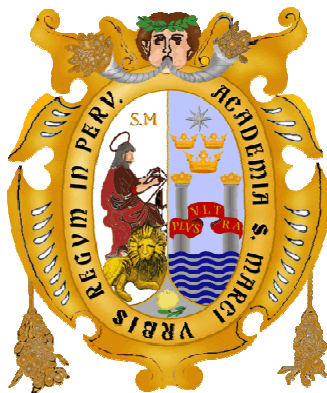


UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA



**EFFECTO DE UN PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO
EN HABILIDADES SOCIALES EN UN
GRUPO DE JÓVENES CON ESQUIZOFRENIA**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE PSICÓLOGO

CÉSAR MARTÍN SPARROW LEIVA

LIMA – PERÚ

2007

*A mis padres Augusto Sparrow y Elizabeth Leiva,
por su apoyo, comprensión y confianza
plenos e incondicionales en todo momento.*

*A Nancy Chia y el doctor Carlos Saavedra
por su confianza y las facilidades que brindaron
para el desarrollo del Proyecto propuesto.*

*Al doctor Jaime Aliaga Tovar
por su paciencia y orientación constantes.*

ÍNDICE

	Pág.
RESUMEN	4
ABSTRACT	5
CAPÍTULO I. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	6
1.1. Planteamiento del problema	6
1.2. Formulación del problema en forma de pregunta	11
1.3. Objetivos de la investigación	11
1.3.1. Objetivo general	11
1.3.2. Objetivos específicos	11
1.4. Justificación de la investigación	12
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO-CONCEPTUAL	13
2.1. Marco teórico	13
2.1.1. Antecedentes históricos de la investigación en habilidades sociales	13
2.1.2. Sobre el entrenamiento en habilidades sociales como tratamiento psicosocial de la esquizofrenia	16
2.2. Marco conceptual	18
2.2.1. Conceptos básicos	19
2.2.2. Conceptos técnicos	21
2.2.3 Conceptos específicos del PEHS	24
2.3. Hipótesis	31
2.3.1. Hipótesis generales de investigación	31
2.3.1.1. Hipótesis causal bivariada	31
2.3.1.2. Hipótesis nula	31
2.3.2. Hipótesis específicas de investigación	31
CAPÍTULO III. MÉTODO	34
3.1. Tipo de estudio	34

3.2. Diseño de estudio	34
3.3. Sujetos	37
3.3.1. Características generales de la población	37
3.3.1.1. Criterios de inclusión	37
3.3.1.2. Criterios de exclusión	38
3.3.2. Ubicación de la población en el espacio y tiempo	38
3.3.2.1. Ubicación espacial	38
3.3.2.2. Ubicación temporal	39
3.3.3. Muestra necesaria	39
3.4. Identificación de variables e indicadores	40
3.4.1. Definiciones conceptuales	40
3.4.2. Definiciones operacionales	43
3.5. Métodos de recolección de datos	46
3.5.1. Método prolectivo de recolección	46
3.5.2. Método de observación directa	46
3.5.3. Método de encuesta-cuestionario	46
3.5.4. Método de encuesta-entrevista	46
3.6. Instrumentos de recolección de datos	47
3.7. Procedimientos de recolección	52
3.8. Contenido de las fechas del PEHS	52
3.8.1. Fase I: Habilidades básicas	44
3.8.2. Fase II: Habilidades intermedias	45
3.8.3. Fase III: Fase de habilidades cognitivas	45
CAPÍTULO IV. RESULTADOS	53
4.1. Contrastación de hipótesis	53
4.1.1. Hipótesis generales de investigación	53
4.1.2. Hipótesis específicas de investigación	54
4.2. Discusión de resultados	62
CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	64
5.1. Conclusiones	64
5.2. Recomendaciones	64

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	66
ANEXOS	75
ANEXO N° 1	
REGISTRO DE EVALUACIÓN CONDUCTUAL DE LAS HABILIDADES SOCIALES (RECHS DE BOLUARTE)	76
ANEXO N° 2	
ESCALA DE HABILIDADES SOCIALES (EHS DE GISMERO)	77
ANEXO N° 3	
FICHA DE EVALUACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE ANÁLISIS Y MODIFICACIÓN DEL COMPORTAMIENTO DEL HOSPITAL HERMILIO VALDIZÁN (FICHA DE DAMOC)	78
ANEXO N° 4	
CUADRO N° 1: PROMEDIOS DEL NIVEL GENERAL DE HABILIDADES SOCIALES EN EL GE	79
ANEXO N° 5	
CUADRO N° 2: NIVEL GENERAL DE LAS HABILIDADES SOCIALES EN EL GE (CASOS)	82
ANEXO N° 6	
CUADRO N° 3: PROMEDIOS DE LAS HABILIDADES SOCIALES EN EL GE (VARIABLES)	84
ANEXO N° 7	
TABLA N° 2 ESQUEMA DEL PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES PARA PACIENTES (PEHS)	85

RESUMEN

El objetivo del estudio fue determinar la efectividad de un *Programa de entrenamiento en habilidades sociales (PEHS)* sobre el desarrollo de las habilidades sociales de un grupo de pacientes jóvenes con diagnósticos de esquizofrenia paranoide y déficit en habilidades sociales. La muestra estuvo constituida por un número de 14 pacientes, entre 20 y 35 años, de ambos sexos y sin ocupación actual. Se trata de un estudio cuasi-experimental, con grupo control, simple ciego, de intervención, con pre y post test. Los instrumentos utilizados fueron la *Escala de Habilidades Sociales* de Gismero, y el *Registro de Evaluación Conductual de Habilidades Sociales* de Boluarte. Para la prueba de hipótesis se compararon las medias de ambos grupos, empleando la prueba estadística paramétrica *t*, en base a un nivel de significación estadística de 0.866, siendo aceptada la hipótesis general de investigación así como 6 de las 9 hipótesis específicas: autoexpresión en situaciones sociales, defensa de los propios derechos como consumidor, decir no y cortar interacciones, iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto, componentes no verbales y verbales de las habilidades sociales.

Palabras clave: Esquizofrenia, Programa de entrenamiento en habilidades sociales, habilidades sociales, asertividad.

ABSTRACT

The objective of the study was to determine the effectiveness of a Programme of social skills training on the development of the social skills of a group of young patients with diagnoses of paranoid schizophrenia and deficit in social skills. The sample was constituted by a number of 14 patients, between 20 and 35 years, of both sexes and without a present occupation. It is a quasi-experimental, with a control group, simple blind study of intervention, with pre and post test. The instruments used were the Social Skills Scale by Gismero, and the Behavioural Assessment Record by Boluarte. For the hypothesis test the averages of both groups were compared, using the parametric statistical t test, on the basis of a level of statistical significance of 0,866, being thus accepted the general hypothesis of the study, as well as 6 of the 9 specific hypotheses: auto-expression in social situations, defence of the own rights as a consumer, to say and no and to cut interactions, to initiate positive interactions with the opposed sex, nonverbal and verbal components of the social skills.

Key words: Schizophrenia, Social skills training programme, social skills, assertiveness.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Planteamiento del problema

La esquizofrenia es un trastorno mental severo y discapacitante que afecta el pensamiento, la percepción, el desempeño social y casi todos los aspectos de la vida de la persona que la padece. La esquizofrenia produce una perturbación de las relaciones del sujeto con el mundo, llevándolo a un desajuste en las funciones relacionales como trabajo, vida social, entretenimiento, mantenimiento de imagen para los demás, entre otros (Alburquerque, 1999). Según la Organización Mundial de la Salud, la esquizofrenia afecta a alrededor de 24 millones de personas en el mundo (OMS, 2002). Se estima que por lo menos el 1% de la población mundial, es decir, 63 millones de personas en el mundo, deben sufrir esquizofrenia, independientemente de su raza, sexo o nacionalidad. En la mayoría de los casos, la esquizofrenia tiene su aparición entre los 15 y 35 años de edad, lo que indica que afecta principalmente a los jóvenes. La proporción de pacientes con esquizofrenia varía muy poco en cada país, siendo el sub-tipo paranoide el más frecuente en la mayor parte del mundo (OMS, 2002).

Aunque no existe información epidemiológica de carácter nacional consistente y organizada sobre la prevalencia de trastornos mentales en la población peruana, puesto que no se ha generado un sistema que centralice toda la información, el Ministerio de Salud (2004) reporta que las cifras de la esquizofrenia mantienen la tendencia de las estadísticas mundiales (1%), lo que equivaldría a, por lo menos, 250.000 personas afectadas. No obstante, al considerar el escaso conocimiento que sobre este trastorno se

tiene en los sectores socioeconómicos más deprimidos, conformados por una amplia mayoría de la población, el deficiente sistema de atención en salud, casi inexistente en lo concerniente a los trastornos mentales al interior del país, y la consiguiente disponibilidad muy limitada de información a este respecto, la cifra podría ser aún superior, siendo de por sí ya el estado de la población afectada muy crítico.

Un tratamiento completo de la esquizofrenia corresponde a un abordaje integral que incida sobre los distintos aspectos de la vida de la persona que han sido trastornados: el tratamiento farmacológico y el tratamiento psicosocial, que incluye la psicoterapia familiar, la psicoterapia grupal y/o individual del paciente, así como un entrenamiento en habilidades sociales que lo ayude a recuperar o desarrollar destrezas en su desempeño social, área sumamente afectada por la esquizofrenia. Estas intervenciones tienen como meta lograr la rehabilitación e inserción del individuo en la comunidad y en la actividad ocupacional a fin de que pueda adquirir un mayor grado de autonomía en su vida. El conjunto de estos objetivos suele ser de difícil consecución por diversas razones como la precariedad económica de algunas familias con este problema y la falta de información pertinente al respecto, así como la deserción del tratamiento.

Varios marcos conceptuales han abordado el tema de las habilidades sociales dada su trascendencia para la vida de relación del ser humano. Las habilidades sociales pueden entenderse como la capacidad para interactuar con los demás en un contexto social dado en forma específica, socialmente aceptable y al mismo tiempo beneficiosa para el individuo, mutuamente, o para un tercero (Combs & Slaby, citados por Tapia, 1998).

Se estima que la mayoría de las personas que padecen de esquizofrenia no se casan y tienen contactos sociales limitados (APA, 1995). Las habilidades sociales han sido descritas como aquellas capacidades de respuesta específica necesarias para un

desempeño social efectivo en diversas situaciones. Por definición, todos los pacientes con esquizofrenia están, al menos durante un período significativo de tiempo, afectados en una o más habilidades sociales. La severidad y persistencia de los síntomas y los déficit cognitivos contribuyen decididamente a una pobre competencia social.

El entrenamiento en habilidades sociales se diferencia de las actividades de otros programas de rehabilitación en los que la adquisición de habilidades ocurre incidentalmente. Tres modelos importantes de habilidades sociales son el modelo básico de habilidades sociales, el modelo de resolución de problemas y el modelo de reestructuración cognitiva (Bustillo & cols., 2000).

El *modelo básico de habilidades sociales* se ha estudiado a través de ensayos clínicos aleatorizados con pacientes esquizofrénicos desde la década de 1980, según Bustillo & cols. La literatura es consistente respecto de que varias de estas habilidades pueden retenerse por hasta 12 meses. En uno de los ensayos clínicos más rigurosos de habilidades sociales al respecto, en la Universidad de Pittsburgh, se compararon las tasas de recaída de los pacientes con esquizofrenia asignados a un programa de habilidades sociales más medicación antipsicótica con un grupo que recibía sólo farmacoterapia. A un año de seguimiento, hubo una tasa de recaídas en el grupo control comparado con un 30% en el grupo de entrenamiento en habilidades sociales. La diferencia se mantuvo como estadísticamente significativa a favor del entrenamiento en habilidades por hasta 21 meses.

El *modelo de resolución de problemas* fue desarrollado por investigadores de la Universidad de California. Una investigación reciente reportó los resultados de un estudio de 2 años que comparaba un grupo de terapia de resolución de problemas con un grupo de terapia grupal de apoyo para prevención de recaídas y ajuste social en pacientes con esquizofrenia. Hubo una ventaja estadísticamente significativa para la

intervención experimental en dos de las seis medidas de ajuste social, después de 2 años. No hubo diferencias en la tasa de recaídas. No obstante, la evidencia de los beneficios de la terapia de resolución de problemas es aún modesta, como lo indican otros estudios similares (Bustillo & cols., 2000).

Por otra parte, el empleo de la reestructuración cognitiva en pacientes con esquizofrenia es relativamente reciente. Existen pocos estudios sobre la reestructuración cognitiva en la esquizofrenia. Hay cierta evidencia de que los pacientes pueden mejorar su desempeño a través de la práctica, en medidas de vigilancia y planeamiento.

El entrenamiento en habilidades sociales ha mostrado mejorar la competencia social en el laboratorio y la clínica. Queda aún por determinarse la extensión en la que este aprendizaje se traduce en un mejor funcionamiento del rol en la comunidad. Se han demostrado los efectos terapéuticos del entrenamiento en habilidades sociales en medidas clínicas como tasas de recuperación pero, por su duración limitada, se pueden requerir sesiones de refuerzo o seguimiento.

No se han publicado aún en nuestro país estudios que validen empíricamente o que proporcionen evidencias que apoyen la efectividad de los programas de entrenamiento en habilidades sociales. Sotillo y Rojas publicaron un *Manual de entrenamiento en habilidades sociales para pacientes psicóticos crónicos* (Sotillo & Rojas, 1997), el cual está basado principalmente en los trabajos en este campo de Robert Liberman (1986, 1987, 1989, 1992, 1993, 1994) y Alex Kopelowicz & cols. (1994), así como los de Carlos Echevarría (1997, 1998), en el Perú. Estos profesionales han trabajado muchos años en el tratamiento de las habilidades sociales en personas con esquizofrenia.

Flor Albuquerque, en su *Manual para el entrenamiento en habilidades sociales* (Albuquerque, 1999), publicó un estudio piloto que proporciona apoyo empírico en

favor de la efectividad de un programa de entrenamiento en habilidades sociales en pacientes esquizofrénicos, para el Hospital Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi”, en 1992. Dicha experiencia provee un apoyo sólo parcial al programa ya que se trata de un estudio pre-experimental en el que se dispone de un único grupo de tratamiento al cual se evalúa antes y después de la aplicación del programa. Los resultados de esta experiencia muestran un incremento significativo en el repertorio de conductas apropiadas y una disminución de las conductas inapropiadas en cada uno de los 8 sujetos que participaron en el programa, tanto en habilidades sociales como en habilidades de autocuidado. Sin embargo, no se han informado datos acerca de las tasas de recaídas, a pesar de que el informe fue hecho 7 años después. El *Manual para el entrenamiento en habilidades sociales* de Albuquerque está basado en el *Manual de entrenamiento en habilidades sociales para pacientes psicóticos crónicos* de Sotillo y Rojas (Sotillo & Rojas, 1997).

El *programa de entrenamiento en habilidades sociales* de Sotillo & Rojas (PEHS) consta de 21 sesiones organizadas en 3 fases, cuyos contenidos son los siguientes:

Fase I – Habilidades básicas: conductas paralingüísticas y no verbales, reconocimiento y expresión de emociones.

Fase II – Habilidades intermedias: iniciar, mantener y terminar una conversación.

Fase III – Habilidades cognitivas: Dar y recibir opiniones, halagos y críticas; manejo de críticas manipuladoras, y solución de problemas.

El presente estudio investiga el efecto del *programa de entrenamiento en habilidades sociales* de Sotillo & Rojas (PEHS) sobre las habilidades sociales de un grupo de jóvenes con diagnóstico de esquizofrenia de tipo paranoide, el cual le aporte

validez empírica a su eficacia como estrategia que ayude a los pacientes a adquirir una mayor competencia social o destrezas sociales específicas. Ello es relevante en vista de que el estudio de Albuquerque, debido al diseño que utiliza (pre-experimental, sin grupo control) obtiene una validez limitada, tanto interna como externa.

Las habilidades específicas que evalúa el presente estudio son las siguientes: componentes no verbales, verbales y paralingüísticos de las habilidades sociales, autoexpresión en situaciones sociales, defensa de los propios derechos como consumidores, expresión de enfado o disconformidad, emitir respuestas negativas y cortar interacciones, formular peticiones, e iniciar interacciones positivas con miembros del sexo opuesto.

El esquema y la estructura del PEHS se describen en el Anexo N° 7, al final del presente documento.

1.2. Formulación del problema en forma de pregunta

¿Cuál será el efecto del programa de entrenamiento en habilidades sociales de Sotillo & Rojas (PEHS) sobre el desarrollo de las habilidades sociales de un grupo de adultos jóvenes con diagnósticos de esquizofrenia de tipo paranoide y déficit en habilidades sociales?

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo general

Determinar el efecto del programa de entrenamiento en habilidades sociales de Sotillo y Rojas (PEHS) sobre el desarrollo de las habilidades sociales de un grupo de adultos jóvenes (20-35 años) con diagnóstico de esquizofrenia de tipo paranoide y déficit en habilidades sociales.

1.3.2. Objetivos específicos

Precisar el efecto del PEHS sobre las siguientes habilidades sociales en el grupo de tratamiento:

- (1) Autoexpresión en situaciones sociales
- (2) Defensa de los propios derechos como consumidores
- (3) Expresión de enfado o disconformidad
- (4) Emisión de respuesta negativa e interrupción de interacciones
- (5) Formulación de peticiones
- (6) Iniciación de interacciones positivas con miembros del sexo opuesto
- (7) Componentes no verbales de las habilidades sociales
- (8) Componentes paralingüísticos de las habilidades sociales
- (9) Componentes verbales de las habilidades sociales

1.4. Justificación de la investigación

Se justifica llevar a cabo el estudio de este problema por las siguientes razones:

Porque la esquizofrenia es un problema de salud pública en el Perú, por la alta morbilidad que produce, y requiere de un tratamiento adecuado.

Porque la competencia social es un área significativamente afectada en las personas que padecen de esquizofrenia y, un tratamiento indicado en este sentido, como el entrenamiento en habilidades, no ha sido aún lo bastante estudiado en nuestro país, no existiendo información suficiente que apoye su eficacia en nuestro medio.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO-CONCEPTUAL

El Marco teórico conceptual se divide en el Marco teórico, que consigna información relevante disponible sobre el problema a ser abordado en el estudio, y el Marco conceptual, que explicita todos los conceptos claves implicados en el desarrollo de la investigación, así como del PEHS, materia de estudio.

2.1. Marco teórico

El Marco teórico presenta los Antecedentes históricos de la investigación en las habilidades sociales, fundamentados en la bibliografía pertinente, y también la información bibliográfica relativa al Entrenamiento en habilidades sociales como tratamiento psicosocial efectivo en pacientes con esquizofrenia.

2.1.1. Antecedentes históricos de la investigación en habilidades sociales

Según Gismero (2000), Paula (2000) y Caballo (1999), los orígenes del movimiento de las habilidades sociales, aún no denominado así entonces, se remontarían a diversos trabajos realizados con niños por autores como Jack (1934), Murphy, Murphy & Newcomb (1937), Page (1936), Thompson (1952) y Williams (1935), desde el campo de la psicología social, principalmente.

El estudio sistemático y científico de las habilidades sociales proviene de 3 vertientes principales (según revisiones de Gismero, 2000; Paula, 2000; Caballo, 1999; Méndez & cols., 2001):

La primera, considerada la más importante, se inicia con la obra de Salter (1949) *Conditioned reflex therapy*, la cual estuvo muy influida por los estudios de Pavlov sobre la actividad nerviosa superior. Su trabajo fue continuado por Wolpe (1958), primer autor que utilizó el término “asertivo” y, posteriormente, por Lazarus (1966) y Wolpe & Lazarus (1966). Alberti & Emmons (1970), Lazarus (1971) y Wolpe (1969) dieron nuevos impulsos a la investigación sobre las habilidades sociales, siendo el libro de Alberti & Emmons *Your perfect right*, el primero dedicado exclusivamente al tema de la asertividad (o habilidades sociales). Otros autores, como Eisler, Hersen, McFall y Goldstein, contribuyeron, asimismo, al desarrollo del campo de las habilidades sociales y elaboraron programas de entrenamiento para reducir déficit en habilidades sociales.

Una segunda vertiente la constituyen los trabajos de Zigler & Phillips (1960, 1961) sobre la “competencia social”, quienes, desde la psicología social, investigaron con adultos institucionalizados y observaron que, a mayor competencia social previa de los pacientes internados en el hospital, menor era la duración de su estancia en el mismo y más baja su tasa de recaídas. El nivel de “competencia social anterior a la hospitalización” demostró ser mejor predictor del “ajuste posterior a la hospitalización” que el diagnóstico psiquiátrico o el tipo de tratamiento recibido en el hospital.

Otra de las raíces históricas del movimiento de las habilidades sociales tiene su origen en Inglaterra, donde se realizaron importantes investigaciones de laboratorio sobre los procesos básicos de interacción social. En Oxford se formuló un modelo de competencia social basado en las similitudes entre la conducta social y la ejecución de habilidades motoras, dando lugar a un copioso trabajo sobre las habilidades sociales (Argyle, 1967, 1969; Argyle & cols., 1974; Argyle & Kendon, 1967; Welford, 1966).

La investigación sobre las habilidades sociales ha tenido un origen diferente en los Estados Unidos y en Inglaterra, aunque ha habido una gran convergencia en los

temas, métodos y conclusiones en ambos países. En los Estados Unidos la investigación estuvo más arraigada en la psicología clínica, mientras que en Inglaterra y el resto de Europa lo estuvo más en la psicología social y ocupacional.

A partir de mediados de los años 70, la expresión “habilidades sociales” empieza a emplearse como sustituta de “conducta asertiva”. Ambos términos se han utilizado durante mucho tiempo de forma intercambiable o equivalente. Las expresiones “entrenamiento asertivo” y “entrenamiento en habilidades sociales” se refieren al mismo conjunto de elementos de tratamiento y al mismo grupo de categorías conductuales a entrenar (Gismero, 2000).

En la década de 1970 aparecen, además, diversos cuestionarios para medir la conducta asertiva (Rathus, 1973; Galassi & cols., 1974; Gambrill & Richey, 1975), así como una gran cantidad de libros en los que se aplican los resultados de las investigaciones y se enseñan técnicas de entrenamiento asertivo. Entre otros: Bower & Bower (1976); Alberti & Emmons (1970); Bloom, Colburn & Pearlman (1975); Fensterheim & Baer (1975); Baer (1976); Kelly (1979); Phelps & Austin (1975); Smith (1975); etc.

En el Perú se han venido implementando muy variados programas de entrenamiento en habilidades sociales, tanto para pacientes hospitalizados como para aquellos en consulta externa o ambulatoria, así como en la atención particular y en las clínicas privadas. Algunos de los más destacados son los de Sotillo, para pacientes psicóticos crónicos (Sotillo & Rojas, 1997) y sus familiares (Sotillo & cols., 2004), el de Albuquerque para el Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi” (Albuquerque, 1999), el de Canessa para el Hospital Víctor Larco Herrera (Canessa, 1998), el de Boluarte (Boluarte, 2004) para jóvenes con retraso mental en el Instituto Nacional de Rehabilitación, así como uno elaborado por el IESM

“Honorio Delgado – Hideyo Noguchi” dirigido a adolescentes escolares (MINSA, 2005). Igualmente, en Lima, han venido implementándose programas similares en otros centros de salud del Estado, como el *Departamento de Análisis y Modificación del Comportamiento* (DAMOC) del Hospital Hermilio Valdizán, y los Servicios externos de EsSalud, todos ellos con características, poblaciones, duración y calidad variables.

2.1.2. Sobre el entrenamiento en habilidades sociales como tratamiento psicosocial de la esquizofrenia

El entrenamiento en habilidades sociales se inscribe en el contexto de la *terapia cognitivo-conductual* basada en *la teoría del aprendizaje social* (por ejemplo: Paula, 2000; Caballo, 1999).

Según Paula (2000): “El aprendizaje de competencias sociales en el ambiente natural viene determinado por factores tales como la historia de refuerzo directo, la historia de aprendizaje observacional, la retroalimentación y el moldeamiento o perfeccionamiento de las habilidades, la cantidad de oportunidades para practicar aquellas habilidades acabadas de aprender y el desarrollo de expectativas de ejecución positivas. Los mismos principios de aprendizaje se pueden utilizar para enseñar estas habilidades en nuestra intervención.”

En este marco, algunos de los aspectos cruciales y técnicas para la intervención en las habilidades sociales son: las instrucciones verbales, el modelado, el ensayo conductual, juego de roles o *role playing*, la retroalimentación o *feedback*, el reforzamiento, el moldeamiento y el mantenimiento y la generalización (Bellack, 2003; Paula, 2000; Kaplan, & cols., 2000; Caballo, 1999; Hidalgo & Abarca, 1999; Mueser, 1996; etc.). Los términos referidos son explicados en el Marco conceptual.

Las personas con esquizofrenia padecen de algunas deficiencias y discapacidades, como el retraimiento social y déficit en las relaciones y la comunicación (OMS, 1990). Asimismo, algunas investigaciones plantean que la mayor parte de las personas que viven con esquizofrenia sufren crónica o episódicamente de deterioro a lo largo de sus vidas, perdiendo así oportunidades para el trabajo y las relaciones (Albuquerque, 1999; Harrow & cols., 1997).

Numerosos y muy diversos programas de entrenamiento en habilidades sociales han probado ser efectivos en el desarrollo de las habilidades sociales de los pacientes con esquizofrenia en otros países (Mueser & cols., 2001; Heinssen & cols., 2000; Donahoe & Driesenga, 1998; Bellack & cols., 1997; Smith & cols., 1996; Scott & Dixon, 1995; Hakfirdm & Hayes, 1991.).

Los programas de entrenamiento en habilidades sociales han mostrado ser beneficiosos en varios aspectos para los pacientes con esquizofrenia, según lo indican diversos autores:

Mejoran las habilidades de conversación, funcionamiento y ajuste social y asertividad (Chien & cols., 2003; Marder & cols., 1996; Spencer & cols., 1983).

Reducen los síntomas positivos, negativos, discapacitantes y no discapacitantes de la esquizofrenia (Kopelowics & cols., 1997; Dobson & cols., 1995; Matousek & cols., 1992).

Incrementan la probabilidad de los pacientes de encontrar y mantener trabajo (Tsang & Pearson, 2001).

Además de contribuir a la reducción de síntomas, mejoran su conducta social y sus habilidades cognitivas, facilitando sus habilidades para integrarse en la comunidad (Ucok & cols., 2006; Moriana & cols., 2006; Pilling & cols., 2002; Roder & cols., 2002).

Previenen las recaídas y re-hospitalizaciones (Prince, 2006; Ryu & cols., 2006; Bellack, 2003; Bellack & cols., 1984).

Mejoran las interacciones sociales y las relaciones familiares (Dogan & cols., 2004).

Asimismo, se han hallado beneficiosos otros tipos de intervención psicosocial combinados con el tratamiento psicofarmacológico para la esquizofrenia, como la terapia cognitivo-conductual, las intervenciones en la familia y el entrenamiento en la autogestión de la enfermedad, así como con el entrenamiento en habilidades sociales en pacientes psicóticos (por ejemplo: Patterson & cols., 2006; Ucok & cols., 2006; Prince, 2006; Ryu & cols., 2006; Nordentoft & cols., 2006; Petersen & cols., 2005; Thorup & cols., 2005; Dogan & cols., 2004; Lehman & cols., 2003; Pilling & cols., 2002; Mueser & cols., 2001; Bustillo & cols., 2000; Kuipers & cols., 1997; Caballo, 1996; Marder & cols., 1996; Mueser, 1996; Scott & Dixon, 1995; Cuevas & Perona, 1994; Liberman, 1993; Hogarty & cols., 1991, 1986.).

Se ha establecido que éstas y algunas otras intervenciones psicosociales disminuyen las tasas de hospitalización de los pacientes, mejoran su mantenimiento en la comunidad y su funcionamiento social, así como su calidad de vida en general.

Todos estos estudios guardan muchas similitudes con los Manuales de Sotillo y Alburquerque, diferenciándose principalmente en aspectos conceptuales.

2.2. Marco conceptual

Se han planteado diversos problemas para la definición del concepto de habilidades sociales y existen casi tantas definiciones como autores que se ocupan del tema. Para el presente estudio se han considerado los conceptos surgidos de la revisión realizada por Gismero (2000), puesto que el instrumento de medición de las habilidades

sociales por ella desarrollado es utilizado para los fines de la investigación. Asimismo lo es el concepto de habilidades sociales de Sotillo & Rojas (1997), debido a que las características de la población a la cual se dirige su *Manual para el entrenamiento en habilidades sociales* son idénticas a las de la población seleccionada para el estudio. En el Marco conceptual se consigna un Glosario de términos (Tamayo, 2002-2003).

2.2.1. Conceptos básicos

Se definen los siguientes conceptos básicos para la investigación.

Conducta asertiva o socialmente habilidosa

Es el conjunto de respuestas verbales y no verbales, parcialmente independientes y situacionalmente específicas, a través de las cuales un individuo expresa en un contexto interpersonal sus necesidades, sentimientos, preferencias, opiniones o derechos sin ansiedad excesiva y de manera no aversiva, respetando todo ello en los demás, que trae como consecuencia el autoreforzamiento y maximiza la probabilidad de conseguir refuerzo externo (Gismero, 2000).

Esquizofrenia

Conjunto de trastornos que se caracterizan por distorsiones fundamentales y típicas de la percepción, del pensamiento y de las emociones, estas últimas en forma de embotamiento o falta de adecuación de las mismas (OMS, 1990).

Esquizofrenia paranoide

Tipo más frecuente de esquizofrenia en la mayor parte del mundo. En el cuadro clínico predominan las ideas delirantes relativamente estables, a menudo paranoides,

que suelen acompañarse de alucinaciones, en especial de tipo auditivo y de otros trastornos de la percepción (OMS, 1990).

Habilidades sociales

Son aquellas conductas que permiten a la persona obtener metas de tipo instrumental (como obtener un empleo, dinero, etc.) y afiliativo (como hacer amigos o ser escuchados), haciendo respetar sus derechos y el derecho de los demás (Kelly, J. A., 1987).

Programa de entrenamiento en habilidades sociales

Programa de tratamiento psicosocial basado en los principios de la teoría del aprendizaje social y la terapia cognitivo-conductual, y diseñado para la adquisición y desarrollo de habilidades sociales o conducta asertiva.

Teoría del aprendizaje social

Teoría del aprendizaje que postula que los cambios del comportamiento son el resultado de la interacción de la persona con el medio ambiente (Bandura & Walter, 1982). El cambio producido es bi-direccional e involucra al individuo y a aquellas personas con las que interactúa. El llamado *aprendizaje observacional* o *aprendizaje vicario* se lleva a cabo observando lo que hacen los demás, y las consecuencias que para ellos tiene la conducta. Dichas consecuencias son las que marcan las pautas de las acciones. En el aprendizaje social, el observador reproduce la conducta de otro (el modelo) y es reforzado por ello, sobre todo en el ámbito social.

Terapia cognitivo-conductual

Tratamiento que conjuga los modelos terapéuticos, procedimientos y técnicas conductuales y cognitivos para modificar conductas problema y pensamientos distorsionados que se postula condicionan las afecciones mentales, emocionales, cognitivas y del comportamiento.

La *terapia cognitivo-conductual* (TCC) es un modelo de intervención o tratamiento de muy diversos trastornos psicológicos. Es la estrategia de intervención clínica más utilizada y con mejores resultados en todo el mundo. Opera sobre las conductas, los pensamientos, las emociones y las respuestas fisiológicas disfuncionales del paciente. Consta de 3 fases o etapas: la evaluación, la intervención propiamente dicha, y el seguimiento. Se apoya en 4 pilares teóricos básicos: los aprendizajes *clásico* (Pavlov, Watson), *respondiente / operante* (Skinner), *social* (Bandura) y *cognitivo* (Beck, Ellis).

A la fecha, se han publicado centenares de estudios que indican la utilidad y efectividad de la TCC para numerosos trastornos psicológicos, e incluso físicos, alrededor del mundo. En 2001, Chambless & Ollendick revisan varias investigaciones que identifican intervenciones psicológicas empíricamente validadas o *Tratamientos con Apoyo Empírico* (TAE).

El estudio mostró que en las investigaciones compiladas, los procedimientos y técnicas cognitivos y conductuales son las intervenciones de elección específicas más útiles y efectivas para la mayor parte de los problemas de salud mental, tanto en adultos como en niños –a veces en combinación con la terapia farmacológica–. En adultos: en trastornos de ansiedad y estrés, como fobias social y específicas, trastorno de pánico, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno de estrés postraumático; en trastorno bipolar y depresiones; en dependencia y abuso de sustancias, tabaquismo, cleptomanía, ludopatía, trastornos sexuales, parafilias,

abusadores sexuales, trastornos de la personalidad, esquizofrenia y otras psicosis, trastornos de la conducta alimentaria, como anorexia y bulimia, y trastornos del sueño. En niños: en trastornos de conducta, fobias, depresiones, trastorno de déficit de atención con hiperactividad, enuresis, encopresis, trastornos de ansiedad y evitativo, retraso mental, autismo, etc. Asimismo, la TCC ha mostrado ser eficaz en la atención de algunas afecciones físicas como la demencia, los dolores crónicos por enfermedad reumática, los efectos colaterales de la quimioterapia para pacientes con cáncer; fibromialgia, diabetes, obesidad, migraña, entre otras.

Tratamiento psicofarmacológico

Tratamiento psiquiátrico consistente en la prescripción y administración regular de dosis de medicamentos psicotrópicos para la compensación bioquímica y fisiológica de los síntomas psicopatológicos.

2.2.2. Conceptos técnicos

Seguidamente se definen los conceptos de los procedimientos y técnicas conductuales que se utilizaron en los ejercicios de habilidades sociales a lo largo de las sesiones del PEHS.

Ensayo conductual o “role playing”

La imitación de los comportamientos objetivo permiten a la persona ensayarlos sin experimentar las consecuencias aversivas que puede conllevar su falta de dominio. De esta manera, pueden repetirse y simularse aspectos relevantes del ambiente natural de la persona antes de ejecutarla en ese contexto real. Es importante que la persona practique las habilidades sociales más allá del simple conocimiento de lo que tendría

que hacer. El participante efectúa prácticas de la conducta social habilidosa instruida y modelada; así: “Ahora vas a hablar mirando a los ojos a tu interlocutor del mismo modo como has visto que yo lo he hecho”; el sujeto ensaya la conducta social objetivo.

Instrucción verbal

Consiste en explicar de manera clara y concisa aquellos comportamientos centrales que se busca enseñar. Implica la identificación de comportamientos durante la sesión, la importancia que tiene para la persona el dominio de determinada habilidad y el modo en que puede realizarse. El terapeuta proporciona al cliente una descripción precisa de la conducta social habilidosa, como: “Mira a los ojos del interlocutor cuando hables”.

Lluvia de ideas

Este ejercicio es muy útil en las técnicas de resolución de problemas. Se utiliza para generar una amplia gama de alternativas para los problemas o situaciones que pudieran presentarse. Consiste en que el individuo ofrezca tantas soluciones como pueda, aún si las soluciones no parecen ser inmediatamente razonables, sin formular crítica alguna. Luego debe procurarse combinar y hacer coincidir las soluciones en forma creativa. Dicha técnica se justifica porque ayuda a reducir la tendencia al juicio prematuro y el rechazo de potenciales opciones de valor para los sujetos.

Mantenimiento y generalización

El objetivo básico de cualquier proceso de enseñanza-aprendizaje es que los cambios que se han producido se mantengan en el tiempo y lleguen a generalizarse a otras situaciones y a otras personas, de forma que se pongan en juego en los contextos

naturales. El *mantenimiento* de una determinada habilidad es una condición para obtener su *generalización*, utilizándola habitualmente en tareas idénticas a las que se dieron durante su proceso de enseñanza. Así pues, la *generalización* se refiere a la manifestación de conductas o habilidades relevantes en condiciones distintas a las que guiaron su aprendizaje inicial.

Modelado

Es una estrategia que implica la exposición de la persona a un modelo que ejecuta de una manera más o menos correcta aquellos comportamientos cardinales que se busca instaurar en el repertorio conductual de la persona. El terapeuta u otro modelo realiza al cliente una demostración de la conducta socialmente habilidosa, por ejemplo: “Fíjate como miro yo a los ojos a mi interlocutor mientras le hablo”, y el modelo ejecuta el comportamiento correspondiente.

Moldeamiento

Es una estrategia consistente en el *reforzamiento diferencial* de comportamientos cada vez más parecidos a la conducta final. Se comienza con el refuerzo inicial de conductas que tienen alguna similitud con la conducta deseada y gradualmente se retira el reforzamiento de las conductas menos similares y se va reforzando las más semejantes y próximas hasta llegar a la conducta deseada.

Reforzamiento positivo

Es una técnica de modificación conductual que tiene por objetivo moldear las habilidades que se están aprendiendo y conseguir su mantenimiento. El *reforzamiento positivo* puede definirse como el proceso a través del cual las respuestas aumentan

porque son seguidas por una recompensa o suceso favorable. En el caso de las habilidades sociales, se trata de incrementar la frecuencia de una variedad de comportamientos deseables. En las sesiones se empleó el *refuerzo social verbal* en la forma de reconocimiento público y aprobación de las conductas adecuadas de los participantes. El terapeuta y otras personas refuerzan socialmente la realización adecuada de la conducta social ensayada por el participante, como: “¡Muy bien!, has mirado a los ojos de tu interlocutor cuando le estabas hablando”.

Retroalimentación o “feedback”

Consiste en proporcionar a la persona información relacionada con la correcta ejecución, o no, de las habilidades-objetivo que ha ejecutado en el ensayo conductual previo, con la finalidad de *modelarlas* y conseguir, de manera progresiva, una mayor optimización de su nivel de ejecución. Es importante que la *retroalimentación* se proporcione a la persona inmediatamente después de haber actuado en la práctica conductual para que, de esta manera, conozca lo que ha hecho correctamente, lo que necesita mejorar y lo que debería hacerse de otra forma. El terapeuta y otras personas informan sobre los aspectos no habilidosos de la ejecución del participante, por ejemplo: “El interlocutor ha valorado tu mirada fija como agresiva, vas a repetir la conducta que acabas de hacer, es decir, vas a volver a hablarle mirándole a los ojos, pero esta vez no lo mires tan fijamente”.

2.2.3 Conceptos específicos del PEHS

Se definen los conceptos de las conductas objetivo de aprendizaje en el PEHS (Sotillo & Rojas, 1997)

Conductas paralingüísticas

Son todas aquellas conductas que acompañan a la emisión de la palabra y que hace entendible el mensaje independiente de su contenido. Ellas son: volumen, velocidad, articulación, inflexión, fluidez verbal, jergas.

Conductas no verbales

Son expresiones faciales o del cuerpo que se acompañan a la comunicación: contacto visual, expresión facial, movimientos de las manos, distancia física.

Reconocimiento de emociones

La emoción es el sentimiento que tienen las personas frente a las diferentes situaciones que puedan atravesar. Reconocerlas es darse cuenta o detectar los componentes no verbales de las emociones básicas, como la alegría, el afecto, la tristeza, el miedo o la angustia y la cólera.

Expresión de emociones

Dar a conocer, mostrar o manifestar por medios no verbales: por los gestos, la postura, la risa, el llanto, la mirada; o por medios verbales: palabras de aprecio, de tristeza, de afecto, etc., lo que estamos sintiendo en un momento o ante una situación de la vida.

Iniciar una conversación

Iniciar el diálogo adecuadamente con una persona desconocida o conocida. Este inicio se debe dar en función del auto-descubrimiento. El auto-descubrimiento es la

capacidad de revelar o decir cosas acerca de nosotros. Ocurre en diferentes niveles que van a depender del grado de confianza o amistad entre los dialogantes de la situación.

Mantener una conversación

Es el continuar el diálogo adecuadamente una vez iniciado. El auto-descubrimiento puede ir haciéndose más profundo en la medida que la conversación avanza y existe deseo de auto-revelado más íntimo en las dos partes.

Técnica de la libre información

Es una técnica que consiste en brindar al diálogo información adicional a la que ha sido solicitada, es decir, ampliando las respuestas.

Terminar una conversación

Concluir adecuadamente la conversación con los demás según pautas comunes, para lograr relacionarse adecuadamente como, por ejemplo, no agraviar a la otra persona ni hacerla sentir incómoda al término de la conversación, o finalizar la conversación si la persona se siente incómoda.

Opinar

Concepto que se tiene sobre algo o alguien, a través del cual se expresan libremente pensamientos y/o sentimientos a la otra persona. Dar opiniones específicas. Las opiniones positivas equivalen a halagos, en tanto que las opiniones negativas equivalen a críticas.

Derechos asertivos de las personas

Son derechos que constituyen una estructura básica para la sana participación de cada individuo en toda relación humana. Los derechos asertivos individuales forman la estructura sobre la cual se edifican nuestras conexiones positivas con las personas, tales como la confianza, la comprensión, el afecto, la intimidad y el amor.

Dar halagos

Expresar verbalmente a otras personas cualidades, atributos o conductas aprobatorias cuando corresponde a la situación. Un halago es una muestra de cortesía o urbanidad por medio de la cual se expresa a los otros afecto o admiración.

Creencia

Es un pensamiento en relación a una situación dada. Las creencias se forman desde la infancia en base a nuestras experiencias del pasado, el contexto cultural de donde procedemos, nuestra religión, la educación recibida y los grupos que frecuentamos entre nosotros.

Creencias auto-saboteadoras

Son aquellas creencias que pueden obstaculizar una respuesta adecuada a una opinión dada o a un desempeño nuestro.

Recibir halagos

Expresar verbalmente el agradecimiento, aceptación, aprobación de un halago realizado por otra persona. Los procesos implicados en la recepción de un halago son las habilidades de recepción y las habilidades de procesamiento. Las habilidades de procesamiento son las conductas adecuadas para escuchar o prestar atención a lo que

nos dicen. Las habilidades de procesamiento son los procesos mentales o cognitivos por medio de los cuales se evalúan las certezas del halago recibido.

Técnica de interrogación positiva

Consiste en preguntarle a la persona que emite un cumplido sobre la realidad o razón del mismo.

Críticar

Es una opinión negativa. Significa juzgar conductas o características de las personas que se consideran fuera de contexto. Esta censura se realiza en base a normas o reglas generales y lo más objetivas posibles. Hay dos tipos de críticas, la crítica negativa o destructiva y la crítica positiva o constructiva.

Crítica negativa o destructiva

Es aquel juicio que se emite ante una persona, en la que no se rescata ningún valor y, por el contrario, se da de manera hostil, sin respetar el derecho del otro. Es decir, consiste en que el contenido de la crítica no advierte aspectos positivos en la persona, sino que se dirige sólo al aspecto negativo, descalificándola como tal. Este tipo de crítica no lleva a establecer habilidades sociales.

Crítica positiva o constructiva

Es aquella en la cual se señalan conductas no del todo adecuadas a modo de sugerencia, rescatando aspectos positivos en la persona. Se dirige a la conducta de la persona, no a la persona. Este tipo de crítica es la única válida para establecer habilidades sociales.

Crítica manipuladora

Es una crítica, por lo general destructiva, que tiene la finalidad de hacer sentir mal a la otra persona y utilizarla para obtener un fin propio en perjuicio de la persona. Es muy común pero no es válida en el contexto de las habilidades sociales.

Técnica de interrogación negativa

Se aplica cuando la crítica es negativa y sin fundamento o no válida. Consiste en preguntar sobre el contenido de la crítica. Esta técnica permite cambiar el estado afectivo que está centrado en un aspecto negativo, en uno adecuado. Permite centrar la crítica en la conducta de la persona, evitando etiquetar al sujeto.

Técnica de aserción negativa

Se utiliza cuando la crítica tiene fundamento, es válida y la persona acepta su error planteando cambios futuros. Esta técnica permite que la persona asuma su responsabilidad y mejore. Bloquea la actitud negativa en el otro.

Técnica del banco de niebla

Se utiliza cuando la crítica se presenta en forma persistente y no hay manera de evitarla ni resolverla. La persona debe dejar pasar la crítica sin sentirse afectada ni reaccionando agresiva o pasivamente ante ella. Es una técnica que nos ayuda a reconocer serenamente la posible parte de verdad que hay en ella, manteniendo nuestra posición.

Técnica del disco rayado

Consiste en la repetición serena de las palabras que expresan nuestro deseo o elección, una y otra vez. Enseña la virtud de insistir, sin tener que ofrecer mayor argumento, ni mostrar sentimientos de ira. Es conveniente que el fraseo sea breve. Se usa ante críticas persistentes y demandas o peticiones insistentes que no queremos aceptar porque atentan contra nuestros derechos.

Presión grupal

Es cuando dos o más personas con las cuales interactuamos intentan persuadirnos u obligarnos a hacer o decir algo que no queremos. Para ella se utilizan las técnicas de interrogación negativa, banco de niebla y disco rayado.

Solución de problemas

Técnica que permite superar el fracaso para encontrar respuestas eficaces a los problemas que se nos presentan. Consisten de los siguientes pasos: planteamiento del problema, delimitándolo y especificándolo: generar opciones y/o alternativas a través de la lluvia de ideas; elegir las opciones razonables, evaluando los pro y contra de cada una de las opciones; planear estrategias a implementar o llevar a cabo la opción razonable; ejecutar la estrategia, y evaluar los resultados, es decir, ver si se consiguen los objetivos. De no alcanzarse los mismos, se vuelve a analizar la estrategia escogida. Gratificarse por el logro aún cuando no se consigan todos los objetivos.

Todas las definiciones conceptuales y operacionales de las variables involucradas en los Objetivos del estudio y la prueba de Hipótesis se describen detalladamente en el Capítulo III: Diseño.

2.3. Hipótesis

Las hipótesis que guían el estudio se desarrollan a partir de lo planteado en el Problema de investigación, sus Objetivos y Marco teórico-conceptual. Se dividen en hipótesis generales e hipótesis específicas de investigación.

2.3.1. Hipótesis generales de investigación

A su vez, las hipótesis generales de la investigación se subdividen en la hipótesis causal bivariada (H_i) y la hipótesis nula (H_0).

2.3.1.1. Hipótesis causal bivariada (H_i)

H_i : El PEHS incrementará significativamente las habilidades sociales del grupo de tratamiento o grupo experimental (GE) de participantes con diagnóstico de esquizofrenia paranoide, al obtener éste un incremento estadísticamente significativo en el índice de su nivel general de habilidades sociales, comparado con los resultados de un grupo control (GC) en el post-test.

2.3.1.2. Hipótesis nula (H_0)

H_0 : El PEHS no incrementará significativamente las habilidades sociales del grupo experimental (GE) de participantes con diagnóstico de esquizofrenia paranoide, al no obtener éste un incremento estadísticamente significativo en el índice de su nivel general de habilidades sociales, comparado con los resultados de un grupo control (GC) en el post-test.

2.3.2. Hipótesis específicas de investigación (H_X)

Las hipótesis específicas fluyen y se desenvuelven a partir del Problema, los Objetivos específicos y el Marco teórico-conceptual de la investigación, y se corresponden con lo registrado por los instrumentos de evaluación de las habilidades sociales. Los contenidos examinados por las hipótesis específicas se describen en detalle en la Definición de variables conceptuales y operacionales, en el Capítulo III: Método.

H₁: El PEHS incrementará significativamente las habilidades de *autoexpresión en situaciones sociales* del grupo experimental (GE), al obtener éste un incremento estadísticamente significativo en este factor, comparado con los resultados de un grupo control (GC) en el post-test.

H₂: El PEHS incrementará significativamente las habilidades de *defensa de los propios derechos como consumidores* del grupo experimental (GE), al obtener éste un incremento estadísticamente significativo en este factor, comparado con los resultados de un grupo control (GC) en el post-test.

H₃: El PEHS incrementará significativamente las habilidades de *expresión de enfado o disconformidad* del grupo experimental (GE), al obtener éste un incremento estadísticamente significativo en este factor, comparado con los resultados de un grupo control (GC) en el post-test.

H₄: El PEHS incrementará significativamente las habilidades de *emisión de respuesta negativa e interrupción de interacciones* del grupo experimental (GE), al obtener éste un incremento estadísticamente significativo en este factor, comparado con los resultados de un grupo control (GC) en el post-test.

H₅: El PEHS incrementará significativamente las habilidades de *formulación de peticiones* del grupo experimental (GE), al obtener éste un incremento estadísticamente

significativo en este factor, comparado con los resultados de un grupo control (GC) en el post-test.

H₆: El PEHS incrementará significativamente las habilidades de *iniciación de interacciones positivas con miembros del sexo opuesto* del grupo experimental (GE), al obtener éste un incremento estadísticamente significativo en este factor, comparado con los resultados de un grupo control (GC) en el post-test.

H₇: El PEHS incrementará significativamente los *componentes no verbales de las habilidades sociales* del grupo experimental (GE), al obtener éste un incremento estadísticamente significativo en este factor, comparado con los resultados de un grupo control (GC) en el post-test.

H₈: El PEHS incrementará significativamente los *componentes paralingüísticos de las habilidades sociales* del grupo experimental (GE), al obtener éste un incremento estadísticamente significativo en este factor, comparado con los resultados de un grupo control (GC) en el post-test.

H₉: El PEHS incrementará significativamente los *componentes verbales de las habilidades sociales* del grupo experimental (GE), al obtener éste un incremento estadísticamente significativo en este factor, comparado con los resultados de un grupo control (GC) en el post-test.

CAPÍTULO III

MÉTODO

3.1. Tipo de estudio

El estudio corresponde a una **investigación aplicada**, porque busca establecer la eficacia del Programa de entrenamiento en habilidades sociales (PEHS), el cual hace las veces de variable independiente, para la modificación de las habilidades sociales en jóvenes con diagnóstico de esquizofrenia, los cuales hacen las veces de variables dependientes.

Para tal efecto, se dispone de un grupo de estudio o grupo experimental (GE), y de un grupo control (GC) para la comparación de las variables.

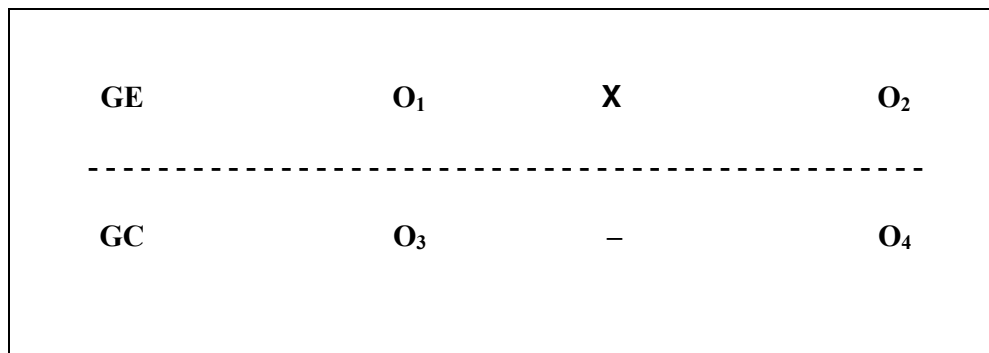
3.2. Diseño de estudio

Según los lineamientos de Shaughnessy & cols. (Shaughnessy & cols., 2007), el estudio corresponde a una **investigación aplicada**, de diseño **cuasi-experimental** y **evaluación de programa**. Según las clasificaciones de Polit & Hungler, Salkind y Tamayo (Polit & Hungler, 1997; Salkind, 1998; Tamayo, 2002-2003), el diseño del estudio es **cuasi-experimental, de intervención, con grupo control no equivalente** y de **tipo ensayo clínico controlado no aleatorizado**. Lo dicho es así, porque el investigador manipula la variable independiente al introducir como tratamiento experimental la aplicación del PEHS en el GE.

Se asignan el GE y GC en forma no aleatoria, de acuerdo a los criterios de inclusión, y luego se evalúan y registran los resultados a fin de poner a prueba el

tratamiento clínico. Ambos grupos son evaluados antes y después de la intervención en el GE (pre y post test).

FIGURA N° 1 – DISEÑO CUASI-EXPERIMENTAL:
DE INTERVENCIÓN, CON GRUPO CONTROL NO EQUIVALENTE,
CON PRE Y POST TEST



GE: Grupo experimental o de tratamiento (expuesto al PEHS), constituido por personas con diagnóstico de esquizofrenia de tipo paranoide y déficit en habilidades sociales, con tratamiento psicofarmacológico en atención psiquiátrica ambulatoria, entre los 20-35 años de edad, sin ocupación actual.

Se consideran integrantes del GE a todos los participantes que acuden como usuarios a un mínimo de 7 de las 12 fechas que constituyen el PEHS (n>60%), y que han sido invitados a dicha oferta de servicio por los terapeutas del *Departamento de Análisis y Modificación del Comportamiento* (DAMOC) del Hospital Hermilio Valdizán.

GC: Grupo control o de comparación (no expuesto al PEHS), constituido por personas con diagnóstico de esquizofrenia de tipo paranoide y déficit en habilidades

sociales, con tratamiento psicofarmacológico en atención psiquiátrica ambulatoria, entre los 20-35 años de edad, sin ocupación actual.

El GC está conformado por un grupo de pacientes entrevistados y evaluados por el investigador y un colaborador suyo en los *Servicios de Consulta Externa de Adultos* del Hospital Hermilio Valdizán.

Se tuvo la precaución de que la única diferencia entre el GE y el GC (ambos tratados en consulta ambulatoria, el GE en DAMOC y el GC en la Consulta Externa de Adultos) sea el sometimiento al tratamiento, en un caso, y su exención, en el otro. Ambos grupos seguían tratamientos farmacológicos y ninguno llevaba alguna otra clase de tratamiento o terapia.

X: Tratamiento experimental. Intervención y aplicación del PEHS en el GE.

O: Observación, evaluación y medición de las habilidades sociales de la muestra de sujetos de cada grupo, con pre y post test, a través de la *Escala de Habilidades Sociales* (EHS) de Gismero y el *Registro de Evaluación Conductual* (RECHS) de Boluarte:

O₁: Aplicación de la EHS y el RECHS en el pre test

O₂: Aplicación de la EHS y el RECHS en el post test

O₃: Aplicación de la EHS y el RECHS en el pre test

O₄: Aplicación de la EHS y el RECHS en el post test

Se trata de un estudio **comparativo, prospectivo de causa-efecto, longitudinal** y **simple ciego**, según los criterios de Tamayo (Tamayo, 2002-2003).

Comparativo, porque existen dos poblaciones de donde proceden los GE y GC, de donde se comparan las variables involucradas y la efectividad del PEHS, y se contrastan hipótesis: generales y específicas.

Prospectivo de causa-efecto, porque los investigadores captan la información completa de los grupos después de la planeación, observando y registrando el efecto de la variable independiente en el futuro.

Longitudinal, porque las variables involucradas se miden en dos ocasiones o momentos, y porque hay seguimiento para estudiar la evolución de los integrantes del GE, y así poder comparar los valores de ambos grupos.

Simple ciego, porque todos los sujetos que intervienen en el mismo ignoran el grupo al que pertenecen y el objetivo de la investigación. Dicho procedimiento se establece con el propósito de evitar que puedan influenciarse en cualquier forma por los presupuestos del estudio, y distorsionar así los resultados finales.

3.3. Sujetos

La población del estudio está constituida por el conjunto de individuos que cumplen con los criterios de elegibilidad o de inclusión.

3.3.1. Características generales de la población

3.3.1.1. Criterios de inclusión

Se incluyen en el estudio:

A los sujetos con un diagnóstico psiquiátrico de esquizofrenia paranoide.

A los sujetos con diagnóstico cognitivo-conductual de déficit en habilidades sociales.

A los sujetos en tratamiento farmacológico.

A los sujetos atendidos en el servicio de consulta psiquiátrica ambulatoria del Hospital Hermilio Valdizán.

A los sujetos hombres y mujeres comprendidos entre las edades de 20-35 años de edad.

A los sujetos sin ocupación académica o laboral presente.

3.3.1.2. Criterios de exclusión

Se excluyen del estudio:

A los sujetos con un diagnóstico psiquiátrico diferente del de esquizofrenia paranoide, como otros tipos de esquizofrenia (hebefrénica, catatónica, simple, indiferenciada), o con otro diagnóstico diferente del de esquizofrenia, como el trastorno bipolar, la depresión, un trastorno de ansiedad, como la fobia social, algún trastorno de personalidad, o sin ningún diagnóstico psiquiátrico.

A los sujetos sin un diagnóstico cognitivo-conductual de déficit en habilidades sociales.

A los sujetos que no están en tratamiento farmacológico.

A los sujetos no atendidos en el servicio de consulta psiquiátrica ambulatoria del Hospital Hermilio Valdizán.

A los sujetos, hombres y mujeres, que tengan menos de 20 y más de 35 años de edad.

A los sujetos con alguna ocupación académica o laboral presente.

3.3.2. Ubicación de la población en el espacio y tiempo

3.3.2.1. Ubicación espacial

El estudio se llevó a cabo en el Auditorio y el *Departamento de Análisis y Modificación del Comportamiento* (DAMOC) del Hospital Hermilio Valdizán; en ambientes acondicionados expresamente para la intervención en el grupo de participantes.

Se trató con una población accesible, conocida y estática; las unidades de análisis fueron fácilmente localizables a través de las historias clínicas de los pacientes y la *Ficha de Evaluación de DAMOC* que incluye sus datos de filiación, motivo de consulta y diagnósticos respectivos.

3.3.2.2. Ubicación temporal

El estudio se desarrolló durante los meses de agosto y octubre de 2005, correspondientes a la evaluación y tratamiento o aplicación del PEHS en el GE. Se requirió de un mes adicional para la recolección de los datos del GC. Las sesiones del PEHS se efectuaron los días jueves, exceptuando los feriados, de 4:00 p.m. a 6:00 p.m. Se realizaron 2 sesiones por cada fecha.

3.3.3. Muestra necesaria

El estudio se llevó a cabo en forma prospectiva, con un grupo de 14 personas que cumplieron con los criterios de inclusión. De ellos, 7 pacientes formaron parte del GE y los otros 7 conformaron el GC. Los sujetos del GE entraron en contacto con el PEHS al ser derivados de DAMOC o de otros servicios del Hospital Valdizán. El GC estuvo constituido por pacientes entrevistados y evaluados por el investigador y un colaborador suyo en el *Servicio de Consulta Ambulatoria de Adultos* del Hospital.

La muestra estuvo conformada por todos los usuarios del PEHS que satisficieron los criterios de inclusión y que asistieron a por lo menos 7 fechas ($n > 60\%$), y por un número igual de sujetos para el GC con iguales características. El número total de la muestra lo constituyeron 14 sujetos, 7 para el GE y 7 para el GC.

Unidad de análisis o de observación: Cada paciente que participó en el estudio, conformando los GE y GC.

Unidad de muestreo: Unidad seleccionada del Marco muestral. En esta investigación resultó igual que la unidad de análisis.

Marco muestral: Relación o listado de pacientes asistentes al PEHS que cumplieron con los criterios de inclusión (GE), más igual número de pacientes en consulta ambulatoria que cumplieron con los mismos criterios para el GC.

Tamaño muestral: Se trabajó con toda la población de sujetos que cumplieron con los criterios de inclusión que asistieron a la mayor parte de fechas del PEHS (7), más los pacientes asignados al GC (7) con iguales características, por lo cual no fue necesario realizar el cálculo del tamaño muestral. El mínimo de participantes que admite el PEHS es 6 y el máximo 12.

3.4. Identificación de variables e indicadores

3.4.1. Definiciones conceptuales

Variable independiente: Programa de entrenamiento en habilidades sociales (PEHS)

Programa para la adquisición y desarrollo de habilidades sociales adaptado para su aplicación en pacientes psicóticos crónicos, como aquellos que padecen de esquizofrenia paranoide con déficit de habilidades sociales. El PEHS está comprendido por 21 sesiones, distribuidas en 12 fechas, efectuándose dos sesiones por fecha, divididas a su vez por intermedios, más las evaluaciones correspondientes de entrada y salida.

Variable dependiente general: Habilidades sociales

Conjunto de respuestas verbales y no verbales, parcialmente independientes y situacionalmente específicas, a través de las cuales un individuo expresa en un contexto

interpersonal sus necesidades, sentimientos, preferencias, opiniones o derechos sin ansiedad excesiva y de manera no aversiva, respetando todo ello en los demás, que trae como consecuencia el auto-reforzamiento y maximiza la probabilidad de conseguir refuerzo externo.

Variables dependientes específicas

Autoexpresión en situaciones sociales: La capacidad de expresarse uno mismo de forma espontánea y sin ansiedad en distintos tipos de situaciones sociales: entrevistas laborales, tiendas y lugares oficiales, en grupos y reuniones sociales, etc. Una elevada habilidad para expresarse en situaciones sociales indica facilidad para las interacciones en tales contextos para expresar las propias opiniones y sentimientos, formular preguntas, etc.

Defensa de los propios derechos como consumidor: La habilidad de expresar conductas asertivas frente a desconocidos en resguardo de los propios derechos en situaciones de consumo, como por ejemplo no dejar “colarse” a alguien en una fila o en una tienda, pedir a alguien que habla en el cine que se calle, pedir descuentos, devolver un objeto defectuoso, etc.

Expresión de enfado o disconformidad: La habilidad para evitar conflictos o confrontaciones con otras personas con capacidad de expresar disgusto o sentimientos justificados y/o desacuerdo con otras personas, sin mucha dificultad para expresar discrepancias ni preferir callarse lo que a uno le molesta con tal de evitar posibles conflictos con los demás, aunque se trate de amigos o familiares.

Emitir respuesta negativa y cortar interacciones: La habilidad para cortar interacciones que no se quieren mantener (tanto con un vendedor, como con amigos que quieren seguir charlando en un momento en el que se prefiere interrumpir la

conversación, o con personas con quienes no se desea seguir saliendo o manteniendo la relación). También incluye el negarse a prestar algo cuando nos disgusta hacerlo. Se trata de un aspecto de la asertividad en la cual lo crucial es poder decir “no” a otras personas, y cortar las interacciones que no se desean mantener por más tiempo, tanto a corto como a largo plazo.

Formulación de peticiones: La habilidad de expresar peticiones a otras personas de algo que se desea, sea a un amigo (que nos devuelva algo que le prestamos, que nos haga un favor), o en situaciones de consumo (en un restaurante nos traen algo que no pedimos y queremos cambiarlo, o en una tienda nos dieron mal el vuelto). Una elevada habilidad para formular peticiones indica que la persona es capaz de hacer requerimientos semejantes a éstos sin excesiva dificultad, mientras que lo contrario indica la dificultad para expresar pedidos de lo que queremos a otras personas.

Iniciación de interacciones positivas con miembros del sexo opuesto: La habilidad para iniciar interacciones con miembros del sexo opuesto, como en una conversación o el pedir una cita, y de poder formular espontáneamente un cumplido, un halago, hablar con alguien que resulta atractivo o atractiva. Se trata de intercambios positivos que indican facilidad para tales conductas, es decir, iniciativa para comenzar interacciones con personas del sexo opuesto y para expresar espontáneamente lo que nos gusta de las mismas. Una pobre habilidad de este tipo refleja dificultad para llevar a cabo espontáneamente y sin ansiedad tales conductas.

Componentes no verbales: Las conductas no verbales que se manifiestan en todo contacto interpersonal, como son: la atención personal, la expresión facial, la mirada o contacto ocular con el interlocutor, la sonrisa acorde al contexto, la orientación corporal, distanciamiento y contacto físico con respecto al interlocutor, los gestos

apropiados a la situación, la apariencia personal, y la respuesta a la interacción o al refuerzo social.

Componentes paralingüísticos: Las conductas no verbales pero que tienen que ver con la expresión del lenguaje para poder comunicarse en forma efectiva con los demás, como por ejemplo: el volumen de la voz, la entonación, el timbre de voz, la fluidez y la velocidad del habla, y la claridad de la articulación verbal.

Componentes verbales: La forma como se transmite la información verbal, si es un contenido que tiene que ver con el interés mutuo, el sentido del humor, si es pasivo, hace preguntas, y cómo responde a estas preguntas. Incluye: el contenido del discurso, el humor, la habilidad para la formulación de preguntas, y las respuestas verbales acordes al contexto.

3.4.2. Definiciones operacionales

Variable independiente: Programa de entrenamiento en habilidades sociales (PEHS)

Usuarios participantes del PEHS con más del 60% de asistencias al mismo (7 fechas como mínimo), registradas a través del *Listado de Asistencia*.

Variable dependiente general: Habilidades sociales

Índice porcentual del nivel general de habilidades sociales. El resultado es un valor promedio de las puntuaciones registradas a través de los 2 instrumentos de evaluación: la *Escala de Habilidades Sociales* (EHS de Gismero) y el *Registro de Evaluación Conductual de las Habilidades Sociales* (RECHS de Boluarte).

Variables dependientes específicas

Autoexpresión en situaciones sociales: Índice porcentual del Factor I obtenido en la EHS de Gismero.

Defensa de los propios derechos como consumidor: Índice porcentual del Factor II obtenido en la EHS de Gismero.

Expresión de enfado o disconformidad: Índice porcentual del Factor III obtenido en la EHS de Gismero.

Emitir respuesta negativa y cortar interacciones: Índice porcentual del Factor IV obtenido en la EHS de Gismero.

Formulación de peticiones: Índice porcentual del Factor V obtenido en la EHS de Gismero.

Iniciación de interacciones positivas con miembros del sexo opuesto: Índice porcentual del Factor VI obtenido en la EHS de Gismero.

Componentes no verbales: Índice porcentual de la suma de los valores de los ítems positivos de *Componentes no verbales* del RECHS de Boluarte.

Componentes paralingüísticos: Índice porcentual de la suma de los valores de los ítems positivos de *Componentes paralingüísticos* del RECHS de Boluarte.

Componentes verbales: Índice porcentual de la suma de los valores de los ítems positivos de *Componentes verbales* del RECHS de Boluarte.

La Tabla N° 1 explica la formulación y operacionalización de variables, indicadores e índices.

TABLA N° 1 – FORMULACIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES, INDICADORES E ÍNDICES*

FUNCIÓN DE LA VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	VARIABLE (DEFINICIÓN CONCEPTUAL)	INDICADOR (DEFINICIÓN OPERACIONAL)	ÍNDICES DIRECTOS (RANGOS DE MEDICIÓN)	ESCALA DE MEDICIÓN
Independiente	Numérica	Programa de entrenamiento en habilidades sociales (PEHS)	Número de fechas asistidas al PEHS (n>60%)	7 – 12	Ordinal
Dependiente	Numérica	Autoexpresión en situaciones sociales	Puntuación del Factor I de la EHS	8 – 32	De intervalo
Dependiente	Numérica	Defensa de los propios derechos como consumidor	Puntuación del Factor II de la EHS	5 – 20	De intervalo
Dependiente	Numérica	Expresar enfado o disconformidad	Puntuación del Factor III de la EHS	4 – 16	De intervalo
Dependiente	Numérica	Decir “no” y cortar interacciones	Puntuación del Factor IV de la EHS	6 – 24	De intervalo
Dependiente	Numérica	Hacer peticiones	Puntuación del Factor V de la EHS	5 – 20	De intervalo
Dependiente	Numérica	Iniciación de interacciones positivas con el sexo opuesto	Puntuación del Factor VI de la EHS	5 – 20	De intervalo
Dependiente	Numérica	Nivel global de habilidades sociales	Puntuación global de la EHS de Gismero	33 – 132	De intervalo
Dependiente	Numérica	Componentes no verbales	Puntuación de los ítems de <i>Componentes no verbales</i> del RECHS	0 – 10	Ordinal
Dependiente	Numérica	Componentes paralingüísticos	Puntuación de los ítems de <i>Componentes paralingüísticos</i> del RECHS	0 – 6	Ordinal
Dependiente	Numérica	Componentes verbales	Puntuación de los ítems de <i>Componentes verbales</i> del RECHS	0 – 4	Ordinal
Dependiente	Numérica	Habilidades sociales observadas	Puntuación total obtenida en el RECHS de Boluarte	0 – 20	Ordinal
Dependiente	Numérica	Nivel general de habilidades sociales	Valor promedio de la puntuación total porcentual del RECHS y el índice global convertido de la EHS	0 – 100	Ordinal

* La Ficha de Evaluación de DAMOC sólo es utilizada para establecer adecuadamente el diagnóstico y homogeneizar la muestra.

3.5. Métodos de recolección de datos

3.5.1. Método prolectivo de recolección

Se recolectaron los datos de la fuente primaria, es decir, de los pacientes y sus familiares, durante el período de estudio, entre agosto y diciembre de 2005, con los instrumentos respectivos.

3.5.2. Método de observación directa

Se recogió, a través de un *Registro de evaluación conductual de las habilidades sociales (RECHS)*, datos sobre los *componentes verbales, paralingüísticos y verbales* de las habilidades de ambos grupos (GC y GE) en el pre y post test, respectivamente. Adicionalmente, para el GE, se utilizó un *Listado de asistencia a las fechas del PEHS*, para registrar el número de fechas a las que asistió cada participante.

3.5.3. Método de encuesta-cuestionario

Se utilizó la *Escala de Habilidades Sociales de Gismero (EHS)*, para obtener datos sobre el nivel global de las habilidades sociales y las diferentes dimensiones o factores de dichas habilidades en ambos grupos, tanto en el pre como en el post test, la cual llenó cada integrante en forma autoadministrada.

3.5.4. Método de encuesta-entrevista

Se obtuvo la información proporcionada por cada integrante de los grupos, siendo ésta cruzada, en muchos de los casos, con aquella proporcionada por sus familiares más cercanos, mediante preguntas formuladas por el entrevistador en el pre-

test, y registradas en una *Ficha de evaluación de DAMOC*, incluida en cada historia clínica, la cual recoge datos relevantes para los propósitos del estudio.

3.6. Instrumentos de recolección de datos

<u>Métodos</u>	<u>Instrumento usado</u>
Observación directa	Registro de evaluación conductual de las habilidades sociales (RECHS)
Observación directa	Listado de asistencia a las fechas del PEHS
Cuestionario	Escala de habilidades sociales de Gismero (EHS)
Entrevista	Ficha de evaluación de DAMOC

Registro conductual de las habilidades sociales (RECHS de Boluarte)

Elaborado por Alicia H. Boluarte (Boluarte, 2004; ver Anexo N° 1), basado en el *Sistema de Evaluación Conductual de la Habilidad Social* de Vicente Caballo (Caballo, 1999). Consta de 20 ítems, los cuales se agrupan en las siguientes áreas:

Componentes no verbales: Se consideran las conductas no verbales que se manifiestan en todo contacto interpersonal. Ítems del 1 al 10.

Componentes paralingüísticos: Considera las conductas no verbales pero que tienen que ver con la expresión del lenguaje para poder comunicarse en forma efectiva con los demás. Ítems del 11 al 16.

Componentes verbales: Evalúa en forma genérica la forma como se transmite la información verbal, si es un contenido que tiene que ver con el interés mutuo, el sentido del humor, si es pasivo, hace preguntas, y cómo responde a estas preguntas. Ítems del 17 al 20.

Administración

Se evalúan las conductas verbales, no verbales y paralingüísticas de los participantes a través de la observación directa, si las mismas se presentaron en forma habitual o no, al final de una sesión del PEHS. Se aplica toda la prueba.

Calificación

Puntaje 1. Se asigna cuando estuvo presente la habilidad social en forma habitual.

Puntaje 0. Se asigna cuando no estuvo presente la habilidad social habitualmente.

Validez

La validez del instrumento fue establecida por Boluarte a través del *Análisis de contenido por criterio de expertos*, solicitando a cada juez su opinión sobre los ítems, los mismos que fueron seleccionados por los siguientes criterios:

- Que actualmente esté trabajando con discapacidad mental.
- Con experiencia y formación en el enfoque terapéutico cognitivo-conductual.
- Con experiencia en el desarrollo de programas de entrenamiento en habilidades sociales.

Los jueces que participaron fueron 14, entre ellos, Vicente Caballo, un investigador en el campo de las habilidades sociales, proveniente de España, quien se encontraba en Lima por un Congreso de Psicología. Se realizó el análisis del *Ji Cuadrado* (X^2), con el propósito de descartar la influencia del azar en las opiniones de los expertos, con un margen de error del 0.05.

El análisis se efectuó en la forma siguiente: las frecuencias de las respuestas en “*Sí mide*” o “*Sí cumple con el criterio*” se convirtieron en porcentaje, al igual que las respuestas del “*No mide*”. Luego se efectuó el cálculo del *Ji Cuadrado* para descartar los efectos del azar. El análisis efectuado al 100% de alternativas de los ítems de habilidades sociales fue considerado como que cumple con su propósito significativamente.

Confiabilidad

La confiabilidad del RECHS fue efectuada por Boluarte a través del *Análisis de contenido por criterio de expertos*, presentando el mismo un *coeficiente de correlación* de 0.90, con un índice de fiabilidad de 0.95 y un error de medición del 5%, obtenido mediante el método del *test – re-test*, con una fluctuación de una semana.

Listado de asistencia a las fechas del PEHS

Se confeccionó un *Listado de asistencia*, para los integrantes del GE, donde se consignó su asistencia a las fechas del PEHS. Se contemplan en el estudio solamente a aquellos participantes que acudieron a más del 60% de las fechas; es decir, a un mínimo de 7 de las 12.

EHS – Escala de habilidades sociales (Elena Gismero)

Elaborado por Elena Gismero G. (Gismero, 2000; ver Anexo N° 2). Es un instrumento con un formato tipo Escala Likert, compuesto por 33 ítems, 28 de los cuales están redactados en el sentido de falta asertividad o déficit de habilidades sociales, y 5 de ellos en el sentido positivo. Consta de 4 alternativas de respuesta, desde “*No me identifico en absoluto; la mayoría de las veces no me ocurre o no lo haría*” a “*Muy de acuerdo y me sentiría o actuaría así en la mayoría de los casos*”. A mayor puntuación global, el sujeto expresa más habilidades sociales y asertividad en distintos contextos. Sus ámbitos de aplicación son el clínico y el investigativo, principalmente, en adolescentes y adultos. No obstante, la autora no probó su instrumento en una población de sujetos esquizofrénicos.

El análisis factorial final revela 6 dimensiones o factores: (1) autoexpresión en situaciones sociales; (2) defensa de los propios derechos como consumidor; (3)

expresión de enfado o disconformidad; (4) decir no y cortar interacciones; (5) hacer peticiones y, (6) iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto.

Administración

Se leen y explican las instrucciones tal como aparecen en la hoja de respuestas, hasta que sean claramente comprendidas por todos, indicando que no existen respuestas correctas o incorrectas en la prueba, sino que lo importante es que respondan con toda tranquilidad y sinceridad. Se aplica toda la escala. El tiempo que se requiere para su contestación es de aproximadamente 15 minutos, y su administración puede ser individual o colectiva.

Calificación

Las respuestas a los elementos, reactivos o ítems que pertenecen a una misma subescala o factor están en una misma columna; se suman los puntos obtenidos en cada factor y se anota esa puntuación directa (PD) en la primera de las casillas que se encuentran en la base de cada columna. Finalmente, la PD global es el resultado de sumar las PD de las 6 subescalas, y su resultado se anotará también en la casilla que está debajo de las anteriores. Estas puntuaciones son transformadas mediante los baremos correspondientes, establecidos en el instrumento, para obtener los índices globales y los perfiles individuales, según las normas de interpretación de la escala.

Validez

Tiene *validez de constructo*, es decir que el significado atribuido al constructo medido (habilidades sociales o asertividad) es correcto. Tiene *validez de contenido*, pues su formulación se ajusta a lo que comúnmente se entiende por conducta asertiva. Existe, asimismo, *validez del instrumento*, es decir que se valida toda la escala, el constructo que expresan todos los ítems en su conjunto, a través de la confirmación experimental del significado del constructo tal como lo mide el instrumento, y de los

análisis correlacionales que verifican tanto la validez convergente (por ejemplo, entre asertividad y autonomía) como la divergente (por ejemplo, entre asertividad y agresividad). La muestra empleada para el análisis correlacional fue una llevada a cabo con 770 adultos y 1015 jóvenes, respectivamente. Todos los índices de correlación superan los factores encontrados en el análisis factorial de los elementos en la población general, según Gismero (por ejemplo, 0,74 entre los adultos y 0,70 entre los jóvenes en el Factor IV).

Confiabilidad

La EHS de Gismero muestra una *consistencia interna* alta, como se expresa en su coeficiente de confiabilidad $\alpha = 0,88$, el cual se considera elevado, pues supone que el 88% de la varianza de los totales se debe a lo que los ítems tienen en común, o a lo que tienen de relacionado, de discriminación conjunta (habilidades sociales o asertividad).

Ficha de Evaluación del Departamento de Análisis y Modificación del Comportamiento (DAMOC) del Hospital Hermilio Valdizán

Formulario de evaluación que registra información de relevancia para el estudio. Dicha información es recavada en forma verbal de los participantes del PEHS por parte de los evaluadores de DAMOC (ver Anexo N° 3). Comprende la recolección de los siguientes datos: nombres y apellidos, edad, fecha de nacimiento, lugar de procedencia, sexo, estado civil, grado de instrucción, ocupación, religión, domicilio, teléfono, nombres de médico tratante, evaluador y/o terapeuta, número de historia clínica, fecha de evaluación, motivo de consulta (que incluye las conductas problemas, sus parámetros, y sus respectivos estímulos discriminantes o antecedentes y reforzadores o consecuentes), motivación para el tratamiento, expectativas frente al tratamiento (a

corto y largo plazo), diagnósticos psiquiátricos y cognitivo-conductuales, y observaciones del terapeuta.

3.7. Procedimientos de recolección

Autorización y permiso concedidos de la jefatura de DAMOC y de la dirección del Hospital Hermilio Valdizán para la ejecución del PEHS con los pacientes del mismo, en sus instalaciones.

Tiempo de recojo, a ejecutarse entre los meses de agosto y diciembre de 2005.

Coordinación externa e interna con la institución auspiciadora y con el personal que intervino.

Se aplicó el PEHS (variable independiente) a los sujetos del GE a lo largo de las 12 fechas que lo comprenden. Sólo 7 de los 10 participantes cumplieron con la asistencia mínima a por lo menos 7 de las mismas, y por tanto fue éste el grupo considerado dentro del estudio, más igual número de sujetos para el GC.

3.8. Contenido de las fechas del PEHS

Las 12 fechas del PEHS se dividen en 3 fases de entrenamiento constituidas por 21 sesiones. La estructura y contenido de las mismas son descritos en el ANEXO N° 7: “Esquema del Programa de entrenamiento en habilidades sociales para pacientes psicóticos” (PEHS, Sotillo & Rojas, 1997). Los conceptos involucrados en el PEHS son definidos en el Marco teórico-conceptual, en la sección que define los Conceptos específicos del PEHS.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.1. Contrastación de hipótesis

4.1.1. Hipótesis generales de investigación (Hi – Ho)

Para la prueba de hipótesis se compararon las medias de los grupos experimental y control en los momentos de pre test y post test, empleando la prueba estadística paramétrica t para muestras independientes, en base a un nivel de significación estadística de 0.866, con 12 grados de libertad.

Previamente se verificó la similitud de varianza de ambos grupos mediante la prueba *F de Levene*, obteniéndose un valor no significativo ($p > 0.05$). En consecuencia, se asumió que ambas varianzas eran iguales.

Se compararon las medias del *nivel general de habilidades sociales* en ambos grupos en el momento pre, encontrándose una diferencia estadísticamente no significativa:

$$t(12) = 0.172 (p > 0.866)$$

Donde: t es la prueba estadística utilizada, (12) son los grados de libertad, 0.172 es el valor de la t , y 0.866 el nivel de significancia. La formulación ($p > 0.866$) indica que la diferencia entre las valoraciones de los dos grupos en el momento pre no es estadísticamente significativa. En el momento pre, la media del GE fue 48.43, y la del GC fue 46.43, habiendo una diferencia de medias de 2.00.

Asimismo, se compararon las medias de ambos grupos en el momento post, encontrándose, por contraste una diferencia estadísticamente significativa:

$$t(12) = 4.445 (p > 0.001)$$

Donde t es la prueba estadística utilizada, (12) son los grados de libertad, 4.445 es el valor de la t , y 0.001 el nivel de significancia. La formulación ($p > 0.001$) indica que la diferencia entre las valoraciones de los dos grupos en el momento post es estadísticamente significativa, con lo cual la hipótesis nula del estudio queda rechazada. En el momento post, la media del GE fue 75.71, y la del GC fue 31.71, dándose una diferencia de medias de 44.00 a favor del GE. En el Anexo N° 4 se puede apreciar la diferencia de valores entre el GC y el GE en los momentos pre y post, respectivamente.

Se acepta, por consiguiente, la hipótesis de investigación que sostiene que el *Programa de entrenamiento en habilidades sociales* (PEHS) incrementa significativamente las habilidades sociales del grupo experimental, al obtener éste un incremento estadísticamente significativo en el índice de su nivel general de habilidades sociales, comparado con los resultados del grupo control en el post-test.

Se siguió igual procedimiento de comparación de medias para la prueba de hipótesis de cada uno de los factores de las habilidades sociales.

4.1.2. Hipótesis específicas de investigación (H_X)

H₁: Autoexpresión en situaciones sociales

Se compararon las medias del Factor I de las habilidades sociales: *Autoexpresión en situaciones sociales*; en ambos grupos en el momento pre:

$$t(12) = -0.312 (p > 0.761)$$

Donde -0.312 es el valor de la t , y 0.761 el nivel de significancia. Ello indica que la diferencia entre las valoraciones de los dos grupos en el momento pre no es estadísticamente significativa. En el pre-test la media del GE en este factor fue 37.86 y la del GC fue 42.14, habiendo una diferencia de medias de -4.286 .

Asimismo, se compararon las medias de ambos grupos en el momento post:

$$t(12) = 2.991 (p > 0.011)$$

Donde 2.991 es el valor de la t , y 0.011 el nivel de significancia. Ello indica que la diferencia entre las valoraciones de los dos grupos en el momento post es estadísticamente significativa, con lo cual la hipótesis estadística operacional nula N° 1 del estudio ($H_{01} = \times GE_1 \leq \times GC_1$) queda rechazada. En el post-test la media del GE fue 71.29, y la del GC fue 25.71, dándose una diferencia de medias de 45.571 a favor del GE.

Se aceptan, por consiguiente, las hipótesis específica y estadística operacional N° 1 ($H_{\alpha 1} = \times GE_1 > \times GC_1$) que sostienen que el PEHS incrementa significativamente las habilidades de *autoexpresión en situaciones sociales* del grupo experimental, al obtener éstas un incremento estadísticamente significativo en este factor, comparado con los resultados del grupo control en el post-test.

H₂: Defensa de los propios derechos como consumidor

Se compararon las medias del Factor II de las habilidades sociales: *Defensa de los propios derechos como consumidor*; en ambos grupos en el momento pre:

$$t(12) = 0.735 (p > 0.477)$$

Donde 0.735 es el valor de la t , y 0.477 el nivel de significancia. Ello indica que la diferencia entre las valoraciones de los dos grupos en el momento pre no es estadísticamente significativa. En el pre-test la media del GE en este factor fue 48.57 y la del GC fue 39.29, habiendo una diferencia de medias de 9.286.

Asimismo, se compararon las medias de ambos grupos en el momento post:

$$t(12) = 2.669 (p > 0.020)$$

Donde 2.669 es el valor de la t , y 0.020 el nivel de significancia. Ello indica que la diferencia entre las valoraciones de los dos grupos en el momento post es estadísticamente significativa, con lo cual la hipótesis estadística operacional nula N° 2 del estudio ($H_{02} = \times GE_2 \leq \times GC_2$) queda rechazada. En el post-test la media del GE en este factor fue 62.14 y la del GC fue 29.29, dándose una diferencia de medias de 32.857 a favor del GE.

Se aceptan, por consiguiente, las hipótesis específica y estadística operacional N° 2 ($H_{a2} = \times GE_2 > \times GC_2$) que sostienen que el PEHS incrementa significativamente las habilidades de *defensa de los propios derechos como consumidor* del grupo experimental, al obtener un incremento estadísticamente significativo en este factor, comparado con los resultados del grupo control en el post-test.

H₃: Expresión de enfado o disconformidad

Se compararon las medias del Factor III de las habilidades sociales: *Expresión de enfado o disconformidad*; en ambos grupos en el momento pre:

$$t(12) = 0.407 (p > 0.691)$$

Donde 0.407 es el valor de la t , y 0.691 el nivel de significancia. Ello indica que la diferencia entre las valoraciones de los dos grupos en el momento pre no es estadísticamente significativa. En el pre-test la media del GE en este factor fue 50.71 y la del GC fue 46.43, habiendo una diferencia de medias de 4.286.

Asimismo, se compararon las medias de ambos grupos en el momento post:

$$t(12) = 1.821 (p > 0.094)$$

Donde 1.821 es el valor de la t , y 0.094 el nivel de significancia. Ello indica que la diferencia entre las valoraciones de los dos grupos en el momento post no es estadísticamente significativa, con lo cual la hipótesis estadística operacional nula N° 3

del estudio ($H_{03} = \times GE_3 \leq \times GC_3$) es aceptada. En el post-test la media del GE en este factor fue 56.57 y la del GC fue 32.14, dándose una diferencia de medias de 24.429 a favor del GE.

Se rechazan, por consiguiente, las hipótesis específica y estadística operacional N° 3 ($H_{\alpha 3} = \times GE_3 > \times GC_3$) que sostienen que el PEHS incrementa significativamente las habilidades de *expresión del enfado o disconformidad* del grupo experimental, al no obtener un incremento estadísticamente significativo en este factor, comparado con los resultados del grupo control en el post-test.

H₄: Emisión de respuesta negativa e interrupción de interacciones

Se compararon las medias del Factor IV de las habilidades sociales: *Emisión de respuesta negativa e interrupción de interacciones*; en ambos grupos en el momento pre:

$$t(12) = 0.604 (p > 0.557)$$

Donde 0.604 es el valor de la t , y 0.557 el nivel de significancia. Ello indica que la diferencia entre las valoraciones de los dos grupos en el momento pre no es estadísticamente significativa. En el pre-test la media del GE en este factor fue 54.29 y la del GC fue 45.00, habiendo una diferencia de medias de 9.286.

Asimismo, se compararon las medias de ambos grupos en el momento post:

$$t(12) = 3.057 (p > 0.010)$$

Donde 3.057 es el valor de la t , y 0.010 el nivel de significancia. Ello indica que la diferencia entre las valoraciones de los dos grupos en el momento post es estadísticamente significativa, con lo cual la hipótesis estadística operacional nula N° 4 del estudio ($H_{04} = \times GE_4 \leq \times GC_4$) queda rechazada. En el post-test la media del GE en

este factor fue 71.29 y la del GC fue 37.86, dándose una diferencia de medias de 33.429 a favor del GE.

Se aceptan, por consiguiente, las hipótesis específica y estadística operacional N° 4 ($H\alpha_4 = \times GE_4 > \times GC_4$) que sostienen que el PEHS incrementa significativamente las habilidades de *emisión de respuesta negativa* del grupo experimental, al obtener un incremento estadísticamente significativo en este factor, comparado con los resultados del grupo control en el post-test.

H₅: Formulación de peticiones

Se compararon las medias del Factor V de las habilidades sociales: *Formulación de peticiones*; en ambos grupos en el momento pre:

$$t(12) = -0.235 (p > 0.818)$$

Donde 0.235 es el valor de la t , y 0.818 el nivel de significancia. Ello indica que la diferencia entre las valoraciones de los dos grupos en el momento pre es estadísticamente significativa. En el pre-test la media del GE en este factor fue 46.14 y la del GC fue 50.00, habiendo una diferencia de medias de -3.857.

Asimismo, se compararon las medias de ambos grupos en el momento post:

$$t(12) = 0.858 (p > 0.408)$$

Donde 0.858 es el valor de la t , y 0.408 el nivel de significancia. Ello indica que la diferencia entre las valoraciones de los dos grupos en el momento post es estadísticamente significativa. En el post-test la media del GE en este factor fue 55.00 y la del GC fue 37.86, dándose una diferencia de medias de 17.143 a favor del GE.

Se rechazan, por consiguiente, las hipótesis específica y estadística operacional N° 5 ($H\alpha_5 = \times GE_5 > \times GC_5$) que sostienen que el PEHS incrementa significativamente

las habilidades de *formulación de peticiones* del grupo experimental, puesto que las medias de los grupos no son iguales en el pre test.

H₆: Iniciación de interacciones positivas con miembros del sexo opuesto

Se compararon las medias del Factor VI de las habilidades sociales: *Iniciación de interacciones positivas con miembros del sexo opuesto*; en ambos grupos en el momento pre:

$$t(12) = 0.225 (p > 0.826)$$

Donde 0.225 es el valor de la t , y 0.826 el nivel de significancia. Ello indica que la diferencia entre las valoraciones de los dos grupos en el momento pre no es estadísticamente significativa. En el pre-test la media del GE en este factor fue 55.00 y la del GC fue 51.43, habiendo una diferencia de medias de 3.571.

Asimismo, se compararon las medias de ambos grupos en el momento post:

$$t(12) = 2.930 (p > 0.013)$$

Donde 2.930 es el valor de la t , y 0.013 el nivel de significancia. Ello indica que la diferencia entre las valoraciones de los dos grupos en el momento post es estadísticamente significativa, con lo cual la hipótesis estadística operacional nula N° 6 del estudio ($H_{0_6} = \times GE_6 \leq \times GC_6$) queda rechazada. En el post-test la media del GE en este factor fue 52.86 y la del GC fue 19.29, dándose una diferencia de medias de 33.571 a favor del GE.

Se aceptan, por consiguiente, las hipótesis específica y estadística operacional N° 6 ($H_{\alpha_6} = \times GE_6 > \times GC_6$) que sostienen que el PEHS incrementa significativamente las habilidades de *iniciación de interacciones positivas con miembros del sexo opuesto* del grupo experimental, al obtener un incremento estadísticamente significativo en este factor, comparado con los resultados del grupo control en el post-test.

H₇: Componentes no verbales de las habilidades sociales

Se compararon las medias porcentuales de las puntuaciones de *Componentes no verbales de las habilidades sociales*, en ambos grupos en el momento pre:

$$t(12) = 0.357 (p > 0.728)$$

Donde 0.357 es el valor de la t , y 0.728 el nivel de significancia. Ello indica que la diferencia entre las valoraciones de los dos grupos en el momento pre no es estadísticamente significativa. En el pre-test la media del GE en este factor fue 47.86 y la del GC fue 44.29, habiendo una diferencia de medias de 3.571.

Asimismo, se compararon las medias de ambos grupos en el momento post:

$$t(12) = 4.368 (p > 0.001)$$

Donde 4.368 es el valor de la t , y 0.001 el nivel de significancia. Ello indica que la diferencia entre las valoraciones de los dos grupos en el momento post es estadísticamente significativa, con lo cual la hipótesis estadística operacional nula N° 7 del estudio ($H_{07} = \times GE_7 \leq \times GC_7$) queda rechazada. En el post-test la media del GE en este factor fue 91.43 y la del GC fue 47.86, dándose una diferencia de medias de 43.571 a favor del GE.

Se aceptan, por consiguiente, las hipótesis específica y estadística operacional N° 7 ($H_{\alpha 7} = \times GE_7 > \times GC_7$) que sostienen que el PEHS incrementa significativamente *los componentes no verbales de las habilidades sociales* del grupo experimental, al obtenerse un incremento estadísticamente significativo en este factor, comparado con los resultados del grupo control en el post-test.

H₈: Componentes paralingüísticos de las habilidades sociales

Se compararon las medias porcentuales de las puntuaciones de *Componentes paralingüísticos de las habilidades sociales*, en ambos grupos en el momento pre:

$$t(12) = 0.998 (p > 0.338)$$

Donde 0.998 es el valor de la t , y 0.338 el nivel de significancia. Ello indica que la diferencia entre las valoraciones de los dos grupos en el momento pre no es estadísticamente significativa. En el pre-test la media del GE en este factor fue 57.00 y la del GC fue 39.29, habiendo una diferencia de medias de 17.714.

Asimismo, se compararon las medias de ambos grupos en el momento post:

$$t(12) = 1.402 (p > 0.186)$$

Donde 1.402 es el valor de la t , y 0.186 el nivel de significancia. Ello indica que la diferencia entre las valoraciones de los dos grupos en el momento post no es estadísticamente significativa, con lo cual la hipótesis estadística operacional nula N° 8 del estudio ($H_{08} = \times GE_8 \leq \times GC_8$) es aceptada. En el post-test la media del GE en este factor fue 73.71 y la del GC fue 49.00, dándose una diferencia de medias de 24.714 a favor del GE.

Se rechazan, por consiguiente, las hipótesis específica y estadística operacional N° 8 ($H_{\alpha 8} = \times GE_8 > \times GC_8$) que sostienen que el PEHS incrementa significativamente los *componentes paralingüísticos de las habilidades sociales* del grupo experimental, al no obtenerse un incremento estadísticamente significativo en este factor, comparado con los resultados del grupo control en el post-test.

H₉: Componentes verbales de las habilidades sociales

Se compararon las medias porcentuales de las puntuaciones de *Componentes verbales de las habilidades sociales*, en ambos grupos en el momento pre:

$$t(12) = -0.112 (p > 0.912)$$

Donde -0.112 es el valor de la t , y 0.912 el nivel de significancia. Ello indica que la diferencia entre las valoraciones de los dos grupos en el momento pre no es estadísticamente significativa. En el pre-test la media del GE en este factor fue 41.14 y la del GC fue 43.00, habiendo una diferencia de medias de -1.857.

Asimismo, se compararon las medias de ambos grupos en el momento post:

$$t(12) = 3.296 (p > 0.006)$$

Donde 3.296 es el valor de la t , y 0.006 el nivel de significancia. Ello indica que la diferencia entre las valoraciones de los dos grupos en el momento post es estadísticamente significativa, con lo cual la hipótesis estadística operacional nula N° 9 del estudio ($H_{09} = \times GE_9 \leq \times GC_9$) queda rechazada. En el post-test la media del GE en este factor fue 67.86 y la del GC fue 23.43, dándose una diferencia de medias de 44.429 a favor del GE.

Se aceptan, por consiguiente, las hipótesis específica y estadística operacional N° 9 ($H_{a7} = \times GE_7 > \times GC_7$) que sostienen que el PEHS incrementa significativamente *los componentes verbales de las habilidades sociales* del grupo experimental, al obtenerse un incremento estadísticamente significativo en este factor, comparado con los resultados del grupo control en el post-test.

4.2. Discusión de resultados

Se estima que el *Programa de entrenamiento en habilidades sociales* (PEHS) cumplió con el objetivo general propuesto, al ser aceptada la hipótesis de investigación a favor de la efectividad del mismo en el desarrollo de las habilidades sociales de la población seleccionada. La tasa de incremento general en el grupo experimental fue de 44% (de 31,71% a 75,71%; ver Anexo N° 4).

Asimismo, se lograron los objetivos específicos en las siguientes habilidades sociales específicas consideradas, las cuales presentaron un incremento significativo: la *autoexpresión en situaciones sociales*, la *defensa de los propios derechos como consumidores*, la *emisión de respuesta negativa e interrupción de interacciones*, la *iniciación de interacciones positivas con miembros del sexo opuesto*, los *componentes no verbales de las habilidades sociales*, y los *componentes verbales de las habilidades sociales*.

Aquellas que se elevaron en menor medida, no logrando los objetivos esperados fueron: la *expresión de enfado o disconformidad*, la *formulación de peticiones* y los *componentes paralingüísticos de las habilidades sociales*.

Estos últimos resultados deficientes reflejan que algunos sujetos no se beneficiaron lo suficiente del PEHS –dado que algunos pacientes presentaron mejoras en algunos factores mientras que otros no (ver Anexo N° 5 y Anexo N° 6)– habrían de ser atribuibles a la variabilidad de las características de los sujetos dentro de la muestra seleccionada y al hecho de que, a pesar de que sus promedios son generalmente elevados, algunos sujetos son menos sensibles a los problemas tratados que otros.

Con base en los resultados, se estima que el PEHS es potencialmente tan efectivo en el desarrollo de las habilidades sociales en pacientes con esquizofrenia, como lo son los programas de entrenamiento en habilidades sociales desarrollados en otros países, los cuales han sido reseñados en la revisión de la literatura (Chien & cols., 2003; Mueser & cols., 2001; Heinssen & cols., 2000; Donahoe & Driesenga, 1998; Bellack & cols., 1997; Smith & cols., 1996; Marder & cols., 2000; Scott & Dixon, 1995; Hakfirdm & Hayes, 1991.).

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

Los pacientes con esquizofrenia del GE, expuesto al PEHS, mejoraron o elevaron su nivel general de habilidades sociales, cumpliendo así con el objetivo general de la investigación.

Este grupo de pacientes incrementó su nivel de desempeño en las siguientes habilidades sociales, cumpliendo de este modo iguales objetivos específicos:

- Autoexpresión en situaciones sociales
- Defensa de los propios derechos como consumidores
- Emisión de respuesta negativa e interrupción de interacciones
- Iniciación de interacciones positivas con miembros del sexo opuesto
- Componentes no verbales de las habilidades sociales
- Componentes verbales de las habilidades sociales

Este grupo de tratamiento no obtuvo resultados satisfactorios en las siguientes habilidades sociales, no satisfaciendo los objetivos planteados en dichas áreas:

- Expresión de enfado o disconformidad
- Formulación de peticiones
- Componentes paralingüísticos de las habilidades sociales

5.2. Recomendaciones

Se sugiere replicar la exploración de la efectividad del PEHS para el tratamiento del déficit en habilidades sociales en pacientes con diferentes diagnósticos de los de la población seleccionada en el estudio, ya que los déficit en habilidades sociales constituyen un problema presente en diversas poblaciones clínicas que requieren de dicha atención (trastornos de ansiedad, farmacodependencias, trastornos de personalidad).

Se sugiere proseguir con la investigación de otros programas de entrenamiento en habilidades sociales para el tratamiento de sujetos con esquizofrenia más efectivos, es decir, que puedan conllevar una mayor viabilidad para su formulación y puesta en práctica en los sistemas de salud existentes. Por ejemplo, programas con un menor número de sesiones o que puedan prescindir de algunos de los contenidos del PEHS, pero que sean capaces de obtener resultados equivalentes.

Se sugiere proseguir con la investigación de otros procedimientos psicosociales potencialmente efectivos en el tratamiento de la esquizofrenia, que sean igualmente viables.

Se sugiere la capacitación de personal, implementación y ejecución del presente y otros programas efectivos y viables para el desarrollo de las habilidades sociales en pacientes con esquizofrenia, en los servicios de salud existentes para dicho fin.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Albuquerque, F. (1999) *Manual para el entrenamiento en habilidades sociales*. Lima: Instituto Nacional de Salud “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi”.
- American Psychiatric Association. (1995) *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales – DSM-IV*. Barcelona: Masson S. A.
- Bandura, A.; Walter, R. (1982) *Aprendizaje social y desarrollo de la personalidad*. Madrid: Alianza Editorial.
- Bellack, A. S. (2003) *Social skills training*. En: Sadock, B. J., Sadock, V. A. (ed.) *Comprehensive textbook of Psychiatry, 8th edition*. Filadelfia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Bellack, A. S.; Turner, S. M.; Hersen, M.; Luber, R. F. (1984) *An examination of the efficacy of social skills training for chronic schizophrenic patients*. *Hosp. Community Psychiatry*. 1984 Oct; 35(10):1023-8.
- Bellack, A. S.; Mueser, K. T.; Gingerich, S.; Agresta, J. (1997) *Social skills training for schizophrenia: A step by step guide*. Nueva York: Guilford.
- Boluarte, A. H. (2004) *Influencia de un Programa de Habilidades Sociales en las habilidades de comunicación e integración social de jóvenes con retraso mental leve y moderado. Tesis presentada para optar el grado académico de Magíster en Psicología*. Lima: Facultad de Psicología – Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Bustillo, J.; Keith, S. J.; Lauriello, J. (2000) *Schizophrenia: Psychosocial treatment*. En: Kaplan, H. I.; Sadock, B. J.; Sadock, V. A. (ed.) *Comprehensive textbook of Psychiatry, 8th edition*. Filadelfia: Lippincott Williams & Wilkins.

- Caballo, V. E. (1996) *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos. Volumen I*. Madrid. Siglo XXI de España, Editores S. A.
- Caballo, V. E. (1999) *Manual de evaluación y entrenamiento de habilidades sociales*. Madrid. Siglo XXI de España, Editores S. A.
- Canessa, B. (1998) *Habilidades sociales*. Lima: Hospital Víctor Larco Herrera.
- Chambless D. & Ollendick T. (2001). Annual Review of Psychology. Tratamientos con apoyo empírico: Controversias y evidencia. Internet en:
<http://www.geocities.com/ansiedadyvinculos/TAE.htm>
- Chien, H. C.; Ku, C. H.; Lu, R. B.; Chu, H.; Tao, Y. H.; Chou, K. R. (2003) Effects of *social skills training on improving social skills of patients with schizophrenia*. Taipei: Archives of Psychiatric Nursing, Volume 17, Iss. 5, pp. 228-236.
- Cuevas, C.; Perona, S. (1994) *Entrenamiento de las habilidades conversacionales en un grupo de esquizofrénicos: una valoración de la generalización*. *Revista de Psicología de la Salud / Journal of Health Psychology*. 6 (2), 123-152.
- Dobson, D. J.; McDougall, G.; Busheikin, J.; Aldous, J. (1995) *Effects of social skills training and social milieu treatment on symptoms of schizophrenia*. University of Calgary, Alberta: Psychiatry Service. 1994 Abr.; 46(4):376-80.
- Dogan, S., O.; Tel, H.; Coker, F.; Polatoz, O.; Dogan, F. B. (2004) *Psychosocial approaches in outpatients with schizophrenia*. *Psychiatry Rehabilitation Journal*. 2004 Winter;27(3):279-82.
- Donahoe, C. P.; Driesenga, S. A. (1998) *A review of social skills training with chronic mental patients*. En: Hersen, M., Eisler, R. M., Miller, P. M. (ed.) *Progress in behavior modification*. Vol. 23. Newbury Park, CA: Sage Publications, pp. 131-164.

- Gismero, E. (2000) *Escala de habilidades sociales: EHS*. Madrid: TEA Ediciones, S. A.
- Hakfirdm W. K.; Hayes, R. (1991) *Psychosocial rehabilitation of chronic schizophrenic patients: Recent findings on social skills training and family psychoeducation*. *Clinical Psychology Review*, 11(1):23-44.
- Harrow, M.; Sands, J. R.; Silverstein, M. L. & cols. (1997) *Course and outcome for schizophrenia versus other psychotic patients: a longitudinal study*. *Schizophrenia Bulletin*, 1997; 23(2): 287-303.
- Hernández, R.; Fernández, C.; Baptista, P. (2003) *Metodología de la investigación, 3ra. Edición*. México: McGraw-Hill Interamericana.
- Hidalgo, C. G.; Abarca, N. (1999) *Comunicación interpersonal: Programa de entrenamiento en habilidades sociales, 3ra. Edición*. Santafé de Bogotá: Alfaomega S. A.
- Heinssen, R. K.; Liberman, R. P.; Kopelowics, A. (2000) *Psychosocial skills training for schizophrenia: lessons from the laboratory*. *Schizophrenia Bulletin*; 26:21-46 [F].
- Hogarty, G. E.; Anderson, C. M.; Reiss, D. J.; Kornblith, S. J.; Greenwald, D. P.; Jabna, C. D.; Medonia, M. J. (1986) *Family psychoeducation, social skills training, and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia: I. One year effects of a controlled study on relapse and expressed emotion*. *Archives of General Psychiatry* 43:633.
- Hogarty, G. E.; Anderson, C. M.; Reiss, D. J.; Kornblith, S. J.; Greenwald, D. P.; Ulrich, R. F.; Carter, M. (1991) *The environmental-personal indicators in the course of schizophrenia (EPICS) research group: Family psychoeducation, social skills training and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment*

- of schizophrenia, II: Two-year effects of a controlled study on relapse and adjustment.* Archives of General Psychiatry 48:340.
- Instituto Especializado de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi”. (2005)
Manual de habilidades sociales en adolescentes escolares. Lima: MINSA.
- Kaplan, H. I.; Sadock, B. J.; Sadock, V. A. (2000) *Comprehensive textbook of Psychiatry, 7th edition.* Filadelfia: Lippincott Williams & Williams.
- Kelly, J. A. (1987) *Entrenamiento de las habilidades sociales. Guía práctica para intervenciones.* Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer, S. A.
- Kopelowicz, A.; Liberman, R. P.; Mintz, J.; Zarate, R. (1997) *Comparison of efficacy of social skills training for deficit and nondeficit negative symptoms in schizophrenia.* University of California, Los Angeles: American Journal of Psychiatry.
- Kuipers, E.; Garety, P.; Fowler, D.; Dunn, G.; Bebbington, P.; Freeman, D.; Hadley, C. (1997) *London-East Anglica randomized controlled trial of cognitive-behavioral therapy for psychosis.* British Journal of Psychiatry 171:319.
- Lehman, A. H.; Buchanan, R. W.; Dickerson, F. B.; Dixon, L. B.; Goldberg, R.; Green-Paden, L.; Kreyenbuhl, J. (2003) *Evidence-based treatment for schizophrenia.* Department of Psychiatry University of Maryland School of Medicine, Baltimore. Psychiatric Clinic of North America. 2003 Dec; 26(4):939-54.
- Liberman, R. P. (1993) *Rehabilitación integral del enfermo mental crónico.* Barcelona: Editorial Martínez Roca.
- Marder, S. R., (2000) *Schizophrenia: Somatic treatment.* En: Kaplan, H. I. Sadock, B. J., Sadock, V. A. (2000) *Comprehensive textbook of Psychiatry, 7th edition.* Filadelfia: Lippincott Williams & Williams.
- Marder, S. R.; Wirshing, W. C.; Mintz, J., McKenzie, J.; Johnston, K.; Eckman, T. A.;

- Lebell, M.; Zimmerman, K.; Liberman, K. P. (1996) *Two year outcome of social skills training and group psychotherapy for outpatients with schizophrenia*. American Journal of Psychiatry, 153:1585, 1996. West Los Angeles VA Medical Center, CA 90073.
- Matousek, N.; Edwards, J.; Jackson, H. J.; Rudd, R. P.; McMurray, N. E. (1992) *Social skills training and negative symptoms*. North Eastern Metropolitan Psychiatric Services, Melbourne: Behavior Modification. 1992 Jan; 16(1):39-63.
- Méndez, F. X.; Olivares, J.; Ros, M. C. (2001) *Entrenamiento en habilidades sociales*. En: Olivares, J.; Méndez, F. J. (ed.) *Técnicas de modificación de conducta, 3ra. Edición*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Mental Disability Rights International. (2004) *Derechos humanos & Salud Mental en el Perú*. Lima: MDRI, Gráfica Biblos.
- Ministerio de Salud. (2004) *Lineamientos para la acción en Salud Mental*. Lima: Dirección General de Promoción de la salud – MINSa.
- Moriana, J. A.; Alarcon, E.; Herruzo, J. (2006) *In-home psychosocial skills training for patients with schizophrenia*. Córdoba: Servicio de Psiquiatría. Departamento de Psicología, Universidad de Córdoba.
- Mueser, K. T.; Bond, G. R.; Drake, R. E. (2001) *Community-based treatment of schizophrenia and other severe mental disorders: Treatment outcomes*. Nueva York: Medscape Mental Health.
- Mueser, K. T. (1996) *Tratamiento cognitivo-conductual de la esquizofrenia*. En: Caballo, V. E. (1996) *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos. Volumen I*. Madrid. Siglo XXI de España, Editores S. A.
- Nordentoft, M.; Petersen, L.; Jeppesen, P.; Thorup, A. A.; Abel, M. B.; Ohlenschlaeger,

- J.; Christensen, T. O.; Krarup, G.; Jorgensen, P. (2005) *A randomised multicenter trial of integrated versus standard treatment for patients with a first-episode psychosis*. Copenhagen: Ugeskr Laeger. Bispebjerg Hospital, Psykiatrisk Afdeling, Kobenhavn NV.
- Olivares, J.; Méndez, F. J. (ed.) *Técnicas de modificación de conducta, 3ra. Edición*. Madrid: Biblioteca Nueva. Organización Mundial de la Salud. (2002) *Mental Health – Schizophrenia*. Internet: En http://www.afro.who.int/mentalhealth/related_diseases/schizophrenia.html
- Organización Mundial de la Salud. (1990) *Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento: CIE-10*. Ginebra: Editorial Médica Panamericana.
- Organización Mundial de la Salud. (1990) *Clasificación internacional de deficiencia, discapacidades y minusvalías de la OMS. Manual de clasificación de las consecuencias de la enfermedad. Primera revisión hecha en el Perú*. Lima: Ministerio de Salud, OPS / OMS, CONAIL.
- Pardo de Vélez, G. (1997) *Investigación en salud: Factores sociales*. Santafé de Bogotá: McGraw-Hill Interamericana, S. A.
- Patterson T. L.; Mausbach, B. T.; McKibbin, C.; Goldman, S.; Bucardo J.; Jeste, DV. (2006) *Functional Adaptation Skills Training (FAST): A randomized trial of a psychosocial intervention for middle-aged and older patients with chronic psychotic disorders*. San Diego, CA: Schizophr Res. University of California.
- Paula, I. (2000) *Habilidades sociales: Educar hacia la autorregulación. Conceptualización, evaluación e intervención*. Barcelona: ICE – Horsosi Universitat de Barcelona.
- Petersen, L.; Jeppesen, P.; Thorup, A.; Abel, M. B.; Ohlenschlaeger, J.; Christensen, T.

- O., Krarup, G., Jorgensen, P.; Nordentoft, M. (2005) *A randomised multicentre trial of integrated versus standard treatment for patients with a first episode of psychotic illness*. Copenhagen: BMJ. Bispebjerg Hospital, Department of Psychiatry.
- Pilling, S.; Bebbington, P.; Kuipers, E.; Garety, P.; Geddes, J.; Martindale, B.; Orbach, G.; Morgan, C. (2002) *Psychological treatments in schizophrenia: II. Meta-analyses of randomized controlled trials of social skills training and cognitive remediation*. Psychol Med; 32:783-791 [E].
- Polit, D. F.; Hungler, B. P. (1997) *Investigación científica en Ciencias de la Salud, 6ta. Edición*. México: McGraw-Hill Interamericana, S. A.
- Prince, J. D. (2006) *Practices preventing rehospitalization of individuals with schizophrenia*. New Jersey: J Nerv Ment Dis. Rutgers: The State University of New Jersey, School of Social Work.
- Roder, V.; Brenner, H. D.; Müller, D.; Lächler, M.; Zorn, P.; Reisch, T.; Bösch, J.; Bridler, R.; Christen, C.; Jaspen, E.; Schmidl, F.; Schwemmer, V. (2002) *Development of specific social skills training programmes for schizophrenia patients: Results of a multicentre study*. Acta Psychiatrica Scandinavica. Volume 105 Iss. 5 p.363.
- Ryu, Y.; Mizuno, M.; Sakuma, K.; Munakata, S.; Takebayashi, T.; Murakami, M.; Falloon, I. R.; Kashima, H. (2006) *Deinstitutionalization of long-stay patients with schizophrenia: the 2-year social and clinical outcome of a comprehensive intervention program in Japan*. Ciudad de Koriyama: Aust N Z J Psychiatry. Hospital de Asaka.
- Salkind, N. J. (1998) *Métodos de investigación. 3ra. Edición*. México: Prentice Hall.
- Scott, J. E.; Dixon, L. B. (1995) *Psychological interventions for schizophrenia*.

Schizophrenia Bulletin; Vol. 21, No. 4.

- Shaughnessy, J. J.; Zechmeister, E. B.; Zechmeister, J. S. (2007) *Métodos de investigación en psicología*. México: McGraw-Hill Interamericana.
- Smith, T. E.; Liberman, R. P.; Bellack, A. S. (1996) *Social skills training: Review and future directions*. Clinical Psychology Review 16:599.
- Sociedad Internacional para la Salud y Derechos Humanos. (2001) *Situación de la salud mental en el Perú*. Internet: En <http://www.ishhr.org/regions/peru.php>
- Sotillo, C.; Rojas, R. (1997) *Manual de entrenamiento en habilidades sociales para pacientes psicóticos crónicos*. Lima.
- Sotillo, C.; Echeverría, C.; Caycho, L. (2004) *Guía de habilidades sociales para familiares de discapacitados mentales crónicos*. Lima.
- Spencer, P. G.; Gillespie, C. R.; Ekisa, E. G. (1983) *A controlled comparison of the effects of social skills training and remedial drama on the conversation skills of chronic schizophrenic inpatients*. British Journal of Psychiatry. 1983, Ago; 143:165-72.
- Tafur, R. (1995) *La tesis universitaria*. Lima: Editorial Mantaro.
- Tamayo, J. (2002-2003) *Estrategias para diseñar y desarrollar proyectos de investigación en Ciencias de la Salud*. Lima: Facultad de Medicina – Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Tapia de la Cruz, M. (1998) *Habilidades sociales: Concepciones, evaluación, programas de entrenamiento*. Lima: Universidad Nacional Federico Villarreal.
- Thorup, A.; Petersen, L.; Jeppesen, P.; Ohlenschlaeger, J.; Christensen, T.; Krarup, G.; Jorgensen, P.; Nordentoft, M. (2005) *Integrated treatment ameliorates negative symptoms in first episode psychosis--results from the Danish OPUS trial*. Copenhagen: Schizophr Res. Bispebjerg Hospital, Dept. Psychiatry.

Tsang, H. W.; Pearson, V. (2001) *Work-related social skills training for people with schizophrenia in Hong Kong*. The Hong Kong Polytechnic University, Hong Hom: Department of Rehabilitation Sciences.

Ucok, A.; Cakir, S.; Duman, Z. C.; Discigil, A.; Kandemir, P.; Atli, H. (2006) *Cognitive predictors of skill acquisition on social problem solving in patients with schizophrenia*. Estambul: Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. Department of Psychiatry, Istanbul Medical Faculty.

ANEXOS

ANEXO N° 1

**REGISTRO DE EVALUACIÓN CONDUCTUAL DE LAS
HABILIDADES SOCIALES
(RECHS DE BOLUARTE)**

ANEXO N° 2

ESCALA DE HABILIDADES SOCIALES

(EHS DE GISMERO)

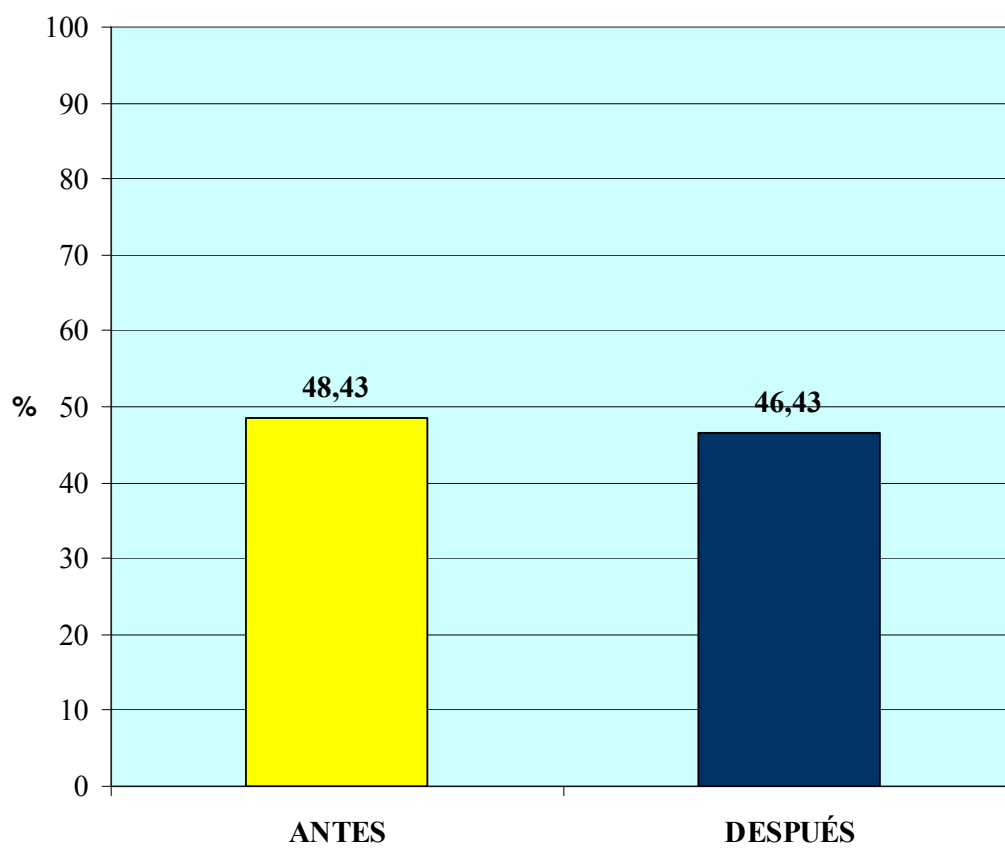
ANEXO N° 3

**FICHA DE EVALUACIÓN
DEL DEPARTAMENTO DE ANÁLISIS Y MODIFICACIÓN DEL
COMPORTAMIENTO
DEL HOSPITAL HERMILIO VALDIZÁN
(FICHA DE DAMOC)**

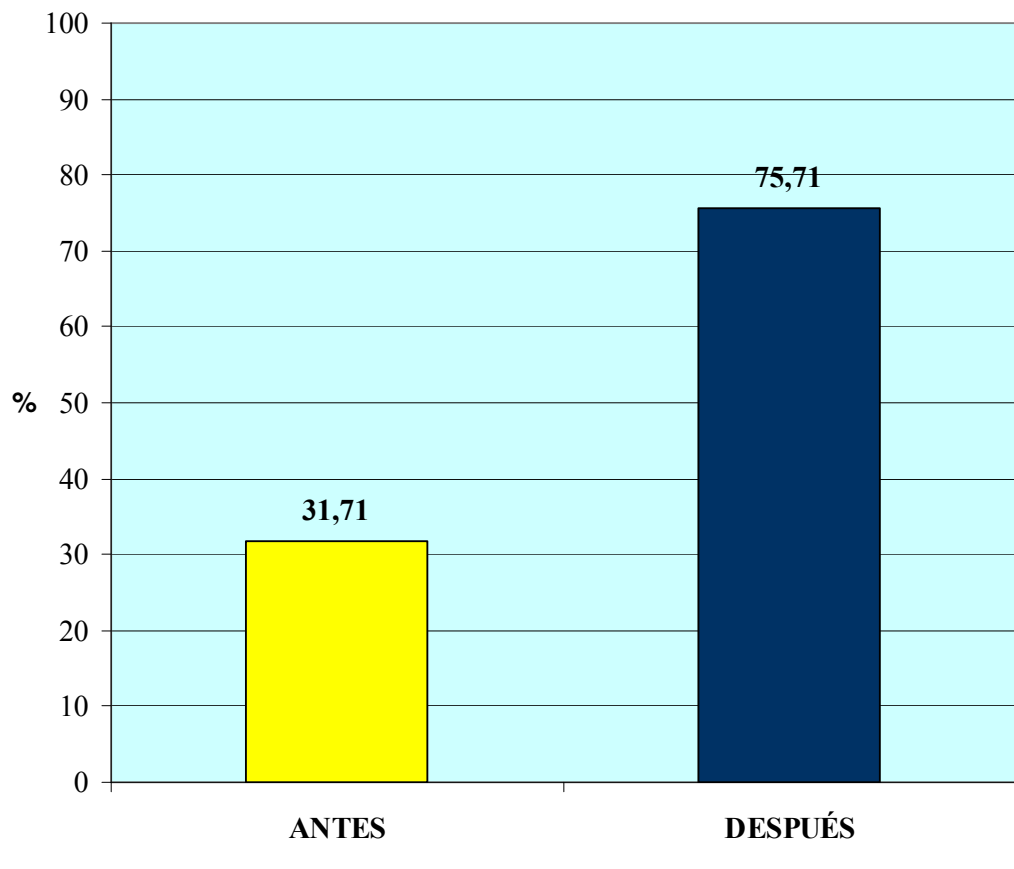
ANEXO N° 4

**CUADRO N° 1: PROMEDIOS DEL NIVEL GENERAL DE
HABILIDADES SOCIALES EN EL GC Y EL GE**

**PROMEDIO DEL NIVEL GENERAL DE
HABILIDADES SOCIALES EN EL GRUPO CONTROL**



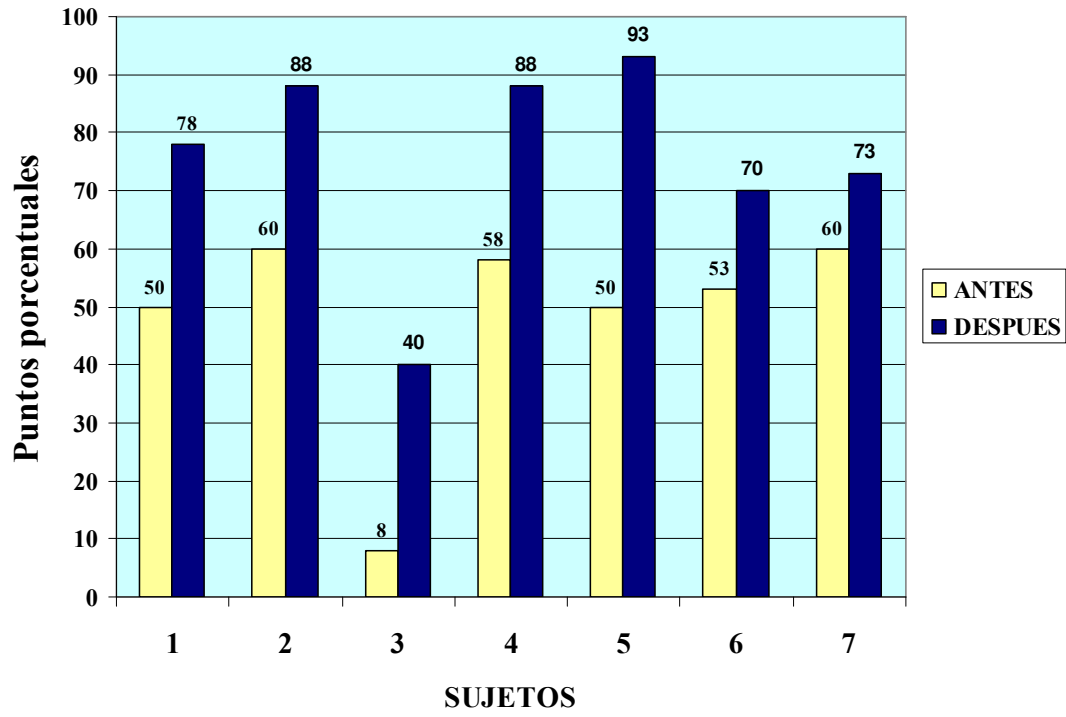
**PROMEDIO DEL NIVEL GENERAL DE
HABILIDADES SOCIALES EN EL GRUPO EXPERIMENTAL**



ANEXO N° 5

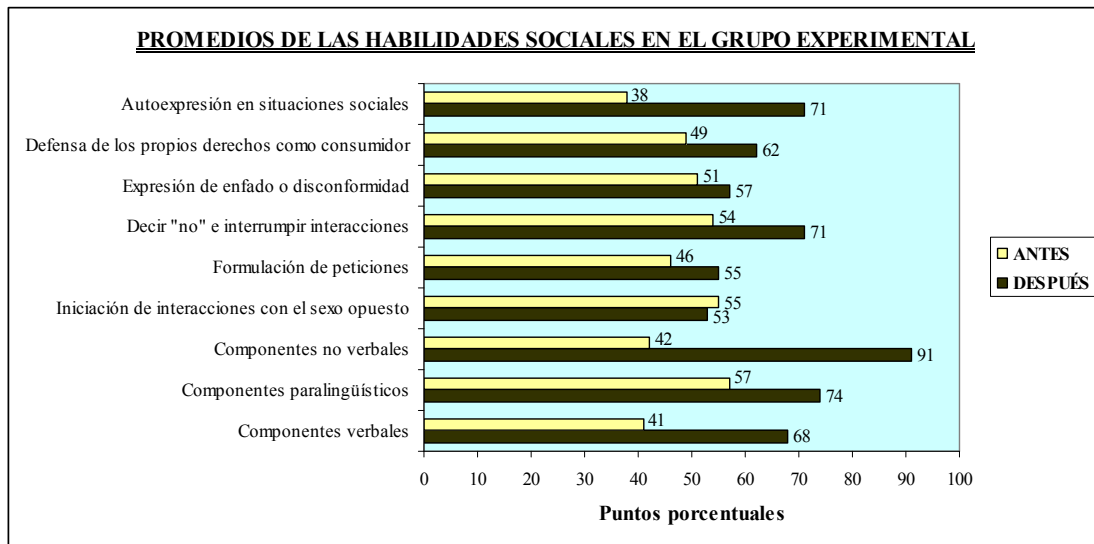
**CUADRO N° 2: NIVEL GENERAL DE LAS HABILIDADES
SOCIALES EN EL GE (CASOS)**

NIVEL GENERAL DE HABILIDADES SOCIALES



ANEXO N° 6

**CUADRO N° 3: PROMEDIOS DE LAS HABILIDADES SOCIALES
EN EL GE (VARIABLES)**



ANEXO N° 7

**TABLA N° 2: ESQUEMA DEL PROGRAMA DE
ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES PARA
PACIENTES PSICÓTICOS (PEHS – SOTILLO & ROJAS)**

<i>Fecha</i>	<i>Sesión</i>	<i>Objetivos de los participantes</i>	<i>Actividades / Situación de ensayo conductual</i>	<i>Asignación de tareas para la semana</i>	<i>Técnicas</i>	<i>Materiales</i>
	FASE I: HABILIDADES BÁSICAS					
	- Presentación del Programa de Entrenamiento de Habilidades Sociales / Evaluación de entrada (Pre-test).					
1°	1. Consideraciones generales	Que sean capaces de comprender la definición y finalidad del entrenamiento en habilidades sociales.	Metodología: Las sesiones son los días, con una duración aproximada de una hora treinta minutos, en, Se lleva a cabo un contrato entre terapeutas y participantes. Se aplican diferentes técnicas, se dan fichas de tarea o asignación y se aplican escalas denominadas SUDs para evaluar la ansiedad, entre otras técnicas.	Detectar en cada uno de sus comportamientos a lo largo de la semana: conductas agresivas, pasivas y sobre pasivas, poniendo énfasis en ejercitar estas últimas	Instrucción verbal.	Pizarra, plumones. Papelógrafos con dibujos o caricaturas de conductas agresivas, pasivas y asertivas en relación con la comunicación con el familiar. Dar fichas de tareas a cada participante. En el reverso de la tarjeta se anotan las "claves para la eficacia personal": Mantener el contacto visual; utilizar las manos; dirigirse hacia la otra persona; mantener una expresión facial agradable; hablar en tono firme y ritmo fluido.
2°	2. Conductas paralingüísticas	Que sean capaces de mantener una comunicación verbal con el uso adecuado de conductas paralingüísticas.	Cada participante sale adelante para que, en un tiempo de 2 ó 3 minutos, se presente, teniendo en cuenta los siguientes aspectos: nombre completo, edad, gustos y preferencias.	Observar las situaciones en las que presentan y no presentan adecuadas conductas paralingüísticas, buscar mejorar la presentación de las mismas y ponerlo por escrito en las fichas de tareas entregadas	Instrucción verbal, juego de roles, modelado, moldeamiento, refuerzo positivo, retroalimentación.	Pizarra, plumones. Fichas de tareas, papelógrafos donde diga: nombres y apellidos, edad, ocupaciones y pasatiempos.
	INTERMEDIO					
	3. Conductas no verbales	Que sean capaces de identificar y utilizar las conductas no-verbales.	Dos personas amigas que no se ven hace tiempo. Dar libertad a los participantes para que empleen sus propios recursos.	Con cada participante es conveniente trabajar la conducta donde la carencia sea mayor.	Instrucción verbal, juego de roles, modelado, moldeamiento, refuerzo positivo, retroalimentación.	Pizarra, plumones. Fichas de tareas, papelógrafos donde diga el comportamiento apropiado e inapropiado de cada participante.

3°	4. Conductas no verbales: posturas	Que los participantes sean capaces de identificar sus conductas no-verbales de postura de pie, caminando y sentado.	Disponer de una silla y hacer caminar a los participantes uno por uno, desde su sitio hacia la silla, sentarse luego para regresar a su sitio.	Caminar frente a un espejo y, en las situaciones cotidianas, tratar de corregir aquellas posturas que hemos identificado como inapropiadas	Instrucción verbal, juego de roles, modelado, moldeamiento, refuerzo positivo, retroalimentación.	Pizarra, plumones. Ficha de tareas, papelógrafos con recortes de revistas sobre posiciones corporales adecuadas e inadecuadas en posturas de pie, sentado y caminando.
	INTERMEDIO					
	5. Reconocimiento de emociones	Que sean capaces de identificar en forma apropiada los componentes no verbales de las emociones básicas.	Cada participante reconoce en las fotografías las distintas emociones básicas.	Reconocer y registrar a lo largo de la semana las diferentes emociones básicas que se hayan tenido y las situaciones que se dieron.	Instrucción verbal, juego de roles, modelado, moldeamiento, refuerzo positivo, retroalimentación.	Pizarra, plumones. Fichas de tareas, papelógrafos con figuras representativas de las cinco emociones básicas, papelógrafo con rostros representativos de las emociones.
4°	6. Expresión de emociones	Que sean capaces de reconocer la emergencia de nuestras emociones y expresarlas de manera asertiva.	Salir al frente y encontrarse con una persona amiga suya, y en función de las situaciones planteadas, expresar las emociones que se adecúen: miedo / afecto / alegría / tristeza / cólera.	Poner en práctica la expresión de aquellas emociones que le han sido más difíciles de expresar.	Instrucción verbal, juego de roles, modelado, moldeamiento, refuerzo positivo, retroalimentación.	Pizarra, plumones. Fichas de tareas, papelógrafo sobre rostros de emociones básicas, papelógrafo con fotografías de personas que expresan emociones básicas.
	INTERMEDIO					
	FASE II: HABILIDADES INTERMEDIAS					
	7. Iniciar una conversación con un desconocido	Que sean capaces de mejorar sus recursos para poder iniciar una conversación con una persona desconocida.	Estamos sentados a la mesa durante el almuerzo e inician una conversación.	Los participantes practican el inicio de una conversación con su familiar, en el contexto en el cual presenten mayor dificultad.	Instrucción verbal, juego de roles, modelado, moldeamiento, refuerzo positivo, retroalimentación.	Pizarra, plumones. Fichas de tareas.
	8. Mantener una conversación	Que sean capaces de mejorar sus recursos para poder mantener una conversación en forma adecuada, aplicando la técnica de la libre	Dos personas están desocupadas en algún ambiente de la casa e inician y mantienen una conversación.	Los participantes practican el inicio y el mantenimiento de una conversación con sus familiares, haciendo uso de la técnica de libre	Instrucción verbal, juego de roles, modelado, moldeamiento, refuerzo positivo, retroalimentación,	Pizarra, plumones. Fichas de tareas.

5°		información.		información, en el contexto en el cual presenten mayor dificultad.	mantenimiento y generalización.	
	INTERMEDIO					
	9. Terminar una conversación	Que los participantes logren terminar una conversación en forma asertiva, es decir, ser capaces de reconocer el momento y la manera adecuada para este fin. Reconocer la importancia de hacer respetar nuestros derechos y los de los demás.	Se realizan situaciones que son representadas por los participantes.	Describir situaciones en las que han terminado asertivamente una conversación.	Instrucción verbal, juego de roles, modelado, moldeamiento, refuerzo positivo, retroalimentación, mantenimiento y generalización.	Pizarra, plumones. Fichas de tareas con claves de eficacia personal: decir “hola” (o saludar) y presentarse; escoger un tema sobre aspectos que rodeen a la persona con quien se comunica; hablar algo acerca de lo que se está haciendo; halagar a la otra persona (su conducta o apariencia); preguntar sobre lo que se está por hacer; pedir información.
FASE III: HABILIDADES COGNITIVAS						
6°	10. Opinar	Que sean capaces de expresar pensamientos y/o sentimientos propios, respetando los criterios de los demás.	Cada participante formula una opinión sobre el programa de habilidades sociales, señalando aspectos positivos y negativos.	Formular una opinión en una situación donde usualmente no se ha tenido costumbre de opinar.	Instrucción verbal, juego de roles, modelado, moldeamiento, refuerzo positivo, retroalimentación.	Pizarra, plumones. Fichas de tareas, lista de derechos asertivos de las personas.
	INTERMEDIO					
	11. Sobre los derechos asertivos de las personas	Que sean capaces de comprender y opinar respecto de los derechos asertivos de los seres humanos.	Los participantes leen los derechos asertivos de las personas, dando opiniones de cada uno de ellos. Utilizar ejemplos para una mejor comprensión de los conceptos.	Buscar hacer respetar asertivamente aquellos derechos que más frecuentemente no hacen respetar.	Instrucción verbal, juego de roles, modelado, moldeamiento, refuerzo positivo, retroalimentación.	Pizarra, plumones. Papelógrafo con lista de los derechos asertivos de las personas.
	12. Dar halagos	Que desarrollen las conductas de dar cumplidos durante la comunicación con otros.	Dos personas salen al frente, una persona emite la conducta de dar un cumplido o halago y la	Practicar la conducta de dar halagos, sobre todo con las personas a quienes les es más	Instrucción verbal, juego de roles, modelado, moldeamiento,	Pizarra, plumones. Fichas de tareas.

7°			otra persona tiene que responder.	difícil formularlos.	refuerzo positivo, retroalimentación.	
	INTERMEDIO					
	13. Manejo de creencias	Aprender a identificar las creencias auto-saboteadoras en la recepción de halagos.	Los terapeutas preguntan a cada participante acerca de creencias que puedan obstaculizar su rendimiento social o que mantengan una carencia.	Anotar las creencias que dificulten el rendimiento social.	Instrucción verbal, juego de roles, modelado, moldeamiento, refuerzo positivo, retroalimentación.	Pizarra, plumones. Fichas de tareas.
8°	14. Recibir halagos y creencias	Desarrollar conductas adecuadas al recibir cumplidos.	Se lleva a cabo en pareja, uno hace el halago y el otro responde al mismo.	Practicar la conducta de dar y recibir halagos, sobre todo con quienes les es más difícil formularlos.	Instrucción verbal, juego de roles, modelado, moldeamiento, refuerzo positivo, retroalimentación.	Pizarra, plumones. Fichas de tareas.
	INTERMEDIO					
	15. Criticar	Que sean capaces de manifestar críticas frente a las personas que nos rodean, de manera asertiva.	Los participantes mencionan una crítica negativa que un familiar les ha hecho y que los ha hecho sentir mortificados. Se escriben unas críticas negativas y se hace el ejercicio de convertirlas en críticas positivas.	Practicar, en el momento oportuno, el hacer críticas positivas y describir las situaciones en que se dieron.	Instrucción verbal, juego de roles, modelado, moldeamiento, refuerzo positivo, retroalimentación, mantenimiento y generalización.	Pizarra, plumones. Fichas de tareas.
9°	16. Recibir críticas negativas: técnicas de interrogación negativa y aserción negativa	Que sean capaces de recibir una crítica manipuladora o negativa aplicando las técnicas de interrogación negativa y aserción negativa, según las circunstancias.	Por parejas, una persona hace una crítica a otra. Esta última debe manejarla usando las técnicas aprendidas, y viceversa.	Registrar las veces que se han recibido críticas negativas y cómo se han manejado.	Instrucción verbal, juego de roles, modelado, moldeamiento, refuerzo positivo, retroalimentación, mantenimiento y generalización.	Pizarra, plumones. Fichas de tareas.
	INTERMEDIO					
	17. Manejo de críticas	Que sean capaces de recibir críticas utilizando	Se hace un modelado y luego se trabaja con	Practicar la técnica del Banco de niebla si	Instrucción verbal, juego de roles,	Pizarra, plumones. Fichas de tareas. Papelógrafo con las

	manipuladoras: Técnica del banco de niebla	la técnica del Banco de niebla.	críticas dadas por los terapeutas.	durante la semana se les plantea una crítica manipuladora.	modelado, moldeamiento, refuerzo positivo, retroalimentación, mantenimiento y generalización.	técnicas para el manejo de las críticas manipuladoras.
10°	18. Manejo de críticas manipuladoras: Técnica del disco rayado	Que sean capaces de recibir una crítica manipuladora o negativa, aplicando la técnica del Disco rayado.	Por parejas, una persona hace una crítica a otra persona. Esta última debe manejarla usando técnicas aprendidas y viceversa.	Registrar las veces que hayan recibido críticas negativas y cómo las han manejado.	Instrucción verbal, juego de roles, modelado, moldeamiento, refuerzo positivo, retroalimentación, mantenimiento y generalización.	Pizarra, plumones. Fichas de tareas.
	INTERMEDIO					
	19. Manejo de la presión grupal	Que sean capaces de manejar asertivamente la presión grupal.	Los amigos presionan para realizar algo que uno no quiere hacer (por ejemplo, beber licor o comprar un boleto para una comida a la cual no se podrá asistir). Utilizar técnicas aprendidas de interrogación negativa, Banco de niebla y Disco rayado.	Describir situaciones en la que se manejó la presión grupal de manera asertiva.	Instrucción verbal, juego de roles, modelado, moldeamiento, refuerzo positivo, retroalimentación.	Pizarra, plumones. Fichas de tareas. Papelógrafo con las técnicas de manejo de las críticas manipuladoras. Anotar en un papelógrafo lo siguiente: Piensa en lo que el grupo quiere que hagas y por qué. Decide lo que quieres hacer. Decide cómo les dirás lo que quieres hacer. Dile al grupo lo que has decidido.
11°	20. Solución de problemas I	Resolver sus problemas siguiendo la técnica aprendida.	Practicar en la pizarra la técnica de solución de problemas con los ejemplos que los participantes traigan de sus experiencias de vida. Realizar el ejercicio con uno o dos ejemplos, haciendo que participen todos los integrantes.	Anotar el ejercicio hasta la siguiente sesión.	Instrucción verbal, juego de roles, modelado, moldeamiento, refuerzo positivo, lluvia de ideas, retroalimentación.	Pizarra, plumones. Fichas de tareas. Papelógrafo con la técnica de solución de problemas.

INTERMEDIO						
	21. Solución de problemas II	Resolver sus problemas siguiendo la técnica aprendida.	Practicar la técnica de solución de problemas con ejemplos de los participantes que no pudieron participar en la sesión anterior o nuevos ejemplos de problemas de la vida de los participantes. Que todos los participantes participen de los ejercicios.	Practicar en sus hogares lo aprendido en estas dos últimas sesiones.	Instrucción verbal, juego de roles, modelado, moldeamiento, refuerzo positivo, retroalimentación, lluvia de ideas, mantenimiento y generalización.	Resolver sus problemas siguiendo la técnica aprendida. Papelógrafo con la técnica de solución de problemas.
12°	- Evaluación de salida (Post-test). 22. Clausura					

METODOLOGÍA DEL TRABAJO

Las sesiones están diseñadas para que duren entre una hora y una hora y media, son estructuradas y siguen una secuencia en el tiempo. Esta secuencia es la siguiente:

* Revisión de la tarea de la sesión anterior:

Se realiza al inicio de la sesión y tiene una duración aproximada de diez minutos. En ella cada participante informa sobre la tarea que se le asignó. Se explicará cómo proceder en caso de no haber cumplido la tarea.

- I. OBJETIVOS: Se definen los objetivos de la sesión.
- II. DEFINICIÓN DE CONCEPTOS: Se definen los conceptos de las conductas objetivo de aprendizaje. Estas conductas se definen utilizando las frases escritas en los papelógrafos o en el Manual con ejemplos solicitados a los participantes. El tiempo aproximado para esta secuencia es de veinte minutos.

- III. BENEFICIOS: Los beneficios se obtienen como consecuencia del aprendizaje de las conductas objetivo.
- IV. METODOLOGÍA DE TRABAJO O ENSAYO CONDUCTUAL: Si bien cada sesión tiene unas conductas objetivo, éstas siguen una secuencia con la que se busca garantizar el aprendizaje. Dicha secuencia sigue los siguientes pasos:
- Definir la situación:* Se da la consigna considerando las conductas objetivo de cada sesión. Esta situación se elige dentro de la problemática de los participantes considerando sus necesidades y carencias.
- Realizar el primer ensayo conductual:* Se da instrucciones a los participantes en base a la consigna señalada en el paso anterior.
- Retro-información por el participante:* Se hacen críticas constructivas que la persona realiza en su desempeño durante el ensayo.
- Retro-información de los demás participantes:* Los demás participantes aportan con críticas constructivas si fuera necesario.
- Modelado:* Se realiza en caso de que las conductas objetivo no se logren alcanzar.
- Segundo ensayo conductual:* Se repiten los pasos anteriores, si fuera necesario.
- V. ASIGNACIÓN DE TAREAS: Cada participante anotará en un cuaderno las conductas que estuvieron en déficit durante el desempeño de su ensayo conductual y las practicará en su ambiente natural las veces que considere necesario, anotándolas en su cuaderno. Se le preguntará al inicio de la siguiente sesión acerca de las prácticas que realizó.