

**UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA SECCIONAL BUCARAMANGA
ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES
ESPECIALIZACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA Y DE LA SALUD.**



**IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE HABILIDADES SOCIALES EN
ADOLESCENTES QUE SE ENCUENTRAN BAJO MEDIDA DE PROTECCIÓN
EN EL HOGAR NIÑO JESÚS DE BELÉN UBICADO EN EL MUNICIPIO DE SAN
GIL DEL DEPARTAMENTO DE SANTANDER.**

**INFORME DE PRÁCTICA COMO REQUISITO PARA OPTAR AL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA.**

**Presentado por
AMÉRICA RAQUEL REYES GALVIS**

**BUCARAMANGA
2013**

**UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA SECCIONAL BUCARAMANGA
ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES
ESPECIALIZACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA Y DE LA SALUD.**

**IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE HABILIDADES SOCIALES EN
ADOLESCENTES QUE SE ENCUENTRAN BAJO MEDIDA DE PROTECCIÓN
EN EL HOGAR NIÑO JESÚS DE BELÉN UBICADO EN EL MUNICIPIO DE SAN
GIL DEL DEPARTAMENTO DE SANTANDER.**

**EN LA MODALIDAD DE MONOGRAFÍA COMO REQUISITO PARA OPTAR AL
TÍTULO DE ESPECIALISTA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**

América Raquel Reyes Galvis

Asesora

Ana Fernanda Uribe Rodríguez PhD

**BUCARAMANGA
2013**

TABLA DE CONTENIDO

1. INTRODUCCION.....	6
1. 1 OBJETIVOS.....	16
1.1.1 OBJETIVO GENERAL.....	16
1.1.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	16
2. METODOLOGIA.....	17
2.1 POBLACION.....	17
2.2 MUESTRA	15
2.3 INSTRUMENTOS.....	19
2.4 PROCEDIMIENTO.....	21
3. RESULTADOS.....	22
4. DISCUSIÓN.....	29
5. REFERENCIAS.....	35
6. ANEXOS.....	41

RESUMEN GENERAL DE TRABAJO DE GRADO

TITULO: IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE HABILIDADES SOCIALES EN ADOLESCENTES QUE SE ENCUENTRAN BAJO MEDIDA DE PROTECCIÓN EN EL HOGAR NIÑO JESÚS DE BELÉN UBICADO EN EL MUNICIPIO DE SAN GIL DEL DEPARTAMENTO DE SANTANDER.

AUTOR: AMÉRICA RAQUEL REYES GALVIS

FACULTAD: Especialización en Psicología Clínica

DIRECTOR: DOCTORA ANA FERNANDA URIBE RODRÍGUEZ

RESUMEN

El presente trabajo tuvo como finalidad entrenar en habilidades sociales a partir del déficit presentado en siete adolescentes entre catorce jóvenes que se encuentran bajo medida de protección en el Hogar Niño Jesús de Belén, ubicado en el municipio de San Gil del departamento de Santander. Las edades de los participantes oscilaron entre 14 a 18 años de edad. Se realizó una revisión conceptual debido a que las habilidades sociales son un factor predominante en el desarrollo cognitivo y posterior proceso de socialización con grupos de pares en los adolescentes. Los instrumentos aplicados fueron Cuestionario de Habilidades de Interacción Social CHIS versión Auto y hetero informe creado por (Monjas, 1994) así como también la Escala de Habilidades Sociales EHS creado por (Gismero, 2002) tomando un registro previo y posterior a la aplicación del programa de entrenamiento en habilidades sociales. El trabajo se realizó con un procedimiento cuasi-experimental de un solo grupo preprueba-postprueba, además puede ser considerado estudio de caso debido a que se realiza un seguimiento a profundidad de un sujeto de estudio.

PALABRAS CLAVE: Adolescencia, Habilidades Sociales, Entrenamiento en Habilidades Sociales, Psicología Clínica, Hogar Niño Jesús de Belén.

GENERAL SUMMARY OF WORK OF DEGREE

TITTLE: IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE HABILIDADES SOCIALES EN ADOLESCENTES QUE SE ENCUENTRAN BAJO MEDIDA DE PROTECCIÓN EN EL HOGAR NIÑO JESÚS DE BELÉN UBICADO EN EL MUNICIPIO DE SAN GIL DEL DEPARTAMENTO DE SANTANDER.
AUTHOR: AMÉRICA RAQUELREYES GALVIS
FACULTY: Especialización en Psicología Clínica
DIRECTOR: ANA FERNANDA URIBE RODRÍGUEZ

ABSTRACT

This research aimed to conduct social skills training from the deficit presented in eight adolescents between fourteen young who were under protective measures at the Home "Niño Jesus de Belén", located in the municipality of San Gil department of Santander. The ages of the participants ranged from 14 to 18 years old. It was made a conceptual review because social skills are a predominant factor in cognitive development and subsequent socialization process with peer groups in adolescents. The instruments were applied Questionnaire Social Interaction Skills Auto and hetero version CHIS report created by (Nunnery, 1994) as well as Social Skills Scale created by EHS (Gismero, 2002) taking a record before and after program implementation social skills training. The research was conducted with a quasi-experimental one group pretest-posttest, and can be considered a case study because it tracks a depth of one subject.

KEY WORDS: Adolescence, Social Skills, Enterteiment in social skills, Clinical Psychology and Hogar Niño Jesús de Belén.

INTRODUCCION

La práctica de la Especialización en Psicología Clínica de la Universidad Pontificia Bolivariana se realizó en el Municipio de San Gil en la Fundación Hogar Niño Jesús de Belén.

San Gil es un municipio que se encuentra a 96 kilómetros de Bucaramanga, capital del Departamento de Santander; es la capital de la Provincia de Guanentá, tiene un área de 145 kilómetros cuadrados, su zona urbana supera ligeramente las 1000 hectáreas y su población es de 44.561 habitantes DANE, 2005 citado por Administracion Municipal de San Gil (2013). A su vez, la Fundación Hogar Niño Jesús de Belén presta el servicio de protección, atención y formación integral a los niños, niñas y adolescentes quienes presentan antecedentes de vulneración de derechos y/o riesgo físico o psicológico remitidos directamente de ICBF, Centro Zonal San Gil. Este restablecimiento de derechos se realiza a través del desarrollo de procesos que garantizan sus derechos y promueven su integración a la familia, la comunidad y a la sociedad.

Para contextualizar la intervención se hizo una revisión los conceptos fundamentales relacionados con la práctica, entre ellos adolescencia, habilidades sociales e intervención cognitiva-conductual.

La adolescencia es una etapa marcada por la cultura y por la historia, la cual está caracterizada por un periodo evolutivo socialmente situado, cultural e históricamente determinado. La adolescencia según Craig, 1997 (citado en Álvarez, Ramírez, Silva, Coffin y Jiménez 2009) “es una etapa de transición que supone importantes transformaciones a nivel biológico, cognitivo y social, las cuales aparecen en mayor proporción comparándolas con las que se suscitan en

otros periodos de edad” (p. 205); esto indica que pueden generarse crisis en el inicio y desarrollo de esta etapa, ya que las transformaciones involucran cambios inesperados que pueden generar desajustes en la adaptación social.

Según, Bosque & Aragón (2008), la palabra adolescente proviene del verbo latino *adolescere*, que significa “crecer” o “crecer hacia la madurez”;. La adolescencia es un periodo vulnerable para el sujeto ya que es un momento donde el adolescente comienza a romper con las figuras de referencia de la infancia, los padres y la familia extensa; y empieza una nueva etapa con los amigos de su edad y otros adultos de referencia que surgirán en torno a sus estudios o a sus tiempos de ocio. Por eso, se trata de un momento de transformación y de búsqueda de nuevas figuras (Vela, Roa & Gortazar, 2008).

En el transcurso de la adolescencia, los jóvenes aprenden a entender y vivir su sexualidad y a considerar su papel en la sociedad del futuro. El proceso es gradual, emocional y, en ocasiones, perturbador. Un joven puede sentirse desilusionado, decepcionado y herido en un determinado momento y, un tiempo después, eufórico, optimista y enamorado (UNICEF, 2002). Así mismo, Weissmann (sin fecha) plantea que:

En el transcurso de este proceso de transformación, que no le resulta fácil, que muchas veces lo desconcierta o le provoca miedo e inseguridad, el adolescente suele presentar algunas manifestaciones preocupantes del punto de vista de los adultos de su entorno. Estas manifestaciones pueden abarcar, desde desprolijidad en su aspecto físico, falta de interés por la limpieza y el orden, desafío a la autoridad, provocación directa de los adultos, bajo rendimiento escolar, repetición del año, abandono de la escuela, dormir en exceso, o vagar, hasta conductas que lo ponen en franca situación de riesgo, como ejercicio prematuro de la sexualidad, fugas del hogar, consumo abusivo de alcohol y/o drogas, conducir sin licencia o con temeridad, trastornos alimentarios, actos delictivos e intentos de suicidio (que, lamentablemente, en muchos casos son exitosos).(p. 2)

El manual de servicios saludables amigables para adolescentes y jóvenes describe la adolescencia como una etapa del ciclo humano vital actual. Durante este proceso el adolescente “apropia y recrea las características y atributos de la historia social de su gente, se individualiza e independiza, transforma el entorno y el mundo que habita, a la vez que también es transformado por este” (p.25). Ministerio de Protección Social, Fondo de Poblaciones de las Naciones Unidas & UNFPA (2008). Es por esto que se debe prestar especial atención en las diferentes maneras en que el adolescente interactúa con su medio y con quienes habitan el él, siendo las habilidades sociales la herramienta considerada apropiada para su desenvolvimiento eficaz y por ende para su desarrollo integral.

El Ministerio de Protección Social, Fondo de Poblaciones de las Naciones Unidas y UNFPA (2008) representa a la adolescencia como la segunda etapa del ciclo vital, donde se presentan cambios, es la época en la que la persona consolida su competencias específicas o capacidades generales frente a ese mundo exigente, que le invita a descubrir su realidad social donde establecerá su personalidad; logrando una identidad con rasgos duraderos a lo largo del ciclo vital. Este aspecto se convierte en un tema esencial en los adolescentes de la fundación puesto que los jóvenes no tienen contacto con sus familias biológicas.

Los 14 jóvenes que hicieron parte de la implementación del programa de habilidades sociales pertenecen a la Fundación y provienen de municipios ubicados en la provincia Guanentina y Comunera, (San Gil, Encino, Charalá, Villanueva y San Joaquín) pero se encuentran Bajo Medida de Protección en Condición de Adoptabilidad desde hace más de 1 año, por lo cual ya no presentan

ningún tipo de contacto con sus familias biológicas interactuando de manera casi familiar con sus compañeros de casa, Formadora y Auxiliar de cocina.

La finalidad de la institución educativa radica en la formación a largo plazo de jóvenes autónomos e independientes por tanto en la institucionalización se intenta proporcionar un estilo de vida muy parecido al familiar. En las jornadas contrarias a clases los adolescentes asisten a actividades lúdicas o recreativas que proporciona el colegio, interactuando con jóvenes en condiciones de vida familiar. También en la época de vacaciones se motiva a que los jóvenes busquen distintos lugares donde realizar sus prácticas pre laborales como almacenes, peluquerías, talleres de carpintería, panaderías, oficinas de turismo, en donde pongan a prueba sus habilidades relacionales y su disciplina. Anualmente junto con ICBF se promociona el “Plan Padrino” en donde se busca incluir a la comunidad en la formación de los jóvenes pertenecientes a ICBF paraqué estas familias hagan un acompañamiento a un adolescente y así se formen referentes afectivos que beneficien el desarrollo psico social y afectivo del mismo.

Motrico, Fuentes, & Bersabé (2001) refieren respecto a los cambios adaptativos de la adolescencia que parece más adecuado hablar de cambios o transformaciones que de dificultades y que la resolución de los mismos no debe llevar a problematizar las relaciones interpersonales en esta etapa, sino más bien a entender la existencia de conflictos como algo natural en cualquier tipo de relación. Lo anterior trasforma la visión negativa del conflicto a una visión positiva al entenderlo como función adaptativa en el desarrollo del adolescente y en la dinámica social ya que contribuye a que los miembros del grupo toleren mejor las

diferencias de opinión y así se generen habilidades para resolver conflictos manteniendo la relación.

El paso de la infancia al mundo adulto le exige al adolescente cambios en que conllevarán actitudes y comportamientos nuevos, más adaptados a la nueva realidad, los cuales en ocasiones no se logran entender o expresar; incrementándose la violencia en sus diferentes formas (ya sea verbal, emocional, física, psicológica) o simplemente la persona no posee las habilidades sociales para recibir elogios, expresar lo que piensa o siente, o simplemente recibir un gracias. Por tanto por medio de la práctica se buscó evaluar y entrenar en habilidades sociales a los adolescentes que se encuentran bajo medida de protección en el Hogar Niño Jesús de Belén, y a su vez evaluar el impacto de un Programa de Entrenamiento en Habilidades Sociales. Con base en lo anterior, las habilidades sociales es el tema central de la práctica.

Salvador, De la Fuentes & Álvarez (2009) citan a Llanos (2006) refiriendo que las habilidades sociales hacen referencia al “conjunto de comportamientos interpersonales complejos que se emplea en la relación con los demás y que son requeridos para poder realizar una tarea competente de tipo interpersonal” (p. 278). Lo anterior indica que el éxito de las relaciones requiere ciertos comportamientos con características aprobadas socialmente. Salvador, De la Fuentes y Álvarez (2009) también citan a Caballo (1993) definiendo las habilidades sociales como:

Un conjunto de conductas emitidas por el individuo en un contexto interpersonal que expresa sus sentimientos, actitudes, deseos, opiniones, derechos, de un modo adecuado a la situación, respetando así

esas conductas en los demás y resolviendo generalmente los problemas inmediatos de la situación mientras minimiza la probabilidad de futuros problemas, lo que implica ejercer los derechos personales sin negar los derechos de los demás, expresando opiniones, sentimientos y deseos (p. 278).

Por tanto y como lo establece Caballo (1995) la habilidad social debe considerarse dentro de un marco cultural determinado, y los patrones de comunicación varían ampliamente entre culturas y dentro de la misma cultura, dependiendo de factores tales como la edad, el sexo, la clase social y la educación. Así mismo cita a Caballo (1986) quien define la conducta socialmente habilidosa como

Un conjunto de conductas emitidas por un individuo en un contexto interpersonal que expresa los sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de ese individuo, de un modo adecuado a la situación, esperando esas conductas de los demás, y que generalmente resuelve los problemas inmediatos de la situación mientras la probabilidad de futuros problemas (p. 407).

De otro lado Rivas (s.f) dice:

El ser humano es esencialmente un sujeto social que vive y se desarrolla en un proceso de aprendizaje social y el aprendizaje social ocurre inmediatamente después del nacimiento. Por tanto, la familia es la primera unidad social donde el niño se desarrolla y donde tienen lugar las primeras experiencias sociales. Para que la interacción posterior sea adecuada, es necesario que el sujeto haya desarrollado con anterioridad la seguridad que proporciona una correcta relación con la figura de apego. Una inadecuada interrelación con esta figura, que no proporcione

al niño suficiente seguridad e independencia; dificultará y reducirá la interacción posterior con sus iguales y con el adulto” (p. 283).

López y Torres (2003) citado en Vázquez & Díaz (2005) hacen énfasis en que la sociedad debe reconocer, ejercer y desarrollar una función educadora asumiendo una intencionalidad orientada hacia la formación, promoción y desarrollo de sus habitantes empezando por los más jóvenes, siendo esta una de las misiones de cualquier sociedad, asegurar un adecuado proceso de socialización de sus nuevos miembros. Es por esto que es importante reconocer las habilidades sociales de los adolescentes y entrenar en ellas favoreciendo su desarrollo biológico, psicosocial y cognitivo.

Rodríguez y Romero (2011) plantean en su estudio, que los estudiantes muestran dificultades especiales en las relaciones interpersonales, por lo cual se les debe dar una respuesta psicoeducativa adecuada a sus necesidades;

El interés por la asertividad en adolescentes, ha influido en el desarrollo social y emocional de los jóvenes y con una gran implicación en el funcionamiento y adaptación social, ambiental y escolar. En la vivencia de los adolescentes se generan múltiples preguntas, e inquietudes que lo llevan a vivir diversas experiencias que en ocasiones no se manejan de la forma adecuada, por lo cual por medio de una intervención cognitivo conductual se busca orientar al joven para que tenga una mejor asertividad y habilidades sociales en general.

Longo (1999), define la palabra social en “cómo nos llevamos con los demás, incluido los amigos, hermanos, padres o profesores” (p. 2). Por lo tanto, las habilidades sociales se refieren la habilidad para congeniar con los demás pudiéndose de esta manera hablar de diferentes tipos de habilidades sociales,

entre las que se pueden encontrar: hablar en público, iniciar y mantener una conversación, expresar amor, agrado y afecto, pedir favores o rechazar peticiones, hacer o aceptar cumplidos, la expresión de opiniones personales, el querer solucionar problemas interpersonales, entre otros.

Por tanto la asertividad se entiende como una conducta socialmente hábil que implica respeto hacia uno mismo al expresar necesidades propias y respetando las de los demás situándose en un punto intermedio de dos conductas polares no habilidosas socialmente como son la agresividad entendida como expresión verbal violenta directa e indirecta y la pasividad o trasgresión de sus propios derechos, también como una forma comportamental madura de comunicarse la persona donde no agrede ni se somete a la voluntad de otras y que se expresa dentro de un contexto determinado por sus normas de sociabilidad. Cruz, 2006)

León del Barco (2006) llegó a concluir que el entrenamiento en las habilidades sociales influye en situaciones de aprendizaje cooperativo, en la frecuencia de determinadas conductas verbales que se dan en la interacción grupal, como “dar ayuda” “solicitar ayuda”, y “dar explicaciones, “preguntar” y “dar respuestas”.

Los adolescentes poseen expectativas mayores a sus habilidades sociales y de la manera en que superen estas etapas se definirá su interacción social. Pretty, Adrewes y Collet (1954) citados en Tapias, Fiorentino & Correché (2003) afirman que “la soledad fue descrita en la adolescencia vinculada con el fracaso en la satisfacción de necesidades relacionadas con pares y relaciones íntimas”

(p.165), es decir, con deficiencias en la obtención de un sentido de comunidad y falta de un sentimiento de pertenencia a una estructura social que los sostenga.

La intervención cognitivo conductual es definida como una terapia esencialmente educativa, enfocada en la modificación de comportamientos, pensamientos, orientada siempre hacia el presente, investigando el funcionamiento actual, con un especial interés en los patrones disfuncionales actuales de los pensamientos y conductas; el énfasis de la Terapia Cognitivo Conductual se encuentra en lo que tiene que hacer el individuo para lograr un cambio, tiende a la vez a fomentar la independencia del paciente; es decir busca que se logre el funcionamiento independiente, en ella se enfatiza el aprendizaje, la modificación de conducta, las tareas de autoayuda y el entrenamiento de habilidades, reforzándose el comportamiento independiente (Ellis, Caballo & Lega, 1997)

La terapia cognitivo-conductual posee cuatro grandes pilares teóricos, más conocidos como aprendizaje clásico, aprendizaje operante, aprendizaje social y aprendizaje cognitivo; basada en intervenciones conductuales, como cognitiva. La terapia busca ayudar a cambiar la forma como piensa y actúa el paciente, encontrándose una eficacia para los trastornos de ansiedad, depresión, pánico, estrés postraumático, obsesivo compulsivo, bulimia, fobia social entre otros como las habilidades sociales.

En la revisión bibliográfica, Ministerio de Educación, Cultura y Deporte citan a Monjas (1993) quien define las habilidades sociales como “las conductas necesarias para interactuar y relacionarse con los iguales y con los adultos de forma efectiva y mutuamente satisfactoria” (p. 18). Además de presentar algunos

instrumentos contruidos, validados y tipificados en la lengua castellana, dentro de los que resaltan la *Escala Multidimensional de Expresión Social-Parte Motora* (EMES-M), la *Escala de Habilidades Sociales* (EHS), así como la *Escala Multidimensional de Expresión Social-Parte Cognitiva* (EMES-C), que mide cogniciones y de estas se utilizó la de Gismero para el presente trabajo.

De la misma manera en su definición de validación social afirma que:

Las habilidades sociales son, por tanto, un conjunto de competencias conductuales que posibilitan que el niño mantenga relaciones sociales positivas con los otros y que afronte, de modo efectivo y adaptativo, las demandas de su entorno social, aspectos estos que contribuyen significativamente, por una parte, a la aceptación por los compañeros y, por otra, al adecuado ajuste y adaptación social (p. 19)

En cuanto a las habilidades sociales en adolescentes institucionalizados Méndez & González (2002) citan a Bowlby (1995) quien en su publicación “El Cuidado Materno y Salud Mental” resume los efectos dañinos de la institucionalización prolongada en el desarrollo de la personalidad. También citan a Rutter y cols (2001) quienes intentaron delinear los patrones conductuales de apego asociados a la privación institucional demostrando que “existe una asociación entre problemas de apego, desatención, hiperactividad, problemas pseudo cognitivos y privación institucional” (p. 78). Méndez & González (2002) también citan a Fonagy y Cols (1996) quienes apoyan la teoría de Bowlby validando la existencia de una asociación significativa entre psicopatología y relaciones conflictivas no resueltas de la infancia. Estas caracterizas son compartidas con los jóvenes institucionalizados quienes presentan en sus

antecedentes personales relaciones ambivalentes con su familia biológica o con quienes representaron esa familia.

Con base a los referentes teóricos anteriormente mencionados se puede afirmar que las habilidades sociales son las capacidades, actitudes, destrezas, competencias, que posee un adolescente o persona para relacionarse con los demás y con el mismo. Siendo importantes en su diario vivir porque los seres humanos son seres sociables que continuamente se relacionan e interactúan de forma oral o gestual.

OBJETIVOS

Objetivo General

Entrenar en habilidades sociales a 14 adolescentes que se encuentran bajo medida de protección en el Hogar Niño Jesús de Belén a través de la implementación de un programa destinado para tal fin.

Objetivos Específicos

Evaluar el nivel de habilidades sociales presentes en los adolescentes que se encuentran bajo medida de protección en el Hogar Niño Jesús de Belén.

Implementar un programa de entrenamiento en habilidades sociales para los adolescentes que se encuentran bajo medida de protección en el Hogar Niño Jesús de Belén.

Evaluar el impacto que genera el “Programa de Entrenamiento en Habilidades sociales – PEHS” en los adolescentes que se encuentran bajo medida de protección en el Hogar Niño Jesús de Belén.

METODOLOGÍA

POBLACION

La población objeto del presente trabajo vive en la Fundación en dos casas cuyos habitantes se clasifican según su género. En la Casa Hogar Femenina viven 12 jóvenes entre los 12 y 20 años, 6 de las cuales participaron en la implementación del programa y quienes tienen entre 14 y 16 años, con promedio de edad de 15.33 años y una desviación de 0.816. En la Casa Hogar Masculina viven 12 jóvenes entre los 12 y 20 años, 8 de los cuales participaron en la implementación del programa y quienes tienen entre 15 y 18 años con una media de edad de 16.88 años y una desviación de 0.991.

En cuanto a su escolaridad los jóvenes presentan dificultades en el rendimiento escolar debido a las diversas circunstancias por las cuales llegaron a la Fundación. De igual manera, se encuentran estudiando de manera formal y una de ellas de manera informal en validación de bachillerato por ciclos.

MUESTRA

Los participantes en la implementación de este programa fueron 14 adolescentes que se encuentran bajo medida de protección, en modalidad de Casa Hogar en la Fundación Hogar Niño Jesús de Belén ubicada en el municipio de San Gil, Santander. El criterio de inclusión de la muestra se presentó según las condiciones de tiempo e interés de los jóvenes para participar en el presente

trabajo, de igual manera las formadoras Esta muestra no presenta un diagnóstico psicológico o psiquiátrico formal, pero son reconocidos por sus cuidadores como jóvenes con problemas de habilidades sociales evidentes. Una vez aplicados los test se seleccionaron los grupos experimental y control según las puntuaciones obtenidas.

La descripción socio-demográfica de la muestra se presenta en la Tabla 1.

Tabla 1. Descripción socio demográfica de la muestra.

Sujeto	Edad en años.	Municipio de Procedencia.	Tiempo en la Fundación hasta julio de 2011.	Nivel de Escolaridad.
Sujeto 1	16	Encino	2 años 3 meses	5° primaria
Sujeto 2	15	Encino	2 años 3 meses	4° primaria
Sujeto 3	16	Villanueva	2 años 1 mes	Ciclo 3
Sujeto 4	16	Charalá	1 año 5 mese	7° bachillerato
Sujeto 5	14	Charalá	8 meses	4° primaria
Sujeto 6	15	San Joaquín	7 meses	4 primaria
Sujeto 7	17	Charalá	5 años	5° primaria
Sujeto 8	17	Galán	4 años 5 meses	6°bachillerato
Sujeto 9	17	Socorro	5 años	7°bachillerato
Sujeto 10	18	Charalá	4 años 8 meses	7°bachillerato
Sujeto 11	18	Galán	4 años 5 meses	7° bachillerato
Sujeto 12	16	San Gil	3 años 9 meses	6° bachillerato
Sujeto 13	15	Galán	4 años 5 meses	7° bachillerato
Sujeto 14	17	Charalá	4 años 8 meses	6° bachillerato

Del puntaje obtenido en la escala de Habilidades sociales (Gismero 2002) y el cuestionario de Interacción Social (Monjas 1994) en versión Auto Informe y Hetero Informe, fueron asignados al grupo control y al grupo experimental; cada uno conformado por siete integrantes. El grupo control estuvo conformado por los

sujetos 4, 8, 9, 10, 11, 12 y 13 y grupo experimental estuvo conformado por los sujetos 1, 2, 3, 5, 6, 7 y 14.

INSTRUMENTOS

Se utilizaron dos instrumentos para evaluar las habilidades sociales, la escala de Habilidades Sociales – EHS (Gismero, 2002) y el Cuestionario de Habilidades de Interacción Social – CHIS (Monjas, 1994), para evaluar las habilidades sociales.

La escala de Habilidades Sociales – EHS fue elaborada por Gismero, (2002) (Anexo 1). García (2010) define esta escala como “un cuestionario explora la conducta habitual del sujeto en situaciones concretas y valora hasta qué punto las habilidades sociales modulan estas actitudes”. Consta de 33 ítems, 28 de los cuales están redactados en el sentido de falta de aserción o déficit en habilidades sociales y 5 de ellos en el sentido positivo, es decir, al contestar afirmativamente expresaría manifestar una conducta asertiva. Con este planteamiento se pretende evitar la tendencia a mostrar acuerdo de forma discriminada. La alternativa de respuestas consta de 4 formas que van 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 no ocurra; C) me describe aproximadamente, aunque no siempre actué o me sienta así; y D) Muy de acuerdo y me sentiría o actuaría así en la mayoría de los casos. A mayor puntuación global indica que el sujeto expresa más habilidades sociales y capacidad de aserción en distintos contextos. El coeficiente de fiabilidad mediante el procedimiento alfa de Cronbach encuentra una validación de 0,88 (Gismero 2002).

Así mismo los ítems son agrupados en 6 factores: 1. autoexpresión en situaciones sociales, 2. defensa de los propios derechos como consumidor, 3. expresión de enfado o disconformidad, 4. decir no y cortar interacciones, 5. hacer peticiones e iniciar; 6. interacciones positivas con el sexo opuesto.

Cuestionario de habilidades de interacción social – CHIS, (Anexo 2). Fue elaborado por Monjas, (1994) y describe conductas interpersonales adecuadas y positivas. En su versión de auto informe evalúa las habilidades a partir de las propias respuestas y en la versión hetero informe evalúa las respuestas que personas cercanas puedan emitir según la frecuencia de los comportamientos del sujeto que se esté evaluando. El CHIS utiliza una escala tipo Likert de cinco puntos, donde: 1 significa que la persona o el sujeto no realiza la conducta **nunca**; 2. No hace la conducta **casi nunca**; 3. Hace la conducta **bastantes veces**; 4. Hace la conducta **casi siempre** y 5. Hace la conducta **siempre**. Este cuestionario consta de sesenta ítems distribuidos en seis sub escalas: Habilidades sociales básicas. (10 ítems), Habilidades para hacer amigos (10 ítems), Habilidades conversacionales (10 ítems), Habilidades relacionadas con emociones y sentimientos (10 ítems), Habilidades de solución de problemas interpersonales (10 ítems) y Habilidades de relación con los adultos (10 ítems). Fue utilizada su versión

En la intervención grupal, se utilizó el Programa de entrenamiento de Habilidades sociales (PEHS) (Niño, 2010), (Anexo 3) el cual consta de cuatro módulos que contiene actividades lúdico educativas en las escalas a entrenar las cuales presentan déficit de habilidades sociales y se aplica de manera grupal en sesiones semanales de 2 horas cada una.

PROCEDIMIENTO

Para realizar este estudio se tuvo en cuenta el desarrollo de las siguientes fases, las cuales se guiaron hacia el cumplimiento de los objetivos propuestos.

Fase 1. Revisión de bibliografía. Por medio de diferentes bases de datos virtuales se recuperaron diversos artículos referentes a la Adolescencia, Habilidades sociales e intervenciones cognitivo conductuales. Posteriormente, se eligieron los artículos según su publicación, temática, y autores reconocidos para iniciar con el planteamiento del problema y poder ubicar las fuentes primarias más fácil a la hora de realizar el marco teórico.

Fase 2. Se realizó la socialización del programa de intervención a la Fundación y se detectaron los niños, niñas y adolescentes (NNA) interesado en participar, con disponibilidad de tiempo y voluntad de adherirse al programa de intervención. También se tomó en cuenta el criterio de las formadoras quienes reconocen deficiencia de habilidades sociales en los jóvenes. La trabajadora social firmó los consentimientos informados, como responsable de ellos (Anexo 4)

Fase 3. Se trabajó la evaluación Pre test con los 14 Adolescentes que expresaron su voluntariedad para participar del proceso y se aplicaron el Cuestionario de habilidades de interacción social, CHIS (Monjas, 1994) en modalidad auto y hetero informe y la Escala de Habilidades Sociales, EHS (Gismero, 2002).

Fase 4. Se clasificaron los participantes en dos grupos, uno control y otro experimental, con base a las puntuaciones obtenidas en la escala y el cuestionario.

Fase 5. Al grupo experimental se les aplicó el Programa de Entrenamiento en Habilidades Sociales (PEHS) (Niño, 2010) el cual consta de cuatro sesiones, clasificadas en cuatro módulos el primero llamado “Capacidad de Hacer Amigos y Amigas”; el segundo “Habilidades relacionadas con los Sentimientos y Emociones”; el tercero “Habilidad para afrontar y resolver problemas interpersonales” y el cuarto y último “Pedir Favores y hacer peticiones”. También se realizó un estudio de caso.

Fase 6. Se evaluó nuevamente a los dos grupos (control y experimental) con las pruebas, es decir el posttest, con los mismos instrumentos.

Fase 8. Análisis de resultados. En esta fase se procedió en primer lugar a realizar los análisis psicométricos correspondientes para establecer el efecto del programa de habilidades sociales.

Paralelo a ello se realiza la formulación de un caso clínico de un sujeto perteneciente al grupo experimental (Anexo 5).

RESULTADOS

Los resultados se presentaran los resultados con base en los objetivos. En primer lugar la descripción de la muestra incluyendo la evaluación pre prueba. Posteriormente la descripción de las pruebas en el grupo control y el grupo experimental. Y finalmente el comparativo pre post para ver el impacto del programa.

La distribución de la muestra según el sexo estuvo conformada por 8 jóvenes (58%) de sexo masculino y 6 jóvenes (42%) de la muestra, son de sexo

Femenino (Véase Gráfico 1). La media de edad es de 16.21 años con una desviación de 1.188.

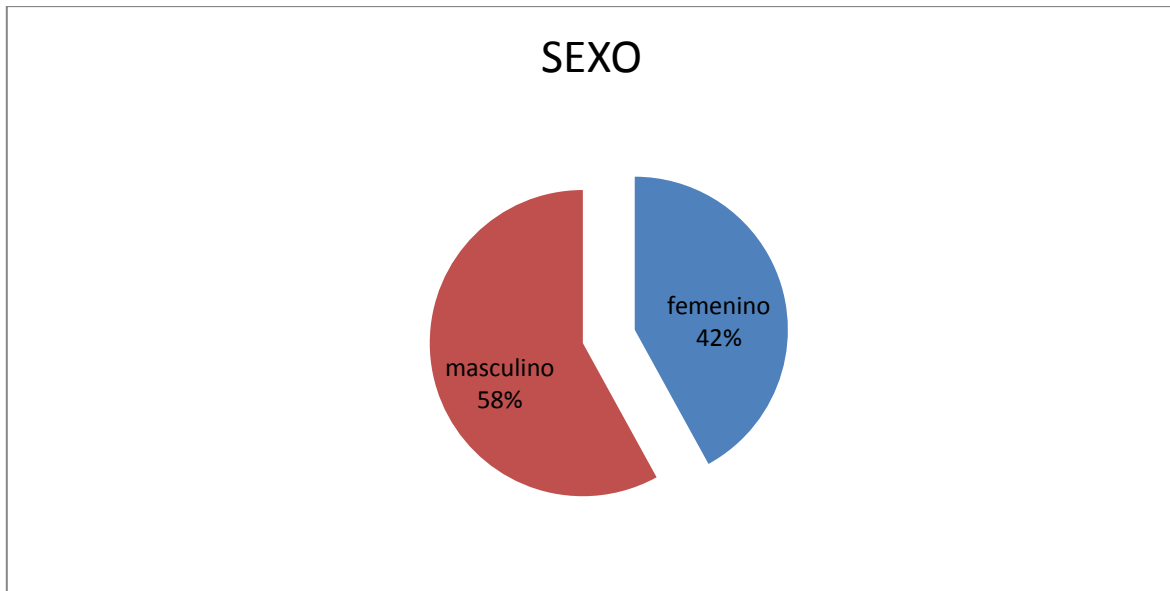


Gráfico 1. Distribución de la muestra en función del sexo..

De la anterior población cinco mujeres y dos hombres presentaron déficit en habilidades sociales, según reporte de los instrumentos aplicados (monjas, 1994 y Gismero, 2002).

Descripción Grupo Control y Grupo Experimental

El total de participantes se dividió en grupo control y grupo experimental según los puntajes que obtuvieron en la escala EHS Escala de Habilidades Sociales (Gismero 2002) (Véase Tabla 2) y el Cuestionario de Habilidades de Interacción Social, CHIS (Monjas, 1994) (Véase Tabla 3) en versión auto y hetero informe que fueron aplicados a toda la muestra.

Tabla 2. Resultado pre test – EHS de la muestra.

SUJ	PDI	PCI	PDII	PCII	PDIII	PCIII	PDIV	PCIV	PDV	PCV	PDVI	PCVI	PD G	PC
1	12	1	10	10	7	10	20	90	6	1	8	10	63	3
2	18	10	10	10	12	60	15	40	13	20	14	60	82	25
3	18	10	10	10	12	15	15	40	13	20	14	60	82	20
4	24	45	20	99	16	99	19	80	13	20	12	35	104	75
5	22	30	9	5	8	15	14	30	14	30	11	25	78	15
6	25	50	13	30	11	50	19	80	15	40	16	80	99	60
7	21	25	17	80	14	85	17	60	9	2	11	25	89	35
8	19	15	11	15	4	2	9	5	14	30	8	10	65	4
9	32	98	17	80	14	85	20	90	18	80	16	80	117	98
10	23	35	17	80	14	85	20	90	12	10	13	45	99	60
11	19	15	11	15	9	20	13	20	16	55	12	35	80	60
12	18	10	11	15	9	20	15	40	19	1	7	5	79	15
13	24	45	10	10	13	75	17	60	15	40	10	20	89	35
14	32	98	14	30	10	35	18	70	18	80	19	97	111	90
MEDIA	21.93	34.79	12.86	34.93	10.93	46.86	16.50	56.79	13.93	30.64	12.21	41.93	88.36	42.50

Se evidencia que los sujetos con una puntuación total baja actúan de forma no asertiva de manera generalizada, lo cual permite conformar el grupo control y el grupo experimental (Véase Tabla 3).

Tabla 3. Resultado pre test – CHIS de la muestra.

SUJETO	TOTALES SUBESCALAS AUTO - INFORME							TOTALES SUBESCALAS HETERO - INFORME						
	SUB1	SUB2	SUB3	SUB4	SUB5	SUB6	TOTAL	SUB1	SUB2	SUB3	SUB4	SUB5	SUB6	TOTAL
1	23	18	29	22	21	24	137	19	14	16	23	11	21	104
2	38	34	30	30	30	30	192	24	23	22	23	11	20	123
3	45	39	37	38	41	38	238	37	28	25	27	20	31	168
4	41	39	42	47	34	36	239	30	36	34	35	17	29	181
5	37	41	35	26	38	30	207	28	26	36	26	12	23	151
6	32	44	37	24	27	25	189	31	31	34	27	13	27	163
7	41	17	38	30	40	22	188	36	34	24	29	24	27	174
8	49	50	48	48	49	48	292	39	40	34	36	37	39	225
9	48	48	47	46	45	45	279	30	32	31	41	28	30	192
10	35	35	33	34	31	34	202	39	35	39	32	33	35	213
11	45	43	45	46	40	46	265	40	38	39	40	36	41	234
12	42	45	43	37	40	32	239	35	36	30	37	34	33	205
13	50	48	47	47	46	46	284	40	39	40	40	36	40	235
14	41	41	41	41	35	32	231	30	27	28	34	24	22	165
MEDIA	40.5	38.71	39.43	36.86	36.93	34.86	227.29	32.71	31.36	30.86	32.14	24	29.857	180.93

Con base en los resultados establecidos en los dos grupos se puede evidenciar que en grupo experimental en la escala CHIS (Véase Tabla 4 y 5), tanto en el auto como el hetero informe presenta un déficit en sub escalas como: habilidades sociales básicas, habilidades para ser amigos y amigas, habilidades conversacionales, habilidades relacionadas con emociones y sentimientos, habilidades de solución de problemas interpersonales y habilidades de relación con los adultos.

Posterior a la aplicación del programa se aplica el postest para cada uno de los grupos.

Tabla 4: Resultado pre test – pos test del auto informe de la CHIS, aplicado al grupo experimental.

SUJETO	TOTALES SUBESCALAS AUTO - INFORME							TOTALES SUBESCALAS AUTO - INFORME						
	SUB1	SUB2	SUB3	SUB4	SUB5	SUB6	TOTAL PRE	SUB1	SUB2	SUB3	SUB4	SUB5	SUB6	TOTAL POS
1	23	18	29	22	21	24	137	27	18	29	22	21	24	141
2	38	34	30	30	30	30	192	36	34	30	30	30	34	194
3	45	39	37	38	41	38	238	48	39	37	38	43	38	243
5	37	41	35	26	38	30	207	41	41	35	26	38	30	211
6	32	44	37	24	27	25	189	32	44	37	30	27	25	195
7	41	17	38	30	40	22	188	41	26	35	39	38	33	212
14	41	41	41	41	35	32	231	44	41	42	40	38	36	241
Media	36.71	33.429	35.29	30.14	33.143	28.71	197.429	38.429	34.714	35	32.143	33.571	31.429	205.286

Se puede evidenciar en el pre test y post test del grupo experimental se generaron cambios importantes en todos los sujetos en auto informe, destacándose los avances en los sujetos 7 y 14 (Véase Tabla 4)

Tabla 5: Resultado pre test – pos test del hetero informe de la CHIS, aplicado al grupo experimental.

SUJETO	TOTALES SUBESCALAS HETERO - INFORME							TOTALES SUBESCALAS HETERO - INFORME						
	SUB 1	SUB2	SUB 3	SUB 4	SUB5	SUB 6	TOTAL PRE	SUB 1	SUB2	SUB3	SUB4	SUB5	SUB6	TOTAL POS
1	19	14	16	23	11	21	104	24	15	22	25	16	26	128
2	24	23	22	23	11	20	123	22	22	24	20	14	20	122
3	37	28	25	27	20	31	168	38	32	29	32	23	31	185
5	28	26	36	26	12	23	151	28	26	37	26	12	23	152
6	31	31	34	27	13	27	163	36	34	37	36	15	27	185
7	36	34	24	29	24	27	174	39	39	28	33	29	27	195

14	30	27	28	34	24	22	165	37	34	34	35	25	22	187
Media	29.29	26.14	26.43	27	16.42	24.43	149.71	32	28.85	30.14	29.57	19.14	25.14	164.85

Se puede evidenciar en el pre test y post test del grupo experimental en el hetero informe se generaron cambios importantes en los sujetos 1, 3, 5, 6, 7 y 14. (Véase tabla 5)

Tabla 6: Resultado pre test – pos test del auto informe de la CHIS, aplicado al grupo control.

SUJETO	TOTALES SUBESCALAS AUTO - INFORME							TOTALES SUBESCALAS AUTO – INFORME						
	SUB 1	SUB 2	SUB 3	SUB 4	SUB5	SUB 6	TOTAL PRE	SUB 1	SUB2	SUB 3	SUB4	SUB5	SUB6	TOTAL POS
4	41	39	42	47	34	36	239	38	39	42	47	34	36	236
8	49	50	48	48	49	48	292	48	49	48	49	48	48	290
9	48	48	47	46	45	45	279	49	48	46	46	45	43	277
10	35	35	33	34	31	34	202	35	36	34	31	33	34	203
11	45	43	45	46	40	46	265	43	43	42	42	38	46	254
12	42	45	43	37	40	32	239	38	38	44	37	40	32	229
13	50	48	47	47	46	46	284	50	49	45	46	43	46	279
Media	44.29	44	43.57	43.57	40.71	41	257.14	43	43.14	43	42.57	40.14	40.71	252.57

Se puede evidenciar que en el pre test y por test del grupo control en el auto informe se generó un cambio mínimo en el sujeto 10 (Véase Tabla 6). En el resto hubo una leve disminución del puntaje total.

Tabla 7: Resultado pre test – pos test del hetero informe de la CHIS, aplicado al grupo control.

SUJETO	TOTALES SUBESCALAS HETERO - INFORME							TOTALES SUBESCALAS HETERO - INFORME						
	SUB 1	SUB2	SUB 3	SUB 4	SUB5	SUB 6	TOTAL PRE	SUB1	SUB2	SUB 3	SUB4	SUB5	SUB6	TOTAL POS
4	30	36	34	35	17	29	181	30	37	34	38	19	29	187
8	39	40	34	36	37	39	225	41	39	32	42	37	43	234
9	30	32	31	41	28	30	192	35	33	31	38	31	30	198
10	39	35	39	32	33	35	213	36	35	38	33	37	35	214
11	40	38	39	40	36	41	234	43	41	39	42	33	41	239
12	35	36	30	37	34	33	205	36	34	34	37	35	33	209
13	40	39	40	40	36	40	235	44	41	37	41	38	40	241
Media	36.14	36.57	35.29	37.29	31.57	35.29	212.14	37.85	37.14	35	38.71	32.85	35.85	217.42

Se puede evidenciar que en el pre test y pos test del grupo control en el hetero informe se incrementó la puntuación total en todos los sujetos (Véase Tabla 7)

Con relación a la escala de EHS se presentan los resultados en el grupo experimental y el grupo control

Tabla 8: Resultado pre test – pos test de la escala EHS, aplicada al grupo experimental.

SUJETO	PRE TEST		POS TEST	
	PD GLOBAL	PERFIL CENTIL	PD GLOBAL	PERFIL CENTIL
S1	63	3	69	5
S2	82	25	73	10
S3	82	20	91	40
S5	78	15	90	35
S6	99	60	90	35
S7	89	35	121	98
S14	111	90	115	96
MEDIA	86.29	35.43	92.71	45.57

Los resultados de la EHS, en el grupo experimental evidencian una estabilidad entre la prueba pre y la pos (Véase Tabla 8).

Tabla 9. Resultado pre test – pos test del EHS, en el grupo control.

SUJETO	PRE TEST		POS TEST	
	PD GLOBAL	PERFIL CENTIL	PD GLOBAL	PERFIL CENTIL
4	104	75	99	60
8	65	4	69	5
9	117	98	122	98
10	99	60	95	50
11	80	60	72	5
12	79	15	84	25
13	89	35	96	50
Media	90.43	49.57	91	41.86

Los resultados de la EHS, en el grupo control evidencian una estabilidad entre la prueba pre y la pos (Véase Tabla 9)

Con relación al caso que se desarrolló en la práctica, el déficit de habilidades sociales en la adolescente, se considera la importancia de intervenir de manera individual y grupal. En cuanto a que los objetivos terapéuticos se verifican en la observación de su desempeño con los demás y se fortalecen en su interacción con pares y adultos. Esto se puede verificar en la revisión de los resultados del pre test y post test de la escala y cuestionarios aplicados, en donde se evidencia avances en aspectos como defensa de los propios derechos como consumidor; decir no y cortar interacciones; iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto; habilidades sociales básicas habilidades para hacer amigos y amigas; habilidades conversacionales y habilidades relacionadas con la solución de problemas interpersonales. (Véase Tabla 10).

Tabla 10: Resultado pre test – pos test de la escala EHS y de CHIS, aplicada a la adolescente del caso de fobia social.

Escala de Habilidades Sociales EHS			
Sub escala	Puntuación Pre (total 82)	Puntuación Post (total 91)	
Auto expresión en situaciones sociales	18	18	
Defensa de los propios derechos como consumidor	10	14	
Expresión del enfado o disconformidad	12	12	
Decir no y cortar interacciones	15	18	
Hacer peticiones	13	13	
Iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto.	14	16	
Cuestionario de Habilidades de Interacción Social Versión Auto informe			
Sub Escala	Puntuación Pre (total 238)	Puntuación Post (total 243)	
Habilidades sociales Básicas	45	48	
Habilidades para hacer amigos y amigas	39	39	

Habilidades Conversacionales	37	37
Habilidades Relacionadas Con Sentimientos y Emociones	38	38
Habilidades Relacionadas con la Resolución de Problemas Interpersonales	41	43
Habilidades Relacionadas con los Adultos.	38	38
Cuestionario de Habilidades de Interacción Social Versión Hetero informe		
Sub Escala	Puntuación Pre (total 168)	Puntuación Post (total 185)
Habilidades sociales Básicas	37	38
Habilidades para hacer amigos y amigas	28	32
Habilidades Conversacionales	25	29
Habilidades Relacionadas Con Sentimientos y Emociones	27	32
Habilidades Relacionadas con la Resolución de Problemas Interpersonales	20	23
Habilidades Relacionadas con los Adultos.	31	31

DISCUSIÓN

El presente proyecto tuvo como objetivo general entrenar en habilidades sociales a los adolescentes que se encuentran bajo medida de protección en el Hogar Niño Jesús de Belén a través de la implementación de un programa destinado para tal fin. Así mismo en los objetivos específicos se buscó evaluar el nivel de las habilidades sociales presentes en los adolescentes mencionados y aplicar un programa de entrenamiento en habilidades sociales el cual fue elaborado e implementado en un proyecto de especialización buscando fortalecer la línea de trabajo (Niño, 2010) .

Como lo establece Del Prette y Del Prette, (2002) la evaluación no solo sirve para conocer o identificar posibles deficiencias sino también para diseñar programas de intervención. Con base en el diagnóstico del pre test se implementó

el programa en función de las habilidades sociales estructurado en cuatro sesiones.

En cuanto a la evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales se pudo observar que fue pertinente utilizar un diseño de pre test y pos test para ver el impacto del programa en el grupo experimental. Se puede evidenciar en la CHIS, del grupo experimental, que en el pre test del auto informe solo dos o tres sujetos se encontraban en cada sub escala por encima de la media, mientras que en la post hay un mayor número de sujetos por encima de la media, lo cual permite evidenciar un cambio y mejoramiento en las habilidades sociales. Al igual que en el auto informe en el hetero informe se puede evidenciar una diferencia entre el pre y el pos del grupo experimental, lo cual permite decir que la intervención influyó en los participantes y este efecto fue observado por quienes se encuentran a cargo de los jóvenes y perciben de manera positiva este cambio. Aunque no se puede hablar de diferencias estadísticamente significativas ya que no se aplicaron pruebas de comparaciones se evidencian cambios tanto en las puntuaciones como en los percentiles mucho más altas en el grupo experimental.

En cuanto a los resultados arrojados en el hetero informe se puede observar avances en ambos grupos (control y experimental) lo cual puede poner de manifiesto que la percepción que poseen los formadores o cuidadores sobre el grupo en general varía en función de los cambios positivos del grupo experimental.

Además se puede comparar la prueba CHIS del grupo Experimental con el grupo control y confirmar la diferencia o el cambio dado en las habilidades sociales, puesto que el grupo control se mantiene en sus resultados del hetero informe, contrastado con el aumento presentado en el auto informe del grupo

experimental. Los resultados de la EHS, presentan en el grupo experimental diferencias que permiten establecer una influencia de la intervención; esto se puede reconfirmar cuando se comparan los resultados entre los dos grupos, puesto que en el grupo control se evidencia una estabilidad en los resultados obtenidos.

Existen diferencias individuales que pueden afectar la puntuación en el resultado del pre test por test del auto informe en el CHIS aplicado al grupo control en cuanto a que el sujeto 10 y en el resto de sujetos hubo una leve disminución del puntaje total. Se puede evidenciar que en el pre test y pos test del grupo control en el hetero informe se incrementó la puntuación total en todos los sujetos lo cual puede obedecer a que cuando el grupo control comienza a presentar avances, la visión general de los formadores comienza a modificarse de manera positiva hacia todo el grupo de adolescentes.

Además cuando comparamos las dos pruebas pre y pos de la CHIS y de la EHS, del grupo experimental y el grupo control, encontramos diferencias, puesto que el grupo control se mantiene en general estable, mientras que el experimental tiene un aumento en sus habilidades sociales.

La implementación de este programa evidenció en los jóvenes además de los resultados anteriormente expuestos tienen una mayor aceptación de las conductas asertivas, en cuanto a que se familiarizaron con aspectos como la atención a la expresión de las emociones de los demás sin ser juzgados por su grupo de pares.

Sumado a lo anterior, se evidenció en los jóvenes mayor motivación a pertenecer a un grupo terapéutico, fomentando la adherencia al mismo y el interés

por conocer y participar en temas referentes al autoconocimiento y mejoramiento de la calidad de vida. Del Prette & Del Prette (2002) argumentan que “el entrenamiento en habilidades sociales cumple otros objetivos importantes para la competencia social, como el desarrollo del auto estima y una especie de mirar hacia sí mismo y de auto percepción ampliada, además de una mayor disposición para la ayuda mutua” (p.143).

Es reconocido que la ayuda mutua y expresividad emocional es una capacidad relevante para el funcionamiento saludable de las personas tanto a sus estados psicológicos como a sus interacciones sociales. Según Piemontesi esto se debe a que la expresividad emocional “se encuentra asociada positivamente con el auto estima, el bienestar, la satisfacción y negativamente con la anhedonia social, se ha encontrado que sus déficit se asocian a la depresión, el trastorno límite de la personalidad, y el estrés postraumático”. (p 66) (Piemontesi, 2012)

Los factores positivos anteriormente mencionados explican la importancia de entrenar en este tipo de habilidades no solo para el favorecimiento observado por otros, sino también para mejorar la percepción negativa de si mismo que se convierte en un impedimento para ampliar la visión de cambio y mejora. Sea cual sea la explicación más correcta lo cierto es que la baja habilidad social (tanto auto informada como observada) conlleva muy frecuentemente pensamientos negativos sobre la actuación social. (Caballo, 2007).

Cohen, Caballero & Mejail (2005) refieren que la influencia del contexto sobre el comportamiento del adolescente, aporta factores protectores que lo llevan a interactuar favorablemente o bien factores de riesgo, que lo debilitan y posiblemente pueden provocar la exclusión del grupo de pares. Esto se reafirma

cuando Kirchner (1997) refiere que “durante la adolescencia la relación con los pares se vuelve nodular y esta convivencia le exige el desarrollo de una serie de comportamientos específicos y de habilidades de interacción, que forman parte del proceso de socialización del adolescente”. Este proceso se refiere a los modos en que los miembros de una comunidad aprenden modelos de comportamiento o de interacción, los asimilan y los convierten en reglas de vida identificándose con ellos. Estos modelos son adquiridos y aprendidos a través de los vínculos con los otros.

En cuanto al grupo experimental se puede inferir que estos adolescentes han logrado un buen nivel de comportamiento de interacción social, que les permite operar en su medio con eficacia. A su vez considerando los resultados obtenidos en las escalas, son capaces de mantener relaciones sociales caracterizadas por su aceptación en el contexto. Por tanto estimular y potenciar el adecuado desarrollo social en la infancia por medio del entrenamiento en habilidades sociales, resulta de una gran relevancia principalmente por su valor de adaptación al medio social y de modificación de posibles patrones de comportamiento que generan dificultades de socialización.

La competencia social fundamentada sobre la capacidad cognitiva, emocional y comportamental del sujeto, explica el desarrollo saludable de la personalidad y la adaptación a distintos ámbitos. El ambiente favorable que se promueva en la Institución condicionan el actuar no solo de los sujetos pertenecientes al grupo experimental, sino que va formando un modelo de aceptación e interiorización de las distintas habilidades sociales que se promocionaron con la implementación de este programa. Para Moraleda (1998) citado en Amaya y Ardila (2012) el fomento

de la competencia social "involucra el hecho de prestar atención a dos tipos de componentes el positivo donde se enmarcan aspectos internos y externos y el componente de aprendizaje de estrategias y habilidades de interacción social según las distintas situaciones" (p. 89).

De este modo se confirma lo expresado por quienes aseguran que las competencias en habilidades sociales no solo promueven el auto conocimiento y auto estima de quienes las presentan y asimilan como modo de vida además de favorecer el ambiente social en su contexto, sino que también favorecen un reaprendizaje en el medio social en el que se desenvuelven y modelando las formas de comportamiento en distintas situaciones.

REFERENCIAS

Administración Municipal de San Gil. (2013). Alcaldía de San Gil.

Recuperado el 7 de febrero de 2013 de www.sangil.gov.co

Álvarez, Z.M., Ramírez, J. B., Silva, R. A., Coffin, C. M. & Jiménez, R. M. L. (2009). La Relación entre Depresión y conflictos familiares en Adolescentes. *International Journal Psychology and Psychological Therapy*, 9, 205- 2016.

Amaya, A. E. & Ardila, M. L. (2012). Diferencias en Actitudes y Estrategias Cognitivas Sociales entre Jóvenes Infractores de la Ciudad de Bogotá. *Revista Psicogente*. 15, 85 – 104

Bosque, F. A. & Aragón, B. L. (2008). Nivel de Adaptación en Adolescentes Mexicanos. *Revista Interamericana de Psicología*, 42, 287 – 297.

Caballo, E, V. (2007). *Manual de Evaluación y Entrenamiento de las Habilidades Sociales*. Madrid: Siglo Veintiuno editores S.A.

Caballo, V. (1995). *Manual de Técnicas de Terapia y Modificación de Conducta*. Madrid: Siglo Veintiuno editores S.A.

Camacho, G. C. & Camacho, C. M. (2005). Habilidades sociales en adolescencia: un programa de intervención. *Revista Profesional Española de Terapia Cognitivo – Conductual*, 3, 1-27.

Cohen, I. S., Caballero, S. V. & Mejail, S. (2012). Habilidades sociales, aislamientos y comportamiento antisocial en adolescentes en contexto de pobreza. *Acta Colombiana de Psicología*, 15, 11-20.

Cruz, J. R. (2006). *Asertividad: estudio de caso*. Santo Domingo, DN: Universidad Católica Santo Domingo.

Del Prette, Z. A. P. & Del Prette, A. (2002). *Psicología de las Habilidades Sociales Terapia y Educación*. México, D.F: Manual Moderno.

Eceiza, M., Arrieta, M. & Goñi, A. (2008). Habilidades Sociales Y Contextos de la Conducta Social. *Revista Psicodidáctica*, 13, 11-26.

Gismero, G. E. (2002). *EHS Escala de Habilidades Sociales Manual*. Madrid: TEA.

García, R. A. (2010). Estudio sobre la asertividad y las habilidades sociales en el alumnado de Educación Social. *XXI Revista de Educación*, 12, 225 – 240.

Kirchner, T. (1997) .Evaluación del desarrollo psico social. *Manual de evaluación psicológica. Fundamentos y Técnicas y aplicaciones*. Madrid: Siglo Veintiuno.

Lega, I. L., Caballo, E. V. & Ellis, A. (1997) Teoría y práctica de la terapia racional emotivo-conductual. Madrid: Ediciones siglo XXI.

León del Barco, B. (2006). Elementos mediadores en la eficacia del aprendizaje cooperativo: entrenamiento previo en habilidades sociales y dinámica de grupos. *Anales de Psicología*, 22, 105-112.

Longo, J. (1999). Asertividad y Habilidad Social. Recuperado el día 20 abril del 2012, del enlace en internet: <http://idd00f0b.eresmas.net/DocuS/Asertividad.PDF>

Méndez, T. L. & González, B. L. (2002). Descripción de patrones de apego en menores institucionalizados con problemas conductuales. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, 11, 75 -92.

Minici, A., Rivadeneira, C. & Dahab, J. (2001). ¿Qué es la terapia Cognitivo Conductual? .*Revista de Terapia Cognitivo Conductual*, 1, 1-6.

Ministerio de Protección Social, Fondo de Población de las Naciones Unidas & UNFPA. (2008). *Servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes, Un modelo para adecuar las respuestas de los servicios de salud a las necesidades de adolescentes y jóvenes de Colombia*. Bogotá: Ministerio de Protección Social.

Monjas C. M. I. & González M. B. 1998. *Las Habilidades Sociales En El Currículo*. Madrid. Ministerio de Educación, Cultura y Deporte, Secretaria General de Educación y Formación Profesional, & Centro de Investigación y Documentación Investigativa.

Motrico, E., Fuentes, M., & Bersabé R. (2001). Discrepancias en la percepción de los conflictos entre padres e hijos/as a lo largo de la adolescencia. *Anales de Psicología*, 17, 1-13.

Muñoz, R., Aguilar, S., & Guzmán, J. (1995). *Manual de Terapia Individual Para El Tratamiento Cognitivo-Conductual de Depresión*. Santa Mónica: Partners in Care.

Niño H. (2010). Programa de evaluación y entrenamiento en habilidades sociales desde la intervención del modelo cognitivo – conductual como estrategia de afrontamiento de los adolescentes. Bucaramanga: Universidad Pontificia Bolivariana.

Piemontesi, S. E. (2012). Validación de la escala de expresividad emocional en una muestra de universitarios argentinos. *Suma Psicológica*. 19, 59-68.

Rivas, T. A. (s.f). Habilidades Sociales y Relaciones Interpersonales. Recuperado el día 12 abril del 2012, del enlace en internet: http://www.feaps.org/biblioteca/sexualidad_ydi/22_habilidades.pdf

Rodríguez, E. V. & Romero, A. D. (2011). La asertividad como factor asociado a las habilidades cognitivas de problemas inter personales en estudiantes de 12 años. Bogotá. Recuperado el 12 de febrero del 2013, del enlace en internet: <http://repository.javeriana.edu.co/bitstream/10554/1431/1/RodriguezEspinosaVanessa2011.pdf>

Salvador, M., De la Fuente, M., & Álvarez, J. (2009). Las Habilidades Sociales en Directores de Centros Escolares. *European Journal of Education and Psychology*, 2, 275-288.

Tapias, M. L. Fiorentino, M. T. & Correché, M. S. (2003). Soledad y tendencia al aislamiento en estudiantes adolescentes. Su relación con el auto concepto. *Fundamentos en Humanidades*, 4, 163 – 172.

UNICEF. (2002). *Adolescencia una Etapa Fundamental*. Nueva York.

UNICEF. Recuperado el día 12 febrero del 2013, del enlace en internet:

<http://www.rieoei.org/deloslectores/898Weissmann.PDF>

Vázquez, J. J. & Díaz, D. (2005). Una Experiencia de educación de calle con adolescentes en riesgo de exclusión en la ciudad de Guadalajara.

Redalyc sistema de información científica, 14, 222-233.

Vela, E., Roa, M., & Gortázar P. (2008). *Adolescencia Y Familia: Como mejorar la relación con los hijos e hijas adolescentes y prevenir el consumo de drogas: un programa de intervención*. Madrid: CEAPA

Weissman, P. (s.f). *Adolescencia. Revista Iberoamericana de Educacion*.

Recuperado el día 12 febrero del 2013, del enlace en internet:

http://www.unicef.org/spanish/publications/files/pub_adolescence_sp.pdf

ANEXOS

Anexo1. Escala de Habilidades Sociales - EHS (Gismero 2002)

EHS			Nombre y apellidos	Edad	Sexo
			Centro	Fecha	
ANOTE SUS RESPUESTAS RODANDO LA LETRA DE LA ALTERNATIVA QUE MEJOR SE AJUSTE A SU MODO DE SER O DE ACTUAR. COMPRUEBE QUE RODA LA LETRA EN LA MISMA LÍNEA DE LA FRASE QUE HA LEÍDO.					
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.					
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 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 mucho 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 allí 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 un amigo que habla 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		

Autora: Elena Gismero González.
 Copyright © 2000 by TEA Ediciones, S.A. - Todos los derechos reservados - Prohibida la reproducción total o parcial.
 Edita: TEA Ediciones, S.A. (Madrid) - Ejemplar impreso en DOS TINTAS - Printed in Spain. Impreso en España.

COMPRUEBE QUE HA DADO UNA CONTESTACIÓN A CADA UNA DE LAS FRASES

Anexo 2. Cuestionario de Habilidades de Interacción Social – CHIS (Monjas 1994)

Versión Auto Informe y Hetero Informe.

Anexo 3. Programa de Entrenamiento de Habilidades Sociales – PEHS

Descripción de la Aplicación del Programa de Entrenamiento de Habilidades Sociales – PEHS

Módulo 1 Habilidades para Hacer Amigos y Amigas.
Nombre de la Actividad: “Tejiendo mis lazos de Amistad”.
Conceptualización: Esta actividad implica habilidades que son cruciales para el inicio, desarrollo y mantenimiento de interacciones positivas y mutuamente satisfactorias con los iguales. La amistad, entendida como relaciones marcadas por efecto positivo recíproco, implica satisfacción mutua y apoyo altamente estimulantes entre los implicados.
Objetivo General: Promover en los participantes la importancia de iniciar, mantener y ampliar satisfactoriamente sus relaciones con sus amigos (as) incidiendo positivamente en las fases de evolución del desarrollo social.
Objetivos Específicos: - Fortalecer en los jóvenes habilidades que les faciliten exaltar las conductas positivas de sus pares, convirtiéndose en modelos a seguir con sus comportamientos, virtudes y valores. - Facilitar en los jóvenes la iniciativa de contacto con personas a su grupo familiar, permitiéndole confiar y expresar sus ideas, sentimientos y el grado de diferencias entre ellos. - Estimular a los jóvenes la capacidad de involucrarse espontáneamente al juego con otros, adaptándose y haciéndose uno más en el grupo. - Afianzar en los participantes estilos de vida altruista que contribuyan en el crecimiento armonioso con otras personas, experimentando la satisfacción de dar y recibir ayuda. - Potenciar en los jóvenes el valor de participar voluntariamente en eventos sociales donde se requiera de su colaboración y experiencia para el logro de un propósito común.
Dificultades Presentadas: - Algunos participantes demostraron timidez e inhibición en el inicio del taller. - En la actividad uno algunos participantes demostraron dificultad para socializar acciones positivas de sus compañeros.
Logros Alcanzados: - En la Actividad dos los jóvenes demostraron habilidades y gusto por representar situaciones, lo cual generó un ambiente armonioso y generó adhesión al grupo. - Algunos participantes evidenciaron satisfacción con las acciones altruistas hacia compañeros evidenciando gusto en dar y recibir.

Módulo 2 Habilidades Sociales Relacionadas con las Emociones y los Sentimientos - Factor III Expresión de Enfado o Disconformidad.
Nombre de la Actividad: “Un Viaje por el Mundo de las Emociones y los Sentimientos.”.
Conceptualización: Las habilidades referidas a esta área también pueden ser llamadas de Auto – Expresión, Auto – Afirmación o Asertividad ya que dentro de ella se trabajan contenidos que se han incluido en el concepto de Asertividad. En este sentido se entiende por asertividad la conducta interpersonal que implica la expresión directa de los propios sentimientos y la defensa de los propios derechos

personales, sin negar lo de los demás. Cuando los propios derechos se ven amenazados, se puede actuar de tres maneras, las cuales responden a características de pasividad, agresividad y asertividad. La persona pasiva puede tener sus derechos violados, es introvertida, reservada, no consigue sus objetivos, se encuentra frustrada, infeliz y ansiosa ya que permite a los otros elegir por ella. La persona agresiva por el contrario, viola los derechos de los otros, interfiere en las elecciones de los demás y es autoritaria. Sin embargo, las personas Asertivas eligen pro ellas mismas, protegen sus derechos y respetan los de los otros, consiguen sus objetivos sin herir a los demás se sienten bien con ellas mismas. Por lo anterior se deduce que la meta radica en utilizar modos socialmente aceptables, de expresar sus emociones y recibir las emociones de los otros. También que aprendan a defender sus derechos de manera asertiva (ni pasiva ni agresiva) y respetando los derechos de los otros, las personas deben aprender que en las situaciones en las que no se tiene en cuenta sus derechos, tiene que actuar de manera asertiva. Es preciso que acepten que en determinadas ocasiones hay que perder, ceder, en función de resguardo de relaciones con otras personas.

Objetivo General:

- Entrenar a los participantes en el reconocimiento y expresión adecuada de las emociones y los sentimientos como una necesidad para mantener relaciones interpersonales satisfactorias.

Objetivos Específicos:

- Enseñar a los participantes a que se exprese así mismo y ante los demás afirmaciones positivas en las situaciones de demanda la vida cotidiana.
- Potenciar en los participantes la expresión adecuada de las emociones, sentimientos y afectos en situaciones que demanda la vida cotidiana.
- Promover situaciones de la rutina diaria de los adolescentes para que identifiquen y respondan de modo adecuado a las emociones, sentimientos, afectos de otras personas.
- Facilitar la comprensión de defender los derechos de manera adecuada en situaciones en las que no son respetados.
- Educar a los participantes en la necesidad de defender sus opiniones ante otras personas en situaciones en las que es adecuado hacerlo.
- Motivar la expresión de las propias opiniones y sentimientos, de manera apropiada sin vulnerar los derechos de los demás.
- Estimular la capacidad de hacer preguntas en el momento justo sin sentir malestar emocional.

Dificultades Presentadas:

- Al inicio de la actividad se presentó desorden debido a que los jóvenes provenían de otra actividad recreativa al aire libre, lo cual dificultó al inicio centrar la atención en la actividad.
- Se evidenció dificultad en la manera en que se pedía la palabra, ya que en algunos momentos todos querían participar, sobrepasando el objetivo de la actividad. Se realizó la sensibilización apropiada al caso para colocar orden y proseguir con el desarrollo paso a paso de la actividad.

Logros Alcanzados:

- Demostraron interés en la elaboración de la tarea de la sesión anterior y su respectiva socialización generó un ambiente de atención y escucha hacia el otro.
- En la actividad cuatro, a pesar de que los jóvenes poseen antecedentes marcados por el mal trato y la trasgresión de sus derechos, no evidenciaron dificultad para ejemplificar las propias vivencias.

- Los jóvenes presentaron interés en escuchar la palabra y participación de sus compañeros especialmente en los momentos de expresar emociones y sentimientos.

Módulo 3 Habilidades para afrontar y Resolver Problemas interpersonales - Factor I Auto Expresión en Situaciones Sociales.
Nombre de la Actividad: “De la Oscuridad a la Luz”
Conceptualización: En esta área se incluyen las habilidades cognitivas sociales, las cuales son identificadas como las más relevantes para la resolución de conflictos. Estas se refieren a: Sensibilidad ante los problemas (identificación y definición de sentimientos y problemas), pensamiento alternativos, pensamientos medio – fin, pensamientos consecuencia y pensamiento causal. Estas habilidades se aprenden a través de la experiencia y es aquí donde la persona aprende a solucionar por el mismo los problemas. Los problemas interpersonales son conflictos entre las persona y al hablar de estos nos referimos a los incidentes surgidos entre las personas en sus relaciones cotidianas.
Objetivo General: • Promover en los participantes la necesidad de identificar y analizar las conductas personales que obstaculizan o contribuyen a la solución de problemas interpersonales.
Objetivos Específicos: • Potenciar la necesidad de identificar los problemas interpersonales que pueden causar dificultad en su vida cotidiana. • Promover la comprensión de sus propios problemas, formulando soluciones apropiadas y acertadas. • Motivar en la identificación y análisis de los problemas con el fin de anticipar las consecuencias y las posibles maneras de solución. • Facilitar la comprensión y responsabilidad al momento de elegir una solución a un problema. • Enseñar a identificar y reflexionar las diferentes opciones de solución que pueden contribuir antes situaciones conflictivas que demanda su nuevo contexto. • Reforzar la capacidad de analizar y comprender los conflictos a fin de evitar confrontaciones con otras personas.
Dificultades Presentadas: • Algunos de los participantes no realizaron la tarea para la casa de la sesión anterior, luego en privado se les preguntó la razón y se animaron a que la realizaran después de la sesión. • El en ejercicio cuatro presentaron dificultad para escribir sus respuestas del anexo, ya que referían pereza para escribir, se motivaron y se prestó más atención a la socialización verbal de sus respuestas.
Logros Alcanzados: • En la actividad dos se evidenció motivación y participación en el análisis del caso, planteando soluciones nuevas y acordes con los planteamientos de resolución de conflictos. • Los participantes muestran adherencia al grupo facilitando las opciones de solución a una dificultad con el salón asignado a los talleres, los jóvenes proponen soluciones a la dificultad de ubicación lo cual va acorde con el objetivo del taller. • En la actividad uno los participantes mostraron facilidad para guiar a su compañero con las indicaciones correctas evidenciando capacidad para la identificación y reflexión ante la

situaciones - problema.

Módulo 4 – Factor V Hacer Peticiones
Nombre de la Actividad: “Cadena de Favores”
Conceptualización: Esta dimensión refleja la expresión de peticiones a otras personas de algo que deseamos, sea un amigo (que nos devuelva lo que le prestamos, que nos haga un favor), o en situaciones de consumo (en un restaurante no nos traen algo tal como lo pedimos y queremos cambiarlo, o en una tienda nos dieron mal el cambio). Una puntuación alta indicaría que la personas que la obtiene es capaz de hacer peticiones semejantes a estas sin excesiva dificultad, mientras que una baja puntuación indicaría la dificultad para expresar peticiones de lo que queremos a otras personas.
Objetivo General: • Encauzar a los jóvenes en la necesidad de comprender y reconocer la importancia de pedir ayuda cuando se encuentre en una situación imprevista o desconocida.
Objetivos Específicos: • Potenciar la expresión de cumplidos en situaciones concretas de forma satisfactoria. • Enseñar a los participantes a identificar sus propias intenciones y deseos, coadyuvando a las expresiones efectivas de solicitar una cita en cualquier lugar situación que lo demande. • Promover en los jóvenes la capacidad de explorar y elegir de las diferentes opciones, la apropiada para acercarse a hablar con la persona que le genera gusto, sin generar malestar emocional.
Dificultades Presentadas: • Al iniciar la actividad dos, los jóvenes presentaron dificultad en centrar el objetivo del tema ya que su participación y debate se dirigió más al aspecto individual y no a la habilidad en hacer una petición. Se realizó una sensibilización adecuada para encauzar el taller.
Logros Alcanzados: • Los jóvenes expresaron y evidenciaron agrado por la película en la actividad cuatro generando respuestas acordes con el objetivo del tema, de esta manera mostraron aprendizajes respecto al tema lo cual se plasmó en las hojas de respuesta.

Anexo 4. Consentimiento Informado.

**UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA
ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

PROYECTO DE INVESTIGACION:

IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE HABILIDADES SOCIALES EN ADOLESCENTES QUE SE ENCUENTRAN BAJO MEDIDA DE PROTECCIÓN EN EL HOGAR NIÑO JESÚS DE BELÉN UBICADO EN EL MUNICIPIO DE SAN GIL DEL DEPARTAMENTO DE SANTANDER.

FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____ identificado/a
con el documento de identidad No. _____,
en plenas condiciones mentales, declaro que he sido informado/a adecuadamente de los procedimientos, ventajas y riesgos a que puedo estar sometido como sujeto experimental del proyecto referente a esta declaración.

Así mismo, soy consciente que mi participación es voluntaria y que podré retirarme del estudio en cualquier momento que lo desee, sin necesidad de ninguna explicación adicional o justificación. Así como también, soy consciente que los resultados derivados de los análisis tendrán un manejo confidencial, de manera que no serán publicados mi nombre e identidad.

Atentamente,

Participante del proyecto

Practicante de especialización en Psicología clínica

Dra. Ana Fernanda Uribe R.
Asesora Especialización en Psicología Clínica

Anexo 5.

FORMULACION DE CASO.

1) DATOS SOCIODEMOGRAFICOS.

Nombre: MIFJ

Fecha De Nacimiento: febrero 12 de 1995

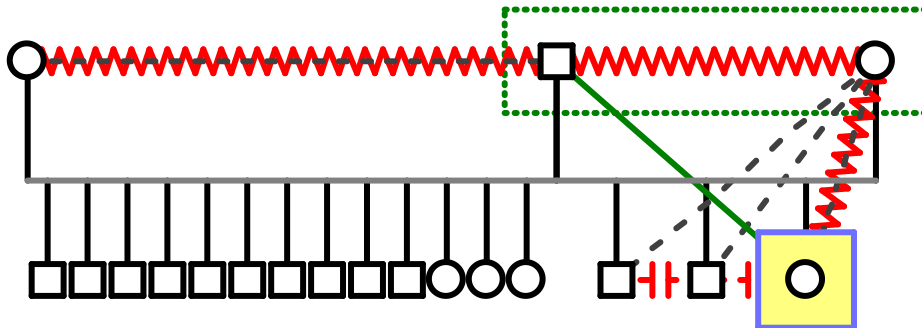
EDAD: 16 años

Escolaridad: 6º Educación no formal.

Fecha de ingreso al Hogar: junio 23 de 2009.

Motivo de ingreso al hogar: Maltrato.

2) GENOGRAMA.



3) MOTIVO DE CONSULTA.

La adolescente solicita cita de psicología manifestando: *"quiero dejar de ser tan tímida"*.

4) LISTADO DE CONDUCTAS PROBLEMA. HISTORIA Y ANTECEDENTE DEL PROBLEMA.

- Presencia de Ansiedad ante la interacción social.
- Recurrentes pensamientos perturbadores sobre incapacidad de la interacción social.
- Conductas de evitación ante la interacción social.
- Débil auto estima y desconocimiento de habilidades.

5) DESCRIPCION DE LA HISTORIA DE VIDA.

La adolescente nació en Villanueva Santander en el año 1995, sus padres se unieron libremente después de que el padre termina una relación con su primera esposa, de la cual nacieron 14 hijos, 10 hombres y 4 mujeres. De esta unión libre con la madre de la Adolescente nacen 2 varones y luego la adolescente, quien al igual que la mayoría de sus hermanos y hermanastros, no estaba planeada. Durante los 2 primeros años de vida la niña es cuidada por su madre, pero en vista de las condiciones de desnutrición, mala higiene y abandono, es cedida a los vecinos, y profesoras quienes la alimentan, visten, y educan, rotándola por diferentes hogares. Al cumplir los 8 años, se encontraba cursando 2° primaria la niña vuelve a vivir con su padre y madre de manera permanente. Para ese entonces sus hermanos estaban acogidos por otras familias y en otros municipios. Durante la convivencia con sus padres, la niña no se integró a la educación escolar, pues debía acompañar y ayudar a su progenitora a cumplir con las labores del campo pues su padre se encontraba enfermo y con una avanzada edad. Del trabajo del campo no obtenían el dinero suficiente para suplir sus necesidades básicas, entonces la madre recurría a pedir a los vecinos y profesores del colegio del municipio. Además la relación de sus padres era agresiva física y verbalmente. El padre no maltrataba a la adolescente físicamente y por eso la madre de la niña sentía celos y se lo hacía saber a ella, de manera constante y humillante. Ante esta situación los vecinos y profesores dieron a conocer el caso al ICBF, quienes comenzaron a realizar las respectivas visitas y a tomar medidas frente al caso. Al conocer la madre de la adolescente, los beneficios que traía para la niña encontrarse en protección del estado, comenzó a agilizar el proceso y a solicitar por su propia cuenta la acogida de la niña por parte de ICBF, “aunque no volviera a ver nunca más a su hija”, palabras que pronunciaba delante de la adolescente, Para ese entonces ya tenía 14 años y se encontraba con solo 2° primaria, pues había pasado todos los años que vivió con sus padres, sin estudiar. Ingresa al Programa de Casa Hogar de la Fundación Hogar Niño Jesús de Belén” el 23 de junio de 2009, integrándose con los demás compañeros de manera lenta, con dificultad en las relaciones interpersonales, en el 2010 comienza a estudiar de manera no formal validando el bachillerato, lo cual logra con bastante dificultad. En su estadía en la institución se integra a actividades lúdico recreativas participando con gusto pero ella manifiesta que es muy tímida al relacionarse con personas de su género opuesto y con adultos, actualmente tiene 17 años.

6) CICLO DE VIDA.

NIÑEZ: su niñez se desarrolló en el casco urbano Villanueva Santander, un municipio ubicado en la Provincia Guantánamo. La niña siempre contribuyó con las labores de las casas en las que habitó desempeñándose en oficios como aseos e incluso en actividades de labranza del campo, actividades que también debía realizar cuando se encontraba con su familia biológica pero sin integrarse al sistema educativo. Estas falencias y asistencias intermitentes al sistema educativo generaron en la niña una marcada falta de estimulación académica lo cual interfirió en la acorde nivelación de sus conocimientos académicos respecto a su edad, a pesar de que permaneció alrededor de 2 años al cuidado de una profesora de la escuela del municipio. En el informe de remisión de la comisaría de familia de Villanueva, se relaciona desnutrición, lo cual puede evidenciar dificultades en el aspecto económico.

ADOLESCENCIA: en su etapa de adolescencia, la joven presenta escasas relaciones sociales debido a que no se encuentra estudiando y además se suma a ello la ubicación de su vivienda rural sin vecinos y coetáneos. Viviendo aun con su red familiar primaria se alejaba de cualquier contacto de tipo social como con personas de diversas edades. Al momento de llegar al hogar Niño Jesús de Belén, a sus 14 años se encuentra con jóvenes de sexo masculino y femenino quienes se encuentran habituados a su vida institucional lo cual hace que ella sienta cierta diferencia entre ella y ellos. Debido a desnivel en edad cronológica y nivelación académica se inicia formación escolar de manera informal y por ciclos, allí ella interactúa mínimamente con compañeros, de los cuales algunos también provienen de sector rural igual que ella y aun así la joven evita socializar con ellos.

7) CONTEXTO

FAMILIAR: familia disfuncional cuyos padres presentan gran diferencia de edad, el padre 84 años y la madre 49 años y presencia de violencia conyugal. La joven posee hermanastros mayores con quienes no presenta contacto y sus hermanos de padre y madre se encuentran repartidos a cargo de distintos familiares o vecinos en otros municipios lo cual limita la posibilidad de interactuar y por ende formar vínculos significativos con ellos.

SOCIAL: su sociabilidad es escasa ya que en Macaregua su vereda de procedencia, existen pocos habitantes con respecto a las demás veredas y su territorio es extenso lo cual genera un poco de aislamiento de sus habitantes; además presenta escaso desarrollo económico y educativo, siendo unas de las veredas más lejanas. En su lapso de tiempo viviendo en Villanueva, el municipio al cual

pertenece la vereda, la joven socializó de manera escasa con pares debido a que siempre estuvo al cuidado de personas que no eran de su red familiar y quienes le daban un trato especial por ser solo cuidadores.

OCUPACIONAL: durante su infancia y parte de la adolescencia la joven se dedicó a actividades del campo como la labranza y a apoyar labores de aseo y mantenimiento en las casas donde vivió por algunos periodos. Actualmente la joven se desempeña de manera interesada pero con escasa habilidad por falta de entrenamiento en actividades de tipo artístico como lo es la pintura con vinilos en cartón paja. Su educación de tipo informal le dificulta conocer y entrenarse en habilidades ocupacionales ya que en el tiempo de formación académica se dedica a las asignaturas correspondientes al pensum escolar y no a actividades de reconocimiento de habilidades. Su área académica le requiere tiempo y dedicación.

RECURSOS EXTRINSECOS: en cuanto a recursos extrínsecos actuales se puede reconocer el restablecimiento de sus derechos en cuanto a necesidades básicas de alimentación ya que sus menús diarios se encuentran elaborados por la nutricionista de la institución y se basan en los parámetros alimenticios de ICBF según sus necesidades especiales de antecedentes de desnutrición en la infancia. Se suma a sus recursos extrínsecos la atención en cuanto a trabajo social en donde se realizan talleres de reconocimiento de valores para promocionar el buen trato entre compañeros lo cual favorece la adquisición de conocimientos básicos de sociabilidad y comportamiento en grupo. Su inclusión a la educación favorece los aprendizajes académicos y el sentido de satisfacción de logro.

RECREACIONAL: en sus primeras etapas de desarrollo hasta parte de su adolescencia, la adolescente presentó escasa recreación ya que asumió labores propias de la vida adulta como lo son la labranza en actividades pertenecientes a la agricultura y el apoyo en labores propias de aseo y mantenimiento en las casas donde vivió.

ESTADO DE SALUD: en cuanto a sus antecedentes de enfermedades medicas existe desconocimiento de algún tipo de historia clínica e inclusive de afiliación a sistema de seguridad social debido a la negligencia presentada por sus padres y /o cuidadores. A su llegada a la Fundación Hogar Niño Jesús de Belén se le realizaron las valoraciones iniciales de rutina en donde se evidencian de “Diabetes mellitus tipo uno” o “De Comienzo Juvenil”. Con base en este diagnostico la nutricionista de la institución elabora una dieta individual y así se mantiene controlada su enfermedad. No se ha visto ninguna recaída de salud importante, asiste a controles

trimestrales con medico general por requisito de estándares de calidad de la institución y para prevenir dificultades medicas.

ACADEMIA: se encuentra cursando ciclo 2 correspondiente a sexto y séptimo de bachillerato en modalidad semi presencial los martes y jueves de 6:00 a 9:00 pm y los sábados todo el día. Presenta dificultad en conocimientos y habilidades referentes a la lectura, escritura, redacción, lenguaje, matemáticas, ciudadanía, ciencias naturales y ciencias sociales. Su disposición en clases es positiva y su comportamiento es excelente segun refieren sus profesores.

7) ANALISIS FUNCIONAL

ANTECEDENTES (LEJANOS PROXIMOS).

Escasa comunicación con sus padres y hermanos.

Inestabilidad en cuanto a sitio de vivienda.

Insuficiencia y escasas de relaciones familiares.

Falta de formación académica.

8) SISTEMA DE RESPUESTAS

FISIOLOGICO

Enrojecimiento y temblor

Sudoración, Manos frías

Voz vacilante y con bajo tono y volumen pero con respuesta defensiva y agresiva.

COGNITIVO

“Mis compañeros son distintos y ellos si saben conversar”.

“Las demás personas saben defenderse ante los problemas y saben discutir”.

“No interesa lo que yo opine, nadie me escucha ni me entiende”

“Es mejor apartarme para que no me molesten ni molestar a nadie”

“Portándome bien y sin discutir con los compañeros no voy a tener problemas con las formadoras”.

“Mis compañeros se burlan de mí y yo prefiero mostrarles mi disgusto sin hablar”

“No me gusta ir al colegio porque allá se dan cuenta de que no converso con soltura”

CONDUCTUAL

Muestra señales físicas de mal humor a sus compañeros y compañeras con el fin de alejarlos de ella.

Se aísla a ver televisión o procede a realizar sus rutinas de higiene personal, de aseo de su habitación o aseo de las áreas comunes de la casa.

Evitación de situaciones de tipo social que requieran del diálogo o algún desempeño en la interacción con otros.

CONSECUENCIAS (HIPOTESIS MOLECULARES)

Incapacidad para socializar de manera positiva

Afectación en su auto estima y por ende en su personalidad

Dificultad para mantener una relación sentimental con la madurez requerida

Desadaptación a su entorno institucional.

CONCLUSIONES (HIPOTESIS MOLECULARES)

Sus antecedentes desde la su primera infancia hasta su llegada a la institución basados en el maltrato, desvinculación familiar, falta de formación académica y escasa posibilidad de socialización le han generado daños en la formación de su auto estima y dificultad para el manejo y control de sus habilidades sociales, retrayéndola y formándole un auto concepto de persona tímida e incapaz de socializar de manera favorable. En valoración médica de ingreso se diagnostica “Diabetes tipo 1” y se comienza su tratamiento. Esta enfermedad no diagnosticada antes de su llegada a la institución pudo contribuir a sus dificultades de socialización por la influencia que ejerce la salud en el desempeño social.

9) IDENTIFICACION DE FACTORES:

PREDISPOSICION

Habitación al aislamiento y soledad.

Falta de interés en controlar sus habilidades sociales.

Escasa necesidad de interacción en grupo.

ADQUISICION

Ausencia de apoyo por parte de las formadoras de la institución para que la adolescente se integre de manera positiva en actividades grupales.

Tendencia a mantener actividades de tipo solitario como la pintura y el disfrute con la televisión.

Falta de reconocimiento de sus habilidades y sentido de satisfacción de logro.

Escasos hábitos de sana alimentación y falta de tratamiento para enfermedad de “diabetes tipo 1”.

MANTENIMIENTO

Escasa importancia a socializar y desenvolverse de manera positiva con los compañeros de la institución.

El refuerzo positivo recibido por parte de formadoras hacia su actitud de timidez y escasa socialización.

Escasa necesidad de socializar de manera positiva con pares y adultos.

La gran cantidad de tiempo libre que posee diariamente sin exigencias de modificaciones en su comportamiento y actitud hacia la socialización.

DESENCADENANTES

Habitación a rutinas repetitivas sin necesidad de interactuar favorablemente con pares y adultos.

Escasa necesidad de comunicarse de manera asertiva por habitación a ceder ante sus derechos.

PROTECCION

Cuenta con sus necesidades básicas de supervivencia resueltas por parte de la institución

Permanencia en un medio institucional y medianamente controlado lo cual no le exige manejo y control de sus habilidades sociales.

10) PROCESOS

BIOLÓGICO: Al ingresar a la institución se le realizan sus valoraciones medicas iniciales y se diagnostica “Diabetes mellitus tipo uno” o “De Comienzo Juvenil” por tanto la nutricionista le realiza una dieta individual la cual es regida con disciplina por el personal encargado de la preparación de los alimentos y por las formadoras.

APRENDIZAJE: Evita las situaciones sociales, manteniendo su idea de que agrada a los más.

Motivación: a la paciente la motiva el hecho de recibir apoyo terapéutico en la institución, poseer la seguridad de que en el hogar sus necesidades básicas de alimentación, salud, techo y educación serán resueltas y su gusto y destrezas en la pintura. No tiene claridad sobre su proyecto de vida.

COGNICIÓN: pensamiento automático de auto derrota en cuanto a que asegura que su desempeño social será pobre y que sus síntomas de ansiedad serán percibidos por los demás. Tendencia a clasificar las experiencias como exageradamente negativas.

EMOCIÓN: la joven presenta miedo de que en sus relaciones sociales no se desempeñe adecuadamente y además se evidencien sus síntomas físicos de ansiedad especialmente la sudoración de manos y temblor de manos y voz.

AFFECTO: refiere cariño y amor por sus progenitores a pesar de que no se encuentra con ellos.

11) IMPRESIÓN DIAGNOSTICA INCLUIDA HIPOTESIS DIAGNOSTICA DESDE EL DSM-IV.

Paciente que presenta problemas relativos al desempeño social, por lo cual se aísla mantenido este comportamiento como hábito durante todo su ciclo vital evitando la formación de habilidades sociales lo cual dificulta su interacción con pares y adultos y su crecimiento personal.

Eje I: no presenta

Eje II: no presenta.

Eje III: Diabetes Mellitus tipo uno

Eje IV: Problemas relativos al grupo primario de apoyo y al ambiente social

Eje V: 61-70 dificultades en la actividad social y escolar crisis de angustia ocasionales.

EJE I:

No cumple con los criterios para una fobia social pero presenta algunos síntomas físicos y cognitivos relacionados: la exposición a la situación temida provoca respuesta inmediata de ansiedad; la adolescente reconoce que este temor es excesivo e irracional; las situaciones sociales o activaciones en público se evitan o bien se experimentan con ansiedad o malestar intenso; los comportamientos de evitación, la anticipación ansiosa o el malestar que aparece en las situaciones sociales interfieren en sus relaciones sociales y estos síntomas se han prolongado por más de 6 meses.

EJE IV:

PROBLEMAS RELATIVOS AL GRUPO PRIMARIO DE APOYO: Actualmente no posee grupo primario de apoyo, sino la institución.

PROBLEMAS RELATIVOS AL AMBIENTE SOCIAL: su ambiente social en la infancia fue marcado por el maltrato y abandono, actualmente prefiere alejarse de pares y adultos. Presenta dificultades moderadas en la actividad social y escolar.

Por lo anterior se puede plantear que las dificultades de la paciente evidencian:

“Deficiencia en las Habilidades Sociales”.

12) OBJETIVOS TERAPEUTICOS

- Entrenar en la disminución y manejo la ansiedad que le genera la interacción social.
- Modificar pensamientos perturbadores de incapacidad de interacción social.
- Disminuir conductas de evitación.
- Fomentar su auto estima y sentimiento de satisfacción de logro.

13) PLAN DE INTERVENCION.

Según los objetivos planteados se programa un plan de intervención individual de seis sesiones con duración de cincuenta minutos cada una y con intensidad de dos veces a la semana más la integración al programa del Entrenamiento de Habilidades Sociales EHS el cual consta de cuatro módulos diseñados cada uno como taller grupal con actividades lúdico de duración de 2 horas y 30 minutos cada uno.

Conducta /Problema	Objetivo	Actividad	Técnica	Indicadores
Ansiedad ante la interacción social	Disminuir la respuesta fisiológica de ansiedad en la interacción social.	Establecimiento de Rapport Comparación del motivo de consulta con lo observado en los resultados del pre test. Socialización de las funciones del terapeuta	Entrevista abierta	Conducta: Antes: Duda y demora para ingresar a la cita de psicología Después: puntualidad y seguridad para iniciar las sesiones de psicología.
		Participación en las sesiones grupales del programa de entrenamiento	Modelamiento y moldeamiento, juego de roles	Conducta: Antes: participación inhibida con escasa interacción social. Ahora: participación menos inhibida y aumento en la interacción social.
		Entrenamiento en relajación	Técnica de Relajación de Jacobson	Conducta: Antes: realizaba relajación solo en las sesiones. Ahora: realiza relajación de manera autónoma en su habitación.
Pensamientos recurrentes y perturbadores sobre incapacidad en la interacción social.	Reestructurar pensamientos perturbadores de incapacidad de interacción social.	Entrenamiento en la elaboración de auto registros reconociendo pensamientos automáticos. Cuestionamiento y puesta a prueba de las cogniciones negativas.	Terapia cognitiva	Verbalizaciones: Antes: “no hablo con mis compañeros porque se aburren hablando con migo” Ahora: “no es tan difícil conversar con los compañeros”
		Participación en actividades del programa	Exposición en vivo	Conducta: Antes: Expresión gestual y postural de incomodidad

		de intervención		en las sesiones. Ahora: Menos expresión gestual y postural de incomodidad en las sesiones.
		Comparación entre las ideas irracionales y racionales	Contrastación	Verbalización: Antes: "Siempre me va mal conversando con los demás" Ahora: "no todas las veces me va mal interactuando con los demás".
Conductas de evitación ante la interacción social	Disminuir conductas de evitación	Identificación de la serie encadenada de conductas paso a paso que llevan a la evitación. Moldeado de los pasos que la paciente no tiene en su repertorio para modificar su comportamiento.	Encadenamiento Moldeamiento	Comportamiento: Antes escasas asistencia a actividades culturales o artísticas de la institución. Ahora: aumento de su asistencia a actividades artísticas o culturales de la institución.
Baja auto estima y desconocimiento de habilidades	Incrementar la auto estima y sentimiento de satisfacción de logro	Identificación de las actividades que se han realizado bajo control y que generan comportamientos asertivos.	Contrastación	Verbalización. Antes: "Todas mis experiencias sociales son un fracaso." Después: algunas de las experiencias sociales son un éxito.

14) DESCRIPCION DE LAS SESIONES.

Sesión: 1 - Objetivos: – Fomentar un ambiente de confianza y empatía. – Adquirir información para la historia clínica. – Analizar el motivo de consulta. – Concretar número de sesiones y objetivos de las mismas.		
Descripción de la Sesión	Técnica	Evolución.
Establecimiento de rapport y adquisición de confianza o empatía. Se observa y se analiza las condiciones de la paciente para integrar esta información a la historia clínica. Se analiza el motivo de consulta y se compara con lo observado en el pre test aplicado. Se proponen los objetivos de las siguientes citas y horarios para la intervención individual. Despedida, compromisos y cierre.	Entrevista abierta.	El ambiente de escucha atenta, desinteresada y ausente de crítica hacia lo que intentaba expresar le generó un ambiente de confianza mostrándose interesada en la sesión participando y dialogando en la medida de sus dificultades. La joven muestra interés cuando percibe comprensión por parte del terapeuta, sobre sus síntomas y más aún cuando se analizan los

		resultados del pre test. Ella propone el horario de intervención organizado según sus actividades escolares y extraescolares comprometiéndose a volver a la cita con la misma disposición e interés.
--	--	---

Sesión: 2 – Objetivos:

- Profundizar en aspectos importantes de sus antecedentes personales y familiares para ampliar historia clínica.
- Explicar la función del terapeuta como guía y apoyo para disminuir sus dificultades.

Descripción de la Sesión	Técnica	Evolución.
Rapport y adquisición de confianza o empatía. Breve recuento de lo realizado en la cita anterior con el fin de apropiar a la paciente de la importancia de cada cita. Profundizar en aspectos importantes de sus antecedentes personales y familiares para ampliar la historia clínica. Se le explica a la paciente la doble función del terapeuta como guía para ayudarlo a entender la manera como sus pensamientos influyen en sus emociones y conductas y como catalizador ayudando a promover experiencias correctivas o nuevos aprendizajes que promueven pensamiento y habilidades más adaptativas.	Entrevista. Escucha activa. Observación. Recuento de sesión anterior.	La paciente llega más calmada a comparación de la primera sesión y con mejores expectativas hacia las sesiones comprendiendo la importancia de su proceso terapéutico. Respecto al relato de sus antecedentes personales y familiares se evidencia incomodidad al abordar temas referentes a ambos progenitores. Refiere sentir confianza en la terapia y expresa que se siente a gusto en la cita con expectativas realistas.

Sesión: 3 – Objetivo:

- Entrenar en la disminución y manejo de la ansiedad que le genera la interacción social.

Descripción de la Sesión	Técnica	Evolución.
--------------------------	---------	------------

Breve recuento de lo realizado en la cita anterior con el fin de apropiar a la paciente de la importancia de cada cita. Se anima a la paciente a hacer recuento y listado de situaciones en las que ha interactuado socialmente con algún tipo de éxito para evitar sus generalizaciones polarizantes. Se le enseña a la paciente mediante ejemplos la diferencia entre ideas racionales e irracionales. Se entrena a la paciente en la elaboración de auto registros enseñándole a detectar y registrar la situación seguida del pensamiento y la conducta que ella asume.	Terapia Cognitiva Contrastación.	La adolescente muestra interés y capacidad de retentiva sobre lo trabajado en la cita anterior. La adolescente presenta dificultad en comprender la dinámica de las situaciones en las que ella polariza o generaliza la actitud y comportamiento de las demás personas hacia ella, basándose en mínimas actitudes para maximizar y por ende sentirse rechazada. Se entretiene y se siente a gusto con las diferencias de ideas racionales e irracionales evidenciando entendimiento y con la capacidad de llevarlas a su propia experiencia, de igual manera refiere comprender la elaboración del auto registro y se compromete a realizarlos de manera disciplinada.
---	--	--

Sesión: 4 – Objetivos: – Modificar pensamientos perturbadores de incapacidad de interacción social. – Disminuir conductas de evitación.		
Descripción de la Sesión	Técnica	Evolución.
Recuento de la cita anterior y revisión del auto registro. Identificar y combatir las distorsiones cognitivas generadoras de ansiedad sustituyendo los pensamientos negativos por otros más adaptativos y enseñándole a detectar las creencias irracionales que llevan a las emociones y conductas perturbadoras. Identificación de la serie encadenada de conductas paso a paso que llevan a la evitación.	Auto registro Identificación de idea irracional referente a la aprobación/afecto. Encadenamiento o Moldeamiento.	La paciente presentó dificultad en cuanto a la realización autónoma de su auto registros, ya que confundió el apartado de pensamiento y sentimiento a pesar de que en la cita anterior evidenció comprensión. Se le resaltó la disposición para realizar la tarea y la joven evidenció sentimiento de satisfacción de logro cumplido. Seguidamente se orientó respecto a los mismos

Moldeado de los pasos que la paciente no tiene en su repertorio para modificar su comportamiento.		registros realizados en la tarea y se evidencio un factor común como idea irracional “tengo que conseguir la aprobación y el gusto de mis compañeros; si ellos me rechazan es porque yo no agrado a los demás” Se realizó análisis de los pasos que llevan a la joven a la inhibición y se orientó respecto al rompimiento de esta cadena guiándola en su nuevo comportamiento.
---	--	--

Sesión: 5 – Objetivos: – Orientar en el concepto de ansiedad sus bases fisiológicas y cognitivas. – Identificar pensamientos que generan ansiedad y que han trascendido a síntomas físicos. – Entrenaren técnica de relajación progresiva y auto sugestión para hacer conciencia de las reacciones físicas.		
Descripción de la Sesión	Técnica	Evolución.
Se realizan sesiones de 15 minutos en sesión y se le deja la tarea de que en su habitación realice el ejercicio de tensar y relajar sistemáticamente varios grupos de músculos. Se orienta en la relajación y auto sugestión como medio para apoyar la técnica psico fisiológica. Se le informa y educa a la paciente sobre el concepto de ansiedad, sus bases emocionales y cognitivas que han trascendido a sus síntomas físicos.	Relajación progresiva de Jacobson.	La adolescente aceptó el entrenamiento dirigido de esta técnica de Jacobson con desconfianza al inicio, lo cual refiere le generó más tensión que tranquilidad. La joven demuestra entendimiento en la sesión de psi coeducación. Al final de la sesión se realizó el ejercicio de relajación basada en la auto sugestión de manera dirigida y refirió mejores resultados a nivel fisiológico.

Sesión: 6 – Objetivo: – Fomentar su auto estima y sentimiento de satisfacción de logro.
--

Descripción de la Sesión	Técnica	Evolución.
Breve resumen de la sesión anterior y revisión de la tarea asignada, ante lo cual la joven refiere que se sintió mejor al realizar el ejercicio de autosugestión leyendo la guía. Se realiza un análisis guiado de las creencias que fundamentan su baja auto estima.	Contrastación.	En la cita se refutan las inferencias y las conclusiones que paciente saca de su inseguridad y baja auto estima. En el debate la paciente comienza a descubrir que sus inferencias e ideas no son lo suficientemente fuertes y se le intenta cambiar el panorama de su propio auto concepto, logrando una visión más amplia de sí misma, de sus capacidades y de la imagen que proyecta a los compañeros.

Sesión de cierre – Objetivo:		
– Repasar técnicas aprendidas y recordar control de posibles recaídas. – Evidenciar logros obtenidos en el proceso terapéutico.		
Descripción de la Sesión	Técnica	Evolución.
Chequeo de logros de objetivos. Repaso de técnicas aprendidas.	Recuento de técnicas de resolución de problemas Entrenamiento en control de posibles recaídas.	La paciente refiere sentimientos de esperanza respecto a su visión de sí misma en el futuro, manifestando que esta época de trabajo terapéutico ha modificado su manera de afrontar sus dificultades.

RESULTADOS DEL PROCESO TERAPÉUTICO:

Una vez terminadas las sesiones individuales y la aplicación del programa de entrenamiento de habilidades sociales, se puede evidenciar que en la paciente se produjeron cambios generales en la manera de pensar y de comportarse en sociedad. Se ha visto la capacidad de racionalizar las situaciones sin dejarse llevar por los impulsos de evitación, logrando un acercamiento más productivo hacia pares y adultos de la institución. Se destaca como apoyo al proceso terapéutico de la joven el servicio de atención que se presta en la institución, el cual consta de un equipo terapéutico conformado por pedagoga, trabajadora social, terapeuta de lenguaje y fonoaudióloga

quienes en equipo fortalecen las distintas áreas de dificultad. Además de eso se suma el apoyo del profesional encargado de fortalecer las habilidades artísticas, en donde se identificó en la paciente el interés y aptitud para la pintura en oleos. Este entrenamiento retroalimentado en las sesiones de psicología permitió la unión entre el pensamiento y el sentimiento expresado a través del proceso creativo, lo cual permite la modificación de esquemas de pensamiento especialmente los referentes al auto concepto, lo cual permitió fomentar en la adolescente su sentimiento de satisfacción de logro. También se destacan competencias y habilidades de la paciente como lo es el evitar conflictos; el reconocimiento buen trato a pares y a figuras representativas de autoridad y su buen sentido del humor.

En cuanto a su participación en el programa de entrenamiento de habilidades sociales para adolescentes se evidenció en la joven de manera progresiva cambios en su interés y actitud para asistir a las sesiones, al punto que entre las recomendaciones al finalizar el programa, la joven sugirió que este tipo de intervención grupal debería realizarse con más continuidad en la institución.

Otro aspecto que favoreció el proceso de intervención fue el análisis de los resultados de las escala de habilidades sociales y los cuestionarios de habilidades de interacción social en versiones Auto Informe y Hetero Informe, aplicados en pre test y pos test, debido a que la joven pudo evidenciar de manera cuantitativa, sentimientos, pensamientos y acciones modificadas al terminar la intervención. Se pretende también que este análisis permita modificar su auto concepto, lo cual puede ser apoyo para el afrontamiento de posibles futuras recaídas. Sus avances se destacaron en aspectos como, defensa de los propios derechos como consumidor; decir no y cortar interacciones; iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto; habilidades para hacer amigas y amigos; habilidades conversacionales y habilidades relacionadas con la resolución de problemas interpersonales. También se reconoció como satisfactorio para la adolescente evidenciar cuantitativamente los resultados de Cuestionario de interacción social en versión Hetero Informe refiriendo que le sorprendió de manera favorable la nueva imagen que proyecta a las formadoras que diligenciaron el cuestionario.