



Departamento de Posgrados

**Maestría En Psicología Clínica Con Mención En Psicoterapia
De Grupo**

Eficacia de un programa grupal para el entrenamiento de
habilidades sociales en pacientes psiquiátricos

Autor/a:

Erika Ximena Peña Muñoz

Director/a:

Mgt. Viviana Vásquez Castro

Cuenca - Ecuador

2024

DEDICATORIA

Dedico mi trabajo de titulación a Dios por brindarme la oportunidad de estudiar, a mi familia por su amor y motivación a seguir hacia delante, finalmente a mi persona por todo el esfuerzo dedicado en este proceso de aprendizaje.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios y a mi familia por acompañarme e impulsar a cumplir mis sueños, a mi tutora de tesis por direccionarme en este camino de aprendizaje, a mis pacientes por estar prestos a cada actividad realizada en las sesiones.

Resumen:

El presente estudio tuvo como objeto diseñar y evaluar la eficacia de un dispositivo grupal para el entrenamiento de habilidades sociales en pacientes psiquiátricos hospitalizados en un Centro de Reposo y Adicciones, de la ciudad de Cuenca – Ecuador. En la presente investigación se seleccionó la muestra entre los pacientes internos a partir de la aplicación del test Mini - mental para descartar deterioro cognitivo. Posteriormente, se aplicó la Escala de Habilidades Sociales de Elena Gismero (EHS) a las personas que cumplieron con los criterios de inclusión, obteniendo así a los participantes con mayor grado de dificultad en la interacción social. Se diseñó un dispositivo grupal de cinco fases y once sesiones, basado en investigaciones previas sobre habilidades sociales y enfermedad mental. Cada sesión se efectuó en una hora treinta minutos, se utilizaron técnicas de la terapia cognitivo conductual, abordando las temáticas más importantes de las habilidades sociales que son: escucha activa, comunicación asertiva, inteligencia emocional y resolución de conflictos. Al finalizar la intervención se aplicó un post test para determinar el grado de eficacia del dispositivo planteado.

En los resultados se evidencia que antes de la intervención predominó un nivel muy bajo de habilidades sociales en las distintas esferas y en el puntaje global, mientras que, después de la intervención, hubo una mejora significativa en todos estos aspectos, demostrándose la eficacia del dispositivo. No existió una diferencia significativa en el desarrollo de las habilidades sociales relacionada al sexo de los participantes.

Palabras Claves

habilidades sociales, enfermedad mental, salud mental, escucha activa, comunicación asertiva, inteligencia emocional y resolución de conflictos.

Abstract

The present study aimed to design and evaluate the effectiveness of a group device for the training of social skills in psychiatric patients hospitalized in a Rest and Addictions Center, in the city of Cuenca - Ecuador. In the present research, the sample was selected among the inpatients through the application of the Mini-mental test to rule out cognitive impairment. Subsequently, the Elena Gismero Social Skills Scale (EHS) was applied to those who met the inclusion criteria, thus obtaining the participants with the greatest degree of difficulty in social interaction. A group device of five phases and eleven sessions was designed, based on previous research on social skills and mental illness. Each session was carried out in one hour and thirty minutes, using cognitive behavioral therapy techniques, addressing the most important topics of social skills: active listening, assertive communication, emotional intelligence and conflict resolution. At the end of the intervention, a post-test was applied to determine the degree of effectiveness of the proposed device.

The results show that before the intervention a very low level of social skills predominated in the different spheres and in the global score, while after the intervention there was a significant improvement in all these aspects, demonstrating the effectiveness of the device. There was no significant difference in the development of social skills related to the sex of the participants.

Key words

social skills, mental illness, mental health, active listening, assertive communication, emotional intelligence and conflict resolution.

TABLA DE CONTENIDO

Introducción	9
Problemática	10
1. Habilidades Sociales.....	11
1.1 Concepto de Habilidad Social	11
Grupo I: Primeras Habilidades Sociales	13
Grupo II: Habilidades Sociales Avanzadas	13
Grupo III: Habilidades Relacionadas con los Sentimientos	13
Grupo IV: Habilidades Alternativas a la Agresión	13
Grupo V: Habilidades para Hacer Frente el Estrés	14
Grupo VI: Habilidades de Planificación.....	14
1.2 Componentes de las habilidades sociales:.....	14
1.2.1 Escucha Activa	15
1.2.2 Comunicación Asertiva.....	16
1.2.3 Inteligencia Emocional	18
1.2.4 Resolución de Conflictos.....	20
1.3 Trastornos Mentales y Habilidades Sociales.....	21
1.3.1 Concepto de Enfermedad Mental	22
La enfermedad mental crónica (EMC)	24
Trastorno Depresivo mayor	25
Trastornos de Ansiedad:.....	25
Trastorno Obsesivo Compulsivo:.....	26
Trastorno por Consumo de Sustancias:.....	26
Trastornos de Personalidad	27
Trastorno de la Conducta Alimentaria	27
1.4 Concepto de Salud Mental	28

1.4.1	Terapia Cognitivo Conductual (TCC).....	29
	Terapia Cognitivo Conductual para el Entrenamiento en Habilidades Sociales.....	29
	Entrenamiento de Habilidades Sociales en Terapia de Grupo	30
2	Propuesta de Dispositivo Grupal	33
2.1	Antecedentes de intervenciones previas.....	33
2.2	Diseño de la propuesta de intervención.....	36
2.2.1	Fase I: Cohesión del Grupo	37
2.2.2	Fase II: Escucha Activa	38
2.2.3	Fase III: Comunicación Asertiva	39
2.2.4	Fase IV: Inteligencia Emocional.....	40
2.2.5	Fase V: Resolución de Conflictos:.....	41
2.2.6	Proceso de Cierre.....	42
2.3	Técnicas empleadas:.....	42
	Psicoeducación	42
	Refuerzo Positivo	43
	Modelado.....	43
	Role Playing:	44
	Reestructuración cognitiva	44
	Feedback.....	44
	Técnica de Solución de Problemas	45
3.	Metodología	46
3.1	Pregunta de Investigación:	46
3.2	Objetivo del Estudio.....	46
3.2.1	Objetivo General:	46
3.2.2	Objetivos Específicos	46
3.3	Tipo de Estudio	47
3.4	Participantes	47

3.4.1 Criterios de Inclusión.....	47
3.4.2 Criterios de Exclusión	47
3.5 Instrumento:	48
3.6 Análisis de Datos	48
3.6.1 Procedimiento.....	49
4. Resultados.....	51
5. Discusión	58
6. Conclusión.....	60
Referencias.....	62
Anexos	66

CONTENIDO DE TABLAS

Tabla 1. Niveles de las dimensiones de habilidades sociales obtenidas en el pre test.	52
Tabla 2. Descriptivos de dimensiones de habilidades sociales post test.	53
Tabla 3. Prueba t de muestras emparejadas	55
Tabla 4. Tamaño de efecto de muestras emparejadas.	56
Tabla 5. Estadísticos descriptivos del puntaje global pre y post test según el sexo.	56
Tabla 6. Prueba de comparación del grado de efectividad en base al género	57

CONTENIDO DE FIGURAS

Figura 1. Niveles del puntaje global de habilidades sociales del pre test	52
---	----

Introducción

Las personas con algún padecimiento mental no solo afrontan los síntomas de su enfermedad, sino también los mitos que genera la falta de conocimiento sobre estos trastornos. Esta estigmatización conduce a la discriminación, lo que a su vez causa aislamiento y deficiencias en las habilidades sociales. Estas dificultades impactan negativamente en la calidad de vida de las personas afectadas (Herrero, 2018).

El entrenamiento en habilidades sociales se plantea como un reto para ofrecer a estas personas las herramientas necesarias para optimizar sus interacciones sociales y, por ende, su bienestar emocional.

La investigación y el dispositivo grupal que se presenta en esta investigación, está basado en investigaciones previas sobre habilidades sociales en pacientes psiquiátricos. A partir de estas investigaciones, se diseñó un dispositivo grupal para el entrenamiento en habilidades sociales para pacientes psiquiátricos, compuesto por cinco fases, cada una con dos sesiones. Además, se incluye una sesión de cierre, lo que da un total de once sesiones.

El estudio pretende mejorar las habilidades sociales de los participantes por lo cual se analizará y evaluará el grado de eficacia del mismo, además se hará una comparación de la eficacia según el sexo.

Problemática

Según la Organización Mundial de Salud (2019), uno de cada ocho personas en el mundo sufre de una enfermedad mental, lo que constituye 970 millones de personas, entre los más frecuentes están los trastornos del estado de ánimo y trastornos de ansiedad, para el 2020 los índices incrementaron por la pandemia de COVID – 19, los datos muestran un aumento del 26% en los niveles de ansiedad y de 28% en trastornos depresivos graves en un solo año, existen diversas opciones de prevención y tratamiento, sin embargo algunas personas que padecen trastornos mentales no poseen acceso a una atención efectiva, ya sea por factores económicos o por el desconocimiento de los potenciales de la terapia psicológica. Asimismo, por el simple hecho de tener una enfermedad mental, muchos sufren estigma, discriminación y violaciones de sus derechos, la sociedad ha instaurado mitos e ideas irracionales que producen dificultades en el diagnóstico, tratamiento y pronóstico de estas personas (García, 2022).

Según Artieda (2022) un trastorno mental se caracteriza por una alteración clínicamente significativa en las distintas esferas del individuo como son las emociones, su comportamiento y cognición, además puede llegar a afectar otras áreas como la interacción social, que es importante y básica en la vida de un individuo puesto que está relacionada con su sensación de seguridad, confianza, empatía, respeto hacia sí mismo y los demás. El ser humano es un ser social, necesita estar en contacto con otras personas y sentirse parte de la sociedad, poseer habilidades sociales permite expresarse y desenvolverse de manera eficaz, lo que minimiza los conflictos o permite resolverlos de forma más adecuada.

Capítulo 1

1. Habilidades Sociales

Según Goicochea (2019), el interés por estudiar las habilidades sociales, sus determinantes y formas de desarrollo, han existido desde hace varios años atrás, debido a que el ser humano es un ser social. Desde su nacimiento, está involucrado en interacciones con otras personas. Es parte de una familia y de una sociedad, cumple con distintos roles y normas. Se relaciona con el entorno para satisfacer sus necesidades. Para esto, necesita habilidades como: escucha activa, manejo de emociones, comunicación asertiva, resolución de conflictos, entre otros. Estas habilidades demandan de grandes destrezas sociales.

Algunos individuos presentan dificultades vinculares, como, por ejemplo, no saben defender opiniones y derechos, se les dificulta expresar de manera asertiva sus sentimientos y pensamientos, poner punto final a una conversación que no es de interés o saber establecer límites, por ello es importante la adquisición de diferentes técnicas para mejorar estas interacciones (Goicochea 2019).

1.1.1 Concepto de Habilidad Social

Gismero (2002, como se citó en Valera, 2021), define a las Habilidades Sociales (HHSS) como:

El conjunto de respuestas verbales y no verbales, parcialmente independientes y situacionalmente específicas, a través de las cuales un individuo expresa en un contexto interpersonal sus necesidades, sentimientos, preferencias, opiniones o derechos sin ansiedad excesiva y de manera aversiva, respetando todo ello en los demás, que trae como consecuencia el autoreforzamiento y maximiza la probabilidad de conseguir refuerzo externo. (p.14)

Así también Caballo (2007) describe a las HHSS como diferentes comportamientos realizados por una persona en un contexto interpersonal en el que manifiesta sus emociones, conductas, necesidades o puntos de vista; de forma adecuada en cualquier escenario, a la vez respeta el criterio y conductas de los demás.

La Asociación Americana de Psicología (APA, 2010) explica que las habilidades sociales “se caracterizan por ser capacidades aprendidas de la persona que le permiten desenvolverse de forma satisfactoria independientemente del contexto en el que se encuentre” (p. 11).

Los individuos que poseen habilidades sociales pueden desenvolverse de manera asertiva en diferentes situaciones como, por ejemplo, relaciones satisfactorias con amistades, familia y pareja; además poseen destrezas en actividades simples y cotidianas como pedir algo, comprar, vender, establecer límites, relacionarse en el ámbito laboral, entre otras. Por ello la importancia de desarrollar y fortalecer competencias sociales desde la infancia (Herrero, 2021).

Monjas (2020, como se citó en Herrero, 2021) describe las siguientes características sobre las HHSS:

- Se enseñan y aprenden, se modifican y mejoran mediante mecanismos básicos de aprendizaje.
- Son recíprocas y dependen de la conducta de las personas del mismo contexto.
- Constan de componentes motores y manifiestos, cognitivos, emocionales y fisiológicos, aumentan el refuerzo social y la satisfacción mutua.
- Dependen de la situación y sus reglas, y de las personas implicadas (p. 8).

Goldstein (1987, como se citó en Collaguazo, 2023) refiere que las habilidades sociales se pueden dividir según su tipología. en seis grupos los cuales son:

Grupo I: Primeras Habilidades Sociales

Este grupo se centra en evaluar las habilidades necesarias para iniciar una conversación como escuchar activamente, mantener el interés en lo que expresa la otra persona, realizar preguntas adecuadas, expresar gratitud, además saber presentarse y presentar a los demás.

Grupo II: Habilidades Sociales Avanzadas

El segundo grupo se enfoca en las habilidades necesarias para ser responsable, solidario y cortés. Estas destrezas incluyen pedir ayuda cuando es necesario, participar activamente en diferentes tareas, seguir instrucciones, disculparse al cometer un error y convencer a los demás.

Grupo III: Habilidades Relacionadas con los Sentimientos

El tercer grupo hace referencia a las habilidades afectivas, las cuales son importantes para relacionarse con los demás de manera positiva. Estas habilidades incluyen: conocer los propios sentimientos, manifestarlos de forma correcta, entender los sentimientos de los demás, expresar afecto, autorrecompensarse y enfrentarse al enojo de otras personas.

Grupo IV: Habilidades Alternativas a la Agresión

Este grupo consiste en las habilidades necesarias para resolver los conflictos de forma asertiva y constructiva. Estas habilidades incluyen: pedir permiso,

compartir, ayudar, negociar, controlar la ira, defender los propios derechos, responder a las bromas de forma respetuosa y evitar los enfrentamientos.

Grupo V: Habilidades para Hacer Frente el Estrés

El quinto grupo se centra en las habilidades significativas para afrontar el estrés y la frustración. Estas habilidades incluyen: tolerar la frustración, manejar el fracaso, tomar decisiones de manera reflexiva, ser resiliente, resolver conflictos, defender los propios derechos, resistir la presión social y enfrentar las críticas.

Grupo VI: Habilidades de Planificación

El sexto grupo consiste en la capacidad para planificar y organizarse. Estas habilidades incluyen: establecer objetivos realistas, identificar la causa de los problemas, planificar estrategias de solución, determinar las propias habilidades y recursos, recopilar información relevante, priorizar las tareas y tomar decisiones eficaces. (p.3)

1.2 Componentes de las habilidades sociales:

Los componentes de las HHSS que explica Gismero (2012, cómo se citó en Orozco, 2017) son: la autoexpresión de situaciones sociales; la cual hace referencia a la habilidad que tiene una persona para poder expresar su punto de vista sin sentir ansiedad; de la misma forma explica sobre la defensa de los propios derechos como consumidor, que consiste en comunicarse con personas desconocidas de manera asertiva frente a una situación que produce incomodidad; otro componente que describe la autora es la expresión de enfado o disconformidad, que es considerada como una destreza, permitiendo manifestar emociones de disgusto, decepción o desacuerdo. Así también hace mención a decir no y cortar interacciones;

conceptualizada como la capacidad para culminar conversaciones o interacciones que no son de agrado. Como penúltimo punto relata, hacer peticiones; el cual es descrito como la habilidad de expresar lo que desea otro individuo como forma de petición, y por último iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto; se centra en saber iniciar interacciones con personas del sexo opuesto como pedir una cita o comenzar una conversación.

Según Céspedes et al. (2020), dentro de las HHSS se puede encontrar elementos importantes que permiten desarrollar a las personas de manera eficaz y son: la escucha activa, comunicación asertiva, la inteligencia emocional y la resolución de conflictos, que deben ser aprendidas desde lo más fácil hasta lo más complejo, por ello se describirán en orden jerárquico a continuación:

1.2.1 Escucha Activa

La escucha activa es una habilidad comunicativa que implica comprender las palabras y el lenguaje corporal de la otra persona. Fue conceptualizada por primera vez por el psicólogo humanista Carl Rogers (1951) como parte de su enfoque centrado en la persona. Rogers creía que la escucha activa era esencial para establecer relaciones significativas y lograr la autorrealización (Auriemma, 2021).

Según Hernández y Ledesma (2018) la escucha activa es una forma de comunicación en la cual las personas pueden transmitir ideas claras sin obstaculizar al receptor, se ejecuta con asertividad tomando en cuenta los pensamientos y sentimientos de las otras personas. Es un mecanismo indispensable y significativo en el proceso de comunicación, puesto que permite la recopilación e interpretación de información al momento de comunicarnos con otra persona. Además, puede ser beneficiosa para el individuo debido a que contribuye en la seguridad y confianza, así

también favorece las relaciones interpersonales las cuales son esenciales en la vida de una persona.

Esta destreza se puede dar en el diario vivir, en distintos espacios como: trabajo, familia, grupo de amigos, cultural entre otros, sin una adecuada comprensión e interpretación de lo que se escucha se puede generar desinformación y situaciones de conflictos (Hernández y Ledesma, 2018).

Según Cárdenas (2019) existen algunas diferencias entre oír y escuchar:

Oír es un fenómeno que pertenece al orden fisiológico, dentro del territorio de las sensaciones. Nuestro sentido auditivo nos permite percibir los sonidos en mayor y menor medida. Oír es sencillamente percibir las vibraciones del sonido. Es recibir los datos suministrados por el emisor. Oír es pasivo.

Escuchar es la capacidad de captar, atender e interpretar los mensajes verbales y otras expresiones como el lenguaje corporal y el tono de voz. Representa deducir, comprender y dar sentido a lo que se oye. Es añadir significado al sonido. Escuchar es oír más interpretar. (p.27)

1.2.2 Comunicación Asertiva

A la comunicación se le puede definir según López (2021) como el proceso entre dos o más individuos en donde intercambian información y construyen significados. Dicho proceso significa la transmisión de un mensaje, la recepción de este mensaje y la comprensión del mismo. También es definida como una función primordial dentro de la psicología, ya que es importante para la creación y sostenimiento de las relaciones interpersonales. A través de la comunicación, las personas pueden desenvolverse de manera eficaz sin importar el entorno en el que se

encuentren, la comunicación puede contribuir en el desarrollo de relaciones sociales, resolver conflictos y tomar decisiones.

Prieto y Loor (2021) afirman que la comunicación es una acción frecuente, natural que se da entre seres humanos, sin embargo, puede ser compleja debido a que las personas no le dan significancia.

Según López (2021), el lenguaje no verbal es una forma de comunicación esencial entre dos o más personas, se caracteriza por no usar palabras y se centra en la utilización de señales visuales, auditivas, táctiles y olfativas para transmitir información. A través del lenguaje no verbal se puede expresar información valiosa, consciente e inconsciente, por ejemplo, el contacto visual, la expresión facial, el lenguaje corporal y la postura que se pueden usar para expresar emociones, pensamientos y conducta; así también el lenguaje no verbal complementa a la comunicación, debido a que un individuo puede utilizar esta herramienta para destacar lo que expresa. La comunicación no verbal es un elemento eficaz que optimiza la comunicación y las relaciones interpersonales.

Según Caballo (1983) el término asertividad tiene origen en la terapia de la conducta y aunque existe una definición exacta para describir esta palabra, varios autores importantes la han descrito de la siguiente manera:

Alberti Emmons (1978) refiere que asertividad es: “La conducta que permite a una persona actuar en base a sus intereses más importantes, defenderse sin ansiedad inapropiada, expresar cómodamente sentimientos honestos o ejercer los derechos personales sin negar los derechos de los otros” (p.2).

Para Brown (1980) es: “La conducta que ocurre en un contexto interpersonal que se interesa principalmente por la adquisición de refuerzo personal y que minimiza la pérdida de refuerzo por parte de los receptores de las conductas” (p. 265).

Según Wolpe (1977) es: “La expresión adecuada dirigida hacia otra persona de cualquier emoción que no sea la respuesta de ansiedad” (p. 96).

Bernal et al. (2022) refieren que la comunicación asertiva es la destreza que permite manifestar ideas, emociones y percepciones, de elegir cómo reaccionar, hablar de los derechos de manera oportuna, lo que contribuye a la mejora de la autoestima, y confianza, permite expresar lo que se considera adecuado o inapropiado en el momento correcto, además puede tener un impacto positivo en las relaciones interpersonales lo que favorece la salud mental de cada persona.

1.2.3 Inteligencia Emocional

Según De la Cruz et al. (2020) la inteligencia emocional es una herramienta que poseen los seres humanos para identificar y comprender sus emociones y las de los demás, algunos autores la definen de la siguiente manera:

Goleman (1995, como se citó en Extremera y Fernández, 2004) refiere:

Necesitamos una nueva visión del estudio de la inteligencia humana más allá de los aspectos cognitivos e intelectuales que resalte la importancia del uso y gestión del mundo emocional y social para comprender el curso de la vida de las personas. (p.2)

Bar-On (1997, como se citó en Leyva y Huamán, 2021) define la inteligencia emocional como: “Un conjunto de capacidades emocionales, personales e

interpersonales que influyen y juegan un papel importante en el ser humano, debido a que es un factor determinante para afrontar y tener éxito en la vida” (p.14).

La inteligencia emocional es considerada una habilidad social que tiene relación directa con el funcionamiento cognoscitivo, lo que contribuye a la resolución de conflictos; es un mecanismo que permite reaccionar de manera acertada a algún suceso, favorece a la autoeficacia, además se relaciona con la empatía, solidaridad, afabilidad hacia otros, lo que facilita la interacción social entre las personas (Paredes, 2018).

Según Mayer y Salovey (1990) la inteligencia emocional, está compuesta por cuatro habilidades básicas, las cuales son, percepción emocional, facilitación o asimilación emocional, comprensión y regulación emocional. Las cuales están relacionadas y contribuyen al desarrollo emocional e intelectual, dichas destrezas permiten observar, entender y manejar relaciones sociales (Orbea, 2019).

Para considerar que un individuo posee inteligencia emocional es importante que cumpla con las siguientes características: capacidad para identificar sus propias emociones y las de las personas que le rodean; tiene la capacidad de captar los indicadores emocionales como expresión facial, posturas corporales y la modulación de voz; pueden reconocer emociones cuando se resuelve algún conflicto; reconocimiento de los motivos que originaron una emoción, así como las consecuencias que pueden producir nuestras acciones, equilibrar las emociones implica reconocer y aceptar tanto las positivas como las negativas, algunas personas pueden tener dificultades en la adquisición de esta destreza por ello es importante poseer estrategias y así lograr relaciones interpersonales saludables (Orbea, 2019).

1.2.4 Resolución de Conflictos

Definición de conflictos:

Putnam y Poole (1987, como se citó en Montes et al., 2014) refieren que:

El conflicto es un proceso básico e inevitable que caracteriza la dinámica interna de las relaciones humanas. Surge cuando dos o más personas perciben una oposición de metas, objetivos y/o valores y ven a la otra parte como una interferencia para satisfacer sus deseos (p. 552).

Fernández (1998) explica: “El conflicto es una situación de conformación de dos o más protagonistas, entre los cuales existe un antagonismo motivado por una confrontación de intereses” (p. 35).

Los conflictos son disputas que forman parte de la vida de las personas que se relacionan entre sí. Estas diferencias pueden surgir por las distintas creencias y puntos de vista que cada individuo posee. Los conflictos son considerados un fenómeno social, ya que se forman en diferentes entornos, como la familia, el trabajo, los grupos de amigos y las comunidades. Si los conflictos no se resuelven de manera asertiva, pueden tener un efecto negativo en las emociones y las relaciones, como ira, ansiedad, tristeza y frustración. Por ello, es importante encontrar estrategias para resolver conflictos (La Rosa y Rivas, 2018).

Resolución de Conflictos:

Para Sotomayor y Águila (2021) la resolución de conflictos es una definición psicológica que consiste en el manejo de desacuerdos o disputas entre dos o más personas de forma asertiva, el fin es encontrar una solución que satisfaga las

necesidades de ambas partes. La resolución de conflictos es considerada una habilidad que se puede aprender y mejorar.

Según Vargas (2020) Hay tres habilidades necesarias para la resolución de conflictos:

La habilidad de mandar un mensaje efectivo, un mensaje en el que se expresen claramente sentimientos y necesidades.

La habilidad para escuchar eficazmente.

La habilidad para escoger el enfoque adecuado en situaciones diferentes.

1.3 Trastornos Mentales y Habilidades Sociales

La OMS (2022) refiere que un trastorno mental: “Se caracteriza por una alteración clínicamente significativa de la cognición, la regulación de las emociones o el comportamiento de un individuo. Por lo general, va asociado a la angustia o a discapacidad funcional en otras áreas importantes” (p. 12).

Según Zarandona (2018) entre las personas que padecen un trastorno mental, hay varias que pueden experimentar sintomatología ansiosa relacionada con temor o miedo al rechazo, lo que perjudica un correcto desenvolvimiento en su entorno. Así también otro aspecto que se debe tomar en cuenta son los prejuicios y estigmas por parte de la familia o grupo social, que suelen existir con respecto a las personas con enfermedad mental, estos surgen por ideas irracionales instauradas por el padecimiento del paciente, por esta razón es indispensable reconstruir la red de apoyo de la persona.

Como ya se mencionó anteriormente, una habilidad social hace referencia a múltiples acciones aprendidas que se originan en situaciones de relaciones

interpersonales, que son aceptadas y orientadas a la obtención de reforzamientos ambientales.

Dentro de la psicología clínica, se ha observado que la mayoría de trastornos, sean simples o complejos, muestran ciertas dificultades para relacionarse adecuadamente con otras personas. Como menciona el autor Carroble (1988, como se citó en Goicochea, 2019) es frecuente encontrar que las personas con trastornos mentales como fobias, problemas sexuales o de relación de pareja, depresión, drogadicción, trastornos esquizofrénicos, trastorno obsesivo compulsivo entre otros; poseen dificultades en la interacción.

Martin et al. (2008) exponen: “Un factor de vulnerabilidad o riesgo para el desarrollo de una enfermedad mental es la conducta de aislamiento social” (p.8).

Liberman (1993) refiere que:

El entrenamiento en habilidades sociales prepara a la persona que padece alguna enfermedad mental a afrontar de una manera más adaptada los desafíos que le plantea la vida en comunidad, así como afrontar los acontecimientos vitales y resolver los posibles conflictos familiares o sociales que puedan aparecer. (p.8)

Las personas que padecen de alguna enfermedad mental poseen dificultades relacionadas con la interacción familiar, la interacción con el entorno y la interacción personal puesto que es complejo comunicarse, expresar emociones, resolver conflictos, por ello la importancia del entrenamiento en habilidades sociales para lograr una adecuada reinserción a la sociedad, además de mejorar la calidad de vida de la persona y su bienestar personal (Núñez, 2017).

1.3.1 Concepto de Enfermedad Mental

El comportamiento humano ha sido estudiado desde varios años atrás y desde diferentes enfoques, se cree que su desarrollo depende de factores biopsicosociales, y de variables como la emoción o el pensamiento, que están relacionadas con la expresión. Se ha investigado además sobre el desarrollo psicológico normal de los individuos que hace referencia al tipo de comportamientos esperados con relación al entorno, edad y sexo.

Según Caballo et al. (2011) existe diversidad de criterios de normalidad psicológica como: adaptación al entorno, bienestar subjetivo, existencia de relaciones satisfactorias y ausencia de sintomatología patológica mental. Por otro lado, entre las características psicológicas que pueden considerarse patológicas están: la angustia emocional excesiva y crónica, la falta de adaptación al medio social o laboral que puede presentar un individuo, la escasa habilidad de entender el mundo y comunicarse y la violación de los valores o reglas morales propios del entorno sociocultural.

La OMS (2022) define la enfermedad mental como: "Un trastorno de las funciones mentales que afecta al pensamiento, las emociones, el comportamiento o la relación con los demás. Puede causar angustia y dificultar el funcionamiento en la vida cotidiana" (p. 2).

Pérez (2020) define a una enfermedad mental como: "afección que impacta sobre el pensamiento, sentimientos, estado de ánimo y comportamiento" (p2). Esta condición puede provocar la afectación en la habilidad de establecer vínculos con los demás y el desarrollo de una vida normal, sin embargo, con un tratamiento apropiado y una red de apoyo, es viable una adaptación en cualquier entorno.

Cangas y Navarro (2012, como se citó en Zarandona, 2018) explican que 1 de cada 4 personas pueden sufrir algún tipo de enfermedad mental a lo largo de su vida, por lo que es importante un tratamiento desde un enfoque integral. Existen dos

instrumentos principales para clasificar a los trastornos mentales: La Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) el cual entro en vigor de forma oficial en el 2022, y de la Organización Mundial de la Salud y el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) de la Asociación Americana de Psiquiatría con primera edición en 1952.

Rojas et al. (2020) sostienen que las enfermedades mentales pueden manifestarse de diversas formas. Algunos de los síntomas más comunes incluyen:

- Cambios en el estado de ánimo, como depresión, ansiedad o ira.
- Cambios en el pensamiento, como delirios o alucinaciones.
- Cambios en el comportamiento, como apatía, agitación o agresión.

Las enfermedades mentales pueden tener un impacto significativo en la vida de las personas que las padecen. Pueden afectar su capacidad para trabajar, estudiar, formar relaciones y disfrutar de la vida.

La enfermedad mental crónica (EMC)

Según Rodríguez y Gonzales (2013, como se citó en Rosas, 2016), la denominación Enfermedad Mental Crónica es usada para conceptualizar un amplio grupo de personas que padecen de una enfermedad mental de larga duración, las personas con este tipo de padecimientos presentan diferentes limitaciones y afecciones en componentes vitales e importantes como: el autocuidado, la independencia personal, el manejo del comportamiento, la capacidad de poseer iniciativa y motivación, dificultades en la esfera social y laboral, así también estas personas enfrentan situaciones en las que son excluidos socialmente por el simple

hecho de tener una enfermedad, además es común que puedan darse dificultades en la familia por la complejidad del padecimiento (pródromo, inicio, diagnóstico, tratamiento y procesos de recuperación), las familias suele ser quien asume todo este proceso.

A continuación, se realizará una breve descripción de diferentes enfermedades mentales las cuales fueron seleccionadas por ser las más prevalentes.

Trastorno Depresivo mayor

La Asociación Americana de Psiquiatría (2013, como se citó en Madero et al., 2021) define a la depresión como una de las alteraciones del estado de ánimo que se caracterizan por una tristeza profunda o falta de interés en las actividades diarias, afectando la vida laboral, social y personal por al menos dos semanas.

La depresión mayor, es conocida como: depresión, trastorno unipolar, trastorno depresivo mayor o depresión clínica, es un trastorno emocional que afecta significativamente los sentimientos, los pensamientos y el comportamiento de una persona. Se caracteriza por un sentimiento de tristeza recurrente y una pérdida de interés en realizar diferentes actividades. Estos síntomas pueden causar una variedad de problemas físicos y emocionales, como fatiga, dificultad para concentrarse, pérdida de apetito, alteraciones del sueño e incluso pensamientos suicidas (Madero et al., 2021).

Trastornos de Ansiedad:

La OMS (2021, como se citó en Chacón, et al., 2021), define a los Trastornos de Ansiedad (TA) como uno de los problemas de salud mental más frecuentes, que pueden ocasionar sufrimiento y limitaciones, representando un peso significativo en

los aspectos sociales y económicos. Son más prevalentes en mujeres (7.7%) que en hombres (3.6%). Si bien la ansiedad es una reacción emocional natural ante el peligro, cuando se vuelve frecuente y perturbadora debe ser examinada para detectar un posible trastorno de ansiedad.

Trastorno Obsesivo Compulsivo:

Según Robbins et al. (2019), el Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC), se caracteriza por ser grave e incapacitante, es considerado común en la población (2.5% - 3%) y constituye una importante carga sanitaria y económica en la sociedad, la sintomatología está compuesta por las obsesiones definidas como pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes, que están fuera de control y se aprecian como intrusos e inapropiados y que causan ansiedad y malestar; mientras que las compulsiones, son conductas de carácter repetitivo que tienen como objeto prevenir, disminuir o aliviar el malestar; sin embargo, no causa placer o gratificación. La literatura lo describe como un trastorno homogéneo, pero en la actualidad, también se observa heterogeneidad de los contenidos más habituales como son: la contaminación, duda patológica, pensamientos sexuales y agresivos, preocupaciones somáticas y la necesidad de simetría y precisión.

Trastorno por Consumo de Sustancias:

Según Sanz (2019), el Trastorno por Consumo de Sustancias es: “Una enfermedad de la salud mental que se caracteriza por el uso continuo o recurrente de una sustancia a pesar de las consecuencias negativas. Las sustancias que pueden

causar un TCS incluyen alcohol, drogas ilícitas, medicamentos recetados y sustancias inhaladas” (p. 20).

La sintomatología puede variar según la sustancia sin embargo se pueden observar la siguiente sintomatología: Pérdida de control por el consumo, a la persona se le dificulta controlar la cantidad y la frecuencia, así también no puede dejar de consumir la sustancia, incluso si tienen conocimiento de las consecuencias negativas de la mismas, el adicto crea dependencia y tolerancia debido a que necesita consumir altas dosis para sentirse bien y obtener el mismo efecto, finalmente síntomas de abstinencia, la persona experimenta síntomas físicos y psicológicos al dejar de consumir la sustancia de elección (Sanz, 2019).

Trastornos de Personalidad

En el manual diagnóstico DSV (2013) define a los trastornos de la personalidad como patrones permanentes e inflexibles de pensamiento, sentimiento y comportamiento que se apartan de lo normal. Se caracterizan por un inicio temprano en la vida, una estabilidad a lo largo del tiempo y un impacto negativo en la vida de la persona, como por ejemplo: conductas e ideación suicida, consumo de sustancias, comportamiento delictivos, dificultades en relacionarse con las demás personas, para el tratamiento es importante un enfoque multidisciplinario; psicológico y farmacológico.

Trastorno de la Conducta Alimentaria

Según Berny et al. (2020) los trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) son patologías complejas por su multicausalidad, afectan la funcionalidad de la

persona que padece esta enfermedad, como de las personas que le acompañan, suele iniciar durante la adolescencia, y es más común en mujeres, se caracterizan por preocupación excesiva por: el peso, la ingesta de alimentos, la imagen corporal, entre otras, entre los TCA más conocidos tenemos a la anorexia y bulimia, el diagnóstico de dichos trastornos debe ser realizado por un profesional de la salud mental como psiquiatras o psicólogos, si los pacientes no reciben un tratamiento apropiado puede llegar a ser mortal.

1.4 Concepto de Salud Mental

La Organización Mundial de la Salud (2022) define a la salud mental como: “Un estado de bienestar mental que permite a las personas hacer frente a los momentos de estrés de la vida, desarrollar todas sus habilidades, poder aprender y trabajar adecuadamente y contribuir a la mejora de su comunidad” (p.1).

Otra definición sobre salud mental que explica la OMS (2022) es: “Un derecho humano fundamental. Y un elemento esencial para el desarrollo personal, comunitario y socioeconómico” (p.1).

Para Riboit et al. (2020) la salud mental es “Un constructo multidisciplinario que integra condiciones personales, determinantes sociales y políticas públicas” (p. 5).

Según la OMS (2022) la salud mental es un componente significativo para el desarrollo de las personas, pues ocupa un papel importante dentro del estado general de salud en los individuos, la salud física y mental no son lo mismo, sin embargo, se relacionan por ejemplo: un trastorno de ansiedad puede provocar alteraciones digestivas o dolores de cabeza, u otras enfermedades físicas como cáncer, enfermedades cardiacas o endocrinas, así también existe condiciones físicas que

pueden provocar algún tipo de enfermedad mental. Por tanto, la salud mental es importante para el desarrollo integral de las personas que forman parte de un todo biopsicosocial.

1.4.1 Terapia Cognitivo Conductual (TCC)

Ruiz et al. (2012) explica que:

La Terapia de Conducta (TC) hace su aparición en el escenario de los tratamientos psicológicos a mediados de los años cincuenta del siglo pasado, como alternativa radical a las psicoterapias imperantes de la época, posicionándose especialmente frente al modelo psicoanalítico. La TC parte de la idea de que toda la conducta (adaptada y desadaptada) es aprendida y puede modificarse mediante los principios del aprendizaje. (p. 32)

Según Solano y Martínez (2022) la Terapia Cognitivo Conductual, es definida como una forma de tratamiento de diferentes trastornos mentales, que se centra en la modificación de emociones, pensamientos o conductas, consideradas como disfuncionales por otras más funcionales para combatir así las diferentes patologías que pueden padecer los individuos. Para poder realizar la intervención es importante que el paciente pase por un proceso de evaluación de las características biopsicosociales, este tipo de psicoterapia se centra en el problema, es estructurado y activo.

Terapia Cognitivo Conductual para el Entrenamiento en Habilidades Sociales

Según Solano y Polo (2022) la terapia cognitivo conductual

Le brinda a la persona de herramientas para poder afrontar el contexto anómalo de forma sana y así el individuo logre sentirse mejor consigo mismo y con su vida. Las técnicas cognitivo-conductuales son eficaces y adecuadas porque tratan de integrar nuevamente a la sociedad a la persona que padece algún tipo de trastorno a su salud mental. De esta manera el paciente pueda seguir teniendo un estado biopsicosocial positivo. (p.85)

El entrenamiento en habilidades sociales es considerado como un procedimiento psicoeducativo y de formación con amplia evidencia sobre su eficacia, se puede realizar de forma individual o en grupo, se centra en que las habilidades sociales se pueden aprender y mejorar. El terapeuta ayuda al paciente a identificar las habilidades sociales que necesita desarrollar y luego le enseña. El entrenamiento suele incluir una combinación de técnicas, como: modelado, juego de roles, reestructuración cognitiva, ensayo conductual, entre otras (Solano y Polo, 2022).

Entrenamiento de Habilidades Sociales en Terapia de Grupo

Según Artieda (2022) el entrenamiento en habilidades sociales en terapia de grupo es una intervención de tipo psicológica que contribuye al desarrollo de destrezas sociales, se puede realizar en un grupo que posea problemas similares, debe ser dirigido por un especialista de la salud mental, existen diversas ventajas de realizar dicha intervención en grupo, como por ejemplo: permite a los integrantes aprender de los demás, se puede dar también el fenómeno de universalidad, brinda la oportunidad de practicar las habilidades sociales en un entorno seguro y de apoyo, en donde es supervisado por un profesional, ayuda a los participantes a desarrollar confianza en sí mismos y a sentirse más cómodos interactuando con los demás.

Según explica Sánchez (2022) la terapia de aceptación y compromiso (ACT), ha demostrado ser eficaz en la intervención en grupo para el entrenamiento de habilidades sociales, debido a que la ACT se centra en ayudar a los pacientes a reconocer sus herramientas de control, y aceptar que también existen situaciones desagradables, es importante que los miembros de un grupo terapéutico logren identificar dichos eventos sin intentar modificarlos, ni tomarlos como verdad y concentrarse en comportamientos que estén acorde a sus valores. El fin de la ACT es apoyar a los individuos a vivir una vida más significativa y enriquecedora, aceptando sus experiencias internas y desarrollando mayor flexibilidad psicológica, comprometiéndose con acciones acorde a sus valores.

La ACT está formada por seis fases: aceptación, defusión, yo como contexto, contacto con el momento, valores y acción comprometida; para el trabajo en las habilidades sociales se puede abordar con todas las fases antes mencionadas, pues contribuyen al reconocimiento de los pensamientos, sentimientos, sensaciones físicas en el momento en el que se están originando, es una habilidad y por tanto se puede aprender. La ACT es efectiva en los trastornos mentales y puede ser aplicada en la intervención individual y grupal (Hernández, 2019).

Bach et al. (2006) y Pérez – Álvarez et al. (2008) como se citó en Sánchez (2022) refieren que:

Al cambiar la relación con los síntomas, los pacientes continúan experimentándolos sin rechazarlos ni eliminarlos, pero se reducen en gran medida la credibilidad de los mismos, ocasionando que disminuyan las recaídas, los reingresos y la angustia asociada. Asimismo, al realizar acciones

que aproximen a los valores, parece mejorar la motivación de los participantes para adherirse al régimen del tratamiento (p. 6).

Según lo investigado se puede evidenciar que las habilidades sociales son fundamentales para la salud mental y el bienestar en general, siendo los pacientes psiquiátricos una población prioritaria para abordar. Los estudios demuestran que la TCC es un tipo de terapia eficaz para mejorar las habilidades sociales en este tipo de pacientes, pues contribuye a mejorar de las relaciones interpersonales, aumentar su autoestima, reducir la ansiedad, y participar más en diferentes esferas, como la vida laboral, social, académica, entre otras.

Capítulo 2

2.Propuesta de Dispositivo Grupal

2.1 Antecedentes de intervenciones previas.

Los programas de habilidades sociales son una forma de intervención clave para personas con trastornos mentales que poseen dificultades para interactuar socialmente. Estos programas apuntan al desarrollo de habilidades como la comunicación, la resolución de conflictos, la empatía, la inteligencia emocional entre otros; lo que puede contribuir a la mejora de la calidad de vida y reducir el aislamiento de las personas (Orozco, 2017).

A continuación, se enlistarán algunos estudios encontrados sobre entrenamiento en habilidades sociales para personas con trastornos mentales:

Fernández (2010) realizó un “Programa de Habilidades Sociales con personas con trastorno mental grave en una Unidad de Rehabilitación Psiquiátrica de Media Estancia en España”, la muestra estuvo conformada por 30 personas entre 18 y 45 años, el objetivo de este estudio fue contribuir a la mejora de relaciones interpersonales y sociales de los participantes, para esto el autor elaboró tres módulos, en base a las siguientes temáticas: Módulo 1: Entrenamiento en habilidades de comunicación y asertividad; Módulo 2: Entrenamiento en inteligencia emocional y resolución de problemas, Módulo 3: Entrenamiento en habilidades instrumentales para la vida independiente. El módulo 1 y 2 incluyeron técnicas de la terapia cognitivo conductual como el ensayo conductual, feedback, reforzamiento, role-playing y generalización de conductas. (Fernández, 2010).

Núñez y Romero (2017) realizaron una investigación en habilidades sociales en personas con enfermedad mental, específicamente en personas que sufren de esquizofrenia, la intervención fue dirigida a 25 pacientes con edades entre de 24 y 55

años, tratados de manera ambulatoria en la Federación Andaluza de Familiares y Personas con Enfermedad Mental, con su sede en Huelva (España), el programa tuvo entre sus objetivos que los pacientes adquirieran y mejoren las habilidades sociales de comunicación interpersonal, que aprendan y favorezcan el comportamiento asertivo, y desarrollen habilidades sociales para la vida independiente. Las actividades estuvieron divididas en 6 bloques, con técnicas basadas en el enfoque cognitivo conductual.

Zarandona (2018), diseñó una intervención en habilidades sociales para la promoción de la autoestima en personas con enfermedad mental, la intervención fue realizada con 2 grupos de 11 personas con edades entre los 18 y 60 años, en el centro “El Puente- Salud Mental” en Valladolid – España, la planificación estuvo compuesta por dos áreas, la primera en “Habilidades básicas de interacción social” y la segunda en “Habilidades relacionadas con los sentimientos, emociones y opiniones”. Cada sesión se inició con un ejercicio de mindfulness para promover tanto la relajación emocional, como la focalización de la atención y la consciencia plena de los usuarios, además utilizaron técnicas como: modelado, ensayo conductual, role playing y tareas de entrenamiento. Para medir la eficacia de la intervención se utilizó la escala Rosenberg (1965), en forma de pre test y post test, en donde se observó diferencias significativas en los resultados, pues existía un aumento de autoestima en los pacientes seleccionados.

Bastidas y Ramírez (2017, como se citó en Yaguana y Álvarez, 2022) realizaron un programa en entrenamiento de habilidades sociales al cual le llamaron “Habilidades para la vida de tipo social, un factor protector para las adicciones”, la intervención tuvo como objeto desarrollar habilidades sociales a pacientes con adicciones internados en el Hospital San Rafael, ubicado en Colombia, la muestra seleccionada fue de 46 pacientes hombres y 3 mujeres con edades comprendidas entre

los 11 y 19 años, se enfocaron en habilidades sociales como la empatía, resolución de conflictos, relaciones interpersonales y comunicación asertiva. El programa fue realizado a manera de talleres, para cada habilidad a trabajar se le dedicó dos sesiones, se utilizaron técnicas cognitivas conductuales como el juego de roles, modelado, tareas a casa, entre otras. La investigación concluyó que el programa de habilidades sociales para la vida fue un éxito en el tratamiento de la adicción a la marihuana. Los pacientes que participaron en el programa, adquirieron habilidades que les permitieron evitar recaer en el consumo de marihuana y mejorar su calidad de vida.

Pacheco (2021) realizó un programa de habilidades asertivas para la interacción social en pacientes con anorexia y bulimia nerviosa de una clínica especializada de Lima- Perú, para determinar la muestra a trabajar realizaron un test y post -test a través de la Escala de Habilidades Sociales de Elena Gismero, finalmente fueron seleccionadas 49 pacientes con edades de 12 a 30 años con dichos diagnósticos, la planificación estuvo compuesta por 20 sesiones, 2 sesiones por semana de 90 minutos cada una, las técnicas utilizadas fueron: la psicoeducación, instrucción verbal, lluvia de ideas, modelado, juego de roles, retroalimentación y reforzamiento, como resultado se obtuvo cambios significativos, pues existe un incremento de los valores medios en las habilidades asertivas luego de recibir el programa.

Castrillón y Quintero (2018) realizaron un estudio sobre: “Fortalecimiento de habilidades sociales para personas con trastornos mentales de la Unidad de Salud Mental del CPMSBOG” La Modelo ubicada en Bogotá – Colombia, dirigido a 24 pacientes entre 20 y 50 años que padecían de trastornos como: depresión, trastornos de adaptación, trastornos afectivos bipolares y esquizofrenia. El objetivo de este programa fue fortalecer las habilidades sociales, logrando así mejorar las

interacciones al interior de la institución y de esta forma contribuir de manera positiva a su calidad de vida, el programa fue una adaptación del modelo de Entrenamiento de Habilidades Sociales para personas con Trastornos Mentales, planteado por la psicóloga Ma José Fernández Quiñones citada con anterioridad, la planificación de trabajo fue abordada en 17 sesiones en las cuales se abordaron temas relacionados a comunicación, asertividad, inteligencia emocional, resolución de conflictos. A partir del proceso desarrollado, se realizó la evaluación post test, dando como resultado eficacia en el programa realizado, pues existe diferencias en los resultados, además en el desarrollo de las sesiones se evidenció una notable mejoría por parte de los miembros para interactuar.

2.2 Diseño de la propuesta de intervención

Para el diseño del presente programa grupal para el entrenamiento de habilidades sociales en pacientes psiquiátricos se tuvo en cuenta los antecedentes de intervenciones previas descritas con anterioridad, principalmente el estudio realizado por la psicóloga María José Fernández Quiñonez en el 2010 que tiene por título “Programa de Habilidades Sociales con personas con trastorno mental grave en una Unidad de Rehabilitación Psiquiátrica de Media Estancia”, que estuvo compuesto por 3 módulos en donde se abordó la comunicación y asertividad; la inteligencia emocional y la resolución de conflictos; y un último módulo para el entrenamiento en habilidades instrumentales para la vida independiente.

Para esta propuesta de intervención, se tomaron en cuenta el módulo 1 y 2 de dicho programa. Se sumaron dos sesiones anteriores que fueron consideradas indispensables, para la cohesión grupal y el entrenamiento en escucha activa. Además, para finalizar la intervención se consideró importante generar un espacio para el cierre que permita la elaboración de los aprendizajes obtenidos mediante la aplicación del

dispositivo. El proceso de pre y post test, se realizó en espacios fuera de las fases de intervención.

El objetivo de la intervención fue entrenar a los pacientes en habilidades sociales para que logren conocerlas y mejorarlas, para que de esta manera puedan ponerlas en prácticas en su diario vivir. Debido al tiempo para la ejecución del programa y complejidad de la población que estuvo compuesta por pacientes psiquiátricos”, se elaboró un programa con once sesiones, las cuales están divididas en cinco fases de dos sesiones cada una, con un tiempo para cada sesión de una hora y treinta minutos.

A continuación, el esquema de fases:

Fase I: Cohesión Grupal

Fase II: Escucha Activa

Fase III: Comunicación Asertiva

Fase IV: Inteligencia Emocional

Fase V: Resolución de Conflictos.

Una sesión para el proceso de cierre.

Es importante destacar que cada fase está compuesta por técnicas del enfoque cognitivo conductual, además se añadió dinámicas rompe hielo principalmente para la fase de cohesión lo cual facilitó una adecuada consolidación del grupo.

2.2.1 Fase I: Cohesión del Grupo

La cohesión grupal es fundamental para la conformación y mantenimiento de los grupos. Como explica Torralbas (2007), la cohesión es un proceso que implica el establecimiento de vínculos entre los miembros del grupo, lo que les permite sentirse unidos y comprometidos con el grupo. Carron y Brawley (2000) definen a la cohesión

del grupo como “un proceso dinámico que se refleja en la tendencia de un grupo a no separarse y permanecer unido con la finalidad de conseguir sus objetivos instrumentales y/o para la satisfacción de las necesidades afectivas de sus miembros” (p.94).

Festinger et al. (1950) lo definen como “suma de todas las fuerzas que actúan sobre los miembros del grupo para hacerlos permanecer en el mismo” (p. 164).

Para Gross y Martin (1952) la cohesión de grupo es “la resistencia del grupo ante fuerzas externas” (p.553).

La primera fase destinada a la cohesión del grupo consta de dos sesiones. En esta fase, es importante establecer las normas y acuerdos que regirán el funcionamiento del grupo, así como crear una relación de confianza y seguridad entre el terapeuta y los participantes. Para ello, se utilizó dinámicas de cohesión, que fomentan las relaciones más cercanas, desarrollan actitudes de colaboración y crean lazos emocionales entre los miembros del grupo. También es esencial brindar un espacio psicoeducativo, que proporciona información para la comprensión de los pacientes sobre los temas a tratar durante todo el proceso.

2.2.2 Fase II: Escucha Activa

Siguiendo el esquema sobre la composición de las fases, la segunda estuvo formada por dos sesiones y tuvo como objetivo mejorar la habilidad de escucha activa, mediante técnicas de la terapia cognitivo conductual, para el cumplimiento de este objetivo en primera instancia se brindó un espacio de feedback pues es importante retroalimentar a los miembros del grupo sobre el tema tratado en las sesiones anteriores y así verificar el aprendizaje de las mismas, también se utilizaron técnicas de psicoeducación para introducir el tema a tratar, como técnica central se

utilizó el role playing, pues según Según Zarandona (2018), esta técnica se caracteriza por la participación activa y central de los pacientes. El terapeuta, por su parte, interviene como orientador para favorecer una adecuada modificación conductual y personal. Asimismo, esta técnica contribuye al entrenamiento de habilidades sociales y conductas en diversas circunstancias, lo que permite obtener múltiples puntos de vista y aplicarlos en todos los ámbitos de la vida; también se usó refuerzo positivo, significativo para promover un mejor aprendizaje, fortaleciendo y promoviendo aspectos importantes como el aumento de la motivación, interés por el tema, la participación en el proceso.

En cada sesión es primordial realizar un cierre, esto permitirá evaluar el grado de aprendizaje de lo tratado en la sesión así lo explica Craige (2006, como se citó en Vélez et al., 2008):

La terminación o cierre es un momento crucial en un proceso psicoterapéutico, dado que se erige como un período cargado de connotaciones clínicas y emocionales que no solo afectan a los pacientes sino también al terapeuta; igualmente, de la terminación dependerá en gran medida la forma como sea recordado dicho proceso. (p.60)

2.2.3 Fase III: Comunicación Asertiva

Para el diseño de esta fase se planteó como objetivo brindar estrategias para desarrollar en los pacientes una adecuada comunicación asertiva, pues como se visualizó anteriormente, la comunicación asertiva es un componente significativo para desenvolverse de manera óptima dentro de la sociedad, pues gracias a ello es posible conseguir objetivos necesarios para satisfacer necesidades básicas, por ello, para las dos sesiones, se continuó con la estructura planteada en las primeras fases, iniciando

con una retroalimentación y psicoeducación, como estrategia en esta actividad se utilizó material audiovisual, como técnicas centrales se determinó trabajar con reestructuración cognitiva, la cual permite a los pacientes identificar y cuestionar los pensamientos erróneos o desadaptativos para que los modifiquen por otros más adecuados o funcionales y así reducir o eliminar la perturbación emocional o conductual causada por los primeros (García y Linares, 2019).

Así también se trabajó con registros de pensamientos debido a que son una herramienta que permiten a los miembros del grupo identificar emociones y comprender los pensamientos relacionados con alguna situación. Como tarea intersesión se planteó la técnica de A-B- C de Ellis (1984), que es una herramienta que se puede utilizar para trabajar en comunicación asertiva, para que los pacientes logren expresar, sentimientos, pensamientos y necesidades de manera clara y respetuosa. De igual manera se realizó un cierre, para facilitar la expresión de sentimientos y emociones generados en las sesiones.

2.2.4 Fase IV: Inteligencia Emocional

Luego de haber pasado por las primeras fases en donde se trabajó la cohesión del grupo, escucha activa y comunicación asertiva, fue imperativo abordar el tema de la inteligencia emocional, la cual tiene relación directa con las habilidades sociales pues las personas que poseen esta destreza comprenden mejor las emociones de los demás, lo que favorece una comunicación más efectiva y la construcción de relaciones más sólidas, por lo cual se planteó como objetivo potenciar y desarrollar la inteligencia emocional mediante diferentes técnicas. En las sesiones al igual que las anteriores se realizó retroalimentación, para la exposición teórica se utilizó material audiovisual, en este punto fue importante enseñar a los pacientes a identificar las

principales emociones y sensaciones fisiológicas de manera sencilla, por ello se utilizó la técnica de registro de emociones, también fue importante que el grupo aprendiera a identificar actividades que permitan la autorregulación emocional, se utilizaron técnicas como la reestructuración cognitiva para que los participantes logren identificar pensamientos irracionales que contribuyen a experimentar emociones negativas o disfuncionales, se solicitó que buscaran pensamientos más adaptativos y los reemplacen por los primeros, también se enseñó mindfulness la cual pertenece a las terapias de tercera generación, es una práctica que consiste en prestar atención de manera intencional al momento presente, sin juzgar. Esta práctica puede ayudar a las personas a regular sus emociones de varias maneras. De la misma forma se realizó un cierre con el fin de evaluar los conocimientos aprendidos en las sesiones.

2.2.5 Fase V: Resolución de Conflictos:

Para la elaboración de esta última fase se siguió lo explicado por Velandia et al. (2020) quienes refieren que:

La resolución de conflictos engloba múltiples habilidades e involucra recursos de autorregulación emocional, es decir, la capacidad de identificar, comprender y manejar las emociones y sentimientos implicados en las situaciones de conflictos, intervienen igualmente aquellas habilidades relacionadas con la comunicación efectiva, tanto en su componente receptivo como expresivo, que se recopilan bajo el concepto de asertividad. (p. 20)

Las habilidades mencionadas por los autor se han abordado en las fases anteriores. La última fase tiene como objetivo fomentar la capacidad de resolución de conflictos para mantener y mejorar las interacciones sociales. Para ello, se realizaron

actividades como retroalimentación, psicoeducación con información sobre el tema y material audiovisual, y reestructuración cognitiva para potenciar las estrategias de solución de problemas. También fue importante explicar a los pacientes cómo identificar el conflicto, los sentimientos e impacto del problema, tomar decisiones y generar alternativas de solución. Todas estas pautas se manejaron en contexto de grupo.

2.2.6 Proceso de Cierre

Como explican Vélez y Restrepo (2008) para la finalización del programa fue importante integrar una sesión la cual esté focalizada a realizar un cierre, pues permite a los participantes procesar sus experiencias en el grupo, así también fortalecer lo aprendido para aplicarlo en la vida cotidiana, por ello se realizó una actividad que tenía como fin fomentar el reconocimiento de logros alcanzados en el proceso de intervención, así también se trabajó en una dinámica de cierre que permitió resumir y consolidar experiencias y aprendizajes durante el transcurso del programa.

2.3 Técnicas empleadas:

Psicoeducación

La psicoeducación es una técnica terapéutica que según Tena (2020) es imprescindible en cualquier intervención y la define como:

El proceso por el que la persona tiene la posibilidad de desarrollar potencialidades propias en base al descubrimiento de sus fortalezas. Este proceso le lleva a ser capaz de analizar y enfrentarse a las situaciones cotidianas de una forma más adaptativa a como lo venía haciendo. La hipótesis de partida es que cuando mejor conozca la persona sus propias dificultades

personales o el proceso patológico que padece, mejor lo puede afrontar, más recursos propios puede poner en juego y por lo tanto mejor calidad de vida puede llegar a tener. (p.38)

Refuerzo Positivo

Lussier y Achua (2011 como se citó en Cerda y Encalada, 2020) definen al refuerzo positivo como: “Estrategia que, mediante recompensas, permite obtener un comportamiento o conducta deseada. Es importante mencionar que este tipo de refuerzo genera resultados positivos y, por tanto, constituye un excelente agente motivacional” (p.28).

Según Zarandona (2018) en una intervención para entrenamiento de habilidades sociales con personas con enfermedad mental, el refuerzo positivo es una herramienta fundamental para promover un mejor aprendizaje. Algunas personas con enfermedad mental pueden presentar ciertas conductas inadecuadas que pueden dificultar el proceso. Estas conductas pueden ser causadas por diferentes factores, como el miedo, ansiedad y depresión.

Modelado

La técnica de modelado se basa en la técnica de aprendizaje observacional, se trata de observar un modelo que demuestre una habilidad social deseada, los pacientes que están de observadores deberán imitar el comportamiento modelo, esto con ayuda del terapeuta, esta técnica se basa en el principio de que las personas aprenden a través de la observación o imitación de la conducta de otra persona. En el caso de las habilidades sociales, esta técnica es una forma eficaz de ayudar a las personas a

aprender nuevas habilidades o a optimizar las que ya poseen (García y Méndez, 2017).

Role Playing:

El role-playing, es una técnica de aprendizaje experiencial que consiste en la simulación de una situación real o hipotética por parte de los participantes, quienes asumen roles específicos. Esta técnica tiene como fin la participación activa por parte de los miembros del grupo, además de la intervención del profesional como acompañante o guía. Los pacientes ponen en práctica esta destreza como un factor de aprendizaje. Lo que favorece la realización de algunos ensayos, en distintas situaciones y bajo supervisión. El fin de estos ensayos es modificar formas de respuesta no adaptativas, por otros comportamientos más sanos (Zarandona, 2018).

Reestructuración cognitiva

Según López y García (2010 como se citó en Rojas, 2020) la reestructuración cognitiva es una de las técnicas más utilizadas según el repertorio de procedimientos que dispone el terapeuta cognitivo – conductual, la técnica radica en identificar y cuestionar los pensamientos considerados como irracionales, para cambiarlos por otros más adaptativos para así reducir o eliminar los problemas emocionales y conductuales generados por los anteriores.

Feedback

Esta técnica se centra en brindar información específica a los usuarios para el desarrollo de la habilidad entrenada. Al proporcionar información sobre la realización de la conducta se debe hacer en términos positivos. Si al realizar la acción esta ha sido mal ejecutada, es importante animar a los pacientes a practicarla de nuevo

explicándoles lo que deben modificar y brindando las oportunidades que requieran (Segura, 2015).

Técnica de Solución de Problemas

Según (D'Zurilla y Nezu, 2007 como se citó en Vázquez et al. 2015) la solución de problemas es conceptualizada como un procedimiento de la terapia cognitivo conductual, autodirigido en el cual una persona identifica y busca soluciones prácticas para sus dificultades, es definida como una actividad consciente, racional que demanda de esfuerzo y con un propósito dirigido a la mejora de la situación problemática o a la disminución del impacto emocional de la misma.

Mayer (1992) explica que: "La resolución de problemas es un proceso de pensamiento complejo que implica la comprensión de un problema, la generación de posibles soluciones y la evaluación de esas soluciones para determinar cuál es la mejor" (p.10).

Capítulo 3

3. Metodología

3.1 Pregunta de Investigación:

¿Es efectiva la propuesta de intervención grupal para la mejora de las habilidades sociales en pacientes psiquiátricos?

3.2 Objetivos del Estudio

3.2.1 Objetivo General:

Diseñar y evaluar la eficacia de un dispositivo grupal para el entrenamiento de habilidades sociales en pacientes psiquiátricos del Centro de Reposo y Adicciones de la Ciudad de Cuenca – Ecuador.

3.2.2 Objetivos Específicos

1. Elaborar un dispositivo grupal con base a las terapias cognitivo conductuales que aporte al desarrollo de habilidades sociales en pacientes psiquiátricos.
2. Determinar el grado de dificultad en habilidades sociales y conformar los grupos de trabajo mediante la aplicación de la Escala de Habilidades Sociales de Elena Gismero (EHS).
3. Aplicar el dispositivo de entrenamiento grupal de habilidades sociales en las 11 sesiones propuestas y realizar un post test para determinar la efectividad del dispositivo.
4. Comparar el grado de efectividad con base al sexo.

3.3 Tipo de Estudio

La investigación se basa en un método de tipo cuasi experimental, descriptivo de corte transversal.

3.4 Participantes

Se trabajó con los pacientes psiquiátricos de un Centro de Reposo y Adicciones en Cuenca - Ecuador a quienes inicialmente se les aplicó el Test Minimental para verificar que no posean deterioro cognitivo, una vez obtenido los resultados, se aplicó la Escala de Habilidades Sociales de Elena Gismero (Anexo 2), quienes posean menor puntuación en los resultados del test fueron seleccionados para conformar el grupo, se seleccionaron 11 mujeres y 11 varones de dicho centro.

3.4.1 Criterios de Inclusión

- Pacientes hospitalizados con diagnóstico de enfermedad mental, dentro del periodo octubre– diciembre.
- Pacientes con niveles bajos en habilidades sociales según los resultados del test aplicado.
- Pacientes de 18 a 40 años de edad.
- Pacientes con tratamiento combinado (intervención individual y farmacológico)

3.4.2 Criterios de Exclusión

- Pacientes que cursen con episodio psicótico.
- Pacientes con riesgo suicida (intento reciente) y en emergencia.
- Pacientes con coeficiente intelectual límite o discapacidad intelectual.
- Pacientes con deterioro cognitivo determinado por la aplicación del

Test Minimental.

3.5 Instrumento:

El instrumento que se utilizó como test y post test para recolección de datos es la Escala de Habilidades Sociales (EHS) creado por Elena Gismero, en la ciudad de Madrid, en el año de 1998, con un grado de confiabilidad de 0.88 según el alfa de Cronbach, el reactivo puede ser aplicado individualmente y en grupo, dirigido para población de adolescentes y adultos, la aplicación del test tiene un tiempo estimado de 15 minutos. Está constituido por 33 ítems, los cuales están divididos en 6 subescalas que son autoexpresión en situaciones sociales, defensa de los propios derechos como consumidor, expresión de enfado o disconformidad, decir no, y cortar interacciones, hacer peticiones iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto. El reactivo se contesta en formato de Likert de 4 puntos, desde **A:** “No me identifico en absoluto; la mayoría de las veces no me ocurre o no lo haría”, **B:** “Más bien no tiene que ver conmigo, aunque alguna vez me ocurra”, **C:** “Me describe aproximadamente, aunque no siempre actúe o me sienta así”, **D:** “Muy de acuerdo y me sentiría o actuaría así en la mayoría de los casos”.

La puntuación global oscila entre 33 y 134, donde no hay puntos de corte, sino que, a mayor puntuación global, más habilidades sociales y capacidad de aserción en distintos contextos.

3.6 Análisis de Datos

Los resultados obtenidos fueron analizados mediante la base de datos del programa R Project for Statistical Computing.

3.6.1 Procedimiento

En primer lugar, se solicitaron los permisos pertinentes a las autoridades del Centro de Reposo y Adicciones. Para realizar la intervención grupal con los pacientes del pabellón de mujeres y varones, se les hizo firmar el consentimiento informado (anexo 1). Posteriormente, se les aplicó el Test Minimental para verificar que no posean deterioro cognitivo. Una vez obtenidos los resultados, se aplicó la Escala de Habilidades Sociales de Elena Gismero (anexo 2). Los pacientes con menor puntuación en los resultados del test fueron seleccionados para conformar el grupo. Se escogieron a 11 mujeres y 11 varones. Posteriormente, se procedió a aplicar el dispositivo grupal para entrenamiento de habilidades sociales (anexo 3).

Para la elaboración de dicho dispositivo se siguieron sugerencias de varias investigaciones, inicialmente de la psicóloga María José Fernández (2010). Fernández explica la importancia de abordar temas como: escucha activa, comunicación asertiva, inteligencia emocional y resolución de conflictos. Se inicia de lo más simple hacia lo más complejo. El programa incluye técnicas como: dar instrucciones, exposiciones teórico-prácticas, ensayo conductual, modelado, feedback, reforzamiento, role-playing y generalización de conductas.

Por ello, se ha elaborado un programa con once sesiones, divididas en cinco fases de dos sesiones cada una. Cada sesión tiene una duración de una hora y media. La primera fase tiene como objetivo la adecuada integración o cohesión entre los miembros del grupo. Una vez cohesionado el grupo, se abordará la segunda fase y se trabajará el tema de la escucha activa. La tercera fase estará enfocada en comunicación asertiva. En la cuarta fase se trabajará inteligencia emocional. Finalmente, la quinta fase estará destinada para trabajar en resolución de conflictos.

En la última sesión se realizará un cierre. Al finalizar la aplicación del mismo se efectuó un post test, para comparar con los resultados iniciales y así comprobar si existe o no mejoría.

Capítulo 4

4. Resultados

Para iniciar con la presentación de los resultados es necesario considerar que el primer objetivo, fue elaborar un dispositivo grupal en base a las terapias cognitivo conductuales que aporte al desarrollo de habilidades sociales en pacientes psiquiátricos, que se cumplió como parte del proceso de intervención. Por este motivo no se expondrá un apartado específico que dé respuesta a este objetivo. Este se detalla en el capítulo dos del documento.

Con esta especificación, en los resultados se presentarán los hallazgos que responden a los siguientes objetivos específicos, se iniciará con el segundo objetivo que es determinar el grado de dificultad en habilidades sociales y conformar los grupos de trabajo mediante la aplicación de la Escala de Habilidades Sociales de Elena Gismero. Luego, con el tercer objetivo que se trata de aplicar el dispositivo de entrenamiento grupal de habilidades sociales en las 11 sesiones propuestas y realizar un post test para determinar la efectividad del dispositivo. Finalmente, con el cuarto objetivo que es comparar el grado de efectividad en base al sexo.

Determinación del grado de dificultad en habilidades sociales

En primera instancia se realizó la aplicación del instrumento de habilidades sociales a los 50 pacientes del área de psiquiatría de un centro de reposo y adicciones de la ciudad de Cuenca, para conocer los niveles de habilidades sociales, y acuerdo a los niveles que presentaron, se procedió a seleccionar a los participantes que conformarían la intervención.

En la tabla 1 se presentan los niveles de las seis dimensiones de habilidades sociales obtenidos en el pre test, aplicado a los 50 participantes. La mayoría presentó niveles muy bajos en todas las dimensiones, excepto en expresión de enfado o disconformidad, aunque

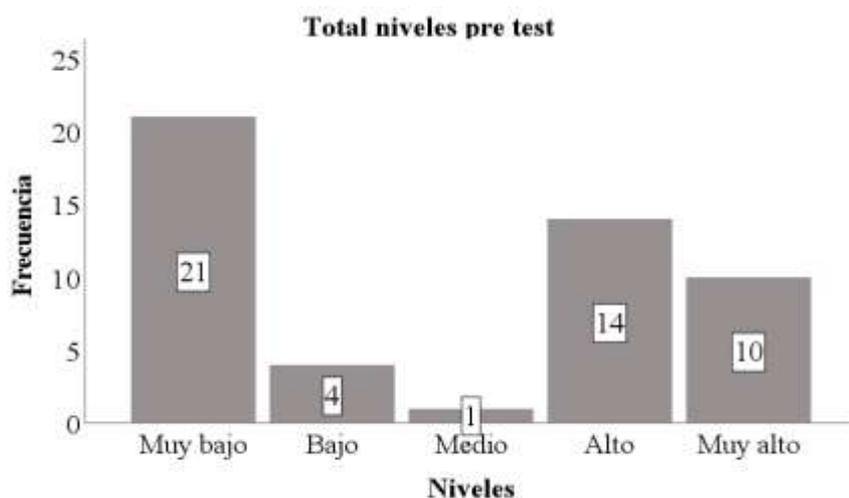
esta dimensión también contó con una proporción considerable de participantes que se situaron en el nivel muy bajo.

Tabla 1. Niveles de las dimensiones de habilidades sociales obtenidas en el pre test.

Dimensiones	Niveles	n	%	Dimensiones	Niveles	N	%
Autoexpresión de situaciones sociales	Muy bajo	22	44.0	Decir no y cortar interacciones	Muy bajo	23	46.0
	Bajo	5	10.0		Bajo	7	14.0
	Medio	4	8.0		Medio	0	0.00
	Alto	3	6.0		Alto	10	20.0
	Muy alto	16	32.0		Muy alto	10	20.0
Defensa de propios derechos como consumidor	Muy bajo	31	62.0	Hacer peticiones	Muy bajo	26	52.0
	Bajo	8	16.0		Bajo	6	12.0
	Medio	0	0.0		Medio	0	0.00
	Alto	6	12.0		Alto	5	10.0
	Muy alto	5	10.0		Muy alto	13	26.0
Expresión de enfado o disconformidad	Muy bajo	14	28.0	Iniciar interacciones	Muy bajo	26	52.0
	Bajo	7	14.0		Bajo	4	8.0
	Medio	4	8.0		Medio	0	0.0
	Alto	18	36.0		Alto	8	16.0
	Muy alto	7	14.0		Muy alto	12	24.0

Además, la figura 1 muestra los niveles del puntaje global de habilidades sociales y se destaca que la mayoría se ubicó en el nivel bajo.

Figura 1. Niveles del puntaje global de habilidades sociales del pre test



Con estos datos, se realizó la conformación de los grupos que recibieron la intervención, se seleccionaron 21 usuarios que presentaron bajos niveles de habilidades sociales, 10 mujeres y 11, hombres. Se intentó trabajar con el mismo número tanto de hombres como de mujeres, sin embargo, una participante no recibió toda la intervención debido a que fue dada de alta por parte del hospital.

Post test para determinar la efectividad del dispositivo

Antes de realizar el análisis estadístico para determinar la efectividad de la intervención, en la tabla 2 se presentan estadísticos descriptivos de los niveles de las seis dimensiones y del puntaje global de habilidades sociales que presentaron los 21 usuarios, antes y después de participar en el programa. Se evidencia que, antes de la intervención predominó el nivel muy bajo, mientras que, después de la intervención, disminuyó el número de participantes que presentaba niveles muy bajos, incluso en expresión de enfado o disconformidad y en iniciar interacciones, los participantes presentaron puntuaciones correspondientes a muy alto.

También hubo cambios en la puntuación global de habilidades sociales, debido a que previo a la intervención, los 21 participantes fueron calificados con niveles muy bajos. Posteriormente, tras la intervención, esta cifra disminuyó a cinco. Existiendo dos participantes que llegaron a medio y 1 a alto.

Tabla 2. Descriptivos de dimensiones de habilidades sociales post test.

Niveles de habilidades sociales		Pre test	Post test
		N	N
Autoexpresión en situaciones sociales	Muy bajo	21	13
	Bajo	0	4
	Medio	0	1
	Alto	0	2
	Muy alto	0	1
Defensa de los propios derechos	Muy bajo	20	6
	Bajo	1	9

	Medio	0	0
	Alto	0	6
	Muy alto	0	0
Expresión de enfado o disconformidad	Muy bajo	13	2
	Bajo	4	4
	Medio	0	2
	Alto	4	5
	Muy alto	0	8
Decir no y cortar interacciones	Muy bajo	20	13
	Bajo	1	4
	Medio	0	0
	Alto	0	3
	Muy alto	0	1
Hacer peticiones	Muy bajo	19	10
	Bajo	2	4
	Medio	0	0
	Alto	0	5
	Muy alto	0	2
Iniciar interacciones	Muy bajo	20	6
	Bajo	1	0
	Medio	0	1
	Alto	0	6
	Muy alto	0	8
Puntaje global	Muy bajo	21	5
	Bajo	0	13
	Medio	0	2
	Alto	0	0
	Muy alto	0	1

Después de describir los puntajes tanto de las dimensiones como del puntaje global de habilidades sociales, se calculó el puntaje global de habilidades sociales del pre test (Min=50, Máx=63, M=55.38, DE=4.20) y el puntaje global de habilidades sociales del post test (Min=60, Máx=100, M=83.14, DE=8.11). Este cambio sugiere la mejora sustancial en las habilidades sociales de los participantes después de recibir la intervención.

Así también, se analizó la normalidad de los datos mediante la prueba de Shapiro-Wilk debido a que el tamaño de la muestra fue pequeño (menor a 50), y se encontró un valor $p = .11$, lo que sugiere que no hay suficiente evidencia para rechazar la hipótesis nula de

normalidad. Por lo tanto, se podría concluir que los datos sí presentan una distribución normal.

Para determinar la significancia estadística de la diferencia en el puntaje global de habilidades sociales antes y después de la intervención, se empleó estadística paramétrica y se aplicó la prueba t de Student. Los resultados se presentan en la tabla 3 y evidencian una significancia estadística. Se demuestra que la intervención tuvo un impacto significativo en el desarrollo de habilidades sociales y se confirma que la diferencia observada no se debió al azar, sino que fue el resultado directo de la intervención implementada.

Tabla 3. Prueba t de muestras emparejadas

		Diferencias emparejadas					t	gl	p
		M	DE	MEE	95% de IC de la diferencia				
					Inferior	Superior			
Par 1	Puntaje global de habilidades sociales pre test-Puntaje global de habilidades sociales post test-	-27.762	8.080	1.763	-31.440	-24.084	-15.745	20	<.001

Nota: M=media aritmética. DE=desviación estándar. MEE=media de error estándar. IC=intervalo de confianza. Gl=grados de libertad. p=valor de significancia estadística.

Una vez que se conoció que los participantes experimentaron un aumento significativo en el puntaje global de habilidades sociales, después de recibir la intervención, se analizó el tamaño de efecto de esta intervención a través de la prueba d de Cohen. Se determinó que este tamaño de efecto fue grande (d de Cohen=8.08), tal como se detalla en la tabla 4.

Tabla 4. Tamaño de efecto de muestras emparejadas.

Variables	Estadísticos	Est	EP	IC al 95%	
				Inferior	Superior
Par 1	d de Cohen	8.08	-3.44	-4.57	-2.29
Puntaje global de habilidades sociales pre test – puntaje global de habilidades sociales post test	Corrección de Hedges	8.24	-3.37	-4.48	-2.25

Nota: Est=estandarizado. EP=estimación de puntos. IC=intervalo de confianza.

Comparar el grado de efectividad en base al sexo

Para comparar el grado de efectividad de la intervención de acuerdo al sexo de los participantes, en la tabla 5 se presentan los estadísticos descriptivos del puntaje global pre y post test de los participantes del sexo femenino como masculino. Se muestra que, en ambos momentos, los valores más altos correspondieron al sexo femenino. Sin embargo, no se observaron diferencias significativas en las puntuaciones.

Tabla 5. Estadísticos descriptivos del puntaje global pre y post test según el sexo.

Puntaje global de habilidades sociales	Sexo	N	M	DE
Pre test	Femenino	1	55.	3.706
		0	80	
	Masculino	1	55.	4.754
		1	00	
Post test	Femenino	1	84.	5.109
		0	90	
	Masculino	1	81.	10.113
		1	55	

Nota: N=total. M=media aritmética. DE=desviación estándar.

Finalmente, para analizar si hubo diferencias estadísticamente significativas en ambos momentos, de acuerdo al sexo, se aplicó la prueba t de muestras independientes que se expone en la tabla 5. Se visualiza que, las diferencias encontradas en los puntajes no fueron estadísticamente significativas. Por tanto, aunque se evidencia que después de recibir la

intervención, los participantes de género femenino presentaron un mayor puntaje, este no es estadísticamente significativo.

Tabla 6. Prueba de comparación del grado de efectividad en base al género

Puntaje global	Prueba de Levene de igualdad de varianzas		Prueba t para la igualdad de medias							
	F	P	t	gl	p	DM	DEE	95% de IC de la diferencia		
								Inf	Sup	
Pre test	Se asumen varianzas iguales	1.25	.28	.43	19	.67	.80	1.87	-3.12	4.72
	No se asumen varianzas iguales			.43	18.60	.67	.80	1.85	-3.08	4.68
Post test	Se asumen varianzas iguales	1.80	.20	.94	19	.36	3.36	3.56	-4.09	10.80
	No se asumen varianzas iguales			.97	15.08	.35	3.36	3.45	-4.00	10.71

Nota: DM=diferencia de medias. DEE=diferencia de error estándar. IC=intervalo de confianza. Inf=inferior. Sup=superior.

5. Discusión

Entre los hallazgos más destacados de esta investigación, se observaron en los participantes niveles notablemente bajos en todas las dimensiones relacionadas con las Habilidades Sociales, con la excepción de la expresión de enfado o disconformidad, sin embargo, esta dimensión contó con una proporción considerable de participantes que se ubicaron en el nivel muy bajo. Estos resultados presentan una consonancia con el estudio realizado por Gómez y Tumaili (2017) donde se evidenció que el 62% de la población estudiada, pacientes con esquizofrenia del Instituto Psiquiátrico Sagrado Corazón, exhibió un deterioro en sus habilidades sociales, principalmente caracterizado por dificultades para regular el comportamiento, expresar emociones, así como por un aislamiento social y una interacción escasa con el entorno. Asimismo, hallazgos similares fueron reportados por Orozco y Tierra (2017) quienes encontraron que el 50% de su muestra presentaba puntajes bajos en habilidades sociales. Sin embargo, es importante destacar que este estudio se centró exclusivamente en varones diagnosticados con otras patologías además de esquizofrenia, como trastorno bipolar, trastorno por consumo de alcohol y trastorno esquizoafectivo.

Otro hallazgo relevante de esta investigación gira en torno al patrón de cambio en los niveles de habilidades sociales de los participantes antes y después de la intervención. Antes de la intervención, predominaba un nivel muy bajo en la mayoría de las dimensiones, mientras que después de la intervención, se registró una disminución significativa en el número de participantes que presentaban niveles muy bajos. Específicamente, se evidenció una mejora notoria en áreas como la expresión de enfado o disconformidad y la iniciación de interacciones, donde los participantes alcanzaron puntuaciones correspondientes a niveles muy altos.

Además, se observaron cambios sustanciales en la puntuación global de habilidades sociales: previo a la intervención, los 21 participantes fueron calificados con niveles muy bajos, mientras que después de la intervención, esta cifra disminuyó a cinco. Esto sugiere un efecto positivo y significativo de la intervención en el desarrollo y mejora de las habilidades sociales de los participantes. Dicha mejoría entra en consonancia con la investigación realizada por Pacheco (2021), cuya intervención con enfoque cognitivo conductual para el trabajo en habilidades asertivas diseñado para pacientes con anorexia nerviosa (AN) y bulimia nerviosa (BN) resultó eficaz en la mayoría de factores específicos de dichas habilidades, no obstante, no mostró mejoría para la autoexpresión en situaciones sociales o la capacidad de hacer peticiones, asimismo, se destaca que dicha intervención fue aplicada en pacientes con anorexia y bulimia nerviosa

Los resultados respecto a la comparación de las habilidades sociales según la variable sexo revelan que las disparidades encontradas en los puntajes no alcanzaron significancia estadística. A pesar de que se observó un aumento en los puntajes de las participantes mujeres después de la intervención, este incremento no alcanzó un nivel de significancia estadística. Este hallazgo contrasta con la investigación llevada a cabo por Jiménez et al. (2000), quienes, en su estudio con una muestra de 90 hombres y 42 mujeres diagnosticados con esquizofrenia, identificaron diferencias significativas en el funcionamiento social entre hombres y mujeres, con resultados favorables para las mujeres. Sin embargo, estas diferencias solo se manifestaron en algunos aspectos específicos del funcionamiento social, como la autonomía-independencia, autonomía-competencia y empleo. Se postula que estas discrepancias pueden estar relacionadas con los roles sociales asignados a cada género, lo cual podría constituir un factor clave en la explicación de las diferencias observadas.

6. Conclusión

Como se pudo visualizar con anterioridad, diversos estudios refieren que el entrenamiento en habilidades sociales es esencial para la integración y adaptación de personas que padecen algún tipo de enfermedad mental, según las investigaciones revisadas, se pudo evidenciar la eficacia de programas de habilidades sociales para este tipo de población. Por tal motivo, el programa grupal basado en terapia cognitivo conductual para el entrenamiento en habilidades sociales para pacientes psiquiátricos se diseñó considerando los antecedentes de intervenciones previas. Esto permitió alcanzar con éxito los objetivos planteados.

Según los resultados, el dispositivo grupal es eficaz para mejorar las habilidades sociales en pacientes psiquiátricos, pues se observaron incrementos considerables en las áreas de autoexpresión en situaciones sociales, defensa de los propios derechos como consumidor, expresión de enfado o disconformidad, decir no, y cortar interacciones, hacer peticiones iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto.

Con las once sesiones planteadas, se obtuvo un cambio significativo en las habilidades sociales de los participantes, pues el dispositivo se estructuró de manera que cada fase abordara un tema específico relacionado con las habilidades sociales, utilizando técnicas de la terapia cognitivo conductual para promover el aprendizaje y la práctica, lo cual se pudo evidenciar gracias al pre y post test realizados al inicio y al final de la intervención.

El dispositivo grupal fue realizado en pabellón de hombres y mujeres, los resultados obtenidos con respecto a la comparación de las habilidades sociales según

la variable sexo revelan que las disparidades encontradas en los puntajes no alcanzaron significancia estadística.

En definitiva, el programa grupal se presenta como una herramienta efectiva para mejorar las habilidades sociales en pacientes psiquiátricos, contribuyendo de manera importante el bienestar social, la calidad de vida y la reintegración social.

Referencias

- Anchundia, (2022). Salud Mental Comunitaria En El Contexto Ecuatoriano: Un Estudio De Revisión. *Revista Científica y Arbitrada de Ciencias Sociales y Trabajo Social “Tejedora”*: Vol. 5 Núm. ISSN: 2697-3626
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5ª ed.)*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing
- APA. (2014). DSM-5. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Mexico D.F.: Panamericana.
- Bastidas, J. & Ramírez, J. (2017). Habilidades para la vida de tipo social, un factor protector para las adicciones. *Boletín Informativo CEI*, 4(1).
- Caballo, V., Salazar, I. & Carroble, J. (Dir.). (2011). *Manual de psicopatología y otros trastornos psicológicos*. Madrid: Pirámide
- Cárdenas, (2019). *La escucha activa como estrategia para fortalecer la comunicación entre estudiantes de sexto grado del Colegio Club de Leones de Cúcuta*. Universidad Santo Tomas de Colombia
- Castrillón y Quintero (2018). Fortalecimiento de Habilidades Sociales para personas con Trastornos Mentales de la Unidad de Salud Mental del Cpmisbog “La Modelo”. Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca
- Cerda y Encalada (2020). *El refuerzo positivo por parte del docente y su incidencia en el rendimiento académico de los estudiantes de sexto semestre*. Universidad de las Fuerzas Armadas
- Chacón, (2021). Generalidades sobre el Trastorno de Ansiedad. *Revista Cúpula* 2021; 35 (1): 23-36 <https://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/cupula/v35n1/art02.pdf>
- Goicochea. (2019). *Habilidades Sociales: Una Revisión Teórica del Concepto*. Universidad

Señor de Sipán, 18.

<https://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12802/6098/Bances%20Goico%20chea%20Rosa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- Gismero González, E. (2012). *EHS Escala de Habilidades Sociales*. Madrid: TEA.
- Goldstein, E. (1996). *Psicoeducational Family Intervention in Psychotic Disorders*. Los Angeles: New Trends.
- Gómez, (2017). *Metacognición y habilidades sociales en pacientes con esquizofrenia del Instituto Psiquiatrico Sagrado Corazón de Quito*. Universidad Nacional de Chimborazo.
- Herrero, (2021). *Las Habilidades Sociales, Aprendizaje de Asertividad y autogestión Emocional*. Universidad de UVA.
- López, (2021). *Evaluación contextual del lenguaje no verbal en población autista de la ciudad de Quito*. Universidad Andina Simón Bolívar Sede Ecuador
- Núñez Sánchez, Lucía, Romero Valeo, Leticia: "Habilidades sociales en personas con enfermedad mental". *Unirevista.es*. N° 2, págs. 22-36 (2017). ISSN 2254-7169
- Orzco, T. (2017). *Trastornos Mentales Y Habilidades Sociales En Los Pacientes De La Area De Psiquiatria Varones Del Instituto Psiquiatrico Sagrado Corazon*. Universidad Nacional de Chimborazo
- <http://dspace.unach.edu.ec/bitstream/51000/4497/1/UNACH-EC-FCS-PSC-CLIN-2017-0049.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2023). *Informe mundial sobre salud mental: transformar la salud mental para todos*. Ginebra, Suiza: OMS.

- Pacheco (2021) Programa de habilidades asertivas para la interacción social en pacientes con anorexia y bulimia nerviosa de una clínica especializada de Lima. *Rev Psicol Hered.* 2021; 14(2):47-57. DOI: <https://doi.org/10.20453/rph.v14i2.4176>
- Pérez (2020) *Estigma social sobre las enfermedades mentales*. Universidad de Cantabria. <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/20077/SANTAMARIA%20PEREZ%2c%20CRISTINA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Prieto-López, Y., & Loor-Ávila, B., (2021). *Un acercamiento a la comunicación asertiva y su incidencia en la producción académica y científica de los estudiantes de Metodología de Investigación en la Facultad de Marketing y Comunicación-Universidad ECOTEC*. 593 digital Publisher CEIT, 6(6-1), 549-562. <https://doi.org/10.33386/593dp.2021.6-1.910>
- Rojas et, al (2019). Salud y Enfermedad Mental. Del Corpus Hipocraticum a una aproximación termodinámica. *Revista Neuropsiquiatra*. 2019; 82(4):274-284 <https://doi.org/10.20453/rnp.v82i4.3649>
- Rojas. (2020). Intervención Psicológica desde el Modelo Cognitivo Conductual, en un Estudio de Caso en Problemas asociados al Consumo de sustancias psicoactivas. Universidad Pontificia Bolivariana Escuela de Ciencias Sociales.
- Rosas, (2016). Estudios sobre la Enfermedad Mental Crónica: Una Revisión. *Salud y Administración* Volumen 4 Número 9
- Robbins et. alt. (2019). Obsessive-Compulsive Disorder:. *Neuron Review*, 42(102), 21. <https://www.cell.com/action/showPdf?pii=S0896-6273%2819%2930073-X>
- Sanz (2019). Trastorno por consumo de Sustancias. *Medicine*. 2019;12(85):4984-9 <https://cipesalud.com.ar/wp-content/uploads/2020/04/trastornos-por-consumo-de-sustancias.pdf>

Sotomayor, Aguila, (2021). Estrategia pedagógica para formar la competencia resolución de conflictos en estudiantes de Sociología. *Mendive. Revista de Educación*, 19(1), 67-85.

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S181576962021000100067&lng=es&tlng=es.

Tena-Hernández, F.J. Psicoeducación y Salud Mental. SANUM 2020, 4(3) 36-45

https://www.revistacientificasanum.com/pdf/sanum_v4_n3_a5.pdf

Tulio Solano, R. Polo Martínez, EM. (2022). Tratamiento cognitivo-conductual para la mejora de las relaciones interpersonales en el trastorno límite de personalidad. REEA.

No.10, Vol III. Agosto 2022. Pp. 75-90. Centro Latinoamericano de Estudios en

Epistemología Pedagógica. URL disponible en:

<http://www.eumed.net/es/revistas/revista-electronica-entrevista-academica>

Varela, A. S. y Mustaca, A. E. (2021). Habilidades Sociales e Intolerancia a la Frustración en adultos argentinos. *Revista Con Ciencia EPG*, 6(2), 98-116.

<https://doi.org/10.32654/CONCIENCIAEPG.6-2>.

Yaguana García, J. A., & Álvarez Saquinaula, D. F. (2022). Técnica de entrenamiento en habilidades sociales y factores de riesgo en adolescentes con adicción a la marihuana:

una revisión bibliográfica. *Pro Sciences: Revista De Producción, Ciencias E*

Investigación, 6(42), 279-290. [https://doi.org/10.29018/issn.2588-](https://doi.org/10.29018/issn.2588-1000vol6iss42.2022pp279-290)

[1000vol6iss42.2022pp279-290](https://doi.org/10.29018/issn.2588-1000vol6iss42.2022pp279-290)

Zarandona. (2018). *Diseño De Una Intervención En Habilidades Sociales Para La Promoción De Autoestima En Personas Con Enfermedad Mental Grave*. Universidad

De

Valladolid.[https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/32853/TFMG899.pdf?sequ](https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/32853/TFMG899.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

[ence=1&isAllowed=y](https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/32853/TFMG899.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Anexos

Anexo 1. Consentimiento Informado

Consentimiento Informado

Yo _____ declaro que he sido informado e invitado a participar en una investigación denominada “**Eficacia de un programa grupal para entrenamiento de habilidades sociales en pacientes psiquiátricos**”, éste es una investigación para mi proceso de titulación en la **Maestría Psicología Clínica con mención en Psicoterapia de Grupo**. Entiendo que este estudio busca diseñar y evaluar la eficacia de un dispositivo grupal para el entrenamiento de habilidades sociales en pacientes psiquiátricos y sé que mi participación se llevará a cabo en Centro de Reposo y Adicciones Hospital psiquiátrico Humberto Ugalde Camacho “CRA”, y consistirá en responder la **Escala de Habilidades Sociales de Elenea Gismero** demorará alrededor de 15 minutos. Me han explicado que la información registrada será confidencial, y que los nombres de los participantes serán asociados a un número de serie, esto significa que las respuestas no podrán ser conocidas por otras personas ni tampoco ser identificadas en la fase de publicación de resultados. Estoy en conocimiento que los datos no me serán entregados y que no habrá retribución por la participación en este estudio, sí que esta información podrá beneficiar de manera indirecta y por lo tanto tiene un beneficio para la sociedad dada la investigación que se está llevando a cabo. Asimismo, sé que puedo negar la participación o retirarme en cualquier etapa de la investigación, sin expresión de causa ni consecuencias negativas para mí. Sí. Acepto voluntariamente participar en este estudio y he recibido una copia del presente documento.

Firma participante:

E H S

Nombre y apellidos	Edad	Sexo
Centro	Fecha	

A No me identifico en absoluto; la mayoría de las veces no me ocurre o no lo haría.
B Más bien no tiene que ver conmigo, aunque alguna vez me ocurra.
C Me describe aproximadamente, aunque no siempre actué o me sienta así.
D Muy de acuerdo y me sentiría así en la mayoría de los casos.

1 A veces evito hacer preguntas por miedo a parecer estúpido.	A B C D	1
2 Me cuesta telefonar a tiendas, oficinas, etc.	A B C D	2
3 Si al llegar a mi casa encuentro un defecto en algo que he comprado, voy a la tienda a devolverlo.	A B C D	3
4 Cuando en una tienda atienden antes a alguien que entró después que yo, me callo.	A B C D	4
5 Si un vendedor insiste en enseñarme un producto que no deseo en absoluto, paso un mal rato para decirle <<No>>.	A B C D	5
6 A veces me resulta difícil pedir que me devuelvan algo que dejé prestado.	A B C D	6
7 Si en un restaurante no me traen la comida como la había pedido, llamo al camarero y pido que me la hagan de nuevo.	A B C D	7
8 A veces no sé qué decir a personas atractivas del sexo opuesto.	A B C D	8
9 Muchas veces cuando tengo que hacer un halago, no sé qué decir.	A B C D	9
10 Tiendo a guardar mis opiniones para mí mismo.	A B C D	10
11 A veces evito ciertas reuniones sociales por miedo a hacer o decir alguna tontería.	A B C D	11
12 Si estoy en el cine y alguien me molesta con su conversación, me da mucho apuro pedirle que se calle.	A B C D	12
13 Cuando algún amigo mío expresa una opinión con la que estoy muy en desacuerdo, prefiero callarme a manifestar abiertamente lo que yo pienso.	A B C D	13
14 Cuando tengo mucha prisa y me llama una amiga por teléfono, me cuesta cortarla.	A B C D	14
15 Hay determinadas cosas que me disgusta prestar, pero si me las piden, no sé cómo negarme.	A B C D	15
16 Si salgo de una tienda y me doy cuenta de que me han dado mal la vuelta, regreso a pedir el cambio correcto.	A B C D	16
17 No me resulta fácil hacer un cumplido a alguien que me gusta.	A B C D	17
18 Si veo en una fiesta a una persona atractiva del sexo opuesto, tomo la iniciativa y me acerco a entablar conversación con ella.	A B C D	18
19 Me cuesta expresar mis sentimientos a los demás.	A B C D	19
20 Si tuviera que buscar trabajo, preferiría escribir cartas a tener que pasar por entrevistas personales.	A B C D	20
21 Soy incapaz de regatear o pedir descuento al comprar algo.	A B C D	21
22 Cuando un familiar cercano me molesta, prefiero ocultar mis sentimientos antes que expresar mi enfado.	A B C D	22
23 Nunca sé cómo "cortar" a una amiga que hablar mucho.	A B C D	23
24 Cuando decido que no me apetece volver a salir con una persona, me cuesta mucho comunicarle mi decisión.	A B C D	24
25 Si un amigo al que he prestado cierta cantidad de dinero parece haberlo olvidado, se lo recuerdo.	A B C D	25
26 Me suele costar mucho pedir a un amigo que me haga un favor.	A B C D	26
27 Soy incapaz de pedir a alguien una cita.	A B C D	27

28 Me siento turbado o violento cuando alguien del sexo opuesto me dice que le gusta algo de mi físico.	A B C D	
28		
29 Me cuesta expresar mi opinión en grupos (en clase, en reuniones, etc.).	A B C D	29
30 Cuando alguien se me "cuela" en una fila, hago como si no me diera cuenta.	A B C D	30
31 Me cuesta mucho expresar agresividad o enfado hacia el otro sexo aunque tenga motivos justificados.	A B C D	31
32 Muchas veces prefiero ceder, callarme, o "quitarme de en medio" para evitar problemas con otras personas.	A B C D	32
33 Hay veces que no sé negarme a salir con alguien que no me apetece pero que me llama varias veces.	A B C D	33

DISPOSITIVO GRUPAL PARA MEJORA DE HABILIDADES SOCIALES PARA PACIENTES PSIQUIATRICOS			
ENFOQUE: TERAPIA CONGNITIVO CONDUTUAL			
Objetivo General: Entrenar a los pacientes en habilidades sociales para que logren desempeñarse de forma adecuada y adaptada en diferentes entornos.			
FASE 1			
OBJETIVO: Lograr una adecuada cohesión con los miembros del grupo			
N. Ses.	TEMA:	ACTIVIDADES:	RECURSOS
1	Conformación e integración del Grupo	<p>Actividad 1:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bienvenida • Explicación de los propósitos y objetivos de la planificación terapéutica. • Establecimiento de normas y reglas • Explicación sobre se parte de un grupo y la conservación del anonimato <p>Actividad 2:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dinámica de presentación: Se deben presentar diciendo: Nombre con el que le gusta que la llamen. Su lugar de procedencia, algún gusto o deseo. <p>Actividad 3: Dinámica de Cohesión:</p> <p>Cada miembro debe describir en una hoja de papel tres afirmaciones sobre sí mismo respecto a cualquier tema: dos serán ciertas y una, falsa. El resto de participantes debe adivinar cuál de las afirmaciones es mentir</p> <p>Actividad 4:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducación 	Hojas Esferos Papelógrafo Pelota

		Breve descripción sobre los temas a tratar durante todo el dispositivo: Escucha Activa, Comunicación Asertiva, Inteligencia Emocional, Resolución de Conflictos.	
		<ul style="list-style-type: none"> • Cierre: 	
2	Conformación e integración del Grupo	<p>Actividad 1: Bienvenida Dinámica de Cohesión:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Saludo Creativo • Temores y Esperanzas <p>Actividad 2:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Retroalimentación sobre el tema tratado en la primera sesión, se solventan dudas que pueden tener los participantes <p>Actividad 3: Con el fin de introducir el tema a tratar en la próxima sesión se enviará una tarea, en la cual deberán describir una situación en la que no se han sentido escuchados. Se realizará un ejemplo en la sesión</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proceso de Cierre 	<p>Hojas Esferos Papelógrafo Material</p> <p>Audiovisual</p>
FASE 2			
OBJETIVO: Mejorar las habilidades de escucha activa mediante técnicas cognitivas			

3	Escucha Activa	<p>Actividad 1:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bienvenida • Retroalimentación • Psicoeducación sobre la escucha activa mediante materia audiovisual (análisis y ejemplos). • Análisis de tarea de intersesión enviada en la sesión anterior <p>Actividad 2:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Técnica de Role Playing (dramatización de una situación en la que no se sintieron escuchados Al ser una situación en la que el participante no se sintió escuchado, se solicitará a los miembros del grupo que realicen nuevamente la dramatización pero que esta vez hagan lo contrario a no sentirse escuchados, que muestren según la psicoeducación utilizada en la técnica anterior conductas más adaptativas con referencia a escucha activa. • En plenaria se analizará y buscará estrategias para mejorar la escucha activa. • Tarea de Intersesión: Realizar un registro de situaciones que no se sintieron escuchados y se solicitará poner un porcentaje a cada situación. • Cierre de la sesión 	Hojas Esferos Papelógrafo Material Audiovisual
---	-----------------------	---	--

4	Escucha Activa	<p>Actividad 1:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bienvenida • Retroalimentación • Dinámica de grupo (Contacto visual, evaluación sobre el grado de escucha activa) <p>Actividad 2:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Refuerzo Positivo: Revisión de la tarea, en caso de que lo registrado en el diario son formas de respuestas adaptativas se pedirá que se elogien con una frase. Si sucede lo contrario se buscarán alternativas o estrategias para mejorar la habilidad. • Se compartirá en el grupo y se analizará de manera más amplia la actividad <p>Cierre de la sesión.</p>	Hojas Esferos Papelógrafo Material Audiovisual
<p>FASE 3 Objetivo: Brindar estrategias para desarrollar en el paciente una adecuada comunicación asertiva.</p>			
5	Comunicación Asertiva	<p>Actividad 1:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Retroalimentación: Refuerzo del tema tratado en la sesión anterior. • Psicoeducación: Explicación y ejemplos de la comunicación asertiva <p>¿Qué es asertividad? Ventajas de ser asertivo Estrategias para ser asertivo La empatía Se realizará con los miembros del grupo breves acciones para ejemplificar el tema tratado.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Con el fin de reforzar el tema se proyectará un video. <p>Actividad 2:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reestructuración Cognitiva: • Identificación de pensamientos y situaciones relacionados con dificultades en la comunicación asertiva 	Hojas Esferos Papelógrafo Material Audiovisual

		<p>Evaluación de veracidad Cuestionamientos: ¿Hay pruebas que apoyen este pensamiento? ¿Hay otras explicaciones posibles para la situación? ¿Este pensamiento es útil o perjudicial? Búsqueda de pensamientos alternativos, realistas y adaptativos.</p> <p>Actividad de refuerzo:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Los miembros del grupo deberán formar un círculo 2. Cada participante cuenta una historia real que le haya ocurrido, donde no fueron asertivos, después se ponen en pareja, el uno va a practicar ser asertivo en base a lo que se aprendió y el otro escucha activamente, sin decir nada, al final le dice como se sintió cuando escucho esto cambian. <ul style="list-style-type: none"> • Tarea: Realizar un auto registro de pensamientos de toda la semana • Proceso de Cierre 	
6	Comunicación Asertiva	<p>Actividad 1:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Retroalimentación: Se solventarán dudas sobre el tema tratado en la sesión anterior. • Psicoeducación: El enojo que construye o destruye, ejemplos sobre ira constructiva y destructiva • En un papel se soltará que respondan: la fuente de su ira. Expresa su ira de manera directa y honesta. Evite los ataques personales. Enfóquese en la solución. <p>Actividad 2</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reestructuración Cognitiva • Pintura del enojo y alternativas para manejarlo de mejor manera. <p>Tarea de Intersesión: Realizar la técnica de A – B- C de Ellis</p>	<p>Hojas Esferos Papelógrafo Material</p> <p>Audiovisual</p>

		<ul style="list-style-type: none"> • Proceso de Cierre 	
FASE IV			
Objetivo: Potenciar y desarrollar la inteligencia emocional			
7	Inteligencia Emocional	<p>Actividad 1:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Retroalimentación • Dinámica de Emojis • Psicoeducación: Se proyectará un video sobre inteligencia emocional. • ¿Qué es?, ¿Como Identificarlas?, Aprender a Reconocer las señales físicas, aprender a incrementar los estados de tolerancia. • Descripción de una situación en la que hayan experimentado una emoción negativa, que describan que hicieron con ella y si fue efectivo o no. • Se hará un análisis con el grupo y se buscaran nuevas alternativas. <p>Actividad 2: Mapa de las emociones: Se entregará una silueta en la cual deberán pintar en que parte del cuerpo sienten tensión al experimentar una emoción negativa</p> <p>Actividad 3: Técnica de Mindfulness</p> <p>Proceso de cierre</p>	Hojas Esferos Papelógrafo Material Audiovisual

8	Inteligencia Emocional	<p>Actividad 1:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Retroalimentación: Recodar y realizar preguntas sobre la información proporcionada en la sesión anterior <p>Actividad 2:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Semáforo de las emociones: Contribuirá en la identificación de emociones. • Re estructuración Cognitiva: Identificación, consecuencia, evaluación y alternativa. • Reflexión en plenaria. <ul style="list-style-type: none"> • Tarea de intersesión: Registro de emociones, situaciones y reacciones físicas. <ul style="list-style-type: none"> • Proceso de Cierre 	
<p>FASE V</p> <p>Objetivo: Fomentar la capacidad de resolución de problemas con el fin de mantener y mejorar las interacciones sociales.</p>			
9	Resolución de conflictos	<p>Actividad 1:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recapitulación de información. • Identificación de situaciones en donde los pacientes hayan respondido con conductas adaptativas • Vídeo introductorio acerca del tema a tratar. (¿qué es?, ¿Cómo se aplica? y ¿Cuándo se debe aplicar?, se ejemplificará con acciones pequeñas y claras.) <p>Actividad 2: Técnica de Solución de Problemas</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifique el problema y sentimientos que está causando el conflicto 2. Identifique el impacto del problema que está causando el conflicto 4. Decida si resolverá el conflicto 	<p>Hojas Esferos Papelógrafo Material Audiovisual</p>

		<p>5. Trate de alcanzar una resolución al conflicto</p> <p>¿Cómo le gustaría que se resolviera el problema?</p> <p>¿Es necesario llegar a un compromiso?</p> <p>Tarea de intersección: Realizar un registro de dificultades y buscar alternativas para futuras soluciones.</p> <p>Proceso de Cierre.</p>	
10	Resolución de conflictos	<p>Actividad 1:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bienvenida • Retroalimentación • Revisión de la tarea enviada. <p>Actividad 2:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Técnica de Solución de Problemas • Balance Decisional <p>Actividad 3:</p> <p>Proceso de Cierre</p>	
<p>Proceso de Cierre del plan de tratamiento</p> <p>Objetivo: Resumir y consolidar experiencias y aprendizajes durante el proceso de intervención.</p>			

11	Proceso de Cierre	Actividad 1: <ul style="list-style-type: none">• Retroalimentación• Lista de logros alcanzados durante el proceso.• Elaboración de una lista de metas a corto, mediano y largo plazo a alcanzar basándose en las herramientas adquiridas y los valores personales de cada miembro del grupo. Actividad 2: <ul style="list-style-type: none">• Realizar una lista de tiempo en una cartulina sobre el proceso y si la intervención terapéutica cumplió las expectativas. Actividad 3: <ul style="list-style-type: none">• Despedida y agradecimiento a los participantes por colaboración en las sesiones.	
----	--------------------------	--	--