

**UNIVERSIDAD POLITÉCNICA SALESIANA**

**SEDE QUITO**

**CARRERA:  
PSICOLOGÍA**

**Trabajo de titulación previo a la obtención del título de: PSICÓLOGA**

**TEMA:**

**TALLERES DE PSICOEDUCACIÓN PARA PACIENTES EN ATENCIÓN  
PRIMARIA CON ANSIEDAD Y DEPRESIÓN DEL SERVICIO AMBULATORIO  
INTENSIVO DEL CENTRO DE SALUD DE GUAMANÍ TIPO C DURANTE LOS  
MESES DE MARZO A JULIO DE 2021.**

**AUTOR:**

**POLETH DOMÉNICA SANTILLÁN HERRERA**

**TUTOR:**

**MARIO ARTURO MÁRQUEZ TAPIA**

**Quito, enero del 2022**

### **Cesión de derechos de autor**

Yo POLETH DOMÉNICA SANTILLÁN HERRERA, con documento de identificación N° 1753702404, manifiesto mi voluntad y cedo a la Universidad Politécnica Salesiana la titularidad sobre los derechos patrimoniales en virtud de que soy autor del trabajo de titulación intitulado: “TALLERES DE PSICOEDUCACIÓN PARA PACIENTES EN ATENCIÓN PRIMARIA CON ANSIEDAD Y DEPRESIÓN DEL SERVICIO AMBULATORIO INTENSIVO DEL CENTRO DE SALUD DE GUAMANÍ TIPO C DURANTE LOS MESES DE MARZO A JULIO DE 2021” , mismo que ha sido desarrollado para optar por el título de: PSICÓLOGA, en la Universidad Politécnica Salesiana, quedando la Universidad facultada para ejercer plenamente los derechos cedidos anteriormente.

En aplicación a lo determinado en la Ley de Propiedad Intelectual, en mi condición de autor me reservo los derechos morales de la obra antes citada. En concordancia, suscribo este documento en el momento que hago entrega del trabajo final en formato impreso y digital a la Biblioteca de la Universidad Politécnica Salesiana.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Poleth Santillán', written over a horizontal dotted line.

Poleth Santillán

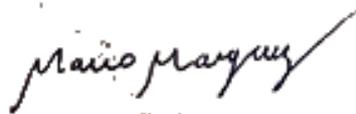
1753702404

Quito, enero 2022

### **Declaratoria de coautoría del docente tutor**

Yo declaro que bajo mi dirección y asesoría fue desarrollado el trabajo de titulación, “TALLERES DE PSICOEDUCACIÓN PARA PACIENTES EN ATENCIÓN PRIMARIA CON ANSIEDAD Y DEPRESIÓN DEL SERVICIO AMBULATORIO INTENSIVO DEL CENTRO DE SALUD DE GUAMANÍ TIPO C DURANTE LOS MESES DE MARZO A JULIO DE 2021” realizado por POLETH DOMÉNICA SANTILLÁN HERRERA, obteniendo un producto que cumple con todos los requisitos estipulados por la Universidad Politécnica Salesiana, para ser considerados como trabajo final de titulación.

Quito, enero del 2022



.....  
Mario Arturo Márquez Tapia.

1708219306

## Carta de autorización

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA  
Coordinación Zonal 9 – SALUD

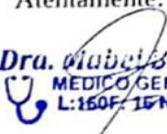
### CARTA DE AUTORIZACIÓN

Quito, 31 de marzo de 2021

El Centro de Salud de Guamaní Tipo C con la administradora técnica a cargo Dra. Mabel del Rocío Banda Calva confiere a POLETH DOMENICA SANTILLÁN HERRERA con cédula de identidad 1753702404 la carta de autorización del uso de imágenes, sonidos, información empresarial y publicación del trabajo de titulación, material que será utilizado para la elaboración del trabajo de grado, denominado:

Talleres de psicoeducación para pacientes en atención primaria con ansiedad y depresión del servicio ambulatorio intensivo del Centro de Salud de Guamaní tipo C durante los meses de marzo a julio del 2021.

Atentamente:

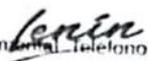
  
**Dra. Mabel Banda**  
MEDICO GENERAL  
L:160F / IEN°3998

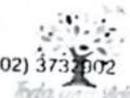
.....  
Dra. Mabel Banda  
Administradora Técnica

  
**Dr. René Correa**  
PSICOLOGIA CLINICA  
Reg. MSP. 112438157

.....  
Dr. René Correa  
Coordinador del área de  
salud mental

Dirección Distrital 17D06 Chilibulo a Lloa Salud  
Av. Qutumbe Nan y Av. Amaruñan – Plataforma Gubernamental. Teléfono: (02) 3732002  
[www.instituciones.msp.gob.ec/cz9](http://www.instituciones.msp.gob.ec/cz9)

  
Lenin



 EL GOBIERNO  
DE TODOS

## **Dedicatoria**

El presente trabajo les dedico con todo mi amor a mis padres Raúl y Cecilia por su apoyo incondicional y esfuerzo durante toda mi carrera universitaria pues a pesar de las dificultades y tropiezos siempre me dieron su cariño y sostén.

A mi familia que ha sabido creer en mí y brindarme una palabra de aliento para continuar hasta el final de esta travesía.

A mis amigas de universidad Dayanna, Evelyn y Sarita y mis hermanas Katy y Valeria por haber ido más allá de una amistad y brindarme siempre su mano, les agradezco por todo amigas y futuras colegas. En general a todos y todas mis amigas y personas valiosas que he conocido en esta travesía de cinco años que me han permitido ser la persona que soy hoy en día.

## **Agradecimiento**

Agradezco a Dios por la vida y permitirme haber llegado a este momento, a mis padres por su amor y apoyo incondicional en las decisiones durante esta travesía, a mi familia que siempre me ha motivado a llegar a ser una profesional.

Agradezco a mis amigos y amigas que hicieron de esta travesía universitaria un tiempo lleno de alegrías y vivencias que las recordaré con mucho cariño. Y finalmente agradezco en general a todas las personas, instituciones, maestros y conocidos que me dieron una mano para cumplir mis metas.

## Índice de contenido

Resumen.....	12
Abstract.....	13
Introducción .....	1
Primera parte.....	2
1. Datos informativos del proyecto.....	2
2. Objetivo de la sistematización .....	3
3. Eje de la sistematización.....	4
4. Objeto de la sistematización .....	4
5. Metodología de la sistematización:.....	4
5.1. Test psicométricos e inventarios: .....	5
5.2. Tablas de calificaciones de pre y post intervención: .....	6
5.3. Tabla de planificación de sesiones: .....	7
5.4. Registro de asistencia tutorías: .....	7
5.5. Registro de asistencia al centro de salud: .....	7
5.6. Registro fotográfico de las sesiones del taller: .....	7
5.7. Registro de consultas a la web:.....	8
5.8. Registro de llamadas para tutorías:.....	8
5.9. Portafolio de materiales creador para el taller: .....	8
6. Preguntas clave .....	8
7. Organización y procesamiento de la información .....	9
8. Análisis de la información .....	27
8.1. Secuenciación: .....	27
8.2. Comparación:.....	27
8.3. Comprensión:.....	27
8.4. Descripción:.....	27
Segunda parte.....	28

1. Justificación: .....	28
2. Caracterización de los beneficiarios .....	30
3. Interpretación .....	31
3.1. Análisis cualitativo: .....	31
3.2. Análisis cuantitativo: .....	36
4. Principales logros del aprendizaje .....	70
Conclusiones .....	72
Recomendaciones .....	74
Bibliografía .....	75
Anexos .....	78

## Índice de tablas

Tabla 1 .....	10
Tabla 2 .....	30
Tabla 3 .....	37
Tabla 4 .....	39
Tabla 5 .....	42
Tabla 6 .....	44
Tabla 7 .....	47
Tabla 8 .....	48
Tabla 9 .....	51
Tabla 10 .....	53
Tabla 11 .....	57
Tabla 12 .....	59
Tabla 13 .....	63
Tabla 14 .....	64
Tabla 15 .....	65
Tabla 16 .....	66
Tabla 17 .....	67
Tabla 18 .....	68
Tabla 19 .....	69

## Índice de figuras

Figura 1. Comparación de las medias aritméticas de las variables del EMES-M de Pre vs Post tratamiento en un conjunto de seis pacientes con ansiedad y depresión intervenidos con psicoeducación y técnicas cognitivo-conductuales.....	46
Figura 2. Comparación de las puntuaciones de las variables del B.D.I de Pre vs Post tratamiento en un conjunto de seis pacientes con depresión y ansiedad intervenidos con psicoeducación y técnicas cognitivo-conductuales.....	49
Figura 3. Comparación de las medias aritméticas de las variables del I.S.R.A de Pre vs Post tratamiento en un conjunto de seis pacientes con depresión y ansiedad intervenidos con psicoeducación y técnicas cognitivo-conductuales.....	55
<i>Figura 4.</i> Comparación de las medias aritméticas de las variables del Inventario de Pensamientos Automáticos de Pre vs Post tratamiento en un conjunto de seis pacientes con depresión y ansiedad intervenidos con psicoeducación y técnicas cognitivo-conductuales....	61
Figura 5. Fórmula T de student empleada para la obtención de las diferencias estadísticamente significativas de las puntuaciones obtenidas de la pre y post evaluación. ...	62

## **Índice de Anexos**

Anexo 1. Tabla de planificación de sesiones .....	78
Anexo 2. Registro de asistencia a tutorías .....	79
Anexo 3. Registro de asistencia al centro de salud.....	80
Anexo 4. Registro fotográfico de las sesiones del taller.....	81
Anexo 5. Materiales creados para el taller .....	84

## Resumen

Esta sistematización refleja el trabajo realizado durante el proyecto de intervención “*Talleres de psicoeducación para pacientes en atención primaria con ansiedad y depresión del Servicio Ambulatorio Intensivo del centro de salud de Guamaní tipo C durante los meses de marzo a julio de 2021*” para evidenciar las actividades que se desplegaron a lo largo de este periodo, los cambios que se dieron en los usuarios y los aprendizajes obtenidos.

Para seleccionar a las personas que formarían parte del taller, se emplearon test psicométricos que evaluaban las variables de los cuadros presentes en los pacientes (ansiedad y depresión) tales como: I.S.R.A – Inventario de Situaciones y Respuestas Automáticas, B.D.I – Inventario de Depresión de Beck, EMES-C; EMES-M Escala Multidimensional de Expresión Social, Inventario de Pensamientos Automáticos de Ruiz y Lujan.

El análisis de las actividades desplegadas por la autora y de los resultados obtenidos de la pre y post evaluación a los asistentes, se los analizó bajo el eje de la sistematización mixta, tomando en cuenta el enfoque cualitativo el cual consta de la descripción de las 12 sesiones realizadas más las acciones desplegadas a lo largo de este periodo y el cuantitativo donde se analiza los gráficos de barras, y tablas con puntuaciones obtenidas por los usuarios en la pre y post evaluación

Esta sistematización del taller de psicoeducación se lo hace con el fin de comparar resultados obtenidos de diversas fuentes y evidenciar el impacto de la psicoeducación en pacientes con ansiedad y depresión.

**Palabras clave:** ansiedad, depresión, psicoeducación, taller, actividades.

## **Abstract**

This systematization reflects the work carried out during the intervention project “*Talleres de psicoeducación para pacientes en atención primaria con ansiedad y depresión del Servicio Ambulatorio Intensivo del centro de salud de Guamaní tipo C durante los meses de marzo a julio de 2021*” to demonstrate the activities that were deployed throughout this period, the changes that occurred in the users and the learnings obtained.

To select the people who would be part of the workshop, psychometric tests were used to evaluate the variables of the pictures present in the patients (anxiety and depression) such as: I.S.R.A – Inventory of Situations and Automatic Responses, B.D.I – Beck Depression Inventory, EMES-C; EMES-M Multidimensional Scale of Social Expression, Inventory of Automatic Thoughts of Ruiz and Lujan.

The analysis of the activities carried out by the author and the results obtained from the pre and post evaluation to the attendees, were analyzed under the axis of mixed systematization, taking into account the qualitative approach which consists of the description of the 12 sessions carried out plus the actions deployed throughout this period and the quantitative one where the bar graphs are analyzed, and tables with scores obtained by users in the pre and post evaluation.

This systematization of the psychoeducation workshop is done in order to compare results obtained from various sources and evidence the impact of psychoeducation in patients with anxiety and depression.

**Keywords:** anxiety, depression, psychoeducation, workshop, activities.

## **Introducción**

A partir de la identificación de las problemáticas en el centro de salud de Guamaní Tipo C con los pacientes del Servicio Ambulatorio Intensivo y los profesionales que laboran en este espacio, se evidenció la necesidad de implementar un taller de psicoeducación para pacientes con ansiedad y depresión con la finalidad de mediante técnicas cognitivas conductuales y evaluación del estado pre y post tratamiento de los usuarios, dar un apoyo en la intervención y el trabajo psicológico de los mismos.

Se evaluó con distintos reactivos para analizar la depresión, la ansiedad, las habilidades sociales y los pensamientos automáticos distorsionados, para a partir de los resultados obtener objetivos de trabajo en las sesiones del taller con la finalidad de trabajar en necesidades más enfocadas para los usuarios.

Mediante el taller de psicoeducación se aportó entendimiento a los usuarios sobre sus patologías, y se conoció el estado en el que se encontraban al iniciar este periodo de tiempo, así como el estado en el que lo finalizaron logrando evidenciar diferencias significativas a partir de un análisis cualitativo y cuantitativo.

## **Primera parte**

### **1. Datos informativos del proyecto**

#### **a) Nombre del proyecto**

Talleres de psicoeducación para pacientes en atención primaria con ansiedad y depresión del servicio ambulatorio intensivo del centro de salud de Guamaní Tipo C durante los meses de marzo a julio de 2021.

#### **b) Nombre de la institución**

Ministerio de Salud Pública del Ecuador – Centro de Salud de Guamaní Tipo C

#### **c) Tema que aborda la experiencia (categoría psicosocial)**

Sistematización de la experiencia de elaboración y verificación de resultados del plan de intervención de psicoeducación Clínica mediante técnicas cognitivo – conductuales.

#### **d) Localización**

Centro de Salud de Guamaní – Tipo C, ubicado en Av. Pedro Quiñonez E1-129 y Av. Pedro Vicente Maldonado

## **2. Objetivo de la sistematización**

### **2.1. Objetivos generales:**

- Sistematizar la experiencia de la intervención realizada, con el fin de evidenciar los resultados del taller de psicoeducación en los pacientes con ansiedad y depresión.

### **2.2. Objetivos específicos:**

- Generar conocimiento científico sobre nuevos planes de intervención grupal para pacientes con trastornos afectivos en particular para ansiedad y depresión.
- Realizar un análisis cualitativo y cuantitativo en base a los resultados obtenidos del taller de psicoeducación. (PRE Y POST INTERVENCIÓN)
- Aprender de la experiencia obtenida de intervenir en el grupo de pacientes para potenciar futuras intervenciones similares de la autora y/o de sus lectores

### **3. Eje de la sistematización**

El eje de sistematización mediante el cual se analizará la experiencia de intervención de los talleres de psicoeducación para pacientes en atención primaria con ansiedad y depresión del servicio ambulatorio intensivo del centro de salud de Guamaní Tipo C, se enmarca a partir de las actividades desplegadas durante el periodo de prácticas y se las analizará bajo una óptica de un eje teórico desde el enfoque cognitivo conductual el cual “es un modelo de tratamiento de diversos trastornos mentales, que trabaja ayudando al paciente a que cambie sus pensamientos, emociones, conductas y respuestas fisiológicas disfuncionales por otras más adaptativas para combatir sus problema” (Puerta & Padilla, 2011, p. 252).

En este enfoque se basará la realización del análisis de la sistematización de los talleres implementados por la autora del proyecto, centrándose principalmente en aprender más a partir de la experiencia de aplicar entrenamiento de habilidades sociales, técnicas de relajación, autorreforzamiento, autorregistros, técnicas de emergencia en situaciones de pánico, teoría A-B-C, reestructuración cognitiva, identificación de distorsiones cognitivas, entre otras.

### **4. Objeto de la sistematización**

El objeto de la sistematización son las actividades y experiencias de haber elaborado y aplicado un plan de intervención mediante un taller de psicoeducación con técnicas desde el enfoque cognitivo conductual, el cual comprende de 12 sesiones, iniciadas desde el 09/04/2021 hasta el 09/07/2021.

### **5. Metodología de la sistematización:**

Para sistematizar esta experiencia se utilizará una metodología mixta “Estos estudios poseen procedimientos de recolección de datos cuantitativos y cualitativos (por ejemplo, una entrevista y un test score) o métodos mixtos de investigación (por ejemplo, una etnografía y un experimento)” (Teddlie y Tashakkori, 2003, como se citó en Pole, 2009, p.39), la cual utiliza la recolección y el análisis de datos cuantitativos y cualitativos al realizar las comparaciones entre elementos de la experiencia que muestren tensiones productivas para lograr la sistematización. Para ello se tomará en cuentas diversas herramientas, con las cuales se procederá a procurar las conclusiones del proyecto implementado; tales herramientas son las siguientes:

### 5.1. Test psicométricos e inventarios:

Las pruebas aplicadas se las seleccionó tras cumplir ciertos criterios, tales como:

- Que evalúen las variables propuestas (ansiedad y depresión) diagnósticos que cumplieran los integrantes del grupo.
- Que las evaluaciones cubran el rango de edad de todas las personas participantes.
- Que sean pruebas que cumplan todos los criterios de validez, confiabilidad, y que sean objetivas es decir que proporcionen puntajes y cuenten con sus manuales de interpretación correspondientes.

Es así como se seleccionaron los siguientes reactivos, que se revisarán desde la perspectiva de investigación es decir sus cualidades para proporcionar elementos como puntajes centiles, fechas, datos estadísticos, entre otros los cuales contribuyan a comparar los elementos de la experiencia con tensión productiva. *(es decir que muestren características sumamente opuestas en el aspecto que se quiere estudiar, por ejemplo, si se quiere aprender a mejorar la motivación escoger para comparar al paciente más motivado vs el que estuvo menos motivado).*

- **Escala multidimensional de expresión social – (Vicente Caballo, 1987,1993):** “Consta de 44 ítems y evalúa toda una serie de pensamientos relacionados con distintas dimensiones de las habilidades sociales” (Aguiano, Vega, Nava, & Soria, 2009, p. 20).

- *Parte Cognitiva (EMES-C):* “Cada ítem de la EMES-C puede puntuar de 0 («Siempre o muy a menudo») a 4 («Nunca o muy raramente»). En esta escala, puntuaciones más bajas indican mayor temor y menor puntuación en habilidades sociales adaptativas” (Caballo & Ortega, 1989, p. 216).

- *Parte Motora – (EMES-M):* Según (Olivos, 2010) “el instrumento consta de 64 ítems, los cuales cuentan de una puntuación desde 4 (“siempre o muy a menudo”) hasta 0 (“nunca o muy raramente”). A mayor puntuación, mayor habilidad social” (p.191).

- **Inventario de situaciones y respuestas de ansiedad, (ISRA, Tobal y Cano, 1986-1994)**, es un instrumento que consta de:

Un formato S-R, es decir que incluye tanto situaciones como respuestas. La tarea de la persona que responde consiste en evaluar la frecuencia con que en ella se manifiestan una serie de respuestas o conductas de ansiedad ante distintas situaciones. Otra característica de este inventario es que recoge conductas o respuestas pertenecientes al sistema cognitivo, al fisiológico y al motor, por lo que se puede obtener una puntuación para cada uno de los tres sistemas citados. (Tobal & Vindel, 2002, p. 2)

El I.S.R.A también proporciona subtemas específicos tales como F1: Ansiedad a la Evaluación, F2: Ansiedad Interpersonal, F3: Ansiedad Fóbica, F4: Ansiedad en la vida Cotidiana, los cuales ayudan al evaluador a tener una idea clara de las esferas en las que el usuario está presentando factores ansiógenos.

- **Inventario de depresión de Beck (B.D.I, Beck, 1996):**

“El BDI-II es un instrumento de autoinforme de 21 ítems diseñado para evaluar la gravedad de la sintomatología depresiva en adultos y adolescentes con una edad mínima de 13 años” (Sanz, Perdigón, & Vásquez, 2003, p. 255).

- **Inventario de pensamientos automáticos (Ruiz y Lujan, 1991):**

Este reactivo “consiste en una escala auto aplicada que contiene 45 ítems que apuntan a medir la frecuencia de pensamientos automáticos negativos (Ruiz, 2009) y 15 tipos de distorsiones cognitivas” (Moyano, Furlan, & Piemontesi, 2011, p. 85).

## **5.2. Tablas de calificaciones de pre y post intervención:**

Se crearon tablas de Excel tras la calificación de los reactivos aplicados a las y los usuarios del taller, en las cuales consta una columna con los participantes y filas donde se detalla cada prueba aplicada y las puntuaciones que obtuvo cada paciente por variable correspondiente, de igual manera se obtuvieron puntuaciones de total, media y desviación estándar. Esta tabla existe tanto para la aplicación de la preintervención, como otra con puntajes post intervención.

Adicionalmente se crearon tablas de las variables más significativas clínicamente para obtener el valor de la t de student de la diferencia de medias pre vs post de cada una de ellas y así verificar si el cambio de las puntuaciones es estadísticamente significativo o no.

### **5.3. Tabla de planificación de sesiones:**

Este documento consta de una tabla donde se detalla el tema tratado en cada reunión de psicoeducación, los objetivos de esta, los contenidos que se trataron, las actividades que se realizaron durante ese día, los recursos y presupuesto utilizado para tal actividad y una breve evaluación de lo trabajado en cada taller. Para poder colocar los temas a tratar en cada reunión de taller se utilizó los resultados de la evaluación pre intervención, puesto que obteniendo los puntajes de los participantes se pudo seleccionar aquellos de mayor puntuación como objetivos de intervención ya que se consideró como puntos críticos, posterior a ello se buscó técnicas que puedan ser implementadas para intervenir frente a esos conflictos más evidentes para el grupo y así realizar la debida investigación o búsqueda de material para preparar cada día programado de intervención de una manera idónea. Adicionalmente a esto se preparó una tabla de dinámicas grupales con el fin de ser realizadas una al inicio y otra al finalizar cada encuentro de intervención de psicoeducación, ya que, si bien las dinámicas no mantenían una relación con el tema del taller, se las implementó bajo el concepto del “Principio de Premack” el cual habla sobre el valor del refuerzo mediante actividades recreativas o lúdicas para fomentar la cohesión y colaboración de los asistentes.

### **5.4. Registro de asistencia tutorías:**

Dentro de este documento consta el trabajo realizado durante estos meses junto al tutor y todo lo que se fue planificando por sesión para realizar la labor de intervención en el centro de salud, consta de la fecha en que se realizó la tutoría, las temáticas tratadas y firma del tutor.

### **5.5. Registro de asistencia al centro de salud:**

Este registro consta de todas las actividades efectuadas durante el periodo de prácticas efectuadas en el Centro de Salud de Guamaní- Tipo C, dentro de las cuales se encuentra también las sesiones trabajadas para el taller de psicoeducación, este registro se encuentra firmado y sellado por el tutor de la institución lo cual garantiza el cumplimiento de las actividades mencionadas.

### **5.6. Registro fotográfico de las sesiones del taller:**

Este registro consta de una serie de fotografías de varias sesiones del taller, junto a los pacientes y las diversas actividades que se realizaron a lo largo de la ejecución, lo cual puede contribuir a la verificación y sistematización de la experiencia.

### **5.7. Registro de consultas a la web:**

Para la aplicación de los reactivos e indagar para las sesiones, se buscó en la web información de fuentes confiables y verídicas, tras lo cual existe un registro del historial donde consta la fecha de búsqueda y la respectiva temática.

### **5.8. Registro de llamadas para tutorías:**

Para cada encuentro de tutoría con el docente acompañante se efectúa aproximadamente una llamada semanal, por medio de la cual se lleva a cabo la reunión de guía para el trabajo de titulación, por lo que existe un registro de estas conversaciones en el teléfono con fecha y duración de la llamada.

### **5.9. Portafolio de materiales creador para el taller:**

Para realizar el trabajo con los participantes, se crearon algunos materiales o se utilizaron ciertas herramientas didácticas para llevar a cabo la actividad que corresponde, tal como formatos de autorregistros, cartulinas implementadas en las dinámicas, hojas usadas por los usuarios.

## **6. Preguntas clave**

Para obtener los objetivos de esta sistematización se plantean las siguientes preguntas:

### **a) Pregunta de inicio:**

¿Cómo lograr una mejor asistencia a las sesiones del taller por parte de los beneficiarios?

### **b) Pregunta intermedia:**

¿Cómo mejorar el cumplimiento de tareas enviadas entre sesiones en los asistentes al taller?

### **c) Pregunta de cierre:**

¿Cómo lograr un cambio aún más favorable en las puntuaciones de los reactivos tras la implementación de un taller de psico-educación en los beneficiarios?

## **7. Organización y procesamiento de la información**

Para realizar el procesamiento de la información se lo va a organizar desde las actividades efectuadas a partir de una tabla donde consta todas las acciones ejecutadas ordenadas de manera cronológica detallando el nombre de cada actividad, su descripción y fuente que la sustenta, ya que son fundamentales para poder reconstruir y sistematizar la experiencia.

**Tabla 1**

**Matriz de actividades desplegadas por la autora a lo largo de la implementación del proyecto de intervención “Talleres de psicoeducación para pacientes en atención primaria con ansiedad y depresión del servicio ambulatorio intensivo del centro de salud de Guamaní tipo C durante los meses de marzo a julio de 2021”.**

N°	FECHA	NOMBRE Y DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	FUENTE
1	03/03/2021	<p><b>PRIMERA TUTORIA:</b> Acercamiento inicial con el tutor por vía telefónica, se plantea una idea general del tema para el trabajo de titulación y el docente acepta efectuar el acompañamiento de este.</p> <p>Tutor indica realizar tabla de dinámicas grupales, y revisar bibliografía sobre reactivos para ansiedad y depresión.</p>	Registro de Asistencia a Tutorías.
2	05/03/2021	<p><b>ELABORACIÓN DE TABLA DE DINÁMICAS GRUPALES PARA ADULTOS:</b> Se elabora una tabla de consta de 30 dinámicas grupales (de inicio y cierre de sesión) que serán implementadas en las sesiones del taller bajo el fin del “principio de Premack”.</p>	Documento de Word.
5	16/03/2021	<p><b>TERCERA TUTORIA:</b> Se presenta al tutor los reactivos que se logró conseguir (BDI-II; ISRA; Inventario de Pensamientos Automáticos de Ruiz y Lujan) y se informa sobre algunos que causan dificultad encontrarlos (EMES-C y EMES-M), posteriormente de las pruebas que ya se había conseguido información y material se realiza un breve recordatorio de su aplicación y calificación.</p>	Registro de Asistencia a Tutorías.

6	23/03/2021	<p><b>CUARTA TUTORIA:</b> Revisión junto al tutor del reactivo faltante (EMES-C; EMES-M), debido a que era la primera vez que se lo utilizaba se realiza una exhaustiva explicación por parte del tutor sobre su composición, estructura, aplicación y calificación, y envía a revisarlo.</p> <p>Se solventan dudas sobre el formato 2 previo a su entrega con los documentos para ingreso a la UT.</p>	Registro de Asistencia a Tutorías.
8	06/04/2021	<p><b>SEXTA TUTORIA:</b> Se manifiestan dudas en base a todos los reactivos escogidos previos ya a la aplicación a los pacientes que serán parte del taller.</p> <p>Se da la última revisión del formato 2 y la preparación de documentos solicitados para la UT.</p>	Registro de Asistencia a Tutorías.
9	09/04/2021	<p><b>SESIÓN UNO (APLICACIÓN DE REACTIVOS PRE-INTERVENCIÓN):</b></p> <p>Aplicación de reactivos (BDI-II; ISRA; Inventario de Pensamientos Automáticos de Ruiz y Lujan; EMES-C y EMES-M) a los integrantes que asistirán al taller, la toma de pruebas dura 2 horas 30 minutos, a la cual no asisten todos los usuarios convocados.</p> <p>Se entrega un folleto de todos los reactivos y se va uno por uno dando las indicaciones a los participantes sobre cómo llenarlos, cabe destacar que algunos lo realizaron con mayor fluidez que otros, al igual que con mayor y menor predisposición. Las pruebas que mayor dificultad o resistencia causaron en los</p>	Registro de Asistencia al Centro de Salud.

		asistentes fueron el I.S.R.A y la Escala Multidimensional de Caballo debido a su extensa presentación.	
11	16/04/2021	<b>SESIÓN DOS (SEGUNDA APLICACIÓN DE REACTIVOS PRE-INTERVENCIÓN):</b> En esta sesión se convoca únicamente a los participantes que no fueron evaluados y al igual que en el primer encuentro se les facilita un folleto con todas las evaluaciones, se indica que se irá conjuntamente respondiendo una a una las pruebas y solventando cualquier inquietud. La duración de esta sesión fue de igual manera de alrededor de 2 horas 30 minutos.	Registro de Asistencia al Centro de Salud.
12	19/04/2021	<b>CALIFICACIÓN DE REACTIVOS:</b> este día se trabajó en la calificación de las pruebas aplicadas a los pacientes, obteniendo las puntuaciones de cada evaluación, posteriormente se prepara un sobre con los resultados de cada paciente para su posterior devolución y explicación.	Registro de Asistencia al Centro de Salud.
13	23/04/2021	<b>SESIÓN TRES:</b> Realización de la tercera sesión con los usuarios donde se da oficialmente la bienvenida al taller de psicoeducación y se trabaja expectativas-temores y compromisos para el curso mediante una dinámica donde por parejas los y las asistentes escribieron sus temores, expectativas y compromisos para luego pasarlas a exponer al grupo, en el medio de cada intervención la autora intervenía haciendo aclaraciones y/o afirmaciones sobre lo que manifestaba cada pareja. Posterior a esto se realiza la devolución de resultados a los participantes, donde cada uno recibe un sobre con sus pruebas calificadas y se preparó una exposición para explicar cada puntuación e ir solventando dudas al respecto.	Registro de Asistencia a Tutorías.

15	27/04/2021	<p><b>OCTAVA TUTORIA:</b> Se informa al tutor de como aconteció la primera y segunda sesión, como se procedió con la calificación de los reactivos y las dudas que surgieron por parte de los pacientes en la devolución.</p> <p>Se presenta la tabla de Excel con las puntuaciones obtenidas por todos los participantes, se indica al tutor las variables que pueden ser tema de intervención en el taller y se inicia planteando trabajar en la ansiedad posiblemente en técnicas de relajación.</p>	Registro de Asistencia a Tutorías.
16	04/05/2021	<p><b>NOVENA TUTORIA:</b> Junto al tutor se planifica la siguiente sesión de intervención con la temática de la relajación de Schultz, para lo cual el docente explica detalladamente en que consiste esta técnica, como se la realiza paso a paso y todas las variables que deben ser cubiertas para enseñar esta herramienta a los usuarios.</p> <p>Me envía a auto aplicarme la relajación para poder ir de una manera más eficaz a impartir la próxima reunión.</p> <p>Por otro lado, para poder hacer un seguimiento de cómo les va a los pacientes en la autorrelajación se plantea crear un autorregistro que pueda ser llevado y revisado como tarea inter-talleres.</p>	Registro de Asistencia a Tutorías.
17	13/04/2021	<p><b>DECIMA TUTORIA:</b> Se dialoga con el tutor sobre la técnica de relajación, se resuelven dudas que surgieron tras la auto - aplicación y se vuelve hacer un recordatorio de toda la aplicación de la herramienta.</p>	Registro de Asistencia a Tutorías.

18	20/04/2021	<b>CONTINUACIÓN DEL TRABAJO EN LA TABLA DE EXCEL:</b> Para esta actividad se continúa en la elaboración de la tabla de resultados de la preevaluación, donde se obtiene la media de todas las calificaciones y se corrigen falencias en general.	Tablas de calificaciones de pre y post intervención.
20	04/05/2021	<b>DECIMO SEGUNDA TUTORIA:</b> El tutor ayuda a perfeccionar la aplicación de la relajación de Schultz con su respectivo autorregistro, adicionalmente a esto se planifica trabajar con los usuarios un listado de auto reforzadores el cual ayudaría a ir trabajando en la depresión y controlar la ansiedad, el tutor me explica cómo funciona y la forma en que debe ser creada e implementada en el diario vivir de los pacientes para lograr resultados.	Registro de Asistencia a Tutorías.
21	05/05/2021	<b>ELABORACIÓN DE MATERIAL:</b> Se prepara material previo a la sesión con los participantes, aquí se elabora un autorregistro a mano para ser entregado a los pacientes, donde llevaran las sucesiones de las relajaciones que realicen, adicionalmente se preparan hojas para que los pacientes creen sus listados de auto reforzamiento y finalmente se contempla que dinámicas serán implementadas para iniciar y cerrar el taller.	Portafolio de materiales creador para el taller.
22	06/05/2021	<b>SESIÓN CUATRO:</b> La sesión inicia con todos los participantes con los que se realiza la dinámica de “Charadas” donde cada uno tiene un papel sobre su cabeza con el nombre de un personaje famoso y mediante las pistas que le dan sus compañeros debe adivinar quién es. Una vez finalizado el juego, se procede a explicar lo que se va a trabajar en esa ocasión mientras se reparte una colchoneta a	Registro de Asistencia al Centro de Salud.

		<p>cada persona y se le pide que deje toda cosa que le pueda generar molestia, luego procedieron a acostarse cada uno en su espacio y una vez todos cómodos se inició con las instrucciones y aplicación paso a paso de la relajación de Schultz, una vez finalizada la técnica los beneficiarios del programa de intervención vuelven a sus asientos y se hace un feedback de la experiencia, a continuación se les reparte el auto-registro dando instrucciones de cómo debe ser llevado y la importancia que tiene para continuar con el trabajo, para algunos asistentes les fue complejo comprender como se debe capturar la experiencia en un papel.</p> <p>Se pasa explicar en qué consiste el listado de auto reforzadores, su utilidad e importancia para ir trabajando en la depresión, una vez comprendido cada persona fue escribiendo su listado de 30 cosas que le agraden con su respectiva puntuación, una vez hecho esto me cerciore que todos hayan comprendido y puedan realizarlo diario en casa.</p> <p>Para finalizar se hizo la dinámica de cierre de “¡Hazme reír!”, para la cual todos se desplazaban indistintamente por el espacio y cuando se daba la señal de alto debían hacer reír a su compañero más cercano y darle las gracias por venir, así se culminó esta sesión.</p>	
23	11/05/2021	<b>DECIMA TERCERA TUTORIA:</b> tutoría se suspende por indisposición de salud por parte del tutor.	Registro de Asistencia a Tutorías.

24	12/05/2021	<p><b>PREPARACIÓN DE SESIÓN:</b> En esta actividad se realiza una revisión breve en la web sobre la relajación de Schultz para poder solventar las posibles dudas de los pacientes al día siguiente.</p> <p>Adicionalmente se revisa la tabla de dinámicas para seleccionar dos adecuadas para ejecutarlas en sesión.</p>	<p>Registro de consultas a la Web.</p> <p>Tablas de planificación de sesiones.</p>
25	13/05/2021	<p><b>SESIÓN CINCO:</b> En esta ocasión se inicia dando la bienvenida a una nueva sesión a los pacientes y se procede a realizar la dinámica de inicio que en este caso fue “La pizarra ciega” donde los participantes formaron parejas, y cada una se colocaba una hoja en la espalda para dibujar sobre ella y el compañero debe adivinar, los usuarios se mostraron muy predispuestos, se divertieron bastante con la actividad, rieron y se integraron con rapidez, tanto que quisieron repetir el juego. Una vez culminada esta parte se procedió a realizar un diálogo abierto sobre cómo les había ido con los autorregistros y la técnica de relajación, la mayoría de los asistentes manifestaron dudas o percepciones como que no se lograban relajar, o si podían poner siempre música, no lograban sentir calor, entre otras, se resolvieron todas las dudas, pero algunas personas se habían olvidado de llevar su auto-registro o admitieron no haberlo completado.</p> <p>Por tal razón se utiliza un como ejemplo un registro de una paciente que cumplió con las tareas para guiar a los asistentes de cómo llenar y continuar con la actividad para la próxima reunión de intervención.</p>	<p>Registro de Asistencia al Centro de Salud.</p> <p>Registro Fotográfico de las sesiones del taller.</p>

		Como cierre se implementó la dinámica de “Cualidades” donde cada persona le dijo una cualidad a su compañero de la derecha, de esta manera culminó la sesión.	
26	18/05/2021	<p><b>DECIMA CUARTA TUTORIA:</b> El trabajo en esta reunión se trató sobre exponer la sesión pasada al tutor, se dialogó en base a todas las dudas que manifestaron los pacientes, el incumplimiento de tareas e inasistencias, por lo que se acordó continuar con estas actividades inter-sesiones y fomentar su revisión constante.</p> <p>Por otro lado, se revisó la tabla de Excel con las puntuaciones de preevaluación con la finalidad de encontrar un nuevo objetivo de intervención, en esta ocasión se tomó a la ansiedad y cómo afrontarla en situaciones de emergencia. Es así como el tutor me explicó con exactitud sobre los ataques de pánico, sus posibles causas y principalmente como afrontarlo cuando llega desde las aristas de la Cognición, Motora y Fisiológica para posteriormente transmitir este conocimiento a los asistentes del taller.</p>	Registro de Asistencia a Tutorías.
27	20/05/2021	<p><b>SESIÓN SEIS:</b> En este encuentro se comenzó por la dinámica de “Mentira para conocerse” así los participantes pensaron tres cosas sobre ellos donde una era mentira y luego presentarse a sus compañeros, para algunos pacientes fue difícil hacer esta actividad, no lograban pensar en la mentira, o mencionaron que su fuerte no es decir falacias.</p> <p>Cabe recalcar que para esta sesión estuvieron todos los participantes, entonces se dio el tema que era la emergencia en situaciones de pánico, se lanzó una pregunta hacia los participantes para evidenciar que conocían sobre el tema, surgieron varios</p>	<p>Registro de Asistencia al Centro de Salud.</p> <p>Registro Fotográfico de las sesiones del taller.</p>

		<p>criterios unos más ricos que otros ya que algunos usuarios padecían de ataques de pánico lo cual fue enriquecedor para la sesión pues se trabajó en base a sus experiencias vividas y desde un contexto más real. Se explicó a los asistentes que es un ataque de pánico, sus posibles causas, y sus tres esferas Cognitiva, Fisiológica y Motora y como combatir cada una de las manifestaciones de los tres ámbitos, se generó un debate importante donde todos intervinieron, incluso el psicólogo tratante. Para finalizar se hizo la dinámica de cierre de “El regalo” donde cada uno le escribió en un pequeño trozo de papel un mensaje que le da a su compañero para que se lo lleve a casa, culminando así la reunión.</p>	<p>Tablas de planificación de sesiones.</p>
28	25/05/2021	<p><b>DECIMA QUINTA TUTORIA:</b> Se dialoga con el tutor sobre la sesión pasada del taller, las novedades que surgieron por parte de los pacientes, sobre todo alrededor de las causas de los ataques de pánico que surgió como la mayor incógnita por parte de los usuarios, donde el tutor recomendó que se recomiende a los usuarios no concentrarse tanto en identificar de donde viene el ataque si no en la importancia de encontrar la calma.</p> <p>Consecuentemente se trabajó en base nuevamente a las puntuaciones del cuadro de pre evaluación de Excel, donde se identificó una importante presencia de distorsiones cognitivas, por lo que se tomó como herramienta de trabajo a la Reestructuración Cognitiva desde la Teoría A-B-C, es así que el tutor me explica en que consiste emplear esta herramienta, y la importancia de enseñar a los usuarios lo perjudicial de pensar así, donde para lograr un cambio una vez más debemos</p>	<p>Registro de Asistencia a Tutorías.</p>

		<p>ayudarnos de un autorregistro determinado con el que se va a trabajar capturando las situaciones.</p> <p>Se envía a leer y revisar bibliografía sobre reestructuración cognitiva y la teoría A-B-C del pensamiento previo a la aplicación en la sesión con los usuarios.</p>	
29	27/05/2021	<p><b>PREPARACIÓN DE MATERIAL:</b> Para la sesión próxima en esta ocasión se creó un autorregistro para capturar los pensamientos, acontecimientos, sentimientos y acciones que los pacientes toman al momento de vivenciar experiencias que les pueden generar pensamientos automáticos distorsionados, para así trabajar con ese material.</p> <p>También se realizaron lecturas sobre lo que consiste la teoría A-B-C, y cómo funciona la reestructuración cognitiva en este caso.</p> <p>Se seleccionan las dinámicas inicial y de cierre para la sesión.</p>	<p>Tablas de planificación de sesiones.</p> <p>Registro de consultas a la Web.</p> <p>Portafolio de materiales creador para el taller.</p>
30	01/06/2021	<p><b>DECIMA SEXTA TUTORIA:</b> Se trabajó con el tutor únicamente media hora, donde se presentó un borrador del autorregistro para que el docente lo revise, y se trabaja en torno al mismo, sobre cómo se debe orientar a los pacientes en su llenado, como diferenciar entre situación, pensamiento, sentimiento y acción para así poder completar el cuadro correctamente. Se me explica también las posibles dudas que surgirán por parte de los pacientes y como resolverlas, si es necesario se deberá</p>	<p>Tablas de planificación de sesiones.</p> <p>Registro de Asistencia a Tutorías.</p>

		emplear una o dos sesiones más en el trabajo con este material hasta que los asistentes al taller lo dominen en su mayoría.	Registro de llamadas para tutorías.
31	04/06/2021	<p><b>SESIÓN SIETE:</b> Para esta ocasión se da la bienvenida a un nuevo taller con la dinámica de “Penitencias” donde los usuarios colocan una a su compañero, pero a la final la deben realizar ellos mismo, los asistentes se mostraron curiosos y participativos frente a los retos colocados generando un ambiente de integración. Una vez pasada esta actividad, se da inicio con el tema del día la “Teoría A-B-C” se procede a explicar a los pacientes en que consiste y como se da nuestro pensamiento por lo general y las conclusiones que obtenemos de manera casi automática sobre lo que nos sucede, los pacientes se muestran receptivos y empiezan a mencionar ejemplos de sus vidas donde al parecer hay una interpretación que genera conflicto. Se pide que pasen al pizarrón a escribir situaciones y pensamientos que han tenido últimamente, conforme avanza la sesión se va aclarando cada vez más mediante un diálogo participativo el modelo de pensamiento. Posteriormente se procede a repartir las hojas de autorregistro a cada asistente para ir comprendiendo la diferencia entre un acontecimiento, un pensamiento, el sentimiento y la acción, para los usuarios fue un momento de confusión puesto que las participantes de una edad mayor se les conflictuaba comprender la diferencia entre estos conceptos y como capturar una situación desde todas las aristas mencionadas, se hacen ejemplos en pizarra y se</p>	<p>Registro de Asistencia al Centro de Salud.</p> <p>Registro Fotográfico de las sesiones del taller.</p> <p>Tablas de planificación de sesiones.</p>

		explica uno a uno todas las dudas que puedan surgir. Finalmente, una vez comprendido en su mayoría se envía a casa a realizar el ejercicio con la indicación de que no hay problema si lo hacen erróneamente pues dedicaremos algunas sesiones a la comprensión de esta forma del pensamiento para lograr debatirlo mediante la reestructuración. Finalmente, para cerrar la sesión se hizo la dinámica de “Reflexión del día” donde los asistentes se pasaron una pelota indistintamente y cada uno debe decir que se lleva de ese día, un mensaje o aprendizaje.	
32	06/06/2021	<b>DESCARGA DE DOCUMENTO:</b> Realicé la descarga del documento “El ABC de la Terapia Cognitiva”.	Registro de consultas a la Web.
33	08/06/2021	<b>DECIMA SÉPTIMA TUTORIA:</b> Se comenta con el tutor sobre la última sesión del taller, de cómo los pacientes tomaron la información con predisposición, aunque surgieron muchas dudas y confusión sobre cómo llevar el autorregistro, el docente da lineamientos para manejar las consultas de los pacientes e ir corrigiendo sus desaciertos. Adicionalmente se habla de cómo ir introduciendo la reestructuración cognitiva en el trabajo con el grupo, se menciona que es importante enseñar a reconocer las distorsiones a los pacientes, sobre todo las que se encuentren más presente en el grupo de acuerdo con las puntuaciones obtenidas de la preevaluación, y así instruir en como romper la línea de pensamiento habitual por medio de ejemplos.	Registro de Asistencia a Tutorías.

34	11/06/2021	<p><b>SESIÓN OCHO:</b> En esta ocasión se inicia la sesión con la dinámica de “Los Escultores” en donde los participantes en parejas realizaron esculturas de como ellos se percibían en el cuerpo de sus compañeros para luego exponer que significa cada una, actividad que tuvo acogida y curiosidad por parte de los asistentes.</p> <p>Luego se pasó a solicitar el autorregistro de la teoría A-B-C, a lo que algunos pacientes lo habían olvidado, o completaron con bastantes dudas y otros que habían cumplido con la tarea por completo, tomando referencia de estos últimos se empezó a trabajar en corregir errores y solventar dudas de cómo llevar el registro, y se finaliza con un cierre breve donde los asistentes reciben un dulce a la salida.</p>	<p>Registro de Asistencia al Centro de Salud.</p> <p>Registro Fotográfico de las sesiones del taller.</p> <p>Tablas de planificación de sesiones.</p>
35	18/06/2021	<p><b>SESIÓN NUEVE:</b> La sesión inicia con la siguiente dinámica “Exponer algo positivo del día” así cada usuario relata brevemente lo que es positivo para ellos, aunque algunos les costó encontrar algo que comentar, pero participaron y escucharon con apertura. Se pasa nuevamente a revisar autorregistros, en esta ocasión la mayoría de los asistentes cumplieron con la tarea, exceptuando de algunos que la olvidaron. Los asistentes empezaron a realizar preguntas de sus trabajos, pero se evidenció claramente que había un avance y mejoría en completar los cuadros, por tal razón se empezó hablar ya de reestructuración como tal mediante ejemplos de sus propias tareas, es decir aumentar las columnas al registro donde se cambiara el pensamiento de suceso acontecido. Se elabora un cuadro en</p>	<p>Registro de Asistencia al Centro de Salud.</p>

		pizarra con el fin de que los pacientes pasen voluntariamente a llenarlo y juntos ir aprendiendo, una vez hecho esto se envía a casa para iniciar cambiando los pensamientos de las distorsiones identificadas. Para concluir se hace la dinámica de cierre “Gesto de amistad” donde los pacientes a su gusto le hicieron un gesto de despedida a su compañero más cercano.	
36	22/06/2021	<b>DÉCIMA OCTAVA TUTORIA:</b> Se inicia mencionando al tutor lo acontecido en las últimas sesiones, como se dio el cumplimiento de la tarea y el trabajo alrededor de la corrección de su llenado, por tal motivo el docente guía en la importancia de hacer una sesión más donde se vuelva a verificar dudas y hacer ejemplos desde sus propias experiencias hasta que logren capturar y corregir correctamente el pensamiento. Se va preparando a los pacientes para el cambio y a la vez a manera de preparación envía el tutor a revisar el “Manual de Terapia y Técnicas de Modificación de Conducta” de Labrador y Caballo.	Registro de Asistencia a Tutorías.
37	24/06/2021	<b>DESCARGA DE DOCUMENTO:</b> Realicé la descarga del documento “El ABC de la Terapia Cognitiva”.	Registro de consultas a la Web.
38	25/06/2021	<b>SESIÓN DIEZ:</b> En esta sesión asisten dos participantes por lo que la dinámica inicial se traslada por un diálogo acerca de cómo han pasado las pacientes los últimos días, posteriormente se inicia el trabajo en base a los autorregistros, haciendo ya una retroalimentación y ejercicio a partir de la distorsión cognitiva de “filtro mental” que se encontraba bastante presente en ellas, finalmente lo comprenden con facilidad y se hace un último ejercicio de reestructuración a manera	Registro de Asistencia al Centro de Salud.

		de cierre con respecto a esta herramienta de trabajo. Finalmente nos despedimos con un abrazo de fin de sesión.	
39	29/06/2021	<b>DECIMA NOVENA TUTORIA:</b> tutoría se suspende por indisposición de salud por del tutor.	Registro de Asistencia a Tutorías.
40	06/07/2021	<b>VIGÉSIMA TUTORIA:</b> En esta reunión se trabaja inicialmente informando al tutor sobre cómo han avanzado los pacientes en torno a la Reestructuración Cognitiva y sus autorregistros, se considera que el tiempo de prácticas ya es limitado por lo que me envía a ya iniciar la post evaluación a los usuarios para con eso dar cierre al taller de psicoeducación.  Para lo cual el tutor refiere que es necesario hacer una devolución de los resultados a los pacientes, juntamente con un diploma afectivo y un compartir como sesión final después de haber evaluado.	Registro de Asistencia a Tutorías.
41	07/07/2021	<b>PREPARACIÓN DE MATERIALES:</b> En esta actividad procedí a formar nuevamente folletos con copias de todos los reactivos (BDI-II; ISRA; Inventario de Pensamientos Automáticos de Ruiz y Lujan, EMES-C y EMES-M) para evaluar a los participantes. Se inicia la creación de la segunda tabla en el documento de Excel donde se registrarán las puntuaciones de las calificaciones de la post evaluación.	Portafolio de materiales creador para el taller.

42	09/07/2021	<b>SESIÓN ONCE:</b> Dedicada a la post evaluación a los asistentes, al igual que en la primera vez se va junto con ellos llenando cada reactivo, pero ya al ser la segunda ocasión se lo lleva con agilidad por parte de los pacientes. Por último, se avisa que para el cierre se realizará un compartir y devolución de resultados.	Registro de Asistencia al Centro de Salud.  Test psicométricos e Inventarios
43	13/07/2021	<b>VIGÉSIMA PRIMER TUTORIA:</b> En esta reunión con el tutor se dialogó en base a que ya se dio la aplicación de reactivos (post evaluación) y fueron evaluados todos los pacientes que se tenía desde un inicio. Se comienza a abordar el tema de las gráficas de barras una vez obtenidos los resultados de la pre y post evaluación y la aplicación de la “t de student”.	Registro de Asistencia a Tutorías.
44	14/07/2021	<b>CALIFICACIÓN DE REACTIVOS:</b> Se procede a calificar las pruebas aplicadas a los pacientes, para obtener las puntuaciones de la post intervención. Adicionalmente se prepara la devolución de resultados a los participantes del taller donde puedan evidenciar todas sus calificaciones del antes y después de las sesiones.	Test psicométricos e Inventarios.
45	16/07/2021	<b>SESIÓN DOCE:</b> Esta es el último encuentro del taller de psicoeducación, ya no se realiza dinámicas como las sesiones anteriores, si no que se procede a entregar a cada asistente sus resultados y a la vez se vuelve hacer un recordatorio de lo que significaba cada uno, pues tenían sus puntajes de pre y post evaluación donde podían evidenciar si han tenido cambios, todos se sintieron muy agradecidos por ver que si han mejorado. Posteriormente se pasa a realizar el compartir y se abre una	Registro Fotográfico de las sesiones del taller.

		<p>mesa con bocadillos para todos degustar, los pacientes se muestran bastante sociables y abiertos, en un momento se abre un espacio para realizar la dinámica del “diploma afectivo” por lo que se da un momento bastante interesante y simbólico donde todos se escriben mensajes de agradecimiento para sus compañeros, finalmente se dan palabras de cierre por parte de todos los asistentes.</p>	
46	18/07/2021	<p><b>CONTINUACIÓN DEL TRABAJO EN EXCEL:</b> Continúo con la creación de la tabla de las puntuaciones de post evaluación, se van evidenciando cambios y se obtienen nuevamente totales, medias aritméticas y desviaciones estándar.</p>	<p>Tablas de calificaciones de pre y post intervención.</p>
47	27/07/2021	<p><b>VIGÉSIMA SEGUNDA TUTORÍA:</b> Se dialoga con el docente sobre los resultados obtenidos de las evaluaciones, se hace una revisión de las tablas de resultados pre y post intervención. Proporciona lineamientos para la elaboración de gráficos de barras de los resultados y una breve explicación de la t de student para verificar el cambio de los puntajes obtenidos.</p>	<p>Registro de Asistencia a Tutorías.</p>

Fuente: Elaboración propia: Santillán, P (2021)

## **8. Análisis de la información**

Para analizar la información obtenida de la intervención se lo hará desde una metodología mixta, es decir se emplearán dos criterios el cualitativo y el cuantitativo, ya que para una revisión completa se revisará información relevante del proceso desde ambos enfoques.

En referencia al enfoque cualitativo donde se analizará una matriz de actividades bajo las siguientes características:

### **8.1. Secuenciación:**

La experiencia se analizará a partir del tiempo, mediante fechas específicas ordenadas cronológicamente, las cuales corresponden a las actividades que realizó la autora durante la experiencia de intervención.

### **8.2. Comparación:**

Se escogerán puntos clave de las sesiones del taller con el fin de ser enfrentados entre ellos para generar tensiones productivas, es decir se comparará ya sea: paciente vs paciente, técnica vs técnica o sesión vs sesión para lograr responder a las tres preguntas que se plantearon como clave. Las comparaciones que se van hacer para responder a la primera pregunta sobre la mejora de asistencia al taller será en base a contrastar a la paciente con mejor asistencia vs la que más baja asistencia tuvo en las sesiones, para la segunda pregunta sobre la mejora del cumplimiento de tareas enviadas se comparará de igual forma a la paciente con un nivel de cumplimiento alto vs una que no lo haya tenido, y finalmente para la última pregunta sobre cómo lograr un cambio aún más favorable en las puntuaciones de los reactivos se comparará al grupo como tal entre sus características al iniciar el taller y sus características al terminarlo.

### **8.3. Comprensión:**

Contempla el hecho de conocer y entender la experiencia de intervención, es decir a manera global se debe tomar las sesiones grupales, las técnicas cognitivas conductuales aplicadas, las temáticas que se abordaron en cada sesión, las dificultades que se presentaron, los resultados obtenidos, reactivos aplicados, y en si todas las actividades que ayudan a reconstruir la experiencia de intervención y el aprendizaje logrado por medio de esta.

Ahora para el enfoque cuantitativo se lo analizará bajo instrumentos estadísticos:

### **8.4. Descripción:**

Se describirá al grupo mediante sus características reflejadas en gráficos de barras, y tablas de resultados obtenidos de las aplicaciones de los reactivos de pre y post intervención.

## Segunda parte

### 1. Justificación:

El proyecto de intervención “talleres de psicoeducación para pacientes en atención primaria con ansiedad y depresión del servicio ambulatorio intensivo del centro de salud de Guamaní tipo c” se lo implementó para contribuir en el trabajo terapéutico integral que deben recibir estas personas para una mejoría de sus trastornos afectivos.

Este trabajo surgió desde la idea de fortalecer a este grupo y brindar un apoyo en el trabajo a los profesionales de la salud mental del Servicio Ambulatorio Intensivo (SAI), debido a que se evidenció una alta carga laboral a los profesionales e incluso falta de personal para el trabajo en esta área lo cual hacía que el trabajo con los pacientes sea limitado para hacer evaluaciones de avances con reactivos o trabajar de manera grupal. Por otra parte, los usuarios que asistían al centro tenían condición de vulnerabilidad como pobreza, maltrato intrafamiliar, abuso sexual, abandono de los padres, desempleo, exposición a la delincuencia y consumo de sustancias, entre otros factores que eran causantes de sus cuadros depresivos y/o ansiógenos. Todas estas problemáticas la autora fue conociendo conforme asistía a los seguimientos con los usuarios y al trabajar diariamente con los profesionales del servicio.

Así en las consultas que se realizaban junto al profesional a cargo se visualizó que la población con trastornos afectivos era considerablemente alta dentro del servicio, y necesitaban un espacio fuera de la consulta individual que les brinde herramientas para fortalecer su carencia de habilidades sociales, manejo de emociones, distinción de pensamientos, sentimientos y acciones, etc y así contribuir con su mejoría en general. Adicionalmente dentro de un marco donde el presupuesto que asigna el gobierno ecuatoriano para la salud mental es significativamente bajo, ya que se mencionan en un informe de evaluación del sistema de salud mental de nuestro país lo siguiente:

El presupuesto total del Ministerio de Salud Pública para el año 2014 fue de 2 162 millones de dólares, de los cuales se asignaron 31'486.498,516 dólares para las distintas acciones en salud mental, lo cual corresponde al 1,46% del presupuesto total. El 28% del monto asignado para la salud mental se destinó a los hospitales psiquiátricos. (OMS, OPS, & MSP, 2015, p. 12)

Como se evidencia una gran parte del presupuesto es designado a hospitales psiquiátricos, lo cual perjudica para brindar diversas actividades de calidad a las personas que acuden a este centro ambulatorio de salud donde se ha efectuado el presente trabajo. Por otro lado, cabe destacar que al no haber implementado este proyecto los beneficiarios no habrían recibido la información, herramientas desde el enfoque Cognitivo Conductual acerca del manejo de ansiedad y depresión mediante distintas herramientas como la reestructuración cognitiva, identificación y conocimiento de los pensamientos automáticos distorsionados, el manejo en emergencia de ataques de pánico, herramientas para manejar la ansiedad desde la esfera Cognitiva, Fisiológica y Motora, en técnicas de relajación autógena, entre otras, lo cual habría posiblemente limitado o enlentecido su proceso de recuperación; ya que adicional a esto la falta de personal en el área de salud mental, falta de recursos y poco tiempo por parte de los profesionales impide dedicarse a la implementación de un taller específico con evaluaciones pre y post intervención durante un periodo considerable de tiempo.

Por ende, la implementación de un taller de intervención para beneficiarios con trastornos afectivos (ansiedad y depresión) para psicoeducar en diversos ámbitos de estos trastornos, es una manera de prevenir, fortalecer y apoyar a los usuarios de salud mental y profesionales del centro de salud de Guamaní Tipo C a ofrecer un servicio integral y una evolución más rápida de los mismos.

## 2. Caracterización de los beneficiarios

Este proyecto fue dirigido a la población que acude al centro de salud de Guamaní tipo C, donde se encuentra el servicio ambulatorio intensivo que atiende a usuarios con trastornos mentales graves, trastornos afectivos y consumo de drogas, para trabajar en este proyecto de intervención la autora se enfocó en pacientes con diagnóstico de trastornos afectivos (ansiedad y depresión) los cuales cumplían con las siguientes características:

*Tabla 2*

**Características principales de los beneficiarios que acudieron al taller de psicoeducación.**

<b>CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN</b>	<b>DESCRIPCIÓN</b>
Género	En su mayoría femenino, un solo participante del género masculino.
Edad	17 a 52 años de edad.
Sector de Residencia	Sur de Quito, sectores: Guamaní, Ciudadela Ibarra.
Diagnóstico Psicológico	Trastornos afectivos: ansiedad, depresión, ansioso depresivo.

Fuente: Elaboración propia: Santillán, P (2021)

Los asistentes al taller tuvieron una muy buena acogida al mismo, se acoplaron con rapidez y a pesar de que entre algunos participantes no se conocían se crearon lazos entre todos, los niveles de participación en cada sesión fueron aceptables ya que en cada actividad se dialogaba, debatía, escribía, explicaba, etc de una manera participativa y atenta. Con respecto a la asistencia fue buena, aunque claro está que la mayoría de los participantes por lo menos se ausentaron una sesión del taller.

A pesar de esto el avance o mejoría de los usuarios fue notoria, comprendieron conductas, conceptos y herramientas claves para su recuperación lo cual será evidenciado en el análisis posterior, desarrollaron capacidades como: trabajo en grupo, capacidad de realizar preguntas, lograron diferenciar la ansiedad de depresión, mejoraron en habilidades sociales, controlar su pensamiento y debatirlo, entre otras.

Por tal razón se considera que para proyectos posteriores se puede tomar en cuenta la realización de dinámicas para la integración del equipo, adicionalmente es importante realizar

evaluaciones para poder trabajar en base a las necesidades del grupo antes que con un tema específico implementado con anterioridad.

### **3. Interpretación**

El análisis de la información se lo llevará a cabo desde la metodología mixta, para lo cual se tomará en cuenta dos aristas desde lo cualitativo y lo cuantitativo ya que se obtuvieron resultados y experiencias desde los dos enfoques.

#### **3.1. Análisis cualitativo:**

Para realizar este análisis se hará uso de comparaciones que produzcan tensiones productivas partir de actividades, pacientes, técnicas implementadas, etc, las cuales se encuentran registradas en diferentes fuentes, una vez hecho los cotejos se realizarán reflexiones en base a los mismos.

*a) Mejora de la asistencia a las sesiones del taller por parte de los beneficiarios.*

Algo imprescindible al momento de implementar el taller de psicoeducación a los pacientes con ansiedad y depresión fue sin duda la asistencia, puesto que podría ser una variable importante al momento de evidenciar cambios entre la pre y post intervención. Por lo que se realizará una comparación entre el usuario con asistencia frecuente versus el usuario con poca asistencia.

Con relación al usuario con mayor asistencia (participante A) se detalla lo siguiente, mujer de 52 años, divorciada, reside en el sur de Quito, con dos hijos varones casados con los cuales no hay una buena relación, actualmente vive sola, se dedica a la venta informal de frituras, posee educación primaria, diagnosticada con trastorno mixto ansioso depresivo a raíz del surgimiento de la pandemia presentó signos y síntomas severos por lo que acude a la ayuda psicológica en el servicio ambulatorio intensivo donde ya había recibido aproximadamente 5 meses de acompañamiento terapéutico por los profesionales del establecimiento.

Esta persona al ser evaluada inicialmente con los reactivos psicométricos obtuvo en relación con el nivel de ansiedad general que se encuentra en un estado límite entre el moderado al severo, siendo una variable principal la ansiedad interpersonal debido a su alta puntuación. Con relación al nivel de depresión se indica que no necesita tratamiento, en los pensamientos distorsionados se encontraron cuatro mientras que para la escala de expresión social se evidenciaron niveles medios de habilidades sociales apropiadas, algunas se encontraban deficientes.

Teniendo estos resultados en consideración se puede decir que esta participante se mantuvo constante ya que registró el mayor número de asistencias a las sesiones del taller. En

todas las reuniones la paciente se mostró participativa a pesar de que en ocasiones mostró un nivel alto de inseguridad o temor a la desaprobación social, pero al mismo tiempo era empática y escuchaba atentamente a los demás asistentes, seguía instrucciones a pesar de que en ocasiones le causaba dificultad debido a confusión o poco entendimiento de la actividad que se fuera a realizar. Era la única participante que requería una explicación extra o individualizada en ciertas tareas o actividades que se implementaban en las sesiones o inter-sesiones debido a que se presentaban bastantes confusiones, pero a pesar de esto la paciente solo tuvo una falta (sesión 5) durante todos los talleres debido a fuerza mayor.

En relación con el usuario con menor asistencia (paciente F), se detalla lo siguiente: mujer de 29 años, soltera, reside en el sur de Quito con sus padres donde los mismo suelen ser distantes y con sus hermanos la relación es conflictiva, no mantiene una relación sentimental actualmente, ha enfrentado situaciones de violencia sexual, posee título de tercer nivel en contabilidad y auditoría, se encuentra desempleada, diagnosticada con trastorno mixto ansioso depresivo debido a múltiples factores, por lo que se encontraba en tratamiento aproximadamente 5 meses previos al inicio del taller.

Esta persona al ser evaluada inicialmente con los reactivos psicométricos obtiene unos puntajes bastante elevados en la mayoría de las esferas evaluadas, siendo que en relación con el nivel de ansiedad general se encontraba en el rango extremo, en las variables de ansiedad interpersonal puntúa dentro del rango de nivel extremo, en referencia al nivel de depresión la paciente se ubicó dentro del severo requiriendo un tratamiento urgente, en los pensamientos distorsionados se encontraron 14 mientras que para la escala de expresión social se evidenciaron bajos niveles de habilidades sociales, algunas bastante deficientes.

Teniendo estos resultados en consideración se puede decir que esta persona mantuvo una asistencia deficiente ya que faltó a repetidas sesiones del taller (4,6,7,10). A pesar de ello en las sesiones que participó se mostró atenta, pero con niveles bajos de participación y presentaba inquietud motora. Pero al contrario del resto de pacientes siempre fue la miembro del grupo con un nivel de entendimiento ágil que comprendía las actividades y tareas con rapidez.

**Interpretación:** En conclusión tras haber comparado a estas dos participantes del taller de psicoeducación aparentemente se puede decir que en la constancia a la asistencia pueden influir los conflictos intrafamiliares que tienen los participantes, puesto que la paciente con mayor asistencia a pesar de que la relación con sus hijos no es muy favorable al ya ser casados le permiten tener una vida más independiente a la paciente, por otro lado es una mujer ya adulta con una vida realizada, y se puede hacer énfasis también en los niveles de puntuación que

tienen que ver con las habilidades sociales, la ansiedad y depresión ya que la participante A puntúa rangos moderados a bajos, mientras que la paciente F mantiene conflictos en su hogar con los miembros del mismo, es una mujer joven preparada que se encuentra desempleada lo que hace que aun depende de sus padres y finalmente sus niveles severos prácticamente en todas las esferas evaluadas hacen presumir que la inasistencia de la segunda paciente no es por falta de entendimiento a las actividades o tareas que se realizaban sino que por el contrario su trastorno afectivo, conflictos familiares y falta de independencia podría haber jugado en contra para que ella mantenga una asistencia constante.

*b) Mejora del cumplimiento de tareas enviadas entre sesiones a los asistentes al taller.*

El envío de tareas inter sesión es un factor importante para la comprensión de las temáticas que se están impartiendo en ese momento, para poder dar continuidad al trabajo ya que en algunas ocasiones se enviaron por ejemplo autorregistros los cuales eran empleados en las siguientes sesiones para continuar con el aprendizaje de modo que si se incumplía la tarea el asistente a la reunión no trabajaba ni participaba del mismo modo ni facilidad que los que sí cumplían la tarea y también con relación a la evolución de los pacientes durante el taller ya que al cumplir con los deberes la autora percibía como va desenvolviéndose el participante a lo largo del tiempo, por tal razón se procederá a comparar entre el participante con mayor cumplimiento de tareas enviadas a casa versus el participante que tuvo un menor cumplimiento de tareas durante todo el taller.

En relación al usuario que tuvo un mayor cumplimiento de tareas inter - sesión participante B) se detalla lo siguiente: mujer de 31 años de edad, casada, con dos hijas menores de edad, actualmente reside en el sur de Quito, se dedica hacer ama de casa, posee instrucción secundaria y fue diagnosticada con trastorno de ansiedad a raíz de un contagio por COVID-19 aproximadamente a inicios de año por lo que acude al servicio ambulatorio intensivo del centro de salud tras una derivación de los médicos por un aparente ataque de pánico.

Esta persona al ser evaluada inicialmente por los reactivos psicométricos obtuvo puntuaciones en relación a la ansiedad general en un nivel marcado, siendo la variable más destacada la ansiedad cognitiva, para su puntuación del nivel de depresión se ubicó dentro del rango moderado, las distorsiones cognitivas que se obtuvieron en esta participante fueron dos y finalmente con relación a sus puntuaciones en la escala de expresión social mostraron un rango bajo o deficiente en habilidades sociales.

Esta participante fue la que mayor destacó en el cumplimiento de tareas, puesto que a pesar de que tenía dudas en relación a alguna actividad que se enviaba a casa la cumplía para

la sesión siguiente y siempre dispuesta a preguntar si lo ha realizado de la manera correcta o como lo debió haber realizado, también se evidenció el interés de esta paciente por el cumplimiento de los deberes ya que con sus autorregistros de la “Teoría A-B-C” de la sesión ocho donde a pesar de que la copia entregada había finalizado ella lo continuó realizando a mano en hojas conseguidas por sus propios medios, lo cual denotaba el interés y preocupación por el cumplimiento de lo enviado inter sesión.

Ahora con la participante (participante D) que ha registrado el índice más bajo de cumplimiento de tareas, Se detalla lo siguiente: mujer de 21 años, actualmente es madre soltera de una niña de 2 años, vive con su madre al sur de Quito, su instrucción académica es de bachiller, actualmente está desempleada y se dedica a la crianza de su hija y fue diagnosticada con trastorno depresivo a raíz de la muerte de su pareja sentimental y padre de su hija.

En la obtención de resultados de la pre-evaluación presentó una ansiedad general marcada donde la variable cognitiva puntuaba en el rango de severa, para el total del nivel de depresión se ubicó dentro del rango severo, con respecto a la presencia de pensamientos distorsionados automáticos se encontraron 11 y finalmente la puntuación de la escala multidimensional de expresión social obtuvo puntuaciones que evidenciaron un nivel medio de habilidades sociales. Así esta usuaria registro durante las sesiones un índice bajo de cumplimiento de tareas puesto que manifestaba que había olvidado las instrucciones de cómo realizarlas, y también donde dejó el material que se le entregó o simplemente no lo cumplía. Dentro de las sesiones donde se trabajó sobre la teoría A-B-C con los autorregistros la paciente se ausentó en dos de ellas, mientras que las jornadas que asistió lo hizo sin el material e incumpliendo la tarea enviada. Cabe destacar que esta participante siempre acudía a las sesiones con su hija puesto que no tenía con quien dejarla para su cuidado razón por la cual mantenía un nivel de estrés e inatención durante las jornadas de trabajo.

**Interpretación:** Una vez hecha la comparación al parecer se puede concluir que para tener un mejor cumplimiento de las tareas inter - sesión se debe ya tener una edad adulta, poseer una estabilidad familiar, donde los niveles de ansiedad sean moderados al igual que los niveles de depresión ya que probablemente el incumplimiento de actividades para casa pueda deberse a rangos severos de la misma ya que este trastorno suele generar falta de interés en actividades simples y complejas para un individuo. Al parecer se debe ser una persona dispuesta a preguntar cualquier tipo de duda o inquietud sin temor a errar, buscar los medios siempre de cumplir con una tarea, aunque los materiales asignados se hayan terminado.

Otro factor importante que podría incidir en el incumplimiento de las tareas es el hecho de la tenencia de hijos como madre casada y otra como madre soltera, puesto que al contar con

el respaldo de una pareja se puede dejar a cargo a los hijos y ocuparse de otras actividades, mientras que si el cuidado depende enteramente de la madre probablemente no de espacio a ocuparse o poner atención en actividades que aparentemente no son muy beneficiosas.

c) *Lograr un cambio favorable en las puntuaciones de los reactivos tras la culminación del taller de psicoeducación en los beneficiarios.*

Para poder evidenciar qué características ayudan a la mejoría de la puntuación en los reactivos entre pre y post intervención se procederá a comparar al grupo con sus particularidades y puntuaciones antes de asistir al taller de psicoeducación versus las mismas variables después de haber culminado el trabajo.

Entonces el grupo al iniciar el taller contaba con las siguientes características: en su mayoría femenino, donde los rangos de edad iban desde los 17 hasta 53 años, todos los asistentes poseían diagnósticos de trastornos afectivos específicamente en relación a la ansiedad y depresión, tiempo en el cual solo tenían conocimiento de técnicas de afrontamiento como ejercicios de respiración simple, desconocían de conceptos como ataque de pánico y su atención en emergencia, relajaciones autógenas como Schultz, presentaban una cantidad importante de pensamientos automáticos distorsionados y por ende desconocían de su existencia y conceptualización, no había una clara diferenciación entre pensamientos, sentimientos y acontecimientos, no mantenían hábitos de seguimiento de sus conductas y pensamientos que podrían ser fuentes ansiógenas, en relación a habilidades sociales había un amplio desconocimiento sobre qué esferas no más engloba, desconocían sobre la existencia de factores cognitivos fisiológicos y motores para desarrollar ansiedad y la depresión, ni tampoco la presencia de técnicas o herramientas que ayuden a controlar cada una de estas variables.

Ahora tomando en cuenta las características del grupo posterior a la intervención se puede decir que de igual manera se encontraba conformado en su mayoría por mujeres y las edades y van desde los 17 hasta los 53 años, los pacientes continuaban con sus diagnósticos en relación a trastornos afectivos, a esta fecha los pacientes tenían conocimiento sobre lo que es un ataque de pánico cuáles son sus posibles causas, cómo afrontarlo en caso de emergencia y los factores que intervienen para su conformación desde las áreas cognitivas fisiológicas y motoras, pudieron conocer acerca de herramientas de relajación más complejas como la autógena de Schultz, adquirieron conocimiento sobre cómo la mente crea pensamientos automáticos distorsionados, qué tipos existen de estos y cómo se puede debatir los, también aprendieron a diferenciar entre lo que es un pensamiento los sentimientos y los acontecimientos mejorando así su percepción de cómo se atribuyen sus vivencias, en connotación con las habilidades sociales conocieron en qué consisten en cuales se encontraban deficientes y cómo

pueden mejorarlas, y finalmente adquirieron habilidades de cómo sobrellevar los factores cognitivos fisiológicos y motores tanto para la ansiedad como para la depresión como en el caso de la reestructuración cognitiva aprendieron a identificar sus distorsiones más presentes y debatirlas de manera apropiada para así ayudar a controlar de manera más eficaz sus condiciones.

**Interpretación:** Entonces aparentemente una forma valiosa para qué los participantes hayan mejorado sus puntuaciones entre la pre y post evaluación tiene que ver con el conocimiento que adquirieron a lo largo de las sesiones, puesto que desarrollaron nuevos conocimientos, destrezas, técnicas, herramientas, habilidades, etc que no poseían al momento de iniciar con el taller de psicoeducación lo cual se considera como un factor valioso para que se haya dado un cambio favorable entre las puntuaciones iniciales y las finales.

### **3.2. Análisis cuantitativo:**

Como ya se ha finalizado el análisis cualitativo se pasará estudiar los datos de manera cuantitativa de la siguiente manera, se van a exponer tablas, gráficos de barras y la T de student; herramientas que ayudarán apreciar de manera objetiva y clara las características que presentaron los participantes con respecto a la preevaluación y post evaluación.

#### **a) Análisis de la escala multidimensional de expresión social de Vicente Caballo:**

“La evaluación de las habilidades sociales (HHSS) constituye a menudo un requisito indispensable para la investigación y la intervención clínica en el terreno de la inadecuación social” (Caballo & Ortega, 1989).

#### **- EMES-C:**

Como este test contiene dos ámbitos, se iniciará realizando el análisis de la parte (EMES-C), y se lo debe analizar en relación con que los puntajes son inversamente proporcionales, es decir a mayor puntuación en la variable menor habilidad social posee el individuo, así para tomar en consideración puntos eje para trabajar en el taller se hizo énfasis en las variables que tenían un mayor puntaje.

Tabla 3

Puntuaciones percentiles de los participantes en la pre-evaluación sobre el máximo posible en la Escala Multidimensional de Expresión Social-Parte Cognitiva (EMES-C).

HABILIDADES SOCIALES DE VICENTE CABALLO EMES - C PRE INTERVENCION												
Participantes	V.1	V.2	V.3	V.4	V.5	V.6	V.7	V.8	V.9	V.10	V.11	V.12
<b>A</b>	45,45	45	43,75	62,5	56,25	37,5	56,25	50	50	56,25	50	50
<b>B</b>	40,9	35	25	12,5	18,75	31,25	25	25	31,25	25	25	12,5
<b>C</b>	34,09	30	18,75	18,75	31,25	37,5	18,75	18,75	0	43,75	37,5	25
<b>D</b>	45,45	45	43,75	68,75	62,5	50	43,75	43,75	31,25	43,75	50	62,5
<b>E</b>	0	20	6,25	18,75	18,75	18,75	0	0	0	25	0	25
<b>F</b>	90,9	70	75	81,25	100	81,25	50	0	12,5	100	37,5	100
<b>Total, Σ</b>	<b>256,79</b>	<b>245</b>	<b>212,5</b>	<b>262,5</b>	<b>287,5</b>	<b>256,25</b>	<b>193,75</b>	<b>137,5</b>	<b>125</b>	<b>293,75</b>	<b>200</b>	<b>275</b>
<b>Media X</b>	<b>42,8</b>	<b>40,8</b>	<b>35,4</b>	<b>43,8</b>	<b>47,9</b>	<b>42,7</b>	<b>32,3</b>	<b>22,9</b>	<b>20,8</b>	<b>49,0</b>	<b>33,3</b>	<b>45,8</b>
<b>DS</b>	<b>29,12</b>	<b>17,15</b>	<b>24,26</b>	<b>30,36</b>	<b>31,54</b>	<b>21,44</b>	<b>21,44</b>	<b>21,16</b>	<b>20,03</b>	<b>27,79</b>	<b>18,82</b>	<b>32,27</b>

Fuente: Elaboración propia: Santillán, P (2021)

**Nota:**V.1Iniciación de interacciones.V.2Hablar en público/ enfrentarse con superiores.V.3Defensa de los derechos.V.4Expresión de molestia, desagrado o enfado. V.5Expresión de sentimientos positivos hacia el sexo opuesto. V.6Expresión de molestia o enfado hacia familiares. V.7Rechazo de peticiones provenientes del sexo opuesto. V.8Aceptación de cumplidos. V.9Tomar la iniciativa en las relaciones con el sexo opuesto. V.10Hacer cumplidos. V.11Preocupación por los sentimientos de los demás. V.12Expresión de cariño hacia los padres. DS. Desviación Estándar.

## **Descripción**

En la **tabla 3** se puede observar la obtención de las puntuaciones de los pacientes en relación con las doce variables del (EMES-C), las cuales entre más altas puntúen significa una deficiente habilidad social, así que tomando en consideración las medias obtenidas se puede evidenciar que la variable número 10 que corresponde a realizar cumplidos es la habilidad menos presente en el grupo intervenido, así como la variable con mayor habilidad es la número 9 que corresponde a tomar la iniciativa en las relaciones con el sexo opuesto ya que viene a ser la que menor puntaje posee.

**Tabla 4**

**Puntuaciones percentiles de los participantes en la post-evaluación sobre el máximo posible en la Escala Multidimensional de Expresión Social-Parte Cognitiva (EMES-C).**

<b>HABILIDADES SOCIALES DE VICENTE CABALLO EMES - C POST INTERVENCION</b>												
<b>Participantes</b>	<b>V.1</b>	<b>V.2</b>	<b>V.3</b>	<b>V.4</b>	<b>V.5</b>	<b>V.6</b>	<b>V.7</b>	<b>V.8</b>	<b>V.9</b>	<b>V.10</b>	<b>V.11</b>	<b>V.12</b>
<b>A</b>	38,6	35	43,75	37,5	50	37,5	43,75	50	50	37,5	37,5	37,5
<b>B</b>	36,36	20	25	12,5	25	25	18,75	12,5	12,5	12,5	12,5	37,5
<b>C</b>	25	25	25	25	25	31,25	25	18,75	25	43,75	37,5	12,5
<b>D</b>	18,18	10	12,5	25	12,5	6,25	18,75	6,25	6,25	18,75	37,5	50
<b>E</b>	10	2,5	0	0	0	18,75	0	6,25	8,3	8,3	12,5	50
<b>F</b>	95,45	65	50	25	93,7	56,25	81,25	18,75	62,5	93,7	37,5	100
<b>Total, Σ</b>	<b>223,59</b>	<b>157,5</b>	<b>156,25</b>	<b>125</b>	<b>206,2</b>	<b>175</b>	<b>187,5</b>	<b>112,5</b>	<b>164,55</b>	<b>214,5</b>	<b>175</b>	<b>287,5</b>
<b>Media</b>	<b>37,27</b>	<b>26,25</b>	<b>26,04</b>	<b>20,83</b>	<b>34,37</b>	<b>29,17</b>	<b>31,25</b>	<b>18,75</b>	<b>27,43</b>	<b>35,75</b>	<b>29,17</b>	<b>47,92</b>
<b>DS</b>	<b>30,48</b>	<b>22,12</b>	<b>18,72</b>	<b>12,91</b>	<b>33,47</b>	<b>17,08</b>	<b>28,23</b>	<b>16,30</b>	<b>23,59</b>	<b>31,65</b>	<b>12,91</b>	<b>28,96</b>

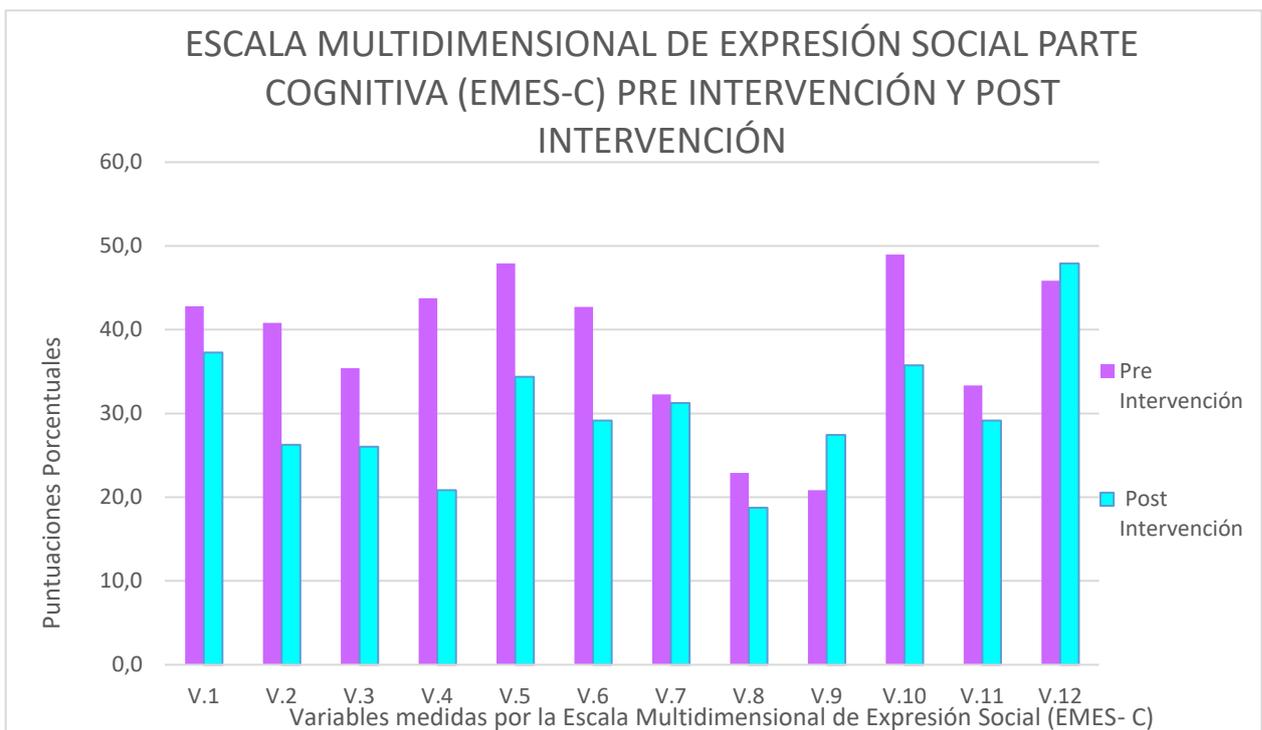
Fuente: Elaboración propia: Santillán, P (2021)

**Nota:** V.1Iniciación de interacciones.V.2Hablar en público/ enfrentarse con superiores.V.3Defensa de los derechos.V.4Expresión de molestia, desgrado o enfado. V.5Expresión de sentimientos positivos hacia el sexo opuesto. V.6Expresión de molestia o enfado hacia familiares. V.7Rechazo de peticiones provenientes del sexo opuesto. V.8Aceptación de cumplidos. V.9Tomar la iniciativa en las relaciones con el sexo opuesto. V.10Hacer cumplidos. V.11Preocupación por los sentimientos de los demás. V.12Expresión de cariño hacia los padres.

## Descripción

En la **tabla 4** se reflejan los puntajes obtenidos de los participantes posterior al proyecto de intervención, así podemos ver que la variable 10 que era la más problemática en el equipo ha tenido una disminución en su puntuación lo que evidencia una mejoría con respecto a la habilidad de hacer cumplidos, ahora con respecto a la variable nueve que fue la más presente en los usuarios tuvo un ligero aumento de puntuación lo que refleja que no se logró su mejoría.

**Figura 1.** Comparación de las medias aritméticas de las variables del EMES-C de Pre vs Post tratamiento en un conjunto de seis pacientes con ansiedad y depresión intervenidos con psicoeducación y técnicas cognitivo-conductuales.



Fuente: Elaboración propia: Santillán, P (2021)

**Figura 1:** V.1Temor a la expresión en público y a enfrentarse con superiores.V.2Temor a la desaprobación de los demás al expresar sentimientos negativos y al rechazar peticiones. V.3Temor a hacer y recibir peticiones. V.4Temor a hacer y recibir cumplidos. V.5Preocupación por la expresión de sentimientos positivos y la iniciación de interacciones con el sexo opuesto. V.6Temor a la evaluación negativa por parte de los demás al manifestar conductas negativas. V.7Temor a una conducta negativa por parte de los demás en expresión de conductas positivas. V.8Preocupación por la expresión de los demás en la expresión de sentimientos. V.9Preocupación por la impresión causada en los demás. V.10Temor a expresar sentimientos positivos. V.11Temor a la defensa de los derechos. V.12Asunción de posibles carencias propias.

## **Descripción**

Esta gráfica de barras evidencia que hay una disminución en la mayoría de las variables tras la intervención al comparar con la puntuación inicial antes de haber implementado el taller por lo que se considera que las habilidades sociales de la esfera cognitiva (EMES-C) han presentado una mejoría o fortalecimiento.

### **- EMES-M:**

Ahora se procede analizar las puntuaciones de la segunda parte de esta escala (EMES-M) la parte motora, donde sus datos deben ser considerados bajo la idea de a menor puntuación menor es la habilidad social.

Tabla 5

Puntuaciones percentiles de los participantes en la pre-evaluación sobre el máximo posible en la Escala Multidimensional de Expresión Social-Parte Motora (EMES-M).

HABILIDADES SOCIALES DE VICENTE CABALLO EMES - M PRE INTERVENCION												
Participantes	V.1	V.2	V.3	V.4	V.5	V.6	V.7	V.8	V.9	V.10	V.11	V.12
<b>A</b>	47,5	45	81,25	50	55	68,75	58,33	56,25	66,6	41,6	37,5	75
<b>B</b>	30	42,5	31,25	30	25	25	66,6	43,75	8,33	25	25	25
<b>C</b>	85	60	62,5	75	75	56,25	66,6	50	33,3	50	87,5	50
<b>D</b>	57,5	57,5	62,5	75	45	37,5	91,6	50	0	25	87,5	25
<b>E</b>	77,5	85	75	60	100	100	66,66	75	100	100	50	50
<b>F</b>	25	47,5	81,25	40	0	50	75	25	0	50	25	25
<b>Total, Σ</b>	<b>322,5</b>	<b>337,5</b>	<b>393,75</b>	<b>330</b>	<b>300</b>	<b>337,5</b>	<b>424,79</b>	<b>300</b>	<b>208,23</b>	<b>291,6</b>	<b>312,5</b>	<b>250</b>
<b>Media</b>	<b>53,8</b>	<b>56,3</b>	<b>65,6</b>	<b>55,0</b>	<b>50,0</b>	<b>56,3</b>	<b>70,8</b>	<b>50,0</b>	<b>34,7</b>	<b>48,6</b>	<b>52,1</b>	<b>41,7</b>
<b>DS</b>	<b>24,43</b>	<b>15,71</b>	<b>18,85</b>	<b>18,44</b>	<b>35,50</b>	<b>26,22</b>	<b>11,47</b>	<b>16,30</b>	<b>40,96</b>	<b>27,60</b>	<b>28,96</b>	<b>20,41</b>

Fuente: Elaboración propia: Santillán, P (2021)

**Nota:** V.1: Iniciación de interacciones. V.2: Hablar en público/ enfrentarse con superiores. V.3: Defensa de los derechos. V.4: Expresión de molestia, desagrado o enfado. V.5: Expresión de sentimientos positivos hacia el sexo opuesto. V.6: Expresión de molestia o enfado hacia familiares. V.7: Rechazo de peticiones provenientes del sexo opuesto. V.8: Aceptación de cumplidos. V.9: Tomar la iniciativa en las relaciones con el sexo opuesto. V.10: Hacer cumplidos. V.11: Preocupación por los sentimientos de los demás. V.12: Expresión de cariño hacia los padres. DS. Desviación Estándar.

## **Descripción**

En la **tabla 5** se puede observar la obtención de las puntuaciones de los pacientes en relación con las doce variables del (EMES-M), las cuales entre más altas puntúen significa una mayor habilidad social, así que tomando en consideración las medias obtenidas se puede evidenciar que la variable número 9 que refiere a tomar la iniciativa en las relaciones con el sexo opuesto es la habilidad menos presente en el grupo intervenido, así como la variable con mayor habilidad es la 7 que corresponde a rechazo de peticiones provenientes del sexo opuesto ya que viene a ser la que mayor puntaje posee.

Tabla 6

Puntuaciones percentiles de los participantes en la post-evaluación sobre el máximo posible en la Escala Multidimensional de Expresión Social-Parte Motora (EMES-M).

<b>HABILIDADES SOCIALES DE VICENTE CABALLO EMES-M POST INTERVENCIÓN</b>												
<b>Participantes</b>	<b>V.1</b>	<b>V.2</b>	<b>V.3</b>	<b>V.4</b>	<b>V.5</b>	<b>V.6</b>	<b>V.7</b>	<b>V.8</b>	<b>V.9</b>	<b>V.10</b>	<b>V.11</b>	<b>V.12</b>
<b>A</b>	50	47,5	73,5	50	55	62,5	50	60,8	58,3	75	62,5	75
<b>B</b>	57,5	52,5	25	20	55	25	75	50	8,3	58,3	37,5	75
<b>C</b>	82,5	65	70,5	70	80	62,5	58,3	62,5	58,3	50	100	50
<b>D</b>	62,5	80	68,75	70	35	37,5	91,66	43,75	0	25	62,5	25
<b>E</b>	92,5	92,5	81,25	80	95	93,75	91,6	100	83,3	66,6	100	75
<b>F</b>	22,5	30	80,75	55	0	68,75	75	37,5	16,6	33,33	12,5	25
<b>Total, <math>\Sigma</math></b>	<b>367,5</b>	<b>367,5</b>	<b>399,75</b>	<b>345</b>	<b>320</b>	<b>350</b>	<b>441,56</b>	<b>354,55</b>	<b>224,8</b>	<b>308,23</b>	<b>375</b>	<b>325</b>
<b>Media</b>	<b>61,25</b>	<b>61,25</b>	<b>66,63</b>	<b>57,50</b>	<b>53,33</b>	<b>58,33</b>	<b>73,59</b>	<b>59,09</b>	<b>37,47</b>	<b>51,37</b>	<b>62,50</b>	<b>54,17</b>
<b>DS</b>	<b>24,79</b>	<b>22,73</b>	<b>21,04</b>	<b>21,39</b>	<b>33,57</b>	<b>24,26</b>	<b>17,00</b>	<b>22,24</b>	<b>33,64</b>	<b>19,29</b>	<b>34,46</b>	<b>24,58</b>

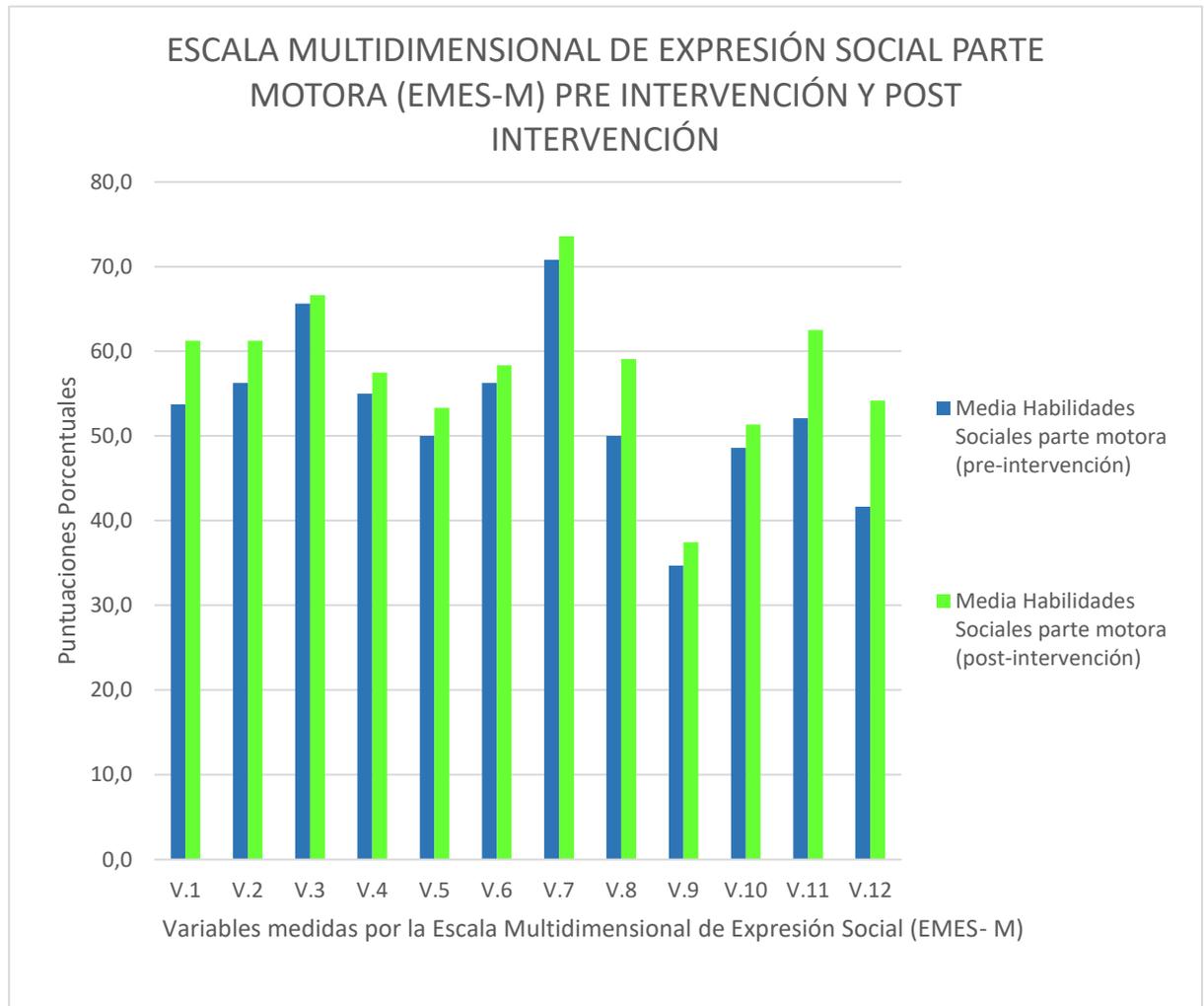
Fuente: Elaboración propia: Santillán, P (2021)

**Nota:** V.1: Iniciación de interacciones. V.2: Hablar en público/ enfrentarse con superiores. V.3: Defensa de los derechos. V.4: Expresión de molestia, desagrado o enfado. V.5: Expresión de sentimientos positivos hacia el sexo opuesto. V.6: Expresión de molestia o enfado hacia familiares. V.7: Rechazo de peticiones provenientes del sexo opuesto. V.8: Aceptación de cumplidos. V.9: Tomar la iniciativa en las relaciones con el sexo opuesto. V.10: Hacer cumplidos. V.11: Preocupación por los sentimientos de los demás. V.12: Expresión de cariño hacia los padres.

## **Descripción**

En la **tabla 6** se reflejan los puntajes obtenidos de los participantes posterior al proyecto de intervención, así podemos ver que la variable 9 que era la más deficitaria en el equipo ha tenido un incremento en su puntuación lo que evidencia una mejoría con respecto a la habilidad de tomar la iniciativa en las relaciones con el sexo opuesto, ahora con respecto a la variable 7 que fue la más presente en los usuarios tuvo un aumento de puntuación lo que refleja que no se potencializó aún más.

**Figura 1. Comparación de las medias aritméticas de las variables del EMES-M de Pre vs Post tratamiento en un conjunto de seis pacientes con ansiedad y depresión intervenidos con psicoeducación y técnicas cognitivo-conductuales.**



Fuente: Elaboración propia: Santillán, P (2021)

**Figura 2:** V.1: Iniciación de interacciones.V.2: Hablar en público/ enfrentarse con superiores.V.3: Defensa de los derechos.V.4: Expresión de molestia, desagrado o enfado. V.5: Expresión de sentimientos positivos hacia el sexo opuesto. V.6: Expresión de molestia o enfado hacia familiares. V.7: Rechazo de peticiones provenientes del sexo opuesto. V.8: Aceptación de cumplidos. V.9: Tomar la iniciativa en las relaciones con el sexo opuesto. V.10: Hacer cumplidos. V.11: Preocupación por los sentimientos de los demás. V.12: Expresión de cariño hacia los padres.

### Descripción

Esta gráfica de barras evidencia que hay un aumento en la todas las 12 variables tras la intervención al comparar con la puntuación inicial antes de haber implementado el taller, por lo que se considera que las habilidades sociales de la esfera motora (EMES-M) han presentado una mejoría o fortalecimiento.

## b) Inventario de depresión de Beck:

Este inventario se desarrolló con la finalidad de evaluar los diversos niveles del estado de ánimo en una escala de mínimo, moderado y severo, el cual fue:

Creado por el psiquiatra, investigador y fundador de la Terapia Cognitiva, Aaron T. Beck, es un cuestionario autoadministrado que consta de 21 preguntas de respuesta múltiple. Es uno de los instrumentos más comúnmente utilizados para medir la severidad de una depresión. (PSYCIENCIA, 2014)

*Tabla 7*

**Puntuaciones directas de los participantes en la pre-evaluación sobre el máximo posible en el Inventario de Depresión de Beck.**

<b>INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK – PRE-INTERVENCIÓN</b>		
<b>PARTICIPANTES</b>	<b>PUNTUACIÓN DIRECTA</b>	<b>INTERPRETACIÓN</b>
<b>A</b>	11	Depresión Mínima
<b>B</b>	25	Depresión Moderada
<b>C</b>	39	Depresión Severa
<b>D</b>	31	Depresión Severa
<b>E</b>	36	Depresión Severa
<b>F</b>	57	Depresión Severa
<b>TOTAL</b>	<b>199</b>	
<b>Media B.D.I</b>	<b>33,2</b>	

Fuente: Elaboración propia: Santillán, P (2021)

### **Descripción**

En la **tabla 7** se registra las puntuaciones obtenidas por los participantes del taller previo a su aplicación, donde se debe guiar bajo la premisa de mayor puntuación mayor nivel de depresión presenta. Así se evidencia que la participante con un mayor nivel depresivo es la F, y la participante con el menor índice de depresión es la A.

Tabla 8

Puntuaciones directas de los participantes en la post-evaluación sobre el máximo posible en el Inventario de Depresión de Beck.

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK – POST INTERVENCIÓN		
PARTICIPANTES	PUNTUACIÓN DIRECTA	INTERPRETACIÓN
A	1	Depresión mínima
B	15	Depresión leve
C	23	Depresión moderada
D	8	Depresión mínima
E	23	Depresión moderada
F	44	Depresión severa
<b>Total, <math>\Sigma x</math></b>	<b>114</b>	
<b>Media</b>	<b>19,00</b>	
<b>DS</b>	<b>14,95</b>	

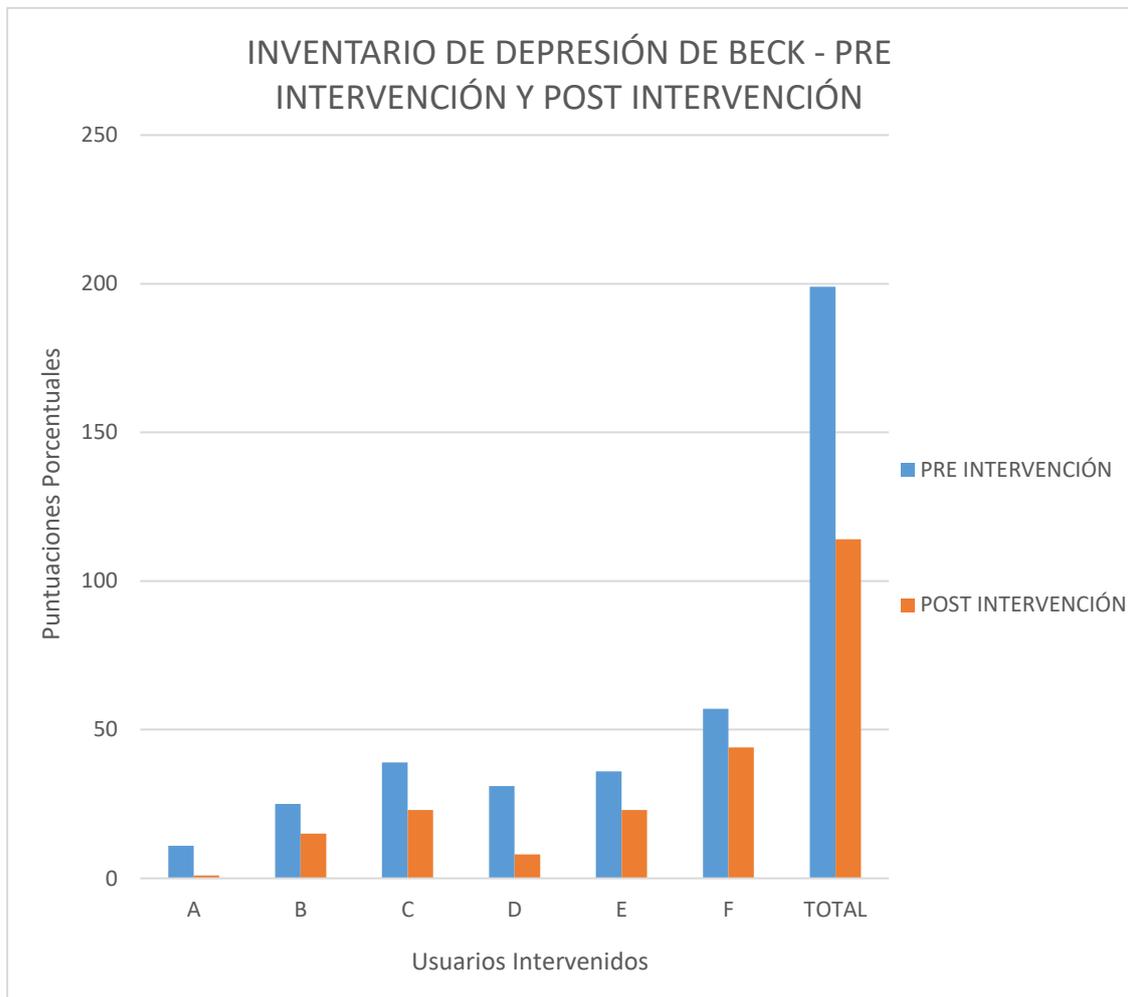
Fuente: Elaboración propia: Santillán, P (2021)

*Nota:* DS. Desviación estándar.

### Descripción

En la **tabla 8** se muestra los puntajes obtenidos por los participantes posteriores a la intervención, donde se evidencia una disminución de las puntuaciones en todos los participantes, donde la participante F que tenía el mayor nivel depresivo ha disminuido considerablemente, y la participante A con el menor índice de depresión ha disminuido aún más.

**Figura 2. Comparación de las puntuaciones de las variables del B.D.I de Pre vs Post tratamiento en un conjunto de seis pacientes con depresión y ansiedad intervenidos con psicoeducación y técnicas cognitivo-conductuales.**



Fuente: Elaboración propia: Santillán, P (2021)

### Descripción

En la gráfica de barras se encuentra representada la comparación de las puntuaciones pre y post evaluación en relación con el Inventario de Depresión de Beck, donde se nota una clara disminución de las puntuaciones de los participantes lo que se puede apreciar como una mejoría en relación con sus trastornos depresivos.

**c) Inventario de situaciones y respuestas automáticas (I.S.R.A):**

Hay que destacar que para la calificación de este reactivo se toma como criterio que a mayor puntuación mayor índice de ansiedad en la variable.

El Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad, ISRA (Miguel-Tobal y Cano-Vindel, 1986, 2002) fue desarrollado siguiendo el formato situación por respuesta (S×R) propuesto por el modelo interactivo de Endler (Cano-Vindel, 1989; Endler y Okada, 1975) e incluye manifestaciones de los tres sistemas de R (cognitivo, fisiológico, motor), propuestos por el modelo multidimensional de la emoción de Lang de 1968 (Martínez-Monteagudo, Inglés, Cano-Vindel, & García-Fernández, 2012), por lo que permite la evaluación de R concretas Cognitivas (C), Fisiológicas (F) y Motoras(M) de ansiedad ante diferentes S, que se agrupan en cuatro áreas o rasgos específicos: situaciones de Evaluación, Interpersonales, Fóbicas y Cotidianas. (Cano - Vindel, Muñoz, Moretti, & Medrano, 2020, p. 156)

**Tabla 9**

**Puntuaciones percentiles de los participantes en la pre-evaluación sobre el máximo posible en el Inventario de Situaciones y Respuestas Automáticas (I.S.R.A).**

<b>I.S.R.A PRE-INTERVENCIÓN</b>								
<b>Participantes</b>	<b>COGNITIVO</b>	<b>FISIOLOGICO</b>	<b>MOTOR</b>	<b>TOTAL</b>	<b>F.1</b>	<b>F.2</b>	<b>F.3</b>	<b>F.4</b>
<b>A</b>	40	95	35	70	35	80	75	65
<b>B</b>	60	70	5	45	25	10	50	65
<b>C</b>	90	99	70	99	85	75	90	99
<b>D</b>	80	55	15	55	25	40	45	50
<b>E</b>	90	99	60	90	65	35	85	90
<b>F</b>	99	99	99	99	99	99	95	99
<b>Total, Σ</b>	<b>459</b>	<b>517</b>	<b>284</b>	<b>458</b>	<b>334</b>	<b>339</b>	<b>440</b>	<b>468</b>
<b>Media</b>	<b>76,5</b>	<b>86,2</b>	<b>47,3</b>	<b>76,3</b>	<b>55,7</b>	<b>56,5</b>	<b>73,3</b>	<b>78,0</b>

Fuente: Elaboración propia: Santillán, P (2021)

*Nota: I.S.R.A. Inventario de Situaciones y Respuestas Automáticas. F1. Ansiedad a la Evaluación. F2. Ansiedad Interpersonal. F3. Ansiedad Fóbica. F4. Ansiedad en la vida cotidiana.*

## **Descripción**

En la **tabla 9** se puede observar la obtención de las puntuaciones preevaluación de los pacientes en relación con las ocho variables del (I.S.R.A), las cuales entre más altas puntúen significa un mayor nivel de ansiedad en esa esfera, así que tomando en consideración las medias obtenidas se puede evidenciar que la variable de Ansiedad Fisiológica es la que registra una mayor puntuación, así como la variable con menos índice de ansiedad es la variable de Ansiedad Motora.

Tabla 10

Puntuaciones percentiles de los participantes en la post-evaluación sobre el máximo posible en el Inventario de Situaciones y Respuestas Automáticas (I.S.R.A).

I.S.R.A POST INTERVENCION								
Participantes	COGNITIVO	FISIOLOGICO	MOTOR	TOTAL	F.1	F.2	F.3	F.4
A	25	75	20	35	10	40	55	35
B	25	60	0	15	10	10	35	60
C	80	99	50	90	65	65	85	95
D	5	15	5	5	5	10	10	5
E	15	80	25	40	30	20	15	15
F	99	99	99	99	99	99	95	99
<b>Total, <math>\Sigma</math></b>	<b>249</b>	<b>428</b>	<b>199</b>	<b>284</b>	<b>219</b>	<b>244</b>	<b>295</b>	<b>309</b>
<b>Media</b>	<b>41,50</b>	<b>71,33</b>	<b>33,17</b>	<b>47,33</b>	<b>36,50</b>	<b>40,67</b>	<b>49,17</b>	<b>51,50</b>
<b>DS</b>	<b>38,39</b>	<b>31,37</b>	<b>36,74</b>	<b>38,82</b>	<b>37,84</b>	<b>35,51</b>	<b>35,56</b>	<b>39,97</b>

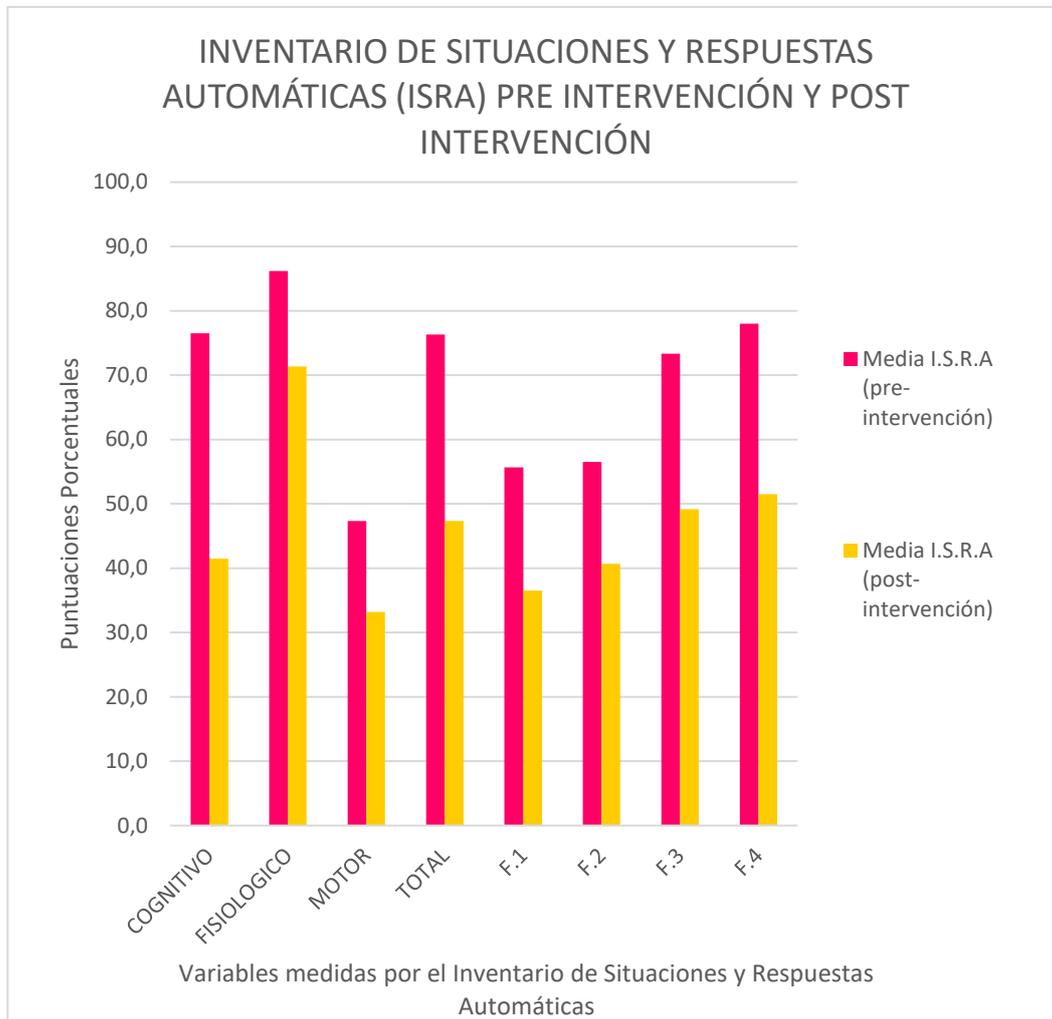
Fuente: Elaboración propia: Santillán, P (2021)

*Nota: I.S.R.A. Inventario de Situaciones y Respuestas Automáticas. F1. Ansiedad a la Evaluación. F2. Ansiedad Interpersonal. F3. Ansiedad Fóbica. F4. Ansiedad en la vida cotidiana.*

## **Descripción**

En la **tabla 10** se puede observar la obtención de las puntuaciones post evaluación de los pacientes en relación con las ocho variables del (I.S.R.A), las cuales entre más altas puntúen significa un mayor nivel de ansiedad en esa esfera, así que tomando en consideración las medias finales obtenidas se puede evidenciar que la variable de Ansiedad Fisiológica que registraba una mayor puntuación en los niveles de ansiedad ha disminuido considerablemente, incluso la variable con menos índice de ansiedad que era la Motora registra una disminución, lo cual evidencia que se hay reforzado las herramientas para combatir la ansiedad en sus tres campos de acción.

**Figura 3. Comparación de las medias aritméticas de las variables del I.S.R.A de Pre vs Post tratamiento en un conjunto de seis pacientes con depresión y ansiedad intervenidos con psicoeducación y técnicas cognitivo-conductuales**



Fuente: Elaboración propia: Santillán, P (2021)

**Figura 4:** *F.1 Ansiedad a la Evaluación.F.2 Ansiedad Interpersonal.F.3 Ansiedad Fóbica.F.4 Ansiedad de la Vida Cotidiana.*

### Descripción

En la gráfica de barras se encuentra representada la comparación de las puntuaciones pre y post evaluación en relación con el Inventario de Situaciones y Respuestas Automáticas (I.S.R.A), donde se nota una clara disminución de las puntuaciones de los participantes entre los dos periodos, lo que se puede considerar como una mejoría en relación con sus trastornos síntomas de ansiedad.

**d) Inventario de pensamientos automáticos de Ruiz y Lujan:**

Evalúa 15 distorsiones cognitivas, a través de 45 preguntas: Filtraje o Abstracción Selectiva, Pensamiento Polarizado, Sobregeneralización, Interpretación del Pensamiento, Visión Catastrófica, Personalización, Falacia de Control, Falacia de Justicia, Razonamiento Emocional, Falacia de Cambio, Etiquetas Globales, Culpabilidad, Deberías, Tener Razón y Falacia de Recompensa Divina. (Londoño, Álvarez, López, & Posada, 2005, p. 129)

Para analizar los resultados obtenidos de este reactivo, se lo debe hacer bajo la siguiente premisa: si la puntuación de la distorsión es mayor o igual a 4 quiere decir que la misma se encuentra presente en el participante.

Tabla 11

Puntuaciones directas de los participantes en la pre-evaluación sobre el máximo posible en el Inventario de Pensamientos Automáticos de Ruiz y Lujan.

<b>INVENTARIO DE PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS DE RUIZ Y LUJAN PRE-INTERVENCIÓN</b>															
<b>Participantes</b>	<b>Filtro Mental</b>	<b>Pensamiento todo o nada</b>	<b>Pensamiento Generalizado</b>	<b>Lectura del Pensamiento</b>	<b>Visión Catastrófica</b>	<b>Personalización</b>	<b>Falacia de Control</b>	<b>Falacia de Justicia</b>	<b>Razonamiento Emocional</b>	<b>Falacia de Cambio</b>	<b>Etiquetado</b>	<b>Culpabilización</b>	<b>Debería</b>	<b>Falacia de Razón</b>	<b>Falacia de Recompensa</b>
<b>A</b>	5	1	2	3	2	0	2	4	1	3	1	3	4	3	5
<b>B</b>	5	2	3	1	5	0	3	1	2	1	2	0	3	1	3
<b>C</b>	4	0	4	4	9	5	4	4	7	4	3	5	6	4	9
<b>D</b>	6	8	6	6	3	5	6	6	2	6	4	2	5	2	5
<b>E</b>	6	4	3	3	4	4	5	6	5	3	3	4	3	5	9
<b>F</b>	9	9	9	7	7	6	6	5	6	5	7	6	5	8	2
<b>Total, Σ</b>	<b>35</b>	<b>24</b>	<b>27</b>	<b>24</b>	<b>30</b>	<b>20</b>	<b>26</b>	<b>26</b>	<b>23</b>	<b>22</b>	<b>20</b>	<b>20</b>	<b>26</b>	<b>23</b>	<b>33</b>
<b>Media</b>	<b>5,8</b>	<b>6,9</b>	<b>4,5</b>	<b>4,0</b>	<b>5,0</b>	<b>3,3</b>	<b>4,3</b>	<b>4,3</b>	<b>3,8</b>	<b>3,7</b>	<b>3,3</b>	<b>3,3</b>	<b>4,3</b>	<b>3,8</b>	<b>5,5</b>

Fuente: Elaboración propia: Santillán, P (2021)

## **Descripción**

En la **tabla 11** que contiene puntuaciones de los participantes sobre la preevaluación, se puede visualizar con respecto a las valoraciones obtenidas de las 14 distorsiones que la más presente dentro del grupo es el Filtro Mental, es decir la mayoría de los pacientes tienden a visualizar los aspectos negativos más que los positivos con respecto a sus vivencias, consecuentemente las distorsiones menos presentes en el grupo son tres ya que comparten la misma puntuación y es la Personalización, el Etiquetado y la Culpabilización.

Tabla 12

Puntuaciones directas de los participantes en la post-evaluación sobre el máximo posible en el Inventario de Pensamientos Automáticos de Ruiz y Lujan.

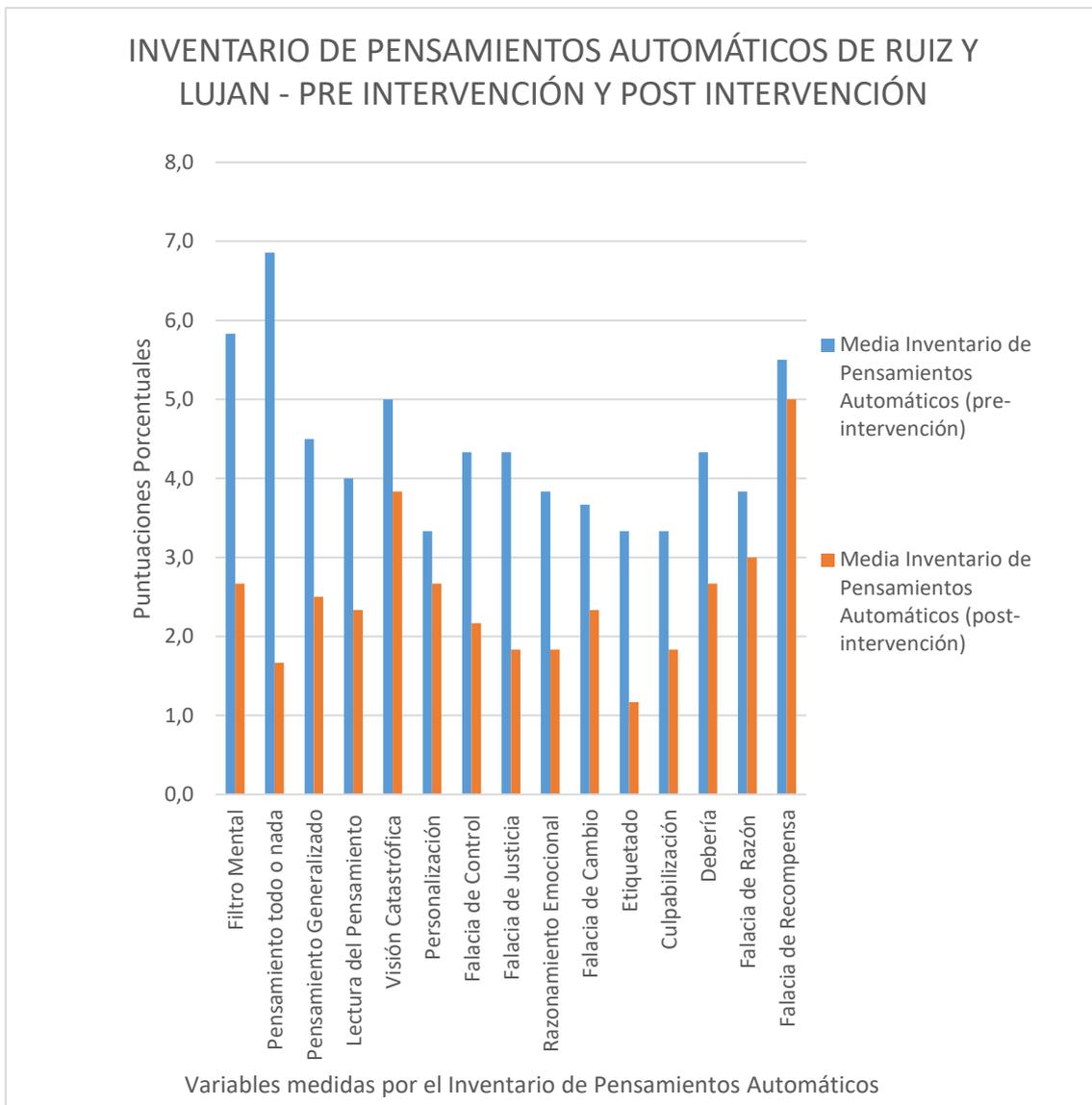
<b>TEST DE PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS DE RUIZ Y LUJAN POST INTERVENCIÓN</b>															
<b>Participantes</b>	<b>Filtro Mental</b>	<b>Pensamiento todo o nada</b>	<b>Pensamiento Generalizado</b>	<b>Lectura del Pensamiento</b>	<b>Visión Catastrófica</b>	<b>Personalización</b>	<b>Falacia de Control</b>	<b>Falacia de Justicia</b>	<b>Razonamiento Emocional</b>	<b>Falacia de Cambio</b>	<b>Etiquetado</b>	<b>Culpabilización</b>	<b>Debería</b>	<b>Falacia de Razon</b>	<b>Falacia de Recompensa</b>
<b>A</b>	2	0	2	2	3	2	2	4	0	3	0	0	3	3	4
<b>B</b>	3	1	2	0	3	0	1	0	1	0	0	0	1	0	4
<b>C</b>	1	0	3	4	7	2	3	3	5	3	2	3	3	3	8
<b>D</b>	0	1	1	2	2	1	1	0	0	1	0	0	2	2	2
<b>E</b>	3	1	1	3	3	5	3	1	1	3	2	2	3	5	9
<b>F</b>	7	7	6	3	5	6	3	3	4	4	3	6	4	5	3
<b>Total, Σ</b>	<b>16</b>	<b>10</b>	<b>15</b>	<b>14</b>	<b>23</b>	<b>16</b>	<b>13</b>	<b>11</b>	<b>11</b>	<b>14</b>	<b>7</b>	<b>11</b>	<b>16</b>	<b>18</b>	<b>30</b>
<b>Media</b>	<b>2,67</b>	<b>1,67</b>	<b>2,50</b>	<b>2,33</b>	<b>3,83</b>	<b>2,67</b>	<b>2,17</b>	<b>1,83</b>	<b>1,83</b>	<b>2,33</b>	<b>1,17</b>	<b>1,83</b>	<b>2,67</b>	<b>3,00</b>	<b>5,00</b>
<b>DS</b>	<b>2,42</b>	<b>2,66</b>	<b>1,87</b>	<b>1,37</b>	<b>1,83</b>	<b>2,34</b>	<b>0,98</b>	<b>1,72</b>	<b>2,14</b>	<b>1,51</b>	<b>1,33</b>	<b>2,40</b>	<b>1,03</b>	<b>1,90</b>	<b>2,82</b>

Fuente: Elaboración propia: Santillán, P (2021)

## **Descripción**

En la **tabla 12** que contiene puntuaciones de los participantes sobre la post evaluación, se puede visualizar con respecto a las valoraciones obtenidas de las 14 distorsiones que la que se encontraba con mayor prevalencia dentro del grupo es el Filtro Mental el mismo que ha disminuido considerablemente su puntuación, es decir la mayoría de los pacientes han desarrollado herramientas para ya no visualizar únicamente los aspectos negativos respecto a sus vivencias, consecuentemente las distorsiones que estaban menos presentes en el grupo eran tres la Personalización, el Etiquetado y la Culpabilización que también presentan una reducción en sus puntuaciones.

**Figura 4. Comparación de las medias aritméticas de las variables del Inventario de Pensamientos Automáticos de Pre vs Post tratamiento en un conjunto de seis pacientes con depresión y ansiedad intervenidos con psicoeducación y técnicas cognitivo-conductuales.**



Fuente: Elaboración propia: Santillán, P (2021)

### Descripción

En la gráfica de barras se encuentra representada la comparación de las puntuaciones pre y post evaluación en relación con el Inventario de Pensamientos Automáticos, donde se nota una clara disminución de las puntuaciones porcentuales de los participantes entre los dos períodos, lo que se puede considerar como una mejoría en relación con la presencia de pensamientos automáticos distorsionados en los usuarios.

**e) T de student:**

Esta fórmula es empleada estadísticamente para evidenciar si el cambio de las medias de un grupo es estadísticamente significativo, es decir si el valor ha cambiado por un factor X y no por el azar o el tiempo simplemente.

Con una t-prueba, el investigador desea indicar con un cierto grado de confianza que la diferencia obtenida entre los medios de los grupos de la muestra sea demasiado grande ser un acontecimiento chance. Si nuestra t prueba produce una t-valor que da lugar a una probabilidad de .01, decimos que la probabilidad de conseguir la diferencia que encontramos sería por casualidad 1 en 100 veces. (Osteopaths S. E., 2019, p. 1)

**Figura 5. Fórmula T de student empleada para la obtención de las diferencias estadísticamente significativas de las puntuaciones obtenidas de la pre y post evaluación.**

$$t = \frac{\frac{\sum d}{N}}{\sqrt{\frac{\sum d^2 - \frac{(\sum d)^2}{N}}{N(N-1)}}$$

Tomado de: (Sommer & Sommer, 2001)

**Tabla 13**

**Valor t de student de Subescala Cognitiva – ISRA**

<b>I.S.R.A - SUBESCALA COGNITIVA</b>				
<b>PARTICIPANTES</b>	<b>PRE-TRATAMIENTO</b>	<b>POST-TRATAMIENTO</b>	<b>d</b>	<b>d<sup>2</sup></b>
<b>1</b>	40	25	15	225
<b>2</b>	60	25	35	1225
<b>3</b>	90	80	10	100
<b>4</b>	80	5	75	5625
<b>5</b>	90	15	75	5625
<b>6</b>	99	99	0	0
			210	12800
<b>Valor t student=</b>				<b>14,22</b>

Fuente: Elaboración propia: Santillán, P (2021)

*Nota: I.S.R.A Inventario de Situaciones y Respuestas Automáticas. d diferencias. d<sup>2</sup> diferencias cuadráticas.  $\Sigma d$  sumatoria de diferencias.  $\Sigma d^2$  sumatoria de diferencias cuadráticas.*

### **Descripción**

En la **tabla 13** se puede ver la obtención de la t de student del I.S.R.A de su subescala Cognitiva, la cual posee 5 grados de libertad con un **nivel alfa de 0.05**, por ende, el valor de t a superar es de **2,57**. Entonces el valor de la **t empírica encontrada es de 14,22**, se puede concluir que existe una **diferencia estadísticamente significativa** en los resultados pre y post tratamiento de la intervención, es decir el tratamiento tuvo un impacto significativo.

**Tabla 14**

**Valor t de student de Subescala Fisiológica – ISRA.**

<b>I.S.R.A - SUBESCALA FISIOLÓGICA</b>				
<b>PARTICIPANTES</b>	<b>PRE-TRATAMIENTO</b>	<b>POST-TRATAMIENTO</b>	<b>d</b>	<b>d<sup>2</sup></b>
<b>1</b>	95	75	20	400
<b>2</b>	70	60	10	100
<b>3</b>	99	99	0	0
<b>4</b>	55	15	40	1600
<b>5</b>	99	80	19	361
<b>6</b>	99	99	0	0
			89	2461
<b>Valor t student=</b>				<b>13,17</b>

Fuente: Elaboración propia: Santillán, P (2021)

*Nota: I.S.R.A Inventario de Situaciones y Respuestas Automáticas. d diferencias. d<sup>2</sup> diferencias cuadráticas.  $\Sigma d$  sumatoria de diferencias.  $\Sigma d^2$  sumatoria de diferencias cuadráticas.*

### **Descripción**

En la **tabla 14** se puede ver la obtención de la t de student del I.S.R.A de su subescala Fisiológica, la cual posee 5 grados de libertad con un **nivel alfa de 0.05**, por ende, el valor de t a superar es de **2,57**. Entonces el valor de la **t empírica encontrada es de 13,17**, se puede concluir que existe una **diferencia estadísticamente significativa** en los resultados pre y post tratamiento de la intervención, es decir el tratamiento tuvo un impacto significativo.

*Tabla 15*

Valor t de student de Subescala Motora – ISRA.

I.S.R.A - SUBESCALA MOTORA				
PARTICIPANTES	PRE - TRATAMIENTO	POST - TRATAMIENTO	d	d <sup>2</sup>
1	35	20	15	225
2	5	0	5	25
3	70	50	20	400
4	15	5	10	100
5	60	25	35	1225
6	99	99	0	0
			85	1975
<b>Valor t student=</b>				15,3

Fuente: Elaboración propia: Santillán, P (2021)

*Nota: I.S.R.A Inventario de Situaciones y Respuestas Automáticas. d diferencias. d<sup>2</sup> diferencias cuadráticas.  $\Sigma d$  sumatoria de diferencias.  $\Sigma d^2$  sumatoria de diferencias cuadráticas.*

### Descripción

En la **tabla 15** se puede ver la obtención de la t de student del I.S.R.A de su subescala Motora, la cual posee 5 grados de libertad con un **nivel alfa de 0.05**, por ende, el valor de t a superar es de **2,57**. Entonces el valor de la **t empírica encontrada es de 15,3** se puede concluir que existe una **diferencia estadísticamente significativa** en los resultados pre y post tratamiento de la intervención, es decir el tratamiento tuvo un impacto significativo.

*Tabla 16*

Valor t de student de Subescala Filtro Mental – Inventario de Pensamientos Automáticos de Ruiz Y Lujan.

INVENTARIO DE PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS DE RUIZ Y LUJAN - SUBESCALA FILTRO MENTAL				
PARTICIPANTES	PRE - TRATAMIENTO	POST - TRATAMIENTO	d	d <sup>2</sup>
1	5	2	3	9
2	5	3	2	4
3	4	1	3	9
4	6	0	6	36
5	6	3	3	9
6	9	7	2	4
			19	71
<b>Valor t student=</b>				<b>28,86</b>

Fuente: Elaboración propia: Santillán, P (2021)

*Nota:* d diferencias. d<sup>2</sup> diferencias cuadráticas.  $\Sigma d$  sumatoria de diferencias.  $\Sigma d^2$  sumatoria de diferencias cuadráticas.

### **Descripción**

En la **tabla 16** se puede ver la obtención de la t de student del I.S.R.A de su subescala Fisiológica, la cual posee 5 grados de libertad con un **nivel alfa de 0.05**, por ende, el valor de t a superar es de **2,57**. Entonces el valor de la **t empírica encontrada es de 28,86** se puede concluir que existe una **diferencia estadísticamente significativa** en los resultados pre y post tratamiento de la intervención, es decir el tratamiento tuvo un impacto significativo.

*Tabla 17*

Valor t de student de Subescala Falacia de Control – Inventario de Pensamientos Automáticos de Ruiz y Lujan.

INVENTARIO DE PENSAMIENTOS AUTOMATICOS DE RUIZ Y LUJAN - SUBESCALA FALACIA DE CONTROL				
PARTICIPANTES	PRE - TRATAMIENTO	POST - TRATAMIENTO	d	d <sup>2</sup>
1	2	2	0	0
2	3	1	2	4
3	4	3	1	1
4	6	1	5	25
5	5	3	2	4
6	6	3	3	9
			13	43
<b>Valor t student=</b>				16,87

Fuente: Elaboración propia: Santillán, P (2021)

*Nota:* d diferencias. d<sup>2</sup> diferencias cuadráticas.  $\Sigma d$  sumatoria de diferencias.  $\Sigma d^2$  sumatoria de diferencias cuadráticas.

### Descripción

En la **tabla 17** se puede ver la obtención de la t de student del I.S.R.A de su subescala Fisiológica, la cual posee 5 grados de libertad con un **nivel alfa de 0.05**, por ende, el valor de t a superar es de **2,57**. Entonces el valor de la **t empírica encontrada es de 16,87** se puede concluir que existe una **diferencia estadísticamente significativa** en los resultados pre y post tratamiento de la intervención, es decir el tratamiento tuvo un impacto significativo.

*Tabla 18*

Valor t de student de Subescala V.4 – Escala Multidimensional de Expresión Social de V. Caballo/ EMES-C.

ESCALA MULTIDIMENSIONAL DE EXPRESIÓN SOCIAL DE V. CABALLO - EMES C - V.4				
PARTICIPANTES	PRE - TRATAMIENTO	POST - TRATAMIENTO	d	d <sup>2</sup>
1	62,5	37,5	25	625
2	12,5	12,5	0	0
3	18,75	25	-6,25	39,06
4	68,75	25	43,75	1914,06
5	18,75	0	18,75	351,56
6	81,25	25	56,25	3164,06
			137,5	6093,74
<b>Valor t student=</b>				12,67

Fuente: Elaboración propia: Santillán, P (2021)

*Nota:* EMES C. Escala Multidimensional de Expresión Social parte Cognitiva. V4. 4Temor a hacer y recibir cumplidos. d diferencias. d<sup>2</sup> diferencias cuadráticas.  $\Sigma d$  sumatoria de diferencias.  $\Sigma d^2$  sumatoria de diferencias cuadráticas.

### Descripción

En la **tabla 18** se puede ver la obtención de la t de student del I.S.R.A de su subescala Fisiológica, la cual posee 5 grados de libertad con un **nivel alfa de 0.05**, por ende, el valor de t a superar es de **2,57**. Entonces el valor de la **t empírica encontrada es de 12,67** se puede concluir que existe una **diferencia estadísticamente significativa** en los resultados pre y post tratamiento de la intervención, es decir el tratamiento tuvo un impacto significativo.

*Tabla 19*

Valor t de student de Subescala V.11 – Escala Multidimensional de Expresión Social de V. Caballo/ EMES-C.

ESCALA MULTIDIMENSIONAL DE EXPRESIÓN SOCIAL DE V. CABALLO - EMES C - V.11				
PARTICIPANTES	PRE - TRATAMIENTO	POST - TRATAMIENTO	d	d <sup>2</sup>
1	50	37,5	12,5	156,25
2	25	12,5	9,5	90,25
3	37,5	37,5	0	0
4	50	37,5	12,5	156,25
5	0	12,5	12,5	156,25
6	37,5	37,5	0	0
			47	559
<b>Valor t student =</b>				17,01

Fuente: Elaboración propia: Santillán, P (2021)

*Nota:* EMES C. Escala Multidimensional de Expresión Social parte Cognitiva. V.11.Temor a la defensa de los derechos. d<sup>2</sup> diferencias cuadráticas.  $\Sigma d$  sumatoria de diferencias.  $\Sigma d^2$  sumatoria de diferencias cuadráticas.

### Descripción

En la **tabla 19** se puede ver la obtención de la t de student del I.S.R.A de su subescala Fisiológica, la cual posee 5 grados de libertad con un **nivel alfa de 0.05**, por ende, el valor de t a superar es de **2,57**. Entonces el valor de la **t empírica encontrada es de 17,01** se puede concluir que existe una **diferencia estadísticamente significativa** en los resultados pre y post tratamiento de la intervención, es decir el tratamiento tuvo un impacto significativo.

#### **4. Principales logros del aprendizaje**

##### **a) ¿Qué es lo que se aprendió con el proyecto?**

Al implementar este proyecto de intervención en un centro de salud a pacientes con trastornos afectivos, lo considero realmente un reto, ya que una cosa es el conocimiento en las aulas y otra completamente distinta estar con usuarios de un servicio del MSP como casos reales. Por lo que considero que los aprendizajes son grandes desde el trabajo con el tutor en recordar la aplicación de múltiples reactivos y conocer nuevos, aprendí a organizar una sesión grupal y a manejar un equipo.

Al momento de ejecutar el proyecto aprendí a ser paciente y recursiva, a darme a entender y lograr captar la atención de los asistentes, a poder intervenir en momentos imprevistos de una manera profesional más aun frente a personas con problemas afectivos, puesto que ellos consideraban a la autora como un referente.

Se logró reforzar aprendizajes y ponerlos en práctica, se aprendió a trabajar en territorio y con situaciones reales en donde aplicar las técnicas psicológicas cognitivas conductuales fueron un medio para lograr llegar a las personas con conocimiento y humanidad.

##### **b) ¿Cómo aportó mi formación académica a entender las prácticas psicosociales desde distintos ámbitos de intervención?**

Lo que aportó este proyecto a mi formación académica es importante, aprendí a desarrollar mayor responsabilidad y empatía frente a los usuarios y a las personas en general, y sin duda me ayudó a formarme como profesional ya que al trabajar con este grupo tuve que enseñarles mis conocimientos orientados bajo la orientación del tutor lo cual es una forma de aprender enseñando.

Considero que me ha contribuido también a poder situarme en un enfoque para mi futuro trabajo terapéutico como profesional de la salud mental, puesto que las herramientas cognitivo-conductuales son objetivas y con resultados importantes a corto tiempo. En relación con las prácticas psicosociales se conoció un entorno de salud mental pública, el trabajo que se realiza aquí siendo en ocasiones deficiente para el tratamiento de los pacientes puesto que hay factores que complican el mismo, tales como: falta de personal, ambiente laboral agotador, falta de espacios físicos de trabajo, mala comunicación entre compañeros, entre otros.

Con respecto a mis experiencias positivas al realizar esta actividad de intervención son variadas, como el hecho de lograr haber generado vínculos terapéuticos con los pacientes a pesar de que inexperiencia y juventud se logró un ambiente de respeto mutuo en el taller y sobre todo de aprendizaje, ya que ver la mejoría de los usuarios en distintos ámbitos se vieron reflejados incluso en las puntuaciones de las evaluaciones y en si en expresiones de ellos mismo

tales como: “ nos gusta trabajar así en equipo y con dinámicas aprendemos más”, “ gracias a lo que usted nos enseñó ahora entiendo que dichas acciones no dependen de mi”, etc lo cual genera una satisfacción personal positiva.

Pasando a aspectos negativos de la experiencia podría señalar que la mala relación laboral entre los profesionales del centro de salud impidió un acercamiento más amplio hacia otros grupos de pacientes, puesto que para evitar conflictos entre los terapeutas debía ser bastante cautelosa con las acciones, por lo que considero que si el ambiente hubiese sido mayormente favorable se hubieran conseguido aun mejores resultados.

Considero que para futuras experiencias el trabajo grupal con pacientes de cualquier tipo de trastorno es un ambiente sanador no únicamente por los conocimientos que se impartan sino también por las conexiones que se crean entre usuarios, el encontrarse con pares que se identifiquen con ellos son factores que contribuyen a la mejoría, por lo que sería bueno continuar con prácticas de esta manera donde se puedan evaluar los cambios.

**c) ¿Qué productos generó el proyecto de intervención?**

Los productos generados tras la intervención son los conocimientos obtenidos por los pacientes juntamente con los cambios que obtuvieron cada uno de ellos, también el mostrar una nueva forma de trabajar con usuarios en salud mental, y finalmente este trabajo de sistematización que recopila la labor realizada durante el periodo de prácticas y puede ser guía para futuras intervenciones.

**d) ¿Cuáles objetivos de los que se plantearon se lograron?**

El objetivo general con respecto a sistematizar la experiencia de intervención se lo considera cumplido ya que este trabajo es la constancia de ello, ya que resume toda la experiencia en base a sus actividades desde el enfoque cognitivo conductual.

Para el primer objetivo específico se puede decir que se ha cumplido de igual manera porque se ha generado un nuevo planteamiento sujeto a mejoras de como trabajar con un grupo de pacientes con trastornos afectivos (ansiedad y depresión).

Y con respecto al segundo objetivo específico se considera cumplido puesto que se ha realizado un análisis de metodología mixta (cualitativo y cuantitativo) de la experiencia a partir de detallar las actividades realizadas y examinar mediante gráficos de barras, tablas estadísticas y t de student los resultados obtenidos tras el proyecto.

## Conclusiones

1. En conclusión, con respecto a la pregunta clave inicial al parecen para lograr una asistencia favorable al taller se debe ser independiente en lo más posible ya que contribuye a una toma de decisiones de una mejor manera, mantener una distancia si hay conflictos familiares puesto que puede ser un factor que impide no solo la asistencia a una actividad si no el desenvolvimiento de cualquier persona en todo lugar.

2. Para lograr una mejoría en la asistencia a las sesiones del taller podría influir la falta de habilidades sociales, puesto que la paciente con el rango más bajo en esta esfera fue la que más inconsistencia en la asistencia tuvo, entonces al parecer puede tener un grado de influencia este hecho, aparte de que si a esto le sumamos altos niveles de ansiedad y depresión como se mostraba en la paciente con baja asistencia podría no ser favorable, ya que por el contrario a su asistencia era la que mejor captaba reglas e instrucciones por ende las faltas no se deben a una ausencia de comprensión de los temas revisados.

3. En referencia a la segunda pregunta clave, se concluye que al parecer para cumplir tareas enviadas es necesario tener una estabilidad familiar, y la conformación de una familia cuando ya se han cumplido otras metas previas, puesto que una disfuncionalidad o tener a cargo solo un hijo puede afectar el cumplimiento de tareas que aparentemente no son relevantes.

4. Para ser cumplido en los deberes enviados probablemente se debe ser una persona de cierta edad adulta, con un criterio mayormente formado que permita hacer cuestionamientos si no se ha comprendido alguna acotación o actividad, puesto que la presencia de dudas o vacíos en toda actividad provoca falta de interés y por ende incumplimiento de actividades.

5. Con relación a la pregunta de cierre se puede decir que probablemente para mejorar las puntuaciones de los reactivos entre una pre y post evaluación es necesario un aprendizaje dinámico, participativo y enfocado en las necesidades de los pacientes según lo que han obtenido en sus evaluaciones iniciales, ya que esto permite dar prioridad a sus mayores debilidades y a la vez generar interés en lo que se trabajará.

6. Si se busca una mejoría de puntuaciones en evaluaciones en pre y post intervención al parecer se debe trabajar en equipo puesto que genera un ambiente diferente a una sesión individual, donde se generan conocimientos compartidos y se expresan vivencias que ayudan a identificarse y aprender de los demás. También el hecho de ser un

grupo lleva a generar nuevos lazos que podrían ayudar a conseguir los objetivos terapéuticos para que la mejoría pueda ser reflejada en la obtención de puntuaciones favorables.

### **Recomendaciones**

- 1.** Se recomienda para futuras intervenciones grupales tomar en cuenta la situación familiar de los participantes, donde dentro de lo posible evaluar esta área y trabajar esta esfera como parte del programa.
- 2.** Para próximos trabajos se recomienda tomar en cuenta que todos los participantes comprendan realmente las tareas que se envían, o preparar un plan o adaptación estratégica para posibles participantes que tengan dificultades en su cumplimiento y así no perder su participación.
- 3.** En proyectos similares se sugiere implementar actividades basadas en las necesidades de los pacientes con la finalidad de evidenciar cambios posteriores, por lo que este trabajo podría ser una guía para este cometido.

## Bibliografía

- Aguiano, S., Vega, C., Nava, C., & Soria, R. (2009, Octubre). *LAS HABILIDADES SOCIALES EN UNIVERSITARIOS, ADOLESCENTES Y ALCOHÓLICOS EN RECUPERACIÓN DE UN GRUPO DE ALCOHÓLICOS ANÓNIMOS (AA)*. Retrieved from Universidad Nacional Autónoma de México:  
<http://www.scielo.org.pe/pdf/liber/v16n1/a03v16n1.pdf>
- Caballo, V., & Ortega, A. (1989). *La Escala Multidimensional de Expresión Social: Algunas propiedades psicométricas*. Retrieved from  
[file:///C:/Users/USER/Downloads/Dialnet-LaEscalaMultidimensionalDeExpresionSocial-2359241%20\(5\).pdf](file:///C:/Users/USER/Downloads/Dialnet-LaEscalaMultidimensionalDeExpresionSocial-2359241%20(5).pdf)
- Caballo, V., & Ortega, A. (1989). *La Escala Multidimensional de Expresión Social: algunas propiedades psicométricas*. Retrieved from  
[file:///C:/Users/USER/Downloads/Dialnet-LaEscalaMultidimensionalDeExpresionSocial-2359241%20\(4\).pdf](file:///C:/Users/USER/Downloads/Dialnet-LaEscalaMultidimensionalDeExpresionSocial-2359241%20(4).pdf)
- Cano - Vindel, A., Muñoz, R., Moretti, L., & Medrano, L. (2020, Septiembre). *S.E.A.S*. Retrieved from Propiedades psicométricas del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad Breve (ISRA-B):  
[file:///C:/Users/USER/Downloads/S1134793720300324%20\(7\).pdf](file:///C:/Users/USER/Downloads/S1134793720300324%20(7).pdf)
- Cano-Vindel, A., Muñoz, R., Moretti, L., & Medrano, L. (2020). Propiedades psicométricas del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad Breve (ISRA-B). *Ansiedad y Estrés*, 156. Retrieved from Ansiedad y Estrés: <https://www.elsevier.es/es-revista-ansiedad-estres-242-pdf-S1134793720300324>
- Carballo, J. L., Pérez, V., Espada, J., Orgilés, M., & Piqueras, J. A. (2012). *Propiedades psicométricas de la Escala Multidimensional de Expresión Social para la evaluación de habilidades sociales en el contexto de Internet*. Retrieved from  
<https://www.redalyc.org/pdf/727/72723431019.pdf>
- Londoño, N., Álvarez, C., López, P., & Posada, S. (2005). *Distorsiones Cognitivas Asociadas al Trastorno de Ansiedad Generalizada*. Retrieved from Dialnet:  
<file:///C:/Users/USER/Downloads/Dialnet-DistorsionesCognitivasAsociadasAlTrastornoDeAnsied-5229739.pdf>

- Moyano, M., Furlan, L., & Piemontesi, S. (2011). *ANÁLISIS FACTORIAL EXPLORATORIO DEL INVENTARIO DE PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS (IPA)*. Retrieved from III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.: <https://www.aacademica.org/000-052/928.pdf>
- Olivos, X. (2010). *ENTRENAMIENTO DE HABILIDADES SOCIALES PARA LA INTEGRACIÓN PSICOSOCIAL DE INMIGRANTES*. . Retrieved from <https://core.ac.uk/download/pdf/19712775.pdf>
- OMS, OPS, & MSP. (2015, Diciembre ). *Evaluación del Sistema de Salud Mental en Ecuador* . Retrieved from Informe de Evaluación del Sistema de Salud Mental en Ecuador utilizando el Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental de la OMS (IESM-OMS) : [https://www.who.int/mental\\_health/evidence/ecuador\\_who\\_aims\\_report\\_sp.pdf](https://www.who.int/mental_health/evidence/ecuador_who_aims_report_sp.pdf)
- Osteopaths, E. F. (2019). *Prueba "t" de Student* . Retrieved from <https://www.scientific-european-federation-osteopaths.org/wp-content/uploads/2019/01/Prueba-t-de-Student.pdf>
- Osteopaths, S. E. (2019). *Prueba "t" de Student*. Retrieved from <https://www.scientific-european-federation-osteopaths.org/wp-content/uploads/2019/01/Prueba-t-de-Student.pdf>
- Pole, K. (2009). Diseño de metodologías mixtas una revisión de las estrategias para combinar metodologías cuantitativas y cualitativas. *Renglones* , 39. Retrieved from Revista Renglones .
- Psicólogos, C. G. (2013). *Evaluación del Inventario BDI-II*. Retrieved from <https://www.cop.es/uploads/PDF/2013/BDI-II.pdf>
- PSYCIENCIA. (2014, Agosto). *Inventario de depresión de Beck*. Retrieved from PSYCIENCIA: <https://www.psyciencia.com/pdf-inventario-de-depresion-de-beck/>
- PSYCIENCIA. (2014, Agosto). *Inventario de depresión de Beck*. Retrieved from <https://www.psyciencia.com/pdf-inventario-de-depresion-de-beck/>

Puerta, J., & Padilla, D. (2011). *Terapia Cognitivo Conductual (TCC) como tratamiento para la depresión: una revisión del estado del arte* . Retrieved from Redalyc :  
<https://www.redalyc.org/pdf/5121/512156315016.pdf>

Sanz, J., Perdigón, A., & Vásquez, C. (2003). *Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general* . Retrieved from <https://www.redalyc.org/pdf/1806/180617972001.pdf>

Sommer, B., & Sommer, R. (2001). *Investigación del Comportamiento*. México: Oxford.

Tobal, J. J., & Vindel, A. (2002). *ISRA- Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad*. Retrieved from [https://www.researchgate.net/profile/Antonio-Cano-Vindel/publication/230577113\\_Inventario\\_de\\_situaciones\\_y\\_respuestas\\_de\\_ansiedad\\_ISRA\\_Manual\\_Inventory\\_of\\_Situations\\_and\\_Responses\\_of\\_Anxiety\\_ISRA\\_Manual/links/547711cc0cf29afed61444f1/Inventario-de-situaci](https://www.researchgate.net/profile/Antonio-Cano-Vindel/publication/230577113_Inventario_de_situaciones_y_respuestas_de_ansiedad_ISRA_Manual_Inventory_of_Situations_and_Responses_of_Anxiety_ISRA_Manual/links/547711cc0cf29afed61444f1/Inventario-de-situaci)

**Anexos**

**Anexo 1. Tabla de planificación de sesiones**

<b>PLANIFICACIÓN</b>						
<b>TEMA</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>CONTENIDO</b>	<b>ACTIVIDADES</b>	<b>RECURSOS</b>	<b>PRESUPUESTO</b>	<b>EVALUACIÓN</b>





#### Anexo 4. Registro fotográfico de las sesiones del taller.

