

**Creación de un programa de intervención en habilidades sociales para
adolescentes de la Fundación Hogar Niño Jesús de Belén en San Gil.**

LIGIA RODRIGUEZ RICO

**UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA
ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES
ESPECIALIZACION EN PSICOLOGIA CLINICA
BUCARAMANGA
2009**

Fecha de inicio de la práctica: Agosto 25 de 2009.

Fecha de finalización de la práctica: Diciembre 15 de 2009.

Fecha de sustentación para la entrega formal: Abril 26 de 2010.

TABLA DE CONTENIDO

Introducción.....	6
Objetivo general.....	17
Objetivos específicos.....	17
Método.....	18
Muestra.....	18
Instrumento.....	18
Registros.....	20
Procedimiento.....	21
Fase I: Contacto con la institución y selección de muestra.....	21
Fase II: Proceso de evaluación pretest y análisis de los resultados.....	21
Fase III: Diseño y aplicación del instrumento de intervención.....	22
Fase IV: Evaluación y análisis de los resultados.....	22
Consideraciones éticas.....	23
Resultados.....	23
Resultados de la medición pretest.....	23
Resultados de la medición posttest.....	29
Cambios en función de la intervención.....	33
Discusión.....	35
Reflexiones sobre el desarrollo de la práctica.....	41
Conclusiones.....	43
Recomendaciones.....	46

Formulación de casos presentados.....	47
Referencias.....	48
Anexos.....	52
Anexo N ^a 1: Escala de habilidades sociales.....	53
Anexo 2: Formato de historia clínica.....	54
Anexo 3: Formato de consentimiento informado.....	59
Anexo 4: Diseño del programa de intervención en habilidades sociales.....	60
Anexo 5: Formato de evaluación de sesión.....	66
Anexo 6: Formato diario de interacción social.....	67
Anexo 7: Estilos de respuestas.....	68
Anexo 8: Muestra de derechos asertivos básicos.....	70
Anexo 9: Aprenda a decir no.....	72
Anexo 10: Pautas para el ensayo conductual.....	73
Anexo 11: Esquema general del proceso de solución de problemas.....	75
Anexo 12: Registro de sesiones por paciente.....	77
Anexo 13: Registro de sesiones grupales.....	78
Anexo 14: Análisis de los casos formulados.....	80

RESUMEN GENERAL DE TRABAJO DE GRADO

TITULO: Creación de un programa de intervención en habilidades sociales para adolescentes de la Fundación Hogar Niño Jesús de Belén de San Gil.
AUTOR: Ligia Rodríguez Rico.
FACULTAD: Especialización en Psicología Clínica.
DIRECTOR(A): Ana Fernanda Uribe Rodríguez.

RESUMEN

Este trabajo analiza desde una perspectiva psicológica el fenómeno de las habilidades sociales a partir del diseño y ejecución de un programa de intervención para incrementar las competencias interpersonales en un grupo de 12 adolescentes de la Fundación Hogar Niño Jesús de Belén de la ciudad de San Gil. Los efectos de dicho programa fueron medidos y analizados teniendo en cuenta tanto los resultados obtenidos en el proceso de aplicación Previa de la escala de habilidades sociales (E.H.S.) como los resultados de la aplicación posterior que se realizó con el mismo instrumento; en esta última se evidenció un significativo incremento de las habilidades sociales en el grupo de adolescentes. El análisis de la investigación también se fundamentó en las investigaciones que sobre las habilidades sociales han realizado diferentes autores. Finalmente se aportan evidencias sobre la efectividad del programa implementado. En conclusión, se recomienda dar continuidad a la intervención grupal e individual desde el enfoque terapéutico trabajado.

PALABRAS CLAVES: Habilidades sociales, adolescencia, intervención, asertividad, orfandad.

GENERAL SUMMARY OF WORK OF DEGREE

TITLE: Creación de un programa de intervención en habilidades sociales para adolescentes de la Fundación Hogar Niño Jesús de Belén de San Gil.
AUTHOR: Ligia Rodríguez Rico.
FACULTY: Especialización en Psicología Clínica.
DIRECTOR: Ana Fernanda Uribe Rodríguez.

ABSTRACT

This study analyzes, from a psychological perspective, the phenomenon of the social skills starting with the design and the carrying out of an intervention program aimed at increasing the interpersonal competences of a group of 12 teenagers, members of the Fundación Hogar Niño Jesús de Belén in San Gil, Santander, Colombia. The effects of such program were measured and analyzed, bearing in mind, the results obtained during the pre application process in the scale of social abilities (E.H.S.), as well as the results of the posterior application that were made with the same instrument; in this last one, a significant increase in the social abilities in the teenagers' group was shown. The research analysis was based on the researches done

on the social abilities of different authors. Finally some points are highlighted about the effectiveness of the implemented program. To conclude it is recommended to continue with the group and individual intervention taken from a thorough therapeutical focus.

KEY WORD:

Social abilities – teenage years – intervention – assertiveness - orphanage

INTRODUCCION

La fundación Niño Jesús de Belén antiguamente orfanato del Niño Jesús se constituyó el 1 de noviembre de 1919 cuando sus fundadoras, Elisa Gómez de Rueda, Leonor Rueda de Rueda y Eva Silva de Rivero, movidas por las exigencias de la realidad en ese entonces de ofrecer protección a niños en situación de riesgo para su desarrollo físico y psicológico. Por diferentes motivos esta institución a lo largo de los años ha tenido diferentes administraciones y reestructuraciones en su funcionamiento. A partir del 10 de julio de 2006, teniendo en cuenta las necesidades de la comunidad se inicia una nueva modalidad para adolescentes en edades que comprenden entre 12 y 18 años, denominada casa hogar, con capacidad para 12 adolescentes. La fundación actualmente cuenta con un servicio educativo que comprende los grados párvulos, pre-jardín y jardín. Lo característico de la Fundación Hogar es prestar servicios especializados según sean las necesidades de los niños, niñas y/o adolescentes remitidos por I.C.B.F. o por necesidad de los padres y/o familiares con necesidades económicas, sociales o laborales. La modalidad de internado hace referencia a los niños, niñas y adolescentes que permanecen en la institución toda la semana y salen los fines de semana con sus padres o familiares a cargo del menor. El principal objetivo de la fundación hogar es crear las condiciones necesarias para que los niños y niñas que acuden al servicio de la institución disfruten plenamente su derecho a vivir en un ambiente de afecto y protección, bajo la tutela y el cuidado de sus padres y demás adultos, en buenas condiciones alimenticias y nutricionales, con servicios adecuados de salud y educación para la atención de sus necesidades básicas. La

Fundación cuenta con espacios físicos amplios y adecuados en diferentes aspectos, como lo son: espacios recreativos (como piscina, cancha y parque), educativos (aulas de clase, salón de audiovisuales y aula para talleres); comedor, enfermería, sala cuna, dormitorios tanto para varones como para mujeres, baños, cocina, lavandería y oficinas administrativas (dirección, secretaría, consultorio psicológico).

Los jóvenes adolescentes de la Fundación Hogar Niño Jesús de Belén, son seres sociales por naturaleza y requieren que su entorno social sea enriquecido con programas que favorezcan la adquisición y el desarrollo de habilidades sociales, puesto que por su condición de huérfanos y/o separados legalmente de sus hogares les es difícil socializar con sus familiares, vecinos, amigos de barrio entre otros. Por tanto, es fundamental el diagnóstico e intervención de las habilidades sociales en esta población con el fin de contribuir a su desarrollo.

La población objeto del programa en habilidades sociales son adolescentes institucionalizados hombres y mujeres por tanto se hace importante realizar un rastreo sobre las principales definiciones de la etapa de la adolescencia. La adolescencia es ante todo, un hecho social. Los conflictos que le son propios y su misma duración poco tienen que ver con el proceso de estructuración que hasta el momento ha seguido la psique del sujeto. En los pueblos primitivos, el paso de la infancia a la edad adulta se ritualizaba mediante ceremonias simbólicas de iniciación en el momento mismo de la pubertad. En las sociedades occidentales industrializadas incluyendo nuestra cultura, la duración de los estudios universitarios o las dificultades en encontrar trabajo prolongan a menudo la

dependencia del joven respecto a sus padres hasta más allá de la mayoría de edad. En el caso de los jóvenes institucionalizados en el presente estudio, estos gozan hasta los 18 años de protección de estos centros, sin embargo se flexibiliza la permanencia de los chicos por actividades de capacitación superior hasta el término de los mismos.

Es importante determinar las características de los adolescentes institucionalizados, por tanto se hace necesario hacer mención de algunas investigaciones que se han centrado en examinar el efecto de la privación de amor materno: “al hacer referencia al cuidado materno informa que los niños y adolescentes institucionalizados casi siempre poseen retraso en el área intelectual y social”. (p.26) (Peres, 2008). A los procesos de abandono se le suman los procesos de adolescencia. Esta época donde aparecen cambios fisiológicos, psicológicos, cognitivos, sociales, y en donde no se cuenta con las figuras del padre o la madre que apoye y acompañe al adolescente en esta época crucial de su vida. Los principales cambios psicológicos que propician la época de la adolescencia están relacionados con los procesos biológicos de la pubertad, con la necesidad de ir estableciendo un patrón de conducta y una personalidad propia que aún se desconoce, ya que no se ha configurado totalmente.

De otro lado, los cambios biológicos hacen que el desarrollo adquiera durante esta época una importancia especial, ya que se producen grandes cambios en un espacio breve de tiempo, sobre todo en lo que se refiere al ámbito de la sexualidad. Esto supone que es necesario asumir un papel totalmente diferente, ya que circunstancias de todo tipo les exigen apresuradamente el que

sepan comportarse como una persona de una edad superior. Todo ese conjunto de cambios corporales repercuten a nivel psicológico.

Todas las épocas de la vida traen su tarea o función, y lo más importante de conseguir para un adolescente es la búsqueda de su identidad, resolver la cuestión “quién soy yo en realidad”. Es esta época los jóvenes se esfuerzan en la fantástica carrera de encontrarse a sí mismos, explorando nuevos intereses, autoevaluándose en nuevas competencias y entrando en contacto con los nuevos valores en los que creen.

Cuando los adolescentes tienen a sus padres y no se expresan en grandes volúmenes las dificultades con sus progenitores, los chicos terminan por identificarse en cierto modo con su familia y su contexto sociocultural; sin embargo el panorama para los adolescentes sin progenitores los cuales están institucionalizados parece diferente. En un estudio reciente sobre las habilidades sociales de los adolescentes institucionalizados se describe las características psicológicas propias de los niños y adolescentes institucionalizados (UNICEF citada por Peres, 2008) refiriendo que:

“Es frecuente observar desvalorización de sí mismo debido a las angustias vividas desde la infancia a los errores y fracasos; temor a la responsabilidad ya que esta exige compromiso, miedo de amar y ser amado, un temor a la decepción que puede vincularse efectivamente a las personas que lo rodean, temor a la repetición de amargas experiencias, agresividad. Todas estas son características esenciales que surgen a partir de la privación de afecto, y se

desarrollan como una fuerza de supervivencia por la deprivación afectiva a la que han sido sometidos” (p. 44).

En resumen, en relación a la población adolescente, se observa que los principales cambios psicológicos que propicia la época de la adolescencia están relacionados con los procesos biológicos de la pubertad, con la necesidad de ir estableciendo un patrón de conducta y una personalidad propia que aún se desconoce, ya que no se ha configurado totalmente; también están relacionados con las responsabilidades que se deben ir asumiendo progresivamente con sí mismos, con el resto de las personas que están a su alrededor y su entorno social.

Durante toda la vida el hombre vive un proceso continuo de desarrollo y aprendizaje en que se va dando una constante interacción entre su programación genética y su medio ambiente. Es importante que a través de la psicología clínica se haya realizado la aplicación del programa de intervención en habilidades sociales a los adolescentes de la Fundación, puesto que estos contenidos favorecen en ellos ampliar el repertorio de herramientas en la interacción social. Por otro lado, cuando no hay presencia de tales programas en poblaciones similares en el terreno de la clínica, una gran mayoría de trastornos, simples o complejos, conllevan por parte de quienes los padecen, dificultades para interaccionar adecuadamente con otras personas (Carrobles citado por Gismero, 2002).

Caballo, (1993) y Oliveros (2005) entre otros autores, después de realizar diversas investigaciones, sugieren que para poseer un gran manejo de las

habilidades sociales, es necesario emplear un estilo asertivo para la interacción social; si se emplea el estilo agresivo o el pasivo se dificulta interactuar satisfactoriamente con los demás. Estos tres estilos de relación son:

a) Estilo pasivo: Los jóvenes emplean el estilo pasivo para interactuar, se caracterizan por su tono vacilante y de queja, y sus frases más empleadas están: quizás, supongo, te importaría mucho, no te molestas, etc. También se caracterizan por mantener la mirada hacia abajo, tener la voz baja, y tratar de evitar las situaciones. Estos chicos al no poder relacionarse satisfactoriamente con su grupo de pares puede llegar a tener conflictos interpersonales, depresiones desamparos, pobre imagen de sí mismos y soledad.

b) Estilos agresivos: Los jóvenes que emplean el estilo agresivo se caracterizan por ser impositivos y suelen emplear frases como: debes hacerlo, si no lo haces, yo lo haría mejor etc. Así también suelen tener la mirada fija, hablan rápido y emplean una postura intimidadora. Estos niños al igual que los pasivos suelen tener conflicto interpersonal, culpa, frustración, tensión y no suelen gustar a los demás.

c) Estilo asertivo: Los jóvenes que poseen el estilo asertivo se caracterizan por ser firmes y directos, entre las frases que emplean están: yo pienso, yo siento, yo quiero, hagámoslo, ¿Qué piensas tú?, ¿Te parece bien?. Estos niños mantienen un contacto visual directo, hablan fluido, utilizan gestos firmes, posturas rectas, emplean respuestas directas y utilizan verbalizaciones positivas. Como se logra

deducir, estos niños logran tener una interacción social positiva y se sienten o gustan consigo mismos y con los demás satisfechos en las cosas que hacen.

De otra parte, se destaca la importancia de ciertos componentes de habilidades sociales como gestos, sonrisas, tiempo de latencia en la respuesta y el proceso de interacción social individual, que se refiere a la habilidad individual para generar una conducta adecuada a las reglas y metas en respuestas a la retroalimentación social. Dentro del aporte social el programa aporta a la sociedad promoviendo jóvenes con mejores procesos sociales que no hagan daño a la misma, no contravengan normas jurídicas, no vayan en contra de los principios de sus vidas y la de los demás, pero sobre todo que ellos se sientan mejores seres humanos.

El hombre es un ser social por naturaleza, por necesidad y requiere de su entorno de su contexto que regularmente es un contexto social, en los cuales se observan organizaciones educativas, religiosas, laborales etc. estos espacios son aprovechados por el hombre para comunicarse, interactuar y así desarrollarse integralmente. Resulta entonces fundamental el desarrollo de las habilidades que permitan relaciones interpersonales satisfactorias y efectivas. El campo de las habilidades sociales ha sido estudiado científicamente desde diferentes modelos teóricos desde los años 30, alcanzó su mayor difusión a mediados de los años setenta el cual hasta hoy sigue siendo un área de continua investigación y aplicación, por tanto no es fácil encontrar una definición única o que no parezca ambigua, claramente no puede haber un criterio absoluto de habilidad social. A continuación se señalan varias definiciones que diferentes autores han

desarrollado acerca de lo que ellos creen que son las habilidades sociales. El tema de las habilidades sociales se desarrolló inicialmente en el ámbito de la psicología social especialmente con la teoría de los roles. Dentro de este modelo los investigadores (Fernández y Carrobles, 1981) definen las habilidades sociales como “la capacidad que el individuo posee de percibir, entender, descifrar y responder a los estímulos sociales en general, especialmente aquellos que provienen del comportamiento de los demás” (p.568). Otro modelo que ha ayudado en el conocimiento, investigación y aportes de las habilidades sociales es el modelo de aprendizaje social cognitivo el cual ha demostrado cómo la conducta social está mediada por diversos factores cognitivos, tales como expectativas, atribuciones, creencias, mecanismos de procesamiento de la información, métodos de resolución de problemas que mediatizan los procesos de interacción social (Hidalgo y Nureya, 1999). Al respecto en el modelo cognitivo se definen las habilidades sociales como “la habilidad para organizar cogniciones y conductas en un curso integrado de acción dirigido hacia metas interpersonales o sociales que sean culturalmente aceptadas” (p.30)(Ladd y Mize citados por Hidalgo y Nureya, 1999). A lo largo del análisis de las definiciones de habilidad social se observa que esta depende del contexto cultural en que el individuo se desarrolle, y aún dentro de una misma cultura de la educación, el estatus social, la edad o el sexo entre otras circunstancias. Dentro de las habilidades sociales, hay muchas variables personales y situacionales que hacen que una conducta apropiada en una situación no lo sea en otra. Otras investigaciones para definir la habilidad social señalan identifican tres tipos básicos de consecuencias: la eficacia para lograr los objetivos de la respuesta, la eficacia para mantener o mejorar la

relación con la otra persona en la interacción y la eficacia para mantener la autoestima de la persona socialmente habilidosa. En este sentido las últimas investigaciones apuntan a definir las habilidades sociales como “la conducta socialmente habilidosa es ese 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, respetando esas conductas en los demás, y que generalmente resuelve los problemas inmediatos de la situación mientras minimiza la probabilidad de futuros problemas” Caballo citado por Caballo, (p.407)(1998). Por lo anterior, una adecuada conceptualización de la conducta socialmente habilidosa implica la especificación de tres componentes de la habilidad social, una dimensión conductual, una dimensión personal y una dimensión situacional, es decir se tienen en cuenta los diferentes papeles que juegan el tipo de habilidad, las variables cognitivas y el contexto ambiental.

En éste trabajo investigativo es importante hablar sobre las clases de respuestas que se proponen como socialmente aceptadas y que constituyen el constructo de las habilidades sociales, alcanzan mención las siguientes conductas:

“iniciar y mantener conversaciones, hablar en público, generar expresiones de amor, defender los propios derechos, pedir favores, rechazar peticiones, hacer cumplidos, aceptar cumplidos, expresar opiniones personales incluido el desacuerdo, expresar molestias justificadas, disculparse o admitir ignorancia,

solicitar cambios en la conducta del otro, afrontamiento de las críticas”(p.408) (Caballo, 2008).

Hay definiciones de las habilidades sociales donde incluyen con frecuencia el término conducta asertiva como equivalente; así mismo contienen aspectos que describen el contenido de la respuesta como las consecuencias de la misma, el tener en cuenta a los demás, el respetar las necesidades, sentimientos, preferencias, opiniones o derechos de los demás. En coherencia con lo planteado se expresa la definición de conducta asertiva, socialmente habilidosa:

“La conducta asertiva o socialmente habilidosa es el conjunto de respuestas verbales y no verbales, parcialmente independientes y situacionalmente específicas, a través de las cuales un individuo expresa en un contexto interpersonal sus necesidades, sentimientos, preferencias, opiniones o derechos sin ansiedad excesiva y de manera no aversiva, respetando todo ello en los demás, que trae como consecuencia el auto-reforzamiento y maximiza la probabilidad de conseguir refuerzo externo” (p.14) (Gismero, 2002).

Es importante para este proyecto investigativo entender que la asertividad complementa las habilidades sociales pero no son definidas como sinónimas. De acuerdo con lo planteado se observa que el concepto de asertividad no es lo mismo que las habilidades sociales, por cuanto la asertividad se refiere únicamente a “aquellos comportamientos interpersonales cuya ejecución implica un cierto riesgo social; es decir, que es posible la ocurrencia de alguna

consecuencia negativa, en términos de expectativas y/o de evaluación social inmediata o a más largo plazo” (p.40) (Hidalgo y Nureya, 1999).

De otra parte, al igual que lo que ocurre con la asertividad, se habla de la competencia social que es un término que se puede confundir con el de habilidades sociales. Es por esto que a continuación se explica la diferencia entre competencia social y habilidades de interacción social. Para definir que es una competencia social lo expresado por Mc Fall (2002) que dice lo siguiente: “un juicio evaluativo general referente a la calidad o evaluación del comportamiento social de un individuo en un contexto social determinado por un agente social de su entorno (padre, profesor, igual) que está en posición para hacer un juicio informal. Para que una actuación sea valorada como competente sólo necesita ser adecuada, no necesita ser excepcional” (p.12). En este sentido se puede decir que la competencia social es la adecuada conducta en un determinado contexto social; implica juicios de valor y estos varían de un contexto cultural a otro, ya que cada cultura tiene sus propias normas y valores. La competencia social es el impacto de una conducta específica (habilidades sociales) sobre los agentes sociales del entorno que son los que la evalúan.

Se concluye diciendo que, las habilidades sociales son aspectos concretos de la relación interpersonal. La capacidad de poder relacionarse con los adultos y los iguales de manera gratificante y mutuamente satisfactoria, en la cual la empatía y el poder adecuarse a distintos contextos juegan un papel importante. Así también, las habilidades sociales reciben hoy una importancia capital, debido a las exigencias sociales y a la complejidad en que se desenvuelven los seres

humanos. De la misma manera, el contacto que realizan las personas no son del todo significativos como la frecuencia de relaciones trascendentales en la vida de una persona y lo que resulta claro es que la habilidad social está referida al resultado de su uso más que al factor que la provoca. De otro lado es importante entender porqué se presentan la falta de habilidades sociales en las personas. Hay un modelo de déficit de habilidades sociales el cual plantea que dicho déficit se debe a la falta de aprendizaje de los componentes motores verbales, y no verbales necesarios para lograr un comportamiento social competente. La persona inhábil carece de un repertorio conductual y/o usa respuestas inadecuadas porque no las ha aprendido o lo ha hecho inadecuadamente.

El objetivo general de la práctica fue crear y aplicar un programa de habilidades sociales para incrementar las competencias interpersonales en un grupo de adolescentes de la Fundación Hogar Niño Jesús de Belén de San Gil. De igual forma, los objetivos específicos son:

- Evaluar el nivel de habilidades sociales en el grupo de adolescentes por medio de pruebas psicotécnicas.
- Diseñar y desarrollar el programa de intervención en habilidades sociales en los adolescentes.
- Evaluar el impacto del programa de intervención en habilidades sociales en los adolescentes.

METODO

Muestra

En la presente investigación participaron 12 adolescentes institucionalizados, siete de sexo masculino (58.33 %) y cinco de sexo femenino (41.67 %); cuyas edades oscilaban entre 12 y 17 años, con una media de 14,00 y una desviación de 1,044. Todos los participantes pertenecen a la Fundación Hogar Niño Jesús de Belén).

Instrumentos

Dentro del presente estudio se aplicaron los instrumentos: Escala de habilidades sociales (EHS) (Gismero, 2002) y el Programa de habilidades sociales creado como instrumento de intervención (Rodríguez, 2009). (Ver anexo N° 4).

La EHS es una escala que evalúa conducta asertiva y habilidades sociales. Está compuesto por 33 ítems, 28 de los cuales están redactados en el sentido de falta de aserción o déficit en habilidades sociales y cinco de ellos en el sentido positivo (Ver anexo N° 1). Consta de cuatro alternativas de respuesta, desde “No me identifico en absoluto; la mayoría de las veces no me ocurre o no lo haría”, a “Muy de acuerdo y me sentiría o actuaría así en la mayoría de los casos”. A mayor puntuación global, el sujeto expresa más habilidades sociales y capacidad de aserción en distintos contextos. Puede aplicarse tanto a población adolescente como a población adulta, se ha utilizado con objetivos clínicos y de investigación. Requiere aproximadamente un cuarto de hora para ser contestado. Se han aislado 6 factores: Autoexpresión en situaciones sociales, defensa de los propios

derechos como consumidor, expresión de enfado o disconformidad, decir no y cortar interacciones, hacer peticiones e iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto. El instrumento posee una alta consistencia interna (Alfa = 0,88). La mayoría de las dimensiones que se han obtenido, han sido también encontradas en otros trabajos utilizando otros instrumentos.

Descripción del programa de entrenamiento en habilidades sociales

Se aplicó un programa de entrenamiento adaptada a las necesidades de los adolescentes institucionalizados. En este programa las temáticas fueron seleccionadas según los resultados observados en el instrumento psicométrico E.H.S de Gismero (2002).

El objetivo del programa es capacitar y entrenar en habilidades sociales con el fin de incrementar las competencias interpersonales a los adolescentes de la Fundación Hogar Niño Jesús de Belén. Para ello se hace uso de diferentes técnicas cognitivo conductuales role playing, modelado, refuerzo positivo, tareas para la casa entre otras. El programa está estructurado en 7 sesiones de grupo y en su mayoría se dieron semanalmente, con una duración aproximada de dos horas cada una. En el anexo 4, se incluyen los objetivos y contenidos específicos de cada uno de los talleres del programa. Los contenidos del programa están distribuidos de la siguiente forma:

Taller 1: Recibir el grupo de adolescentes, firma del consentimiento informado, conocimiento de las diferentes técnicas terapéuticas a trabajar en el programa.

Taller 2: Conocimiento de los componentes moleculares que conforman la conducta interpersonal.

Taller 3: Entrenamiento en procesos de asertividad y otros tipos de comportamiento. Derechos asertivos universales.

Taller 4: Desarrollo de actividades para expresión legítima de la rabia, técnicas de decir no.

Taller 5: Conocimiento de la técnica ensayo conductual.

Taller 6: Enseñar a los adolescentes temáticos relacionados los procedimientos asertivos de solución de problemas.

Taller 7: Análisis y cierre del programa realizado.

Registros:

Se utilizaron registros en donde se recogía datos evaluativos de la sesión (Ver anexo 5), en el listado también está el formato diario de interacciones sociales (Ver anexo 6), Formato de asistencia a las sesiones terapéuticas individuales (Ver anexo 12) y el formato de registro de sesiones grupales (Ver 13). Algunas informaciones del anexo 6 fueron socializadas según los requerimientos de las diferentes sesiones.

Procedimiento

El trabajo realizado se puede dividir en cuatro fases, las cuales se dieron aproximándose en lo posible a un cronograma de la propuesta preestablecida:

Fase I. Contacto con la institución y selección de la muestra:

Se trabajó el contacto con la institución, en donde se observaron y verificaron dificultades en habilidades sociales en la muestra de adolescentes. Los criterios de selección de la muestra fueron: 1) Adolescentes institucionalizados, declarados en abandono por el I.C.B.F y residentes en la Fundación Hogar Niño Jesús de Belén. 2) abandonados por malos tratos y que las familias sean de escasos recursos económicos; 3) que hayan permanecido en la Fundación por más de un año; 4) no presenten ningún defecto físico, sensorial o neurológico según reportes de la institución; 5) Adolescentes que estén matriculados en un curso de educación formal de primaria o bachillerato.

Fase II. Proceso de evaluación y análisis de los resultados.

Una vez la muestra estuvo conformada por 12 adolescentes hombres y mujeres que residen en la institución, se procedió a conocer individualmente a cada participante del programa, y en este proceso se obtuvieron datos personales, familiares, académicos y comportamentales. Se utilizó la historia clínica, diseñada especialmente para esta investigación. (Ver anexo 2). Teniendo en cuenta el nivel académico de los sujetos de la investigación, la aplicación de la prueba EHS (Ver

anexo 1) se realizó en forma individual a la totalidad de los sujetos de la muestra. Por último, se procedió a analizar y tabular cada una de las pruebas aplicadas con el objetivo de obtener los resultados de la evaluación pretest.

Fase III. Diseño y aplicación del instrumento de intervención:

Se diseñó y aplicó un programa de entrenamiento en habilidades sociales teniendo en cuenta las necesidades de los adolescentes según la evaluación pretest. El programa de entrenamiento en habilidades sociales se adhiere a un enfoque conductual de adquisición de la respuesta, se concentra en el aprendizaje de un nuevo repertorio de respuestas; así mismo el programa procura entrenar en habilidades cognitivas, emocionales, verbales y no verbales.

Fase IV: Evaluación y análisis de los resultados:

Una vez aplicado el instrumento de intervención a la muestra de 12 adolescentes hombres y mujeres, se procedió a realizar la aplicación del instrumento de evaluación (Ver anexo 1) con la finalidad de conocer el nivel de habilidades sociales presentes en el grupo y analizar si hay diferencias entre las dos mediciones. Por último, se procedió a analizar y tabular cada una de las pruebas aplicadas con el objetivo de obtener el puntaje posttest, realizar los pertinentes análisis y generar comparativos entre las dos medidas.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

En el presente estudio se tuvieron en cuenta las condiciones éticas que promueve el código de ética del psicólogo; en el presente código y dentro del capítulo 14 hace referencia a la relación terapéutica y en el artículo 6 informa que el paciente debe dar un consentimiento informado para la terapia, después de conocer en detalle los procedimientos y técnicas que se van a utilizar. Para dar cumplimiento a este apartado, en el presente estudio se generó una reunión previa con los participantes en donde se les informó y explicó el procedimiento a seguir. Así mismo el código complementa: cuando el paciente no esté en condiciones de dar dicho consentimiento informado, lo debe dar el representante legal del paciente. En el presente estudio se trabajó con jóvenes menores de edad, institucionalizados en una Fundación y por tanto se procedió a que el representante legal de la institución firmara el documento de legalización de la aplicación del programa de habilidades. (Ver anexo 3).

RESULTADOS

Con base en la información recolectada a través de la escala de habilidades sociales (E.H.S.) y los cuestionarios de interacción social se encontraron los siguientes resultados:

Resultados de los instrumentos de Pretest:

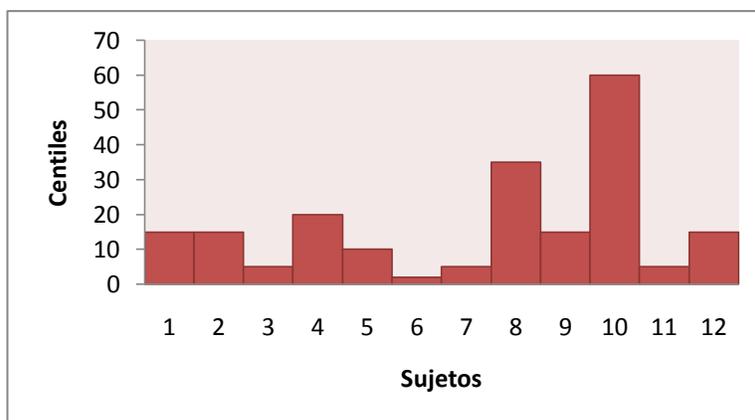
Una primera medición sobre las habilidades sociales de los adolescentes de la Fundación Hogar se realizó a través de la Escala de Habilidades Sociales. Los

resultados encontrados fueron organizados inicialmente para conocer el índice global del nivel habilidades sociales o aserción de los sujetos analizados.

Tabla 1. Resultados de la escala global de E.H.S. pretest.

Sujetos	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Escala Global	25	15	10	30	15	10	2	4	15	75	5	10
Tipo de puntuación	Baja	Alta	Baja	Baja								

El primer índice global del nivel de habilidades sociales o aserción de los adolescentes analizados muestra que la mayoría de los sujetos obtuvieron puntuaciones bajas; lo cual significa que la mayor parte de los adolescentes evaluados puede estar actuando de forma no asertiva generalizada expresando carencia de habilidades sociales. Se encontró que el sujeto N° 10 presenta un índice global alto, lo cual representa que esta persona posee las habilidades de manifestar habilidades sociales en distintos contextos (Ver tabla 1).



Gráfica 1. Puntuaciones de la escala global de la E.H.S. Pretest.

En la gráfica 1 se observan las medidas pretest alcanzadas por los sujetos en la escala global de la prueba E.H.S en donde el sujeto 10 alcanza puntuaciones altas. De otro lado se logran observar adolescentes que obtuvieron puntajes bajos, mostrando déficit en habilidades sociales.

Tabla 2. Nivel de puntuaciones pretest de las escalas de E.H.S.

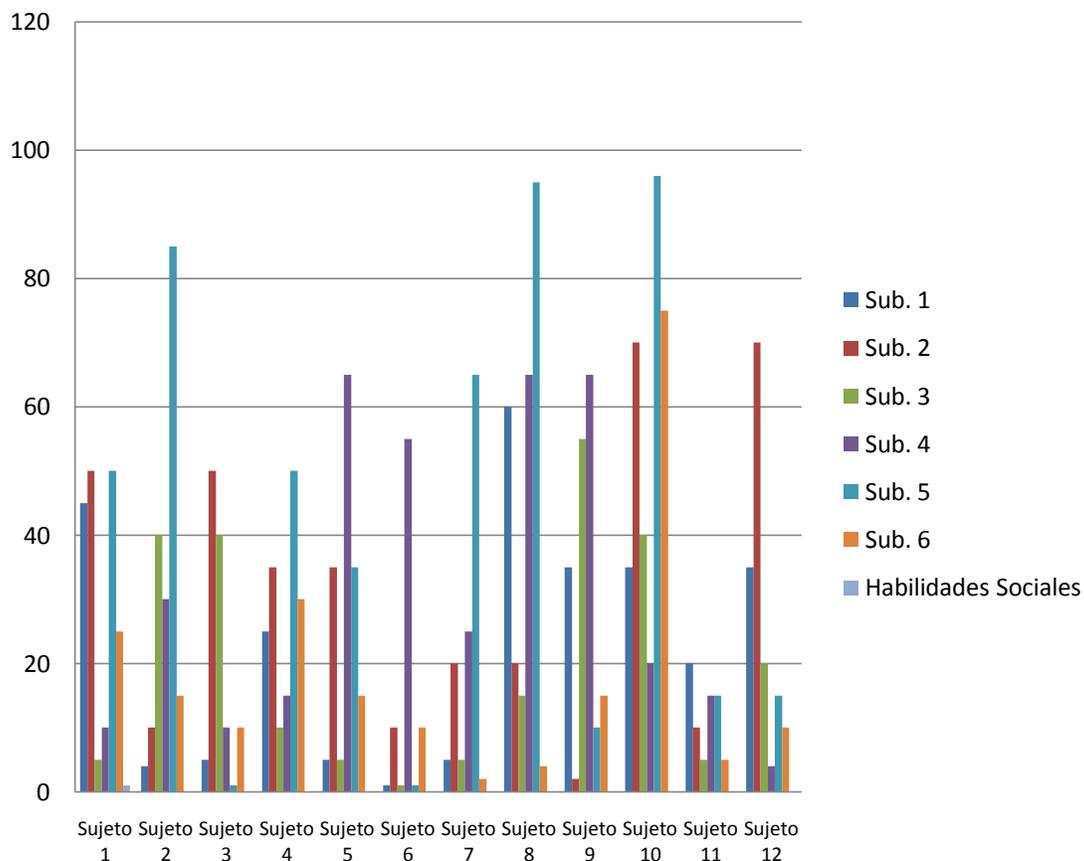
Sujetos	Escala I		Escala II		Escala III		Escala IV		Escala V		Escala VI	
	Pje.	Alto Bajo	Pje.	Alto Bajo	Pje.	Alto Bajo	Pje.	Alto Bajo	Pje.	Alto Bajo	Pje.	Alto Bajo
Sujeto 1	45	B	50	A	5	B	10	B	50	A	25	B
Sujeto 2	4	B	10	B	40	B	30	B	85	A	15	B
Sujeto 3	5	B	50	A	40	B	10	B	1	B	10	B
Sujeto 4	25	B	35	B	10	B	15	B	50	A	30	B

Sujeto 5	5	B	35	B	5	B	65	A	35	B	15	B
Sujeto 6	1	B	10	B	1	B	55	A	1	B	10	B
Sujeto 7	5	B	20	B	5	B	25	B	65	A	2	B
Sujeto 8	60	A	20	B	15	B	65	A	95	A	4	B
Sujeto 9	35	B	2	B	55	A	65	A	10	B	15	B
Sujeto 10	35	B	70	A	40	B	20	B	96	A	75	A
Sujeto 11	20	B	10	B	5	B	15	B	15	B	5	B
Sujeto 12	35	B	70	A	20	B	4	B	15	A	10	B

Al realizar un análisis de los sujetos en forma particular se puede observar información más específica sobre sujetos que obtienen puntuaciones bajas en las diferentes escalas los cuales, actúan de forma no asertiva, otros con puntuaciones altas que se muestran con habilidades sociales en distintos contextos. Sin embargo en esta investigación se efectuó un análisis sobre las puntuaciones obtenidas en cada una de las escalas con el ánimo de conocer cuales son las áreas más problemáticas que el grupo debe mejorar. Los resultados obtenidos al hacer referencia al análisis desde las escalas muestran que: En la Sub-escala I: Autoexpresión en situaciones sociales, el grupo de adolescentes refleja pocas capacidades de expresar de forma espontánea y sin ansiedad en distintos tipos de situaciones sociales como entrevistas laborales, tiendas, lugares. Estos promedios de puntajes bajos se observan especialmente en los sujetos 2, 3, 4, 5, 6, 7 y 11. Sólo el joven N° 8 del grupo muestra puntajes altos en esta escala. En la Sub-

escala II, defensa de los propios derechos como consumidor, el grupo posee pocas habilidades en la expresión de conductas asertivas frente a desconocidos en defensa de los propios derechos en situaciones de consumo. Esta falta de habilidad se presenta en los sujetos 2, 4, 5, 6, 7, 8, 9 y 11. De otro lado, los sujetos 1, 3, 10 y 12 obtuvieron puntajes que muestran habilidades en la defensa de los propios derechos como consumidor; se observa que más sujetos del grupo refleja la expresión de conductas asertivas frente a desconocidos en defensa de los propios derechos en situaciones de consumo. Para la sub-escala III expresión de enfado o disconformidad, se observa la dificultad que poseen la mayoría de los adolescentes para expresar discrepancias y el preferir callarse lo que les molesta evitando conflictos con los demás. Todos los sujetos a excepción del individuo 9 tienen déficit en dicha escala. En el análisis de los resultados de la sub-escala IV, en la cual se evalúa la habilidad para decir no y cortar interacciones, se observó que los sujetos 1, 2, 3, 4, 7, 10, 11, y 12 manifiestan pocas habilidades para cortar interacciones que no se quieren mantener. Por el contrario se encuentran los evaluados 5, 6, 8, 9 quienes sí tienen las habilidades para decir “no” a otras personas y cortar las interacciones que no se desean mantener. La sub-escala V, hacer peticiones a otras personas de algo que desean o en situaciones de consumo, muestra en general más sujetos con promedios altos. En este grupo se observan los sujetos 1, 2, 4, 7, 8 y 10 con puntajes altos; con puntajes bajos y ausencia de esta habilidad se encontraron los sujetos 3, 6, 9, 11 y 12. Al evaluar la sub-escala VI, iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto, es decir, llevar a cabo espontáneamente y sin ansiedad actividades e interacciones con el sexo opuesto, se encontró que es la habilidad social menos favorecida en el grupo

de adolescentes. Al grupo en general le genera ansiedad dicha conducta; todos los evaluados presentan puntajes bajos a excepción de los sujetos 8 y 10 (Ver tabla 2).



Gráfica 2. Puntuaciones de las escalas E.H.S. Pretest.

En la gráfica 2 se observa el desempeño de los sujetos en las diferentes escalas; la distribución de los puntajes por escala muestra los niveles de habilidades sociales presentes en los diferentes sujetos evaluados. Se infiere por las diferentes distribuciones de los puntajes que una persona puede actuar

asertivamente o manifestar habilidades sociales en un contexto determinado y, sin embargo, encontrarse con más dificultades en otras situaciones distintas. El instrumento E.H.S. utilizado permite diferenciar los perfiles individuales, es decir, sujetos con puntuaciones bajas, que actúan de forma no asertiva de forma generalizada, otros con puntuación global alta que se muestran con habilidades sociales en distintos contextos. También se observan los sujetos y los puntajes alcanzados en cada una de las escalas; deduciéndose que la mayoría de los puntajes obtenidos son bajos. En relación a las habilidades sociales que más poseen los evaluados se destaca la escala II defensa de los propios derechos como consumidor, además muchos de los evaluados también poseen conductas de la escala V referente a hacer peticiones, en donde la mayoría de los sujetos del grupo son capaces de realizarlas sin excesiva dificultad a otras personas de algo que desean o en situaciones de consumo.

Con base en los análisis de los resultados pretest de la prueba escala de habilidades sociales (E.H.S), aplicada al grupo de adolescentes se hizo necesario realizar una intervención grupal para incrementar las competencias interpersonales de los jóvenes. El programa de intervención aplicado al grupo constó de 7 sesiones las cuales en su mayoría se dieron semanalmente, con una duración de dos horas, cuyas tópicos hacen referencia a procesos de asertividad, componentes de la conducta no verbal, derechos asertivos entre otras (Ver anexo N° 4).

Resultados de la medición posttest:

Para realizar la segunda medición de las habilidades sociales en la población de adolescentes de la Fundación Hogar, se aplicó la escala de habilidades sociales, una semana después de terminados los talleres de intervención. Se observan los resultados de las mediciones en habilidades sociales a través del instrumento E.H.S.

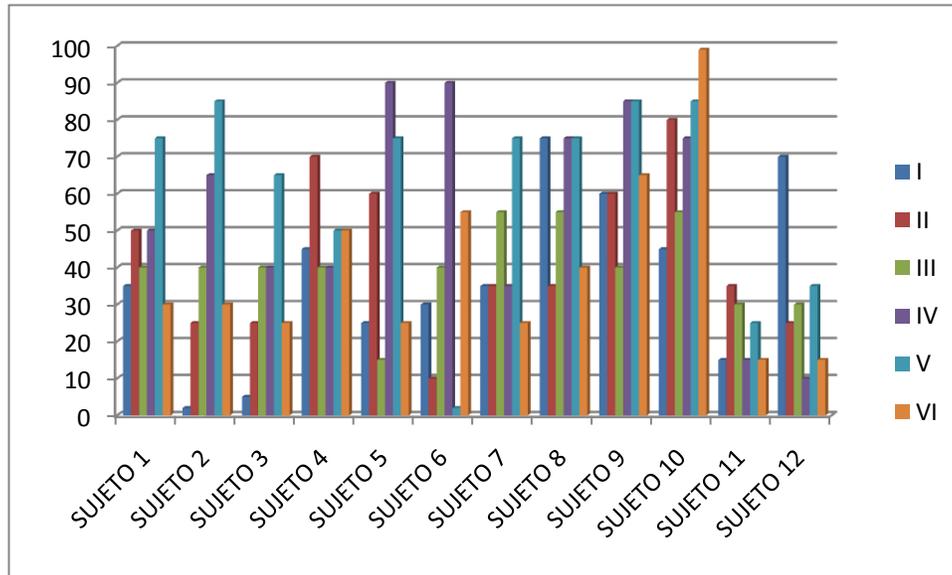
Tabla 3. Nivel de puntuaciones posttest de las escalas de E.H.S.

Sujetos	Escala I		Escala II		Escala III		Escala IV		Escala V		Escala VI	
	Pje.	Alto Bajo	Pje.	Alto Bajo	Pje.	Alto Bajo	Pje.	Alto Bajo	Pje.	Alto Bajo	Pje.	Alto Bajo
Sujeto 1	35	B	50	A	40	B	50	A	75	A	30	B
Sujeto 2	4	B	25	B	40	B	65	A	85	A	30	B
Sujeto 3	5	B	25	A	40	B	40	B	65	A	25	B
Sujeto 4	45	B	70	A	40	B	40	B	50	A	50	A
Sujeto 5	25	B	60	A	15	B	90	A	75	A	25	B
Sujeto 6	30	B	10	B	40	B	90	A	2	B	55	A
Sujeto 7	35	B	35	B	55	A	35	B	75	A	25	B
Sujeto 8	75	A	35	B	55	A	75	A	75	A	40	B
Sujeto 9	60	A	60	A	40	A	85	A	85	A	65	A

Sujeto 10	45	B	80	A	55	A	75	A	85	A	99	A
Sujeto 11	15	B	35	B	30	B	15	B	25	B	15	B
Sujeto 12	70	A	25	B	30	B	10	B	35	B	15	B

Los datos encontrados en las escalas de habilidades sociales E.H.S. posttest, (Ver gráfica 3) nos muestran la distribución de los diferentes puntajes obtenidos por los adolescentes. Al observar las puntuaciones componentes de las escalas se encuentra que: en la sub-escala I. Autoexpresión en situaciones sociales, 3 sujetos (8, 9 y 12) tienen puntuaciones altas, significando que tienen capacidad de expresarse uno mismo de forma espontánea y sin ansiedad en distintos tipos de situaciones sociales. En la escala II, se encuentran 5 sujetos (1, 4, 5, 9 y 10) quienes poseen las habilidades básicas en la expresión de conductas asertivas frente a desconocidos en defensa de los propios derechos en situaciones de consumo. Para la sub-escala III expresión de enfado o disconformidad, se observa que sólo 3 personas (7, 8 y 55) poseen la habilidad. En el análisis de los resultados de la sub-escala IV, en donde se mide la habilidad para decir no y cortar interacciones, se tiene que 7 evaluados (1, 2, 5, 6, 8, 9, 10) obtuvieron puntajes altos. La sub-escala V, hacer peticiones a otras personas de algo que desean o en situaciones de consumo, muestra que 9 personas (1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9 y 10) tienen la habilidad para realizar estas conductas sociales. En relación a la escala que mide las interacciones con el sexo opuesto, se encontró que 4 sujetos (4, 6, 9 y 10) presenta puntuaciones altas lo cual indica que posee habilidades para iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto. (Véase tabla 3). Es

importante observar las mediciones obtenidas en la escala global del nivel de habilidades sociales o aserción de los sujetos analizados; para ello se refiere a la tabla 4.



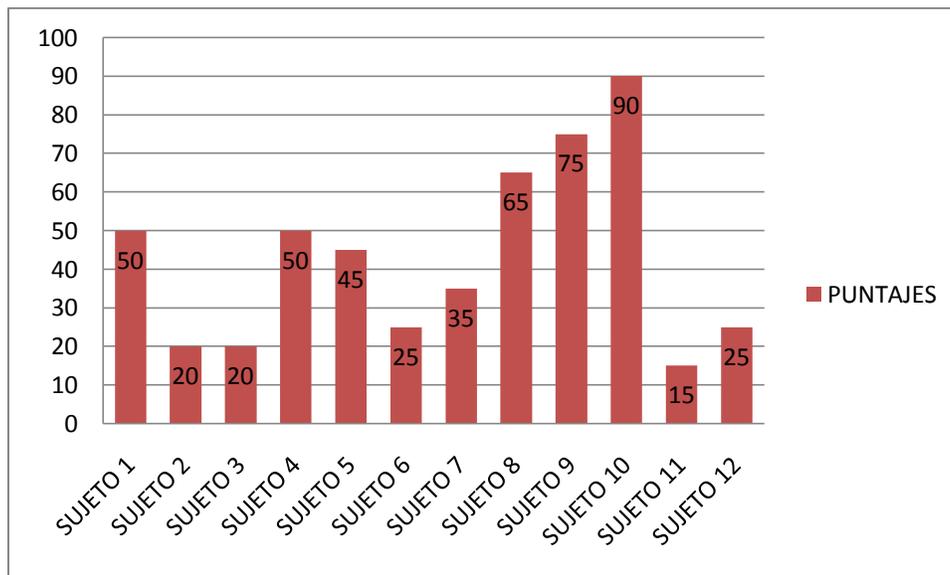
Gráfica 3. Puntajes de las escalas E.H.S. postest.

Tabla 4.

Tabla 4. Resultados de la escala global de E.H.S. postest.

Sujetos	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Escala Global	50	20	20	50	45	25	35	65	75	90	15	25
Tipo de puntuación	Alta	Baja	Baja	Alta	Baja	Baja	Baja	Alta	Alta	Alta	Baja	Baja

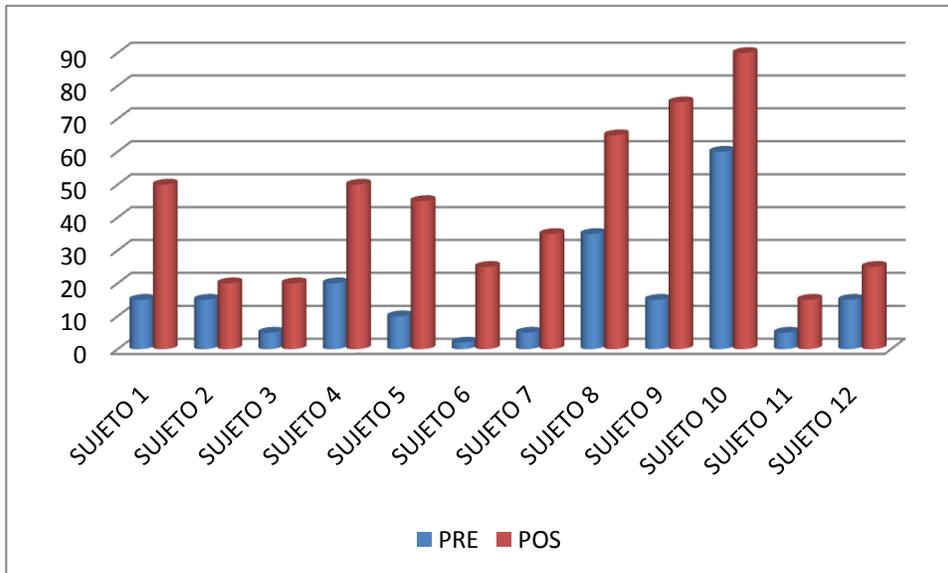
Esta segunda medición a través de la prueba E.H.S sobre el índice global del nivel de habilidades sociales o aserción muestra que 7 de los sujetos obtuvieron puntuaciones bajas, lo cual significa que presuntamente estos adolescentes pueden seguir actuando de forma no asertiva generalizada, expresando carencia de habilidades sociales. Sin embargo se encontró que 5 de los adolescentes presentan un índice global alto, lo cual representa que estas persona posee las habilidades de manifestar habilidades sociales en distintos contextos (Ver tabla 4 y gráfica 4).



Gráfica 4. Puntajes individuales en la escala global de E.H.S. postest.

Cambios en función de la intervención

A continuación se presentan la comparación de medias entre las mediciones del pretest y el postest de la escala global.



Gráfica 5. Comparación de las puntuaciones globales de las escalas E.H.S. entre pretest y postest.

Al comparar los resultados de las dos medidas los sujetos muestran incrementos en el mejoramiento de las habilidades sociales especialmente en los sujetos 1, 4, 8, 9 y 10. Las subescalas más favorecidas son la 1 referente a autoexpresión en situaciones sociales, la 4 favoreciendo el decir no y cortar interacciones y la 5 hacer peticiones (Véase gráfica 5).

DISCUSION

Al analizar los resultados de la investigación “Creación y aplicación de un programa de intervención en habilidades sociales para adolescentes de la Fundación Niño Jesús de Belén en San Gil”, se observa que para medir el conjunto de conductas socialmente habilidosas en los adolescentes institucionalizados se requirieron instrumentos psicométricos que generen análisis objetivos del contexto interpersonal que muestre los sentimientos, actitudes, deseos y opiniones entre otras conductas. Frente a este panorama en la presente investigación se tuvo en cuenta la escala de habilidades sociales (E.H.S.) de Gismero (2002) Este instrumento aplicados en los jóvenes participantes de la investigación, mide de forma macro los principales comportamientos incluidos en repertorios de habilidades sociales como lo plantea Moral (2005), expresando que para evaluar el repertorio de habilidades sociales es importante tener en cuenta los componentes conductuales que incluyen aspectos no verbales (miradas, sonrisas, gestos, expresión facial, postura corporal), paralingüísticos relacionados con la voz (volumen, claridad, timbre, fluidez, velocidad) y verbales (el habla, los saludos, iniciar, mantener una conversación, aceptar las críticas justas y rechazar las injustas, pedir disculpas, hacer preguntas, defender los propios derechos). Los objetivos básicos de la evaluación de la conducta social en los sujetos de la investigación era identificar los individuos con mayores deficiencias en el ajuste social, especificar sus áreas problemas y evaluar los progresos que se producen en los individuos a raíz de las intervenciones terapéuticas y con el programa de entrenamiento. Frente al cumplimiento de este primer objetivo se encontraron

índices bajos de habilidades sociales en las diferentes sub-escalas, lo cual indica que algunos sujetos de la muestra de adolescentes de la Fundación Hogar, muestran pocas habilidades sociales en distintos contextos tales como: autoexpresión en situaciones sociales, defensa de los propios derechos como consumidor, expresión de enfado o disconformidad, decir no y cortar interacciones e iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto; sin embargo se observa que el grupo en relación al factor de hacer peticiones a otras personas de algo que desean sea a amigos o en situaciones de consumo obtuvieron un puntaje promedio en dichas habilidades, lo cual significa que los jóvenes tienen menos dificultades para la ejecución de dichas actividades. En otra investigación, Pades, (2006) evaluó las habilidades sociales con el fin de conocer su nivel y así poder justificar un programa de intervención. Los factores evaluados a través de los instrumentos son acordes a lo planteado por autores como Gismero (2002), en donde esboza que para evaluar habilidades sociales es necesario tener en cuenta tres componentes: Una dimensión conductual (tipos de conducta), una dimensión cognitiva, y una dimensión situacional dentro de un contexto cultural o subcultura. Los factores evaluados por los diferentes instrumentos en esta investigación hacen referencia también a la teoría de roles propuesta por Fernández y Carroble (1981), quienes definen las habilidades sociales como la capacidad del individuo para percibir, entender, descifrar y responder a los estímulos sociales en general, especialmente aquellos que provienen de los demás. De otro lado se percibe que variables como la falta de una familia como mediador social, mínimas oportunidades de medios y recursos económicos para facilitar procesos

comunicativos a los jóvenes evaluados podría influir en aminorar la capacidad de desarrollar mayores habilidades sociales.

Desde otra perspectiva se observan los resultados encontrados al evaluar la muestra, éstos hablan sobre déficit en estas habilidades, las cuales se evidencian en los adolescentes; estos resultados motivaron la creación del programa de intervención en habilidades sociales teniendo en cuenta los criterios científicos de los autores como Caballo (2008), e Hidalgo (1999) entre otros. Para la construcción del programa se tuvo en cuenta una revisión amplia de literatura sobre el tema y los resultados de la evaluación de dichas habilidades sociales en los adolescentes, es decir, las áreas en las cuales los jóvenes presentaban mayor dificultad. En esta investigación los temas en los cuales se basó el programa fueron: comunicación asertiva, componentes moleculares de la conducta interpersonal, derechos asertivos, solución de problemas y aprendiendo a decir que no. La composición y desarrollo de estas sesiones terapéuticas coinciden con lo planteado por autores como Riso (1988) quien expone que los programas de habilidades sociales deben ser realizados en grupos de hombres y mujeres; esta forma de exposición de las habilidades reproduce un cierto contexto socio cultural natural, de modo que se dan espontáneamente en el intercambio comunicativo de los miembros del grupo los procesos interpersonales sobre los que se puede trabajar; se facilita además, recrear a través de los juegos de roles las situaciones sociales y minimizar los bloqueos de los participantes. Además los programas deben ser construidos teniendo en cuenta los componentes cognitivo, conductual y emocional. El programa aplicado fue construido por varios componentes de

lenguaje no verbal lo cual concuerda por lo estipulado en investigaciones realizadas por Trower (1980), en donde encontró que ciertos componentes de habilidades sociales como gestos, sonrisas, tiempo de latencia en la respuesta, y el proceso de interacción social son cruciales en el aprendizaje social. El programa de habilidades estuvo fundamentado desde el modelo cognitivo el cual define las habilidades sociales como “la habilidad para organizar cogniciones y conductas en un curso integrado de acción dirigido hacia metas interpersonales o sociales que sean culturalmente aceptadas” Ladd y Mize citados por Hidalgo (1999). De otra parte, no basta conocer las conductas, sino que es necesario poder implementarlas, por lo cual enfatiza la importancia de ciertos factores comunicacionales y su relación con valores, mitos y normas culturales.

El programa incluyó diversas técnicas y estrategias cognitivas conductuales que tuvieron por propósito identificar los componentes de la conducta social inadecuada y fomentar la adquisición de nuevas habilidades que favorecieran a los adolescentes en su formación como seres sociales.

De otro lado, la aplicación del programa con enfoque cognitivo conductual (Ver anexo 4) en los adolescentes podría ser una oportunidad que favoreciera entrenamientos y aprendizajes generando experiencias personales y grupales que podrían beneficiar y fomentar la adquisición de nuevas habilidades que favorecieran a los adolescentes en su formación como seres sociales.

De otro lado, teniendo presente los análisis, podría pensarse que la aplicación del instrumento de intervención generó cambios mínimos en la

segunda medición del grupo de adolescentes. La aplicación del programa con enfoque cognitivo conductual a los adolescentes favoreció oportunidades de entrenamiento y aprendizaje generando experiencias personales y grupales que beneficiaron la adquisición de ciertas habilidades de solución de problemas interpersonales, habilidades para conservar y adquirir nuevos amigos y amigas, sostener conversaciones, sostener relación con los adultos que puedan surgir. Los resultados de esta investigación concuerdan con lo que encontró Peres, (2008), la cual concluyó que al terminar el programa de intervención, el grupo experimental consigue incrementar sus habilidades en autoexpresión a nivel social, defensa de los propios derechos, expresión de enfado, decir no, hacer peticiones e iniciar interacciones con el sexo opuesto. Dicho de otro modo, la diferencia entre los grupos se puede atribuir a la aplicación del programa de entrenamiento en habilidades sociales. Para los jóvenes de la fundación les es reducido el campo para aprender suficientes repertorios asertivos (contextos sociales), en gran medida porque su medio no establece pautas suficientes para tal aprendizaje y la socialización. Así mismo se puede observar que se han realizado estudios con adolescentes para evaluar e incrementar las habilidades sociales. Camacho, (2005) en atención a los hallazgos diseñaron un programa de intervención en habilidades sociales el cual aplicaron a los adolescentes generando resultados alentadores. De otro lado, la presente investigación muestra que los jóvenes después de aplicado el programa muestran niveles medios o apenas niveles de adquisición en habilidades como la autoexpresión en situaciones sociales sin ansiedad, decir no y cortar interacciones e iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto. Estos hallazgos son acordes con los

encontrados por Pades, (2006) en la investigación realizada con estudiantes adolescentes de enfermería en donde evaluaron, incrementaron habilidades a través de un programa en habilidades sociales y por su parte Marín, (2001) en su investigación también encuentra que al aplicar un programa en habilidades sociales observa incremento en la conducta social de los sujetos.

Los resultados encontrados en el estudio actual confirman la necesidad de utilizar programas dirigidos a desarrollar las habilidades sociales desde el comienzo de la escolarización de los niños, como lo sostiene Díaz-Barriga (2001) quien manifiesta la necesidad de desarrollar programas transversales dentro de los contenidos del curriculum escolar, además de fomentar y trabajar estrategias adecuadas para el comportamiento social de los alumnos en sus respectivas aulas.

Finalmente, se espera que el programa de intervención realizado con los adolescentes, haya brindado aportes al conocimiento de las habilidades sociales y a los programas de intervención que han resultado ser más efectivos para trabajar este tipo de dificultades que sufren muchos jóvenes y que afecta la interacción con su medio social.

Por lo tanto, los resultados de este estudio pueden ser tenidos en cuenta por profesionales e investigadores con el fin de poder realizar comparaciones entre lo alcanzado a partir de esta intervención y lo que se puede alcanzar o no con otras intervenciones basadas en enfoques diferentes al cognitivo-conductual, e incluso abre las puertas para realizar nuevas investigaciones con adolescentes no institucionalizados, ya que sería interesante saber si en esta población también

se evidencian falta de habilidades sociales o por el contrario, poder saber si la no institucionalización en los adolescentes favorece significativamente la adquisición de habilidades sociales.

REFLEXIÓN SOBRE EL DESARROLLO DE LA EXPERIENCIA DE PRÁCTICA

Para mí, esta práctica de especialización, significó varias cosas interesantes: En primera instancia acercarme a un grupo de jóvenes alejados de su familia, con sentimientos y vivencias de abandono, con maltratos físicos y psicológicos evidenciados, el poder encontrarlos, escucharlos, verlos, abrazarlos, confrontarlos, animarlos significó un sentimiento de servicio muy especial, un sentimiento de dar mi tiempo, mi afecto y mi profesión a personitas que lo necesitaban y que estoy segura siempre lo recordarán como una fase de construcción en sus vidas. Estos sentimientos de servicio fueron apoyados constantemente por la reciprocidad de los jóvenes con la presencia a los talleres y a las citas individuales. Sin embargo, siento que falta mucho por co-construir junto a estos jóvenes, en su precioso proyecto de vida. Este período de la práctica y la especialización en general fueron tiempo difíciles por cuanto debí repartir el tiempo para mis tres hijos, la práctica clínica en la fundación hogar, el trabajo profesional, el rol como esposa y otras variables que se presentaron. La experiencia de responder a muchas tareas genera ansiedad, pero también una inmensa fortaleza interna enriquecedora, ya que se aprende a sentirse útil, valioso y sobretodo que a través del conocimiento pueda generar mejores herramientas para acompañar, apoyar a otros en este caminar de la vida.

Reconozco el apoyo y la paciencia de mi familia, de mi asesora, de la fundación hogar, sin ellos este proyecto no hubiese sido posible. El hecho que mis hijos y mi esposo reclamen (con todo derecho) tiempo, afecto y atención hizo que en las pasadas vacaciones de diciembre no pudiera adelantar en forma amplia y definitiva la sistematización final de los resultados de la práctica. Este proceso se dio en los primeros meses del año (febrero – marzo).

Siguiendo con la misma línea de ideas, puedo decir que lo más significativo en estos momentos del trabajo que se realizó con los jóvenes fue obtener la confianza que requería de ellos para cumplir con el objetivo del programa de intervención, segundo porque logré brindar y/o fortalecer herramientas cognitivas y emocionales en la vida de estos jóvenes, y tercero porque ayudé a una población que se siente aislada, y con muchas necesidades. Cabe mencionar, que los logros alcanzados con cada uno de los doce estudiantes del programa fueron diferentes porque algunos supieron aprovechar muy bien la oportunidad, mientras que otros se desanimaron o desinteresaron en el camino a pesar del apoyo constante, ya que sus dificultades requerían mayor apoyo clínico y familiar, un tratamiento mucho más prolongado, pero esto no significa que no se hayan obtenido logros personales significativos.

Finalmente quiero agradecer una vez más el apoyo constante que tuve tanto de mi asesora como de mi familia y la fundación hogar, ya que en los momentos en que quería desfallecer fueron ellos los que siempre me dieron los ánimos y las herramientas para seguir y creo que esta práctica se convirtió en una enseñanza de vida y de crecimiento profesional, laboral y personal. Esta experiencia pedagógica me acercó al conocimiento, a la necesidad de leer más,

de investigar, de reconocer que el conocimiento se construye a través de los actos en el plano de la investigación.

Tengo un sentimiento de agradecimiento a la Dra. Ana Fernanda, por la confianza, por los conocimientos y el apoyo generado, pero siempre recordaré en esta mujer de profundos conocimientos esa sonrisa amable y retadora que anima y apoya sin disminuir al ser humano. De la misma forma gracias a los docentes y a la Universidad por la ruta propuesta para conseguir este logro académico.

CONCLUSIONES

De la experiencia de práctica se puede concluir que a través del cumplimiento paulatino de las diferentes actividades propuestas en esta práctica se pudo cumplir el objetivo de la misma, el cual hace referencia a la creación y aplicación de un programa en habilidades con el fin de incrementar las competencias interpersonales en el grupo de adolescentes de la Fundación Hogar Niño Jesús de Belén de San Gil.

La aplicación del programa en habilidades sociales motivó a los adolescentes a conocer herramientas que se supone fomentarán mejores habilidades en los jóvenes para enfrentar una realidad, ya que cumplida la mayoría de edad tendrán que independizarse sin contar con apoyos desde sus familias de origen.

Otro aporte del programa de habilidades sociales es que al parecer fortalecieron valores a nivel interpersonal; finalizando los talleres se pudieron

observar mayor número de contactos entre las niñas y los jóvenes. Las actitudes que inicialmente eran de agresión entre los jóvenes a lo largo del tiempo se tornaron tranquilas y con visos claros de respeto.

Una de las limitaciones de la investigación es que se contó con una muestra muy pequeña por lo cual no se pueden generalizar los resultados. Así mismo como dificultad también se suma que las diferencias de edades fueron significativos en el momento de analizar, opinar, realizar juegos, representaciones.

El elemento cognitivo de los jóvenes también se puede resaltar como una característica que se observó en el grupo. Esto hace referencia a las dificultades cognitivas a nivel de análisis, lectura y comprensión de algunos jóvenes participantes.

Se observa que el programa de habilidades sociales aplicado puede ser utilizado también como instrumento de prevención en déficit de habilidades sociales y de esta manera poder confrontar diversos problemas cognitivos, conductuales y emocionales que desmejoran la competencia social.

Se observó la necesidad de profundizar e investigar sobre los conocimientos de la comunicación humana, las habilidades sociales y los métodos cognitivo conductuales de intervención en el programa. Los casos terapéuticos también representaron un reto tanto en la atención terapéutica como en la construcción de cada uno de los informes.

Después de aplicar el programa, se espera que los jóvenes expresen conductas más asertivas que les generen mejores oportunidades en las relaciones sociales

que establezcan con sus pares y cuidadores. En esta investigación aunque la muestra fue pequeña se tuvo en cuenta que la aplicación de la medida posttest se realizara una vez se terminara el programa de intervención.

También se concluye que según las investigaciones de los diferentes autores, la aplicación de un programa de habilidades sociales en adolescentes genera cambios positivos en las relaciones con sus pares, y en el establecimiento de mejores condiciones de vida. En la aplicación de este programa se lograron incrementar un número reducido de comportamientos adaptativos y asertivos sin embargo los resultados no se pueden generalizar por el número reducido de la muestra.

Este tipo de prácticas pedagógicas realizadas con respeto y dedicación se convierten en una ayuda al crecimiento de la estructura de personalidad en forma directa y segura de los jóvenes institucionalizados. Es de recordar que la Fundación no cuenta con los recursos económicos para solventar una intervención terapéutica; por tanto estos apoyos y acompañamientos especializados generan una mejor calidad de vida en estos chicos.

Después de realizado el análisis comparativo de los datos, se observa que el número de la muestra es pequeño por tanto los cambios no alcanzan a ser significativos y el alcance de los mismos se ve limitado.

Es importante entender que para alcanzar mejores logros en la adquisición de habilidades sociales se debe incluir un mayor número de sesiones con los jóvenes de la institución, ya que es importante asesorarlos y orientarlos en mayor

profundidad sobre solución de problemas e interacciones positivas con el sexo opuesto.

Así mismo se concluye que se observa la necesidad de incluir capacitación en próximos programas de habilidades sociales, especialmente en procesos asertivos a las personas adultas que generan apoyo directo dentro de la institución (cuidadoras), ya que la comunicación con estas personas influyen directamente en los pensamientos sentimientos y conductas de los jóvenes.

De otro lado se observó, que el interés y la motivación que tenga un adolescente para cambiar y poder superar sus dificultades con ayuda profesional, se convierte también en el principal requisito para alcanzar los objetivos propuestos, ya que de otra forma resulta muy difícil trabajar terapéuticamente.

Por último reafirmé que los procesos de confianza, respeto y profesionalismo que se establezcan con cada uno de los pacientes requiere conocimiento y manejo de habilidades clínicas y comunicativas y son base fundamental de la intervención clínica.

RECOMENDACIONES

A nivel de la institución educativa, se observa que no tan sólo los jóvenes adolescentes pueden llegar a presentar dificultades en las habilidades comunicativas sino también el personal administrativo, el personal de apoyo y acompañamiento a los jóvenes. Este elemento es importante resaltarlo, por cuanto se sugiere que la institución invierta en procesos psicológicos que mejoren las habilidades y potencialidades de su personal de apoyo. Así mismo dentro de las

capacitaciones futuras se generen sesiones que refuercen el manejo de asertividad, manejo de problemas y manejo de autoestima.

Que la universidad evaluara la posibilidad de contar con asesores de práctica que favorecieran a estudiantes que no viven en Bucaramanga sino cerca al sitio donde se desarrolla la misma, esto facilitaría mayor contacto académico y disminuiría los costos económicos. Sin embargo, la universidad generó la asesoría en mi caso particular.

FORMULACION DE CASOS PRESENTADOS

Esta parte de la experiencia de práctica se realizó con tres adolescentes pertenecientes a la institución. Para ello se utilizó historia clínica psicológica (Ver anexo 2) y se trabajó con cada paciente en forma privada durante 6 sesiones.

Los casos debidamente formulados aparecen en el N° 14.

REFERENCIAS

Caballo, V. (1993). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. Madrid: Siglo XXI.

Caballo, V. (2006). *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos*. Madrid: Pirámide.

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

Del Prette, Z. Monjas, M. y Caballo, V. (2006). La evaluación del repertorio de las habilidades sociales en niños. En V. Caballo (Ed.) *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos*. (pp. 385-387). Madrid: Pirámide.

Díaz-Barriga, F. & Hernández, G. (2001). *Estrategias docentes para un aprendizaje significativo*. México, D.F. MacGraw – Hill.

Dobson, K. & Franche R. (2008). La práctica de la terapia cognitiva. En V. Caballo (ed.). *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta* (pp334). Madrid: Siglo XXI.

García, M., Magal, A. & Duce, P. (1992). *Programa de entrenamiento en competencia social*. Madrid. CEPE.

Gismero González, E. (2002). *Escala de habilidades sociales*. Madrid: Ediciones Tea.

Hidalgo, C. & Nureya, A. (1999). *Comunicación interpersonal: Programa de entrenamiento en habilidades sociales*. Santiago de Chile: Ediciones Universidad Católica de Chile. Tercera edición.

Lega, L. (2008). La terapia racional emotiva: una conversación con Albert Ellis. En V. Caballo (Ed.). *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. Madrid: Siglo XXI.

Llanos, C. (2006). *Efectos de un programa de enseñanza en habilidades sociales*. Tesis doctoral. Granada: Universidad de Granada.

Marín, M. y León, R. (2001). *Entrenamiento en habilidades sociales: un método de enseñanza-aprendizaje para desarrollar las habilidades de comunicación interpersonal en el área de enfermería*. *Psycotema* 2001 Vol. 13, nº 2, pp. 247-251.

Mc fall, R.M. (2002). A review and reformulation of the concept of social skills, *Behavioral Assessment*. 4, 1-3.

Monjas, I. (2002). Programa de enseñanza de habilidades de interacción social. Madrid: Gobierno de Navarra.

Monjas, I. (1998). *Las habilidades sociales en el currículo*. Ministerio de Educación, Cultura y Deporte. Centro de Investigación y Documentación Educativa (C.I.D.E.)

Moral, M. (2005). *Programa de intervención psicosocial para la mejora de las habilidades sociales de adolescentes consumidores de alcohol y otras sustancias psicoactivas*. Valladolid: Universidad de Valladolid.

Nezú, A. & Nezu, C. (2008). *Entrenamiento en solución de problemas*. En V. Caballo (Ed.). *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. Madrid: Siglo XXI.

Olivero, L. (2005). Estilos de comunicación. Congreso iberoamericano de psicología. 7, 150 – 167.

Pades, A. y Ferrer, V. (2006). *Niveles de habilidades sociales en alumnos de enfermería*. Nure investigación.

Peres, M. (2008). *Habilidades sociales en adolescentes institucionalizadas para el afrontamiento a su entorno inmediato*. Tesis doctoral en psicología social. Granada: Universidad de Granada.

Riso, W. (1988). *Entrenamiento asertivo*. Medellín: Rayuela.

Rodríguez, L. (2009). *Programa de intervención en habilidades sociales para adolescentes de la fundación hogar Niño Jesús de Belén en San Gil*. Bucaramanga: Universidad Pontificia Bolivariana. (Documento sin publicar).

Sanz, A. (1995). *Habilidades sociales. Materias optativas educación secundaria obligatoria*. Navarra: Gobierno de navarra. Departamento de educación, cultura, deporte y juventud. Pamplona.

Trower, P. (1980). Situational analysis of the components and processes of behavior of socially skilled and unskilled patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 48, 327 – 339.

ANEXOS

ANEXO N° 1

Escala de habilidades sociales (EHS). Gismero (2002).

EHS		Nombre y apellidos	Edad	Sexo		
		Carrera	Fecha			
<p>ANOTE SUS RESPUESTAS RODEANDO LA LETRA DE LA ALTERNATIVA QUE MEJOR SE AJUSTE A SU MODO DE SER O DE ACTUAR. COMPRUEBE QUE RODEA LA LETRA EN LA MISMA LINEA DE LA FRASE QUE HA LEÍDO.</p>						
				<p>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 actúo o me siento así. D Muy de acuerdo y me sentiría o actuaría así en la mayoría de los casos.</p>		
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 pedirles 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 mí 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	Quando alguien se me «cuelga» 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 Nº 2
Formato de historia clínica

Historia Clínica Nº: _____

HISTORIA CLINICA PSICOLOGICA

1. IDENTIFICACION

Nombres y Apellidos: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Fecha de nacimiento: _____

Escolaridad: _____ Dirección: _____

Tel: _____ Religión: _____ Practicante: _____

Remitido: _____ Motivo: _____

2. CONSULTA

Motivo de la consulta (descripción breve):

Descripción del Problema:

Historia del Problema:

3. EXAMEN MENTAL

4. HISTORIA PERSONAL

Embarazo y Parto:

Período Neonatal:

Escolaridad:

Separaciones de la familia:

Sueño:

Desarrollo y Características de la Personalidad:

5. HISTORIA FAMILIAR

Datos de los Padres y de su Familia:

Personas con quien vive:

Nombre	Parentesco	Estudios	Ocupación	Relación con el paciente		
				E	R	M

Familiograma:

6. EVALUACION POR AREAS:**7.**

Síntomas.

Nivel Cognitivo:	Nivel Conductual:
Nivel Afectivo:	Nivel Social:

8. AREAS AFECTADAS:

Área Familiar:	Área social:
Área académica:	Área Personal:

9. DIAGNOSTICO: DSMIV – CIE 10:

TRATAMIENTOS TERAPEUTICOS ANTERIORES Y OTROS ACTUALES:

Nombre del Paciente

Nombre del Psicólogo

Nº de Tarjeta Profesional

10. SEGUIMIENTOS:

Fecha: _____

Clase de tratamiento a manejar y Técnicas:

Fecha: _____

Clase de tratamiento a manejar y Técnicas:

ANEXO N° 3

Formato de consentimiento informado

CONSENTIMIENTO EXPRESO PARA APLICACIÓN DE PRUEBAS PSICOLÓGICAS, ENTREVISTAS TERAPEUTICAS Y TALLERES SOBRE HABILIDADES SOCIALES.

OBJETO: Aplicación de pruebas psicológicas sobre habilidades sociales, entrevistas terapéuticas y talleres sobre habilidades sociales.

UNIVERSO: Adolescentes pertenecientes a la Fundación Hogar Niño Jesús de Belén de la ciudad de San Gil.

AUTORIZACION: Por medio del presente documento declaro que he sido informado del fin de la práctica de la especialización de psicología clínica que se va a llevar a cabo a continuación y estando conforme con el mismo, en la forma libre y voluntaria acepto colaborar con la elaboración de la misma. He sido informado sobre el fin de la aplicación de pruebas psicológicas, consultas terapéuticas y talleres sobre habilidades sociales; entendiendo que se realizará con fines terapéuticos y académicos en donde se indagarán aspectos relacionados con la vida personal y familiar, con el fin de desarrollar un trabajo terapéutico ético y de impacto para el desarrollo del trabajo de monografía del estudiante de especialización en psicología clínica: **LIGIA RODRIGUEZ RICO**, identificada con la cédula de ciudadanía N° 27.977.801, dirigida por la Doctora en Psicología Clínica y de la Salud **ANA FERNADA URIBE RODRIGUEZ**, coordinadora de la especialización en Psicología clínica de la universidad Pontificia de Bucaramanga.

La información recogida será almacenada y utilizada por la Fundación para contribuir al bienestar de los adolescentes; de igual forma tengo conocimiento del objetivo principal de este proyecto el cual se basa en mejorar las habilidades sociales de los adolescentes de la Fundación. Reconozco además que la presente actividad no representa riesgos para la salud, para la estabilidad emocional ni beneficios económicos. Por otra parte, la información que los jóvenes que suministren no será relacionada con nombres propios ni en ningún caso los nombres de los jóvenes aparecerán en ninguna publicación, ya que se debe cumplir el compromiso de responsabilidad ética y de confidencialidad de la información suministrada, por razón de la actividad académica.

Para constancia firmo en la ciudad de San Gil a los _____ días de mes de septiembre de año 2009.

Firma de la Administradora Responsable

Fundación Niño Jesús de Belén.

ANEXO N° 4

Diseño del programa de intervención en habilidades sociales para adolescentes de la Fundación Hogar Niño Jesús de Belén en San Gil.

Enfoque de Intervención: Cognitivo- Conductual.

Técnicas: Terapia racional emotiva, Información y síntesis del terapeuta, role-playing, técnica de relajación de Jacobson y ensayo conductual.

SESIONES	SEMANA	DURACION	MODALIDAD	DESCRIPCION DE LA SESION	OBJETIVOS
1 Sesión	Sep. 14 al 19	2 horas	Grupal	<p>Dinámica de presentación del psicólogo y de cada uno de los miembros del grupo.</p> <p>Se entregara a cada estudiante el documento “consentimiento informado” para que conste por escrito que el estudiante participa en la intervención de forma voluntaria. (Ver anexo 3)</p> <p>Charla Introductoria sobre el programa de Intervención en habilidades sociales, resaltando el carácter confidencial.</p>	<p>Conocer el grupo de adolescentes y facilitar la comunicación e interacción entre los integrantes del grupo.</p> <p>Facilitar el conocimiento y firma del consentimiento informado.</p> <p>Compartir con los adolescentes el objetivo principal del programa y algunos conceptos básicos acerca de las habilidades sociales.</p> <p>Reconocer las diferentes técnicas de intervención en el programa de habilidades sociales.</p> <p>Analizar las expectativas individuales</p>

				<p>Mención de las técnicas de intervención que se utilizarán en el programa.</p> <p>Expresión de cada integrante del grupo frente al significado y sentimiento que les genera los términos timidez y dificultades interpersonales.</p> <p>Se llena el formato evaluación de cada sesión (Ver anexo 5).</p>	<p>respecto del programa de entrenamiento.</p>
2 Sesión	Sep. 21 al 26	2 horas	Grupal	<p>Exposición de registros de la evaluación de la sesión anterior para generar procesos de retroalimentación si se hace necesario.</p> <p>Dinámica de explicación de los componentes moleculares de la conducta interpersonal, teniendo en cuenta los más importantes: la mirada, la expresión facial, los gestos, la postura, distancia - contacto físico, volumen de la voz, la entonación y la fluidez.</p> <p>Observación y análisis sobre el papel de los gestos en la comunicación a través de cine mudo.</p> <p>Realización de carteles usando</p>	<p>Conocer cuales son los componentes moleculares que forman la conducta interpersonal.</p> <p>Incentivar la participación activa del grupo en el uso e implementación de los componentes moleculares de la comunicación.</p> <p>Conocer y aprender a diligenciar el formato diario de interacciones sociales.</p>

				<p>fotografías de rostros humanos con expresiones de conductas moleculares. Explicación del formato diario de interacciones sociales. (Ver anexo 6).</p> <p>Asignación de tareas: Se incentiva al grupo para que en casa y en diferentes sitios registren algunas conductas de interacción a través del diario de interacciones sociales.</p>	
3 Sesión	Sep. 28 al 3	2 horas	Grupal	<p>Cómo forma de sensibilización se invita a los estudiantes a participar en una relajación guiada.</p> <p>Se dará a conocer de forma creativa las definiciones entre comportamiento asertivo, sumiso y agresivo. Para este fin se apoya en la temática del anexo 7.</p> <p>Se entrega a cada estudiante 3 tarjetas de color roja, verde y amarilla los cuales representan los tipos de comportamiento. Se invita a los participantes a realizar un role playing sobre algunas conductas registradas en el diario de interacción social, el cual era tarea de casa la sesión inmediatamente anterior. Los miembros del grupo deberán calificar el tipo de comportamiento según sea asertivo,</p>	<p>Definir qué es asertividad.</p> <p>Diferenciar el comportamiento asertivo, sumiso y agresivo.</p> <p>Conocer los derechos asertivos.</p>

				<p>sumiso o agresivo. Se incentiva la justificación de sus respuestas.</p> <p>A través de carteles se dará a conocer la definición e importancia de cada uno de los derechos asertivos.</p> <p>Se realizarán dinámicas y juegos mediante los cuales se observe la interpretación, importancia, conservación y/o violación de los derechos asertivos. (Ver anexo 8).</p> <p>Generación de preguntas para discusión del tipo: ¿Por qué es importante en determinadas situaciones defender nuestros derechos? ¿Alguno puede poner una situación en donde debería defender nuestros derechos?</p> <p>Evaluación de la sesión.</p>	
4 Sesión	Octubre 12 al 17	2 horas	Grupal	<p>Análisis grupal de la sesión anterior.</p> <p>Se invita al grupo a pensar en situaciones en donde se presenten actos agresivos y asertivos. Se analizan las situaciones recordando las definiciones de asertividad, sumisión y</p>	<p>Reforzar la discriminación entre asertividad y agresividad.</p> <p>Desarrollar habilidades sociales adecuadas para la expresión legítima de rabia y el rechazo a peticiones.</p>

				<p>agresión.</p> <p>Se capacita a los adolescentes sobre los pasos para poder llevar a la práctica una situación de aprender a decir NO. (Ver anexo 9).</p>	Aprender a decir NO.
5 Sesión	Oct. 19 al 24.	2 horas.	Grupal.	<p>Análisis de la sesión anterior.</p> <p>Se motiva al grupo para que diseñen situaciones comunes que generan dificultades en las relaciones interpersonales de los adolescentes.</p> <p>De las anteriores situaciones se eligen dos de las más representativas para trabajar el ensayo conductual. Este trabajo se realizará “in vivo” con retroalimentación de sus pares y del terapeuta. Para el correcto desarrollo de la sesión el terapeuta se apoya en las pautas dadas por Caballo (2008). (Ver anexo 10).</p> <p>La sesión se termina con la evaluación oral de las actividades realizadas.</p>	Diseñar ejercicios de situaciones conductuales problemáticas en el grupo con el fin de entrenar a los adolescentes en el ensayo conductual.
6 Sesión	Noviembre 3 al 7.	2 horas.	Grupal.	Se organiza el grupo con el fin de plantear situaciones problemáticas	Incentivar en los adolescentes el entrenamiento en solución de problemas.

				<p>comunes a los adolescentes.</p> <p>El psicólogo capacita a los asistentes en el esquema general del proceso de solución de problemas basado en D'Zurilla, 1986 y Nezá y Cols., 1989). Este esquema es retomado por Caballo (2008). (Ver anexo 11)</p> <p>Se realizan ejercicios escritos para darle uso al esquema de solución de problemas.</p>	<p>Aprender a evaluar las situaciones problema, identificando objetivos y metas realistas.</p> <p>Incentivar en los adolescentes la generación de múltiples alternativas frente a un problema.</p> <p>Enseñar a los adolescentes a evaluar las diferentes alternativas propuestas.</p> <p>Aplicar la solución de problemas y evaluar el proceso realizado.</p>
7 sesión	Noviembre 16 al 21	1 hora	Grupal	<p>Retroalimentación de los logros alcanzados en el programa.</p> <p>Aplicación de la escala de habilidades sociales EHS, con el fin de establecer la medida postest. (Ver anexo 1)</p> <p>Retroalimentación de los elementos a mejorar en el programa.</p>	<p>Evaluar el Programa de Intervención llevado a cabo.</p> <p>Aplicar instrumentos de medición postest.</p>

ANEXO N° 5
Formato de evaluación de sesiones

NOMBRE: _____ SESION N°: _____.

PREGUNTA	RESPUESTA	COMENTARIO
¿Qué fue lo que más le gustó de la sesión?		
¿Qué fue lo que menos le gustó de la sesión?		
¿Qué fue lo más significativo de la sesión?		

ANEXO N° 6

Formato diario de interacciones sociales.

Día	Hombre (H) Mujer (M) Grupo (G)	Descon. (D) Conocido (C) Mixto (M).	Iniciaste tú la interacción. Si es en grupo: ¿Hablaste? Si (S) No (N)	Dónde Fue?	¿Cuán agradable fue la conversación? 123456789	¿Cuán ansioso (a) estuviste durante la interacción? 123456789	¿Cuán común fue la interacción para ti? A B C	¿Qué pensamientos tuviste antes, durante o después de la interacción?

Fuente: Hidalgo, C. & Nureya, A. (1999).

ANEXO N° 7
Estilos de respuesta.

SUMISO	ASERTIVO	AGRESIVO
<p style="text-align: center;">Conducta No verbal.</p> <p>Ojos que miran hacia abajo, vacilaciones, gestos desvalidos, negando importancia a la situación, se retuerce las manos, tono vacilante o de queja, risitas “falsas”.</p>	<p style="text-align: center;">Conducta No verbal.</p> <p>Contacto ocular directo; nivel de voz conversacional; habla fluida; gestos firmes; postura erecta; mensajes en primera persona, honesto/a; verbalizaciones positivas; respuestas directas a la situación; manos sueltas.</p>	<p style="text-align: center;">Conducta No verbal.</p> <p>Mirada fija; voz alta; habla fluida/rápida; enfrentamiento; gestos de amenaza; postura intimidatoria; deshonesto/a; mensajes impersonales.</p>
<p style="text-align: center;">Conducta Verbal</p> <p>“Quizás”; “supongo”; “Te importaría mucho”; “solamente”; “no crees que”; “Ehh”; “Bueno”; “Realmente no es importante”; “No te molestes”.</p>	<p style="text-align: center;">Conducta Verbal</p> <p>“Pienso”; “siento”; “Quiero”; “Hagamos”; “Cómo podemos resolver esto?; Qué piensas?; ¿Qué te parece?.</p>	<p style="text-align: center;">Conducta verbal</p> <p>“Harías mejor en”; “Haz”; “Ten cuidado”; “Debes estar bromeando”; “Si no lo haces...”; “No sabes”; “Deberías”; “Mal”.</p>
<p style="text-align: center;">Efectos</p> <p>✓ Conflictos.</p>	<p style="text-align: center;">Efectos</p> <p>✓ Resuelve los problemas.</p>	<p style="text-align: center;">Efectos</p> <p>✓ Conflictos interpersonales.</p>

<ul style="list-style-type: none"> ✓ interpersonales. ✓ Depresión. ✓ Desamparo. ✓ Imagen pobre de uno mismo. ✓ Pierde oportunidades. ✓ Tensión. ✓ Se siente sin control. ✓ Soledad. ✓ No se gusta ni así mismo ni a los demás. ✓ Se siente enfadado. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Se siente a gusto con los demás. ✓ Se siente satisfecho. ✓ Se siente a gusto consigo mismo. ✓ Relajado. ✓ Se siente con control. ✓ Crea y fabrica la mayoría de las oportunidades. ✓ Se gusta así mismo y a los demás. ✓ Es bueno para sí y para los demás. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Culpa. ✓ Frustración. ✓ Imagen pobre de sí mismo. ✓ Hace daño a los demás. ✓ Pierde oportunidades. ✓ Tensión. ✓ Se siente sin control. ✓ Soledad. ✓ No le gustan los demás. ✓ Se siente enfadado.
--	--	--

Fuente: Caballo, V. (2008).

ANEXO N° 8

Muestra de derechos asertivos básicos

1. Derecho a mantener tu dignidad y respeto comportándote de forma habilidosa o asertiva.
2. El derecho a ser tratado con respeto y dignidad.
3. El derecho a rechazar peticiones sin tener que sentirse culpable o egoísta.
4. El derecho a experimentar y expresar tus propios sentimientos.
5. El derecho a detenerte y pensar antes de actuar.
6. El derecho a cambiar de opinión.
7. El derecho a pedir lo que quieres (dándose cuenta de que la otra persona tiene el derecho a decir que no.).
8. El derecho a hacer menos de lo que humanamente eres capaz de hacer.
9. El derecho a ser independiente.
10. El derecho a decidir qué hacer con tu propio cuerpo, tiempo y propiedad.
11. El derecho a pedir información.
12. El derecho a cometer errores – y ser responsable de ellos.
13. El derecho a sentirte a gusto contigo mismo.
14. El derecho a tener tus propias necesidades y que esas necesidades sean tan importantes como las necesidades de los demás. Además tenemos el derecho de pedir (no exigir) a los demás que respondan a nuestras necesidades y de decidir si satisfacemos las necesidades de los demás.
15. El derecho a tener opiniones y expresarlas.
16. El derecho a decidir si satisfaces las expectativas de otras personas o si te comportas siguiendo tus intereses siempre que no violes los derechos de los demás.
17. El derecho a hablar sobre el problema con la persona involucrada y aclararlo, en casos límite en que los derechos no están del todo claros.
18. El derecho a obtener aquellos por lo que pagas.
19. El derecho a escoger no comportarte de manera asertiva o socialmente habilidosa.
20. El derecho a tener derechos y defenderlos.

21. El derecho ha ser escuchado y a ser tomado en serio.
22. El derecho a estar sólo cuando así lo escojas.
23. El derecho a ser cualquier cosa mientras que no violes los derechos de alguna otra persona.

Fuente: Caballo, V. (2008).

ANEXO N° 9
Aprenda a decir no.

Pasos para poder llevar a práctica una situación de aprender a decir que No.	1. Se invita al grupo a pensar en una situación en la que quiera decir No y no sabe cómo hacerlo. Elije a una persona del grupo con la cual quiera compartir la situación.
	2. Invitar a la persona a pensar cual es tu postura y a justificar por qué quiere decir que No.
	3. Se propone al joven a expresar su postura y a mantenerla.
	4. Se invita a un grupo reducido de jóvenes a desarrollar el role playing utilizando todos los elementos vistos en el talleres pasados y en la sesión de derechos asertivos.
	5. Se expresan los comentarios constructivos de los compañeros y se cierra la sesión.

ANEXO 10

Pautas para el ensayo conductual.

<p>Pautas para representación de los casos.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Por cada caso se le limitará a un problema en una situación. No hay que intentar resolver todo en seguida. 2. Hay que limitarse al problema que se expuso en un principio. 3. No hay que prolongar la parte de la representación de papeles más de tres minutos. 4. Las respuestas deberían ser tan cortas como fuese posible. 5. Recordar que el que va a actuar es el principal experto sobre como es la conducta asertiva y sobre como es la principal respuesta para el/ella en esa situación. 6. Por cada situación se realizarán los ensayos necesarios.
<p>Pautas para realizar el ensayo conductual.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Descripción de la situación problema. 2. Representación de lo que el paciente hace normalmente en esa situación. 3. Identificación de las posibles cogniciones desadaptativas que estén influyendo en la conducta socialmente inadecuada del paciente. 4. Identificación de los derechos humanos básicos (asertivos) implicados en la situación. 5. Identificación de un objetivo adecuado para la respuesta del paciente. 6. Sugerencias de respuestas alternativas por los otros miembros del grupo y por la terapeuta, concentrándose en aspectos moleculares de la actuación. 7. Demostración una de esas respuestas por los miembros del grupo y/o el terapeuta, para el paciente. (Modelado). 8. Paciente identificado practica encubiertamente la conducta asertiva. 9. Representación por parte del paciente de la respuesta elegida teniendo en cuenta la conducta del modelo. El paciente muestra su creatividad, sin salirse del objetivo

	<p>propuesto.</p> <p>10. Evaluación de la efectividad de la respuesta: Teniendo en cuenta el nivel de ansiedad, el grado de efectividad. Toda retroalimentación se debe hacer en términos amigables y conciliadores.</p>
--	--

Fuente: Caballo, V. (2008).

ANEXO N° 11

Esquema general del proceso de solución de problemas. (D'zurilla).

1. ORIENTACION HACIA EL PROBLEMA:
 - A. Percepción del problema: (Reconocimiento y clasificación del problema)
 - B. Atribuciones del problema: (Atribuciones sobre las causas del problema)
 - C. Valoración del problema: (Significación del problema para el bienestar personal – social)
 - D. Control personal.
 - D1. Que el problema se perciba como controlable y con solución.
 - D2. Que el sujeto piense que puede resolver el problema por medio de sus esfuerzos.
 - E. Compromiso de tiempo y esfuerzo.
 - E1. Estimación precisa del tiempo que se tardará en solucionar con éxito el problema.
 - E2. La disposición del individuo a dedicar el tiempo y esfuerzos necesarios para solucionar el problema.
2. DEFINICION Y FORMULACION DEL PROBLEMA.
 - A. Recogida de información.
 - A1. Información sobre la tarea.
 - A2. Información social – cultural.
 - B. Comprensión del problema
 - C. Establecimiento de objetivos.
 - C1. Plantear los objetivos en términos específicos y concretos.
 - C2. Evitar plantear objetivos poco realistas e inalcanzables.
 - D. Revaluación del problema.
3. GENERACION DE ALTERNATIVAS.

- A. Principio de cantidad.
 - B. Principio de aplazamiento del juicio.
 - C. Principio de la variedad.
4. TOMA DE DECISIONES
- A. Anticipación de los resultados de la solución.
 - B. Evaluación de los resultados de cada solución.
 - C. Preparación de una solución.
5. PUESTA EN PRÁCTICA DE LA SOLUCION Y VERIFICACIÓN.
- A. Llevar a cabo la solución elegida.
 - B. Autorregistro.
 - C. Autoevaluación.
 - D. Autorreforzamiento.
 - E. Recapitular y reciclar.

Fuente: Caballo, V. (2008).

ANEXO 12
Registro de sesiones por paciente

NOMBRE DEL PACIENTE _____

SESIONES	FECHA / HORA	OBSERVACIONES
PRIMERA SESIÓN		
SEGUNDA SESION		
TERCERA SESIÓN		
CUARTA SESIÓN		

ANEXO 13
Registro de sesiones grupales

SESIONES	FECHA / HORA	OBSERVACIONES
PRIMERA SESIÓN		
SEGUNDA SESION		
TERCERA SESIÓN		
CUARTA SESIÓN		
QUINTA SESIÓN		

SEXTA SESIÓN		
SÉPTIMA SESIÓN		

ANEXO 14

Análisis de los casos formulados

FACULTAD DE PSICOLOGÍA
ESPECIALIZACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA
FORMULACIÓN DE CASO CLÍNICO PACIENTE 7.

HISTORIA DE CASO:

Fecha: Febrero de 2010

Datos Socio Demográficos

Nombre Completo: XXXXXXXXXXXXXXXX Edad: 12 años Sexo: Femenino.
Grado: 3 primaria.

Lugar y fecha de nacimiento: Encino, 10 de Octubre de 1998

Dirección: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX Teléfono: XXXXXXXX

Nombre del Padre: XXXXXXXXXXXXXXXX Ocupación: Arrendatario Tel:
XXXXXXXXXX

Nombre de la Madre: XXXXXXXXXXXXXXXX Ocupación: Agricultora Tel:
XXXXXXXXXX

Estado civil de los padres: Divorciados Religión: Católica

Número de hermanos: 4 Lugar que ocupa entre ellos: Menor

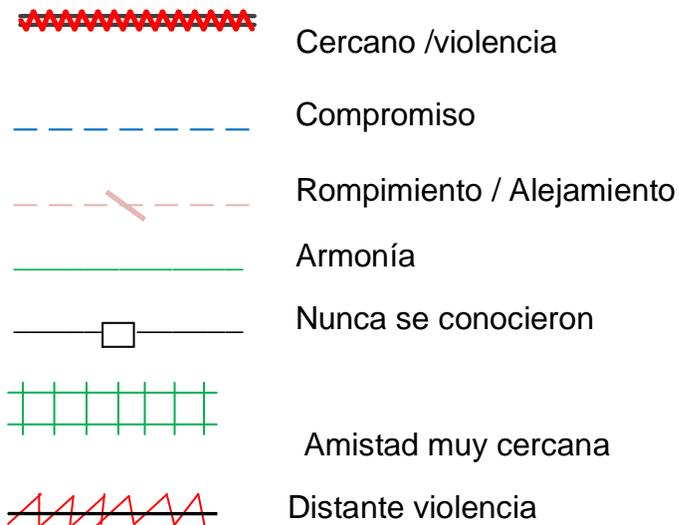
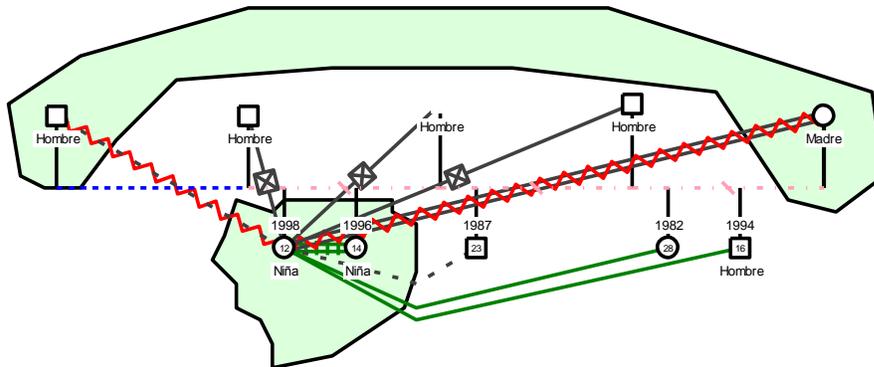
Hobbies: Escuchar música y hablar con las amigas.

Nombre del Terapeuta: Ligia Rodríguez Rico

- A. Datos generales: La paciente es una niña de 12 años, vive junto con su hermana en una institución de protección del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. Es la sexta entre 5 hermanos, actualmente cursa 3 de primaria; hace un año y dos meses que no se puede comunicar y/o ver a su progenitora. Es una niña que ha presentado historia de maltrato físico y psicológico por parte de su madre y el padrastro. Dentro del proceso de indagación de la historia personal no se obtuvieron datos sobre el período de embarazo, parto y la etapa neonatal.

Actualmente la niña presenta dificultades de convivencia con sus compañeras, mostrando conductas de agresión física, verbal y el no acatamiento de mínimas normas de convivencia al interior de la casa hogar. Así mismo reporta constantes sueños y pesadillas con su familia biológica.

B. GENOGRAMA.



C. MOTIVO DE CONSULTA: “Lo que quiero es estar con mi mamita y que ese señor ya no esté”.

D. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

La niña presenta una evidente necesidad de afecto materno y especialmente de sus cuidadores y personas asistentes a la fundación. No posee normas de convivencia y de adaptación al hogar; se entristece al recordar su progenitora, genera y expresa conductas depresivas al recordar los continuos maltratos a los cuales era sometida. En sus expresiones verbales y no verbales se observan posibles maltratos físicos y psicológicos por parte de su madre y su padrastro.

No recibió educación formal por cuanto debía trabajar para ganar su comida. La niña expresa que su madre actualmente es sometida a maltrato físico, emocional por parte de su actual pareja. La Fundación hogar evaluando su estado nutricional decidió hospitalizarla por desnutrición.

Actualmente la niña presenta sueños y pesadillas con su familia biológica en donde su padrastro le genera agresión física y reducción de sus deseos y sentimientos.

E. CICLO DE VIDA:

Adolescencia: No se puede acceder a datos sobre embarazo, parto y período neonatal por cuanto no se tiene contacto con su madre y/o hermanos mayores. La niña reporta que en la etapa de primera infancia vivía con su padre en la población de Encino Santander, él la cuidaba y le brindaba afecto, pero por constituir una nueva familia le fue imposible seguirla cuidando. El padre la dejó al cuidado de su madre, quien no apoya a la niña en sus procesos básicos de vida. Empezó su proceso de adolescencia en la Fundación Hogar.

F. ANALISIS POR AREAS:

Área de la salud: La niña expresa que recién ingresada al I.C.B.F. fue hospitalizada por desnutrición. Actualmente, la nutricionista institucional lleva seguimiento de su caso, reportando normalidad en su peso y talla. Hace un año presentó conductas auto lesivas como respuesta a situaciones ansiosas. De la misma forma eventualmente la niña frente a situaciones de estrés, responde con respuestas de sensación de ahogo, sudoración, temblor en su cara y boca. Conserva normas de aseo e higiene personal.

Área Familiar: La paciente tiene una familia disfuncional, caracterizada por relaciones maternas conflictivas y agresivas y relaciones paternas ausentes. . Su padre biológico, se encargó de la niña los tres primeros años, actualmente vive en un pueblo lejano del cual desconoce su paradero, sin embargo tiene de su progenitor recuerdos agradables y de protección. Anhela ver y estar en compañía de su padre, situación que le genera sentimientos de frustración. El núcleo familiar de la paciente está compuesto por su madre, su padrastro y sus cinco hermanos. Actualmente,

los hijos mayores de la paciente conviven con amigos y/o familiares. Su madre vive en Encino Santander en una finca alejada junto a al padrastro. La niña reporta que su madre ha convivido con diferentes compañeros y que por su escasa educación sólo sabe trabajar las labores del campo. La niña percibe maltrato físico y verbal de la madre, del padrastro y del padrastro a su madre. Expresa sentimientos de rechazo, rabia y dolor al referirse a su padrastro actual; piensa que por su culpa perdió el afecto y la compañía con su madre, se exploró posible abuso sexual por parte de su padrastro a lo cual resultó negativo. En relación a sus hermanos expresa, afecto, cariño y general emociones positivas. Expresa deseos de estar con sus hermanos y compartir con ellos parte de su vida. Actualmente, en la Fundación Hogar vive su hermana de 14 años con la cual establecen relaciones de apoyo y ayuda mutua.

Área Social: La niña tiene restricciones en el área social, por cuanto sólo se limita a interactuar con su grupo de pares en la Fundación y en el colegio. Las salidas a eventos sociales, deportivos, culturales son escasas. De otro lado, se observa que sus pautas de comportamiento grupal son deficientes, expresa agresión física y verbal y muestra escasos métodos de afrontamiento a situaciones de alto estrés. Al contacto individual con otros niños se observa que establece relaciones estables; al trato y establecimiento de relaciones con adultos en la mayoría de las veces se genera dependencia marcada, hábitos desfavorables de expresión de afecto y búsqueda de atención; rebasa límites de corporeidad, expresa necesidad de afecto.

Área académica: La niña no tuvo oportunidad de asistir al preescolar. Su familia de origen y especialmente su madre sólo la apoyó en el grado primero de primaria. Al término de este fue retirada por su madre a petición del padrastro, según relata la paciente. Actualmente la Fundación hogar la apoya para continuar su tercero de primaria. En el salón de clases los compañeros son menores, pero este elemento no interfiere ni molesta a la niña. A nivel de lectura y escritura presenta dificultades especialmente en las áreas de inglés y matemáticas, sin embargo la motivan para fortalecer su aprendizaje. Reporta que le gusta estudiar, leer cuentos y dibujar. Requiere de constante ayuda y refuerzo en las diferentes materias.

Área cognitiva: La niña tiene orientación auto y alopsíquica, su lenguaje es entendible y coherente, caracterizado por pronunciaciones “consentidas”, se evidencia la falta de capacitación académica en su discurso (poca fluidez). Presenta eventuales bloqueos, en donde al parecer no encuentra las palabras necesarias para comunicarse. Mantiene la memoria conservada.

Tiene pensamientos repetitivos de odio y venganza hacia su padrastro, los cuales los expresa a través de sueños y pesadillas.

G: Hipótesis Diagnóstica:

A través de la observación y los instrumentos aplicados para el diagnóstico se encontró que la paciente genera amplias respuestas de ansiedad como sudoración, sensación de ahogo, molestias abdominales, inestabilidad emocional, llanto, y procesos de agresión hacia sus compañeros en la casa hogar. De otro lado, los resultados observados en la prueba (E.H.S.) se encontró que la niña carece en un nivel muy significativo de autoexpresión en habilidades sociales, expresión de enfado o disconformidad, capacidad de iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto. La carencia de estas habilidades, enfrentarse a un contexto diferente sin el apoyo de su familia, generar procesos de competencia para ganar espacios y carencia de afecto entre otros procesos hace que esta adolescente tenga dificultades en su desarrollo integral.

En la prueba E.H.S. aplicada se observaron los siguientes resultados:

PRUEBA: ESCALA DE HABILIDADES SOCIALES (E.H.S.)							
SUB ESCALAS	I: Auto expresión en situaciones sociales	II: Defensa de los propios derechos como consumidor.	III: Expresión de enfado o disconformidad.	IV: Decir NO y cortar interacciones	V: Hacer peticiones	VI: Iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto.	Global
PRETEST	5	20	5	25	65	2	5
INTERP.	Falta de habilidad para expresar opiniones	Dificultad en conductas asertivas frente a desconocidos	Dificultad para expresar discrepancias	Baja habilidad para cortar interacciones	Tiene bases para expresar peticiones de lo que quiere.	Dificultad para establecer interacciones con el sexo opuesto	Falta de habilidades sociales en diferentes contextos

DSM IV: Diagnóstico:

Eje I	➤ Trastorno adaptativo crónico con ansiedad.
Eje II	➤ Z03.2 (V71.09)
Eje III	➤ Desnutrición.
Eje IV	Problemas relativos al grupo primario de apoyo: ➤ Perturbación familiar por separación. ➤ abandono y cambio de hogar. ➤ Se presenta una nueva unión marital de la madre. ➤ Maltrato físico, psicológico y disciplina inadecuada.
Eje V	➤ Puntuación de: 60 / 51

H. Objetivos terapéuticos:

- ✓ Incrementar manejo de habilidades sociales en actividades interpersonales.
- ✓ Aumentar niveles de comunicación asertiva y resolución de conflicto.
- ✓ Favorecer estrategias en el afrontamiento de problemas.
- ✓ Manejo de ansiedad.

I. PLAN DE INTERVENCION:

SESION N°	PROCESO TERAPEUTICO
1	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Presentación del terapeuta, construcción de raport. ➤ Explicación de los fundamentos del tratamiento. ➤ Explicación de los objetivos, frecuencia y duración del proceso de intervención.
2	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Entrevista semiestructurada, aplicación de la escala de habilidades sociales (E.H.S). ➤ Recolección de pensamientos automáticos.
3	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Reestructuración cognitiva dirigida hacia las ideas irracionales y pensamientos automáticos.
4	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Talleres de habilidades sociales.
5	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Retroalimentación del proceso realizado a nivel individual y grupal. ➤ Reorganización del tiempo libre.

	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Repaso de técnicas aprendidas. ➤ Aplicación post test: E.H.S.
6	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Evaluación del proceso, conclusiones y cierre del proceso terapéutico.

J. ANALISIS FINAL DEL CASO:

Con base en el tratamiento establecido y aplicado a la paciente, se pueden observar las siguientes condiciones: Se logró transmitir la información sobre los principios de la terapia racional emotiva conductual, descubrir defensas, mostrarle cómo influyen los pensamientos en los sentimientos. La P.I. se logró dar cuenta cómo muchos de esos pensamientos son automáticos. A lo largo de las sesiones se observó el avance de la paciente para reconocer si son pensamientos automáticos, y cómo ella tiene la capacidad para realizar cuestionamientos sobre los pensamientos; cómo puede controlar los síntomas fisiológicos a través de la relajación progresiva (técnica de Jacobson). Se observó el aprendizaje sobre los derechos humanos básicos. Se incrementaron en ella las diferentes formas de afrontar los problemas. Al observar la prueba E.H.S se encontró que: hay cambios significativos en relación al aprendizaje de la habilidad de la expresión de enfado o disconformidad, es decir la paciente al lidiar un enfado evita la aparición del conflicto con otras personas. (Pretest: 5, postest: 55), lo cual quiere decir que en promedio a lo largo del proceso pudo adquirir la habilidad. De la misma forma se observa que respecto iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto (Pretest: 2, postest: 25) fue una variable en donde generó un incremento en las puntuaciones, sin embargo está aún en la adquisición de dichas habilidades. En general se establece que la paciente en relación a la adquisición de habilidades sociales durante el proceso de intervención personal y grupal generó incrementos significativos (pretest: 5, postest: 35) sin embargo se necesita seguir con intervenciones para lograr una adaptación óptima de la paciente a su medio.

PRUEBA: ESCALA DE HABILIDADES SOCIALES (E.H.S.)							
	I:	II:	III:	IV:	V:	VI:	
SUB ESCALAS	Auto expresión en situacion es	Defensa de los propios derechos como consumidor.	Expresión de enfado o disconformidad	Decir NO y cortar interaccione s	Hacer peticione s	Iniciar interaccione s positivas con el sexo opuesto.	Global

	sociales						
POSTEST	35	35	55	35	75	25	35
INTERP.	Falta de habilidad para expresar opiniones	Dificultad en conductas asertivas frente a desconocidos	Está en la fase de adquisición de habilidades para expresar discrepancias.	Presenta dificultad en la adquisición de habilidad para cortar interacciones.	Tiene habilidades para expresar peticiones de lo que quiere.	Posee dificultad para establecer interacciones con el sexo opuesto	Falta de habilidades sociales en diferentes contextos, aunque se observa que está en la fase de adquisición primaria de las habilidades.

ANÁLISIS DE LOS CASOS

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

ESPECIALIZACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

FORMULACIÓN DE CASO CLÍNICO PACIENTE 4.

HISTORIA DE CASO:

Fecha: Febrero de 2010

Datos Socio Demográficos

Nombre Completo: XXXXXXXXXXXXXXXX Edad: 13 años Sexo: Masculino.
Grado: Sexto.

Lugar y fecha de nacimiento: San Gil, Diciembre de 1995.

Dirección: XXXXXXXXXXXXXXXX Teléfono: XXXXXXXX

Nombre del Padre: XXXXXXXXXXXXXXXX Ocupación: Arrendatario Tel:
XXXXXXXXXX

Nombre de la Madre: XXXXXXXXXXXXXXXX Ocupación: Agricultora Tel:
XXXXXXXXXX

Estado civil de los padres: Divorciados Religión: Católica

Número de hermanos: 2 Lugar que ocupa entre ellos: Menor

Hobbies: Escuchar música y nadar.

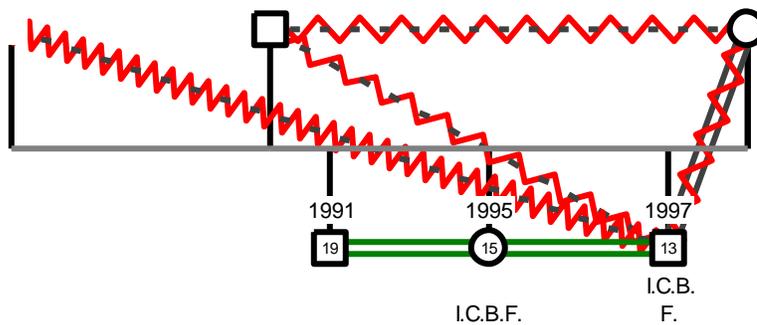
Nombre del Terapeuta: Ligia Rodríguez Rico

- A. Datos generales: El niño en su último ingreso a la institución lo hace por cuanto la policía observa que este niño permanece hasta altas horas de la noche en la calle, en compañía de adultos y en sitios abiertos sin ninguna protección familiar. Realizaba actividades de mendicidad. El paciente es un joven de 13 años de edad, actualmente vive con 6 jóvenes más en la casa hogar de la Fundación Niño Jesús de Belén. Este joven está vinculado al I.C.B.F. desde hace 7 años en períodos intermitentes (la familia lo toma bajo su cuidado y en diferentes oportunidades el I.C.B.F. al evaluar el proceso y al observar fallas, se determinaba que debe volver a la institución). En el área académica cursa 6to grado en un colegio público. Tiene dificultades con la adaptación a las normas; su familia está compuesta por su madre, su padrastro y dos hermanos: un joven de 19 años y una joven de 15 años, la cual está también bajo la protección del I.C.B.F.; su padre los abandonó hace 10 años; las relaciones familiares son de orden disfuncional. La progenitora se declaró en pobreza absoluta para cumplir las necesidades básicas del joven, por tal razón el I.C.B.F. lo

declaró en estado de abandono y lo tiene bajo su protección en forma definitiva. Dentro del proceso de búsqueda de la historia personal no se obtuvieron datos sobre el período de embarazo, parto y la etapa neonatal.

Actualmente el joven presenta dificultades de convivencia con sus compañeros, mostrando conductas de agresión física, verbal y el no acatamiento de mínimas normas de convivencia al interior de la casa hogar. Así mismo ha presentado en repetidas ocasiones escapes de la casa hogar.

B. GENOGRAMA.



Cercano /violencia



Amistad cercana

C. MOTIVO DE CONSULTA:

“Quisiera ver a mi mamá, a mis hermanos, que me dejen al menos un día para poder estar con ellos, quiero vivir con mis hermanos. Aquí, se vive con dificultades”

D. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

Cuando el niño llega al I.C.B.F. por tercera vez, presentaba comportamientos de angustia y preocupación por reintegrarse a la institución, sentía ambivalencia si dejar la vida que llevaba de libertad y dinero fácil y/o cambiarla por una vida con actividades programadas, horarios que cumplir, normas y disciplina. Los primeros días fueron difíciles para todos: paciente, compañeros y personal de apoyo interno de la fundación. Su comportamiento se acompañaba de rasgos de rebeldía, agresión y tristeza. El cumplimiento de normas era mínimo, generando dificultades de convivencia en la fundación hogar. Actualmente, establece mínimo acatamiento a normas de convivencia establecidas institucionalmente.

E. CICLO DE VIDA:

Adolescencia: No se puede acceder a datos sobre embarazo, parto y período neonatal por cuanto no se dio entrevista con progenitores. El adolescente expresa que en la etapa de primera infancia vivía con su madre, y sus hermanos mayores, en un barrio popular de la ciudad. Su madre, no les brindaba los cuidados necesarios de alimentación, educación, ropa y protección. El padre, cuando convivía con la familia, generaba un ambiente de agresión hacia su pareja y hacia los menores, ya que el proceso de alcoholismo por el que atravesaba era uno de los elementos generadores de tales conductas en contra de la familia.

El proceso educativo del joven no era apoyado por la familia, aunque estaba matriculado en un colegio, no se le realizaba apoyo y seguimiento a las tareas o relación de responsabilidades frente al colegio. En el momento el joven experimenta cambios físicos y psicológicos que lo adentran en un proceso de adolescencia.

F. ANALISIS POR AREAS:

Área de la salud: El joven tiene estándares adecuados y esperados en relación a su salud física. La fundación se preocupa por los niveles de control pertinentes.

Área Familiar: El adolescente tiene una familia disfuncional, caracterizada por relaciones maternas conflictivas y agresivas y relaciones paternas ausentes. El padre biológico, los acompañó intermitentemente hasta que el joven tuvo cuatro años; actualmente no se sabe sobre su paradero. Las relaciones familiares se caracterizan por ser distantes y conflictivas entre sus miembros especialmente hacia la figura de padre y su padrastro. Los sentimientos hacia su madre son cercanos y conflictivos. Los hermanos representan figuras amadas y queridas. Anhela ver y estar en compañía de su padre, situación que le genera sentimientos de frustración y abandono. El núcleo familiar del paciente está compuesto por su madre,

su padrastro y sus dos hermanos. Actualmente, los hermanos mayores de la paciente conviven con amigos y/o familiares. Su madre vive en San Gil junto al padrastro. Expresa sentimientos de rechazo, rabia y dolor al referirse a su padrastro actual; piensa que por su culpa, no tuvo espacio e importancia en el hogar; perdió el afecto y la compañía con su madre. Expresa deseos de estar con sus hermanos y compartir con ellos parte de su vida.

Área Social: Su comportamiento en el grupo se basa en el liderazgo, aunque con el mismo tiende a generar demandas incomprensibles y comportamientos manipuladores. Tiene facilidad para hacer amigos, sin embargo no sabe mantener las normas de respeto y adaptación al sitio. En el trato con sus compañeros se observa falta de control de impulsos, sus pautas de comportamiento grupal son deficientes, expresa agresión física y verbal y muestra escasos métodos de afrontamiento a situaciones de alto estrés. Al contacto individual con otros niños menores se observa que establece relaciones seguras; al trato y establecimiento de relaciones con adultos en la mayoría de las veces se genera trato aceptable con las directivas y distante y conflictivo con las encargadas de sus necesidades básicas.

Área académica: El joven asistió con regularidad al pre-escolar. Su familia de origen y especialmente su madre sólo la apoyó en el grado primero y segundo de primaria. Los estudios los ha realizado en diferentes instituciones educativas, en donde la familia y el estado han estado vinculados de una forma precaria. Actualmente la Fundación hogar lo apoya para continuar su sexto grado de secundaria. En el salón de clases los compañeros son menores, pero este elemento no interfiere ni molesta al joven. A nivel de lectura y escritura presenta dificultades especialmente en las áreas de inglés, matemáticas y educación artística; sin embargo se motiva por el proceso de aprendizaje. Requiere de constante ayuda, supervisión y refuerzo en las diferentes materias.

Área cognitiva: No posee problemas de aprendizaje, su memoria está conservada en sus tres esferas (tiempo, espacio y lugar). Su lenguaje es claro y coherente, elabora juicios valorativos. Posee buena capacidad de análisis y abstracción.

Área conductual: Es un adolescente colaborador, inteligente y capaz; se interesa en ayudar a otros niños. Participa en conductas que podrían resultar peligrosas para sí mismo y para otros (trepar árboles altos, jugar con avisperos, romper vidrios, trepar ventanas). Tiene dificultades de

comportamiento con sus compañeros de convivencia y de colegio. Genera conductas impulsivas e irresponsables para él y quien lo rodea (desorden, agresión a compañeros, irreverencia). Frente a los retos responde con conductas infantiles y se da por vencido muy fácilmente.

G: Hipótesis Diagnóstica:

A través de la observación y los instrumentos aplicados para el diagnóstico se encontró que el paciente sostiene un patrón conductual donde viola los derechos básicos de sus compañeros de convivencia, las normas impuestas por la casa hogar; expresando comportamientos de amenaza o intimidación a otros, se implica en peleas tanto en el hogar como en el colegio, ocasionalmente presenta conductas de robo y violenta espacios comunes, entre las más frecuentes. De otro lado, los resultados observados en la prueba (E.H.S.) mostraron que el joven carece en un nivel muy significativo de las habilidades para la expresión de enfado o disconformidad, incapacidad para decir no y cortar interacciones, capacidad de iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto. La carencia de estas habilidades, enfrentarse a un contexto diferente sin el apoyo de su familia, generar procesos de competencia para ganar espacios y carencia de afecto entre otros procesos hace que este adolescente tenga dificultades en su desarrollo integral.

En la prueba de E.H.S aplicada se encuentro los siguientes resultados:

PRUEBA: ESCALA DE HABILIDADES SOCIALES (E.H.S.)							
SUB ESCALAS	I: Auto expresión en situaciones sociales	II: Defensa de los propios derechos como consumidor.	III: Expresión de enfado o disconformidad	IV: Decir NO y cortar interacciones	V: Hacer peticiones	VI: Iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto.	Global
PRETEST	25	35	10	15	50	30	20
INTERP.	Falta de habilidad para expresar opiniones	Dificultad en conductas asertivas frente a desconocidos	Dificultad para expresar discrepancias	Baja habilidad para cortar interacciones	Tiene bases para expresar peticiones de lo que	Dificultad para establecer interacciones con el sexo opuesto	Falta de habilidades sociales en diferentes contextos

					quiere.		
--	--	--	--	--	---------	--	--

DSM IV: Diagnóstico:

Eje I	➤ Trastorno disocial, tipo de inicio infantil leve.
Eje II	➤ Z03.2 (V71.09)
Eje III	➤ Ningún diagnóstico.
Eje IV	<p>Problemas relativos al grupo primario de apoyo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Perturbación familiar por separación. ➤ abandono y cambio constante de hogar. ➤ Se presenta una nueva unión marital de la madre. ➤ Maltrato físico, psicológico y disciplina inadecuada. ➤ Permanencia frecuente en las calles de la ciudad. ➤ Ausencia de normas familiares.
Eje V	➤ Puntuación de: 70 / 61

H. Objetivos terapéuticos:

- ✓ Incrementar manejo de habilidades sociales en actividades interpersonales.
- ✓ Aumentar niveles de comunicación asertiva y resolución de conflicto.
- ✓ Favorecer estrategias en el afrontamiento de problemas.
- ✓ Manejo de autoestima.

I. PLAN DE INTERVENCION:

SESION Nº	PROCESO TERAPEUTICO
1	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Presentación del terapeuta, construcción de raport. ➤ Explicación de los fundamentos del tratamiento. ➤ Explicación de los objetivos, frecuencia y duración del proceso de intervención.

2	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Entrevista semiestructurada, aplicación de la escala de habilidades sociales (E.H.S). ➤ Recolección de pensamientos automáticos.
3	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Reestructuración cognitiva dirigida hacia las ideas irracionales y pensamientos automáticos.
4	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Talleres de habilidades sociales.
5	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Retroalimentación del proceso realizado a nivel individual y grupal. ➤ Reorganización del tiempo libre. ➤ Repaso de técnicas aprendidas. ➤ Aplicación post test: E.H.S.
6	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Evaluación del proceso, conclusiones y cierre del proceso terapéutico.

J. ANALISIS FINAL DEL CASO:

Con base en el tratamiento establecido y aplicado al joven, se pueden observar las siguientes condiciones: Se logró transmitir la información sobre los principios de la terapia racional emotiva conductual, descubrir defensas, mostrarle cómo influyen los pensamientos en los sentimientos. El P.I. se logró dar cuenta cómo muchos de esos pensamientos son automáticos. A lo largo de las sesiones se observó el avance de la paciente para reconocer si son pensamientos automáticos, y cómo él tiene la capacidad para realizar cuestionamientos sobre los pensamientos; cómo puede controlar los síntomas fisiológicos a través de la relajación progresiva (técnica de Jacobson). Se observó el aprendizaje sobre los derechos humanos básicos. En este paciente se observa un avance significativo de los objetivos propuestos en el proceso terapéutico, en la adquisición de habilidades sociales corroboradas también en las verbalizaciones del propio sujeto. Al observar la prueba E.H.S se encontró que adquirió las siguientes habilidades: Manejo de autoexpresión en situaciones sociales sin ansiedad ((pretest: 25, postest: 45); mejoró significativamente la expresión de conductas asertivas frente a desconocidos (pretest: 35, postest: 70); incrementó mínimamente las bases para la expresión del enfado o disconformidad (Pretest: 10, postest 40); mejoró en el entrenamiento para decir no y cortar interacciones (pretest: 15, postets: 40). En relación a la habilidad de hacer peticiones estas permanecieron en igual estado (pretest: 50, postest: 50). Se recomienda seguir con los procedimientos para generar mejor adaptación del joven al medio.

PRUEBA: ESCALA DE HABILIDADES SOCIALES (E.H.S.)							
SUB ESCALAS	I: Auto expresión en situaciones sociales	II: Defensa de los propios derechos como consumidor.	III: Expresión de enfado o disconformidad	IV: Decir NO y cortar interacciones	V: Hacer peticiones	VI: Iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto.	Global
POSTEST	45	70	40	40	50	50	50
INTERP.	Posee la habilidad para expresar opiniones	Posee habilidades en conductas asertivas frente a desconocidos	Está en la fase de adquisición de habilidades para expresar discrepancias.	Está en la fase de adquisición de habilidad para cortar interacciones.	Tiene habilidades para expresar peticiones de lo que quiere.	Tiene habilidades para establecer interacciones con el sexo opuesto	Este sujeto posee las habilidades sociales. La fase en la cual se encuentra es de adquisición y mantenimiento de las mismas.

ANÁLISIS DE LOS CASOS

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

ESPECIALIZACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

FORMULACIÓN DE CASO CLÍNICO PACIENTE 2.

HISTORIA DE CASO:

A. Datos generales:

El paciente es un joven de 13 años de edad, actualmente vive con sus 6 compañeros de la casa hogar del I.C.B.F. El niño después de cumplir su

primer año de nacido, por circunstancias en donde su madre carecía de los cuidados y alimentos básicos, el estado tomó al bebé y lo declaró en abandono; desde entonces ha pasado aproximadamente por 5 hogares sustitutos. El niño no logró adaptarse a los hogares y por esta razón el I.C.B.F. nuevamente lo llevaba a instituciones internas con grupos de niños. El joven, expresa que algún día podrá conocer a sus padres e ir con ellos, donde se sienta amado y especial.

El comportamiento que ha presentado al paso por los hogares sustitutos se ha caracterizado en la mayoría de las veces por acciones de rebeldía, desobediencia y apatía hacia el grupo o las personas de las familias adoptantes. Por los continuos cambios de hogar, el joven debió interrumpir los estudios de primaria; de otro lado tiene diagnóstico en dificultades del aprendizaje.

Las directivas y los docentes expresan que se ha caracterizado por desafiar las reglas y normas, es retador, y suele tener dificultades con las autoridades. Ha recibido apoyo psicológico a través de la institución.

Dentro del proceso de indagación de la historia personal no se obtuvieron datos sobre el período de embarazo, parto y la etapa neonatal.

Actualmente el joven presenta dificultades de convivencia con sus compañeros, mostrando conductas de agresión física, verbal y el no acatamiento de mínimas normas de convivencia al interior de la casa hogar.

B. GENOGRAMA.

Nota: Niño institucionalizado hace 12 años.

C. MOTIVO DE CONSULTA:

“Me hacen falta mis hermanos, mis verdaderos papás, mis otros familiares, no me siento bien en este sitio; pero ellos, todos han sido buenos conmigo. Quiero mejorar mi comportamiento”

D. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

El niño ha tenido dificultades de adaptación a los diferentes hogares sustitutos y a las casas del I.C.B.F. Este comportamiento ha influido en sus procesos educativos, en su estructura de personalidad (identidad, su historia personal, efecto). Actualmente, el joven presenta comportamientos agresivos hacia sus compañeros, bajo acatamiento en normas, dificultades de orden académico.

E. CICLO DE VIDA:

Adolescencia: No se puede acceder a datos sobre embarazo, parto y período neonatal por cuanto no se tiene contacto con su madre y/o hermanos mayores. El adolescente expresa que en la etapa de primera infancia (primer año) vivía con su madre, y sus hermanos mayores, en un

barrio popular de la ciudad de Tunja. En el momento el joven experimenta cambios físicos y psicológicos que lo adentran en un proceso de adolescencia.

F. ANALISIS POR AREAS:

Área de la salud: El joven tiene estándares adecuados y esperados en relación a su salud física. Se observan dificultades a nivel visual, los cuales son tratados y coordinados desde la fundación.

Área Familiar: Para el adolescente la familia, la componen los directivos de la institución, y sus compañeros de convivencia; y las relaciones con ellos son cercanas y conflictivas. Expresa deseos de estar con sus verdaderos hermanos y compartir con ellos parte de su vida.

Área Social: El comportamiento con los compañeros en ocasiones es irreverente, irrespetuoso, pero también tiene actitudes de apoyo y afecto a algunos de ellos. Tiene dificultades para hacer amigos, no sabe mantener las normas de respeto y adaptación al grupo. En el trato con sus compañeros se observa falta de control de impulsos, se observa que las pautas de comportamiento grupal son deficientes, expresa agresión física y verbal y muestra escasos métodos de afrontamiento a situaciones de alto estrés. Su área social se limita a sus compañeros de vivienda y compañeros del colegio. Las oportunidades de socializar en ambientes externos son limitadas.

Área académica: El joven asistió con regularidad al pre-escolar, la primaria, y la secundaria. Los estudios los ha realizado en diferentes instituciones educativas públicas. La ausencia de la familia en el acompañamiento educativo, ha dificultado el proceso de aprendizaje. Actualmente, cursa 6to grado en un colegio público. En el salón de clases los compañeros son menores, pero este elemento no interfiere ni molesta al joven. A nivel de lectura y escritura presenta dificultades especialmente en las áreas de inglés, matemáticas y sociales. El joven requiere de constante ayuda, supervisión y refuerzo en las diferentes materias.

Área cognitiva: En la institución se le ha diagnosticado problemas de aprendizaje. Su memoria está conservada en sus tres esferas (tiempo, espacio y lugar). Su lenguaje es claro y coherente, elabora juicios valorativos.

Área conductual: Es un adolescente colaborador, inteligente y capaz; se interesa en ayudar a otros niños. Participa en conductas que podrían

resultar peligrosas para sí mismo y para otros (trepar árboles altos, jugar con avisperos, romper vidrios, trepar ventanas). Tiene dificultades de comportamiento con sus compañeros de convivencia y de colegio. Genera conductas impulsivas e irresponsables para él y quien lo rodea (desorden, agresión a compañeros, irreverencia).

G: Hipótesis Diagnóstica:

A través de la observación y los instrumentos aplicados para el diagnóstico se encontró que el paciente sostiene un patrón conductual donde viola los derechos básicos de sus compañeros de convivencia, las normas impuestas por la casa hogar; expresando comportamientos donde a menudo incurre en pataletas, discute con sus compañeros y adultos, molesta con frecuencia a los otros, y genera pautas de resentimiento. De otro lado, los resultados observados en la prueba (E.H.S.) mostraron que el joven carece en un nivel muy significativo de las habilidades para la expresión en situaciones sociales, defensa de los propios derechos e iniciar interacciones con el sexo opuesto. La carencia de estas habilidades, enfrentarse a un contexto diferente sin el apoyo de su familia, generar procesos de competencia para ganar espacios y carencia de afecto entre otros procesos hace que este adolescente tenga dificultades en su desarrollo integral.

En la prueba de E.H.S aplicada se encontraron los siguientes resultados:

PRUEBA: ESCALA DE HABILIDADES SOCIALES (E.H.S.)							
SUB ESCALAS	I: Auto expresión en situaciones sociales	II: Defensa de los propios derechos como consumidor.	III: Expresión de enfado o disconformidad	IV: Decir NO y cortar interacciones	V: Hacer peticiones	VI: Iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto.	Global
PRETEST							

	4	10	40	30	85	15	15
INTERP.	Falta de habilidad para expresar opiniones	Dificultad en conductas asertivas frente a desconocidos	Dificultad para expresar discrepancias	Baja habilidad para cortar interacciones	Tiene habilidades para expresar peticiones de lo que quiere.	Dificultad para establecer interacciones con el sexo opuesto	Falta de habilidades sociales en diferentes contextos

DSM IV: Diagnóstico:

Eje I	➤ Trastorno negativista desafiante, problemas académicos.
Eje II	➤ Z03.2 (V71.09)
Eje III	➤ Ningún diagnóstico.
Eje IV	<p>Problemas relativos al grupo primario de apoyo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Perturbación familiar por separación. ➤ Abandono y cambio constante de hogar. ➤ Maltrato físico, psicológico y disciplina inadecuada. ➤ Abandono del niño. ➤ Diferentes hogares de paso, diferentes normas.
Eje V	➤ Puntuación de: 70 / 61

H. Objetivos terapéuticos:

- ✓ Incrementar manejo de habilidades sociales en actividades interpersonales.
- ✓ Aumentar niveles de comunicación asertiva y resolución de conflicto.
- ✓ Favorecer estrategias en el afrontamiento de problemas.
- ✓ Manejo de autoestima.

I. PLAN DE INTERVENCION:

SESION N°	PROCESO TERAPEUTICO
1	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Presentación del terapeuta, construcción de report. ➤ Explicación de los fundamentos del tratamiento. ➤ Explicación de los objetivos, frecuencia y duración del proceso de intervención.

2	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Entrevista semiestructurada, aplicación de la escala de habilidades sociales (E.H.S). ➤ Recolección de pensamientos automáticos.
3	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Reestructuración cognitiva dirigida hacia las ideas irracionales y pensamientos automáticos.
4	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Talleres de habilidades sociales.
5	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Retroalimentación del proceso realizado a nivel individual y grupal. ➤ Reorganización del tiempo libre. ➤ Repaso de técnicas aprendidas. ➤ Aplicación post test: E.H.S.
6	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Evaluación del proceso, conclusiones y cierre del proceso terapéutico.

J. ANALISIS FINAL DEL CASO.

Con base en el tratamiento establecido y aplicado al joven, se pueden observar las siguientes condiciones: Se logró transmitir la información sobre los principios de la terapia racional emotiva conductual, descubrir defensas, mostrarle cómo influyen los pensamientos en los sentimientos. El P.I. se logró dar cuenta cómo muchos de esos pensamientos son automáticos. A lo largo de las sesiones se observó el avance de la paciente para reconocer si son pensamientos automáticos, y cómo él tiene la capacidad para realizar cuestionamientos sobre los pensamientos; cómo puede controlar los síntomas fisiológicos a través de la relajación progresiva (técnica de Jacobson). Se observó el aprendizaje sobre los derechos humanos básicos. En este paciente se puede ver un avance poco significativo de los objetivos propuestos en el proceso terapéutico y en la adquisición de habilidades sociales. Al observar la prueba E.H.S se encontró que sigue teniendo dificultades significativas en la calidad de sus habilidades sociales especialmente en la autoexpresión en situaciones sociales (pretest: 4, postest: 2), en la defensa de los propios derechos como consumidos (pretest: 10 y postest: 25) e iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto (pretest: 15 y postest: 30). Sin embargo se puede observar que en las áreas de cortar interacciones (pretest: 30 y postest 65) y hacer peticiones (pretest: 85 y postest: 85) tiene las bases de las habilidades y especialmente la habilidad para hacer peticiones es la que mejor ha desarrollado y mantenido.

PRUEBA: ESCALA DE HABILIDADES SOCIALES (E.H.S.)						
	I:	II:	III:			VI:
	Auto	Defensa de	Expresión de			Iniciar

SUB ESCALAS	expresión en situacion es sociales	los propios derechos como consumidor.	enfado o disconformidad	IV: Decir NO y cortar interaccione s	V: Hacer peticione s	interaccione s positivas con el sexo opuesto.	Global
POSTEST	2	25	40	65	85	30	20
INTERP.	Falta de habilidad para expresar opiniones	Dificultad en conductas asertivas frente a desconocidos	Dificultad para expresar discrepancias	Baja habilidad para cortar interacciones	Tiene habilidad para expresar peticiones de lo que quiere.	Dificultad para establecer interacciones con el sexo opuesto	Falta de habilidades sociales en diferentes contextos