cónyuge, pérdida de independencia al ingresar en una residencia, etc.).

Es preciso destacar en este punto que la jubilación es uno de los acontecimientos más importantes en la vida de las personas, ya que produce una serie de cambios muy drásticos.

La transición del trabajador a jubilado tiene efectos considerables sobre sus ingresos, su estado de vida, el estatus social y el papel social de la persona anciana. No importa la antelación con la que la persona planifica este hecho importante, cuando llega el momento, la persona también experimenta la realidad de carecer de un trabajo al que acudir al día siguiente.

Algunas personas se sienten perdidas sin las horas estructuradas y la rutina familiar, otros se sienten culpables de tener tanto tiempo libre, muchos otros pierden objetivos y propósitos de vida, muchos lo consideran como una pérdida de la vida social y otros tantos se lo toman como un merecido descanso laboral y familiar (Bedmar, Fresneda y Muñoz, 2004).

Mendía Gallardo (1991), señala además, que aunque no siempre es difícil este periodo, no está exento de cambios y todas estas pérdidas provocan mucho estrés a las personas ancianas. Para que el anciano pueda superar sus pérdidas debe continuar actuando en la vida, manteniendo una constante e intensa comunicación con otras personas y participar en actividades y objetivos con significado.

Es indispensable contar en estos momentos con la familia, los amigos, y las demás personas importantes desempeñan un papel clave para la vida del anciano como principal red de apoyo y cariño.

Retomando con la teoría psicosocial de Erickson (1963) que determinaban el proceso de envejecimiento del individuo, diremos que las personas que han superado estas ocho etapas, suelen ser más capaces acomodarse a los cambios y pérdidas que acompañen a la senectud (Bernal, 2001).

- **Denominación. Estereotipos y marginación de los mayores.**

Hay numerosas formas de designar a las personas adultas con edad avanzada que se han ido concediendo a lo largo de los años. Estas denominaciones se otorgan en función de cómo la sociedad les ve y les considera y por tanto, implica una serie de connotaciones positivas y negativas a tener en cuenta (Bedmar, Fresneda y Muñoz, 2004).

ANCIANO	VIEJO	TERCERA EDAD	PERSONA MAYOR
El pasado Sociedad tradicional Ayuda de la familia extensa. La protección social: - Estigma - Marginalidad Experiencia sabiduría	Estado Autoritario Franquismo Ayudas puntuales. Beneficios sociales... Modelo benéfico. Instituciones no específicas. Usuarios individuales Súbdito	Estado de bienestar (hoy en crisis) Programas Servicios sociales Asistencialismo Instituciones específicas. Colectivo de usuarios. Efectos de la edad. Negación de las marcas en el físico. Ciudadano	Visión emergente. Sociedad del bienestar. Acción sociedad civil. S.S subsidiarios. Personalización de servicios integrales. Recorte prestaciones básicas. La edad algo relativo. Diferenciación entre jubilación y vejez: - Voluntariado - Participación - Calidad de vida

Tabla nº 3. Fuente; Bedmar, Fresneda y Muñoz, (2004) "Gerontología; Educación en Personas Mayores".

Como hemos mencionado anteriormente, es la jubilación, la que marca la entrada en la vejez y la que determina el inicio de los prejuicios hacia los mayores a través de los medios de comunicación y las obras literarias, que suscitan una imagen muy negativa de la vejez, creando los prejuicios y contribuyendo a crear la marginación social de nuestros mayores (Beaver, 1998).

Según Fernández Lopiz (2002), los mitos y estereotipos que existen sobre la vejez son muy variados y hacen referencia a la pasividad, la enfermedad, la limitación, lo negativo, los costes económicos, la muerte, la inactividad, el tradicionalismo y el conservadurismo, la generalización y la rigidez.

Para dar a conocer la visión que la sociedad tiene desde hace años sobre las personas mayores, aludimos la clasificación que Gil (2004), proporciona sobre los mitos y estereotipos existentes en la sociedad.

En primer lugar, se asocia la vejez con la antigüedad. Lo viejo como sinónimo de antiguo, dañado. Las denominaciones que se otorga a las personas son “viejo/a”, “Vejestorio”, “viejales”, etc. Se trataría pues del culto a la juventud, a la moda, a lo nuevo.

Posteriormente el autor habla de vejez asociada a la irresponsabilidad. Es otro prejuicio contra las personas mayores que se considera que vuelven a la infancia. Otro de los mitos es la Vejez asociada a la patología. Se considera que el aumento de la edad lleva consigo mayor morbilidad, por lo que se teme cumplir años, pensando que se desemboca en la muerte, en vez de alegrarse de llegar a viejo sin padecer enfermedad. También se asocia la vejez y beneficencia: se piensa que las personas mayores son pobres, mendicantes, pedigüños, ruines, tacaños, miserables. Se les considera una carga económica, aunque en realidad es al contrario, ya que disponen de más niveles de ingresos y ahorros, teniendo a la vez menos cargas que los jóvenes. Y como último prejuicio social se asocia la vejez a la institución, haciendo que la vejez sea un problema social y sea necesario institucionalizarles en un centro y apartarles de nuestra sociedad.

Este hecho, el querer apartarles de la sociedad debido a los múltiples mitos y prejuicios que existen hacia el colectivo de mayores, contribuye a la marginación social de los mismos (Gil, 2004).

Tanto es así que se afirma que la marginación de los viejos viene a ser cada vez mayor, ya que la sabiduría ya no es de transmisión oral y que los motivos que propician este estado de marginación son por una parte, la disminución de su capacidad económica tras jubilarse, y ya que no tienen interés en la actividad económica, también carecen de interés social. Otra de las causas, sería el cambio que se ha producido en la sociedad en la que la familia extensa pasa a ser familia nuclear, contrayendo a que el anciano pase de ser el “patriarca” a tener la condición de marginado (Limón, 1992).

Otra de las razones que contribuye a la marginación de las personas mayores es el vertiginoso cambio de nuestra sociedad, que no permite a los mayores adaptarse a las nuevas condiciones de vida. Mencía Gallardo (1991), añade otras dos causas que propiciarían esta marginación de la sociedad a la tercera edad.

Por una parte, se debería al gran movimiento migratorio ocurrido en nuestro país que hace que se vaya desplazando la sociedad rural hacia el medio urbano, forjando que los ancianos se queden prácticamente solos en los pueblos y por otra, se habla de la pobreza cultural que tienen los ancianos, lo cual les sitúa en una posición desfavorable para analizar su situación y conseguir su superación.

Como consecuencia a todos estos prejuicios sociales y como principal efecto de la marginación a nuestros mayores es la interiorización de sus «minusvaloraciones». Según Ramos (1994), todo esto hace que el anciano desarrolle sentimientos de inferioridad, de auto marginación, cuyas consecuencias más inmediatas son la pérdida de identidad, el aislamiento voluntario, la pasividad y la sensación de inutilidad.

- **Las residencias y los efectos de la institucionalización.**

Hemos comentado anteriormente que debido al envejecimiento que sufre la población europea en las últimas décadas, en la que existe un crecimiento considerable de las personas de más de 80 años, avala la necesidad de aumentar la oferta asistencial a través de las residencias de ancianos. Según López Mongil (1991), son cerca de 200.000 españoles mayores de 65 años los que viven en residencias, haciendo que su internamiento se deba a la disminución de su capacidad funcional percibida en restricciones o limitaciones en sus actividades, su comportamiento y en sus relaciones sociales, más que a síntomas o signos de enfermedad propiamente dichos.

Cuando el anciano ingresa en una residencia y abandona su contexto de vida habitual para incluirlo en un ambiente nuevo y extraño le genera muchos problemas a diferentes niveles ya que estamos restringiendo la libertad de la persona de forma no consentida generalmente por la misma (López Mongil ,1991). Esto hace que sean múltiples los cambios que conlleva para la vida del anciano; el abandono del hogar con toda la carga emotiva en el implícita, el contacto regular con familiares o vecinos y la ruptura social con sus entorno entre otros.

Además, el ambiente residencial generara nuevas situaciones a las que el anciano tendrá que adaptarse; cambio en las relaciones sociales, aumento de la estructuración de las rutinas diarias en las que el tiempo y las actividades de las normas que regulan la vida de los residentes, mayor control de sus aspectos vitales y la pérdida de ciertas libertades individuales (Bernal, 2001).

A modo de ejemplo nombraremos algunos de los numerosos estudios que se han realizado en residencias teniendo en cuenta diversas variables, como aquellos en los que encontraron que la autonomía y el control percibido eran los aspectos más importantes percibidos por los residentes; y cómo se alerta del riesgo que supone que algunas residencias prioricen el esmero en el cuidado físico y sanitario en detrimento de la atención a los aspectos más psicológicos o afectivos de los residentes. Además, existen estudios realizados por Fernández del Valle y Fernández Ballesteros sobre las relaciones conducta-ambiente aplicadas a la valoración de programas residenciales (Pinazo Hernandez y Martínez Sánchez, 2005).

Interesante también otro estudio basado en las posibles diferencias entre ancianos que residen en sus casas o los que se encuentran en una residencia, en el que confirmaron que los ancianos residentes en instituciones apenas difieren en sus niveles de bienestar autoinformado de los no institucionalizados.

Por este motivo, la residencia de ancianos, además de velar por su cuidado físico, debe promover su bienestar socio-afectivo y psicológico, ofreciendo al paciente una serie de oportunidades de intervención emocional y social activa a través de diversos programas de animación sociocultural o rehabilitación cognitiva, entrenamiento en habilidades sociales, programas de reminiscencia, etc. (IMSERSO, 1982).

Bazo, (1991) nos remite a Cook (1981), quien ofrece un modelo conceptual que puede ayudar a promover el ambiente humano para el anciano en instituciones de asistencia a largo plazo. Este modelo refleja la teoría de Maslow de la motivación humana y su jerarquía de necesidades humanas. Del mínimo al máximo nivel estas son: a) necesidades fisiológicas, b) necesidades de seguridad, C) amor y pertenencia, d) autoestima y e) autorrealización. Se deben satisfacer las necesidades del nivel inferior de la jerarquía para que las personas dirijan sus recursos a satisfacer las necesidades de niveles superiores.

Dentro de una residencia de ancianos, las necesidades fisiológicas del paciente se satisfacen a través del personal del centro, mientras que las necesidades de mayor nivel han de ser satisfechas por los terapeutas o trabajadores sociales del centro.

Por esta razón, se ha de velar por satisfacer todas las necesidades de los mayores institucionalizados en los centros ya que ellos, se sentirán más seguros cuando tengan evidencias de que no han sido abandonados y olvidados por el mundo exterior. Además, deben ser atendidos por los profesionales adecuados para ayudarles a paliar las consecuencias que el ingreso institucional les genera teniendo en cuenta que el anciano lleva aparejados efectos negativos como pobre ajuste, depresión e infelicidad, falta de competencia intelectual con incremento de la rigidez y pérdida de energía, autoimagen negativa, sentimientos de insignificancia personal e impotencia, una visión de sí mismos como «viejos», incremento de ansiedad, pérdida de intereses y actividades, pasividad y sumisión e incremento de la mortalidad (Bazo, 1991)

Otros autores hablan de los efectos que los aspectos organizativos de los centros institucionales generan: factores de la política organizativa de los centros parecen influir decisivamente en la conducta de los residentes ancianos. La vigilancia y la sobreprotección de los responsables de los centros inciden decisivamente en un decremento de la actividad de éstos con los negativos efectos que para la salud física tiene esta merma.

Los frecuentes cuidados excesivos e innecesarios por parte del personal determinan que el anciano adopte un papel de enfermo. La política organizativa puede también determinar la desadaptación del residente a la institución desde los primeros momentos de su inserción en ella.» (Fernández Ballesteros, 1992).

- **Las relaciones de los mayores: relaciones familiares y sociales. Soledad y aislamiento**

Es sabido que las relaciones interpersonales y el apoyo social constituyen los aspectos esenciales para el bienestar subjetivo de los individuos a lo largo de su ciclo vital. En numerosos estudios se han identificado 4 áreas fundamentales: las relaciones familiares, las relaciones sociales y de amistad, la participación en actividades de la comunidad y las relaciones personales del entorno laboral.

En lo que respecta a los ancianos se mantienen las mismas áreas mencionadas a excepción de la última (Martínez- Vizcaíno y Lozano, 1998), que desaparece con la llegada de la jubilación que genera a su vez, cambios importantes en las dimensiones restantes.

Por ejemplo existe una necesidad a aumentar el tiempo de convivencia con la familia, a participar en actividades de la comunidad para ocupar el tiempo que antes dedicaba a su vida laboral (Pinazo Hernández y Martínez Sánchez, 2005).

Podría pensarse en primera instancia, que es un colectivo no socializado ni integrado socialmente ya que son apartados de la sociedad, pero en realidad los mayores han tomado hace tiempo conciencia colectiva y se organizan como grupo que reclama participación social a todos los niveles incluyendo el político (Bazo, 1991).

Según el artículo de Limón (1992), autores como Serra, Dato y Leal, (1988); consideran la ancianidad como un periodo de tiempo en el que los individuos se ven obligados a cambiar su modo de vida y adaptarse a una nueva situación social y psicológica. Además, cabe destacar que uno de los elementos que resaltan en la problemática propia del envejecimiento es la «salud mental» del anciano ligado a la falta de comunicación y soledad.

Las investigaciones recogidas por los autores indican que hay una relación entre la frecuencia de los contactos sociales y el sentimiento de satisfacción respecto de la vida y es preciso llegar a la conclusión de que un elevado porcentaje de la población de edad se encuentra en un estado de extrema privación social, cuyas incidencias sobre la salud mental son considerables. Como ya se ha dicho anteriormente, las principales relaciones interpersonales que mantienen las personas mayores están dirigidas a los familiares y amigos y vecinos.

Las relaciones familiares están sujetas a variaciones sustanciales que generan nuevos modelos de interacción, como por ejemplo, la llegada de los nietos, la muerte del cónyuge, momento en el que resulta fundamental disponer del apoyo de los hijos. La red familiar supone la mayor parte de apoyo para los ancianos, mediara en la calidad de vida de los ancianos y en su bienestar psicológico, independientemente de las variables de cada familia.

A la vez que ocurren pérdidas en la red de relaciones y vínculos de las personas mayores, también se experimenta un aumento en las redes sociales con la llegada de la "abuelidad" o "bisabuelidad" (Martín Serrano, 2001).

Según un estudio del IMSERSO (1982), la mayoría de las personas mayores mantiene un contacto frecuente con la familia de la que recibe y a la que proporciona apoyo y diversos servicios.

La familia es la fuente de ayuda y apoyo más importante para la población mayor más dependiente y necesitada. La familia proporciona cuidados a lo largo de todo el ciclo vital, apoyo económico, aliento y apoyo emocional y constituye uno de los recursos más importantes de la población mayor (Pinazo Hernández y Martínez Sánchez, 2005). En concreto, primero es la pareja, le siguen los hijos, nietos y posteriormente las personas allegadas.

Es en este caso, para aquellas personas mayores que no cuentan con familiares (porque carecen de ellos, tienen malas relaciones con ellos, o residen en lugares alejados) para las que las amistades constituyen un gran apoyo social y una fuente de satisfacción considerable (Gil 2010). De hecho, según Crohan y Antonucci en (1989), el ajuste, la autoestima y el estado de ánimo de las personas mayores depende más de la calidad de las relaciones con los iguales y las relaciones de amistad que de las relaciones con la familia. Por tanto, las amistades son una de las fuentes de satisfacción más significativas que produce un gran impacto en el bienestar de la persona mayor.

Según Ramos (1994), todo lo que contribuye a disminuir la autoestima y el valor social del individuo puede favorecer la aparición de afecciones psíquicas en las personas de edad. El resultado principal de estos cambios parece ser un sentimiento de soledad porque todos estos elementos contribuyen a la disminución de los contactos sociales. La pérdida de la autoestima provoca en efecto la impresión de no tener ya relaciones en cuanto a persona humana.

Según de la Gándara (1995), la soledad puede definirse como el estado o el sentimiento personal que se experimenta cuando se estima que el nivel de las relaciones sociales es insuficiente o que éstas no son satisfactorias. La autora, considera importante distinguir el aislamiento de la soledad.

En general, no son los individuos que poseen una larga experiencia del aislamiento y de la soledad los que presentan unas perturbaciones psíquicas durante la vejez, sino quienes ven disminuir la frecuencia de sus relaciones con otros por muy diferentes causas: muertes del cónyuge, de los amigos o de los parientes próximos, alejamiento de los miembros de la familia, achaques que tornan difíciles las visitas y las comunicaciones, problemas económicos y dificultades de transporte que reducen la frecuencia de los contactos.

La soledad puede asociarse a una cierta timidez que impide asumir la iniciativa de los contactos sociales tras un cambio de ambiente o de condiciones, puede conocer este tipo de aislamiento así como una profunda sensación de soledad.

Por su parte, Ramos (1994), afirma que los ancianos pueden estar socialmente aislados viviendo solos o en medio de otras personas. Cuando se está aislado socialmente, la persona se ve privada de interacción personal regular y significada y la consecuencia más grave de este aislamiento es la soledad. Un anciano no se siente solitario porque este solo, la soledad se relaciona por tanto con una ausencia de actividad socialmente estimulante y de relaciones interpersonales mutuamente satisfactorias.

Independientemente de las razones de su soledad (dificultad para establecer relaciones, dificultades de personalidad de larga duración...,) hay que tener en cuenta las terribles consecuencias del aislamiento social y emocional prolongado como es el caso de la degradación senil, debida a la soledad prolongada en determinadas personas.

El libro “Gerontología. Actuación, Innovación y Propuestas” (2005), habla de que existe mucha evidencia del efecto social, físico y emocional producido por la soledad en las personas de edad avanzada. Con este grupo de población la soledad ha sido asociada a las depresiones endógenas y al suicidio, así como a un gran número de trastornos psicosomáticos incluyendo las úlceras hepáticas, asma y otras condiciones respiratorias; así como es considerada como factor precipitante de la diabetes, arterioesclerosis y otras afecciones crónicas.

Por esta razón, es conveniente tratar de que el anciano sea participe de la sociedad en la que vive, que interactúe satisfactoriamente con su entorno cercano y que no sienta vacío ni soledad interior mediante distintos programas de intervención primaria, secundaria y terciaria llevados a cabo en la comunidad o centro institucional (Pinazo Hernadiz y Martínez Sánchez, 2005).

- **Antecedentes de trabajos en Habilidades Sociales**

Existen multitud de trabajos y programas orientados al entrenamiento de habilidades sociales con diversos colectivos. Es muy frecuente la intervención con carácter preventivo en niños/as en edad escolar y en adolescentes (Godstein, Sprafkin y Gershaw, 1983; Verdugo, 1997; Cava y Musitu, 2002; Inglés, 2003) o con carácter reforzador o terapéutico en personas con discapacidad (Bermejo, 2002; Verdugo, 1992) o que presentan necesidades educativas especiales (Olivar y De la Iglesia, 2008), siendo más infrecuente los programas de entrenamiento dirigidos a personas adultas o ancianos que tienen un carácter correctivo y proactivo. Como he indicado, hay muchos programas dirigidos a niños y adolescentes que se han elaborado a lo largo de los años. Alguno de ellos son:

- ✚ “Aprendizaje estructurado” (Goldstein, Sprafkin y Gershaw, 1983). Este programa está dirigido a adolescentes con problemas de agresividad, retraimiento e inmadurez. Es un programa cuyo original es en inglés y que supuso todo un hito en el establecimiento de los pasos y fases de entrenamiento y enseñanza de las habilidades sociales. Consta de 50 habilidades divididos en seis grupos (Véase tabla nº 2, Tipología de las habilidades sociales según Godstein, 1989).

- ✚ “Refuerzo de las habilidades sociales” (Vallés, 1994). Este programa consta de un cuadernillo a través del cual se proponen distintas actividades para desarrollar las habilidades sociales y va dirigido a alumnos estructurados en tres niveles; (I: segundo ciclo de educación primaria, II; Tercer ciclo de Educación Primaria, III; educación secundaria.). Al ser fichas, el trabajo de este programa es individual

- ✚ “Vivir con otros” Programa de desarrollo de habilidades sociales (Arón y Milicic, 1996). Este programa está destinado como un taller de capacidades para profesores donde se dan algunas pautas para ayudar a alumnos en edad escolar a mejorar sus habilidades sociales. Primero, se analiza el concepto, la evaluación y los procedimientos de entrenamiento y posteriormente se presenta el programa con diversas unidades didácticas
- ✚ “Programa de Habilidades Sociales “(Verdugo, 1997). Este Programa, conjunto con el Programa de Orientación al Trabajo y el de Habilidades de la Vida Ordinaria conforman los “Programas Conductuales Alternativos”. Esta indicado especialmente para alumnos con necesidades educativas especiales (adolescentes). Agrupa un conjunto variado de conductas cuya meta final es la integración del alumno en la comunidad, para lo que integra un conjunto de habilidades sociales dirigidas a aumentar la competencia social y la adaptación al medio.
- ✚ ESCEPI: “Enseñanza de soluciones cognitivas para evitar problemas interpersonales”. (García y Magaz, 1997). Este programa está dirigido para niños desde los 4 hasta los 10-12 años y trata de la enseñanza en las habilidades sociales y educación en valores para la convivencia. Consta de seis sesiones con seis unidades didácticas cada una en las que se cuentan diferentes historias. Después de la historia se inicia un coloquio que termina tras establecer una serie de conclusiones y prácticas de generalización de los aprendizajes.
- ✚ “Programa de Enseñanza de las Habilidades de Interacción Social”, PEHIS. (Monjas, 1993, 1999 y 2006). Es un programa cognitivo-conductual de enseñanza sistemática de habilidades sociales a niños, niñas y adolescentes a través de personas significativas en el entorno social, como son los compañeros/as, profesorado y familias. La meta principal que se propone, es la promoción de la competencia social en infancia y adolescencia.
- ✚ “Convivir” (Cava y Musitu, 2002). Este programa se dirige a alumnos de educación secundaria obligatoria (12-18 años) e incluye un dossier con un planteamiento teórico y dos más con actividades, en las que abarca desde las habilidades cognitivas hasta las habilidades sociales y de competencia social.

✚ “Programa PEHIA. Enseñanza de Habilidades Interpersonales para adolescentes”. (Inglés, 2003). Este programa está dirigido a adolescentes de entre 12 a 18 años y el objetivo que se propone es potenciar las relaciones interpersonales adecuadas para prevenir problemas desadaptativos.

Cada actividad en la que se trabaja se proponen los diferentes objetivos, el material necesario y el tiempo que se requiere en su desarrollo

En el caso de las personas con discapacidad, en función de su patología o discapacidad, se han propuesto diversos programas y se han llevado a cabo multitud de intervenciones en el entrenamiento en habilidades sociales.

En Andalucía, por ejemplo, desde la Asociación Asperger Andalucía se han desarrollado diversos “Programas de Intervención en Habilidades Sociales en Individuos con Síndromes de Asperger” elaborados por los psicólogos Caballero de la Cruz, J. y Benavente Martín, M. y coordinadores de la Fundación AFIM con el objetivo de reforzar la adquisición de reglas sociales y promover el desarrollo de las habilidades sociales de estas personas.

En la Comunidad Autónoma de Castilla y León, en el año 2002, se ha llevado a cabo una intervención para personas con retraso mental, dirigida a ocho centros de atención a personas con discapacidad psíquica de Castilla y León que corresponde a la Gerencia de los Servicios Sociales y que se lleva a cabo en las provincias de Burgos, Valladolid, Salamanca, Soria, Palencia y Zamora. Esta guía, denominada “Manual de Evaluación y Entrenamiento en Habilidades Sociales para Personas con Retraso Mental” coordinado por Belén Gutiérrez Bermejo y Mercedes Prieto García y elaborada por varios profesionales durante muchos años de trabajo se pone en marcha con el fin de proporcionar oportunidades y apoyos para que la persona con retraso mental adquiera habilidades que faciliten su integración y participación en la comunidad.

En la provincia, el equipo de investigación “Psicología clínica y discapacidad” de la Universidad de Valladolid, ha realizado un programa para la mejora de las habilidades sociales y comunicativas de niños y adolescentes con trastornos del espectro autista de alto funcionamiento (TEA-AF) con el fin de mejorar su competencia sociocomunicativa.

La intervención de dicho programa llevado a cabo por Myriam de la Iglesia Gutiérrez y José-Sixto Olivar Parra (2008) se ha dirigido a niños con autismo del C.E.E “El Corro” de Valladolid. En este programa participaron 20 niños y adolescentes con TEA-AF aunque los autores, tienen la intención de extrapolarlo al contexto escolar en un futuro.

En el caso de los programas de habilidades sociales para personas mayores, existe una escasa relación de autores que hayan elaborado programas de intervención específicamente diseñados para la senectud.

Deseo destacar la Tesis Doctoral sobre “Habilidades interpersonales en la tercera edad” de D^a Adelia de Miguel Negredo (1990), donde desarrollada cinco habilidades cognitivas como solución de problemas como asunción de perspectivas, delimitación de consecuencias, atribución de causalidad, generación de alternativas, y planificación de medios para el logro de fines. Los objetivos que pretende este tipo de entrenamiento son: hacerse consciente de que los problemas interpersonales son una característica vital de todas las personas, centrarse en los problemas interpersonales, convencerse de que los problemas interpersonales actuales siempre tienen solución si se busca y aprender que las habilidades interpersonales son un medio y no un fin para ejercer autocontrol personal e influencia en los demás consiguiendo adaptación (Adelia de Miguel Negredo, 1990).

Por otra parte, durante el año 1999-2000 en la Facultad de Psicología de la Universidad de Sevilla, se ha propuesto una intervención en habilidades sociales con ancianos en un “Programa para favorecer la salud mental y la calidad de vida mediante el desarrollo y mantenimiento de amistades”, cuyo fin primordial es el de desarrollar habilidades sociales que permitan el desarrollo y mantenimiento de las amistades en este colectivo.

Otro trabajo interesante que se ha planteado es el de “Educación y Emocional en Adultos y Personas Mayores” realizado por D^a Belén López Pérez, D^a Irene Fernández Pinto y D^a María Márquez González, de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Madrid en el año 2008, cuya misión es que las personas adquieran conciencia de sus propias emociones, mejoren su autoestima y aprender habilidades sociales para mejorar las relaciones interpersonales.

2. DISEÑO DE LA INTERVENCIÓN

En esta parte del proyecto se explica la práctica que se va a llevar a cabo en la Residencia “Virgen de Loreto”, de Valencia de Don Juan (León). La propuesta se dirige a un grupo de 12 personas que se encuentran en su primer año de institucionalización, con la finalidad de mejorar su calidad de vida dentro del centro, a través de la potenciación de su autoestima y su mejora de las relaciones interpersonales gracias al programa de entrenamiento en habilidades sociales propuesto (Véase anexo I). El proceso psicopedagógico que se plantea, contempla la fase de diagnóstico de necesidades, (Véase anexo II, III y IV) la puesta en marcha de la intervención y la evaluación de todo el proceso (Véase Anexos V) para comprobar la consecución de los objetivos establecidos.

2.1 DISEÑO DEL PLAN DE INTERVENCIÓN

Debido a la gran importancia que las habilidades sociales tienen para el hombre; y máxime en el colectivo de personas mayores se plantea la propuesta práctica de intervención por parte de la alumna en la Residencia de ancianos “Virgen de Loreto” de Valencia de Don Juan (León), con el fin de dotar a las personas que se encuentran en su primer año de institucionalización en el centro, de las conductas necesarias para mejorar sus relaciones interpersonales y su ámbito emocional, tan afectado con este cambio de vida tan radical. Esta propuesta comienza con la detección y evaluación de las necesidades que existen a nivel individual (Véase anexo II: entrevista conductual y Anexo III y IV: cuestionarios de diagnóstico) y grupal en aspectos fundamentales como la autoestima, asertividad, irritabilidad y comunicación.

A partir de esas necesidades detectadas se crea un plan concreto que da respuesta a las mismas mediante la puesta en práctica de diversas actividades y sesiones concretas. Estas actividades responden a un plan específico que se centra principalmente en el fomento de la autoestima y la comunicación al mismo tiempo que procura el aprendizaje de la asertividad y control de la irritabilidad e ira.

Posteriormente, el proceso pedagógico finalizará con la conveniente evaluación en la que como criterios de evaluación se valorará la consecución de los objetivos planteados en el programa y la mejora de las cualidades socio-emocionales de los participantes. (Véase anexo V).

2.1.1 Contexto de la intervención: La Residencia “Virgen de Loreto”.

Esta residencia mixta de titularidad privada, está ubicada en la localidad de Valencia de Don Juan, un pueblo en la zona sur a 38 kilómetros de la provincia de León. Tiene 70 plazas disponibles con habitaciones dobles y compartidas. Es un centro para válidos y las condiciones de admisión dependen del estado de salud de los solicitantes. Hasta la fecha, han llevado a cabo programas de animación socio-cultural, desarrollando diversas actividades de ocio tales como teatro, pintura u olimpiadas de juegos de mesa, entre otras; vienen desarrollando desde hace unos años un plan de estimulación cognitiva y actividades de psicomotricidad grupal; todas ellas realizadas en varias aulas polivalentes que posee el centro.

Además de otros muchos servicios, el centro también posee un gimnasio, coro y capilla. En cambio, aunque es muy completa en cuanto a servicios y programas para los mayores, carece de un Plan Específico de Entrenamiento en Habilidades Sociales (Véase anexo I), razón por la cual he considerado provechoso desarrollar mi propuesta práctica, entre otras.

A razón de esta necesidad detectada, he decidido intervenir en la residencia de ancianos de “Virgen de Loreto” porque mi familia materna es de un pueblo cercano y un familiar mío estuvo ingresado allí 10 años y me permite conocer de cerca las carencias socio- emocionales de las personas que se encuentran en su primer año de institucionalización y las pocas posibilidades que ofrece el centro a este respecto; ya que aunque sí que disponen de otros programas de ocio y tiempo libre, no han llevado a cabo sesiones de este tipo en el tiempo que mi familiar ha estado allí, y como muchos otros usuarios, lo ha requerido y le hubiera hecho más sencilla su adaptación a la vida del centro y a sus nuevos compañeros

Por esta experiencia particular, quería facilitar a nuestros mayores, este cambio tan drástico y traumático que viven en algunos casos en el momento de ser institucionalizados; ofreciendo ayuda y orientación en su adaptación al centro mediante las distintas sesiones realizadas y sobre todo, ofreciendo oídos a sus necesidades socio-afectivas y proporcionándoles los medios necesarios para subsanarlas.

2.1.2 Destinatarios del Programa de Intervención

Dentro de los usuarios que viven la residencia “Virgen de Loreto” he querido focalizar mi propuesta de intervención en aquellos sujetos que se encuentran en su primer año de institucionalización en el centro, dando respuesta a las necesidades que este suceso pueda acarrear en sus vidas a nivel socio-emocional y como prevención de posibles problemas vinculados a este proceso de adaptación.

En este caso, mi propuesta se centra en un grupo reducido de 12 personas válidas que se encuentran en esta etapa de adaptación. Como datos relevantes de los mismos, diré que 8 son menores de 70 años, dos de ellos son mayores de 70 y otros dos mayores de 80 años. La mayoría de ellos se sienten tristes y desamparados por estar dentro del centro y tienen esa sensación de “abandono” por parte de sus familias. Alguno de ellos, ya se han hecho a la vida en el centro, aunque todos requieren de la mejora de su autoestima y en sus relaciones sociales, según sus propias palabras y el diagnóstico realizado.

Es importante destacar, que debido a que es una residencia de válidos, ninguno de ellos, por tanto, presenta enfermedades o patologías que puedan afectar a la realización y/o planificación de las sesiones tales como alzhéimer, demencia senil, etc.; aunque sí que tienen otras patologías derivadas de la edad como diabetes, leve pérdida visual y auditiva.

2.2 FASES DE LA PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

Para plantear una adecuada intervención con este grupo seleccionado y de acuerdo al proceso psicopedagógico que nos han enseñado durante el máster, es necesario realizar una primera fase en la que se evalúan las necesidades de cada uno de ellos, una segunda fase en la que a partir de esas necesidades detectadas, diseñamos un plan específico de intervención que dé respuesta a las mismas y para finalizar realizaremos una tercera fase de evaluación de todo el proceso para ver si hemos conseguido los objetivos propuestos.(pp. 8).

A continuación, se describe más detalladamente cada una de las fases que forman parte del proceso pedagógico.

2.2.1 Fase I: Evaluación de las habilidades sociales que poseen los usuarios del centro

Esta primera fase parte gracias a la información que nos facilita el centro de todos los pacientes, se lleva a cabo una recogida previa de información relevante en el plazo de un mes antes de la realización y ejecución del programa de intervención.

Primeramente, a partir de la información que se nos proporciona mediante los informes que tienen en la residencia, concertamos una entrevista conductual (Véase Anexo II) con cada usuario y sus familiares en la que recabamos los datos de mayor interés que nos faciliten y aquella información no verbal que observemos a través de sus gestos, actitudes, forma de expresión, grado de colaboración y motivación de la persona, implicación de las familias...etc.; con objeto de realizar una adecuada intervención a posteriori.

○ Entrevista conductual inicial

En esta reunión dirigida estructurada que mantenemos con cada posible participante y su familia de forma particular, valoraremos una serie de aspectos importantes a tener en cuenta a la hora de poder realizar un entrenamiento en habilidades sociales teniendo en cuenta los déficits de cada sujeto (Véase Anexo II)

En dicha primera toma de contacto, se pasará además un par de cuestionarios de autoregistro (Véase Anexos III y IV) a los usuarios para podernos orientar sobre las necesidades en habilidades sociales que cada uno de ellos posee; además de observar a la persona interactuar con su familia y la terapeuta...

Estos test, están adaptados a las situaciones reales del colectivo de personas mayores, se realizan registrando sistemáticamente sus respuestas en las plantillas al mismo tiempo que se recoge la información que acompaña a la expresión verbal.

Los instrumentos de diagnóstico individual que se han pasado a los usuarios del centro son:

- **Perfil Diagnóstico de Habilidades Sociales**

Este test general de habilidades sociales cuenta con 46 ítems que mide los niveles de asertividad, como se autopercibe el sujeto, como expresa peticiones, recibe halagos y críticas, como se comunica...etc. (Véase Anexo III)

Únicamente se les pedirá que respondan todas las cuestiones de la forma más sincera posible para obtener unos resultados fiables. Los resultados del cuestionario han sido valorados por la psicopedagoga en función de un puntaje que se describe más adelante (Véase Anexo III). Ese puntaje determina el grado de adquisición y puesta en práctica de cada una de las habilidades evaluadas y me permite conocer el punto de partida de cada uno de los sujetos evaluados para trabajar en el programa de intervención.

- **Cuestionario de Agresividad, Ira e Irritabilidad**

Este cuestionario nos proporciona información relevante sobre el estado de ánimo del sujeto, de cómo actúa ante diversas situaciones, si gestiona adecuadamente su ira, cólera y si se muestra agresivo en alguna ocasión o por el contrario no lo es. Partimos del cuestionario estandarizado AQ (Aggression Questionnaire) de Buss y Perry (1992) y lo he adaptado a las características propias de personas mayores ante situaciones cotidianas de su vida diaria. (Véase Anexo IV).

Este test se pasará de la misma forma que el anterior, asegurando la sinceridad de las respuestas para obtener unos resultados óptimos. Los resultados obtenidos en el mismo, determinará el grado de irritabilidad y cólera que poseen los sujetos y la existencia o no de una agresividad latente ante determinadas circunstancias que será el punto inicial del módulo III.

De acuerdo a las Habilidades Sociales más importantes en el uso cotidiano de los participantes, estos son los resultados obtenidos.

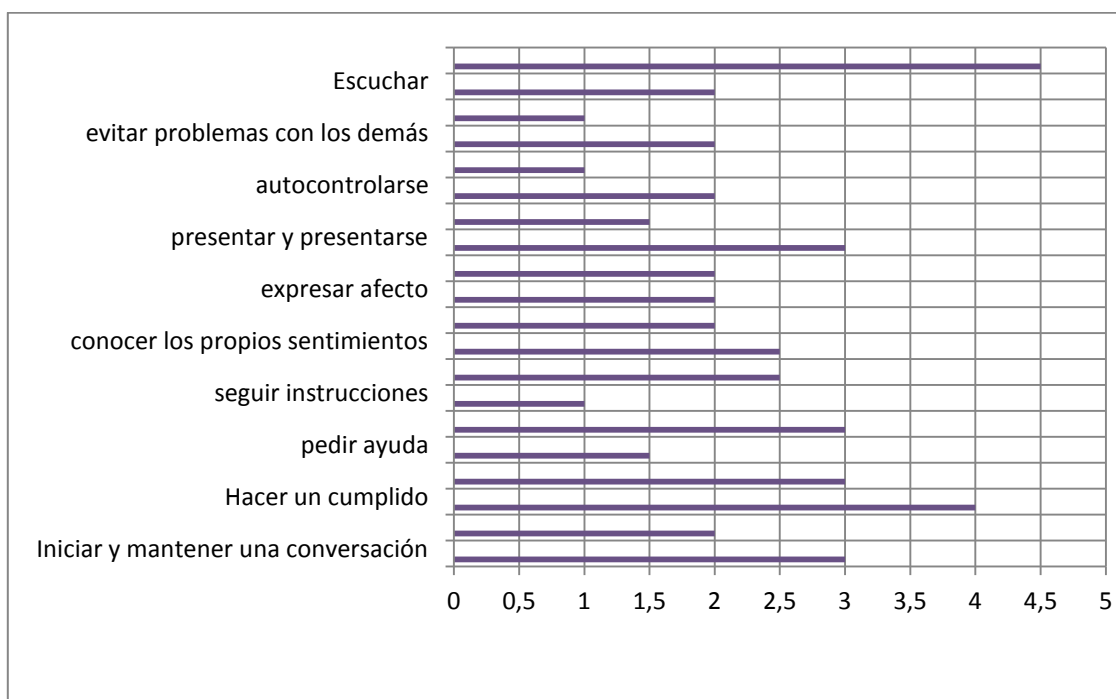


Gráfico N° 4: Necesidades detectadas en materia de HHSS. Elaboración propia a partir de la evaluación individual y grupal realizada, utilizando como criterios la clasificación de HH.SS de Godstein, 1989.

Los resultados de ambos cuestionarios de acuerdo con su puntaje (Véase puntaje cuestionarios Anexo III y VI) y los obtenidos a través de la entrevista conductual individual (Véase Anexo II) sostienen que existen niveles muy bajos en ámbitos como la asertividad, el control de la ira, la autoestima y la comunicación en las personas diagnosticadas, que serán objeto de intervención; mientras que poseen habilidades suficientes para realizar una queja, presentarse o disculparse.

Seguidamente a la valoración de los resultados obtenidos en los cuestionarios de diagnóstico y el volcado de información relativa a cada sujeto y previa al planteamiento de la intervención a llevar a cabo con los sujetos, comunicamos las necesidades detectadas a las familias en cada caso particular y los beneficios que les va a aportar la realización de los talleres a cada uno de ellos, al mismo tiempo que se les pregunta si están interesados en formar parte del programa de entrenamiento en habilidades sociales y se realizará un role-playing grupal para observar cómo funcionan en grupo.

De las 17 personas que se encuentran en su primer año de institucionalización a los que se les realizó la entrevista conductual inicial y los cuestionarios, fueron 12 los que aceptaron participar en el programa, los 5 restantes consideraron que no lo necesitaban aunque obtuvieron unas bajas puntuaciones.

- **Role- Playing de Evaluación Grupal**

Tras las convenientes valoraciones individuales a través de los cuestionarios y la entrevista conductual inicial con cada participante, toca identificar que componentes de habilidades sociales son deficientes en el grupo para recibir el entrenamiento en los mismos.

Para ello, hemos tenido una sesión de evaluación con el grupo y propusimos un role- playing previo al tratamiento. En él, observamos que aunque evidentemente no todos tienen las mismas necesidades en habilidades sociales, dos de ellos tienen dificultad para mantener el contacto ocular, a seis de los mismos parece costarle mucho expresar sentimientos y la mayoría presenta gran déficit en autoestima y asertividad y se detecta mucha agresividad en sus palabras.

2.2.2 Fase II. La intervención del Programa de habilidades Sociales

Tras la evaluación de las necesidades detectadas entre los 12 participantes, se desarrolla un programa base de habilidades sociales que puede ser más o menos modificado y/o ampliado según las necesidades que vayan surgiendo en el grupo a lo largo de las sesiones de trabajo.

La propuesta que se describe a continuación supone un plan de habilidades sociales de carácter terapéutico que aborda aspectos fundamentales del ser humano como la autoestima, la asertividad, la comunicación y el control de la ira (Véase sesiones I-IX del Anexo I).

Estas necesidades detectadas en el grupo serán entrenadas mediante una serie de técnicas y ejercicios que ayudarán a los participantes a desarrollarse íntegramente en su ámbito socio- emocional, procurándoles por tanto, mayor autonomía personal a nivel social, mejorando y corrigiendo aspectos negativos que se hayan forjado en su autoestima y autoconcepto; así como la adquisición de un mayor conocimiento e interacción con su entorno más próximo. Además, fomenta las relaciones personales saludables, ya que se les pretende dotar de habilidades básicas de comunicación asertiva a través de los distintos talleres realizados.

El programa establecido se temporizará en cinco semanas, con dos sesiones semanales de duración variable entre 30 a 60 minutos cada una. Los módulos y sesiones de las que se compone el programa se pueden observar en el siguiente cronograma

Módulo I:	Sesión 1	Sesión 2
Comunicación	“Aprendiendo a escuchar”	“Mensajes claros”
Módulo II:	Sesión 3	Sesión 4
Autoestima	“Me acepto y me quiero”	“Conociéndonos”
		Sesión 5
		“Orgulloso de mis logros”
Módulo III:	Sesión 5	Sesión 6
Control de la Ira	“Identificación de los pensamientos que preceden a la ira”	“Autoinstrucciones”
Módulo IV:	Sesión 7	Sesión 8
Asertividad	“Estilos comunicativos: pasivo, agresivo y asertivo”	“Test de discriminación de respuestas”

Cuadro nº1. Cronograma de las sesiones. Elaboración propia.

- **¿Qué trabajamos?**

A continuación describiremos los diferentes módulos de trabajo en los que se fundamenta el programa de entrenamiento:

- **Módulo Comunicación**

Partimos de la idea de que la comunicación es el fundamento de toda la vida social que nos permite establecer intercambios de ideas, sentimientos y emociones, entre otras.

Como se trata de una actividad compartida, necesariamente, relaciona a dos o más personas, por ello, la comunicación no consiste simplemente en decir o en oír algo; la comunicación es la acción de compartir, de dar una parte de lo que se tiene a través del lenguaje, el mayor instrumento de comunicación del hombre.

Por este hecho, he realizado las sesiones orientadas a este módulo con el fin de entrenar o modificar las habilidades que los ancianos poseen a nivel comunicativo; para mejorar sus relaciones sociales y facilitar ese intercambio de información, ideas, opiniones, sentimientos, actitudes, etc. a través del lenguaje verbal y no verbal y de esta manera, alcanzar niveles más elevados en aspectos como escuchar, iniciar o mantener una conversación o dar instrucciones a los demás. (Véase Módulo I: “Aprendiendo a escuchar y “Mensajes claros”. Anexo I).

- **Módulo Autoestima**

Aquí repararemos en la importancia que tiene la autoestima como el sentimiento valorativo de nuestro ser, de quiénes somos, de nuestros rasgos corporales, mentales y espirituales que configuran nuestra personalidad y de cómo afecta a nuestra persona. Es por tanto, indispensable hacerles ver que se trata del valor que las personas tienen de sí mismos y que de esa percepción depende nuestra actitud hacia nosotros mismos y hacia los demás, siendo la base del verdadero bienestar y felicidad.

Por todo esto, es pertinente entrenarla mediante el trabajo de estos aspectos con el grupo, ya que habitualmente su situación personal, los cambios y pérdidas acontecidos durante la vejez y la institucionalización entre otros, les genera sentimientos muy negativos de sí mismos; se encuentran solos, se sienten vacíos e inútiles y a veces, debido a que viven en la residencia, tienen un sentimiento de abandono por parte de su familia.

Trabajaremos aspectos fundamentales en este ámbito como identificar los propios sentimientos mediante la introspección y la expresión de esos mismos sentimientos a los demás o la autorecompensa para hacernos sentir bien a nosotros mismos. (Véase Módulo II: “Me acepto y me quiero”, “Conociéndome” y “Orgulloso de mis logros”. Anexo I).

- **Módulo Control de Ira**

En este módulo veremos que la ira es una de las emociones que más frecuentemente experimentamos, y que se trata de un enfado muy violento donde casi siempre se pierde el dominio sobre sí mismo y se cometen violencias de palabra o de obra. Esto sucede porque aunque la ira no es un sentimiento ni bueno ni malo, sí que debemos aprender a manejarla y expresarla adecuadamente para evitar herir a sí mismo y/o a los demás. Además, la ira suele tener como consecuencia la frustración provocada por no poder cumplir nuestros deseos o expectativas y suele generar bastante dolor en la persona por no saber expresarla de forma socialmente adecuada.

En el caso de los ancianos, esa frustración puede radicar en el hecho de sentirse abandonados por sus familiares en una residencia, el cambio generalmente no consensuado de estilo de vida, o sentirse ignorados ante los cuidadores del centro ante ciertas peticiones o exigencias, etc. En estos casos, por ejemplo, la ira en realidad está causada por una tristeza latente, que puede manifestarse mediante diversas actitudes y comportamientos agresivos.

Es por esto, que en este bloque, deseo que las personas aprendan a identificar los pensamientos y emociones que preceden a la ira; ya que, aunque no es normal que este colectivo la manifieste mediante una agresión violenta, sí que es cierto que crea un malestar interior que se ve reflejado en problemas de autoestima y relación interpersonal.

Pretendo por tanto, que gracias a este módulo aprendan a no entrar en discusiones acaloradas, se autocontrolen ante determinadas situaciones o que expresen adecuadamente su disgusto a los demás. (Véase Módulo III: “Identificando los pensamientos que preceden a la ira” y “Autoinstrucciones”. Anexo I).

- **Módulo Asertividad**

En este ámbito explicaremos que la asertividad es un tipo de comportamiento comunicacional aprendido en el que la persona ni agrede ni se somete a la voluntad de otras personas, sino que expresa sus convicciones y defiende sus derechos; que está vinculada a una alta autoestima y que el aprendizaje de la misma se basa en diferentes técnicas y procedimientos. Además, destacaremos que todo el mundo puede beneficiarse del comportamiento asertivo, y que con el trabajo grupal, trataremos de modificar o romper con los patrones de comunicación pasiva o agresiva que existan en los participantes, con el fin de mejorar en sus relaciones interpersonales y fomentar el aumento de su autoestima.

Trataremos de ayudarles a enfrentarse a situaciones cotidianas en las que requieran de la asertividad para defender sus propios derechos o el aprendizaje incluso como técnica para resolver conflictos. (Véase Módulo IV: “Los estilos comunicativos; pasivo, agresivo y asertivo” y “Test de Discriminación de respuestas”. Anexo I).

Por todo lo anterior y respondiendo a las necesidades detectadas de forma individual y grupal considero estos módulos imprescindibles para el entrenamiento en habilidades sociales a llevar a cabo en el programa.

- **¿Qué pretendemos con la intervención?**

Asimismo, el trabajo de los diferentes módulos pretende la consecución de los diferentes objetivos:

Módulo I: Comunicación	Mejorar el entendimiento mediante el uso de mensajes claros y precisos.	Crear habilidades permita a la persona saber escuchar.
Módulo II: Autoestima	Incrementar el nivel de autoestima.	Aprender a reconocer, expresar y gestionar sus emociones y sentimientos de forma adecuada.
Módulo III: Control de la Ira	Identificar el sentimiento de la ira y los pensamientos que la preceden.	Gestionar de forma adecuada la ira y la cólera a través de autoinstrucciones.
Módulo IV: Asertividad	Identificar e instaurar un estilo comunicacional asertivo	Ayudar a resolver problemas a través de la asertividad.

Cuadro nº2. Clasificación de objetivos por módulo de trabajo. (Elaboración propia).

- **¿Cómo intervenimos?**

La metodología que emplearemos para lograr la consecución de los objetivos planteados llevará implícitos una serie de criterios básicos:

- Todas las pruebas de evaluación y diagnóstico, así como la realización de las actividades serán realizadas por los profesionales pertinentes. (psicólogo, psicopedagoga, trabajador social.)

- En las sesiones desarrolladas se utilizará una metodología activa, que busca una participación total de las personas y que fomenta tanto el trabajo individual como grupal.
- Se parte de un aprendizaje significativo, por lo que las sesiones estarán orientadas a la vivenciación y ejemplificación de experiencias propias, serán actividades prácticas basadas en intereses y situaciones cercanas a las personas mayores. (Véanse ejemplos de las sesiones en Anexo I).
- Se partirá del conocimiento que ya posean los participantes y el aprendizaje se basará en la acción y la reflexión principalmente.
- Se creará un clima de trabajo de motivación y estimulación, que potencien el interés y la curiosidad de los participantes.

Una vez planificados los módulos de trabajo, los objetivos establecidos en cada módulo y la metodología a seguir, sólo falta poner en práctica la intervención del “Programa de Entrenamiento de Habilidades Sociales” a través de las actividades y sesiones planteadas, descritas y desarrolladas íntegramente en el Anexo nº1 de este Proyecto y llevar a cabo la valoración de series temporales durante la misma (Véase Anexo V).

- **Valoración de series temporales del grupo**

Como se trata de una intervención grupal, a lo largo del programa de intervención, he ido evaluando a cada participante una vez a la semana en los distintos módulos de trabajo del programa de entrenamiento, a fin de observar cambios en la conducta que puedan ser atribuidos al programa de habilidades sociales y no a factores externos que hayan influido en los resultados (control experimental).

Resulta muy útil para analizar cómo se va modificando las conductas y cogniciones del sujeto durante el proceso de intervención. Como es una técnica simple y de poco coste, con esta estrategia voy anotando lo más relevante de las personas evaluadas en cada sesión en mi cuaderno con el fin de revisarlo de cara a la constatación de resultados obtenidos en la siguiente fase de evaluación. (Véase cuadro nº13. Anexo V).

2.2.3 Parte III: Evaluación del proceso Psicopedagógico

En esta fase valoraré mi trabajo como profesional mediante una autoevaluación del trabajo realizado, así como una evaluación en función de la consecución de los objetivos marcados al inicio del programa propuesto. Para dicha evaluación se le entregará a cada participante un cuestionario en cuanto a los módulos realizados, la labor de la terapeuta y los aprendizajes adquiridos. Este sencillo cuestionario de autoregistro pondrá de manifiesto mi labor como psicopedagoga y la efectividad del programa.

Los cuestionarios se recogerán en un plazo de 7 días para que puedan realizarlo tranquilamente y ayudados/as por los cuidadores/as, familiares, etc.

- **Autoevaluación del proceso**

Mi valoración personal del programa estará fundamentada en los siguientes criterios:

Finalidades de la Evaluación. ¿Para qué evaluar?

- En este punto indico los resultados que a mi juicio he obtenido con el desarrollo del programa. Luego lo contrasto y amplio con los datos obtenidos de los cuestionarios que pase a/ familiares y participantes.

A este respecto, en mi opinión se han alcanzado todos los objetivos establecidos tanto en la propuesta práctica con los módulos de trabajo y actividades como en el proyecto, aunque todos los aspectos de habilidades sociales pueden seguir trabajándose y entrenándose para seguir mejorando como en el caso de la autoestima y la asertividad.

Los cuestionarios de evaluación recogidos han arrojado buenos resultados, parece que los participantes han aprendido del programa de entrenamiento y lo llevan a la práctica según apuntan familiares y los propios participantes, con la salvedad de que puede seguir mejorando si se continúan trabajando y practicando.

- Después con estos datos, analizaría el por qué algunos objetivos se han cumplido y otros no. Como ya he comentado, en este caso, todos los objetivos que se programaron junto a los módulos y sesiones de trabajo han sido satisfactoriamente logrados, aunque conviene continuar con el entrenamiento de las habilidades trabajadas y la práctica habitual de las mismas por parte de los participantes.
- Si hubiera surgido algún problema se hubiera reformulado nuevos objetivos. En esta intervención, durante la puesta en práctica de las actividades y sesiones no han surgido problemas que sugieran la reformulación y modificación de los objetivos iniciales planteados.
- He realizado distintas evaluaciones: una evaluación inicial (entrevista conductual previa y cuestionarios de autoregistro), una evaluación del proceso (valoración de series temporales de grupo), evaluación final (cuestionarios de autoregistro post-tratamiento) y una evaluación de seguimiento a los 3-6 meses.
- La evaluación inicial analiza la conducta social de las personas y determinan los déficits de cada sujeto; en la evaluación del proceso se analiza cómo se van modificando las conductas y cogniciones del sujeto; la evaluación final nos proporcionará información sobre la mejoría del sujeto tanto a nivel conductual como cognitivo y la evaluación de seguimiento nos sirve para saber si las personas han mantenido los cambios conseguidos durante el entrenamiento o incluso si ha seguido progresando con el paso del tiempo.

Tras la realización de todas las evaluaciones, he realizado una evaluación de seguimiento a los 3 meses de haber puesto en marcha el programa de entrenamiento.

Ésta evaluación se ha realizado a nivel individual por medio de entrevista grupal, preguntándoles directamente como se sienten, el uso que han dado a lo aprendido, etc...; congregando de nuevo al grupo de 11 participantes (uno recientemente fallecido) y mediante esta reunión semiestructurada hemos comentado entre todos que ha ocurrido durante este tiempo.

Los resultados obtenidos a nivel individual y grupal, indican que muchas habilidades aprendidas se han mantenido como las trabajadas en el módulo de comunicación y control de la ira y otras se han perdido como la autoestima y la asertividad por no trabajarlas de continuo o por la dificultad para utilizarlas ante circunstancias y situaciones a las que fueron aprendidas.

▪ **El evaluador. ¿Quién evalúa? y las fuentes de información ¿de dónde obtener información?**

- El terapeuta: me he mostrado muy flexible y a disposición de las necesidades de los participantes según sus propias palabras mediante la evaluación de los autoregistros.
- Los participantes que asisten al programa. Han participado, han estado motivados e interesados en el programa, preguntaron lo que no entendieron y han mantenido en todo momento una actitud muy positiva. Han entregado todos los cuestionarios de evaluación y estos, junto con los cuestionarios que se entregaron a los familiares han supuesto mi principal fuente de información y valoración de mi proceso psicopedagógico. Además de la información recogida a través de la observación en el análisis de series temporales a lo largo de la intervención con respecto a las distintas habilidades entrenadas.

- **Procedimientos de evaluación. ¿Cómo evaluar?**

- Evaluación cuantitativa: es la que he realizado a través de los cuestionados de autoregistro realizados que he pasado a los participantes y los cuestionarios a las familias.
- Evaluación cualitativa: es el caso de la metodología que he utilizado en las sesiones y con los participantes; las entrevistas iniciales personales que he realizado a los participantes para evaluar sus necesidades, así como las que he realizado después para comentar los resultados a título personal o los registros de evaluación de series temporales durante el proceso de intervención.

- **Cuestionario de Evaluación para Participantes**

Existen muchos test estandarizados de auto-registro para evaluar las habilidades sociales adquiridas como la escala de Asertividad de Rathus,, escala Multidimensional de Expresión Social (EMES) ,Inventario de Aserción y Escala- Inventario de actuación Social, entre ellos. Todos estos métodos se utilizan para observar y registrar tanto la conducta manifiesta (Pública) como encubierta (cogniciones). La principal ventaja de este método de evaluación es que nos permite acceder a datos que de otra forma, no estarían disponibles.

En mi programa, he pasado un test elaborado por mi misma en el que se valora el grado de autoconocimiento que las sesiones han generado en cada participante, así mismo, evalúa el trabajo del terapeuta y cómo han sido las sesiones en las que han participado. El cuestionario fue realizado por los participantes de los talleres en función de la opinión que les merecieron las diferentes cuestiones planteadas (Véase Tablas 6 y 7, Anexo V) y fueron muy tenidos en cuenta a la hora de evaluar la intervención realizada.

- **Cuestionario de Evaluación para Familias**

Este método de evaluación realizada por los demás, es muy útil, pero poco empleada normalmente por la limitación de la misma, ya que los demás, sólo observan una pequeña y limitada parte de la conducta social y no la totalidad de ella. A pesar de ello, he decidido utilizarla en mi programa porque se considera que aunque no se refleja de forma precisa la conducta real de las personas, es importante conocer las reacciones y percepciones de los demás en un programa de entrenamiento de habilidades sociales.

En este caso, el cuestionario fue entregado a las familias de los 12 participantes de los talleres con la intención de conocer su opinión en cuanto a la consecución de los objetivos que hemos planteado, que se verá reflejado en el comportamiento y actitud de sus mayores (Véase tabla nº 8, Anexo V). Necesitábamos saber si a partir de las sesiones realizadas, han notado algún cambio en la actitud de la persona para comprobar y verificar la efectividad de los mismos.

De haber pasado estos cuestionarios de forma aislada sin la evaluación de series temporales realizada durante la intervención, no hubiera sido suficiente para garantizar la fiabilidad de los resultados, ya que pueden haber ocurrido circunstancias ajenas al programa que hayan producido este cambio de actitud en ellos y tengamos la falsa creencia que se han debido al programa de entrenamiento.

De esta manera, con la evaluación que he realizado yo de sus comportamientos entre sesiones, resulta más complicado que se tergiversen los comportamientos observados desde distintas perspectivas; familia, participantes y terapeuta.

3. CONTEXTO DEL TRABAJO

Para analizar los problemas surgidos durante la fase de diseño del programa he aplicado la Técnica DAFO (Vivernet, 2006), lo que me ha permitido considerar el contexto del proyecto, la metodología llevada a cabo durante la intervención así como la metodología de estudio de la situación de un proyecto, así como definir tanto sus características internas (Debilidades y Fortalezas) como su situación externa (Amenazas y Oportunidades). A modo de esquema se podría identificar de la siguiente forma:



Gráfico nº 5. Técnica D.A.F.O. Elaboración propia

Este trabajo me ha permitido, realizar un estudio más exhaustivo sobre las personas mayores en general, pero más específicamente sobre las posibilidades de intervenir para mejorar las habilidades sociales dentro de este colectivo, lo que ha constituido el tema objeto de mi estudio.

Con esta profundización he podido aprender como diseñar programas con personas mayores favoreciendo, en último término, su envejecimiento activo, como premisa inicial y fundamental de toda intervención.

He podido ampliar muchos recursos sobre dónde poder encontrar información y documentarme gracias al proyecto. Recursos de diversos tipos: impresos (como pueden ser revistas o libros) así como tecnológicos en páginas web.

La principal dificultad que he encontrado a la hora de realizar este proyecto, ha sido la falta de tiempo, para poder llevar a cabo todo lo planteado anteriormente, para lograr ver los posibles problemas o dificultades, la capacidad de aprendizaje que tienen las personas mayores y llevar a cabo una evaluación de lo planteado.

Al no poder ponerlo en práctica, he tenido que dar por supuesto muchas de las metas que me planteaba como, por ejemplo, el tiempo de realización de alguna de las actividades, valorando las características y capacidades generales de este colectivo.

Además del conflicto planteado, otro de las dificultades que he encontrado ha sido, la búsqueda de información relacionada con los programas de entrenamiento en personas mayores, muy escasos, así como toda la recogida de datos bibliográficos y la posterior síntesis de toda la información, para reflejarla de una manera clara y concisa, resaltando los aspectos más relevantes y eliminando aquellos que no aportaban datos de interés.

Todas las propuestas de actividades son originales, creativas y adaptables a diferentes contextos o personas pudiendo modificar todo aquello que sea necesario sin alterar el objetivo principal de cada sesión de los talleres. (tipos de habilidades a trabajar, destinatarios, duración de la intervención...etc.).

Los objetivos planteados en cada una de las sesiones son graduables, es decir, a medida que se va avanzando en el programa de entrenamiento, las actividades se irán complicando y las habilidades a entrenar serán más avanzadas, como la oposición negativa, por ejemplo.

Como he comentado anteriormente, en referencia a la falta de tiempo o a las competencias del máster, el proyecto no se ha podido llevar a cabo y únicamente se ha realizado un diseño de intervención sobre el colectivo de personas mayores.

Por otra parte, una de las grandes oportunidades que me ha brindado este proyecto, es la continuidad tanto laboral como profesional, que me permitirá poder seguir formándome y centrándome en el colectivo de las personas mayores.

4. CONCLUSIONES E IMPLICACIONES

El hecho de haber puesto en marcha un programa en entrenamiento en habilidades sociales para personas mayores implica considerar las destrezas sociales como algo necesario y fundamental en la vida de los seres humanos, ya que adquirir o desarrollar una buena competencia social nos proporciona grandes beneficios en las relaciones interpersonales que reportan en nuestra autoestima.

Como ya hemos apuntado anteriormente, las habilidades sociales son adquiridas mayoritariamente en la etapa de la infancia, pero ello, no implica que no debamos seguir desarrollándolas y aprendiéndolas a lo largo de la vida o modificándolas si no nos proporcionan los resultados esperados; es decir, si no se obtienen las consecuencias reforzantes derivadas de esas interacciones llevadas a cabo. (Kelly, 1987).

Un buen entrenamiento en habilidades sociales ha de tener en cuenta los distintos elementos que las conforman; hablamos de los componentes conductuales y los componentes cognitivos como fundamentales en la interacción con el ambiente, para posteriormente trabajar las diferentes dimensiones conductuales en función de las que cada terapeuta considere más importantes y necesarias para los destinatarios del programa (Caballo, 2003).

En el caso de mi proyecto, he elegido trabajar diferentes tipos de habilidades sociales en varios módulos de trabajo de acuerdo a los déficits que presentaban los usuarios en el ámbito socioemocional. A través del programa he pretendido eliminar las características no deseables de las conductas de los destinatarios del programa y equiparles con nuevas competencias con las que conseguirán resultados más satisfactorios, haciéndoles conscientes de las conductas que son socialmente habilidosas de las que no lo son a partir de la identificación de los componentes de las conductas. El hecho de dirigir este repertorio de habilidades sociales al colectivo de mayores implica por mi parte, ser consciente de los cambios sociales que atravesamos tanto a nivel del envejecimiento poblacional, así como la pérdida del rol de los mayores en la familia y en la sociedad y los prejuicios a los que sometemos al colectivo; y por otro, conocer los problemas que la vejez genera a nivel físico, psíquico y emocional a causa de las numerosas pérdidas y cambios por las que las personas atraviesan durante esta etapa, la progresiva disminución de las relaciones sociales de los mayores y las consecuencias que les genera el ingreso temporal o permanente en centros institucionales.

La razón de dirigirme a personas mayores con este tipo de intervención se debe a que aunque se presupone que en la edad adulta ya se tienen adquiridas todos los tipos de habilidades sociales; tal y como señala Kelly, (1987) existe la posibilidad de que ciertas interacciones socialmente competentes fracasen debido a que esa habilidad no se adquirió nunca, se haya hecho de manera inadecuada o se haya adquirido en una determinada situación y la persona no sea capaz de utilizarla en otras circunstancias. De esta manera, he pretendido que esas habilidades sociales que se trabajan sean re- aprendidas por las personas mayores, para que esas habilidades que no les son competentes ni fructíferas sean re-aprendidas; teniendo un carácter proactivo y terapéutico, evitando los posibles desajustes psicológicos que las relaciones sociales insatisfactorias les pudiera causar.

En el presente trabajo he utilizado diversas técnicas (recogida de datos previa, cuestionarios diagnósticos, entrevista conductual y rol-playing grupal) para la recogida de información y posterior diagnóstico de las necesidades individuales de cada persona que participa en la propuesta práctica; obteniendo resultados deficitarios en asertividad, el control de la ira, la autoestima y la comunicación; por lo que he llevado a cabo el entrenamiento en habilidades sociales en estos módulos de trabajo gracias a los cuáles hemos dado respuesta a las necesidades del colectivo, mejorado la autonomía e iniciativa de la persona a nivel socioemocional y promoviendo el desarrollo integral de los mismos.

Gracias a la intervención , hemos logrado todos los objetivos propuestos, tal y como indican las técnicas de evaluación realizadas (cuestionarios de autoregistro y cuestionario para familiares) capacitando al grupo que se encuentra en su primer año de institucionalización en el control y manejo de sentimientos para mejorar su competencia social, se ha producido una mejoría de su autoestima y autoconcepto de los usuarios, se ha propiciado el uso de la asertividad en su vida diaria y han adquirido estrategias y procedimientos necesarios para lograr una buena comunicación y mejorar sus relaciones interpersonales.

A través de la evaluación de seguimiento realizada en una reunión grupal tres meses después de intervenir con el programa de habilidades sociales, hemos comprobado que estos cambios que se han ido produciendo a lo largo del proceso de intervención se han mantenido a lo largo del tiempo y las habilidades adquiridas por los participantes han sido utilizadas en mayor o menor medida por los sujetos.

Este hecho, pone de manifiesto que los participantes no solo han aprendido y corregido determinadas habilidades sociales, sino que además, las utilizan en su día a día para relacionarse con su entorno próximo y lograr que estas relaciones sociales satisfactorias reviertan en su autoestima.

En conclusión, un programa de entrenamiento en habilidades sociales adaptado al colectivo al que se dirige es siempre efectivo si partimos de informaciones relevantes y de necesidades individuales detectadas y concretamos una intervención acorde a esos déficits identificados. No olvidemos, además, que el hecho de trabajar de forma grupal favorece la interacción grupal y la vivenciación en sí mismo.

5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACOSTA, A. y LÓPEZ, J. (2003). “Programa de Educación para la convivencia.” Cuaderno de Habilidades Sociales Departamento de Psicología Experimental y Fisiología del Comportamiento de. Universidad de Granada.
- ANDREU RODRIGUEZ, J.M; PEÑA FERNANDEZ, M.E y GRAÑA GOMEZ, J.M (2002). Adaptación psicométrica de la versión española del Cuestionario de Agresión (AQ) .*Psicotherma*, 2, 476-482.
- BALLESTER, L. y otros, (1996). Representaciones sociales de las necesidades de las personas mayores. *Revista de pedagogía social*, 13, 59-67.
- BAZO, M.T. (1991). Institucionalización de personas ancianas: un reto sociológico. Madrid: REIS.
- BEAVER, L. (1998). La práctica clínica del trabajo social con personas mayores. Barcelona: Paidós.
- BEDMAR, M.; FRESNEDA, D. y MUÑOZ, J. (2004). Gerontología. Educación en Personas Mayores. Granada: Universidad de Granada.
- BERMEJO, B. y PRIETO, M. (Coords.).(2002). Manual de evaluación y Entrenamiento

de Habilidades Sociales para Personas con Retraso Mental. Consejería de Sanidad y Bienestar Social. Gerencia de Servicios Sociales.

- BERNAL, A. (2001). Intervención Sociafectiva y rol profesional; algunas consideraciones éticas de la Gerontología. Barcelona: Arial.
- CABALLO, V. (1988). Teoría, evaluación y entrenamiento de las Habilidades Sociales. Valencia: Promolibro.
- CABALLO, V. (2003). Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales. Madrid. Siglo XXI de España Editores.
- CABALLO, V. (1999). Habilidades sociales: Una aproximación al tema. *Abaco. Revista de cultura y ciencias sociales*, 21 y 22, 11-12.
- CABALLO, V.; Monjas, M.I; Del Prette, A.P. y Carrillo, G. (2006). La evaluación de las habilidades sociales en la vida adulta. *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos: trastornos de la edad adulta e informes psicológicos*, 401-420.
- DE LA CABA, M.A. (2002). Educación sociopersonal. Bilbao: Servicio Editorial Universidad del País Vasco.
- DE LA GÁNDARA MARTÍN, A. (1995). Envejecer en soledad. Madrid: Popular S.A.
- FENSTERHEIN, H. y BAER, J. (1976). No diga sí cuando quiere decir no. Barcelona: Grijalbo
- Fernández-Ballesteros, R. (1992): Mitos y realidades sobre la vejez. Barcelona: SG-Fundación Caja Madrid.
- FERNÁNDEZ BALLESTEROS, R. Y CARROBLES J. A. I. (1991). Evaluación Conductual. Madrid: Pirámide.
- FERNANDEZ LÓPIZ, E. (2002). Psicogerontología para Educadores. Granada: Universidad de Granada.

- GAVINO LÁZARO A. (1988). Problemas conceptuales y metodológicos en los tratamientos psicológicos: asertividad, habilidad y competencia social como ejemplo. Madrid: Pirámide.
- GIL CALVO, E. (2003). "El poder gris". Consecuencias Culturales y Políticas del Envejecimiento de la Población. *Revista de Economía ICE*, 815, 219-232.
- GIL CALVO, E. (2004). El maltrato de los mayores. *Cuadernos de Información Económica*, 178, 113-118.
- GIL CALVO, E. (2010). Crisis de madurez y madurez en crisis: el temor a la vejez. *Temas para el debate*, 193, 19- 22.
- GIL, F. (1984). Entrenamiento en Habilidades Sociales. Madrid: Alhambra.
- GIL, F. y LEÓN, J.M. (1998). Habilidades sociales; teoría, investigación e intervención. Madrid: Síntesis Psicología.
- GOLDSTEIN, A. P.; SPRAKKIN, R. P. GERSHAW, N. J. y KLEIN, P. (1989). Habilidades sociales y autocontrol en la adolescencia. Barcelona: Martínez Roca.
- HINOJO LUCENA, F.J. y FERNANDEZ MARTIN, F.D. (2002). Diseño de un programa formativo para la mejora de las Habilidades sociales en personas mayores. *Revista Interuniversitaria Pedagogía social*, 9, 309-319.
- HINOJO F.J y FERNANDEZ, F.D. (2001); Educación, Cultura y Vejez: Granada: Método.
- HOMANS GEORGE, C. (1958). La conducta social como intercambio. *The American Journal of Sociology*, 63, 597-606. Traducido por Mª Teresa Casado y Miguel Requena. (1999). *Revista Reis*, 85/99, 297- 312 88.
- IMSERSO (1993): Plan Gerontológico. Madrid. Instituto Nacional de Servicios Sociales.

- IMSERSO (1982): La investigación social sobre la tercera edad: análisis de la situación actual. Madrid. Instituto Nacional de Servicios Sociales.
- KELLY, J. A. (1992). Entrenamiento en las Habilidades Sociales. Bilbao: Biblioteca de Psicología.
- LABRADOR FRANCISCO, J. y CRUZADO, J.A. (1993). Manual de Técnicas de Modificación y Terapia de Conducta. Madrid: Pirámide.
- LÓPEZ DE DICASTILLO, N.; IRIARTE, C. y TORRES GONZALEZ, M.C. (2008). Competencia Social y Educación Cívica. Madrid: Síntesis.
- LÓPEZ MONGIL, R. (1987). Consideraciones epidemiológicas y sociales de un grupo de la tercera edad. Madrid: Popular.
- LÓPEZ MONGIL, R. (2009). Valoración Geriátrica en Residencias de Ancianos. Diputación Provincial de Valladolid.
- LÓPEZ PÉREZ, B.; FERNÁNDEZ PINTO, I. y MÁRQUEZ GONZÁLEZ, M. (2008). Educación Emocional en Adultos y Personas Mayores. *Revista Electrónica de Investigación Socioeducativa*, 15, 501-522.
- LIMÓN M.R. (2001). Datos para una pedagogía gerontológica. *Revista de Educación*, 324, 341-361.
- LIMÓN, M.R. (1992). Características psicosociales de la tercera edad. *Pedagogía social: Revista Interuniversitaria*, 7, 167- 177.
- MANUEL, J. SMITH (2003). Cuando digo no, me siento culpable. Barcelona: Debolsillo.
- MARTIN SERRANO, M. (2001). Las Personas Mayores y las residencias. Un modelo prospectivo para evaluar las residencias. Madrid: Ministerio de Trabajo en Asuntos Sociales.

- MENDÍA GALLARDO, R. (1991). Animación Sociocultural de la Vida de la Tercera Edad. Gobierno Vasco. Departamento de Trabajo y Seguridad Social.
- MONJAS CASARES, M.I. (1998). Las habilidades sociales en el currículo. Ministerio de Educación y Ciencia.
- MONJAS, CASARES, M. I. (1993): Programa de enseñanza de Habilidades de Interacción Social (PEHIS) para niños y niñas en edad escolar. Madrid: CEPE.
- MORALES, DOMINGUEZ F. (1981). La conducta social como intercambio. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- MUSITU, G., GARCIA, J.F y Gutiérrez, M. (1991). AFA. Autoconcepto. Forma A. Madrid; TEA.
- NAPP I. MARK, L. (1992). La comunicación no verbal. (El cuerpo y el entorno).Barcelona: Paidós.
- OLIVAR PARRA, J.S. y DE LA IGLESIA GUTIÉRREZ, M. (2008). Intervención socioeducativa en Autismo de Alto Funcionamiento y Síndrome de Asperger. Manual Práctico. Madrid: CEPE.
- OVEJERO BERNAL, A. (1990). Psicología Social y Salud. *Psicotherma*, 2, 93-112.
- PAULA, I. (1998).Las Habilidades sociales en el marco de la orientación psicopedagógica. En M. Álvarez González y R. Bisquerra (Coords.), *Manual de Orientación y tutoría*. Barcelona: Praxis.
- PINAZO HERNANDIZ, S. y MARTÍNEZ SANCHEZ, M. (2005). Gerontología. Actualización, Innovación y propuestas. Madrid: Pearson Educación.
- RAMOS TORO, M. (1994). Los mayores en residencias. Madrid: Alianza.
- VALLÉS, A .y VALLÉS, C. (1996). Las habilidades sociales en la escuela. Una propuesta curricular. Madrid: EOS.

- VERDUGO ALONSO, M. A. (1989). Programas Conductuales Alternativos: Habilidades Sociales. Madrid: MEPSA.
- VERDUGO ALONSO, M.A.; GÓMEZ, L.E; ARIAS, B. (2009). Evaluación de la calidad de vida en personas mayores y con discapacidad: La Escala FUMAT. Salamanca: Inico.
- VERDUGO ALONSO, M.A. y BERMEJO GUTIERREZ, B. (1995). Habilidades sociales para pacientes psiquiátricos y personas con retraso mental. *Integración sociolaboral del deficiente psíquico* / coord. por Carmen García Pérez, 53-57.
- VIZCAINO MARTINEZ, V. y LOZANO MUÑOZ, A. (1998) Calidad de vida en ancianos. Universidad de Castilla la Mancha.

6. ANEXOS

- **ANEXO I:** Programa de Intervención en Habilidades Sociales 76 -95
- **ANEXO II:** Entrevista dirigida para habilidades sociales..... 95-98
- **ANEXO III:** Cuestionario Evaluación y Diagnóstico de las Habilidades Sociales
..... 99- 108
- **ANEXO IV:** Cuestionario Evaluación y Diagnóstico de Agresividad, ira e
irritabilidad 108- 115
- **ANEXO V:** Cuestionario De Evaluación de la Intervención..... 115- 120

6.1 ÍNDICE TABLAS, CUADROS Y EJERCICIOS.

○ Tablas

- **Tabla Anexo I:** “Reconociendo mis logros” Pág. 86
- **Tabla Anexo II:** Cuestionario de Diagnóstico de las HH SS Pág. 100- 104
- **Tabla Anexo III;** Puntaje Cuestionario de Diagnóstico de las H.H. S.S.
..... Pág. 104-107
- **Tabla Anexo IV:** Cuestionario de Diagnóstico de Agresividad, Ira e
Irritabilidad Pág. 109-111
- **Tabla Anexo V:** Puntaje Cuestionario de Agresividad, Ira e Irritabilidad
..... Pág. 112-113
- **Tabla Anexo VI:** Cuestionario de Evaluación para participantes.
..... Pág. 115-117
- **Tabla Anexo VII:** Cuestionario de Evaluación para participantes. Parte II.
..... Pág. 117-118
- **Tabla Anexo VIII:** cuestionario de evaluación para familiares Pág. 118-119

○ **Cuadros**

- **Cuadro Anexo I:** Instrucciones para la comunicación Pág. 78
- **Cuadro anexo II:** Consejos para proporcionar mensajes Pág. 80
- **Cuadro Anexos III:** Autoinstrucciones Autoestima Pág. 83
- **Cuadro Anexos IV:** Autoinstrucciones para controlar la ira. Pág. 89
- **Cuadro Anexos V:** Relajación Pág. 90
- **Cuadro Anexos VI:** Estilos comunicativos: pasivo, agresivo y asertivo
..... Pág. 92
- **Cuadro Anexos VII:** Clasificación Ítems del Test de HH SS Pág. 107
- **Cuadro Anexos VIII:** Categoría resultados test de Diagnóstico HH SS
..... Pág. 109
- **Cuadro Anexos IX:** Clasificación Items de Diagnóstico Cuestionario de
Diagnóstico de Agresividad ira e irritabilidad Pág. 114
- **Cuadro Anexos X:** Puntaje Grupo Irritabilidad Pág. 114
- **Cuadro Anexos XI:** Puntaje Grupo Agresividad Pág. 114
- **Cuadro Anexos XII:** Puntaje Grupo Ira Pág. 115
- **Cuadro Anexos XIII:** Evaluación de series temporales Pág. 120

○ **Ejercicios**

- **Ejercicio Anexos I:** Dibujo geométrico. Pág. 79
- **Ejercicio Anexos II:** Mensajes ante situaciones cotidianas Pág. 81
- **Ejercicio Anexos III:** Partes del cuerpo. Autoestima. Pág. 82

• **Anexo I: Programa De Intervención Propuesto**

Esta propuesta práctica ha sido diseñada para la intervención directa con personas mayores de la Residencia “Virgen de Loreto”, de León a partir de las necesidades detectadas en los residentes que se encuentran en su primer año de institucionalización. La práctica de intervención se desarrolla en 9 sesiones de acuerdo a 4 módulos:

- **Módulo I: Comunicación**
 - Sesión I: “Aprendo a escuchar”
 - Sesión II: ” Mensajes claros”
- **Módulo II: Autoestima**
 - Sesión III: “Me acepto y me quiero”
 - Sesión IV: “Conociéndome”
 - Sesión V: “Orgulloso de mis logros”
- **Módulo III: Control de la ira**
 - Sesión V: “ Identificando los pensamientos que preceden a la ira”
 - Sesión VI: “Autoinstrucciones”
- **Módulo IV: Asertividad**
 - Sesión VII: “Los estilos comunicativos; pasivo, agresivo y asertivo”.
 - Sesión IX: “Test de Discriminación de respuestas”

❖ **Sesión I: “Aprendo a Escuchar”**

- **Objetivos:**
 1. Crear habilidades elementales en los participantes que les permitan aprender a escuchar a los demás.
 2. Resaltar la importancia de saber escuchar para una buena comunicación.
- Temporización: 50 minutos
- Materiales: Pizarra y rotulador.

➤ Procedimiento:

- Antes de comenzar la sesión propiamente dicha, volveré a explicar al grupo de participantes en qué va a consistir el programa de Habilidades Sociales que vamos a llevar a cabo, lo que pretendo lograr con ello y los módulos que vamos a trabajar.
- Aunque ya nos conocemos un poco, gracias al role-playing grupal previo, llevo a cabo una sencilla dinámica de grupo de presentación en la que cada uno dice su nombre, lugar de nacimiento, algo que les guste hacer y una cualidad buena que tengan a modo de dinámica grupal, con la idea de conocernos un poco más y favorecer las relaciones interpersonales con los participantes.
Por ejemplo: Soy Judith, soy burgalesa, me gusta leer y soy muy generosa.
- Pido la colaboración de 4 voluntarios (a) s. A éstos les indicaré que cada voluntario(a) va a recibir un mensaje y que sólo se deberá escuchar sin hacer ninguna pregunta y se les deja un poco alejados en la sala, para que no puedan escuchar. (si es posible se les pedirá que esperen fuera hasta que se les llame).
- Les narraré una historia a los que están que no repetiré. De los participantes que hay dentro, pediré a otros 4, que vayan contando la historia a los voluntarios según van entrando. (cada voluntario de dentro le contará la historia a cada voluntario de fuera), pero tampoco le podrán repetir nada. Así hasta que entre el último voluntario. Todos los demás estamos en silencio y finalmente, les pediremos a cada uno de los voluntarios que salieron que nos narren la historia que les han contado. Veremos cómo se distorsiona la información en función de la escucha y de lo que cada uno considera más relevante de la historia.
- Preguntaremos a cada participante lo observado: ¿por qué se ha modificado el mensaje? ¿les sucede lo mismo en su vida diaria? Pediré ejemplos de situaciones similares que se hayan vivido.

- Seguidamente indagaré en los sentimientos y emociones que esta situación les genera; ¿Cómo se sentirán las personas cuando no se entiende sus mensajes?
- Terminaré la sesión proporcionándoles unas herramientas básicas para que puedan comunicarse adecuadamente y entiendan y se hagan entender por el interlocutor.

INSTRUCCIONES CLAVES PARA LA COMUNICACIÓN

- Mirar a la persona que te está hablando a la cara. (mantener contacto ocular).
- Escuchar lo que nos dice. Preguntar si no se entiende.
- Esperar el turno de palabra para hablar.
- Utilizar un tono de voz y gestos que acompañen lo que estás diciendo.
- Sé sincero, expresa tus dudas opiniones... discute con esa persona si es necesario.
- Habla siempre como te gustaría que te hablaran a ti. Se educado y respetuoso.
- Si le pides ayuda sé claro y preciso. Y agradece lo que hace por ti.
- Si dices algo que no tenías que haber dicho... ¡No pasa nada! Reconoce tus errores y pide disculpas si es necesario, sé humilde.

Cuadro Anexos nº1. Elaboración propia a partir del libro "Las habilidades sociales en el currículo". Monjas, M.I. (1998).

❖ Sesión II: “Mensajes claros”

En esta sesión resaltaremos la importancia de dar mensajes claros y precisos durante la comunicación, con el fin de que sean entendidos y así poder mejorar nuestras relaciones interpersonales.

➤ Objetivo:

Lograr el uso de mensajes claros y precisos que permita a cada participante un mejor entendimiento con las personas.

➤ Temporización: 40 Minutos.

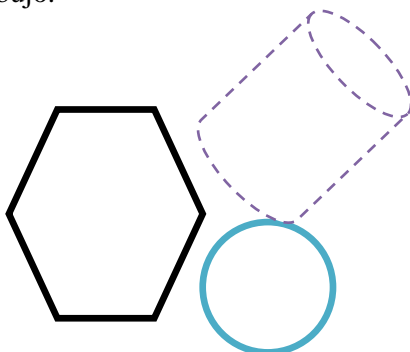
➤ Materiales: pizarra, rotulador, dibujo base, plastilina, papel, lápices.

➤ Procedimiento:

- Se entrega un dibujo a un voluntario del grupo. Se le pide que dé instrucciones verbales al grupo para que éstos puedan dibujarlo. No se permiten preguntas y no se les puede enseñar el dibujo. Finalmente se recogen los dibujos y se comparan con el original. (Normalmente no coinciden).

Una variable interesante sería utilizar plastilina en vez de lápices y papel para trabajar la motricidad fina y resultar más sencillo. Se puede pasar varios dibujos en función del tiempo y la motivación de los participantes hacia la tarea.

- Dibujo:



Ejercicio n°1. Elaboración propia.

- Analizaremos lo sucedido utilizando las siguientes preguntas: ¿Qué observamos en los dibujos recientes con relación al dibujo original? ¿Por qué razones no se entendió el mensaje? Propiciar un debate ¿Sucedan situaciones semejantes en nuestro día a día? ¿Qué sentimos? Hablar sobre ello entre todos.
- A continuación les planteamos situaciones habituales y les pedimos que nos den un mensaje preciso y claro de cada una de ellas y vamos comentándolo por turnos. Para ello les ofrecemos una serie de consejos para que estos mensajes sean fácilmente entendidos por el/los interlocutor/es que se escribirán en la pizarra para tenerlos siempre presentes. Estos son:

- Precisión en lo que se quiere decir.
- Utilizar frases largas si es necesario.
- Tener presente que la otra persona no piensa igual que nosotros.
- Repetir el mensaje todas las veces que sea necesario.
- Preguntar las veces que sea necesario.
- Tener un tono de voz adecuado, hablar en forma pausada haciendo silencios y respetando turnos de palabras.
- Hacer gestos congruentes con nuestro lenguaje, por ejemplo poner el rostro sorprendido si algo nos llama la atención.

Cuadro Anexos nº2. Elaboración propia a partir del documento: "Manual de evaluación y Entrenamiento de Habilidades Sociales para Personas con Retraso Mental". (2002)

Los mensajes que queremos que nos den son:

1. Pedir ayuda a una enfermera o auxiliar para comer o desplazarse.

2. Decir a un compañero que nos acompañe a pasear o a jugar una partida de cartas.

3. Reclamar a un familiar que venga más veces a visitarnos

Ejercicio Anexos nº2. Elaboración propia.

- Tras una pausa de tiempo adecuada para que puedan pensarlo o anotarlo (en función de si pueden o desean hacerlo) comentaremos los mensajes de todos los participantes en el grupo.

❖ Sesión III: “Me acepto y me quiero”

➤ Objetivo:

Conseguir que las personas se acepten físicamente tal como son, asumiendo el paso del tiempo.

➤ Temporización: 55-60 minutos

➤ Material: pizarra, rotular y textos.

➤ Procedimiento:

- Se iniciará la sesión presentando la siguiente situación: “Rosa es una mujer viuda de 64 años, desde hace cinco años vive en una residencia de ancianos y siempre que se ve en un espejo piensa: “Estoy vieja y arrugada, ya no merece la pena que me cuide ni me arregle, a nadie le importa si estoy guapa o no”. Además de esto, Rosa tiene apatía hacia todo, su aspecto físico y su percepción de sí misma, le impiden relacionarse con los demás y a menudo se siente triste y sola.
- Posteriormente preguntaremos; ¿Qué hemos observado en esta narración? ¿Por qué creen que Rosa pensaría de esta manera? ¿Qué pensará Rosa acerca de su cuerpo? Es importante crear un debate entre todos y ver como se sienten identificados con la historia. Preguntaremos además: ¿Cómo se sentirá una persona que no se acepta físicamente tal como es?, ¿Qué sentimientos le generará?

- Posteriormente, recalcaremos como terapeutas la importancia de aceptar nuestro cuerpo, enfatizando en que es importante reconocer nuestras características físicas tal como somos y aceptarlo de manera incondicional, aún con el paso del tiempo y que la valoración que le demos a nuestro cuerpo debe ir más allá de las opiniones de otras personas y que debe ser generada desde nuestro interior y nuestro pensamiento. Un auto concepto positivo de nuestro físico influirá en nuestra estima personal, esto nos evitará crearnos sentimientos negativos, inseguridades, desvalorizaciones etc.
- Resaltaremos ejemplos de personajes célebres mayores, que pese a todo llevan una vida integra y completa, que siguen cumpliendo sueños y expectativas y que se quieren a sí mismas; como la Duquesa de Alba u otros personajes famosos o ilustres.
- Posteriormente escribiré en la pizarra la : “Mi Cuerpo es Valioso y lo acepto tal como soy” acompañada de la siguiente tabla:

PARTE DE MI CUERPO

QUE MÁS ME AGRADA

EJEMPLO: mis ojos

1. _____

2. _____

3. _____

PARTE DE MI CUERPO QUE

MENOS ME AGRADA

Ejemplo: mis orejas

1. _____

2. _____

3. _____

Ejercicio Anexos nº3. Elaboración propia.

- Este ejercicio será pensado mentalmente por cada participante durante unos 3 minutos y después lo pondremos en común con el grupo, hablando de uno en uno y escuchando a los compañeros.
- Luego preguntaremos cómo se han sentido durante el ejercicio y se solicitarán comentarios sobre lo realizado. Se preguntará en que área han tenido mayor dificultad.

- Reforzaremos la idea de aceptarnos tal como somos, decirles que nuestro cuerpo es único y que aunque pueden existir aspectos que nos desagraden del mismo, (arrugas, etc.) no significa que debamos sentirnos inferiores y avergonzarnos. Por lo tanto, debemos seguir cuidando nuestro cuerpo aseándolo, nutriéndolo adecuadamente, protegiéndolo, etc.
- Para finalizar la sesión leeré el siguiente texto mientras les pido que estén con los ojos cerrados y escuchen atentamente las siguientes instrucciones:

“Mi cuerpo es valioso e importante”

“Mi cabello me protege del sol y del frío”

“Mis ojos me permiten ver lo que sucede a mi alrededor”

“Mi nariz me sirve para oler “

“Mi boca me permite decir lo que siento y quiero”

“Mis oídos me sirven para escuchar las diversas melodías”

“Mis manos me permiten agarrar, tocar y acariciar”

“Mis piernas me permiten trasladarme de un lugar a otro”

“Todo mi cuerpo es importante, puedo aprender a cuidarlo, valorarlo y quererlo”

“Yo soy importante” “Yo soy muy importante”

“YO SOY ASI Y ME ACEPTO TAL COMO SOY”

Cuadro Anexos nº3. Elaboración propia a partir de “Las habilidades sociales en el currículo”. Monjas, M.I. (1998).

❖ Sesión IV: “Conociéndonos”

➤ Objetivos:

- a) Lograr que cada participante identifique las características positivas y negativas de su comportamiento.
- b) Conseguir que utilicen sus habilidades para cambiar las características negativas de su comportamiento.

➤ Temporización: 30 minutos

➤ Material: pizarra, rotulador y lecturas de trabajo.

➤ Procedimiento:

- Iniciaré la sesión poniendo como ejemplo: “Carlos estaba reflexionando sobre su comportamiento, ya que su padre la noche pasada le había llamado la atención, recordaba que su padre le había dicho que era un irresponsable, impuntual y violento con su hermano menor. Así mismo, Carlos reconocía que era egoísta y vengativo. En esos instantes viene su madre y ve llorando a Carlos, al preguntarle, él le cuenta que su padre le había llamado la atención, su madre, tras consolarle, le dice, “Es importante que te des cuenta que también tienes muchas virtudes entre ellas que eres comprensivo, inteligente y cariñoso”.
- Tras la lectura preguntaré: ¿Qué observamos en esta situación? ¿Qué sucedió para que Carlos pensara sobre sus defectos y virtudes? Se propiciará un diálogo entre ellos y se planteará: ¿Qué sentirá una persona cuando evalúa su comportamiento?
- Daremos un tiempo de 8-10 minutos para debatir y explicaré la importancia de reconocer las características positivas y negativas de nuestra conducta; ya que el autoconocimiento implica un proceso reflexivo por el cual la persona adquiere noción de su yo y de sus propias cualidades y características. Esa introspección se basa en aprender a conocernos y querernos a nosotros mismos, supone la madurez de conocer cualidades y defectos y apoyarte en los primeros y luchar contra los segundos.

- Explicaré además que las características negativas son todas aquellas conductas que atenten contra los derechos de sí mismo o contra el derecho de los demás; y, como características positivas toda conducta que favorezca las relaciones interpersonales. Les pediré ejemplos de características negativas y positivas, reforzando los conceptos anteriores.
- Posteriormente iré proponiendo características negativas como la rabia, la venganza, e iremos comentando cada una de ellas respondiendo a las preguntas: ¿Cómo se podría cambiar esta característica para que sea positiva?, ¿Qué pasos podrían dar?

Terminaremos la sesión indicando que todos poseemos ambas características y que debemos tratar de cambiar las negativas por las positivas y a través del procedimiento anterior aplicarlo a nuestras propias características.

❖ SESIÓN V: “Orgulloso de mis logros”

➤ Objetivo:

Identificar nuestros logros alcanzados y hacerles sentir orgullosos de ellos.

➤ Temporización: 30 minutos

➤ Materiales: pizarra, rotulador.

➤ Procedimiento:

- Se iniciará esta parte comentando la siguiente situación: José y Luisa son dos viudos compañeros de la residencia “Virgen de Loreto”, un día él le dice a ella, que compartir tiempo y experiencia vital ha hecho brotar un sentimiento de amor hacia ella; pero Luisa en ese momento, sorprendida, le rechaza, diciéndole que no es nadie y que no ha logrado nada en la vida para poder declararle su amor. Además de ser rechazado, José está hundido.

- A partir de esta historia, resolveremos entre todos las siguientes preguntas: ¿Qué observamos en esta situación?, ¿José se habrá planteado alguna vez los logros que ha alcanzado a lo largo de su vida? ¿Cómo le afecta esta respuesta en su autoestima? Propiciaremos un pequeño debate a partir de estas cuestiones.
- Después explicaremos que la autoestima se construye mediante la valoración que le damos a nuestros objetivos alcanzados, metas, proyectos, deseos, etc. Y que este grado de satisfacción repercutirá en la seguridad personal para continuar asumiendo nuevos compromisos y retos que la persona se plantee.

Además se comentará que aunque en nuestra vida alcanzamos muchos logros, pocas veces se reflexiona y se toma conciencia de ello. Por ejemplo; formar una familia y sacarla adelante, trabajar arduamente en el campo para dar de comer a los hijos o sacar el carnet de conducir entre otros, son logros que la mayoría de nuestros mayores han alcanzado y no se han parado a felicitarse por ello.

- En la pizarra, bajo el título de “Reconociendo mis logros” y con el siguiente cuadro a título orientativo se les pedirá que piensen en los logros que han alcanzado a lo largo de su vida en los diferentes ámbitos que la conforman y tras 5 minutos de pausa, irán compartiendo los logros con todos/as cerrando su intervención con la frase” Por todos mis logros, me siento muy orgulloso” para dar más valor a lo logrado.

EN MI VIDA LABORAL HE LOGRADO	EN MI VIDA PERSONAL/FAMILIAR HE LOGRADO	EN MI VIDA SOCIAL/COMUNITARIA HE LOGRADO

Tabla Anexos nº1.Elaboración propia.

- Tras compartir los mayores logros de todos, les pediremos que cierren los ojos y revivan en imágenes lo que han escrito para experimentar la satisfacción de logro.

❖ Sesión VI: “Identificación de los pensamientos que preceden a la ira”

➤ Objetivo:

Identificar los pensamientos que anteceden a una reacción de cólera o ira a fin de controlarla.

➤ Temporización: 20-25 minutos

➤ Material: ninguno

➤ Procedimiento:

- Iniciaremos la sesión poniendo este ejemplo: “Es mi cumpleaños y aunque en la residencia me dan permiso el fin de semana para ir a casa a celebrarlo con mi familia, mis hijos no quieren que vaya porque dicen que estoy más tranquilo/a aquí, que ellos vendrán”
- Pediremos al grupo que respondan individualmente a las siguientes preguntas:
 - a) ¿Qué haces si te sucede eso?
 - b) ¿Por qué reaccionarías de esta manera, cuál es tu pensamiento?
- Comentaremos entre todos las respuestas e indicaremos que existen muy diversas reacciones frente a ésta y a otras situaciones y que éstas respuestas están directamente relacionadas con lo que pensamos. Se preguntará qué entienden ellos por “ira” y se les dará la definición anterior. Enfatizaremos la importancia de reconocer que son nuestros pensamientos los que activan este sentimiento. Propondremos diferentes situaciones que ocurren habitualmente para hacer un gran debate en el que el grupo responderá a cada una de ellas.
 - **Situación I:** Juan le dice a Carlos que no sirve para nada y que es un estúpido porque, estando enamorado de María no se declara.
 - a) ¿Qué pensara Carlos?
 - b) ¿Qué reacción tendrá Carlos?

- **Situación II:** María le pide permiso a su padre para ir a una fiesta, pero él se niega, además le recuerda que tiene que limpiar toda la casa.
 - a) ¿Qué pensará María?
 - b) ¿Qué reacción tendrá María?

- **Situación III:** Joaquín necesita asearse con urgencia y le pide a la cuidadora que le ayude. Ésta le contesta que tendrá que esperar porque está ocupada.
 - a) ¿Qué pensará Mario?
 - b) ¿Qué reacción tendrá Mario?

- **Situación IV:** Carmen y María comparten cuarto en la residencia. Un día, Carmen le dice a María que es muy desordenada, que no le gusta tener así la habitación porque da mala imagen y que es una cochina.
 - A) ¿Qué pensará María?
 - B) ¿Qué reacción tendrá María?

- Tras escuchar las respuestas del grupo se recalcará, que son los propios pensamientos los que pueden activar la ira y no sólo la situación y que esto puede evitarse, si se evalúan esos pensamientos antes de expresarlos y se buscan pensamientos alternativos.

❖ Sesión VII: “Autoinstrucciones”

- Objetivo:
Practicar el uso de auto instrucciones con el fin de favorecer un mejor manejo frente a situaciones que provocan ira o enfado.

- Temporización: 30-40 minutos
- Material: pizarra, rotulador y textos de lectura.

➤ Procedimiento:

- Comenzamos esta parte de la sesión, poniendo como ejemplo: “Martín y Ramón discuten sobre cuál es el mejor equipo de fútbol. De pronto Ramón insulta a Martín y le dice que es un idiota y no tiene ni idea de nada”. Este ejemplo nos servirá para explicar cómo hay situaciones en las que podemos perder el control, discutimos e insultamos.

Por ello, tenemos que identificar la causa que nos provoca esa ira y nos preguntaremos: ¿Qué es lo que verdaderamente le causa la ira y lo lleva a perder el control? Reflexionaremos que quizás algunos pensamientos sobre la experiencia en su pasado le molesta y ahora su reacción se debe a ello y que si analizamos cualquier situación en un momento tranquilo podemos darnos una serie de órdenes que nos ayuden a controlar la ira cuando ésta se presente. Estas órdenes se llaman auto instrucciones.

- Se escribirán las siguientes auto instrucciones positivas para controlar la ira en la pizarra:

AUTOINSTRUCCIONES POSITIVAS PARA CONTROLAR LA IRA

- Mientras mantengas la calma, podrás controlar la situación
- No exageres las cosas ni las saques de contexto. Sé objetivo.
- Piensa en lo que quieres lograr
- No necesitas demostrar nada a nadie
- No hay motivo para que te enfades
- Busca las cosas positivas
- No permitas que esto te moleste o irrite.
- No esperes que la gente actúe como tú quieres.
- Estás muy tenso, tienes que relajarte.
- Respiro hondo varias veces y cuento hasta 10 o 20 antes de contestar.

Cuadro Anexos nº4. Elaboración propia a partir de” Manual de evaluación y Entrenamiento de Habilidades Sociales para Personas con Retraso Mental” (2002).

- A continuación, les pongo una serie de situaciones que preceden a la ira en las que tendrán que darse una o varias autoinstrucciones anteriores para controlarla; ¿Qué mensaje utilizarías para controlar la ira?
 - **Situación I:** Uno de tus compañeros/as te insulta en el comedor sin venir a cuento. ¿Qué mensaje de auto instrucción utilizarías para controlar tu ira?
 - **Situación II:** La enfermera tardará un poco en venir a curarte porque está ocupada y la necesitas ya. ¿Qué mensaje de auto instrucción utilizarías para controlar tu ira?
 - **Situación III:** Mi familia va a venir hoy a verme, pero tras esperar media hora, me llaman y dicen que les ha surgido algo y no van a poder venir hoy. ¿Qué mensaje de auto instrucción utilizarías para controlar tu ira?
- Contestaremos entre todos a estas situaciones y para finalizar realizaré un ejercicio de relajación en el que pondré un poco de música, les pediré que cierren los ojos y sigan las instrucciones.

RELAJACIÓN

- Tensa los músculos de tu cuello, llevándolo suavemente hacia atrás, concéntrate en los lugares donde notas la tensión (los lados, la nuca). Dirige tu atención a esas zonas.
- Relájate, suelta lentamente los músculos de tu cuello. Pon atención en las sensaciones en esos músculos mientras se relajan. Concéntrate en la diferencia entre tensión y relajación.
- Toma aire profundamente por la nariz, retenlo por unos segundos y expúlsalo lentamente por la boca.
- Se continúa con los músculos del tórax y la espalda, los brazos, el abdomen y las piernas y tobillos.

Cuadro Anexos nº5. Elaboración propia.

❖ Sesión VIII: “Estilos comunicativos; pasivo, agresivo y asertivo”

➤ Objetivos:

1. Diferenciar los diferentes estilos de comunicación; pasivo, agresivo y asertivo.
2. Entrenar a los participantes en el uso de la comunicación asertiva.

➤ Temporización: 30 minutos

➤ Material: textos de trabajo seleccionados.

➤ Procedimiento:

- Inicio la sesión diciendo que hay tres estilos para comunicarse con los demás; uno es el estilo pasivo, otro el agresivo y otro el asertivo. Pongo el siguiente ejemplo para demostrarlo: “Pedro llega a su casa y se da cuenta que su hermano Juan se ha puesto su camisa nueva”. ¿No te importa verdad?- le dice.
 - **Ejemplo respuesta pasiva:** No, es igual, no pasa nada.
 - **Ejemplo respuesta agresiva:** Esa camisa me la quería poner yo hoy; no es tuya, eres un egoísta y quiero que te la quites inmediatamente.
 - **Ejemplo respuesta asertiva:** Es mi camisa nueva y la voy a usar. Normalmente no me importa prestarte mi ropa pero te agradecería que me la pidieras antes de cogerla sin permiso.
- Tras el ejemplo anterior preguntaremos: ¿Qué observamos en estas situaciones?, ¿Cuáles son las diferencias entre cada una de ellas? ¿Qué tipo de respuestas suceden con más frecuencia? Solicitaré ejemplos cotidianos.
- En la pizarra tendré escrito las diferencias entre los estilos comunicativos y las iré narrando:

Ser PASIVO significa:

Evitar decir lo que sientes piensas, quieres u opinas:

- Porque **tienes miedo de las consecuencias;**
- Porque **no crees en tus derechos personales;**
- Porque **no sabes cómo expresar tus derechos;**
- Porque **crees que los derechos de los demás son más importantes que los tuyos.**

Ejemplo.

Que su hermano se haya puesto su camisa nueva le Produce cólera pero no dice nada.

Ser AGRESIVO significa:

Decir lo que piensas, sientes, quieres u opinas sin considerar el derecho de los demás a ser tratados con respeto.

Ejemplo:

Pedro: Juan eres un conchudo, porque te pones mi camisa nueva.

Juan: No me fastidies.

Ser ASERTIVO significa:

Decir lo que tú piensas, sientes, quieres u opinas sin perjudicar el DERECHO DE LOS DEMAS. Es hacer respetar nuestros derechos con firmeza considerando el contexto social.

Ejemplo:

Pedro: Juan estoy muy molesto porque te has puesto mi camisa nueva sin mi permiso.

Juan: Discúlpame Pedro no volveré hacerlo

Cuadro Anexos nº6. Adaptación propia de los tres estilos de comunicación, tomado de Monjas, M.I (1998) "Las habilidades sociales en el currículo".

- Tras la conveniente explicación y resolución de posibles dudas, enfatizaré que "la asertividad es una alternativa saludable ante una conducta inadecuada".
- A continuación se les pedirá que reflexionen ante las siguientes situaciones de forma asertiva gracias a las indicaciones que tenemos en la pizarra.

- 1) Solicitar a la familia y la residencia salir a casa un fin de semana.
- 2) Pedir disculpas al compañero/a que ofendimos en el salón.
- 3) Reconocer que se equivocó al juzgar a un compañero/a.

- Escucharemos la respuesta que da cada persona y analizaremos cada situación de forma grupal y solicitaremos comentarios

❖ Sesión IV: “Test de Discriminación de respuestas”

- Objetivo:
Capacitarles para la diferenciación de los tres estilos de comunicación.
- Temporización: 30 minutos
- Material: pizarra, rotulador.
- Procedimiento:
 - Comenzaremos la sesión recordando los contenidos de la sesión anterior y teniendo muy presente los tres estilos comunicativos (Véase cuadro Anexos nº6). Recordaremos en qué consiste cada uno de ellos y les pedimos que piensen en las siguientes situaciones y decidan de forma individual que tipo de respuesta es la que se da (agresiva, pasiva o asertiva).
 - **Situación I: Padre** a su hijo: “Me gustaría que pasaras más tiempo conmigo, te necesito”. Hijo: Entiendo que quieras estar acompañado, pero no siempre me es posible. Pasaré a visitarte cuando pueda.
PASIVA AGRESIVA ASERTIVA
 - **Situación II: Paz** le dice a la ayudante de cocina; “Me gustaría que me echaras un poco más de puré, por favor”. Respuesta: “¡Señora, ya le he dado lo que le tocaba!”.
PASIVA AGRESIVA ASERTIVA
 - **Situación III: Andrés** a su compañero de cuarto: ¿Podrías ayudarme a ir al lavabo por favor? Compañero: De acuerdo (Piensa; que remedio, si no lo hago se enfadará conmigo).
PASIVA AGRESIVA ASERTIVA

- **Situación IV:** Mateo se ha comido el postre de su hermano. Éste se da cuenta y le dice: ¿eres idiota? La próxima vez que haya algo que te guste a ti, ¡te vas a enterar!

PASIVO AGRESIVO ASERTIVO

- **Situación VI:** Rodrigo le dice a su amigo: “Estás ridículo con esos pantalones, pareces una morcilla” El amigo le responde: “Es posible, pero a mí me gusta. De cualquier modo, prefiero que me digas las cosas de otra manera para no herirme”

PASIVO AGRESIVO ASERTIVO

- **Situación VI:** Sara no tiene tiempo para jugar porque le está haciendo los deberes a una compañera que no sabe hacerlos, además de realizar los suyos. Ya ha sucedido varias veces y nunca le ha dicho que no se los hará por miedo a perder su amistad.

PASIVO AGRESIVO ASERTIVO

- **Situación VII:** Julio es el jefe de una gran empresa. Le pide a un empleado que amplíe su horario laboral por exigencias de la producción. Mauro ¿Puedes hacer más horas esta semana, por favor? Pero, ¿Qué te has creído, que solo trabajo yo aquí? ¡De ninguna manera, tengo vida fuera del trabajo!

PASIVO AGRESIVO ASERTIVO

- **Situación VIII:**

Carla le pide prestado dinero a su madre para comprarse un vestido. La madre se lo da, pero está cansada de los caprichos de su hija aunque no le dice nada.

PASIVO AGRESIVO ASERTIVO

- Cada participante pensará en la respuesta y entre todos lo pondremos en común, razonando la respuesta. Finalizaremos la sesión recordando los aspectos más importantes de todos los módulos que hemos trabajado. Les preguntaremos como se han encontrado a lo largo de las sesiones, si les ha ayudado, que han aprendido, si lo van a poner en práctica, etc..

- Entregaremos a los participantes unos documentos escritos sobre las cuestiones fundamentales que hemos trabajado, otros para las familias y lo colgaremos en el corcho de la residencia para que lo tengan en cuenta cada vez que lo vean. Al mismo tiempo, entregaremos un diploma a cada persona por su participación en el “Programa de Habilidades Sociales” y daremos las gracias por su compañía y esfuerzo.

• ANEXO II

○ Entrevista conductual dirigida para habilidades sociales

La entrevista es la herramienta del análisis conductual y es indispensable para valorar los déficits en habilidades sociales de la persona. Además de obtener información referente a su historia y datos que le preguntaré, pasaremos un cuestionario y simultáneamente, a la vez que el sujeto interacciona conmigo voy anotando su conducta social a partir del siguiente esquema:

3. Datos generales:

Nombre:	Edad:	Sexo:
Residencia:	Estado Civil:	Nº de Hijos:

4. Descripción física del sujeto

5. Observación conductual del sujeto durante la entrevista

	Muy inapropiado				normal				Muy apropiado			
- Contacto ocular	1	2	3	4	5	6	7					
- Volumen de voz	1	2	3	4	5	6	7					
- Perturbaciones del habla	1	2	3	4	5	6	7					
- Afecto	1	2	3	4	5	6	7					
- Expresión facial	1	2	3	4	5	6	7					
- Sonrisas	1	2	3	4	5	6	7					
- Gestos	1	2	3	4	5	6	7					

- Automanipulaciones	1	2	3	4	5	6	7
- Conversación	1	2	3	4	5	6	7
- Sentido del humor	1	2	3	4	5	6	7
- Apariencia personal	1	2	3	4	5	6	7

Elementos globales	Nada		Normal			Mucho	
• Habilidad Social	1	2	3	4	5	6	7
• Ansiedad general	1	2	3	4	5	6	7

Comentarios generales sobre los aspectos anteriores

6. Descripción por parte del sujeto de los problemas que presenta en habilidades sociales.
7. Principales problemas presentados además de la inadecuación social
8. Efectos que el problema social genera en su funcionamiento diario de la persona
9. Motivación de cara al programa de entrenamiento de habilidades sociales
10. Evaluación del funcionamiento social en distintas áreas:

8.1 Relaciones con los demás

¿Cuántos amigos íntimos tiene? ¿Qué tal las relaciones con sus compañeros de residencia? ¿Cómo es el trato con sus familiares? ¿Cómo es el trato con el personal del centro? ¿Cómo son todas estas relaciones? ¿Cómo se comporta con todo ellos?

8.2 Capacidad para expresar sentimientos positivos y negativos hacia los demás.

¿Tiene dificultad para expresar sentimientos positivos hacia los demás? ¿Cómo se siente al expresar esos sentimientos? ¿Qué piensa sobre la expresión de sentimientos positivos? ¿Cómo se comporta cuando los demás hacen que se sienta frustrado/a o enfadado/a? ¿Expresa normalmente sentimientos de molestia a los demás? ¿Se muestra agresivo/a hacia los demás?

8.3 Defensa de los propios derechos

¿Hace valer sus derechos sobre los demás normalmente? ¿Cree que la gente se aprovecha de usted? ¿Hay algunas situaciones en las que le sea muy difícil defender sus derechos?

8.4 Manejo de críticas

¿Le critica a menudo? ¿Le afectan mucho esas críticas? ¿Cómo reacciona a la crítica?

8.5 Hacer y rechazar peticiones

¿Puede, sin dificultad, pedir favores a los demás? ¿Hay situaciones en las que le es muy difícil pedir favores? ¿Qué piensa cuando va a pedir algo a alguien? ¿Tiene normalmente éxito en sus peticiones? ¿Es capaz de rechazar peticiones poco razonables de los demás? ¿Como lo hace?

8.6 Hacer y recibir cumplidos

¿Tiene problemas para hacer cumplidos a otras personas? ¿Y para mostrar aprecio a alguien que ha hecho algo por usted? ¿Cómo reacciona a la alabanza?

8.7 Interacción con miembros de la familia

Relación con hijos, hermanos, sobrinos o nietos (si los tiene). Relación con los padres y hermanos en el pasado. ¿Qué piensa sobre su familia?

8.8 Interacciones con compañeros y amigos/as

¿Cómo son las relaciones con sus compañeros de residencia? ¿Cómo le gustaría que fueran? ¿Continúa manteniendo relación con sus amigos/as pese a su ingreso? ¿Le vienen a visitar? ¿Cómo es su relación con ellos?

8.9 Iniciación para las relaciones sociales

¿Tiene dificultad para iniciar conversaciones? ¿Y mantenerlas? ¿Cómo inicia conversaciones con sus iguales? Grado de ansiedad antes de iniciar una conversación (1-10).

8.10 Mantenimiento y desarrollo de las interacciones sociales.

¿Qué hace para desarrollar una amistad? ¿Le duran mucho sus amistades? ¿Ha logrado crear una relación de amistad con compañeros del centro? ¿Qué importancia tiene para usted el mantenimiento de relaciones sociales?

8.11 Expresión de emociones

¿Suele expresar sus emociones? ¿Entienden los demás normalmente lo que les quiere comunicar?

8.12 Autoestima

¿Se siente bien con usted mismo? ¿Se quiere? ¿Acepta sus defectos?

¿Reconoce sus logros? ¿Reconoce las cualidades positivas y negativas en si mismo/a? ¿Cómo cree que podría sentirse mejor con usted mismo/a? ¿Cree que es importante la autoestima para sentirse bien?

11. Estimación subjetiva de su habilidad social (1-10). De su ansiedad social (1-10).

12. Cogniciones asociadas con su funcionamiento social.

13. Descripción de un día típico en la residencia con referencia a las relaciones sociales

14. Intereses y actividades de ocio agradables.

15. Obstáculos para el funcionamiento social efectivo.

16. Historia

14.1 Educación

14.2 Historia familiar

14.3 Historia de salud

14.4 Funcionamiento general antes del ingreso en la residencia:

- Estado emocional: (alegría, motivación, etc.).
- Relaciones sociales: amigos, familiares, vecinos, pareja, etc.
- Cuidados físicos: curas, medicación, estado de salud, etc.)
- Nivel de independencia: (más o menos dependiente 1-10)
- Intereses y actividades que realiza: (paseos, viajes, lectura, etc.)
- Cursos o actividades educativas que realiza: (informática, costura, etc.)

14.5 Funcionamiento general durante el ingreso en la residencia:

- Estado emocional: (tristeza, pena, soledad, aflicción, apatía)
- Relaciones sociales: amigos, familiares, vecinos, pareja, etc.
- Cuidados físicos; (curas, medicación, estado de salud, etc.)
- Nivel de independencia: más o menos dependiente (1-10)
- Intereses y actividades que realiza.

- Programas que realiza en el centro: (sociocultural, estimulación cognitiva, psicomotricidad, etc.)

Modelo de entrevista conductual. Fuente: Adaptación propia a partir de “Entrevista dirigida para habilidades sociales”. Ballesteros R. y Carroble J.A. (1991). Pp. 575.

• ANEXO III:

○ Evaluación y Diagnóstico de las habilidades sociales

Los siguientes test y cuestionarios fueron pasados para evaluar las necesidades de los residentes que se encontraban en su primer año de institucionalización en el centro antes de comenzar el programa de intervención propiamente dicho.

El resultado del test de habilidades sociales pone de manifiesto las necesidades más patentes que tiene el grupo frente a todas las habilidades sociales existentes. (Véase tabla nº2 de Goldstein, 1989).

- Objetivo: este test nos permitirá conocer el punto de partida del programa y nos servirá para la corrección de problemas psicosociales existentes en el individuo y en el grupo de usuarios de la residencia, a la vez que nos permitirá mejorar las relaciones sociales entre mayores y su entorno más próximo: familiares y trabajadores/ cuidadores.
- Temporización: de 25 a 30 minutos por persona.
- Instrucciones: El terapeuta o familiar irá leyendo en voz alta los ítems y el sujeto dictará su respuesta que será marcada con una X una de las casillas que se ubica en la columna derecha, utilizando los siguientes criterios:

N = NUNCA RV = RARA VEZ AV = A VECES
AM= A MENUDO S = SIEMPRE

NOMBRE: _____

EDAD: _____ SEXO: M (____) F (____)

RESIDENCIA: _____ AÑO DE ESTUDIO: _____

NOMBRE DE EVALUADOR: _____

FECHA: _____

	NUNCA(N)	RARA VEZ(RV)	A VECES(AV)	A MENUDO(AM)	SIEMPRE (S)
1. Prefiero mantenerme callado(a) para evitarme problemas.					
2. Si alguien habla mal de mi persona le insulto.					
3. Si necesito ayuda la pido de buena manera.					
4. Agradezco cuando alguien me ayuda					
5. Expreso muestras de cariño hacia los demás cuando lo siento.					
6. Si estoy enfadado/a con alguien le expreso mi amargura de forma correcta.					
7. No me siento contento con mi aspecto físico.					
8. Puedo cambiar mi comportamiento cuando me doy cuenta que estoy equivocado/a.					
9. Intento ser amable con todo el mundo.					
10. Cuando me siento triste evito contar lo que me pasa.					

11. Le digo a algún compañero/a o cuidador/a cuando hace algo que no me agrada.					
12. Si una persona me insulta me defiende sin agredirlo, Exigiendo mi derecho a ser respetado.					
13. Reclamo agresivamente con insultos, cuando necesito algo o siento que algo es injusto.					
14. Me distraigo fácilmente cuando una persona me habla.					
15. Me considero una persona sociable.					
16. Utilizo un tono de voz con gestos apropiados para que me escuchen y me entiendan mejor					
17. No pregunto a las personas cuando no comprendo lo que dicen.					
18. Entiendo que necesito ayuda y la recibo con agrado.					
19. Si estoy "nervioso(a)" trato de					

relajarme para ordenar mis pensamientos.					
20. Me hago entender con facilidad cuando hablo.					
21. Pregunto cada vez que sea necesario para entender lo que me dicen.					
22. Miro a los ojos cuando alguien me habla.					
23. Reconozco fácilmente mis cualidades positivas y negativas.					
24. Mi actitud me genera problemas con compañeros/as, trabajadores o familiares.					
25. Critico las cosas que hacen las personas de mi alrededor					
26. La gente de mi alrededor dice que soy agresivo en mis relaciones sociales.					
27. Sé cuáles son mis derechos y los defiendo correctamente.					
28. Me cuesta relacionarme con mis compañeros/as.					
29. Cuando digo “no” a					

algo o alguien, me siento culpable					
30. Comparto mi alegría con los de mi alrededor.					
31. Me siento triste y solo/a.					
32. Soy sincero/a en mis opiniones.					
33. Puedo hablar sobre mis temores con los demás.					
34. Defiendo mis ideas sobre las de los demás.					
35. Cuando algo no sale como deseo no sé cómo expresar mi cólera.					
36. Digo que no de forma agresiva.					
37. Mis compañeros/as no me tratan como quisiera.					
38. A veces actúo para complacer a los demás.					
39. Me cuesta pedir un favor a alguien.					
40. Se me da bien el trato con la gente.					
41. Se recibir halagos y críticas de forma adecuada.					
42. Cuando estoy enfadado/a lo hago saber a los demás.					
43. Pido disculpas					

cuando me equivoco					
44. Cuando necesito algo me callo por no molestar.					
45. Me siento vacío/a					
46. Entiendo que los demás puedan negarse a alguna petición.					

Tabla Anexos nº2. Elaboración propia a partir del documento: “Manual de evaluación y Entrenamiento de Habilidades Sociales para Personas con Retraso Mental” (2012).

○ **Clave de respuestas de la lista Diagnóstico de Habilidades Sociales**

Se puntúan las respuestas obtenidas en el test de acuerdo a la frecuencia en la que aparecen. Algunos ítems serían contabilizados de forma inversa.

	NUNCA (N)	RARA VEZ (RV)	A VECES (AV)	A MENUDO (AM)	SIEMPRE (S)
1. Prefiero mantenerme callado(a) para evitarme problemas.*	5	4	3	2	1
2. Si alguien habla mal de mi persona le insulto.*	5	4	3	2	1
3. Si necesito ayuda la pido de buena manera.	1	2	3	4	5
4. Agradezco cuando alguien me ayuda.	1	2	3	4	5
5. Expreso muestras de cariño hacia los demás cuando lo siento.	1	2	3	4	5
6. Si estoy enfadado/a con alguien le expreso mi amargura de forma correcta.	1	2	3	4	5
7. No me siento contento con mi	1	2	3	4	5

aspecto físico.					
8. Puedo cambiar mi comportamiento cuando me doy cuenta que estoy equivocado (a).	1	2	3	4	5
9. Intento ser amable con todo el mundo.	1	2	3	4	5
10. Cuando me siento triste evito contar lo que me pasa.*	5	4	3	2	1
11. Le digo a algún compañero/a o cuidador/a cuando hace algo que no me agrada.	1	2	3	4	5
12. Si una persona me insulta me defiendo sin agredirlo, exigiendo mi derecho a ser respetado.	1	2	3	4	5
13. Reclamo agresivamente con insultos, cuando necesito algo o siento que algo es injusto.*	5	4	3	2	1
14. Me distraigo fácilmente cuando una persona me habla.*	5	4	3	2	1
15. Me considero una persona sociable.	1	2	3	4	5
16. Utilizo un tono de voz con gestos apropiados para que me escuchen y me entiendan mejor.	1	2	3	4	5
17. No pregunto a las personas cuando no comprendo lo que dicen.*	5	4	3	2	1
18. Entiendo que necesito ayuda y la recibo con agrado.	1	2	3	4	5
19. Si estoy "nervioso(a)" trato de relajarme para ordenar mis Pensamientos.	5	4	3	2	1
20. Me hago entender con facilidad cuando hablo.	1	2	3	4	5
21. Pregunto cada vez que sea	1	2	3	4	5

necesario para entender lo que me dicen.					
22. Miro a los ojos cuando alguien me habla.	1	2	3	4	5
23. Reconozco fácilmente mis cualidades positivas y negativas.	1	2	3	4	5
24. Mi actitud me genera problemas con compañeros/as, trabajadores o familiares.*	1	2	3	4	5
25. Critico las cosas que hacen las personas de mi alrededor.	5	4	3	2	1
26. La gente de mi alrededor dice que soy agresivo en mis relaciones sociales*	1	2	3	4	5
27. Sé cuáles son mis derechos y los defiendo correctamente.	1	2	3	4	5
28. Me cuesta relacionarme con mis compañeros/as.	5	4	3	2	1
29. Cuando digo “no” a algo o alguien, me siento culpable.*	5	4	3	2	1
30. Comparto mi alegría con los de mi alrededor.	1	2	3	4	5
31. Me siento triste y solo/a.	5	4	3	2	1
32. Soy sincero/a en mis opiniones.	1	2	3	4	5
33. Puedo hablar sobre mis temores con los demás.	1	2	3	4	5
34. Defiendo mis ideas sobre las de los demás.	1	2	3	4	5
35. Cuando algo no sale como deseo no sé cómo expresar mi cólera.*	5	4	3	2	1
36. Digo que no de forma agresiva.	5	4	3	2	1
37. Mis compañeros/as me tratan como quisiera.	1	2	3	4	5
38. A veces actúo para complacer a los demás.*	5	4	3	2	1

39. Me cuesta pedir un favor a alguien.	5	4	3	2	1
40. Se me da bien el trato con la gente.	1	2	3	4	5
41. Se recibir halagos y criticas de forma adecuada.	1	2	3	4	5
42. Cuando estoy enfadado/a lo hago saber a los demás	1	2	3	4	5
43. Pido disculpas cuando me equivoco.	1	2	3	4	5
44. Cuando necesito algo me callo por no molestar.*	5	4	3	2	1
45. Me siento vacio/a.	5	4	3	2	1
46. Entiendo que los demás puedan negarse a alguna petición.	1	2	3	4	5
NOTA: LOS ASTERISCOS (*) SON RESPUESTAS DE VALOR INVERSO					

Tabla Anexos nº3. Elaboración propia a partir del documento: “Manual de evaluación y Entrenamiento de Habilidades Sociales para Personas con Retraso Mental” (2002).

○ Cuadro de Áreas e Ítem

Todas las cuestiones del test están abarcados en tres grandes ámbitos: asertividad, comunicación y autoestima para su posterior conteo.

GRUPO	ITEMS
ASERTIVIDAD	1-4,6,9,11-13,18,19,25,27,29,34,36,38-39,43,46.
COMUNICACIÓN	1,3-4,10-18,20-22,33-34,39,44.
AUTOESTIMA	5, 7-8,10-11, 15,23-24,30-33, 35, 37,45.

NOTA: LOS ASTERISCOS (*) SON RESPUESTAS DE VALOR INVERSO

Cuadro Anexos nº7. Elaboración propia a partir del documento: “Manual de evaluación y Entrenamiento de Habilidades Sociales para Personas con Retraso Mental”. (2002).

- **Categorías de las Habilidades Sociales**

Analizamos las puntuaciones obtenidas en los tres grandes ámbitos y los agrupamos en diversas categorías.

CATEGORÍAS	PUNTAJE DIRECTO ASERTIVIDAD	PUNTAJE DIRECTO COMUNICACIÓN	PUNTAJE DIRECTO AUTOESTIMA	TOTAL
MUY BAJO	0-20 PTOS	MENOR DE 19 PTOS	MENOR A 21 PTOS	MENOR 60
BAJO	20-32 PTOS	19-24 PTOS	21-34 PTOS	DE 60 A 80 PTOS
PROMEDIO BAJO	33-38 PTOS	25-29 PTOS	35-41 PTOS	DE 80 A 108 PTOS
PROMEDIO	39-41 PTOS	30-32 PTOS	42-46 PTOS	DE 108 A 119 PTOS.
PROMEDIO ALTO	42-44 PTOS	33-35 PTOS	47-50 PTOS	DE 119 A 129 PTOS
ALTO	45-49 PTOS	36-39 PTOS	51-54 PTOS	DE 129 A 142 PTOS
MUY ALTO	50 PTOS O MÁS	40 PTOS O MÁS	55 PTOS O MÁS	145 PTOS O MÁS.

Cuadro Anexos nº8. Elaboración propia.

- **ANEXO IV**

- **Cuestionario Diagnóstico de agresividad, ira e irritabilidad**

Este cuestionario está diseñado para averiguar la existencia y frecuencia de aspectos como la ira, irritabilidad y agresión (física y verbal) con el objetivo de realizar un programa de intervención que incluya sesiones que ayuden a los participantes a canalizar estos sentimientos. Ha sido adaptado del cuestionario (AQ) (Aggression Questionnaire) de Buss y Perry (1992).

- **Instrucciones:** Usando esta escala que sigue a continuación se selecciona la respuesta marcando con una “x” uno de los casilleros que se ubica en la columna derecha, utilizando los siguientes criterios:

N = NUNCA RV = RARA VEZ AV = A VECES

AM = A MENUDO S = SIEMPRE

NOMBRE: _____

EDAD: _____ SEXO: M (____) F (____)

RESIDENCIA: _____ AÑO DE ESTUDIO: _____

NOMBRE DE EVALUADOR: _____

FECHA: _____

	NUNCA (N)	RARA VEZ (RV)	A VECES (AV)	A MENUDO (AM)	SIEMPRE (S)
1. Soy malhumorado (a).					
2. No puedo evitar ser algo tosco (a) con la persona que no me agrada.					
3. Paso mucho tiempo enfadado(a), más de lo que la gente cree.					
4. Cuando estoy enfadado/a siento como si tuviera algo pesado sobre mis hombros.					
5. Me molesta que la gente se acerque mucho a mi alrededor.					
6. Con frecuencia estoy enfadado y a punto de explotar.					
7. No me enfado si alguien no me trata bien.					
8. Yo soy muy comprensivo con todas las personas.					
9. No permito que cosas sin importancia me enfaden.					
10. Cambio rápidamente de ser capaz de controlar mi amargura a no					

ser capaz de controlarlo.					
11. Me enfada que me ignoren.					
12. Algunas veces me siento bien, y al minuto siguiente cualquier cosa me molesta.					
13. Me molesta que la gente no entienda mis estados de ánimo.					
14. Normalmente estoy tranquilo pero de un momento a otro, me puedo enfadar muchísimo.					
15. Hay épocas en las cuales he estado agresivo.					
16. Me enfurece que me contradigan					
17. Discuto con casi toda la gente que conozco.					
18. Si alguien me levanta la voz, le insulto para que se calle.					
19. Siento que los demás hacen las cosas solo para fastidiarme.					
20. No puedo evitar discutir con la gente que no está de acuerdo conmigo.					
21. Me cuesta llegar a un acuerdo para resolver un problema.					
22. Prefiero darle la razón a una persona antes que discutir.					
23. Si alguien me molesta, soy capaz de decirle lo que pienso sobre él (ella) de forma correcta.					
24. Me gustaría dulcificar mi carácter.					
25. Cuando me enfado mucho, amenazo y maldigo.					
26. Cuando me enfado grito e					

insulto.					
27. Me enfado muchas veces pero se me pasa en seguida.					
28. Cuando discuto rápidamente alzo la voz					
29. Cuando me enojo digo cosas muy feas de las que luego me arrepiento.					
30. Me dicen los demás que me altero fácilmente.					
31. Me enfurece que me contradigan.					
32. Hay momentos que quisiera agredir a alguien, bien sea de palabra o de hecho.					
33. Reconozco que en algunos momentos pierdo el control y soy agresivo.					

Tabla Anexos nº4. Elaboración propia a partir del documento de ANDREU RODRIGUEZ, J.M; PEÑA FERNANDEZ, M.E y GRAÑA GOMEZ, J.M (2002).

○ **Resultados del Cuestionario Diagnóstico de Agresividad, Ira e Irritabilidad**

Nos proporciona datos relevantes acerca del nivel de irritabilidad, ira y agresividad detectadas en los usuarios para los que se diseña el plan de intervención gracias al puntaje que se proporciona a cada uno de los ítems.

	NUN CA (N)	RAR A VEZ (RV)	A VECES (AV)	A MENU DO (AM)	SIEMP RE (S)
1. Soy malhumorado(a).	1	2	3	4	5
2. No puedo evitar ser algo tosco (a) con la persona que no me agrada.	1	2	3	4	4
3. Paso mucho tiempo enfadado (a), más de lo que la gente cree.	1	2	3	4	4
4. Cuando estoy enfadado siento como si tuviera algo pesado sobre mis hombros.	1	2	3	4	5
5. Me molesta que la gente se acerque mucho a mi alrededor.	1	2	3	4	5
6. Con frecuencia estoy enfadado y a punto de explotar	1	2	3	4	5
7. No me enfado si alguien no me trata bien. *	5	4	3	2	1
8. Yo soy muy comprensivo con todas las personas. *	5	4	3	2	1
9. No permito que cosas sin importancia me enfaden. *	5	4	3	2	1
10. Cambio rápidamente de ser capaz de controlar mi amargura a no ser capaz de controlarlo.	1	2	3	4	5
11. Me enfada que me ignoren.	1	2	3	4	5
12. Algunas veces me siento bien, y en el minuto siguiente cualquier cosa me enfada.	1	2	3	4	5
13. Me enfada que la gente no entienda mis estados de ánimo.	1	2	3	4	5
14. Normalmente estoy tranquilo pero de un momento a otro, me puedo enfadar muchísimo.	1	2	3	4	5
15. Hay épocas en las cuales he estado agresivo.	1	2	3	4	5
16. Me enfurece que me contradigan.	1	2	3	4	5

17. Discuto con casi toda la gente que conozco.	1	2	3	4	5
18. Si alguien me levanta la voz, le insulto para que se calle.	1	2	3	4	5
19. Siento que los demás hacen las cosas solo para fastidiarme.	1	2	3	4	5
20. No puedo evitar discutir con la gente que no está de acuerdo conmigo	1	2	3	4	5
21. Me cuesta llegar a un acuerdo para resolver un problema.	1	2	3	4	5
22. Prefiero darle la razón a una persona antes que discutir. (*)	5	4	3	2	1
23. Si alguien me molesta, soy capaz de decirle lo que pienso sobre él (ella) de forma adecuada.	1	2	3	4	5
24. Me gustaría dulcificar mi carácter. (*)	1	2	3	4	5
25. Cuando me enfado mucho, amenazo y maldigo. *	1	2	3	4	5
26. Cuando me enfado grito e insulto.	1	2	3	4	5
27. Me enfado muchas veces pero se me pasa en seguida.	1	2	3	4	5
28. Cuando discuto rápidamente alzo la voz.	1	2	3	4	5
29. Cuando me enfado digo cosas muy feas de las que luego me arrepiento.	1	2	3	4	5
30. Me dicen los demás que me altero fácilmente.-	1	2	3	4	5
31. Me enfurece que me contradigan.	1	2	3	4	5
32. Hay momentos que quisiera agredir a alguien, bien sea de palabra o de hecho.	1	2	3	4	5
33. Reconozco que en algunos momentos pierdo el control y soy agresivo.	1	2	3	4	5

Tabla Anexos nº5. Elaboración propia a partir del documento ANDREU RODRIGUEZ, J.M; PEÑA FERNANDEZ, M.E y GRAÑA GOMEZ, J.M (2002).

○ **Clasificación de los Ítems**

Todos los ítems del test anterior son catalogados en los tres grandes aspectos que se evalúan en él.

GRUPO	ITEMS
IRRITABILIDAD	1-14, 17,24,27,30
IRA	15,16,18,23,25,26,32,33
AGRESIVIDAD	19-20, 28-29 y 31

Cuadro Anexos nº9. Elaboración propia.

○ **Cuadro de Categorías**

Clasificamos cada aspecto evaluado en distintas categorías según las puntuaciones obtenidas en cada uno de los ítems.

1. GRUPO IRRITABILIDAD

CATEGORÍA	PUNTAJE DIRECTO
MUY ALTO	40 ó +.....puntos
ALTO	33 puntos a 39 puntos
PROMEDIO	27 puntos a 32 puntos
BAJO	22 puntos a 26 puntos
MUY BAJO	0 puntos a 21 puntos

Cuadro Anexos nº10. Fuente; “Manual de evaluación y Entrenamiento de Habilidades Sociales para Personas con Retraso Mental” (2002).

2. GRUPO AGRESIVIDAD

CATEGORÍA	PUNTAJE DIRECTO
MUY ALTO	28 puntos o +
ALTO	22 puntos a 27 puntos
PROMEDIO	15 puntos a 21 puntos
BAJO	11 puntos a 14 puntos
MUY BAJO	0 puntos a 10 puntos

Cuadro Anexos nº11. Fuente; Manual de evaluación y Entrenamiento de Habilidades Sociales para Personas con Retraso Mental” (2002).

3. GRUPO IRA

CATEGORÍA	PUNTAJE DIRECTO
MUY ALTO	28 puntos o +
ALTO	22 puntos a 27 puntos
PROMEDIO	15 puntos a 21 puntos
BAJO	11 puntos a 14 puntos
MUY BAJO	0 a 10 puntos

Cuadro Anexos nº12. Fuente; Manual de evaluación y Entrenamiento de Habilidades Sociales para Personas con Retraso Mental”. (2002).

• ANEXO V

○ **Cuestionario de Autoregistro de evaluación para los participantes**

Tras la intervención realizada pasamos este test a los participantes en las sesiones para comprobar la eficacia y validez de los mismos.

- Instrucciones: Se requiere sinceridad y se irá marcando con una “x” en una escala de conformidad- disconformidad (del 1- 5) en las preguntas de los diferentes aspectos:

- 1: En desacuerdo
- 2: Algo de acuerdo
- 3: ni de acuerdo ni en desacuerdo
- 4: Bastante de acuerdo
- 5: Totalmente de acuerdo.

1. AUTOCONOCIMIENTO

En este apartado se valorará el grado de adquisición de los aprendizajes de forma individual de acuerdo a los objetivos propuestos en el programa.

	En desacuerdo (1)	Algo de acuerdo (2)	Ni de acuerdo ni en desacuerdo (3)	Bastante de acuerdo (4)	Totalment e de acuerdo (5)
1. Acepto mi cuerpo como es y he aprendido a quererme.					
2. He aprendido a utilizar la asertividad en mi vida diaria.					
3. Desde que realizamos las sesiones me comunico mejor con las personas de mi alrededor.					
4. Sé identificar los pensamientos que preceden a la rabia y me doy autoinstrucciones para canalizarla.					
5. Conozco los diferentes estilos comunicativos que existen y lo que implica el uso de cada uno de ellos.					
6. He aprendido a quererme y valorarme más.					
7. He notado como mi autoestima ha crecido a partir de estos talleres.					
8. He adquirido conocimientos efectivos que desconocía.					
9. Creo que la realización de estas sesiones me han sido útiles.					
10. Ahora sé cómo mejorar mis relaciones sociales.					
11. Conozco qué es la asertividad y cómo manejarla.					
12. Me siento más feliz y contento desde que participé en el Programa de Habilidades Sociales					
13. Uso mensajes claros y directos a la					

hora de realizar una petición.

14. Reconozco las características positivas y negativas de mi cuerpo y mi comportamiento y las acepto de buen grado.

15. Sé expresar mi ira sin herir a los demás.

16. He ampliado mis conocimientos en habilidades sociales con respecto a los que ya poseía.

Tabla Anexos nº6. Elaboración propia.

2. VALORACIÓN DE LA TERAPEUTA Y LAS SESIONES

Se apreciará el trabajo de la profesional en relación a la atención prestada a los participantes, así como la efectividad y adecuación de las sesiones realizadas, entre otros.

	En desacuerdo (1)	Algo de acuerdo (2)	Ni de acuerdo ni en desacuerdo (3)	Bastante de acuerdo (4)	Totalment e de acuerdo (5)
1. La terapeuta se explica de forma clara.					
2. Cuando he tenido dudas sobre algún ejercicio la terapeuta me ha ayudado a comprenderlo mejor.					
3. La terapeuta nos ha motivado y animado a lo largo de las sesiones.					
4. Las sesiones han sido muy largas y tediosas.					
5. Me ha parecido muy complicado los ejercicios que se realizaban en los talleres.					
6. Los compañeros hemos compartido grandes momentos juntos en las sesiones.					
7. Las prácticas de los ejercicios se corresponden con nuestra vida diaria.					
8. Considero que estas sesiones me sirven para mejorar en muchos aspectos.					
9. La terapeuta nos ha ayudado y orientado					

cuando lo hemos necesitado.

10. Me gustaría realizar más sesiones de este tipo.

11. Creo que las sesiones han sido suficientes para enseñarnos lo más importante para relacionarnos.

Tabla Anexos nº7. Elaboración propia.

○ **Cuestionario de Evaluación para familiares.**

Tras la intervención se pasa este test a los familiares de los participantes y con la intención de tener una valoración más amplia de la puesta en práctica.

- Instrucciones: El test se valorará en una escala de 1-5 bajo los siguientes criterios: en desacuerdo (1), poco de acuerdo (2), ni de acuerdo ni en desacuerdo (3), algo de acuerdo (3) y totalmente de acuerdo (5).

Después del Programa de Habilidades Sociales....	En desacuerdo (1)	Algo de acuerdo (2)	Ni de acuerdo ni en desacuerdo (3)	Algo de acuerdo (4)	Totalmente de acuerdo (5)
1. Se comunica mejor con nosotros.					
2. Establece contacto ocular al hablarnos.					
3. Se le nota de mejor humor, más alegre.					
4. Expresa sus mensajes de forma clara y precisa.					
5. Defiende su postura sin juzgar la de los demás					
6. Normalmente Habla tranquilo, sin alterarse, pese a las situaciones.					
7. Desde que realizó esos talleres le notamos una mejora general.					
8. Respeta y tolera mejor las					

opiniones y actos de los demás.

9. Parece que se quiere más, que su autoestima ha mejorado.

10. Últimamente se siente mejor con su imagen y se preocupa por ella.

11. Parece que sus relaciones interpersonales han mejorado.

12. Dice que desea cambiar sus malas actitudes.

13. Identifica y expresa sus sentimientos de forma correcta.

14. Si se enfada, mantiene la calma y se controla.

15. Da las gracias y hace peticiones cuando es necesario.

Tabla Anexos nº8. Elaboración propia.

NOTA: LAS RESPUESTAS SE CONTESTARÁN TENIENDO EN CUENTA QUE TODOS LOS ITEMS SE TEMPORALIZAN TRAS LA REALIZACIÓN DE LAS SESIONES, NO ANTES

○ **Evaluación grupal de Series Temporales durante la intervención**

He comenzado la evaluación con el participante que menos tiempo lleva en el centro, en este caso, mes y medio, y a partir de ahí, he ido evaluando a los demás integrantes del programa de entrenamiento en varias sesiones. Todos estos registros de observación se hacen a fin de paliar la falta de control experimental en las conductas de las participantes reflejadas a través de los cuestionarios de evaluación anteriormente mencionados. A continuación muestro el cuadro que me sirvió de referencia para tomar notas de esa evaluación.

Nombre y Apellidos:	Módulo I: comunicación	Modulo II: AUTOESTIMA	Módulo III: Control de la ira.	Modulo IV: Asertividad
Aspectos superados:				
Aspectos no superados:				
Puntos fuertes				
Puntos débiles				
Recomendaciones				
Observaciones				

Cuadro Anexos nº13.Elaboración propia.

○ **Resultados**

Los resultados ambos cuestionarios serán tenidos muy en cuenta por el terapeuta como evaluación de su trabajo. El puntaje total de los resultados de cada aspecto será la suma de los puntos obtenidos en cada ítem (desde el 1 al 5).

Por tanto, cuanto mayor sea la puntuación obtenida, más satisfacción del terapeuta por el trabajo bien hecho, y al contrario cuando este sea muy bajo.

En el caso de obtener una valoración negativa tras la oportuna revisión de los cuestionarios, conviene detectar los errores cometidos y modificarlos para posteriores intervenciones, con la intención de lograr los objetivos propuestos.