

## Aprendizaje grupal-emocional con mujeres: experiencia en un centro de atención primaria de la ciudad de Barcelona

**Aiger, M.**

Universidad de Barcelona  
[montseaiger@ub.edu](mailto:montseaiger@ub.edu)

**Sumalla, L.**

Universidad de Barcelona  
[laura\\_su@hotmail.com](mailto:laura_su@hotmail.com)

**Palacín, M.**

Universidad de Barcelona  
[mariapalacinlois@ub.edu](mailto:mariapalacinlois@ub.edu)

### Resumen

El presente trabajo responde a la necesidad de atender a los cambios sociales en la diferenciación de roles de género que ha propiciado una ambigüedad en la clarificación de los mismos. La socialización de los roles de género ha variado en los últimos años lo que ha generado atribuciones y funciones repercutiendo en la salud biopsicosocial de las personas.

Desde la Unidad Funcional de Psicología del Programa de Atención Sexual y Reproductiva del Centro de Salud Primaria de Sant Andreu, en la ciudad de Barcelona se realiza un abordaje terapéutico grupal e individual de parejas.

La intervención psicoterapéutica grupal se orienta desde el Modelo Biopsicosocial, bajo el paradigma sistémico, aportando recursos a los/las usuarios para afrontar de manera adaptativa las situaciones de malestar intra-interpersonal e intra-intergrupales que afectan a las relaciones de pareja y a la comunicación en los grupos familiares (Palacín y Aiger, 2011).

En el actual trabajo se plantea una intervención psicoterapéutica grupal, vinculada con la dificultad de elaboración del duelo por la pérdida del vínculo conyugal en las mujeres. Este grupo se ha conceptualizado como un espacio de aprendizaje emocional para las mujeres, donde aprender a revalorar cognitivamente y emocionalmente su postura vital (Wukmir, 1967; González y Cornejo, 1993; Palacín y Aiger, 2006). Se trabaja de manera específica el 'Self' (Munné, 1997; 2000, Codina, 2005), las distonías (Wukmir, 1947; Palacín y Aiger, 2006; 2011), y los estilos de afrontamiento (Lazarus y Folkman, 1984) que favorezcan la calidad de vida (Martínez-Taboada y Palacín, 1997). Estos aprendizajes son determinantes en el proceso de adaptación a la separación y preparación de su proyecto de vida actual.

El 'Espacio de aprendizaje emocional para mujeres' se realiza a través de dos intervenciones grupales contiguas en el tiempo con el objetivo de mantener y prolongar los efectos grupales adquiridos y proporcionar un mantenimiento de pautas de conducta saludables en las participantes.

**El objetivo de la primera intervención grupal** 'Espacio de aprendizaje emocional para mujeres', conlleva promover la elaboración adaptativa de las pérdidas del vínculo conyugal. **Y el objetivo de la segunda intervención grupal** 'Espacio de aprendizaje emocional para mujeres con dificultades de Empoderamiento' implica dotar a las participantes del grupo de recursos necesarios para idear y ejecutar su proyecto de vida después de la separación conyugal. Ambas intervenciones grupales tienen una **composición grupal** homogénea en cuanto al género, motivo de consulta (la dificultad de elaborar la pérdida del vínculo conyugal), sintomatología clínica reactiva (estado de ánimo depresivo y ansioso), y dificultades personales para afrontar la cotidianidad en sus grupos de referencia (primarios y secundarios) tras la separación. La heterogeneidad se da en las variables de edad (35 a 65 años), nivel cultural (escolarización primaria, secundaria y superior), y situación socioeconómica del núcleo familiar (bajo y medio).

Los grupos están compuestos de 11 participantes, cada uno de ellos, y se realiza un total de 23 sesiones, de 90 minutos. Ambas intervenciones grupales se enmarcan

en el método Investigación-Acción (Lewin, 1948), los roles técnicos son los de del conductor y co-conductor de grupo además de un observador que proporciona el feedback al finalizar la sesión (González, 2004).

Los resultados presentan una relación de correlación inversa entre la intervención grupal y una reducción significativa de la sintomatología ansiosa asociada a la pérdida del vínculo conyugal. Aparece una relación positiva entre el aumento del autoconocimiento y adquisición de habilidades sociales con la participación grupal favorecida por el feedback continuo. El grupo en definitiva, se convierte en una importante red de contención y apoyo social (Palacín 2004; Martínez-Taboada y Palacín, 1997; Palacín y Aiger, 2011). El proceso de cambio personal es promovido por el cambio social que se da de forma paulatina en el grupo. Las participantes se implican de forma activa en el proceso de cambio, extrapolando los conocimientos adquiridos a sus otros grupos de referencia.

**Palabras clave:** Psicoterapia grupal, duelo conyugal, inteligencia social, calidad de vida y apoyo social.

---

## Introducción

Historicamente, los roles y los estereotipos de género han influenciado en la salud sexual y reproductiva de la mujer. La globalización, y su influencia cultural en la sociedad, también están influyendo en la percepción que tienen las personas sobre el concepto de familia, pareja, etc., y en definitiva en las creencias y valores respecto a la manera de vivir y entender la vinculación con el otro. Las intervenciones en el ámbito de la Psicología de la salud requieren de un abordaje holístico e integrador desde el modelo biopsicosocial lo que implica también el paradigma sistémico (Palacín, 2004).

En la Unidad Funcional de Psicología (UFP), el Programa de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva (PASSIR) promueve el bienestar psicosocial y la calidad de vida de las personas, incluyendo un abordaje psicoterapéutico individual, grupal y de

pareja. La cartera de servicios del programa plantea la atención psicológica respecto a las problemáticas vinculadas a la salud de la sexualidad del hombre y la mujer (especificando las disfunciones sexuales), la pérdida de salud ginecológica (especial atención a procesos oncológicos como el cáncer de mama y cuello del útero), dificultades en el vínculo de pareja, al proceso adaptativo en el periodo perinatal (especial atención al embarazo, postparto y procesos de duelo ante la muerte fetal o del neonato) con repercusión en la salud biopsicosocial, proceso adaptativo en la reproducción asistida, y atención a los casos de violencia de género y maltrato. También se incluyen tareas de prevención, promoción y educación en la salud sexual y reproductiva en la población juvenil y adolescente, con talleres en el ámbito de la educación primaria y secundaria, y centros específicos (centros de día en población psiquiátrica, centros penitenciarios, etc.). La intervención grupal se centra en los grupos de sexualidad, de duelo (la pérdida del vínculo conyugal), y en el postparto.

En definitiva, en el escenario grupal emergen sentimientos de identificación y pertenencia que facilitan los procesos de confrontación y revaloración real y verídica (Palacín y Aiger, 2006) de las dificultades expresadas en el grupo, generando potentes redes de contención y apoyo social.

El denominado “Espacio de aprendizaje emocional para mujeres” es un ejemplo del tipo de intervenciones grupales que se realizan en el marco del PASSIR. La intervención grupal como espacio para revalorar la identidad (basándonos en la concepción de Self de Codina (2005) después de un proceso de pérdida de un vínculo conyugal o situación crítica que genera un conflicto intrapersonal. Integrar el tono emocional o distonias (González, 1981) que dificultan el desarrollo personal en la vida afectiva de la mujer, iniciándose un proceso de empowerment tal y como menciona Batliwala (1994), a través del cual las mujeres ganan un mayor control sobre sus recursos, en base al desarrollo de habilidades sociales y de inteligencia emocional tal y como describe Goleman (1996; 2006), para redefinir la forma de vincularse y apegarse en las relaciones interpersonales. Teniendo en cuenta el marco sistémico global, la participación grupal y los aprendizajes adquiridos de forma experiencial o vivencial de

los individuos facilita extrapolar los conocimientos a los núcleos primarios de referencia convirtiendo la intervención en una mejora continua del bienestar y la calidad de vida de las personas.

## **2. Planteamiento teórico**

La conceptualización de la **salud sexual y reproductiva**, desde una perspectiva multidisciplinar y sistémica que se recoge en el modelo biopsisocial, que adjudica la misma importancia a los niveles físicos y/o biológicos, psicológicos o sociales de la persona, como parte de un sistema global y considerándolos subsistemas del mismo (Palacín, 2004). Por tanto, cualquier alteración en alguno de los niveles afecta a los otros. Dando lugar a un sistema que en definitiva, se autorregula. En el sentido, que está orientado a conseguir un equilibrio en su funcionamiento total y en el que el individuo se convierte en un agente activo en el cuidado de su salud sexual y reproductiva y, en la capacidad para responsabilizarse de ella.

**La salud** se considera como el nivel más alto de bienestar físico, psicológico y social, así como una capacidad funcional mediada por los factores sociales en los que vive inmerso el individuo y la colectividad (Rodríguez-Marín, 1996). Por tanto, el estado de salud de una persona depende de factores personales, grupales, sociales y culturales (Rodríguez- Marín, Pastor y López, 1993). C. Keyes en el 2005 en su modelo completo de estado de salud hace referencia a un conjunto de síntomas de bienestar psicológico y social (entre otros). Ryff en 1989, define unas dimensiones básicas del modelo relacionadas con el bienestar psicológico de la persona que incluyen la aceptación personal, la autonomía personal, el crecimiento personal, el control ambiental en el sentido de satisfacción de deseos y/o necesidades, las relaciones sociales positivas y los propósitos en la vida.

**La Psicología de la Salud** nace en los años 70 y a través de diferentes programas se demuestra la conexión entre los procesos psicosociales, de comportamiento y cambios fisiológicos. La Psicología de la Salud promueve intervenciones grupales que facilitan la adopción de conductas preventivas que se

materializan en conductas relacionadas con los estilos de vida saludables; especialmente en el aprendizaje de recursos personales para minimizar el impacto del estrés, considerado como un factor de riesgo asociado a la aparición de enfermedades, ya que las variables psicológicas tienen influencia en el sistema inmunitario.

**El bienestar psicosocial** de la persona, contempla la interacción (percepción) de uno mismo con el entorno y la construcción de recursos en relación a las dificultades y conflictos de su realidad cotidiana.

**El concepto de adaptación** implica un equilibrio entre las demandas y expectativas planteadas por una situación dada y las capacidades de una persona para responder a las mismas. La teoría del estrés desarrollada por Lazarus y Folkman (1984) se centra en la valoración que hace la persona entre los recursos y capacidades, y las demandas de la situación; determinando, en parte, el estrés que experimenta la persona.

**El apoyo social** puede promover la adaptación del sujeto y el impacto de los procesos de afrontamiento, incluyendo necesidades de reafirmación de la situación dada o aclaración. La transmisión de información de personas significativas para el sujeto influye en la evaluación de la situación estresante, y sobre el tipo de estrategias de afrontamiento que utilizará. El apoyo social incrementa la autoestima y la sensación de control de la situación. Existen redes de apoyo social formales y redes de apoyo social informales. Cassel (1976) y Coob (1979) destacan la importancia de las relaciones sociales para el bienestar de la persona, y establecen una relación entre los problemas psicológicos y psiquiátricos con factores como el estatus marital, la movilidad geográfica o la desintegración social, ya que se asocia a la carencia de vínculos y de apoyo social.

**El duelo** no sólo es un proceso emocional sino que se observan importantes cambios en los esquemas cognitivos, de comportamiento o de relación con la persona. La elaboración del duelo implica la aceptación de la nueva realidad interna y externa de la persona. El duelo tiende a definir importantes transiciones psicosociales (Parkes, 1998).

**El bienestar** de una persona está condicionado por la concepción de sí misma; el Self. Éste depende de la cantidad de roles independientes que la persona desarrolla en su vida cotidiana (Linville, 1985; 1987). Para su delimitación conceptual se crea el modelo de las cuatro caras del Self (Codina, 2000) conformado por las variables: de autoestima, autoconcepto, autorrealización y autoimagen. La persona en la interacción social recibe información sobre los autorreferentes y como resultado de esta valoración cognitiva y emocional tiene un tono emocional positivo (sintónico) o un tono emocional negativo (diatónico). Hay cuatro distonías básicas: la soledad, la inseguridad, la inferioridad, y la incompreensión, que serán abordadas en la intervención, influyendo en la forma de vincularse con los otros.

Según Martínez y Aparicio (1999), **las habilidades sociales** capacitan a la persona para crear y mantener relaciones sociales eficientes, expresar de forma asertiva los sentimientos. La inteligencia emocional (Goleman, 1996) está vinculada al auto conocimiento y al desarrollo de la autoestima, ya que es un aspecto fundamental para el desarrollo personal y social (Goleman, 2006). Promoviendo un 'empoderamiento' o realización personal en base a sus talentos e inquietudes; adquiriendo un mayor control sobre sus recursos. De manera que puedan tomar decisiones informadas y adquirir control sobre sus propias vidas, contribuyendo a su propio bienestar individual, familiar, desarrollo social y mejorando su salud.

González y Cornejo (1993) han validado la capacidad de los grupos como núcleos mediadores en el cambio de actitud (a nivel cognitivo, emocional y conativo) de las personas. La Teoría del Campo de Lewin (1951) ya concibe el grupo como un sistema de interdependencias en su totalidad, donde las influencias afectivas e intelectuales afectan al comportamiento concreto del individuo.

Las intervenciones grupales en el ámbito de la salud a nivel cualitativo, permiten atender a un mayor número de personas, sin reducir la calidad asistencial. Los beneficios a nivel cualitativo, tienen que ver con: el aumento de la calidad de vida, menores síntomas de depresión, aumento de las estrategias de 'coping', afrontar las dificultades, mejoras en la calidad del sueño, menor sensación de sobrecarga, menor incidencia de los problemas familiares y en la influencia indirecta sobre los familiares de personas que asisten a los grupos.

En la Teoría del Campo en la dinámica de grupos pequeños de Lewin, el campo comprende las influencias afectivas e intelectuales que afectan a un comportamiento concreto. Se compone por espacio vital y lo conforman variables psicológicas, físicas y sociales (González, 1997).

El grupo se concibe como un sistema de interdependencias en su totalidad dinámica. Lewin concibe el proceso de cambio de actitudes en tres fases principales: 1. **Descongelación del nivel presente** es la descomposición de las realidades individuales en pro de las fuerzas grupales del 'aquí y el ahora'. 2. **Desplazamiento a otro nivel**, configurando un nuevo equilibrio de las fuerzas resultantes de interacción grupal. 3. **Congelación** de la interacción grupal por el compromiso de los miembros del grupo (Sánchez, 2002).

### 3. Diseño de la intervención grupal

La intervención grupal se concreta a través de dos grupos contiguos y paralelos en el tiempo. Primero se realiza el grupo psicoterapéutico '**Espacio de aprendizaje emocional para mujeres con dificultades de adaptación al cambio**'. Este grupo está dirigido a mujeres que presentan dificultades en el proceso de adaptación de la pérdida del vínculo conyugal. Y el segundo ideado como un '**Espacio de aprendizaje para mujeres con dificultades de empoderamiento**', dirigido a las mujeres que no tienen las habilidades sociales suficientes para afrontar un proceso de cambio vital.

El objetivo de realizar dos grupos consecutivos en el tiempo (con un periodo de descanso de dos meses) ha sido dar estabilidad temporal a los efectos terapéuticos del grupo, aprovechando el proceso de cohesión grupal adquirido en la primera intervención para promover el apoyo social entre las participantes (Palacín, 2004). Este efecto es un facilitador para promover y asentar los procesos de cambio intra-inter personal y grupal (Palacín y Aiger, 2006), y extrapolar los cambios adquiridos a otros grupos de referencia, más allá de lo conseguido en el terapéutico (Palacín, 2004). Además, tras la primera intervención grupal se detectan importantes carencias en las



habilidades sociales de las participantes, necesarias para afrontar su proceso de cambio y llevar a término su proyecto de vida tras la separación conyugal. Esta situación justifica el plantearse una segunda intervención a nivel exploratorio.

### **3.1. Objetivos**

#### **Primer Grupo. Espacio de aprendizaje emocional para mujeres con dificultades de adaptación al cambio.**

##### **Objectiu general :**

- Elaborar de manera adaptativa la pérdida del vínculo conyugal.
- Promover estilos de afrontamiento activo que potencien el cambio personal.
  - Disminuir el estado de ansiedad
  - Aumentar el apoyo social
  - Aumentar el conocimiento de uno mismo a través de la participación grupal.
  - Afrontar el conflicto intra/interpersonal como motor de cambio personal.

#### **Segundo Grupo. Espacio de aprendizaje emocional para mujeres con dificultades de empoderamiento.**

##### **Objectiu general :**

- Promover las habilidades sociales en las relaciones interpersonales.
- Utilizar el grupo como un espacio creativo en el proceso d'empoderamiento personal.
  - Promover un estilo asertivo y empático en las relaciones interpersonales
  - Aumentar los recursos personales para afrontar el proyecto de futuro inmediato
  - Potenciar una participación grupal con feedback constante
  - Aumentar la capacidad de autocontrol personal.
  - Revalorar la concepción del Sefl
  - Gestionar situaciones conflictivas generadas a nivel intra/interpersonal y extrapolarlo a otros grupos de referencia.

### 3.2. Composición grupal

La composición grupal es homogénea en cuanto al género (mujeres). El motivo de consulta de todas ellas es tener dificultades para afrontar su proyecto de vida tras la pérdida del vínculo conyugal. Hay comorbilidad reactiva con sintomatología ansiosa (vegetativa, cognitiva y conductual), estado de ánimo depresivo y dificultades de relación (intra-inter personales y grupales) con los grupos de referencia primarios y secundarios. La composición grupal es heterogénea en cuanto a la edad de las mujeres (de 18 a 65 años), nivel cultural (escolarización primaria, secundaria y superior) y situación socio-económica del núcleo familiar (bajo y medio).

Los grupos están formados por 11 participantes, cada uno de ellos. Se realiza un total de 23 sesiones, contiguas en el tiempo (periodo de descanso de dos meses). Las sesiones tienen una duración de 90 minutos (ver Tabla 1).

**Tabla 1.** Descripción de la composición grupal

<b>Intervención grupal</b>	<b>sesiones</b>	<b>participantes</b>	<b>Mortalidad (no participan en el segundo grupo)</b>	<b>grupales</b>	<b>Incorporación es</b>
1ª Espacio de aprendizaje emocional para mujeres con dificultades de adaptación al cambio	12	11	3		
2ª Espacio de aprendizaje emocional para mujeres con dificultades de empoderamiento	11	11			3

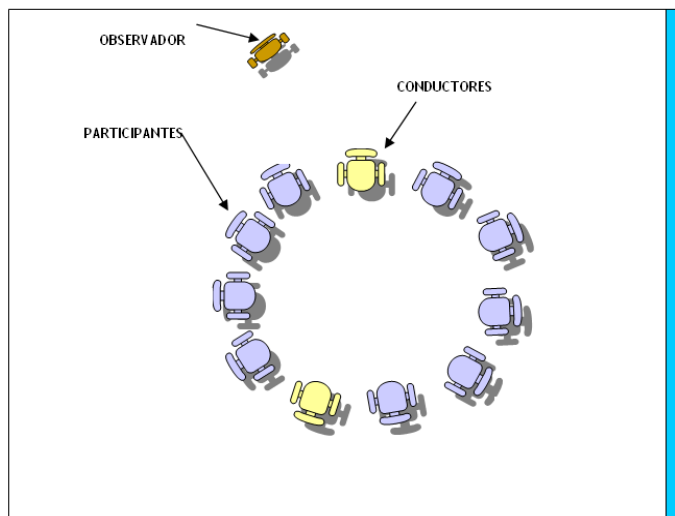
### 3.3. Metodología de trabajo

Esta intervención grupal están enmarcada en un proyecto de investigación aplicada, siguiendo la metodología de Investigación-Acción (Lewin, 1948). La tipología de los grupos es terapéutico, con una periodicidad de una sesión por semana. Se tratan de grupos cerrados, pero en esta intervención se propone una innovación estructural. Al incorporar el segundo grupo, y debido a la mortalidad grupal, ya que tres personas no pueden asistir a la segunda intervención, se decide abrir el grupo para mantener el mismo número de participantes de la primera intervención grupal (ver Figura 1). El grupo realiza la tarea facilitadora de apoyar a las nuevas integrantes y socializarlas en el funcionamiento grupal a través del modelaje. Uno de los objetivos del segundo grupo es adquirir las habilidades sociales necesaria para afrontar cambios en su proyecto vida. El espacio grupal se convierte en un escenario de aprendizaje vivencial perfecto para integrar (a nivel funcional, y emocional) en el grupo (muy cohesionado) a las nuevas participantes. Esta entrada fuerza al grupo a adquirir nuevas formas de relación entre los miembros, probarse en otros roles, y revalorar el espacio grupal para permitir más permeabilidad. El cambio estructural fomenta replantear los procesos de valoración y de acción en el grupo, que revierte en facilitar la adquisición del objetivo general de la segunda intervención grupal (Palacín y Aiger, 2006).

**El equipo de trabajo** está formado por tres profesionales del ámbito de la salud con la distribución de diferentes roles durante la actividad grupal:

- **El conductor y el co-conductor.** Ambos profesionales se sitúan dentro del grupo con los participantes (ver Figura 2). Sus funciones son:
  1. Mantener el grupo enfocado y dirigido al logro de metas y objetivos,
  2. Ayudar a los miembros del grupo a permanecer implicados,
  3. Atender a las necesidades personales de los miembros del grupo,
  4. Facilitar los procesos de *insight* y gestión de las emociones en la toma de decisiones.

- **El observador.** Éste se sitúa fuera del grupo (ver Figura 2). Su rol es de observador no participante.



**Figura 2.** Distribución espacial de los participantes en el grupo

### 3.4. Cronograma de la intervención

Se desglosan en los siguientes apartados, la secuencia temporal en la que se realizan las dos intervenciones grupales:

- **Primer grupo. 'Espacio de Aprendizaje Emocional para mujeres con dificultades de adaptación al cambio'.**
  1. Realización de entrevistas individuales semiestructuradas a las participantes. El objetivo principal es establecer la vinculación entre profesional y el participante, presentando el contacto grupal.
  2. Intervención grupal. Se realizan 12 sesiones de periodicidad semanal con una duración de 90 minutos. Al finalizar la sesión, las participantes contestan el AAG (Protocolo de Análisis de la Actividad Grupal).
  3. Evaluación postest de la primera intervención. Una vez finalizado el grupo se reúne a las participantes, y conjuntamente contestan a los instrumentos de evaluación.
  4. Devolución grupal de los resultados obtenidos en la evaluación pre y postest. Se expone la evolución que ha realizado el grupo.
- **Período de descanso entre la primera y la segunda intervención grupal.**

**- Segundo grupo. 'Espacio de Aprendizaje Emocional para Mujeres con Dificultades de Empoderamiento'.**

5. Realización de entrevistas individuales semiestructuradas a las participantes que se incorporan al segundo grupo, tras la apertura de participantes debido a la mortalidad grupal. Se entrega el contrato grupal y se realiza la evaluación pretest
6. Entrega del contrato grupal para la segunda intervención grupal a las participantes que han intervenido en el primer grupo, y se realiza la evaluación pretest de la segunda intervención.
7. Segunda intervención grupal. Se realizan 11 sesiones de periodicidad semanal con una duración de 90 minutos. Al finalizar la sesión, las participantes contestan el AAG (Protocolo de Análisis de la Actividad Grupal).
8. Evaluación postest de la segunda intervención.
9. Devolución grupal de los resultados obtenidos en la evaluación pre y postest. Se expone la evolución que ha realizado el grupo.
10. Evaluación a los seis meses tras finalizar el segundo grupo. Se reúne a las participantes y conjuntamente responden a los instrumentos de evaluación.

### **3.7. Evaluación de la intervención**

La evaluación es de los cuestionarios de admistración individual a nivel pre y postest, y durante la actividad grupal, al finalizar cada sesión, a través de un Protocolo que mide la actividad del grupo, tanto en la primera intervención como en la segunda. Finalmente se realiza una evaluación a los seis meses.

#### **3.7.1. Instrumentos de evaluación**

Se exponen los instrumentos evaluación administrados a nivel individual y grupal.

**- Individual (Ver Tabla 2)**

1. **La versión española de la *State-Trait Anxiety Inventory (STAI)*, de Spielberger y Lushene (1973).** El cuestionario STAI es una medida estandarizada desarrollada para evaluar la ansiedad estado (A/E) y ansiedad rasgo (A/R)

2. **El Inventario Diferencial de Adjetivos para la Evaluación del Estado de Ánimo (IDDA-EA) de Tous y Pueyo (1991).** El cuestionario IDDA-EA es una medida estandarizada para evaluar tres subescalas: activación, estrés y fatiga.
3. **El Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA) de Tobal y Cano (1997).** El cuestionario ISRA es una medida estandarizada desarrollada para evaluar tres subescalas: respuesta cognitiva, respuesta fisiológica y respuesta motora.
4. **La Escala de Habilidades Sociales (EHS) de González (2000).** El cuestionario EHS es una medida estandarizada desarrollada para evaluar el nivel de asertividad y de habilidades sociales.
5. **Autoinforme de Actitudes y Valores en la Interacciones Sociales (ADCA-1) de García y Magaz (2000).** El cuestionario ADCA-1 es una medida estandarizada desarrollada para evaluar las actitudes y sistemas de valores.
6. **La versión española de la Social Support Survey (MOS), de Sheubourne y Stewart (1991).** El cuestionario MOS es una medida estandarizada desarrollada para evaluar el apoyo social que percibe la persona.

**- Nivel grupal (ver Tabla 2)**

1. **Protocolo de Análisis de la Actividad Grupal (Cornejo, 2006).** Es una medida estandarizada desarrollada para evaluar los cuatro factores de la actividad grupal: temático, funcional, cognitivo y afectivo. Consta de 16 pares de adjetivos de una escala bipolar que se evalúan en una escala tipo Likert del uno al ocho
2. Análisis de contenido de las actas grupales registradas por el observador.

**3.7.2. Instrumentos de análisis/análisis de datos**

- **Datos individuales.** Los datos de los participantes se analizaron mediante el paquete estadístico Excel y el aplicativo informático estadístico *SPSS Statistical Package for the Social Sciences*, previo consentimiento informado de participación.
- **Datos grupales**

1. **Software SOCIOS.** Desarrollado en el Laboratorio de Psicología Social<sup>1</sup> de la Universidad de Barcelona de libre adquisición. Se utilizan dos Módulos:
  - 1.1. El **Módulo DSCLIMA.** Se utiliza para el análisis del AAG.
  - 1.2. El **Módulo CONTEXT.** Se utiliza para el análisis cuantitativo del contenido de las actas registradas por el observador del grupo.

### 3.7.2. Instrumentos de análisis

- **Datos individuales.** Se realiza un análisis a través de descriptivos estadísticos como la mediana, la desviación típica (entre otros) y se presentan tablas y gráficos de los mismos.

#### - Datos grupales

2. **Software SOCIOS.** El sistema SOCIOS desarrollado en el Laboratorio de Psicología Social, de la Universidad de Barcelona pone a disposición de los profesionales e investigadores este conjunto integrado de aplicaciones informáticas para la evaluación de las intervenciones en el área de los grupos procedentes de protocolos de observación. Se utilizan dos Módulos:
  - 2.1. El **Módulo DSCLIMA.** Se utiliza para el análisis del AAG. Presenta los resultados con valores de positividad global, las puntuaciones medias y las desviaciones típicas. Realiza un desglose por niveles de la actividad grupal (cognitivo, emocional, temático y funcional), sesiones y participantes.
  - 2.2. El **Módulo CONTEXT.** Se utiliza para el análisis cuantitativo del contenido de las actas registradas por el observador del grupo. Analiza datos de contenido verbal desde la perspectiva del análisis textual o *text-mining*, orientado a explorar procesos psicosociales lingüísticos.

## 4. Resultados

---

<sup>1</sup>Ver en [http://www.ub.edu/dppss/lps/lps\\_e.htm](http://www.ub.edu/dppss/lps/lps_e.htm)

Los valores del cuestionario STAI indican que la ansiedad estado (A/E) hay una leve diferencia en los valores pretest (M=6), y postest (M=6.9). Mientras que la ansiedad rasgo (A/R) sus valores no oscilan, entre el pretest (M=5.6) y el postest(M=5.8) . Por otro lado A/E predomina sobre A/R, pero con una diferencia estadísticamente no significativa en la medida pretest. En la medida posttest la diferencia sí que es estadísticamente significativa.

**Los datos del IDDA-EA** en el gráfico 1 nos permiten concluir que en las medidas pretest se aprecia una correlación lineal positiva entre los factores I y II (activación y estrés) y una correlación negativa entre los factores II y III (estrés y cansancio). Además se mantienen puntuaciones más estables en las medidas posttest, con resultados estables y similares en el tiempo. El factor II (estrés) muestra un sutil pico negativo.

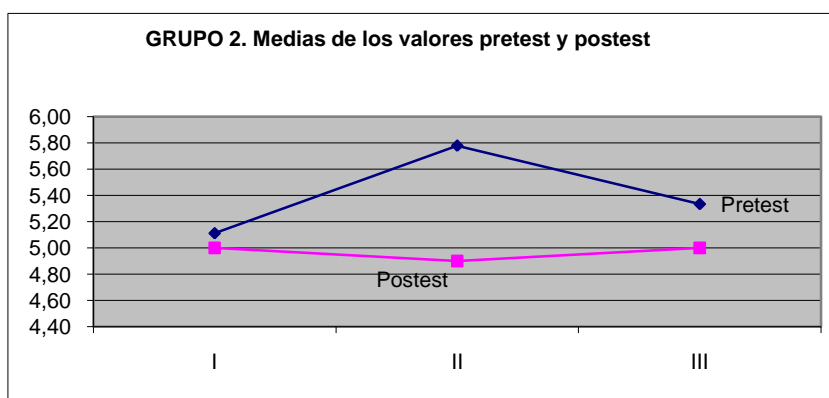
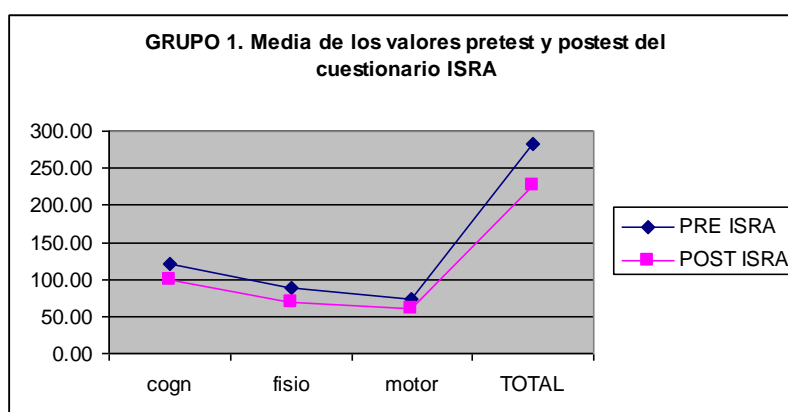


Gráfico 1. Medias globales de IDDA.





**Gráfico 2.** Valores de la media del cuestionario ISRA

Los datos del gráfico 2 del cuestionario ISRA, indican que hay una correlación lineal negativa y disminuye la ansiedad global de los miembros del grupo. Las medias de los factores del ISRA, mantienen una evolución paralela y estable en las medidas pretest y postest. Además se observa una correlación negativa entre los tres factores de respuesta ansiosa : cognitiva, motora y fisiológica.

Respecto a la variable 'Habilidades Sociales' del cuestionario (EHS) se observa una correlación negativa en la media global de las medidas pretest (M=40.30) y las medidas postest (M= 35.30) con una diferencia media de 5 puntos. Todas las dimensiones del cuestionario muestran puntuaciones significativamente más bajas en las medidas postest: especialmente el factor IV (decir que no y marcar límites), Factor V (hacer peticiones o demandas de cosas que se desean) y Factor VI (iniciar interacciones positivas con personas del sexo contrario). De forma inversa, estos tres factores obtienen elevadas puntuaciones en las medidas postest de la primera intervención grupal.

Los resultados del cuestionario ADCA-1 indican un aumento de la media en los valores de media de la variable autoasertividad y heteroasertividad en las medidas pretest (M=32 y M=24 respectivamente) y postest (M=34 y M=25 respectivamente) en la segunda intervención grupal. Las diferencias no son estadísticamente significativas, pero marca una leve tendencia en el incremento de la autoasertividad durante la intervención grupal.

El Apoyo Social percibido se evalúa mediante el cuestionario MOS. Las medias de los datos pretest y postest se mantienen estables a lo largo de las intervenciones realizadas, con un sutil aumento en las medidas postest. Además se observa una correlación negativa entre las dimensiones apoyo emocional y apoyo material.

A nivel general los resultados individuales, indican que a través de la intervención grupal hay una disminución de la **sintomatología ansiosa**. En el *STAI* se observan puntuaciones más elevadas en las medidas posttest que en las medidas pretest del cuestionario; que vienen explicadas por la revalorización de la situación. El cuestionario *ISRA*, muestran una disminución significativa de la ansiedad a nivel cognitivo, fisiológico y/o motor explicada principalmente por el trabajo terapéutico realizado en la intervención 'Espacio de Aprendizaje Emocional para mujeres con dificultad de adaptación al cambio'. El cuestionario *IDDA-EA* indica que en los niveles pretest; se observa un alto nivel de estrés (factor II), en relación a los niveles de activación (factor I) y de cansancio (factor III). Las medidas posttest estabilizan estas tres dimensiones en las medidas posttest que se explican por el nivel de compromiso que se exige en el grupo y en relación al proceso de cambio personal. Respecto al nivel de '**Habilidades Sociales**', los datos del cuestionario *EHS* y *ADCA-1* indican una disminución progresiva entre las medidas pretest y las medidas posttest; que se explican por un proceso de revalorización del nivel de competencia social de los participantes del grupo. El cuestionario *MOS* indica un aumento significativo de la percepción de **apoyo social**. El grupo en definitiva, se convierte en una importante red de contención y apoyo social para los participantes del mismo.

Los resultados a nivel grupal a través del *protocolo AAG* indican un elevado funcionamiento a nivel cognitivo y afectivo en las dos intervenciones grupales. Los adjetivos que puntúan de forma más elevada son : *beneficioso, amable y productivo*. (ver tabla 3) En la primera intervención grupal el adjetivo valorado de forma más positiva es *confiado*; esto puede explicarse porque las participantes vienen de situaciones que les generan malestar y hay la necesidad de encontrar un espacio seguro donde elaborar las emociones derivadas de la pérdida del vínculo conyugal. En la segunda intervención grupal, el adjetivo valorado de forma más positiva es *abierto*; esto tiene que ver con la conceptualización del grupo como espacio vivencial y práctico para el aprendizaje de recursos en habilidades sociales e inteligencia emocional, y de nuevos patrones y roles de comportamiento. Los adjetivos que puntúan de forma más negativa son : *fácil, alegre, relajado y silencioso* (ver tabla 4). En ambos grupos el diagrama resultante del AAG tiene forma de dientes de sierra,

representando la funcionalidad del grupo como motor de cambio personal a través de la revaloración.

**Tabla 3. Protocolo AAG. Datos positivos**

COGNITIVO	6.67	1.40	356	COGNITIVO	7.02	1.28	411	COGNITIVO
Incomodo	6.46	1.46	89	Comodo	6.87	1.40	103	Comodo
Desagradable	6.53	1.39	89	Agradable	6.69	1.39	103	Agradable
Confuso	6.52	1.50	89	Claro	6.96	1.29	103	Claro
Perjudicial	7.17	1.10	89	Beneficioso	7.57	0.72	102	Beneficioso
APECTIVO	6.60	1.46	356	APECTIVO	6.82	1.45	410	APECTIVO
Distante	6.72	1.25	89	Acogedor	6.96	1.25	102	Acogedor
Triste	6.09	1.65	89	Alegre	5.61	1.79	103	Alegre
Desconfiado	6.63	1.40	89	Confiado	7.31	0.86	102	Confiado
Agresivo	6.97	1.37	89	Amable	7.41	0.92	103	Amable

**Tabla 4. Protocolo del AAG. Valores negativos**

TEMATICO	6.64	1.52	407	TEMATICO	6.52	1.51	356	TEMATICO
Dificil	6.13	1.98	101	Facil	6.07	1.94	89	Facil
Aburrido	6.38	1.31	102	Divertido	6.45	1.29	89	Divertido
Inutil	7.37	0.84	102	Productivo	6.93	1.31	89	Productivo
Pasivo	6.69	1.44	102	Activo	6.64	1.27	89	Activo
FUNCIONAL	6.67	1.42	410	FUNCIONAL	6.11	1.67	356	FUNCIONAL
Desordenado	6.79	1.10	101	Ordenado	6.44	1.39	89	Ordenado
Tenso	6.18	1.82	103	Relajado	6.00	1.72	89	Relajado
Ruidoso	6.44	1.34	103	Silencioso	5.06	1.82	89	Silencioso
Cerrado	7.27	1.05	103	Abierto	6.94	1.02	89	Abierto
COGNITIVO	7.02	1.28	411	COGNITIVO	6.82	1.45	410	COGNITIVO
Incomodo	6.87	1.40	103	Comodo	6.96	1.25	102	Acogedor
Desagradable	6.69	1.39	103	Agradable	5.61	1.79	103	Alegre
Confuso	6.96	1.29	103	Claro	7.31	0.86	102	Confiado
Perjudicial	7.57	0.72	102	Beneficioso	7.41	0.92	103	Amable
APECTIVO	6.82	1.45	410	APECTIVO	6.11	1.67	356	FUNCIONAL
Distante	6.96	1.25	102	Acogedor	6.44	1.39	89	Ordenado
Triste	5.61	1.79	103	Alegre	6.00	1.72	89	Relajado
Desconfiado	7.31	0.86	102	Confiado	5.06	1.82	89	Silencioso
Agresivo	7.41	0.92	103	Amable	6.94	1.02	89	Abierto

El análisis de contenido de la sesiones realizadas con el aplicativo informático *CONTEXT* muestra el clima grupal de las mismas. El grupo ha hablado de la definición como personas con la utilización de verbos como el *ser, estar o tener*. Y en los sustantivos aparecen miembros de la unidad de convivencia primaria/secundaria : *hijos, madre, pareja, exmarido, casa, familia*. Por otro lado, se habla de las dificultades que presentan los participantes del grupo a través de verbalizaciones como: *querer, cuesta, problema, pensar, felicidad*. El grupo construye una importante red de apoyo y contención social que se ve representado con palabras como : *feedback, comentar, agradecer, transmitir, reconocer, gracias,*

grupo; y a través de la palabra *grupo* está asociada a palabras como: *confiar, debéis y expresar*. A nivell general, *CONTEXT* permite ver qué palabras son más positivas entre ellas: *empatía, optimista, triunfar, compartir, apoyo, aprender, aceptar, aconsejar, emprendedora* asociado con el proceso terapéutico y expresión emocional realizado a través de la intervención grupal. Las palabras más negativas son: *pérdida, dejar, obligaciones, soporte, necesidad, soledad*, asociado con el proceso de cambio y de revaloración real y verídica de las situaciones verbalizadas en el grupo.

## Conclusión

El primer grupo; el 'Espacio de aprendizaje emocional para mujeres con dificultades de adaptación al cambio' establece una relación entre la intervención grupal y la reducción significativa de la sintomatología ansiosa, asociada al proceso de duelo o la pérdida del vínculo afectivo; con un aumento significativo del autoconocimiento correspondiente con la participación grupal. A través de la intervención grupal se elabora, de manera adaptativa las emociones conceptualizadas como distónicas; asumiendo el esfuerzo necesario para realizar revaloraciones reales y verídicas en base a las mismas. También se promueven estilos de afrontamientos activo ante el conflicto intra/interpersonal como motor de cambio personal. De manera específica se persigue; disminuir la sintomatología ansiosa y aumentar el apoyo social.

En el segundo grupo, el '**Espacio de aprendizaje emocional para mujeres con dificultades de empoderamiento**', se promueve la participación grupal, con feedback continuo entre los miembros del grupo, y la adquisición de habilidades sociales en el proceso de cambio como recurso del empoderamiento personal.

Se promueven las habilidades sociales en las relaciones interpersonales. El grupo se convierte en un espacio creativo en el proceso de empoderamiento personal. A nivel específico; se promueven relaciones interpersonales con un estilo asertivo y empático; se aumentan los recursos personales para afrontar el proyecto de vida inmediato; se revalora la concepción del *Self* de Munné, en relación a las propias debilidades y fortalezas y, se gestionan situaciones de conflicto intra/interpersonal para extrapolarlo en los grupos de referencia.

## Bibliografía

Codina, N. (2005). La complejidad del self y análisis empírico de su borrosidad. *Encuentros de Psicología Social*, 35-43. Crocker, J., Luhtanen, R.K., Cooper, M.L. y

Goleman, D. (2006). *Inteligencia emocional. La nueva ciencia de las relaciones humanas*. Barcelona: Kairós

Goleman, D. (1995). *Emotional intelligence*. New York: Bantam Books.

González, M.P. (1981). *Educación de la Creatividad. Técnicas creativas y cambio de actitud en el profesorado*. Tesis de Doctorado no publicada, Universidad de Barcelona, Barcelona.

González, M. P. (ed.) (1997). *Psicología de los Grupos. Teoría y Aplicación*. Madrid: Síntesis Psicología.

González, M. P. y Cornejo, J.M. (1993). Los Grupos: Núcleos Mediadores en la Formación y Cambio de actitudes. *Psicothema*, vol. 5, Suplemento, pp 213-223.

González, M. P. (2004). La formación de profesionales en la intervención y conducción de grupos. En R.M. Pérez y S. Sáez (eds.). *El grupo en la promoción y educación para la salud*. Lleida: Milenio

Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer Publishing Company. (Traducción española *Estrés y procesos cognitivos*, 1986, Barcelona: Martínez Roca)

Lewin, K. (1948) *Resolving social conflicts; selected papers on group dynamics*. Gertrude W. Lewin (ed.). New York: Harper & Row, 1948.

Martínez-Taboada, C. y Palacín, M. (1997). *Bienestar Psicosocial y Calidad de Vida*. En Pilar González (Ed.). *Psicología de los Grupos. Teoría y Aplicación*. Madrid: Síntesis.

Munné, F. (2000). El self paradójico: la identidad como substrato del self. En D. Caballero, M.T. Méndez y J. Pastor, comp. *La mirada psicosociológica. Grupos, procesos, lenguajes y culturas*. (pp. 743-749). Madrid: Biblioteca Nueva.

Munné, F. (1997). Psicología social e epistemología: Questão complexa ou complicada?. Entrevista con Frederic Munné, por Antonio da C. Ciampa, Omar Ardans e Maria da Gloria S. Silveira. Sao Paulo, 4 de Julio de 1997. *Psicologia e Sociedade*, 9, 1/2, 5-30.

Palacín, M. y Aiger, M. (2011). *El grupo familiar ante la enfermedad y el desarrollo del afecto grupal*. Lleida: Milenio

Palacín, M. y Aiger, M. (2006). *Una aproximación al comportamiento grupal desde la Teoría Oréctica*. Tesina de Doctorado. Documento interno del Departamento de Psicología Social. Universidad de Barcelona.

Palacín, M. (2004). *Grupos para la promoción de la Salud*. En R.M. Pérez y S. Sáez (eds.). *El grupo en la promoción y educación para la salud*. Lleida: Milenio.

Rodríguez- Marín, J., Pastor, M. A y López-Roig, S. (1993). *Afrontamiento, apoyo social, calidad de vida y enfermedad*. *Psicothema*, 5, 349-372

Rodríguez- Marín, J. (1996). *Psicología social de la salud*. Madrid: Síntesis

Rodríguez-Marín, J. y Neipp, M. C. (2008). *Manual de Psicología Social de la Salud*. Madrid: Síntesis

Sánchez, A. (2002). *Psicología Social Aplicada*. Madrid: PrenticeHall

Wukmir, J.V. (1967). *Emoción y Sufrimiento*. Barcelona: Labor