



**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO**

**"PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO EN
HABILIDADES SOCIALES PARA
PACIENTES DE HOSPITAL PARCIAL."**

**TESIS QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADO
EN PSICOLOGÍA**

**P R E S E N T A :
TANIA MORALES VIGIL**

**DIRECTOR. LIC. JOSETTE BENAVIDES TOURRÈS
REVISOR. MTRO. CELSO SERRA PADILLA
ASESOR METODOLÓGICO. LIC. FABIÁN MARTÍNEZ SILVA**

México, D.F.

Febrero, 2004



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

ÍNDICE

Índice	.....	1
Resumen	.....	2
Introducción	.....	3
Capítulo I. Psicosis		
1.1 La evolución del diagnóstico de psicosis	.....	5
1.2 Etiología	.....	9
1.3 Trastornos psicóticos	.....	13
Capítulo II Habilidades Sociales		
2.1 Definiciones y conceptos	.....	36
2.2 El estudio de las habilidades sociales	.....	49
Capítulo III		
3.1 Método	.....	60
3.2 Presentación del programa de entrenamiento en habilidades sociales	.....	70
Capítulo IV		
4.1 Resultados	.....	96
4.2 Análisis de Resultados	.....	123
4.3 Conclusiones, limitaciones y sugerencias	.....	139
Bibliografía	.....	146
Apéndice		

RESUMEN

La presente investigación propone, aplica y evalúa un programa de entrenamiento en habilidades sociales, cuyo objetivo es brindar estrategias al paciente que le permitan una exitosa reinserción a su comunidad, evitando así el regreso a la hospitalización cerrada. El programa ha sido aplicado en el Hospital Psiquiátrico Siglo XXI San Fernando a 8 pacientes adultos de hospital parcial, 3 hombres y 5 mujeres de edades entre 22 y 61 años, 4 con un diagnóstico de esquizofrenia paranoide, 1 con trastorno esquizoafectivo, 2 con psicosis orgánica y 1 con trastorno de ansiedad generalizada.

Para poder evaluar la eficacia del programa se aplicaron los siguientes instrumentos: Escala multidimensional de expresión social parte motora (EMES-M) que consta de 64 ítems y cubre varias dimensiones de las habilidades sociales, Escala multidimensional de expresión social-parte cognitiva (EMES-C) que consta de 44 ítems y evalúa toda una serie de pensamientos negativos relacionados con las habilidades sociales, y debido a que las relaciones sociales más cercanas se dan en la familia se evalúa si existe algún cambio con la Escala de ambiente social familiar. FES; posteriormente se aplicó el programa de entrenamiento en habilidades sociales que consta de 18 sesiones con objetivos específicos y una duración de 5 meses, la duración de cada sesión es de aproximadamente una hora a la semana, al finalizar las sesiones del programa se volvieron a aplicar los instrumentos aplicados anteriormente para medir las habilidades sociales que los pacientes psicóticos de hospital parcial hayan obtenido, se realizó un cuestionario al personal y a los pacientes de hospital parcial con la finalidad de obtener su punto de vista acerca del programa de entrenamiento en habilidades sociales. Se encontraron resultados positivos en la comparación del pretest y posttest, aunque no estadísticamente significativos, los pacientes y el personal respondieron optimistamente con respecto al programa aplicado del 28 de febrero al 11 de julio de 2003.

INTRODUCCIÓN

Se sabe que los seres humanos somos “animales sociales”. La mayoría del tiempo los humanos nos relacionamos con los demás y el discurrir de nuestras vidas está determinado en una gran parte por nuestras habilidades sociales.

Fordyce (1980, 1981, 1984) con base en estudios experimentales, ha propuesto los siguientes 14 fundamentos para ser más felices: 1. Ser más activo y mantenerse más ocupado. 2. Pasar más tiempo en actividades sociales. 3. Ser productivo en un trabajo recompensante. 4. Organizarse mejor. 5. Dejar de preocuparse. 6. Disminuir las expectativas y las aspiraciones. 7. Desarrollar un pensamiento positivo, optimista. 8. Orientarse hacia el presente. 9. Conocimiento, aceptación e imagen buenos de uno mismo. 10. Desarrollar una personalidad sociable, extravertida. 11. Ser uno mismo. 12. Eliminar las tensiones negativas. 13. Las relaciones íntimas son muy importantes; y 14. Valorar y comprometerse con la felicidad. De estos fundamentos, varios dependen claramente de nuestro comportamiento social y para lograr una mayor felicidad general tenemos que conseguir una felicidad social (Caballo, 1993).

En el campo de la salud mental la situación social de los pacientes se complica por el hecho de que la mayoría de los profesionales centran la terapia en las bases subyacentes de la conducta desadaptada, y no en la enseñanza de habilidades de manejo que resulten efectivas. Aunque originalmente adquiridas a través de experiencias previas, nuestras respuestas a las situaciones sociales se ven modificadas continuamente por las consecuencias sociales a que dan lugar (Kelly, 1987).

Pucheu (1981) menciona que “diversos análisis sociales han mostrado que con demasiada frecuencia el Hospital Psiquiátrico presenta una estructura social que favorece

entre los pacientes un síndrome caracterizado por la apatía, el aislamiento, la resignación y la pérdida de la individualidad. Los factores que propician esta situación son la pérdida de contacto con el mundo externo, la inactividad forzosa, el personal autoritario, la pérdida de pertenencias personales, el exceso de psicofármacos y la ausencia de perspectivas futuras” (Valencia, 1984).

A lo largo de los diez últimos años, los terapeutas de conducta han investigado y desarrollado procedimientos dirigidos directamente a aumentar el repertorio de habilidades sociales de los clientes, entre las que se incluyen pacientes psiquiátricos.

En los Estados Unidos, más de 1% de la población posee el diagnóstico de esquizofrenia. Los esquizofrénicos pueden llegar a ocupar hasta la mitad de todas las camas de un hospital psiquiátrico (Goodwin y Guze, 1979; citado por Caballo, 1993). En los hospitales psiquiátricos se trabajan muy poco las habilidades sociales de los pacientes, tomando en cuenta que los pacientes de hospital parcial han estado en hospitalización cerrada y han sido afectados por la institucionalización, propongo el programa de entrenamiento en habilidades sociales para que los pacientes obtengan una más rápida recuperación y desarrollen las habilidades necesarias para una exitosa reinserción a su comunidad, evitando así la recaída a hospitalización cerrada.

La presente investigación propone un diseño cuasiexperimental preprueba-postprueba en la cual se ha diseñado un programa de entrenamiento en habilidades sociales.

Capítulo 1

PSICOSIS

1.1 LA EVOLUCIÓN DEL DIAGNÓSTICO DE PSICOSIS.

El concepto de psicosis resulta polémico desde sus inicios. En un comienzo las psicosis eran entendidas como un proceso relacionado con una posesión divina. Recién en el siglo XVIII es considerada cosa de enfermos, lunáticos (con temor al contagio y la condena al aislamiento). Es en este punto donde el psicótico pasó a ser objeto de estudio. Así la psiquiatría intentó transformar racionalmente los síntomas en signos objetivos, dando lugar a la intervención e investigación neurofisiológica y la psicofarmacología.

Morel en 1860 utilizó por primera vez el término Demencia Precoz para describir un tipo de enfermedad mental que padecía un muchacho de 13 años de edad, quien había sido un alumno brillante y progresivamente comenzó a mostrar un deterioro intelectual y de personalidad, manifestando deseos de matar a su padre , cayendo en la inactividad y el aislamiento social, llegando hasta la demencia. Morel consideró que en este paciente había un deterioro intelectual, moral y orgánico y que esto se debía a problemas hereditarios y que por lo tanto la enfermedad era irreversible. (Valencia, 1984).

Al examinar los aspectos del cuadro clínico de la fenomenología psicótica, los investigadores han resuelto sus interrogantes sobre la identificación y definición de los trastornos mentales.

Algunos de estos aspectos del cuadro llevaron a Kraepelin (1919) a denominar "demencia precoz" a la presencia de delirios y vacío afectivo en una temprana edad.

Diferenció la esquizofrenia de las "psicosis orgánicas", llamando a la demencia precoz como "psicosis funcional". Dentro de las psicosis funcionales distinguió demencia precoz de la psicosis maníaco depresiva, la cual presentaba un curso intermitente y síntomas afectivos claros. (Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. 1995)

Belloch, A., et al (1995) describen el trabajo de Kraepelin sobre los síntomas de la esquizofrenia en el que incluye las Alteraciones del pensamiento (incoherencia, pérdida asociativa y creencias delirantes), Alteraciones en la atención (distracción por estímulos irrelevantes), Alteraciones emocionales (deterioro de la expresión emocional y embotamiento), Negativismo (reducción de la actividad voluntaria y descuido de la responsabilidad), Conductas estereotipadas y Presencia de alucinaciones.

La constatación de heterogeneidad de los pacientes llevó a Kraepelin a distinguir subtipos, dependiendo de los síntomas:

- a. Paranoide
- b. Catatónica
- c. Emocional
- d. Hebefrénica

Estos planteamientos fueron refutados, considerando que no siempre había un deterioro progresivo ni su comienzo era siempre precoz. Además, los subtipos eran mutuamente excluyentes, por lo que el diagnóstico se veía como poco fiable y sólo descriptivo.

Kraepelin evolucionó en sus conceptos, reconociendo que un 13% no degeneraba y que su comienzo no era precoz en todos los casos, pero nunca dejó de sostener que correspondía a una disfunción cerebral. (Belloch, et al., 1995)

Eugen Bleuler (1857- 1939) cambió la denominación de demencia precoz a la de "esquizofrenia". Él consideró más importante el estudio transversal de los síntomas, que

su curso y desenlace. Recalcó que lo unificador de esta anormalidad era la "*división o fragmentación del proceso del pensamiento*". (Squizofrenia: fragmentación de la capacidad mental). El resto de los síntomas eran de la misma importancia: aplanamiento afectivo, pensamiento distorsionado, abulia, ambivalencia. A estos síntomas los denominó "Síntomas fundamentales", mientras que a los delirios y alucinaciones los consideró "accesorios", ya que también podían aparecer en trastornos como la psicosis maníaco-depresiva. (Belloch, et al., 1995)

Luego aparecen trastornos que ampliaron las fronteras de la esquizofrenia, lo que llevó a la APA (Asociación Americana de Psiquiatría) a formular el DSM I (1952), que facilitó la comunicación entre psiquiatras y le dio consistencia a los diagnósticos.

Las críticas procedentes de la psiquiatría británica hacia la pobre fiabilidad de los diagnósticos psiquiátricos y el creciente interés por determinar la naturaleza, severidad y pronóstico de la esquizofrenia, condujeron al desarrollo de programas conjuntos de investigación entre distintos países. Se pusieron de manifiesto las grandes diferencias de diagnóstico entre los países, debido a diferencias teóricas y de concepto que sustentaban los diferentes sistemas diagnósticos. Se crearon instrumentos de diagnóstico estandarizados como el PSE (Present State Examination), que permitió disponer internacionalmente de una descripción estandarizada de síntomas y definiciones de trastornos (Belloch, et al., 1995).

Los síntomas bleulerianos no siempre se ajustaban a los requerimientos de las entrevistas estructuradas, por lo que el psiquiatra alemán Kurt Schneider eligió "síntomas de primer rango" (pensamiento sonoro, voces que discuten, experiencia de pasividad somática, transmisión de pensamiento, percepciones delirantes y cualquier experiencia que implique voluntad) y de "síntomas de segundo rango" (ideas delirantes súbitas, otros

trastornos de la percepción, perplejidad, cambios depresivos o eufóricos), cuya presencia conjunta asegura el diagnóstico de la esquizofrenia. (Beloch, et al., 1995)

Mientras que Bleuler desestimó los síntomas psicóticos a favor de sus síntomas "fundamentales", Schneider consideró que los síntomas patológicos de la esquizofrenia eran los delirios y alucinaciones que Bleuler consideró como accesorios.

Un grupo de psiquiatras de la Universidad de Washington formularon criterios con requerimientos como la duración de los síntomas por al menos seis meses, con la presencia de alucinaciones y pensamiento delirante como hechos sobresalientes.

Los criterios del DSM-III-R ofrecieron, en su momento, los sistemas más utilizados para el diagnóstico y clasificación del espectro de la esquizofrenia, en toda la comunidad internacional. Tanto clínicos como investigadores alcanzaron un nivel aceptable de la fiabilidad en el diagnóstico y comunicatividad de éste. Se estrechó el concepto de esquizofrenia, pues el criterio americano presente hasta los años '70 era más amplio que el europeo. Con este estrechamiento eliminó formas no psicóticas de esquizofrenia, por ello, manifestaciones psicopatológicas como la ambivalencia, el autismo y el embotamiento afectivo fueron desestimados, además se consideró que los trastornos afectivos pueden presentar características psicóticas, lo que requiere el diagnóstico diferencial que favorezca una intervención terapéutica adecuada. Los criterios DSM-III y DSM-III-R siguen la línea fenomenológica. En el DSM-III tienen gran importancia los delirios, alucinaciones y trastornos del pensamiento. De los síntomas fundamentales bleulerianos solamente se incluye el afecto aplanado, no siendo los síntomas negativos suficientes para establecer el diagnóstico de esquizofrenia. Un segundo criterio introduce la noción kraepelienana de que el paciente debe mostrar algún tipo de deterioro en su nivel de funcionamiento. Un tercer criterio excluye a los pacientes que tienen un síndrome

afectivo completo, descartando el trastorno esquizoafectivo. El cuarto criterio restringe el diagnóstico y excluye los episodios psicóticos breves por el requerimiento de la cronicidad, ya que algunos síntomas deben estar presentes, al menos, durante seis meses. Finalmente se excluye a los pacientes con algún tipo de factor orgánico, como la ingesta de drogas o la presencia de alguna lesión focal. (Beloch, et al., 1995)

En el DSM-III-R se definieron, fundamentalmente, los límites entre la esquizofrenia y trastorno delirante y se consolidaron las propuestas para subdividir la esquizofrenia. Sin embargo, estas clasificaciones presentan debilidades:

1. Aunque el DSM-III y DSM-III-R aportan descripciones breves y utilizan criterios útiles para definir esquizofrenia, sus afirmaciones sobre la misma pretenden ser comprensivas, siendo ésta, aún, un síndrome clínico que incluye aspectos patológicos desconocidos
2. Los criterios del DSM-III y DSM-III-R dan poca importancia a la presencia de síntomas negativos o de déficit.
3. Los trastornos psicóticos (parecidos a la esquizofrenia) que son excluidos del diagnóstico de ésta se realizan mediante sistemas de clasificación rudimentarios e insatisfactorios; estos son: trastorno esquizofreniforme, esquizoafectivo, psicosis atípica, psicosis reactiva breve.

1.2 ETIOLOGIA

1. *Hipótesis genética.*

Existen muchas investigaciones que apoyan la hipótesis de que la esquizofrenia tendría una base genética. Los estudios con familias muestran que a mayor consanguinidad con un familiar enfermo, mayor la probabilidad de aparición de la

enfermedad. En estudios con gemelos se ha encontrado una alta tasa de concordancia en monocigotos, en contraste con una baja tasa en dicigotos. También la concordancia aumenta en el caso de gemelos femeninos y en los casos de que el gemelo índice desarrolla la enfermedad con mayor gravedad. (Kaplan, 1987)

2. *Hipótesis neurobiológicas*

La teoría etiológica más defendida en el pasado sostiene que la esquizofrenia se produce por un defecto estructural o funcional en algún sistema orgánico o en algún mecanismo bioquímico como la transmisión dopaminérgica, de las catecolaminas, de la serotonina, de la MAO entre otras.

Se destaca la hipótesis de la dopamina que plantea que la esquizofrenia se presenta relacionada con un aumento de la cantidad de dopamina existente en la sinapsis o con una hiper actividad de las vías dopamínicas. Esta idea se basó en la observación de que todos los fármacos antipsicóticos clínicamente efectivos aumentan los niveles de metabolismo de la dopamina, por lo que se pensó que podrían producir una elevación central de la actividad de la dopamina. Se bloquearían los receptores de dopamina producto del fármaco, además estos fármacos antipsicóticos permiten un almacenamiento de dopamina en las terminales nerviosas.

Otro factor que apoya la hipótesis de la dopamina es la prueba de que los agentes que aumentan las cantidades de catecolaminas en el cerebro aumentan los síntomas psicóticos. Tal es el caso de las anfetaminas que empeoran los síntomas de la esquizofrenia.

Por convincente que sea esta hipótesis, no se ha dilucidado todavía la naturaleza exacta del efecto subyacente del efecto de la dopamina. Muchos investigadores opinan que la hiperdopaminergia es sólo la expresión más evidente de otro defecto fisiopatológico. (Kaplan, 1987)

3. *Hipótesis psicológicas*

A. Teoría psicoanalítica de la psicosis.

Originalmente, Freud postuló que el inicio de la esquizofrenia significaba una retirada de la libido del mundo exterior. En su opinión, esta libido era después absorbida por el yo dando lugar a un estado de grandeza megalomaniaca, o bien era vuelta al mundo exterior en forma de delirios.

El reciente interés clínico por la esquizofrenia se ha centrado en la intensa ambivalencia característica de los pacientes esquizofrénicos, su ansiedad de venganza persecutoria y los infantiles mecanismos del yo empleados en su relación con los objetos. La descompensación del paciente o estado de regresión está determinada por el fracaso de estos mecanismos. En el cuadro clínico de la esquizofrenia hay dos facetas, la ruptura con la realidad y los intentos por restablecer los contactos con éstas.

La regresión esquizofrénica se precipita normalmente por una pérdida o frustración de las necesidades del objeto. El efecto de la pérdida resulta en la supremacía de los afectos negativos, dislocando el delicado equilibrio entre los componentes introyectivos de la organización del yo del paciente. Se produce así una pérdida del equilibrio entre los buenos introyectos positivos y los introyectos negativos que conforman la estructura del yo. La inundación con sentimientos negativos difusos y desneutralizadamente destructivos, requiere una regresión hasta el punto de una más profunda fijación en la que el paciente no es sólo una víctima potencial, sino que, además, actúa en pos de la autoconsolidación. A este nivel, la desorganización regresiva del paciente va unida a una desdiferenciación entre los límites del yo y el objeto. Sólo en esta posición puede el paciente obtener una descarga de la tensión interior. El camino de la regresión varía en

función de si las pérdidas son agudas y arrolladoras o bien lentas y acumulativas, según la organización estructural del paciente.

Es cierto que el yo preesquizofrénico es débil en términos de desarrollo de mecanismos de defensa más maduros, pero, en el comienzo de la psicosis, los elementos de mecanismos más maduros ya establecidos pasan a unirse a esquemas de tipo más infantil. El comienzo agudo de la esquizofrenia se relaciona con un aumento de intensidad de la ansiedad paranoide, los sentimientos de omnipotencia del paciente y las intolerables ansiedades depresivas, todo lo cual ha sido desviado anteriormente por patrones de conducta del yo narcisista. Además, el paciente presenta de manera característica distorsión perceptiva, odio a sí mismo y confianza en patrones objetales infantiles y muy dependientes. (Kaplan, 1987)

B. Concepto y teoría del doble vínculo

La teoría del doble vínculo fue descrita por primera vez por Bateson, Jackson, Haley y Weakland en 1956.

Con un punto de vista totalmente radical, a diferencia de aquellas hipótesis según las cuales la esquizofrenia constituye primariamente un trastorno intrapsíquico, que afecta secundariamente las relaciones del paciente con las demás personas. Ellos se preguntaron qué consecuencias de la experiencia interpersonal provocarían una conducta capaz de justificar el diagnóstico de esquizofrenia.

Esto llevó a identificar ciertas características esenciales de las interacciones de la esquizofrenia con las personas que los rodean, por lo cual crearon el término de doble vínculo (Watzlawick y otros, 1991).

Watzlawick y otros (1991) definen el doble vínculo como una relación donde, en primer lugar, las personas que participan de ella, poseen un vínculo intenso y que posee

un gran valor para la supervivencia física o psicológica. Y por último, se impide que el receptor del mensaje se evada del marco de referencia establecido por el mensaje. (Kaplan, 1987)

C. Modelo de la vulnerabilidad de estrés

Uno de los modelos explicativos acerca del desencadenamiento de la esquizofrenia es el modelo adaptado de estrés - vulnerabilidad de Zubing y Spring, el que nos muestra en una serie consecutiva las distintas variables que inciden en el curso y desarrollo de la esquizofrenia, partiendo de la base de un factor primero o desencadenante, el que sería una experiencia traumática producida en el transcurso del parto y hasta la adolescencia. Esto generaría vulnerabilidad frente a la esquizofrenia que, aunque fuera asistida por una "variable moderadora" (personalidad, ambiente, etc.), si fuese afectada además por nuevos acontecimientos amenazantes que requieran un nuevo ajuste en la rutina del sujeto, desencadenarían el brote de la enfermedad. (Kaplan, 1987)

1.3 TRASTORNOS PSICÓTICOS

Históricamente, la denominación de "psicótico" ha sido dada a diversos síndromes, pero nunca se ha llegado a un consenso universalmente aceptado.

Una de las definiciones más restrictivas de este fenómeno se refiere a la presencia de ideas delirantes y alucinaciones manifiestas en ausencia de conciencia; otras también incluyen las alucinaciones manifiestas en forma de experiencias alucinatorias y otras consideran otros síntomas positivos de la esquizofrenia como el lenguaje y comportamiento desorganizado o catatónico.

Las definiciones anteriores, como por ejemplo el DSM II y el CIE-9, eran demasiado amplias y llamaban psicótico a todo trastorno que llevara consigo un deterioro que interfiriera en gran medida con la capacidad de responder a las demandas cotidianas de la vida.

El juicio de realidad puede verse comprometido en forma sintomática o en forma estructural y permanente, afectando la funcionalidad yoica. El yo del sujeto determina patológicamente las dimensiones que lo constituyen, quedando fijado a dependencias simbióticas, independencias paranoicas, evitaciones autísticas o ambivalencias catatónicas. Su vínculo con la realidad está distorsionado, afectando el pensamiento (ideas delirantes primarias). Cuando el yo presenta un trastorno del juicio de realidad con tales características, se habla de disfuncionalidad yoica psicótica.

Lo más aceptado es denominar como psicosis a la pérdida de fronteras del ego o un grave deterioro de la evaluación de la realidad. Han existido numerosas intervenciones distintas para el tratamiento de los pacientes psicóticos. La historia de los tratamientos y de la rehabilitación del paciente psiquiátrico, es al mismo tiempo la historia de la actitud y de los prejuicios de la sociedad hacia la enfermedad mental.

Dicha historia ha ido desde el rechazo, el horror, la compasión y caridad, sin olvidar el aislamiento y encierro del paciente, que tendió a ser aliviado por Pinel y poco más tarde por Morel con el tratamiento moral que enfoca el valor de la ocupación, la educación y las influencias sociales para la mejoría de los pacientes. Expectativa que por sí sola no produjo cambios en el gradual sobrepoblamiento de los hospitales psiquiátricos, decidiendo la cronicidad del paciente y la creencia justificada que una vez cerradas las puertas detrás de un paciente, éste ya nunca volvería a salir de allí. Generándose el culto a la incurabilidad de los pacientes.

En los años cuarenta del siglo XX hace su aparición el choque insulínico y los temidos electrochoques.

Un aspecto de relevancia en el tratamiento del enfermo mental fue la aparición de los neurolépticos, en la década de los años cincuenta, su aplicación permitió la salida a la comunidad de los pacientes hospitalizados en lo que se ha llamado el proceso de desinstitucionalización. (Valencia, 1984). Los medicamentos producían una mejoría notable en los pacientes, sin embargo, aspectos importantes como el funcionamiento psicosocial, la conducta del paciente, sus relaciones interpersonales y familiares no eran tomadas en cuenta.

Para los sesenta, la O.M.S. había ya aceptado el término de "Comunidad Terapéutica", durante esta década nacen la mayoría de alternativas a la hospitalización, que tendieron a dar enfoque a la rehabilitación de las capacidades no afectadas del paciente, así se crean Hospitales Parciales de Día, Noche o Fin de Semana. Casas de medio camino, Centros comunitarios, Clubes de Pacientes, etc. (Freeman, 1963)

En México, hay una gran riqueza histórica del trato y los tratamientos otorgados a los enfermos mentales desde las épocas prehispánicas, donde la locura era producida por dioses y se derivaba en afecciones del corazón (Yollotl) y del hígado (Ellahuettl), por la acción de un hechicero (Telloyaquani), o por el enojo de un dios en particular como castigo a una conducta perversa, se hacían recomendaciones para su envío, pero en general son vistos con menosprecio o con el término de "Aquel que no es bien entendido" . (Manual, IMSS)

Después hay una fractura ideológica con la llegada de los españoles, que crearon hospitales conformados por frailes, donde la experiencia se fracciona hasta la apertura del Manicomio General de la Ciudad de México, a partir de entonces, la atención del paciente psiquiátrico sigue los modelos y patrones que son adaptados de la experiencia de otros países. (Manual, IMSS).

Actualmente, las políticas nacionales de salud son organizadas a través de un sistema llamado Sector Salud. El cual comprende varios subsistemas que funcionan con una estructura autónoma. El hospital en donde se realiza el presente trabajo depende del subsistema del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), que atiende a población de recursos económicos medios y bajos.

En el servicio de hospitalización parcial, también llamada hospital de día se utiliza un modelo flexible en el marco del medio terapéutico. Se pone énfasis en las intervenciones conductuales, la interacción social, educación y rehabilitación profesional, además de las intervenciones psicoterapéuticas individuales o grupales y las intervenciones psicofarmacológicas. La identificación con las figuras de autoridad, la modificación de la conducta y el reforzamiento del yo mediante el dominio de tareas grupales e individuales de la vida cotidiana son instrumentos importantes del proceso de tratamiento (Kaplan y Sadock, 1989).

Es común que el paciente al incorporarse a su medio, reinicie su debilitamiento emocional, por lo que los factores estresantes socio-culturales evidentemente jueguen un papel determinante en el padecimiento mental, por lo que es necesario un trabajo conjunto en el que se actúe para responder a un problema individual y social. El hospital se convierte en un refugio donde al menos se aislará temporalmente del mundo estresante y amenazador y son necesarias la psicoterapia y talleres o programas de rehabilitación para brindar al paciente un tránsito menos traumático y más exitoso a las relaciones sociales.

El Hospital Psiquiátrico "San Fernando" asume desde 1990 el servicio de hospitalización parcial, pero desde 1987 se habían iniciado esfuerzos para tener actividades que fueron llamadas "ecoterapia", un esbozo de comunidad terapéutica para mantener a los pacientes crónicos con un índice de menor recaída. Actualmente en dicho hospital existe el servicio de hospitalización parcial de Lunes a Viernes de 9:00AM a

2:00PM, en el cual se brinda a los pacientes el servicio de desayuno, caminatas dos veces a la semana en el Bosque de Tlalpan, psicodanza, bisutería, consultas psiquiátricas, terapias grupales y familiares, en general un conjunto de actividades que le proporcionan a los pacientes herramientas que eviten la rehospitalización social.

El Hospital psiquiátrico "San Fernando" utiliza como guía para el diagnóstico de los pacientes el DSM-IV, a continuación se especifican las características de los trastornos según dicho manual.

Las limitaciones percibidas en el DSM-III-R han motivado el desarrollo de nuevos sistemas de clasificación. Se han creado un conjunto nuevo de criterios más válidos y fiables que proporcionan una cobertura más completa de la sintomatología con énfasis en la duración de los síntomas más característicos de la esquizofrenia y a la simplificación de los criterios para aumentar la universalidad de los usuarios.

En el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales se consideran los siguientes trastornos como psicóticos:

- La esquizofrenia: como una alteración persistente por al menos seis meses que incluye como mínimo un mes de síntomas activos que incluyen ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento gravemente desorganizado o catatónico, junto a otros síntomas negativos.
- El trastorno esquizofreniforme, caracterizado por una presentación de síntomas equivalentes a la esquizofrenia pero con una duración menor y la posibilidad de no presentar deterioro funcional.
- El trastorno esquizoafectivo, como una alteración en la que se presentan simultáneamente un episodio afectivo y síntomas de la fase activa de la esquizofrenia, teniendo contigüidad temporal con dos semanas de ideas delirantes o alucinaciones sin síntomas importantes de alteración del estado de ánimo.

- El trastorno delirante, caracterizado por al menos un mes de ideas delirantes no extrañas, en ausencia de otros síntomas de la fase activa de la esquizofrenia.
- El trastorno psicótico breve, alteración psicótica que dura más de un día, remitiendo antes de un mes.
- El trastorno psicótico compartido, desarrollada en un sujeto influenciado por alguien que presenta una idea delirante similar.
- El trastorno psicótico debido a enfermedad médica, en el que se considera que los síntomas psicóticos son consecuencia fisiológica directa de una enfermedad médica.
- El trastorno psicótico inducido por sustancias, en el que se considera que los síntomas psicóticos son consecuencia fisiológica de una droga de abuso, medicación o exposición a un tóxico.
- El trastorno psicótico no especificado, que incluyen las manifestaciones psicóticas que no cumplen los criterios suficientes para otro trastorno o presentan información insuficiente o contradictoria.

Clasificación de los trastornos psicóticos.

El manual DSM-IV pone reparos para considerar a la psicosis como una entidad independiente. Por una parte se mencionan características consideradas tradicionalmente psicóticas dentro de la categoría de "trastornos de personalidad" en la cual se enumeran una serie de subcategorías dentro del llamado grupo "A" cuando aparecen manifestaciones que no son exclusivas de una esquizofrenia o de síntomas psicóticos.

Así se enumera en el grupo "A" el "trastorno paranoide de la personalidad" manifestado por desconfianza en las intenciones de los demás, interpretándolas como maliciosas, por ejemplo por sospechas de que los demás van a aprovecharse de ellos, o les van a hacer daño o a engañar, preocupaciones y dudas por la lealtad o fidelidad,

presenta rencores y percibe ataques hacia si mismo que no son aparentes para los demás.

A. La Esquizofrenia.

El DSM-IV plantea que las características esenciales de la esquizofrenia son una mezcla de signos y síntomas, tanto positivos como negativos, que ha estado presentes durante el período de un mes con síntomas del trastorno por al menos seis meses. Estos signos y síntomas están asociados a una importante disfunción social o laboral, e implican varias disfunciones cognoscitivas y emocionales que abarcan la percepción, el pensamiento inferencial, el lenguaje y la comunicación, la organización comportamental, la afectividad, la fluidez y la productividad del pensamiento y del habla, la capacidad hedónica, la voluntad, la motivación y la atención. Ningún síntoma es patognomónico de la esquizofrenia: su diagnóstico implica el reconocimiento de una constelación de signos y síntomas asociados a un deterioro de la actividad laboral y social.

Sus síntomas pueden dividirse en dos categorías, los positivos y los negativos. Los síntomas positivos se refieren a un exceso o distorsión de las funciones normales y en la esquizofrenia se refieren a distorsiones o exageraciones del pensamiento inferencial (ideas delirantes), la percepción (alucinaciones), el lenguaje y la comunicación (lenguaje desorganizado) y la organización comportamental (desorganizada o catatónica). Los síntomas negativos reflejan una disminución o pérdida de las funciones normales y comprenden restricciones del ámbito y la intensidad de la expresión emocional (aplanamiento afectivo), de la fluidez y la productividad del pensamiento y el lenguaje (alogia) y del inicio del comportamiento dirigido a un objetivo (abulia).

El contenido de las ideas delirantes puede ser de variada índole, pero los más frecuentes son las ideas de persecución y autorreferenciales. También se dividen en

ideas delirantes extrañas, o sea, que significan una pérdida de control sobre la mente o el cuerpo (robo o inserción del pensamiento u órganos internos) y no extrañas (ser vigilado por la policía).

Las alucinaciones pueden ocurrir a nivel de cualquier circuito sensorial, pero las auditivas son las más habituales y características. Las alucinaciones auditivas comúnmente se refieren a voces, conocidas o desconocidas, que son percibidas como distintas de los propios pensamientos.

El pensamiento desorganizado es considerado por algunos como la característica esencial de la esquizofrenia. El lenguaje, como medio de expresión del pensamiento, puede sufrir diversas formas de desorganización: el sujeto puede sufrir de pérdida de las asociaciones, tangencialidad e incluso incoherencia o ensalada de palabras.

El comportamiento desorganizado puede manifestarse en varias formas, desde tonterías pueriles hasta la agitación impredecible. Se observan problemas en cualquier forma de conducta que esté dirigida hacia un fin, ocasionando problemas en el desempeño cotidiano del paciente. Debe de cuidarse el distinguir este comportamiento del carente de sentido, sin propósito concreto o el organizado en relación a las ideas delirantes.

Los síntomas catatónicos pueden alcanzar rangos extremos como el estupor o la rigidez catatónica, aunque siempre hay que recordar que estos síntomas no son exclusivos y pueden ocurrir en otros trastornos psiquiátricos.

El aplanamiento afectivo se caracteriza por la inamovilidad y falta de respuesta facial del sujeto, contacto visual pobre y reducción del lenguaje gestual. La alogia se expresa en las réplicas breves y vacías, descenso de la fluidez y la productividad del habla. La abulia está caracterizada por la incapacidad para iniciar y persistir acciones dirigidas hacia una meta.

Quien padece de esquizofrenia puede presentar afecto inapropiado, anhedonia, humor disfórico, alteraciones del patrón del sueño, alteraciones de la actividad psicomotora, disfunción cognoscitiva, falta de conciencia, despersonalización, desrealización y preocupaciones somáticas.

Los sujetos con esquizofrenia son algunas veces físicamente torpes y pueden presentar confusión derecha-izquierda, coordinación pobre o movimientos en espejo. Una de las anomalías más características son las motoras, las que pueden estar causadas por los neurolépticos o bien ser espontáneas.

Siempre deben tenerse en cuenta las diferencias culturales, porque unas ideas que son delirantes en una cultura pueden ser completamente normales en otra; al mismo tiempo, el estilo narrativo de diferentes culturas afecta la presentación verbal y puede afectar la apreciación del examinador. (Kaplan, 1987)

El comienzo de la esquizofrenia ocurre generalmente entre los fines de los veinte años y la mitad de los cuarenta, siendo muy raro el surgimiento antes de la adolescencia. En los niños las ideas delirantes pueden ser menos elaboradas y las alucinaciones visuales más habituales; los casos de esquizofrenia de inicio tardío tienden a ser similares excepto por una mayor incidencia en las mujeres, una mejor historia de trabajo y mayor frecuencia en los casados. Las mujeres están más propensas a presentar un inicio tardío, síntomas afectivos más salientes y mejor pronóstico. (Kaplan, 1987)

Según el DSM-IV las tasas de prevalencia son iguales en todo el mundo y se estiman entre el 0,5 y el 1 %. Debido a que es una enfermedad generalmente crónica, su incidencia es mucho menor, correspondiendo a 1/10.000 al año. La edad promedio de inicio del primer episodio de esta enfermedad es a mitad de los treinta años en los hombres y a final de los treinta en las mujeres.

El inicio puede ser fuerte y brusco, aunque la mayoría presenta un desarrollo lento de los síntomas y signos característicos. En el comienzo de la enfermedad pueden ser acusados los síntomas negativos, apareciendo después los positivos.

En el estudio de casos se plantea que mediante varios estudios se ha logrado establecer un conjunto de factores que se asocian a un mejor pronóstico, por ejemplo: el buen ajuste premórbido, el inicio agudo, la edad más avanzada de inicio, sexo femenino, acontecimientos precipitantes, alteraciones asociadas del estado de ánimo, duración breve de los síntomas de la fase activa, buen funcionamiento interepisódico, síntomas residuales mínimos, ausencia de anomalías estructurales, funciones neurológicas normales, historia familiar de trastornos del estado de ánimo y ausencia de ésta para la esquizofrenia.

Los familiares de primer grado de los sujetos con esquizofrenia presentan un riesgo diez veces mayor de contraerla en relación con la población general. A pesar que hay numerosas evidencias que apoyan la sustancialidad de los factores genéticos en el desarrollo de esquizofrenia, no es posible aceptarla categóricamente debido a la discordancia en la incidencia de los gemelos monocigóticos, que indica que también hay una relativa importancia de los factores ambientales.

Según el manual la esquizofrenia se caracteriza por presentar al menos dos de las siguientes características: ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado (descarrilamiento frecuente o incoherencia), comportamiento catatónico, y síntomas negativos (aplanamiento afectivo, abulia, alogia).

Según el DSM IV solo se requiere para hablar de psicosis si las ideas delirantes son extrañas, o se trata de una voz que comenta continuamente los pensamientos o el comportamiento del sujeto, o si dos o más voces conversan entre ellas. En este sentido se manifiesta una disfunción social y laboral. Lo que rompe con la idea tradicional y

aceptada por muchas personas del campo "Psi" (psicología, psiquiatría, psicoanálisis, etc) de considerar a la esquizofrenia como una psicosis.

No se considera esquizofrenia: si la causal es por el consumo de sustancias o de una enfermedad médica asociada. Cabe destacar que el manual excluye de la clasificación de esquizofrenia a los trastornos esquizoafectivo y del estado de ánimo.

La esquizofrenia se subdivide según la sintomatología predominante en el momento de la evaluación:

- Tipo paranoide (preocupación por una o más ideas delirantes o alucinaciones auditivas frecuentes, y si no hay lenguaje desorganizado, ni afectividad aplanada).
- Tipo desorganizado (con lenguaje desorganizado, comportamiento desorganizado y afectividad aplanada).
- Tipo catatónico (inmovilidad motora manifestada por catalepsia, o actividad motora excesiva, negativismo extremo o mutismo, o con movimientos estereotipados o por adoptarse posturas raras, o ecolalia o ecopraxia)
- Trastorno indiferenciado (cuando no se cumplen ninguno de los tres subdivisiones anteriores, paranoide, desorganizado o catatónico)
- Tipo residual (cuando hay ausencia de ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado y comportamiento Catatónico o desorganizado, salvo que estén presentes en forma atenuada).

En cuanto a la esquizofrenia se evalúa el curso longitudinal (con síntomas residuales interepisódicos; o episodios sin síntomas residuales, o continuos, o en remisión parcial o total).

El tratamiento que se debe dar a los pacientes psicóticos debe abarcar varias áreas entre las que se encuentran la psicoeducación, un correcto control de la

medicación, rehabilitación y terapia de apoyo para que el individuo mejore su actuación en las actividades de su vida diaria y, asimismo, aumenten sus habilidades sociales.

Es importante tomar en cuenta que muchos de los pacientes con esquizofrenia no se toman la medicación o pueden sustituirla por una “psicofarmacología de la calle”, como son las sustancias que aumentan la dopamina como es el caso de la cocaína. Generalmente, los pacientes prefieren actuar sobre los síntomas negativos del trastorno o los efectos secundarios inducidos por la medicación, mientras que los clínicos se centran más en el riesgo de síntomas positivos. (DSM-IV, estudio de casos).

B. Trastorno Esquizofreniforme.

El manual propone que las principales características del trastorno esquizofreniforme son las mismas de la esquizofrenia, sin embargo, presenta dos diferencias sustanciales: la duración total de la enfermedad es de al menos un mes, pero siempre menos de seis meses y no se requiere que exista deterioro en la actividad laboral y social. El diagnóstico se establece de dos maneras; de la primera, se aplica el diagnóstico sin ninguna otra especificación si el sujeto ya está recuperado y de la otra forma, debe calificarse de provisional, si es que el sujeto todavía presenta síntomas y no se está seguro de que vaya a recuperarse dentro de los seis meses (si no lo hace debe cambiarse el diagnóstico a esquizofrenia).

Suele ser necesaria la hospitalización de los pacientes con trastorno esquizofreniforme debido a que permite una evaluación más extensa del caso. Los síntomas psicóticos suelen tratarse con antipsicóticos. La terapia electroconvulsiva puede estar indicada en algunos pacientes, en especial los que presentan depresión o catatonía. Suele ser necesaria la psicoterapia para ayudar a los pacientes a integrar las experiencias psicóticas en la comprensión de sus mentes, cerebros y vidas. (Kaplan, 1999)

Los síntomas asociados y dependientes de cultura, edad y sexo son similares a los descritos para la esquizofrenia.

Los estudios dentro de la comunidad han indicado una prevalencia de vida de alrededor del 0,2% y una prevalencia de año del 0,1%. Aproximadamente un tercio se recupera dentro de los seis meses necesarios para mantener el diagnóstico y los dos tercios restantes evolucionan hacia el diagnóstico de esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo.

C. Trastorno Esquizoafectivo.

Su característica esencial según el manual DSM-IV es un período continuo de enfermedad durante la que se presenta en algún momento un episodio depresivo mayor, maníaco o mixto en forma simultánea con todos los síntomas positivos diferenciales de esquizofrenia. Para algunos sujetos este "período de enfermedad" puede prolongarse durante años e incluso décadas, considerándose como terminado el período cuando el sujeto se ha recuperado completamente durante un intervalo importante de tiempo y no muestra ninguno de los síntomas significativos del trastorno.

Los síntomas del trastorno esquizoafectivo pueden presentarse de acuerdo a varios criterios temporales, pero lo determinante es que los síntomas afectivos acompañen durante una porción sustancial del período completo de la enfermedad (pues si no es así, el diagnóstico corresponde a esquizofrenia).

Asociados a este trastorno puede haber actividad laboral pobre, retraimiento social acusado, dificultades en el autocuidado y aumento del riesgo de suicidio. Puede ir precedido por un trastorno esquizoide, esquizotípico, límite o paranoide de la personalidad.

La edad típica de comienzo de la enfermedad es el inicio de la edad adulta, aunque puede aparecer en cualquier momento desde la adolescencia hasta etapas avanzadas de la vida.

C.1. Subtipos de Trastorno Esquizoafectivo según el DSM-IV.

- Tipo bipolar: cuando las manifestaciones afectivas corresponden al menos en algún episodio maníaco o mixto, en el también puede presentarse episodios depresivos. Tiene, en general, una mejor evolución.
- Tipo depresivo: cuando forman parte del cuadro sólo episodios depresivos mayores.

D. Trastorno Delirante.

El DSM-IV define al trastorno delirante con existencia de ideas delirantes o extrañas durante al menos un mes (si es que no intervino un tratamiento) pero no se cumple el criterio de esquizofrenia. Excepto por las ideas delirantes o sus ramificaciones, la actividad psicosocial no está deteriorada de forma significativa y el comportamiento no es raro ni extraño.

Según el manual este trastorno puede asociarse al trastorno obsesivo-compulsivo, al trastorno dismórfico y a los trastornos paranoide, esquizoide o por evitación de la personalidad. Es relativamente raro y los estudios le asignan un porcentaje del 1 al 2 % de los trastornos psiquiátricos, estimando una prevalencia dentro de la población del 0,03 %. Algunos estudios indican que es más frecuente en familiares de sujetos con esquizofrenia y trastorno delirante.

La edad de inicio del trastorno es generalmente a mediados de la edad adulta, pero puede aparecer a edad más temprana.

D.1. Subtipos de Trastorno Delirante según el DSM-IV.

- Tipo erotomaniaco: cuando el tema central es que otra persona está enamorada del sujeto, referido a un amor romántico idealizado y espiritual más que a una atracción sexual. Generalmente el objeto de la idea delirante es una persona de mayor estatus.
- Tipo de grandiosidad: cuando el tema central es la convicción de tener un talento o intuición extraordinario, o haber hecho un descubrimiento (aunque no sea reconocido). Pueden tener contenido religioso o de relación con un personaje importante.
- Tipo celotípico: cuando el tema de la idea delirante es que la pareja es infiel. Puede aparecer sin ningún motivo, basado en deducciones equivocadas y desencadenar acciones congruentes con esta creencia.
- Tipo persecutorio: se refiere a la creencia que el sujeto está siendo objeto de una conspiración, engaño, espionaje, seguimiento, envenenamiento, calumnias u obstaculización de las propias metas a largo plazo. Puede conducir a la tentativa de remediar esta injusticia por medio de acciones legales.
- Tipo somático: cuando el tema central se refiere a sensaciones o funciones corporales; las más habituales son la convicción de emisión de olores desagradables, malformaciones de partes del cuerpo, infestación por insectos y el no funcionamiento de partes del cuerpo.
- Tipo mixto: cuando no predomina ninguna idea en particular.
- Tipo no especificado: cuando la creencia no puede ser determinada con claridad o no está descrita en los tipos específicos.

El trastorno delirante no ha sido estudiado a fondo, debido a que no es muy común, sin embargo los casos han reportado que dicho trastorno no responde a

neurolepticos. También existe polémica en cuanto al enfoque psicoterapéutico adecuado en un paciente con ideas delirantes. Se aconseja no enfrentarse con la irrealidad de las ideas delirantes hasta el punto de deteriorar la relación terapéutica y aumentar la ansiedad, sin embargo se debe considerar que si no se discute la idea delirante, puede quedar tácitamente confirmada la realidad de sus temores.(, estudio de casos)

El elemento esencial de una psicoterapia efectiva con pacientes con Trastorno Delirante es establecer una relación de confianza paciente-terapeuta. La terapia individual parece más indicada que la de grupo. En principio, el terapeuta no debe estar de acuerdo ni desafiar las ideas delirantes del paciente, sin embargo nunca debe apoyar la afirmación de que las ideas delirantes representan una realidad. El terapeuta debe indicarle en forma empática al paciente que su preocupación por sus delirios interfiere en la vida de los demás y no le permite a él mismo llevar una vida constructiva. Cuando los pacientes empiezan a dudar sobre sus creencias delirantes, el terapeuta puede aumentar la confrontación con la realidad. (Kaplan, 1999)

E. Trastorno Psicótico Breve .

El DSM-IV denomina así al cuadro cuando se dan uno o más de los siguientes síntomas: ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento catatónico o desorganizado durante episodios inferiores a un mes. .

Es típico que experimenten gran desorden emocional o confusión, con rápidas oscilaciones de los estados afectivos. Puede haber un riesgo de mortalidad aumentado, por lo que algunas veces necesitan estar a cargo de otra persona.

Es muy poco frecuente su aparición y cuando ocurre, generalmente, se produce en la adolescencia o el principio de la edad adulta.

E.1. Tipos de Trastorno Psicótico Breve según El DSM-IV.

- Con desencadenante(s) grave(s): si los síntomas psicóticos se presentan poco después y en aparente respuesta a acontecimientos estresantes para cualquier persona en circunstancias parecidas.
- Sin desencadenante(s) grave(s): si los síntomas psicóticos no parecen ser respuesta a los acontecimientos claramente estresantes.
- De inicio en el posparto: si ocurre dentro de las cuatro primeras semanas después del parto.

Aunque la hospitalización y la farmacoterapia sirven para controlar situaciones a largo plazo en el caso del Trastorno psicótico breve, la parte más difícil del tratamiento es la integración psicológica de la experiencia en la vida del paciente y de sus familiares. Pueden estar indicadas las psicoterapias de grupo, individuales y familiares. La exposición de los desencadenantes, del episodio psicótico y el desarrollo de estrategias de afrontamiento son los principales objetivos de estas terapias. (Kaplan,1999).

Los trastornos psicóticos breves, generalmente se tratan con neurolépticos y una psicoterapia centrada en afrontar o escapar del estresante. Lo que sucede con este trastorno es que no se sabe certeramente por cuanto tiempo debe mantenerse la medicación una vez que los síntomas psicóticos han remitido pues de esto dependen la duración y gravedad de lo síntomas, la existencia de impulsos suicidas u homicidas, el estado familiar y si hay indicios de un Trastorno del estado de ánimo. (, estudio de casos)

F. Trastorno Psicótico Compartido (Folie a Deux).

El DSM-IV se refiere a este trastorno cuando se da entre dos personas con una estrecha relación

Es raro que los afectados por este trastorno busquen ayuda y se evidencian cuando se trata el caso primario. No suelen darse otros síntomas extraños o inhabituales en el comportamiento.

No se sabe mucho de la prevalencia o el curso de esta enfermedad, puesto que la gran mayoría de los casos pasan inadvertidos según el manual.

G. Trastorno Psicótico debido a Enfermedad Médica.

Las características esenciales de esta enfermedad descritas por el DSM-IV son las alucinaciones e ideas delirantes que se consideran como debidas a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica. Es necesario establecer ciertamente que el episodio está etiológicamente relacionado con la enfermedad médica a través de un mecanismo fisiológico, por medio de consideraciones como la asociación temporal entre el inicio, la exacerbación o la remisión de la enfermedad médica y la del trastorno psicótico, o la presencia de síntomas atípicos del trastorno psicótico

Las alucinaciones pueden ser de cualquier modalidad sensorial, pero es probable que los factores etiológicos determinen su naturaleza.

Son varias las enfermedades que pueden inducir el trastorno, entre ellas se cuentan las de tipo neurológico, endocrinas, metabólicas, alteraciones del equilibrio hidroelectrolítico, enfermedades hepáticas o renales y trastornos autoinmunes con incidencia en el sistema nervioso central; sin embargo, las que más se asocian a la aparición de las ideas delirantes son las que afectan a los lóbulos temporales y estructuras subcorticales.

G.1 Tipos de Trastornos Psicóticos debido a Enfermedad Médica según el DSM-IV.

- Con ideas delirantes.
- Con alucinaciones.

H. Trastorno Psicótico Inducido por Sustancias.

La característica principal encontrada en el manual es la presencia de alucinaciones o ideas delirantes que se consideran efectos fisiológicos del consumo de sustancias. No se incluyen las alucinaciones cuando el sujeto está conciente de que son provocadas por las sustancias.

Una vez iniciados, los síntomas psicóticos pueden continuar mientras se continúe el consumo de sustancias. Pueden darse a través del consumo de alcohol, alucinógenos, amfetaminas y sustancias de acción similar; Cannabis, cocaína, fenilciclidina y similares; inhalantes; opiáceos; sedantes; hipnóticos y ansiolíticos.

H.1. Tipos de Trastorno Psicótico Inducido por Sustancias según El DSM-IV.

- Con ideas delirantes.
- Con alucinaciones.
- De inicio durante la intoxicación.
- De inicio durante la abstinencia.

Cuando el clínico se enfrenta a un paciente que padece de un Trastorno psicótico inducido por sustancias debe controlar los posibles riesgos asociados a las creencias psicóticas y a la desintoxicación. (, estudio de casos)

I. Trastorno Psicótico No Especificado.

Incluyen la sintomatología psicótica sobre la que no se dispone de información adecuada, de la cual hay información contradictoria o síntomas que no cumplen los criterios para alguno de los criterios específicos.

J. Trastorno Depresivo Mayor.

El Trastorno depresivo mayor se encuentra incluido en el manual DSM-IV dentro de los trastornos del estado de ánimo. Las características principales que plantea el manual son estado de ánimo depresivo, pérdida de interés y/o de la capacidad para el placer.

El manual plantea que para dar este diagnóstico la persona debe presentar cinco o más de los siguientes síntomas:

- Tristeza la mayor parte del día.
- Gran disminución del interés en el placer.
- Pérdida o aumento importante de peso.
- Insomnio o hipersomnía.
- Agitación o enlentecimiento psicomotores.
- Fatiga o pérdida de energía.
- Sentimientos de inutilidad o de culpa.
- Disminuye la concentración.
- Pensamientos de muerte.

Para el diagnóstico del trastorno depresivo mayor se debe considerar si este es con síntomas catatónicos, melancólicos, atípicos ó de inicio en el posparto.

El Trastorno depresivo mayor acompañado de síntomas psicóticos presenta un importante riesgo en el tema del suicidio. Suele ser necesaria la hospitalización o vigilancia extrema. Los clínicos deben tener en cuenta si el paciente ha elaborado planes bien definidos y si hay antecedentes de ideación suicida o algún suicidio consumado en otros miembros de su familia. El tratamiento combinado con antidepresivos y antipsicóticos es mucho más efectivo. La TEC (terapia electroconvulsiva) es el

tratamiento más efectivo para la depresión psicótica, con una tasa de respuesta superior al 90%.(, estudio de casos)

La psicoterapia puede ser de gran utilidad en pacientes con Trastorno depresivo mayor con síntomas atípicos debido a que pueden presentar Trastornos de la personalidad, que pueden convertirse en el foco de atención de la psicoterapia.

La experiencia clínica sugiere que varias formas de psicoterapia pueden ser útiles y que suele ser necesaria la combinación de psicoterapia y medicación durante un largo periodo de tiempo. (, estudio de casos)

La mayoría de los especialistas indican que la combinación de la psicoterapia con la farmacoterapia es el tratamiento más eficaz para el Trastorno depresivo mayor.

La psicoterapia de orientación psicoanalítica se ha utilizado ampliamente en el tratamiento del episodio depresivo mayor, y muchos clínicos la consideran como primera opción. Lo que diferencia a las modalidades de psicoterapia breve (cognoscitiva, interpersonal y conductual) es el papel activo y directivo del terapeuta, los objetivos y la duración.

K. Trastorno Distímico.

El criterio para el diagnóstico de Trastorno distímico es un estado crónicamente depresivo la mayor parte del día durante al menos dos años según el DSM-IV. Mientras está deprimido la presencia de dos o más de los siguientes síntomas:

- Pérdida o aumento de apetito.
- Insomnio o hipersomnia.
- Falta de energía o fatiga.
- Baja autoestima.
- Dificultades para concentrarse o tomar decisiones.
- Sentimientos de desesperanza.

Los síntomas del trastorno distímico son menos graves que los síntomas del trastorno depresivo mayor pero con la diferencia de que son crónicos.

La experiencia clínica sugiere que varias formas de psicoterapia pueden ayudar y que suele ser necesaria la combinación entre psicoterapia y medicación. Es frecuente que estos pacientes sufran recaídas cuando se retira el tratamiento por lo que suele ser necesario mantenerlo durante un largo periodo de tiempo. (, estudio de casos)

L. Trastornos Bipolares.

Según el DSM-IV se enmarcan dentro de los "Trastornos del estado de ánimo". Se trata de episodios o síntomas hipomaníacos o depresivos alternados, o mixtos, que provocan un malestar clínicamente significativo o un deterioro social, laboral, o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. Se debe especificar si se evidencian síntomas catatónicos, de inicio de posparto; la gravedad del hecho (leve, moderado, grave, en remisión parcial o total); la longitud de los episodio (con patrón estacional, o de ciclos rápidos).

Dentro de este trastorno bipolar, se especifica el "trastorno bipolar I" utilizado para designar únicamente al primer episodio de manía, o el episodio bipolar más reciente tanto de hipomanía como depresivo. Para las demás ocasiones se habla de "Trastorno bipolar II" considerado cuando hay presencia o historia de uno o más episodios depresivos mayores, o hipomaníacos.

Cabe considerar al "Trastorno ciclotímico" (numerosos períodos de síntomas hipomaníacos y numerosos períodos de síntomas depresivos que no cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor).

En pacientes con Trastorno Bipolar es importante determinar la causa y tratar la patología subyacente. El tratamiento psicofarmacológico puede seguir las pautas

aplicables al tratamiento de la depresión o la manía. La psicoterapia puede ser útil como coadyudante de los otros tratamientos. (Kaplan, 1999)

M. Trastorno de Ansiedad Generalizada.

Se encuentra clasificado en el DSM-IV dentro de los "Trastornos de ansiedad" y no se considera trastorno psicótico. El TAG consiste en por lo menos tres o más de los siguientes síntomas por lo menos seis meses: dificultad de concentración, inquietud, irritabilidad, tensión muscular, fatigabilidad fácil y trastornos del sueño; estos síntomas deben causar importante malestar en el sujeto y alterar alguna o algunas de las áreas del funcionamiento cotidiano.

Capítulo 2

HABILIDADES SOCIALES

2.1 DEFINICIONES Y CONCEPTOS

Actualmente no existe una definición objetiva del concepto de habilidad social que unifique la acción de quienes están interesados en su estudio. Incluso, Meichenbaum, Butler y Grudson (1981) citados en Caballo (1993) afirman que es imposible desarrollar una definición consistente de competencia social debido a que ésta depende del contexto en el que se encuentre. Se han dado numerosas definiciones, no habiéndose llegado a un acuerdo sobre lo que es una conducta socialmente habilidosa.

Mischel (1973) en Unsueta (1986) en su definición de habilidades sociales subraya las construcciones y esquemas cognitivos señalando que "una habilidad es un conjunto de variables personales construidas por alguien en condiciones particulares, más que una inferencia a la manera de rasgos. Es un estereotipo que se aprende a través de observación y se organiza merced a las reglas, convenciones sociales, expectativas y valores subjetivos en un esquema cognitivo".

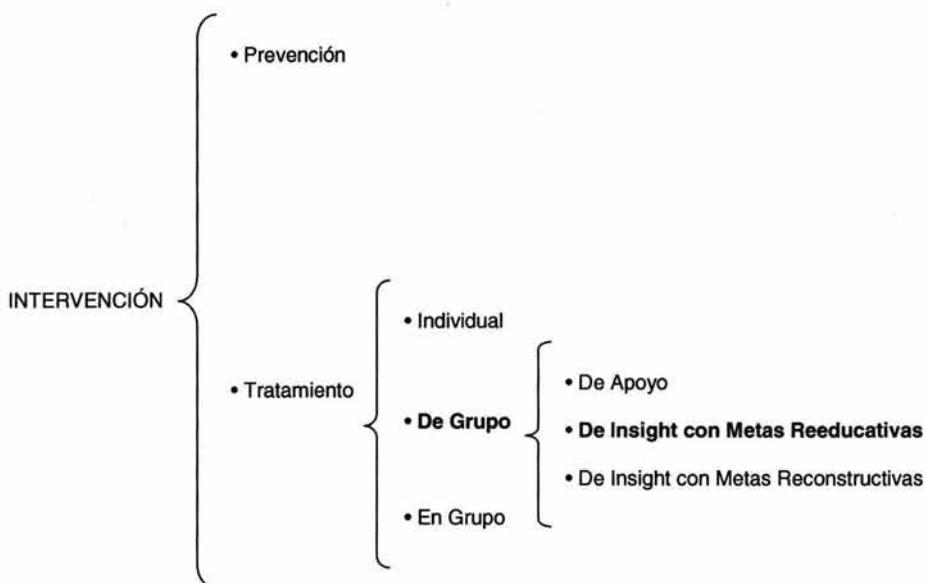
Alberti y Emmons (1978) en Caballo (1993) han definido la conducta socialmente habilidosa como "La conducta que permite a una persona actuar según sus intereses más importantes, defenderse sin ansiedad inapropiada, expresar cómodamente sentimientos honestos o ejercer los derechos personales sin negar los derechos de los demás". En el programa de entrenamiento en habilidades sociales para pacientes de hospital parcial existen sesiones específicas que trabajan dichos puntos, por ejemplo, en la sesión VIII se comentan los derechos que tienen como seres humanos.

Trower (1982) define las habilidades sociales como “componentes conductuales normativos, acciones simples o secuencias de elementos o representaciones que la gente usa de ordinario en la interacción social, y que se encuentra gobernada por reglas. Tales componentes son aprendidos por experiencia u observación, retenidos por la memoria en forma simbólica y posteriormente sujetos a evocación”. Por su parte Conger y Conger (1982) definen habilidad social como “el término genérico que designa el grado de éxito que puede lograr una persona en situaciones de interacción o transacción que tienen lugar en un contexto interpersonal, independientemente del lugar, los objetivos personales o los participantes implicados”. (Unsueta,1986).

Kelly (1987) proporciona la definición de habilidades sociales como “un conjunto de conductas identificables, aprendidas que emplean los individuos en las situaciones interpersonales para obtener o mantener el reforzamiento de su ambiente”.

En 1993, Caballo describió las habilidades sociales como “el conjunto de conductas emitidas por un individuo en un contexto interpersonal que expresa los sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de ese individuo, de un modo adecuado a la situación, respetando esas conductas en los demás, y que generalmente resuelven los problemas inmediatos de la situación mientras minimiza la probabilidad de futuros problemas”. Al mismo tiempo, Caballo plantea la definición de el Entrenamiento en Habilidades Sociales (EHS) como “un enfoque general de la terapia, dirigido a aumentar la competencia de la actuación en situaciones críticas de la vida o como un intento directo y sistemático de enseñar estrategias y habilidades interpersonales a los individuos, con la intención de mejorar su competencia interpersonal-individual en clases específicas de situaciones sociales”.

El entrenamiento en habilidades sociales es una manera de intervenir con el paciente para lograr un reajuste en su pensamiento y en su conducta. En el diagrama presentado a continuación se encuentran los diferentes tipos de intervención.



En el presente estudio se lleva a cabo un tratamiento de grupo con metas reeducativas por medio de un enfoque cognitivo-conductual.

La teoría conductual tiene como propósito "promover el conocimiento de los conflictos más conscientes del individuo mediante un esfuerzo deliberado que lo conduzca a lograr un reajuste, una modificación de sus metas y un estilo de vida que satisfaga sus necesidades, permitiéndole de este modo descubrir y desarrollar sus potencialidades. Busca corregir patrones de conducta alterados y desordenados, con el objetivo de ayudar al paciente a utilizar sus recursos para obtener mayores satisfacciones en el trabajo, en sus relaciones personales y en su ajuste social, brindándole explicaciones de su conducta e indicándole cuáles son sus hábitos"(González, 1999).

El enfoque conductual ha formulado diferentes modelos en la investigación de las habilidades sociales los cuales se explican a continuación.

A. Modelo Etológico.

El estudio de las habilidades sociales se ve beneficiado en gran medida por este modelo, debido a que todos los estudios se llevan a cabo en escenarios naturales. Los etólogos conciben las habilidades sociales desde el punto de vista darwiniano de la selección natural, según el cual los roles sexuales están influidos directamente por las características sexuales. Los etólogos afirman que la "impasividad" constituye un rasgo general del comportamiento social hábil basándose en la observación de que ésta característica es atribuible a los animales líderes o a los machos dominantes y estos son respetados por los demás miembros del grupo. (Unzueta, 1986)

B. Modelo de los Rasgos.

El presente modelo "analiza las habilidades sociales como un constructo hipotético que refleja características subyacentes de personalidad" (Unzueta, 1986). Las habilidades sociales son sólo indicadores burdos de una determinada personalidad. El modelo supone estabilidad de la habilidad social en el tiempo y en el espacio. El modelo de los rasgos según Unzueta (1986) convierte la noción de habilidad social en una abstracción diseñada para integrar diversas ejecuciones observables a través de estas medidas que constituyen los indicadores del rasgo.

C. Modelo Molecular.

Interesado en unidades conductuales específicas y concretas llamadas componentes, el modelo molecular, no se interesa en rasgos ni en predisposiciones subyacentes, no considera a las habilidades sociales como elementos de amplia generalidad pues ve en las destrezas sociales conductas aprendidas en situaciones y contextos específicos.

Este modelo operacionaliza los elementos que integran las habilidades sociales. Enfatiza el carácter situacional de las destrezas, recalcando la necesidad de estudiar más a fondo la interacción social.

Por su parte el enfoque cognitivo postula que hay importantes estructuras cognitivas organizadas jerárquicamente en categorías. Los teóricos de la terapia cognitiva comparten la idea de que en el tratamiento de los trastornos de la personalidad es por lo general más productivo identificar y modificar los problemas "nucleares". Dicho enfoque ha formulado cinco distintos modelos que se describen a continuación:

A. Modelo Antropomórfico.

Se basa en que la persona responde a fuerzas contrarias de naturaleza externa y es capaz de gobernar y dirigir su propia conducta. Considera al ser humano como un agente racional capaz de elegir los medios adecuados para adaptarse al medio.

Harre y Secord (1972) en Unzueta (1986) afirman que "si queremos entender el significado que la gente asigna a los estímulos en el medio ambiente y las reglas y normas que siguen para generar y monitorear su conducta social, deberemos estudiar las interacciones reales pasadas y presentes o las simulaciones instigadas a través del juego

de roles y los comentarios que estas sugieren". Para dichos autores, la realidad social no es objetiva sino intersubjetiva.

B. Modelo de los Scripts

También llamado etogénico propone que parte de nuestro conocimiento está organizada alrededor de una infinidad de situaciones estereotípicas que implican actividades rutinarias. Utilizan el término "script" para hablar de un estereotipo que se ha fijado en la memoria, los scripts suponen roles, objetos, condiciones, secuencias de acción, y resultados por ejecutar acciones de una u otra manera (Unzueta, 1986).

C. Modelo del Aprendizaje Social

Dentro de la versión de la teoría cognoscitiva, Mischel (1978) en Unzueta (1986) se apoya en las formulaciones del aprendizaje social aportando cinco sugerencias para el entendimiento del proceso interactivo: 1) Todo individuo adquiere información relevante a través del aprendizaje observacional. El observador construye su realidad como así lo elija. 2) Los constructos personales y las estrategias de codificación influyen sobre la respuesta del individuo, su atención y su interpretación de la situación social. 3) La variable expectativa es de suma importancia pues determinan la selección de la conducta de una persona de entre muchas posibilidades disponibles. 4) La emisión de la conducta de una persona puede variar y depender en mucho de los valores subjetivos de la persona. 5) Existe un sistema regulatorio de la conducta a través del cual la persona es capaz de criticar o aprobar el propio comportamiento.

D. Modelo Generativo.

El modelo considera las siguientes variables.

1. Capacidad de monitoreo.

2. Capacidad de ejecución.
3. Metas y propósitos.
4. Representaciones cognitivas y funciones lógicas. El modelo supone que cada vez que la atención se dirige hacia el ambiente exterior, la naturaleza de la información proveniente del mismo es procesada con el fin de establecer un esquema, el cual cotextualiza la información (Unzueta, 1986).

El modelo generativo concibe las habilidades sociales como fruto de las influencias medioambientales.

E. Modelo de Análisis de Tarea.

McFall (1982) en Unzueta (1986) criticó las limitaciones del modelo de los rasgos y del molecular e intentó una reformulación del concepto de habilidades sociales estableciendo distinciones concretas entre competencia, habilidad y tarea. Define la tarea como una condición necesaria para juzgar qué tan competente es la ejecución. Para McFall el concepto que la tarea tiene, merece mayor consideración debido a que es el instrumento más apropiado para organizar los eventos. El modelo establece una jerarquía de tareas desde las más globales a las más particularizadas. Es importante evaluar dos aspectos vinculados con la persona: las tareas críticas en la vida de una persona o grupo y las muestras representativas de la ejecución de los sujetos en cada tarea. La identificación de una ejecución socialmente competente es prerequisite indispensable para el análisis de las habilidades sociales.

El tratamiento de insight con metas reeducativas, en el caso del Programa de entrenamiento en habilidades sociales para pacientes de hospital parcial, se encuentra basado en la teoría cognitivo-conductual que según Labrador (1995) tiene como principales postulados los siguientes:

- El cambio conductual se halla mediado por las actividades cognitivas. Es decir, la identificación y la alteración sistemática de aspectos cognitivos desadaptativos producirá los cambios conductuales deseados.
- La aceptación del determinismo recíproco entre el pensamiento, el ambiente y la conducta.
- La terapia está diseñada para ayudar al paciente a identificar y corregir creencias o concepciones disfuncionales. Se ayuda a los pacientes a que reconozcan las conexiones entre las cogniciones, el afecto y la conducta, junto con sus consecuencias, para hacerles conscientes del rol de las imágenes y pensamientos negativos en el mantenimiento del problema.
- Se utilizan manipulaciones ambientales como en otros enfoques, pero aquí tales manipulaciones representan ensayos de feedback informativos que aportan una oportunidad para que el paciente cuestione, revalore y adquiera autocontrol sobre conductas, sentimientos y cogniciones desadaptativas, al mismo tiempo que practica habilidades entrenadas.
- La relación terapéutica enfatiza el papel activo del cliente.

Caballo (1991) plantea cuatro elementos básicos del Entrenamiento en Habilidades Sociales:

A. Entrenamiento en Habilidades.

Conductas específicas son enseñadas al sujeto para que las integre a su repertorio conductual. Se utilizan técnicas cognitivo-conductuales como son las

instrucciones, el modelado, el ensayo de la conducta, tareas para casa, procedimientos cognitivos, la retroalimentación y el reforzamiento.

A.1 Las Instrucciones.

También llamada la técnica del aleccionamiento "intenta proporcionar al sujeto información explícita sobre la naturaleza y el grado de discrepancia entre su actuación y el criterio (p. ej., "Tu contacto ocular fue demasiado breve, auméntalo"). (Caballo, 1993)

El término instrucciones abarca información sobre el programa EHS y cada una de sus sesiones, por lo tanto en el presente programa se utilizaron las instrucciones en forma de material escrito y en forma verbal para describir a los sujetos lo que se realizaría en cada sesión para asegurarse de que comprendan las expectativas de ese día.

A.2 El Modelado.

Un modelo, en este caso la coordinadora del programa se presenta en vivo (puede ser también en video) muestra correctamente la conducta objetivo de la sesión que le permitirá al sujeto el aprendizaje observacional.

Caballo (1991) describe algunos aspectos en el modelado.

1. La atención es necesaria para el aprendizaje. En el modelado se aprende vicariamente por medio de la observación y la escucha. A veces ayuda que el grupo tenga una pequeña discusión acerca de lo que el modelo realizó.
2. El observador debe considerar la conducta del modelo como deseable. El paciente recordará mejor las respuestas si tiene una oportunidad para practicar la conducta del modelo.

3. El paciente no debe interpretar la conducta del modelo como la única manera "correcta" de comportarse, sino como una forma de abordar una situación particular.

El modelado con esquizofrénicos no psicóticos ayuda a mejorar su actuación especialmente con respecto al estilo de emisión de respuestas según el estudio de Eisler, Blanchard, Fitts y Williams (1978).

A.3 El Ensayo de la Conducta.

Cuando los sujetos tienen clara la conducta objetivo recordarán mejor si practican la conducta modelo.

A.4 Tareas para Casa.

"Todo terapeuta con experiencia sabe que el éxito de la práctica clínica depende en gran medida de las actividades del paciente cuando no está con el terapeuta. Esta dependencia de las actividades "externas" es especialmente cierta en el caso de la práctica conductual" (Shelton y Levy, 1981 citados en Caballo, 1993).

Las tareas para casa son parte esencial del programa, lo que sucede en la vida real servirá para las discusiones en el grupo

Shelton y Levi (1981) en Caballo (1993) mencionan que la presente técnica tiene una serie de beneficios entre ellas el acceso a las conductas privadas, es decir, hacer que el tratamiento continúe aún sin la presencia del terapeuta; el uso del resto de la semana puede significar un ahorro de tiempo, dinero y utilización de los servicios de salud; las tareas en casa motivan el autocontrol del paciente; ayuda al paciente a transferir lo que ha aprendido durante la terapia al mundo exterior.

A.5 Procedimientos Cognitivos.

Los programas de entrenamiento en habilidades sociales no solamente utilizan técnicas conductuales, en nuestro tiempo se ha demostrado que es importante cambiar el pensamiento o cognición del paciente para que realmente se obtengan resultados exitosos.

El programa de entrenamiento en habilidades sociales para pacientes de hospital parcial utiliza técnicas cognitivas en prácticamente todas las sesiones pues se realizan reflexiones sobre los temas siempre antes de comenzar la dinámica del día y se discute sobre las experiencias obtenidas durante las tareas en casa, de esta manera los pacientes modifican sus cogniciones de manera positiva con la finalidad de obtener mejores resultados en cada sesión. Según Caballo, (1993) los componentes cognitivos de las habilidades sociales, encontró que los sujetos con una baja habilidad social tienen más autoverbalizaciones negativas, menos autoverbalizaciones positivas, más ideas irracionales, mayor conciencia de sí mismos, mayor recuerdo de la retroalimentación negativa que positiva comparados con individuos de alta habilidad social.

A.6 Retroalimentación y Reforzamiento.

Muchas veces la retroalimentación y el reforzamiento se funden en uno, cuando la retroalimentación que se da al paciente es reforzante para él. "El reforzamiento sirve tanto para adquirir nuevas conductas, recompensando aproximaciones sucesivas, como para aumentar determinadas conductas adaptativas en el paciente". (Caballo, 1993).

El tipo de reforzamiento más empleado en el programa de entrenamiento en habilidades sociales para pacientes de hospital parcial es el verbal, ya que cuando los pacientes realizan una conducta adecuadamente o aportan una reflexión valiosa al grupo se les refuerza con frases como "muy bien", "sigue así" o "felicidades".

B. Reducción de la Ansiedad.

Generalmente, la disminución de la ansiedad en un programa de entrenamiento en habilidades sociales se da de manera indirecta debido a que el paciente lleva a cabo conductas más adaptativas que son inversamente proporcionales a las respuestas de ansiedad. En el momento en el que se perciba un nivel de ansiedad muy elevado se puede emplear directamente una técnica de relajación. La tensión o activación pueden estar producidas por aspectos muy variados, como pensamientos, condiciones externas o incluso las propias conductas. Frente a los efectos que la tensión mantenida puedan producir, se ha constatado varias veces que la relajación produce efectos contrarios. Los cambios psicofisiológicos que Labrador (1995) ha destacado son: disminución de la tensión muscular tónica, disminución de la frecuencia e intensidad del ritmo cardíaco, Aumento de la vasodilatación arterial y la oxigenación celular, regularidad en el ritmo respiratorio, actividad simpática general, disminución en los niveles de secreción de adrenalina y noradrenalina, etc.

Existen varios métodos de entrenamiento en relajación que la terapia cognitivo-conductual utiliza. La relajación muscular progresiva, el entrenamiento autógeno, el método de relajación-meditación de Benson y la visualización.

En la primera sesión, debido a que los pacientes se encontraban ansiosos por estar comenzando el programa se utilizó la técnica de relajación con imagen placentera, en la cual se controla la respiración además de crear un ambiente agradable por medio de la imaginación. (Tomado de Barragán L., Cruz B. Fulgencio M., Barragán N., Ayala H. 1998).

C. Reestructuración Cognitiva.

En un programa de entrenamiento en habilidades sociales no solamente se intentan modificar las conductas, para obtener mejores resultados es importante cambiar

valores, creencias y en general todas las cogniciones que puedan truncar las habilidades sociales del paciente.

En reestructuración cognitiva, las técnicas se encaminan a identificar y modificar las cogniciones desadaptativas del individuo sustituyéndolas por otras más adecuadas, propiciando el autoconocimiento y con ello se da un aumento en la autoestima .

La Terapia Racional Emotiva (TRE) de Ellis es un enfoque que parte de la idea de que los problemas emocionales se basan en las afirmaciones irracionales que la gente hace sobre sí misma, por lo que este enfoque trata de enseñar a los individuos a contrarrestar esos pensamientos con afirmaciones positivas y realistas.

El modelo TRE se basa en el esquema A-B-C en donde A corresponde a los acontecimientos que activan el pensamiento irracional, B son las creencias acerca de A y C es la consecuencia emocional o conductual. De acuerdo con este esquema el individuo crea sus propias consecuencias a través de las creencias previamente establecidas.

D. Entrenamiento en Solución de Problemas.

Se enseña al paciente a percibir correctamente las situaciones relevantes para procesar, seleccionar o enviar una comunicación interpersonal objetiva.

El objetivo de introducir el entrenamiento en solución de problemas en los Programas de entrenamiento en habilidades sociales es que los cambios que se produzcan sean aplicables a otras situaciones sociales, es decir, que se generalicen.

La solución de problemas se puede definir como un proceso cognitivo-afectivo-conductual que permite al individuo identificar, descubrir o inventar alternativas de enfrentamiento a los problemas cotidianos.

El entrenamiento en habilidades sociales abarca varias dimensiones conductuales y todas giran en torno a las cuatro clases de respuesta que abarcan las habilidades sociales establecidas por Lazarus (1973) en Caballo (1993):

1. La capacidad de decir "no".
2. La capacidad de pedir favores o hacer peticiones.
3. La capacidad de expresar sentimientos positivos o negativos.
4. La capacidad de iniciar, mantener y terminar conversaciones.

2.2 EL ESTUDIO DE LAS HABILIDADES SOCIALES

Caballo (1993) considera tres fuentes del estudio científico y sistemático de las habilidades sociales.

La primera, se apoya en el trabajo de Salter (1949) en Caballo (1993) denominado *Conditioned reflex therapy* (Terapia de reflejos condicionados). Los trabajos de Wolpe (1958) quien fue el primer autor en emplear el término asertivo, a su vez vincula el problema de la asertividad con la inhibición recíproca, postulando la absoluta incompatibilidad entre la ansiedad y la respuesta asertiva. Wolpe define la asertividad como "no solo la expresión de conducta más o menos agresiva, sino también de sentimientos de afectión, agrado y amistad, liberados de cualquier vestigio de ansiedad" (Unzueta, 1986). Se piensa a partir de la teoría de Wolpe que un individuo cuando se comporta de manera asertiva es difícil que presente ansiedad. Aunque falta evidencia directa de que la

habilidad social inhiba fisiológicamente a la ansiedad. (Rimm y Masters, 1974 en Caballo, 1993)

La segunda fuente, la constituyen los trabajos realizados por Zigler y Phillips (1960, 1961) quienes realizaron una investigación con pacientes institucionalizados demostrando que cuanto mayor es la competencia social previa de los pacientes que son internados en el hospital psiquiátrico menor es la duración de su estancia en él y más baja su tasa de recaídas.

La tercera fuente viene del concepto de "habilidad" aplicado a las interacciones hombre-máquina. La aplicación del concepto de "habilidad" dio lugar a un trabajo sobre las habilidades sociales en Inglaterra (p. ej., Argyle, 1967, 1969, 1974 y 1967). A partir de este momento surgieron investigaciones con el objetivo de estudiar a las habilidades sociales desde distintos puntos, la edad, el sexo, el estado anímico, las adicciones, etc.

Numerosas investigaciones se han realizado referente a la niñez; los primeros intentos de entrenamiento en habilidades sociales se remontan a trabajos realizados por autores como Jack (1934), Page (1936), Murphy, Murphy y Newcomb (1937) y Thompson (1952) los cuales estudian diversos aspectos de la conducta social en niños (Phillips, 1985), sin embargo debido a que no se sabe mucho sobre los resultados, generalmente no son tomados en cuenta como antecedentes del tema. Las habilidades sociales en los niños son un tema de sumo interés para los estudiosos del tema pues McHale, Dariotis y Kauh (2003) argumentan que los niños de 6 a 12 años están viviendo una etapa crucial del desarrollo de las habilidades sociales debido a que conviven con otras personas fuera de casa y son en gran medida influenciados. (PsycINFO Database Record (c) 2003 APA) Además, Weiss (1973) sugiere que la falta de habilidades sociales proveniente de la infancia puede estar asociada con la soledad, argumentando que la gente con pocas habilidades sociales tiene menos relaciones sociales satisfactorias y así experimentan

ansiedad (Caballo, 1993), por lo tanto si se tratan las habilidades sociales desde la infancia se podrían evitar un sinnúmero de trastornos en la edad adulta. Sin embargo la soledad no solamente debe ser tomada en cuenta de manera aislada, Gordon (1976) argumenta que "la soledad de las masas no es sólo un problema que puedan afrontar los individuos particulares implicados; es una indicación de que las cosas funcionan muy mal a nivel social". Afirma que las instituciones sociales podrían considerar modos de ayudar a grupos de riesgo para evitar la soledad (Caballo, 1993).

Wang, He y Lianqi (2002) llevaron a cabo un estudio con 517 niños de 10.3 años promedio aproximadamente sobre su desarrollo físico, vida extraescolar y familiar por medio de una escala que medía dichos ítems. El estudio reveló que la competencia social de los niños se correlaciona con el dormir lejos de los padres, la mala alimentación, la edad y el acudir a clases particulares; otro estudio realizado por Danielson y Phelps (2003) por medio de una investigación test-retest sobre el autoreporte de las habilidades sociales en niños de 4°,5° y 6° de primaria, reveló tres componentes esenciales sobre la competencia social: reglas sociales, simpatía e ingenio social. (PsycINFO Database Record (c) 2003 APA).

No solo se han realizado investigaciones sobre el entrenamiento de las habilidades sociales en niños normales, Nikopoulos y Keenan (2003) implementaron un nuevo proceso de modelamiento por medio de video con 7 niños de edades (9 a 15 años) con autismo. El tratamiento ayudó a 4 niños a iniciar relaciones sociales exitosas las cuales se mantuvieron durante dos meses, tiempo en el que continuó la evaluación. Por otro lado, Antshel y Remer (2003) evalúan la eficacia de un programa de entrenamiento en habilidades sociales en 120 niños de 8 a 12 años con Trastorno de Atención por Hiperactividad. Los resultados definieron que el programa beneficiaba en gran dimensión a los niños con dicho trastorno. . (PsycINFO Database Record (c) 2003 APA).

Los adolescentes se encuentran en una etapa crucial para el desarrollo de las habilidades sociales debido a sus expectativas a futuro pues existe una correlación positiva entre su competencia social y las conductas prosociales en el futuro como lo indica el estudio realizado por Jerusalem y Klein-Hessling (2002). Wood (1980), por su parte, estudia en 90 adolescentes el efecto del entrenamiento asertivo y el de los entrenadores sobre el comportamiento poco asertivo. Los resultados obtenidos indican logros sobre el aprendizaje estructurado impartido por maestros en clase (Unzueta, 1986). Existen muchas variables alrededor del aprendizaje, Ruggiero (2002) realiza un estudio en el que el objetivo es determinar si las habilidades sociales contribuyen de manera significativa en el aprendizaje en familias de bajos recursos. Los resultados indicaron que el autocontrol, la asertividad y la cooperación son habilidades sociales que intervienen en el aprendizaje (PsycINFO Database Record (c) 2003 APA).

Los adolescentes son vulnerables debido a su edad y por lo tanto pueden ser enseñados a actuar tanto de manera positiva como negativa por lo que Sarason y Sarason (1981) realizan un estudio con un grupo de estudiantes que presentaban ausentismo y delincuencia y les enseñaron habilidades cognitivas y sociales. Los estudiantes que recibieron el tratamiento especial fueron capaces de pensar en forma más adaptativa en situaciones problemáticas y demostraron una mayor eficiencia para resolver problemas (Unzueta, 1986). Freeman, Sullivan y Fulton (2003) examinan los conceptos del drama en el autoconcepto, la conducta problemática y las habilidades sociales en 237 estudiantes sin encontrar efectos significativos en el tratamiento. Actualmente, Strahan está llevando a cabo un estudio longitudinal en Noruega que tendrá una duración de dos años, en el cual se estudia la relación entre las habilidades sociales y las actividades académicas con las calificaciones de 253 adolescentes, la hipótesis consiste en que se encontrará correlación positiva entre las buenas calificaciones y el alto

índice de actividades académicas y de habilidades sociales (PsycINFO Database Record (c) 2003 APA).

La discapacidad intelectual no solo afecta el éxito académico del sujeto, también interviene en otras áreas como la motora, la artística y las relaciones sociales, por lo que Matson y Senatore (1981) realizan un estudio conformado por 35 pacientes adultos con discapacidad intelectual comparando el entrenamiento en habilidades sociales con la eficacia de la psicoterapia tradicional en cuanto a la adquisición de un adecuado funcionamiento interpersonal obteniendo resultados que confirman que el entrenamiento en habilidades sociales ayuda en gran medida a los sujetos con discapacidad intelectual, sin embargo, dependiendo de las necesidades del paciente es que se utilizan en mayor o menor medida las diferentes técnicas que existen en el entrenamiento en habilidades sociales del enfoque cognitivo-conductual, por ejemplo, Matson y Earnhart (1981) realizan investigaciones concernientes a las habilidades sociales en personas con discapacidades intelectuales comparando dos paquetes instruccionales para el entrenamiento de ciertos repertorios conductuales prosociales de cuatro pacientes adultos de sexo femenino, demostrando la importancia relativa de los procedimientos del aprendizaje social como el automonitoreo, la retroalimentación, el modelamiento, el juego de roles y el reforzamiento social (Unzueta, 1986). En cuanto al rol playing Petermann (2002) a medida que examina los conceptos de la competencia social concluye que el rol playing es una técnica esencial en el entrenamiento de las habilidades sociales (PsycINFO Database Record (c) 2003 APA), por su parte Holden y cols. (1990) en Caballo (1993) crean un programa denominado "Enfoque de las habilidades para la vida" el cual esta centrado en seis áreas generales: información, solución de problemas, autoinstrucciones, afrontamiento, comunicación y sistemas de apoyo.

Se ha planteado que la discapacidad intelectual afecta el desarrollo interpersonal de la persona por lo cual se ha tomado como hipótesis en varias investigaciones la

intervención de la inteligencia dentro de las habilidades sociales. En la revista *Zeitschrift fur Psychologie Mit Zeitschrift fur Angewandte Psychologie*, se publicó un artículo referente a la inteligencia en la cual Langfeldt e Imhof (2001) concluyen que existen dos componentes que influyen dentro de la inteligencia que son la capacidad de resolver problemas y la competencia social (PsycINFO Database Record (c) 2003 APA).

Diferentes factores influyen en las habilidades sociales de cada sujeto y en que estas se desarrollen o se atrofien hasta el punto de afectar gravemente la estabilidad de la persona y de su comunidad. Burgess y cols. (1980) encuentran que los delincuentes sexuales tienen tanto deficiencias en habilidades interpersonales como altos niveles de ansiedad en las interacciones sociales diarias. Trabajar el entrenamiento en habilidades sociales produjo un aumento de las conductas socialmente adecuadas. En cuanto a los individuos agresivos, éstos sufren daños irreparables en sí mismos y los causan a su comunidad. Yul Lee y cols. (1979) en Unzueta (1986) realizan un estudio con 39 estudiantes considerados por sus compañeros como agresivos, demostrando la utilidad del entrenamiento en asertividad para disminuir la agresividad.

Así mismo, Turner y Beidel (1985) apoyan con su estudio a la existencia de dos subtipos de individuos socialmente ansiosos, caracterizados por patrones específicos de cogniciones y reactividad fisiológica cuando se encuentran en una situación social. Un grupo estaba caracterizado por cogniciones negativas y altos niveles de reactividad fisiológica, mientras que el segundo grupo tenía los mismos niveles de cogniciones negativas pero con un bajo nivel de reactividad fisiológica. Los resultados sugieren que la mayoría de los individuos socialmente ansiosos tienen pensamientos negativos (Caballo, 1993).

El problema de las adicciones también es un tema que concierne a las habilidades sociales, en el año de 1977 Miller y Eisler estudian la relación entre la asertividad y la conducta de beber de pacientes psiquiátricos en una situación de laboratorio indicando que existe una significativa correlación negativa para los alcohólicos, entre aserción negativa y consumo de alcohol en la situación de laboratorio; es decir, a menor asertividad mayor cantidad que bebía en la situación experimental el paciente psiquiátrico, estos resultado se relacionan con los trabajos de Jakubowski (1977) quien argumenta que el entrenamiento en habilidades sociales puede emplearse con pacientes dependientes de las drogas o el alcohol cuando estos se usan principalmente para: escapar de las situaciones de conflicto con otras personas, expresar la ira y mostrar sus quejas hacia otras personas de forma indirecta y desinhibirse (Caballo, 1993), pues generalmente los sujetos adictos al alcohol según Bellack y Morrison (1982) tienen particularmente falta de habilidades para enfrentarse a situaciones conflictivas por lo que caen en el alcoholismo, sin embargo el contexto en el que se mueve el adicto es de suma importancia a tomar en cuenta para su recuperación. Twentyman y cols. (1982) comparan un grupo de pacientes alcohólicos hospitalizados con otro integrado por bebedores sociales con base en ciertas habilidades sociales manifestadas. Los pacientes fueron evaluados mediante el test de juego de roles. Los resultados indicaron que los bebedores crónicos suelen responder con afirmaciones más breves que los bebedores sociales, aunque con menos problemas de fluidez de lenguaje. Los grupos no demostraron diferencias significativas en cuanto a las habilidades sociales; sin embargo, se encontraron interacciones interesantes grupo-situación en la categoría relacionada con rehusar la bebida. El estudio sugirió que las variables situacionales son factores importantes en la diferenciación de alcohólicos-no alcohólicos (Unzueta, 1986). Otra variable importante es la razón por la cual el sujeto bebe, Monti y cols. (1986) afirman que el alcohol facilita el correr riesgos, la búsqueda de sensaciones y conductas asociadas, lo que es incompatible con la depresión y la

hipoactividad, esto indica que existen distintas razones para beber entre las que se encuentran, facilitar las interacciones sociales y la necesidad de relajación (Caballo, 1993).

Es necesario trabajar las habilidades sociales como forma de prevención para ayudar al paciente a trabajar las relaciones interpersonales ya que Jacobs y cols. (1972) indican que las relaciones interpersonales adecuadas, independencia emocional, tolerancia a la frustración y autoestima se correlacionan con respuestas positivas al tratamiento y que, por otro lado, el fracaso, la desilusión y el rechazo se correlacionan con la ausencia de mejoría en el tratamiento psicológico (Unzueta, 1986). Eisler y Frederiksen (1980) en Caballo (1993) señalan los déficits en la habilidad social como una base para las principales formas de psicopatología. "Individuos que han mostrado déficits extremos en el funcionamiento social se han encontrado a menudo en instituciones mentales o reformatorios, dependiendo de lo aceptables, desadaptativas o antisociales que se han visto sus conductas".

Los pacientes que sufren de depresión además de que tienen un "reducido repertorio conductual adaptativo" (Frester, 1965 en Unzueta, 1986) sufren al no poder disfrutar de los reforzamientos como los demás miembros de su comunidad. Lewinsohn (1975) reporta que el paciente deprimido se haya bajo un programa en el que el reforzamiento contingente a la respuesta ha disminuido. La persona deprimida es incapaz de obtener las gratificaciones del mundo externo como una persona normal. El problema de la persona deprimida no solamente radica en su enfermedad, también interviene que los pacientes deprimidos provocan hostilidad en los demás por lo cual son rechazados por la sociedad (Coyn, 1976). Las características de la enfermedad y la discriminación a la que son sujetos los hacen susceptibles a necesitar ayuda en el tema de las habilidades sociales, mientras en 1980 Lefevre y West encuentran una correlación negativa entre las

habilidades sociales y las susceptibilidad a la depresión (Caballo, 1993). En ese mismo año Sánchez y Lewinsohn demuestran una alta correlación entre la asertividad y la depresión. Los índices de asertividad podrían permitir la predicción del nivel subsecuente de depresión (Unzueta, 1986). El entrenamiento en habilidades sociales con pacientes depresivos comenzó con Lazarus (1968) en Caballo (1993) quien trató a una paciente depresiva con un programa de entrenamiento en habilidades sociales, desapareciendo la depresión sin reaparición en un seguimiento de tres años, posteriormente Hersen y cols. (1980) conducen un estudio en el que se da a cinco pacientes de sexo femenino catalogadas como depresivas un tratamiento en habilidades sociales resultando una sustancial mejoría en los puntajes de escalas psiquiátricas y en las medidas conductuales (Unzueta, 1986).

El tema de las habilidades sociales en pacientes con esquizofrenia ha sido estudiado en numerosas ocasiones, a veces obteniendo poco éxito como Serber y Nelson quienes en 1971 trataron esquizofrénicos hospitalizados obteniendo poco éxito (una mejoría en el 14% de los sujetos) y a veces obteniendo resultados significativos como cinco años más tarde Fiel y Test o Bellack, Hersen y Turner quienes aplican el entrenamiento en habilidades sociales a tres pacientes con esquizofrenia encontrando generalizaciones a situaciones nuevas, manteniéndose los resultados en un seguimiento de diez semanas. (Caballo, 1993). Debido a que una de las características de la esquizofrenia es la falta de relaciones interpersonales es necesario realizar más investigación sobre el tema Liberman informa del empleo a gran escala del entrenamiento en habilidades sociales dentro de los programas de salud mental con esquizofrénicos y del éxito que esta obteniendo la aplicación de esta técnica con dichos pacientes, además observa que el estudio de adultos mayores con esquizofrenia y otros desordenes y sus habilidades sociales han sido poco estudiados y la única investigación que existe sobre

dichos pacientes es la de Cohen (2003) quien actualmente estudia las diferencias entre las habilidades sociales en adultos mayores con esquizofrenia y los adultos mayores de la población normal. (PsycINFO Database Record (c) 2003 APA).

Bellack y Morrison (1982) en Caballo (1993) argumentan que los patrones de interacción de las familias de los esquizofrénicos pueden servir realmente para aumentar la probabilidad de recaída y que el paciente esquizofrénico no tiene las habilidades sociales necesarias para sobrellevar situaciones estresantes. No solamente en los pacientes esquizofrénicos es de vital importancia la situación familiar, en todo caso debe ser tomado en cuenta ya sea como método de prevención o de tratamiento. Doane, West, Goldstein, Rodnick y Jones (1978) indican que la comunicación afectiva que priva en una interacción familiar en una situación de discusión y diferencias de opinión y factores tales como argumentos contradictorios, crítica directa y generación de culpabilidad, puede predecir perfectamente subsecuentes problemas psiquiátricos en adolescentes vulnerables; los procesos interpersonales dentro de la familia constituyen el predictor más importante de la recaída de los pacientes psiquiátricos. Vaughn y Leff (1976) reportan que de todos los pacientes psiquiátricos que retornaban al seno de una familia en la que imperaba la crítica, el 51% recayó en los siguientes 9 meses de haber sido dado de alta, mientras que las familias caracterizadas por poca crítica, sólo el 13% solicitó rehospitalización (Unzueta, 1986).

Una parte importante en la familia es que la pareja mantenga una buena relación para lo cual Epstein, DeGiovanni y Jayne-Lazarus (1978) indican que el entrenamiento en habilidades sociales para parejas puede ser un medio efectivo para mejorar la comunicación adecuada entre ellos, incluso Eisler y Frederiksen (1980) emplean el entrenamiento en habilidades sociales dirigido a parejas, dividiéndose en cuatro

secciones: establecimiento de la relación, evaluación, entrenamiento en habilidades de comunicación y el mantenimiento de las mismas (Caballo, 1993).

El entrenamiento en habilidades sociales ha sido utilizado a través del tiempo con numerosos trastornos y variables debido a que el ser humano es un ser social. Dunn y cols (1980) aplican un programa en entrenamiento en habilidades sociales en pacientes que tenían lesiones en la espina dorsal; Meyers y Jansen (1980), en una mujer maltratada y López (1980), en ancianos institucionalizados. En todos los casos se reportaron resultados satisfactorios.

Capítulo 3

Método y Presentación del Programa de Entrenamiento en Habilidades Sociales

3.1 Método

Las enfermedades mentales afectan a la persona no solamente por los síntomas de la propia enfermedad, sino por el efecto de la institucionalización (Pucheu, 1981), la cual causa apatía, tristeza y disminuye el deseo por socializar. Cuando los pacientes son dados de alta se les dificulta en gran medida la reinserción a su vida anterior de la hospitalización cerrada y los hospitales brindan el servicio de hospital parcial para facilitar el éxito del paciente en su vida diaria, sin embargo, en el Hospital Psiquiátrico Siglo XXI San Fernando del Instituto Mexicano del Seguro Social IMSS, en este momento no se cuenta con un programa que brinde herramientas al paciente para lograr una exitosa convivencia en la comunidad, por lo cual propongo el programa de entrenamiento en habilidades sociales en dicha institución.

El presente trabajo tiene como finalidad brindar herramientas al paciente de hospital parcial para enfrentarse a la vida de una forma exitosa y así evitar la reinserción a hospitalización cerrada, esto ayuda no solamente al paciente mismo, también ayuda a su familia y a la propia comunidad pues de este modo el paciente brindará estabilidad al comportarse de manera adecuada ante situaciones sociales. La enfermedad mental es un episodio en la vida, más que un destino manifiesto de una persona o una familia, así el paciente rehabilitado con éxito es aquel que puede vivir en un ambiente propio, a un nivel de rendimiento ocupacional, familiar y social comparable al de otros miembros de la

comunidad. La intervención rehabilitatoria debe proporcionar al paciente los medios para un mejor desempeño en la comunidad, debido a que a veces el paciente se ve afectado por la institucionalización y necesita ser entrenado en habilidades sociales para triunfar en su rehabilitación.

El tema de las habilidades sociales es relativamente nuevo, sin embargo ha demostrado tener éxito en muchas ocasiones con distintos tipos de problemas (depresión, soledad, problemas de pareja, niños, etc.) En este sentido el trabajo con pacientes de hospital parcial ayudará a dar una alternativa más de tratamiento.

Desde la perspectiva del entrenamiento en habilidades sociales el tratamiento no ha de dirigirse sólo a los síntomas psicóticos positivos, sino que ha de centrarse en capacitar al individuo para poderse desenvolver eficazmente en un medio social determinado, de aquí que se dé especial importancia a las habilidades que posee el individuo y no sólo a las limitaciones, a este respecto surge la siguiente **pregunta de investigación**:

- ¿El programa de entrenamiento en habilidades sociales ayudará a los pacientes a obtener herramientas que los ayuden a reintegrarse exitosamente a su comunidad?
-

El **objetivo** principal de la presente investigación es el de brindar estrategias al paciente de hospital parcial para que obtenga habilidades sociales que le permitan una exitosa reinserción a su comunidad, evitando así el regreso a hospitalización cerrada y como segundo **objetivo** se contempla contrastar las puntuaciones de las pre y post pruebas para de esta manera cumplir con un tercer **objetivo** del estudio que es evaluar la efectividad del programa de entrenamiento en habilidades sociales para pacientes de hospital parcial.

Con la finalidad de contrastar las puntuaciones de las pruebas realizadas antes y después del programa de entrenamiento en habilidades sociales, es decir, cumplir con el segundo objetivo de la investigación se plantean las siguientes **hipótesis estadísticas**:

H1: Si existen diferencias estadísticamente significativas entre los resultados de los pretest-postest (Escala multidimensional de expresión social-parte motora, Escala multidimensional de expresión social-parte cognitiva y Escala de ambiente Social Familiar) contestados por los pacientes de hospital parcial del Hospital Psiquiátrico Siglo XXI San Fernando del IMSS.

H0: No existen diferencias estadísticamente significativas entre los resultados de los pretest-postest (Escala multidimensional de expresión social-parte motora, Escala multidimensional de expresión social-parte cognitiva y Escala de ambiente Social Familiar) contestados por los pacientes de hospital parcial del Hospital Psiquiátrico Siglo XXI San Fernando del IMSS.

Las variables tratadas en el presente trabajo de investigación se consideran **variables de trabajo** debido a que no se puede asegurar la dependencia de una con la otra pues existen variables externas no controladas.

La **primera variable** de trabajo es la aplicación del programa de entrenamiento en habilidades sociales, la cual se define conceptualmente como un programa cognitivo-conductual diseñado para brindar habilidades sociales por medio de actividades a los pacientes de hospital parcial del Hospital Psiquiátrico Siglo XXI San Fernando del IMSS, el cual para su mejor aprovechamiento se compone de 18 sesiones que van desde el autoconocimiento, pasando por la convivencia con los demás hasta las metas a largo plazo, el Programa de entrenamiento en habilidades sociales para pacientes de hospital parcial está basado en la propuesta de Vicente E. Caballo, quién es autor de literatura

sobre entrenamiento en habilidades sociales; por lo tanto se describirá el entrenamiento en habilidades sociales desde la definición del autor mencionado "El entrenamiento en habilidades sociales es un enfoque general de la terapia, dirigido a aumentar la competencia de la actuación en situaciones críticas de la vida o como un intento directo y sistemático de enseñar estrategias y habilidades interpersonales a los individuos, con la intención de mejorar su competencia interpersonal-individual en clases específicas de situaciones sociales" (Caballo, 1993). En la presente investigación se define operacionalmente el programa de entrenamiento en habilidades sociales como la aplicación de 18 sesiones, con duración de una hora aproximadamente, trabajadas una vez por semana durante cinco meses en el Hospital Psiquiátrico Siglo XXI San Fernando del IMSS.

La **segunda variable** de trabajo son las habilidades sociales las cuales son definidas por Caballo (1986) citado en Caballo (1993) como "ese conjunto de conductas emitidas por un individuo en un contexto interpersonal que expresa los sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de ese individuo de un modo adecuado a la situación, respetando esas conductas en los demás, y que generalmente resuelve los problemas inmediatos de la situación mientras minimiza la probabilidad de futuros problemas". Se define operacionalmente las habilidades sociales en este estudio como las puntuaciones obtenidas en la Escala multidimensional de expresión social-parte motora (EMES-M), Escala multidimensional de expresión social-parte cognitiva (EMES-C) y Escala de ambiente Social Familiar (FES).

La **población** de la cual se sacó la muestra para realizar el programa de entrenamiento en habilidades sociales es del Hospital Psiquiátrico Siglo XXI San Fernando del IMSS de un total de 120 pacientes aproximadamente, hombres y mujeres

de 16 años en adelante, con diferentes diagnósticos entre los que se encuentra en su mayoría depresión, esquizofrenia, trastornos del estado de animo, etc.

La **muestra** se encuentra constituida por ocho pacientes adultos de hospital parcial del Hospital Psiquiátrico Siglo XXI San Fernando, son cinco mujeres y tres hombres de edades entre 22 y 61 años, cuatro con un diagnóstico de esquizofrenia paranoide, uno con trastorno esquizoafectivo, dos con psicosis orgánica (una debido a hipoxia neonatal y otra secundaria a epilepsia) y 1 con trastorno de ansiedad generalizada, todos los sujetos tienen el diagnóstico por más de diez años (la presente información fue tomada de los expedientes del Hospital Psiquiátrico Siglo XXI San Fernando del IMSS). Todos los pacientes estaban siendo medicados durante el programa de entrenamiento en habilidades sociales dependiendo del trastorno y el estado de cada paciente (entre los medicamentos más recetados estaban risperidona, biperideno, olanzapina y clonazepam).

Tabla de Características de los Participantes en el Programa

	Sexo	Edad	Diagnóstico
Sujeto 1	Femenino	61	Ansiedad Generalizada
Sujeto 2	Masculino	50	Psicosis Orgánica
Sujeto 3	Femenino	55	Esquizofrenia Paranoide
Sujeto 4	Masculino	29	Esquizofrenia Paranoide
Sujeto 5	Femenino	35	Esquizofrenia Paranoide

Sujeto 6	Femenino	22	Trastorno Esquizoafectivo
Sujeto 7	Masculino	37	Esquizofrenia Paranoide
Sujeto 8	Femenino	69	Psicosis Orgánica

El **muestreo** es no probabilístico dado que no todos los integrantes de la población tuvieron la misma probabilidad de ser elegidos para ser parte del programa de entrenamiento en habilidades sociales porque el programa de hospital parcial tiene criterios de inclusión y exclusión. El muestreo fue por conveniencia o intencional debido a que se busca la mayor representatividad de la muestra. (Zinser, 1992).

El **tipo de estudio** que se realiza en este trabajo se denomina exploratorio pues se estudian qué características se presentan al aplicar el Programa de Entrenamiento en Habilidades Sociales; descriptivo porque se explicarán los resultados del programa detalladamente, longitudinal porque los pacientes fueron evaluados más de una ocasión, es decir en las pre y post pruebas y prospectivo debido a que el estudio fue a partir de la evaluación en adelante (Hernández, R. 1980).

Se trata de un **diseño** de “medida pre y post” ya que la conducta de los sujetos se ha medido antes y después de la administración del tratamiento, sin embargo también serán tomados en cuenta los reportes del personal de hospital parcial y de los propios pacientes.



También el diseño del estudio se considera cuasiexperimental debido a que no hubo oportunidad de tener un grupo control y se considera de campo porque la investigación se llevó a cabo en un escenario natural (Hospital Psiquiátrico Siglo XXI San Fernando del IMSS).

Los **materiales** utilizados durante el programa de entrenamiento en habilidades sociales fueron mesas, sillas, rotafolios, hojas blancas, plumones y lápices. Para realizar las evaluaciones se echo mano de los siguientes **instrumentos**: **Escala Multidimensional de Expresión Social-Parte Motora (EMES-M)** (*Anexo. 1*) creada por Caballo (1993) que consta de 64 ítems que se responden por medio de la escala likert 0-4 y cubren varias dimensiones de las habilidades sociales:

- M1.** Iniciación de interacciones
- M2.** Hablar en público / enfrentarse con superiores
- M3.** Defensa de los derechos del consumidor
- M4.** Expresión de molestia, desagrado, enfado
- M5.** Expresión de sentimientos positivos
- M6.** Expresión de molestia y enfado hacia familiares
- M7.** Rechazo de peticiones
- M8.** Aceptación de cumplidos
- M9.** Tomar la iniciativa en las relaciones con el sexo opuesto
- M10.** Hacer cumplidos
- M11.** Preocupación por los sentimientos de los demás
- M12.** Expresión de cariño hacia los padres.

(Para la descripción de cada una de las subescalas ver Anexo. 4)

Este instrumento fue utilizado debido a que no existe una prueba estandarizada en México para evaluar habilidades sociales desde el punto de vista motor. Numerosas investigaciones se han realizado con el tema, sin embargo no se ha encontrado un método eficaz para medirlas, esto se debe sobretodo a que no existe una definición universal de las habilidades sociales y a que el comportamiento humano es en sí de carácter social. La escala EMES-M es la más adecuada al programa, esencialmente porque el programa se diseñó basado en el autor Vicente E. Caballo. No fue posible estandarizar la prueba por los tiempos que dio el Hospital para aplicar el programa de entrenamiento en habilidades sociales. Sin embargo, la prueba tiene validez de contenido, por lo que es adecuada para medir las habilidades de los pacientes.

Escala Multidimensional de Expresión Social-Parte Cognitiva (EMES-C) (*Anexo. 2*) de Caballo (1993) que consta de 44 ítems que se responden por medio de escala likert 0-4 y evalúa toda una serie de pensamientos negativos relacionados con las habilidades sociales:

- C1.** Confianza para la expresión en público y por enfrentarse con superiores.
- C2.** Despreocupación por la desaprobación de los demás al expresar sentimientos negativos y al rechazar peticiones
- C3.** Confianza para hacer y recibir peticiones
- C4.** Confianza para hacer y recibir cumplidos
- C5.** Confianza por la expresión de sentimientos positivos y para la Iniciación de interacciones con el sexo opuesto
- C6.** Confianza para la evaluación por parte de los demás al manifestar conductas negativas
- C7.** Despreocupación por una conducta negativa por parte de los demás al realizar conductas positivas

- C8.** Despreocupación por la desaprobación de los demás en la expresión de sentimientos
- C9.** Despreocupación por la impresión causada en los demás
- C10.** Confianza para expresar sentimientos positivos
- C11.** Confianza para la defensa de los derechos
- C12.** Asunción de posibles carencias propias.

(Para la descripción de cada una de las subescalas ver Anexo. 4)

Esta escala fue utilizada por la misma razón que la escala EMES-M. (Caballo, 1993).

Escala de Ambiente Social Familiar. FES (*Anexo. 3*) (MOOS, 1974) forma "s" (versión corta) Traducida y adaptada por Ayala, Vásquez, Echeverría y Mata. La cual evalúa el clima social de todo tipo de familia. Contiene 40 ítems de preguntas cerradas Cierto-Falso, es sencilla y no requiere límite de tiempo.

Esta escala se compone de 10 subescalas:

- F1.** Cohesión
- F2.** Expresividad
- F3.** Armonía
- F4.** Independencia
- F5.** Orientación de Metas
- F6.** Orientación Cultural-Intelectual
- F7.** Actividades de Orientación y Recreación
- F8.** Énfasis Moral-Religioso
- F9.** Organización
- F10.** Control

(Para la descripción de cada una de las subescalas ver Anexo. 4)

La confiabilidad de la prueba FES en las diferentes subescalas es la siguiente: Cohesión .86, Expresividad .73, Conflicto .86, Independencia .68, Orientación de metas .74, Orientación cultural-intelectual .82, Actividades de orientación y recreación .77, Énfasis moral-religioso .80, Organización .78 y Control .77.

Para contrastar las puntuaciones entre las pre y post pruebas y de ese modo cumplir con el objetivo # 2 del estudio se empleó la prueba de Wilcoxon, sin embargo los resultados también se analizaron de manera cualitativa incluyendo los cuestionarios aplicados a los pacientes y al personal del hospital.

El **procedimiento** que se llevó a cabo para realizar la presente investigación constó de varios pasos para obtener los resultados óptimos. Ya diseñado el Programa de entrenamiento en habilidades sociales para pacientes de hospital parcial, con el permiso correspondiente por parte de los directivos del Hospital Psiquiátrico Siglo XXI San Fernando del IMSS se solicitó a los pacientes de hospital parcial su participación de manera voluntaria en dicho programa, para lo cual se les explicaron las dinámicas y los objetivos que se trabajarían. Cuando los pacientes aceptaron se les realizó una entrevista breve al mismo tiempo que se les aplicó la pre-evaluación por medio de la aplicación de la Escala Multidimensional de Expresión Social-Parte Motora (EMES-M), la Escala Multidimensional de Expresión Social-Parte Cognitiva (EMES-C) y la Escala de Ambiente Social Familiar (FES). Con las mediciones correspondientes se comenzó a impartir el programa de entrenamiento en habilidades sociales el cual consta de 18 sesiones con duración de una hora aproximadamente durante cinco meses (marzo 2003- julio 2003). Una vez terminadas las sesiones del programa, se llevó a cabo una segunda evaluación aplicando las mismas pruebas utilizadas antes del programa, también se aplicó un cuestionario al personal y a los pacientes de hospital parcial con la finalidad de conocer la

efectividad del programa de entrenamiento en habilidades sociales para pacientes de hospital parcial. Por último se realizó el análisis de los resultados obtenidos para cumplir con los objetivos del trabajo y realizar conclusiones que den cabida a posteriores investigaciones sobre el tema.

3.2 Presentación del Programa de Entrenamiento en Habilidades Sociales para Pacientes de Hospital Parcial.

OBJETIVO. Brindar estrategias al paciente para que obtenga habilidades sociales que le permitan una exitosa reinserción a su comunidad, evitando así la hospitalización cerrada.

DURACIÓN. El programa se llevó a cabo una vez por semana de una hora aproximadamente cada sesión (dependiendo de la duración de la dinámica del día). El programa se llevó a cabo durante cinco meses con un total de 18 sesiones.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN AL PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES.

El programa se llevaría a cabo con un mínimo de cinco personas y un máximo de 15, en caso de que cumplieran más personas con los criterios de inclusión se abrirían más programas según las posibilidades.

- A. Pacientes incluidos en el programa de hospital parcial del psiquiátrico San Fernando.

- B. Pacientes que acepten voluntariamente ingresar al programa de habilidades sociales. Con un mínimo de cinco pacientes y un máximo de 15.
- C. Pacientes que se mantengan constantes en cuanto a asistencia al programa de hospitalización parcial del psiquiátrico San Fernando.

CRITERIOS DE NO INCLUSIÓN AL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN PARCIAL DEL PSIQUIÁTRICO SAN FERNANDO.

- 1. Menores de 16 años y mayores de 70.
- 2. No derechohabientes del IMSS.
- 3. Limitaciones físicas severas.
- 4. Pacientes con los siguientes trastornos:
 - 4.1 Demencia severa
 - 4.2 Retraso mental moderado o profundo.
 - 4.3 Trastorno sociopático de la personalidad
 - 4.4 episodios psicóticos agudos.
- 5. Imposibilidad de familiares para participar en el programa.
- 6. Negativa del paciente para participar en forma voluntaria.

CRITERIOS DE NO INCLUSIÓN AL PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES.

- A. Pacientes no incluidos en el programa de hospitalización parcial del Hospital Psiquiátrico San Fernando del IMSS.
- B. Pacientes que voluntariamente no acepten ingresar al programa.
- C. Pacientes que no se mantengan constantes en su asistencia a hospital parcial.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN DEL PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES.

Pacientes que no se mantengan constantes en asistencia. (Máximo 22.22% de faltas que equivalen a cuatro sesiones.)

El área en la que se trabajó tenía buena iluminación y tamaño adecuado para el número de participantes, siendo ésta el área de hospital parcial. El mobiliario a utilizar solamente consta de sillas y mesas dentro del salón.

Durante el transcurso del programa de entrenamiento en habilidades sociales se presentó cierta inestabilidad en cuanto al número de pacientes que asistieron y se tomaron en cuenta los ocho que fueron constantes desde el principio. Hubo algunas sesiones a las que asistieron hasta 12 pacientes, sin embargo, no permanecieron constantes debido a que no cumplían con todos los criterios de inclusión al servicio de hospital parcial. Un paciente sufrió de una afección física severa en la pierna y dos pacientes fueron aceptados al servicio de hospital parcial por un tiempo muy reducido, otro paciente se presentó únicamente a las últimas cuatro sesiones debido a que ingresó a hospital parcial en el mes de junio.

Sesión I

PRESENTACIÓN DEL PROGRAMA

"Relajándome"

OBJETIVOS.

- Que los miembros del programa conozcan los objetivos del entrenamiento en habilidades sociales.
- Crear un ambiente adecuado entre los miembros del programa (pacientes y coordinadora), se busca la interacción de todo el grupo.

- Que los pacientes aprendan técnicas de relajación (Barragán L., Cruz B. Fulgencio M., Barragán N., Ayala H., 1998 en Carrera, 1998).
- Se les explicará a los pacientes el objetivo del programa, posteriormente cada uno se presentará diciendo su nombre y describiendo una escena muy placentera ¿Dónde estará? ¿Qué verá, escuchará y sentirá? Realizaremos la técnica de relajación con imagen placentera:

“Colóquense en una posición cómoda, cierran los ojos respirando profundamente, sientan su respiración, inhalen por la nariz muy pausadamente sentirán como se llena de aire su estómago, luego su tórax y después su pecho, pueden retener el aire por algunos segundos aumentando el tiempo de retención progresivamente, exhale el aire por la nariz lentamente. Percátense cómo el aire entra a su organismo y ustedes controlan su salida. Imaginen una escena placentera, trayendo a su mente todos los detalles. Disfruten de su momento relajante”.

Tarea en casa.

Se les solicitará a los pacientes que practiquen la técnica de relajación que han aprendido en la presente sesión reportando los resultados y experiencias obtenidas.

Técnicas cognitivo-conductuales utilizadas.

Instrucciones para realizar correctamente la relajación, **reducción de la ansiedad** y **visualización** por medio de la técnica de relajación de Barragán L., Cruz B. Fulgencio M., Barragán N., Ayala H. y **tareas en casa** para determinar si pueden lograr realizar la técnica de relajación por sí solos.

Sesión II

"Persona, animal o cosa"

OBJETIVO. Propiciar el autoconocimiento y ayuda a que todos los integrantes del grupo participen y se desinhiban.

Se pide a los participantes que imaginen la posibilidad de cambiar de identidad y que tal posibilidad les permitiese ser otra persona, un animal o cosa.

Primero, se les indicará a los miembros del grupo que digan qué persona, animal o cosa quisieran ser, posteriormente, ya que todos han dicho qué o quién quisieran ser se les preguntará el porqué de esa elección a cada uno de ellos.

Tarea en casa.

Se les pedirá a los participantes que realicen la misma actividad que en la presente sesión, de tal modo que les ayude a comenzar una conversación con alguien más, deberán reportar sus experiencias en la siguiente sesión.

Técnicas cognitivo-conductuales utilizadas.

Instrucciones para que los participantes realicen la dinámica de manera adecuada, **tareas en casa** para tener un tema de conversación que los ayude a acercarse a sus familiares o amigos y así poder comenzar una conversación y **reestructuración cognitiva** pues la dinámica propicia el autoconocimiento.

Sesión III

"Soy único e irreplicable y eso es una ventaja"

OBJETIVO. Reconocer las características y aspectos personales que nos identifican como un ser único e irreplicable, con el propósito de establecer vínculos armónicos entre pacientes.

Se indicará a los participantes que cada quién representará de forma verbal, escrita o dibujo tres experiencias positivas que piensen que han tenido significado en su vida.

Se le pregunta al grupo ¿A quién le gustaría presentarse con sus pensamientos, anotaciones o dibujos?

Material.

Hojas de papel, lápices, rotafolio con preguntas escritas.

Tarea en casa.

Los participantes en el programa deberán compartir las experiencias positivas que hayan recordado con sus familiares y/o amigos, independientemente de que estos las sepan o no, en la siguiente sesión reportarán sus experiencias.

Técnicas cognitivo-conductuales utilizadas.

Instrucciones para que la dinámica se realice como estaba planeada, **reestructuración cognitiva** porque los participantes reconocerán características propias, propiciando también el autoconocimiento y **tareas en casa** para aplicar en casa lo que han aprendido en la sesión ayudando con esto a reforzar las relaciones entre los pacientes y su familia y amigos.

Sesión IV

"Conociéndome"

OBJETIVO. Propiciar el autoconocimiento y la elevación de la autoestima y motivar a la superación.

A manera de lluvia de ideas se definirá el concepto de autoestima, después, los miembros del programa responderán a las siguientes frases en una hoja de papel, posteriormente se preguntará si alguien quisiera comentar sus experiencias.

1. Mis cinco cualidades principales son...
2. Lo que más me agrada físicamente de mí es...
3. La mejor época de mi vida ha sido... porque...
4. Mis tres habilidades o capacidades son...
5. Tres cosas que he hecho y me han salido bien son...
6. Las personas que más me han querido son...
7. Si yo tuviera una "lámpara mágica de Aladino" le pediría los siguientes tres deseos...
8. Me gustaría no enojarme cuando...
9. En lugar de enojarme lo que puedo hacer es...
10. Tres personas a las que me gustaría ayudar son...
11. Me gustaría perder el miedo a...
12. En este momento siento deseos de...

Material.

Hojas y lápices.

Tarea en casa.

Los participantes deberán elegir uno de los puntos del 7 al 12 para tomarlo como propósito durante la semana, en la siguiente sesión reportarán sus experiencias.

Técnicas cognitivo-conductuales utilizadas.

Instrucciones para que los participantes realicen la lluvia de ideas y respondan a las frases de manera adecuada para alcanzar el objetivo de la sesión, **reestructuración cognitiva** debido a que los pacientes elevan su autoestima por medio del autoconocimiento y **tareas en casa** para realizar fuera del hospital lo que han reflexionado durante la sesión.

Sesión V

"Ya recuerdo, tengo muchas cualidades"

OBJETIVO. Desarrollar una imagen positiva de sí mismo en la que reconozcan sus fortalezas, intereses y necesidades lo que les ayudará a enfrentar los problemas de la vida cotidiana.

"El día de hoy por la tarde, te comunican que vas a realizar un viaje especial que durará tres años, al que debes asistir solo y al cual por ningún motivo te puedes negar. La salida es a las 4:00 p.m. Sólo debes llevar los materiales que te permitan enfrentar algo nuevo. Asimismo, piensa en las cualidades, capacidades y habilidades que hasta este momento te han servido para desenvolverte positivamente. Ahora debes decidir qué vas a llevar."

En la mitad de una hoja deben anotar las cosas materiales que llevarían y en la otra las cualidades que decidieron llevar consigo, posteriormente se les pregunta:

¿Qué quieren hacer durante este tiempo?

¿En donde están?

¿Con quién están?

¿Olvidaron algo importante de si mismos?

Se les pregunta ¿A quién le gustaría compartir su experiencia con el grupo?

Material.

Media hoja de rotafolio para cada participante, plumones y colores.

Tarea en casa.

Se les solicitará a los participantes que detecten alguna de las cualidades nombradas en la presente sesión y que realicen una lista de lo bueno que se obtiene teniendo esa cualidad.

Técnicas cognitivo-conductuales utilizadas.

Instrucciones para que los pacientes comprendan lo que deben hacer en la sesión, **reestructuración cognitiva** pues desarrollan una imagen positiva de sí mismos detectando sus fortalezas y **tareas en casa** para que tengan más tiempo de pensar lo positivo que se puede alcanzar utilizando de manera adecuada sus cualidades, además, el hacerlo en casa condicionará a los pacientes a pensar sobre sus cualidades no solo dentro del hospital sino también fuera.

Sesión VI

"Conducta pasiva, agresiva o asertiva"

OBJETIVO. Conocer los diferentes tipos de conductas para saber diferenciar las correctas de las incorrectas.

Se forman dos equipos que deberán reconocer en diversas frases escritas al azar, si se trata de una conducta asertiva, pasiva o agresiva. Por cada respuesta correcta participarán en el juego de timbiriche.

Frases:

- Quiero ganar la carrera y estoy entrenando para lograrlo.

- Espero que alguien me ayude pero no se lo pido.
- Ofendo a mis familiares con malas palabras.
- No me entiendo con un amigo y lo golpeo.
- Quiero obtener trabajo y espero a que alguien me lo ofrezca.
- Alguien tiene lo que yo no y se lo quito.
- No me entiendo con un amigo y le sugiero hablar sobre el tema.
- Estoy sentado esperando que algo suceda para obtener lo que quiero.
- Necesito trabajar y estoy buscando trabajo.
- Quiero aprender un idioma y lo estoy estudiando.
- Quisiera ganar la carrera pero me da flojera entrenar.
- No tengo dinero y no sé cómo obtenerlo.
- Me molesta la actitud de una persona y le grito.
- Una persona se equivoca y yo me burlo.
- Haga lo que haga sé que nunca lograré mis metas.
- Debo trabajar para obtener satisfacciones.

Tarea en casa.

Los participantes deberán realizar en casa una lista de las actitudes que tengan sus familiares y/o amigos dividiéndolas en pasivas o agresivas. En la siguiente sesión reportarán sus experiencias y ellos mismos propondrán la actitud indicada.

Técnicas cognitivo-conductuales utilizadas.

Instrucciones para que el juego de timbiriche se juegue correctamente, **reestructuración cognitiva** debido a que los participantes aprenden a reconocer entre conductas pasivas, asertivas o pasivas y que deben elegir siempre actuar asertivamente, **tareas en casa** para que apliquen lo que han aprendido en la sesión y antes de comenzar

el juego de timbiriche se le promete un premio o **reforzador** al equipo ganador para así alentarlos a poner más empeño al concurso. Al final se les refuerza a todos los participantes con una pluma a cada uno por su esfuerzo.

Sesión VII

"Es importante saber proyectar mis emociones y sentimientos".

OBJETIVO. Reconocer cómo manejo y expreso mis sentimientos y emociones tales como: enojo, coraje, ira y agresión, y lo contrario: agrado, calma, serenidad y paz, para construir nuevas formas de relacionarme con las y los demás, de tal manera que resulten apropiadas a la convivencia social.

Deben organizarse en dos equipos y se les explica.

"En el centro del salón se encuentran varios materiales que utilizarán para elaborar una expresión pictórica de sentimientos y emociones como son tristeza, alegría, miedo, enojo y paz. Es importante que no usen letras sólo pinturas."

Al terminar cada equipo presentará su trabajo a los demás equipos.

Material.

Hojas blancas de rotafolio y pinturas.

Tarea en casa.

Los participantes deberán identificar los sentimientos y emociones propios y de las personas con las que conviva esta semana y si estos sentimientos y emociones fueron adecuados. En la siguiente sesión se comentarán las experiencias vividas.

Técnicas cognitivo-conductuales utilizadas.

Instrucciones para que los equipos se organicen correctamente y solamente realicen expresiones pictóricas sin palabras, **reestructuración cognitiva** porque la sesión los ayuda a reconocer como manejan y expresan sus sentimientos y **tareas en casa** para que apliquen lo que han reflexionado en la sesión y aprendan a comprender a sus familiares y amigos.

Sesión VIII

"Conociendo mis derechos".

OBJETIVO. Construcción de un sistema de creencias que mantenga el respeto por los propios derechos personales y por los derechos de los demás.

Se comentarán los siguientes derechos con ejemplos.

1. El derecho a mantener tu dignidad y respeto comportándote de forma habilidosa o asertiva- incluso si la otra persona se siente herida-mientras no violes los derechos humanos básicos de los demás.
2. El derecho a ser tratado con respeto y dignidad.
3. El derecho a rechazar peticiones sin tener que sentirse culpable o egoísta.
4. El derecho a expresar y experimentar tus propios sentimientos.
5. El derecho a detenerte y pensar antes de actuar.
6. El derecho a cambiar de opinión.
7. El derecho a pedir lo que quieres (sabiendo que la otra persona tiene derecho a decir que no).
8. El derecho a hacer menos de los que humanamente eres capaz de hacer.
9. El derecho a ser independiente.
10. El derecho a decidir qué hacer con tu propio cuerpo, tiempo y propiedad.
11. El derecho a pedir información.

12. El derecho a cometer errores -y ser responsable de ellos.
13. El derecho a sentirte a gusto contigo mismo.
14. El derecho a tener tus propias necesidades y que esas necesidades sean tan importantes como las de los demás. Además, tenemos el derecho de pedir (no exigir) a los demás que respondan a nuestras necesidades.
15. El derecho a tener opiniones y expresarlas.
16. El derecho a decidir si satisfaces las expectativas de otras personas o si te comportas siguiendo tus intereses-siempre que no violes los derechos de los demás.
17. El derecho a hablar sobre el problema con la persona involucrada y aclararlo, en casos límite en que los derechos no están del todo claros.
18. El derecho a obtener aquello por lo que pagas.
19. El derecho a escoger no comportarte de manera asertiva o socialmente habilidosa.
20. El derecho a tener derechos y defenderlos.
21. El derecho a ser escuchado y ser tomado en serio.
22. El derecho a estar solo cuando así lo escojas.

Derechos humanos básicos de Jakubowsky y Lange (1978) citados en Caballo (1993).

Tarea en casa.

Identificarán momentos en la semana en los que no se haya respetado algún derecho y explicarlo a la persona indicada, cada miembro se llevará a casa la lista de derechos con la cual se apoyará. En la siguiente sesión reportarán las experiencias.

Técnicas cognitivo-conductuales utilizadas:

Instrucciones para que los participantes permanezcan atentos a la lista de derechos **reestructuración cognitiva** porque el conocer o recordar los derechos los ayudará a actuar de manera más asertiva frente a su comunidad y **tareas en casa** para que apliquen lo que han aprendido y lo transmitan a sus familiares y amigos.

Sesión IX.

"Quiero que me conozcan como soy"

OBJETIVO. Que dejen de hacer afirmaciones negativas sobre sí mismos para que obtengan seguridad y de ese modo transmitan sus pensamientos, sentimientos y emociones a su familia.

Se les proporcionarán cartulinas para que puedan proponer actividades que puedan realizar para que su familia los conozca como son.

Se usará la información recopilada en la Sesión III "Conociéndome".

Tarea en casa.

Los participantes pegarán las cartulinas en su casa a la vista de los demás familiares, en la siguiente sesión reportarán las experiencias.

Técnicas cognitivo-conductuales utilizadas.

Instrucciones para que los participantes comprendan lo que deben realizar durante la sesión, **reestructuración cognitiva** pues la sesión los ayudará a recordar sus cualidades y a que dejen de hacer afirmaciones negativas sobre si mismos y **tareas en casa** para que compartan con sus familiares sus cualidades, emociones y sentimientos.

Sesión X.

"Me interesa que seas distinto"

OBJETIVO. Promover actitudes y comportamientos no discriminatorios entre las personas, reconocer y aceptar las diferencias de credo, género, raza, discapacidad e

ideología, con el propósito de establecer marcos de respeto y tolerancia y lograr de esta manera el enriquecimiento humano.

Se les solicitará que se pongan cómodos, cierren los ojos y escuchen con atención el siguiente relato:

"El Señor y la Señora Fernández formaban una familia muy unida con sus tres hijos; el esposo trabajaba y solventaba las necesidades básicas de la familia, la mamá se dedicaba a las labores del hogar, llevaba a la escuela a sus hijos y les ayudaba a hacer su tarea, y cuando el Señor Fernández llegaba de trabajar tenía lista su comida. Tal como sucede en algunas familias.

Un día el Señor Fernández se enferma, lo cual propició que se quedara sin empleo ya que la mayoría de las empresas no quieren contratar a personas discapacitadas. Las cosas se pusieron difíciles, en un primer momento él no quería que nada cambiara pero le estaba costando mucho trabajo mantener el mismo ritmo de vida familiar sin dinero.

Por su parte la Señora Fernández pensó que las cosas no podían seguir así y encontró un trabajo muy bien remunerado, el señor y la Señora Fernández decidieron cambiar de actividades, mientras la señora se iría a trabajar el señor realizaría las labores de la casa sin embargo tiempo después el Señor Fernández no se acostumbraba a sus nuevas labores, la gota que derramó el vaso fue una vez que la señora no regresó a casa a tiempo y el Señor Fernández le pidió que cuando fuera a llegar tarde le avisara por lo menos por teléfono, la Señora Fernández no supo qué responder pues no recordaba si su esposo le avisaba cuando iba a llegar tarde."

Para reflexionar se les pregunta a los miembros del programa ¿Quién desea compartir cómo se sintió durante la actividad? Y ¿Qué opinan acerca de que las personas tengamos los mismos derechos? ¿Por qué es importante aceptar las diferencias entre seres humanos?

Tarea en casa.

Los participantes deberán identificar las diferencias de credo, raza, discapacidad o ideología que existan en sí mismos, en su familia o amigos y compartir con ellos la importancia de ser distintos. En la siguiente sesión comentarán sus experiencias.

Técnicas cognitivo-conductuales utilizadas.

Instrucciones para que los participantes atiendan al relato, **reestructuración cognitiva** pues se promueven pensamientos y actitudes no discriminatorios y **tareas en casa** para que apliquen fuera lo que han aprendido en la sesión y lo compartan con familiares y amigos.

Sesión XI

“Comunicación asertiva”

OBJETIVO. Conocer habilidades de comunicación que promuevan una exitosa interacción social.

Se elegirán 2 integrantes del programa para que ejemplifiquen cada uno de los incisos siguientes:

Contacto Visual.

Mantener la mirada enfocada en la persona (sin importar que la otra persona no lo esté viendo).

Acercamiento Físico.

Acercarse a la persona con la que se habla.

Contacto Físico Positivo.

Cualquier movimiento que permita expresar afecto positivo: sonreír, darse la mano, palmada en el hombro, etc.

Atender.

Responder verbalmente a lo que el otro está diciendo o asentar con la cabeza.

Tono de voz adecuado.

Agradable y cuando el otro sube el tono mantenerlo bajo.

Oraciones en primera persona.

Expresarse haciendo referencia a sí mismo para explicar emociones o sentimientos propios. Ejemplo; Pedro, yo me siento mal cuando me hablas de esa manera. Y evitar: tú hablas muy agresivamente.

Solicitud de opinión.

Es importante pedir la opinión de la otra persona para hacerle saber que nos interesa.

Tarea en casa.

Los participantes se llevarán la lista de estrategias que facilitan la comunicación y deberán elegir una persona con la cual practicar. Se comentarán las dudas y experiencias en la siguiente sesión.

Técnicas cognitivo-conductuales utilizadas.

Instrucciones para que los participantes comprendan lo que se va a hacer y los que vayan a representar la conversación lo hagan correctamente, **reestructuración**

cognitiva porque conocerán habilidades de comunicación que promuevan una exitosa interacción social, **tareas en casa** en la que aplicarán lo que han aprendido en la vida real, **modelado** pues la coordinadora del programa les muestra también como realizar los incisos y **ensayo de la conducta** porque practicarán la conducta modelo.

Sesión XII

Habilidades conversacionales.

OBJETIVO. Que el participante aprenda a iniciar y mantener conversaciones con otras personas de manera exitosa.

Por medio del modelado se instruirán al participante los pasos necesarios para iniciar una conversación:

1. Encontrar a la persona con la que se quiere hablar.
2. Elegir el momento y lugar oportuno.
3. Determinar el tema sobre el que se va a iniciar la conversación.
4. Acercarse a la otra persona, mirarla, sonreír.
5. Saludarla y presentarse (si es desconocida).
6. Utilizar una fórmula o expresión verbal de inicio de conversación; por ejemplo: comentario sobre la situación, observación sobre la actividad de la otra persona.
7. Utilizar un lenguaje no verbal acorde con el mensaje verbal (entonación, expresión facial, gestos, proximidad).

Por medio del modelado se enseñarán los pasos para mantener una conversación.

1. Comprender lo que la otra persona me dice. Para ello es necesario:

- 1.1 Prestar atención a la persona que está hablando.
 - 1.2 Dar señales de escucha activa (sí, comprendo, claro, etc.)
 - 1.3 Empatía. (ponerte en el lugar del otro).
 - 1.4 Identificar los sentimientos y emociones de la otra persona.
-
2. Responder a lo que te dice la otra persona.
 - 2.1 Responder a las preguntas que te hagan.
 - 2.2 Expresar tus ideas y emociones.
 - 2.3 Dar información adicional sobre ti.
 - 2.4 Acompañar lo que dices con un lenguaje corporal adecuado.
-
3. Mantener la conversación:
 - 3.1 Debes esperar tu turno para hablar, unas veces preguntas y otras respondes, tomas la palabra y luego la cedes.
 - 3.2 Sonríe y di frases agradables para mantener la cordialidad.
 - 3.3 Cambia de tema cuando se estime oportuno.

Tarea en casa.

Ensayar con un miembro de familia lo que el participante haya aprendido en la sesión, se llevarán consigo los pasos para iniciar y mantener una conversación. En la siguiente sesión se comentarán los resultados obtenidos.

Técnicas cognitivo-conductuales utilizadas.

Instrucciones para que los participantes comprendan lo que deben hacer, **reestructuración cognitiva** porque aprenden cómo y en qué momento comenzar y mantener una conversación, **tareas en casa** para practicar lo que han aprendido y

practicado en la sesión, **modelado** porque la coordinadora del programa les muestra cómo hacerlo y **ensayo de la conducta** porque practicarán la conducta modelo tanto en la sesión como la vida real.

Sesión XIII

"Si pienso bien, actúo bien"

OBJETIVO. Que el participante se diga a sí mismo y exprese ante los demás afirmaciones positivas sobre sí mismo en las situaciones apropiadas.

Los participantes deben pensar en una cualidad que tengan para de ese modo decirlo a sus compañeros. Se les enseñarán a los participantes los puntos para realizar correctamente las autoafirmaciones positivas:

1. Determinar si es momento y lugar apropiado para decir algo positivo sobre uno mismo.
2. Decir una frase o expresión verbal que afirme algo agradable de uno mismo.
3. Lenguaje corporal de acuerdo a la expresión verbal; por ejemplo: mirar a la otra persona, expresión facial agradable, tono de voz firme, pero cordial, etc.

Ser sincero y honesto en las cosas positivas que decimos.

Tarea en casa.

Deberán en casa escribir una lista de cosas positivas de uno mismo, leer frecuentemente la lista (aproximadamente cinco veces al día), aumentarla cada día con más cosas agradables de uno mismo y cada vez que piense algo negativo de sí mismo cambiar el pensamiento y recordar las cosas positivas. Reportar resultados.

Técnicas cognitivo-conductuales utilizadas.

Instrucciones para que los participantes comprendan lo que deben hacer, **reestructuración cognitiva** porque aprenden cómo y en qué momento hablar sobre sus cualidades, **tareas en casa** para pensar en sus cualidades en la vida real, **modelado** porque la coordinadora del programa les muestra cómo hacerlo y **ensayo de la conducta** porque practicarán la conducta modelo tanto en la sesión como en casa.

Sesión XIV

“Hablaré sobre tus cualidades”

OBJETIVO. Que el participante aprenda a hacer alabanzas, elogios y cumplidos a otras personas.

Se les explica a los participantes ¿Cuándo es adecuado hacer elogios?, ¿y a una persona que no conocemos casi nada?, ¿es adecuado en medio de una discusión?, ¿Es correcto decir una alabanza cuando no la sentimos?, ¿Debemos exagerar?

Por medio del Role-playing todos los miembros del grupo dirán cosas agradables y positivas a los demás. Se les pedirá que lo hagan de dos en dos. Posteriormente todos en un círculo elogiarán a su compañero de la derecha de modo que todos elogiarán y recibirán halagos en grupo.

Tarea en casa.

Los pacientes harán elogios a cada miembro de su familia, deberán reportar sus experiencias en la próxima sesión.

Técnicas cognitivo-conductuales utilizadas.

Instrucciones en las que los participantes comprenderán el curso de la dinámica, **reestructuración cognitiva** pues aprenderán cuándo, cómo y a quién hacer elogios,

tareas en casa en la que practicarán lo aprendido en la vida real y la relación con su familia se verá beneficiada por medio de los elogios y **ensayo de la conducta** en la que practicarán lo aprendido.

Sesión XV

"Trabajando juntos"

OBJETIVO. Aprender a trabajar en cooperación y colaboración, aceptando la diferencia cuando se establecen metas comunes logrando una convivencia agradable.

Se les explicará la siguiente problemática:

"Se quieren hacer algunas reformas en el servicio de Hospital Parcial, proporcionen en equipo sugerencias".

Se les pide que discutan sobre la problemática y las soluciones que se les pueden dar, todo lo deben escribir en rotafolios con letra grande de manera que se vea y se puedan poner las propuestas en un periódico mural o en las paredes de los pabellones.

Material.

Papeles de diferentes colores, plumones, colores y diurex.

Tarea en casa.

Los pacientes crearán el periódico mural o pegarán los letreros en el hospital.

Técnicas cognitivo-conductuales utilizadas.

Instrucciones para que realicen la dinámica adecuadamente, **reestructuración cognitiva** pues la sesión los ayuda a aprender a trabajar en equipo y **tareas en casa** para que se puedan poner de acuerdo sobre donde pegar los rotafolios y sepan que su opinión será tomada en cuenta.

Sesión XVI

"Aprendiendo a solucionar problemas"

OBJETIVO. Aprender a definir un problema y una solución. Conocer los pasos que integran la solución de problemas y practicarlos.

Se darán las definiciones.

Problema.

Situación de la vida que requiere una respuesta para su efectiva solución, y en donde la persona no tiene a su disposición de manera inmediata una respuesta efectiva.

Solución.

Respuesta efectiva que cambia la situación problemática y/o la propia reacción personal de manera que ya no se percibe como un problema.

Posteriormente se les mostrará con un ejemplo los cinco pasos para solucionar un problema y se les pedirá que participen dando opciones de solución.

Pasos para solucionar un problema.

1. Orientación General.

Hay que reconocer que tenemos un problema, evitar actuar impulsivamente y hacer a un lado pensamientos negativos.

"Tengo un problema y no se que hacer, pero debo pensar ántes de actuar".

2. Definición del problema.

Especificar el problema y qué tan importante es para nosotros.

"Mi problema es que no se cómo decirle a mi amigo que no me gusta que se burle de mí, pero no se si decirle o no... que tal si se enoja"

3. Generación de alternativas:

Hay que pensar en alternativas de solución.

"Podría quedarme callado, podría darle indirectas o podría decírselo directamente"

4. Toma de decisiones:

Analizar cada una de las alternativas de solución cuidadosamente, poniendo especial atención a las consecuencias de todas ellas.

"Si me quedo callado va a seguir haciéndolo y eso no me gustaría, Si se lo digo indirectamente tal vez no lo entienda y no se solucionaría mi problema, si le hablo directamente, él podría entenderme, ya se lo que haré"

5. Verificación:

Una vez que elegimos la alternativa de solución y la pusimos en práctica, tenemos que ver si funcionó o no.

"Hablé con mi amigo y me entendió, ya se solucionó mi problema".

6. En caso de que el problema no se haya solucionado se debe empezar de nuevo el ciclo.

Tarea en casa.

Los participantes deberán analizar cual de los cinco pasos para solucionar problemas se les dificulta más y en la siguiente sesión se comentarán y se darán estrategias para facilitar el proceso de solución de problemas.

Técnicas cognitivo-conductuales utilizadas.

Instrucciones con las cuales los participantes sabrán qué hacer, **reestructuración cognitiva** porque aprenderán pasos para solucionar problemas, **tareas en casa** en la que analizarán en la vida real si pudieron aplicar lo que aprendieron durante la sesión.

Sesión XVII

"El trabajo"

OBJETIVO. Conocer la obtención de satisfacciones por medio del trabajo.

Se pedirá a los miembros del grupo que por medio de lluvia de ideas digan las características positivas que se adquieren al trabajar. Posteriormente se presentarán los resultados del ejercicio y se platicará sobre la importancia de trabajar.

Tarea en casa.

Si el participante trabaja, deberá compartir con su o sus compañeros de trabajo las características positivas que se adquieren al trabajar, si el participante no trabaja, deberá buscar una actividad que le brinde alguna de las características positivas que brinda el trabajo. Las experiencias se comentarán en la siguiente sesión.

Técnicas cognitivo-conductuales utilizadas.

Instrucciones para realizar la lluvia de ideas correctamente, **reestructuración cognitiva** debido a que aprenderán y reflexionarán sobre los beneficios de trabajar y **tareas en casa** en la que aplicarán lo aprendido y podrán crear vínculos con sus compañeros, además podrán planear alguna actividad que les de satisfacciones fuera del hospital.

Sesión XVIII

"Proyecto de vida"

OBJETIVO. Planear a futuro tomando en cuenta las propias habilidades y limitantes para lograr las metas.

Se les explicará en que consisten las metas a corto, mediano y largo plazo. Posteriormente, la persona describirá verbalmente o escribirá en una hoja, cómo le gustaría verse en cinco años tomando en cuenta sus recursos (aptitudes, habilidades, intereses, etc) basándose en los siguientes criterios: expectativas personales, familiares, de pareja, laborales, sociales, económicos, etc. Pudiendo fijarse metas a corto, mediano y largo plazo.

Tarea para la vida.

Se les pedirá a todos los participantes que escriban sus metas ya sean a corto, mediano o largo plazo y que intenten llegar a ellas lo más pronto posible utilizando las herramientas que han aprendido durante el curso.

Técnicas cognitivo-conductuales utilizadas.

Instrucciones con las que realizarán la dinámica como estaba planeada, **reestructuración cognitiva** pues planearán metas a corto, mediano y largo plazo y **tareas en casa** porque se les pedirá a los pacientes que apliquen en la vida real lo aprendido no solo en la sesión sino en todo el programa para que se beneficien de manera óptima del programa de entrenamiento en habilidades sociales.

Capítulo 4

Resultados y Conclusiones

4.1 Resultados

Los resultados obtenidos tanto del pretest y posttest, como de los cuestionarios se reportan con la finalidad de crear comparaciones y de ese modo realizar conclusiones sobre el presente trabajo. Se realizaron gráficas con la finalidad de comparar los cambios obtenidos en las subescalas de las tres pruebas utilizadas en la presente investigación (EMES-M, EMES-C y FES).

Para poder realizar una comparación gráfica más uniforme y un análisis estadístico certero, fue necesario homogeneizar todas las respuestas, es decir, en algunos ítems tener más puntuación era positivo mientras que en otros tener una puntuación alta era negativo. Debido a esto, se invirtieron las puntuaciones de los ítems cuyas puntuaciones altas eran incorrectas o negativas, de modo que, en todas las respuestas mientras más puntuación, mayor número de respuestas correctas.

4.1.1 Resultados Estadísticos.

Se ha empleado la prueba de Wilcoxon con el objetivo de encontrar si existieron diferencias estadísticamente significativas entre el pretest y el posttest, debido a que se trabaja con dos muestras relacionadas antes y después, y a que el número de sujetos es menor a 30 por lo cual los valores obtenidos en la prueba son discontinuos y solo la prueba no paramétrica de Wilcoxon al otorgarles un rango los hace continuos. En las siguientes tablas se representa el valor z calculado y la significancia que se encontró en cada una de las subescalas de EMES-M, EMES-C y FES.

EMES-M

SUBESCALAS	VALOR Z CALCULADO	SIGNIFICANCIA
M1	-.1690	.8658
M2	-1.8904	.0587
M3	-1.6181	.1056
M4	-1.1832	.2367
M5	.8386	.4017
M6	-.4226	.6726
M7	-.6742	.5002
M8	-2.2014	.0277
M9	-.0845	.9326
M10	-.5601	.5754
M11	-.9102	.3627
M12	-1.3416	.1797

EMES-C

SUBESCALAS	VALOR Z CALCULADO	SIGNIFICANCIA
C1	-.5601	.5754
C2	-1.7821	.0747
C3	-1.3303	.1834
C4	-1.0142	.3105
C5	-1.5724	.1159
C6	-.5071	.6121
C7	-.5916	.5541
C8	-1.9439	.0519
C9	-1.4832	.1380
C10	-.9297	.3525
C11	-.3381	.7353
C12	-.8452	.3980

FES

SUBESCALAS	VALOR Z CALCULADO	SIGNIFICANCIA
F1	-.8018	.4227
F2	-.2673	.7893
F3	-.1048	.9165
F4	-1.3484	.1775
F5	-1.6773	.0935
F6	-1.0954	.2733
F7	.0001	.9900
F8	-.7338	.4631
F9	.0001	.9900
F10	-.4045	.6858

La subescala estadísticamente significativa resultó la **M8**, obteniendo una significancia de **.0277**. La prueba de Wilcoxon nos permite analizar si los resultados son significativos o no para el grupo tratado, cabe señalar que la comparación de las otras subescalas no fueron estadísticamente significativos para el grupo de pacientes de hospital parcial, aunque se puede observar que en todas las subescalas se registró diferencia entre el pretest y el postest.

No fue posible hallar una medida de tendencia central para las escalas utilizadas debido a que no están estandarizadas y por lo tanto la medición de las habilidades sociales únicamente son comparables entre los miembros del grupo de hospital parcial. No se obtuvo la media de los resultados debido a que la cantidad de sujetos es muy baja y por lo tanto, los datos serían discontinuos y no se encontrarían datos reales.

4.1.2 Resultados en Gráficas.

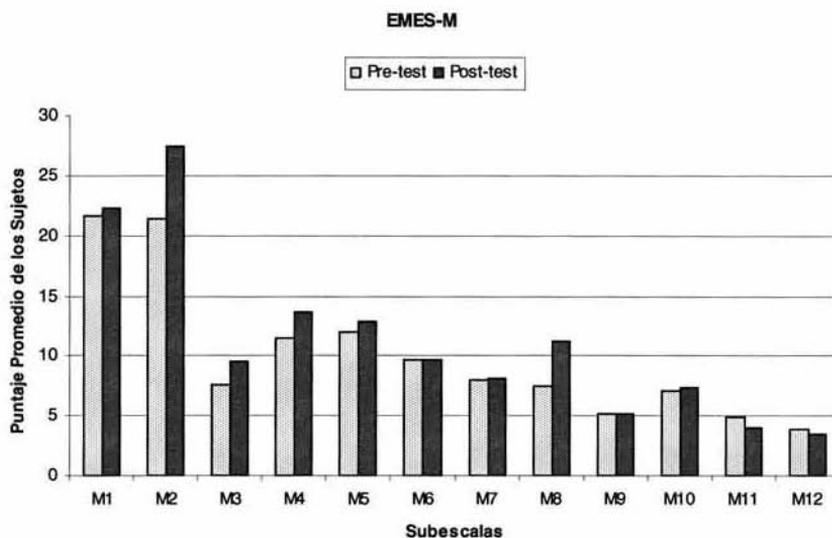
A continuación se presentan las gráficas que facilitarán la comparación de los puntajes obtenidos entre el pretest y el postest.

En la **GRÁFICA 1**, se representa el puntaje promedio del pretest y postest de los sujetos con cada una de las doce subescalas de la prueba EMES-M.

Las subescalas son:

- M1.** Iniciación de interacciones
- M2.** Hablar en público / enfrentarse con superiores
- M3.** Defensa de los derechos del consumidor
- M4.** Expresión de molestia, desagrado, enfado

- M5.** Expresión de sentimientos positivos
- M6.** Expresión de molestia y enfado hacia familiares
- M7.** Rechazo de peticiones
- M8.** Aceptación de cumplidos
- M9.** Tomar la iniciativa en las relaciones con el sexo opuesto
- M10.** Hacer cumplidos
- M11.** Preocupación por los sentimientos de los demás
- M12.** Expresión de cariño hacia los padres.



GRÁFICA 1

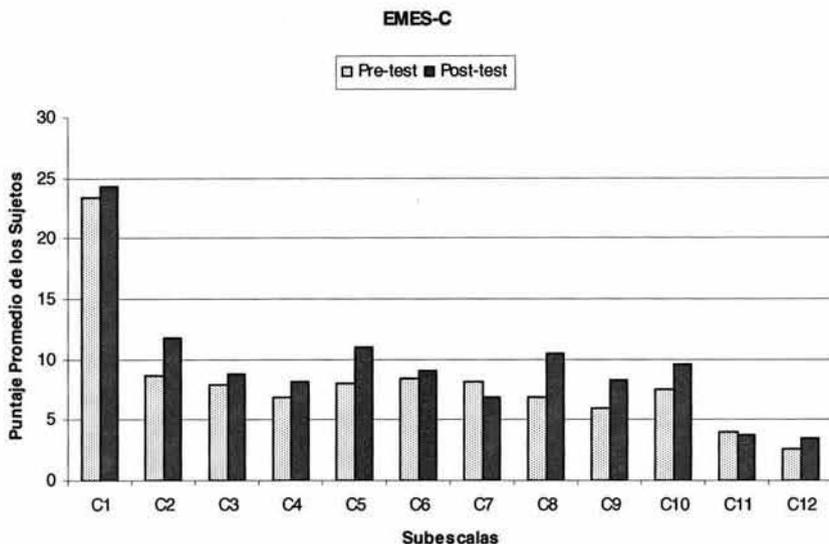
Se puede observar un puntaje más alto (mientras más puntaje mayor número de respuestas acertadas) en las subescalas **M1, M2, M3, M4, M5, M8 Y M10**, no hubo cambios en las subescalas **M6, M7 Y M9**, mientras que en las subescalas **M11 y M12** se

refleja un descenso en el puntaje, cabe mencionar que estas últimas dos escalas no tienen validez, debido a que Anastasi y Aiken (1998) afirman que se necesitan mínimo tres reactivos para que una subescala sea válida.

En la **GRÁFICA 2**, se representa el puntaje promedio del pretest y posttest de los sujetos con cada una de las doce subescalas de la prueba EMES-C.

Las subescalas son:

- C1.** Confianza para la expresión en público y por enfrentarse con superiores.
- C2.** Despreocupación por la desaprobación de los demás al expresar sentimientos negativos y al rechazar peticiones
- C3.** Confianza para hacer y recibir peticiones
- C4.** Confianza para hacer y recibir cumplidos
- C5.** Confianza por la expresión de sentimientos positivos y para la Iniciación de interacciones con el sexo opuesto
- C6.** Confianza para la evaluación por parte de los demás al manifestar conductas negativas
- C7.** Despreocupación por una conducta negativa por parte de los demás al realizar conductas positivas
- C8.** Despreocupación por la desaprobación de los demás en la expresión de sentimientos
- C9.** Despreocupación por la impresión causada en los demás
- C10.** Confianza para expresar sentimientos positivos
- C11.** Confianza para la defensa de los derechos
- C12.** Asunción de posibles carencias propias.



GRÁFICA 2

La presente gráfica refleja un puntaje mayor en el posttest en las subescalas **C1, C2, C3, C4, C5, C6, C8, C9, C10, C12**. Únicamente en las subescalas **C7 y C11** se mostró un descenso en el puntaje. En la prueba EMES-C sucede lo mismo con las subescalas **C11 y C12** debido a que constan de menos de tres reactivos en la prueba.

En la **GRÁFICA 3**, se representan los mismos datos de las primeras dos gráficas pero referente a la prueba FES.

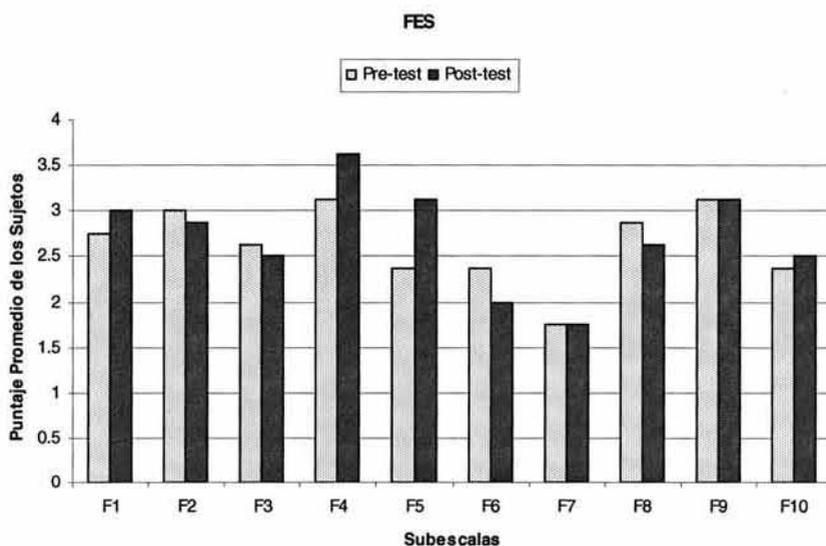
Las subescalas son:

F1. Cohesión

F2. Expresividad

F3. Armonía

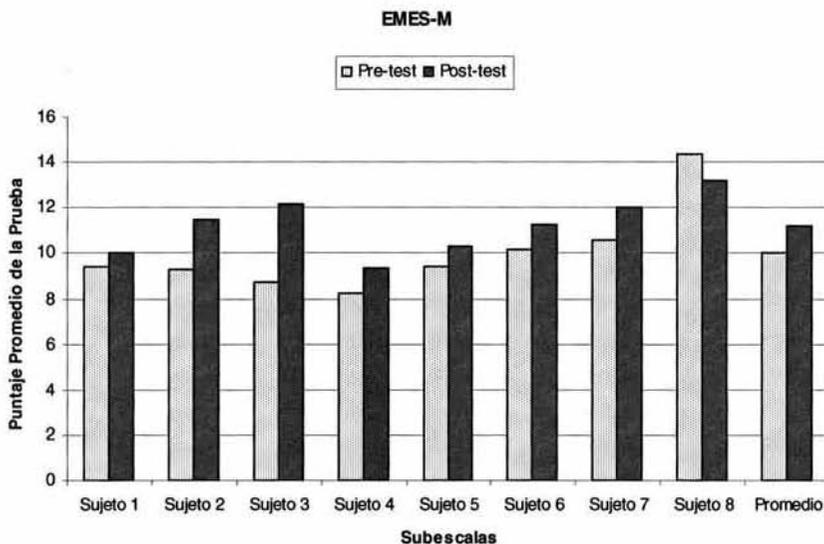
- F4. Independencia
- F5. Orientación de Metas
- F6. Orientación Cultural-Intelectual
- F7. Actividades de Orientación y Recreación
- F8. Énfasis Moral-Religioso
- F9. Organización
- F10. Control



GRÁFICA 3

La **GRÁFICA 3** indica que existe un ascenso de puntaje en las subescalas **F1, F4, F5** y **F10**, el puntaje permaneció igual en las subescalas **F7** y **F9**, mientras que las subescalas **F2, F3, F6** Y **F8** descendieron en cuanto a la puntuación.

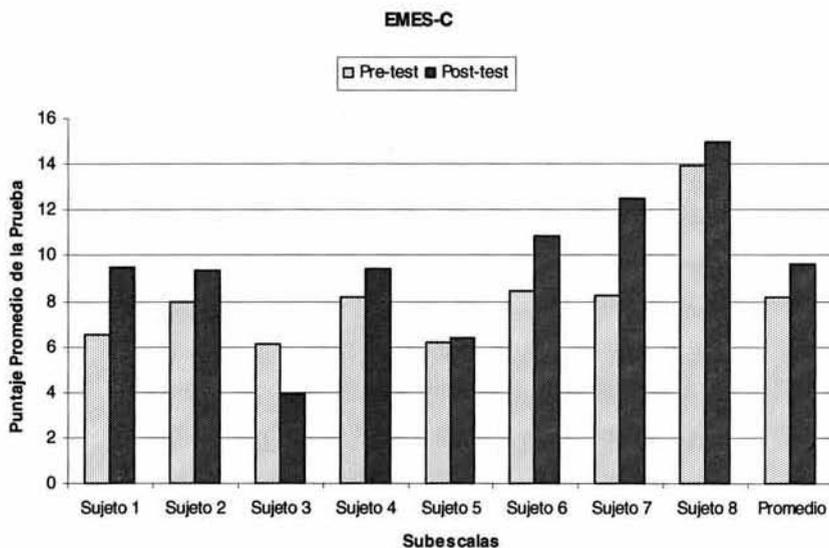
En la **GRÁFICA 4** se representa el puntaje promedio de las subescalas de la prueba EMES-M con cada uno de los ocho sujetos que participaron en el Programa de Entrenamiento en Habilidades Sociales.



GRÁFICA 4

Se puede observar como los sujetos **1, 2, 3, 4, 5, 6 y 7** obtuvieron un mayor puntaje en la postprueba, mientras que el sujeto **8** reflejó un descenso en el puntaje. El promedio de todos los sujetos fue mayor en la postprueba.

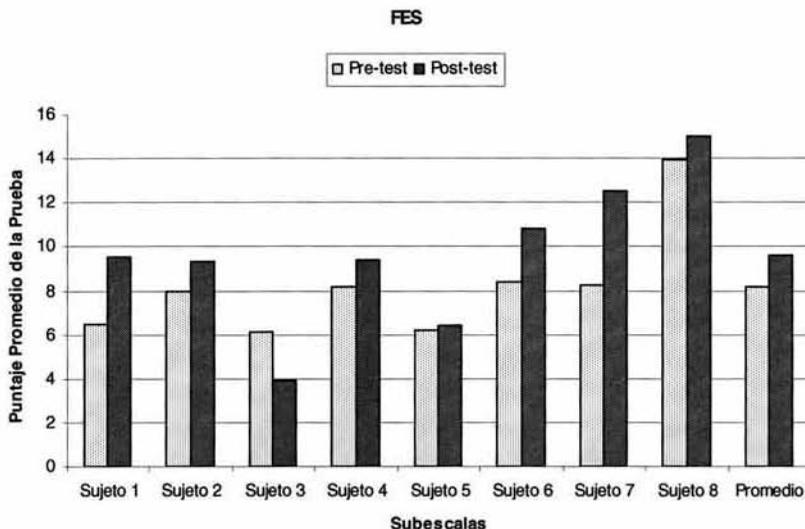
En la **GRÁFICA 5** se encuentran representados los mismos datos que en la **GRÁFICA 4** pero de la prueba EMES-C.



GRÁFICA 5

La **GRÁFICA 5** refleja un aumento en los puntajes de los sujetos **1, 2, 4, 5, 6, 7 y 8**, el puntaje disminuye en el sujeto **3**. El promedio de todos los sujetos indica un mayor puntaje en la postprueba.

La **GRÁFICA 6** representa al igual que en las gráficas 4 y 5 el puntaje promedio con cada uno de los ocho sujetos participantes en el programa, pero en la prueba FES.



GRÁFICA 6

En esta gráfica se refleja un aumento de puntaje en todos los sujetos a excepción del sujeto 3 en el que el puntaje desciende.

4.1.3 Resultados de Reactivos por Sujeto.

Los resultados cualitativos del presente trabajo se obtuvieron a través del análisis del progreso de los sujetos mediante la comparación del pretest y del postest de cada uno de ellos. En las escalas EMES-M y EMES-C se consideró como cambio cuando el paciente presentaba un aumento de dos puntos o más en el postest, por ejemplo:

Pretest: Me resulta fácil hacer nuevos amigos.

0 1 (2) 3 4

Postest: Me resulta fácil hacer nuevos amigos.

0 1 2 3 (4)

En la prueba FES se analizaron los reactivos en los que los sujetos presentaban conflicto en el pretest y a partir de eso se observó si existía un cambio en el postest, por ejemplo:

Pretest: En mi familia nos ayudamos unos a otros.

C (F)

Postest: En mi familia nos ayudamos unos a otros.

(C) F

Los pacientes presentaron cambios en diferentes reactivos, a continuación se presentan los progresos percibidos en los pacientes.

Sujeto 1

EMES-M

Se encontró mejoría en los siguientes ítems:

En cuanto a la **iniciación de interacciones**: 63; a **hablar en público o enfrentarse con superiores**: 27, 37, 38,53, 56, 63; a la **defensa de los derechos**: 58; a la **expresión de molestia, desagrado o enfado**: 24; a la **expresión de molestia, desagrado o enfado**: 24; a la **expresión de sentimientos positivos**: 48; al **rechazo de peticiones**: 5; a **tomar la iniciativa en las relaciones con el sexo opuesto**: 32, 62; a la **expresión de cariño hacia los padres**: 25.

No se encontró progreso en las siguientes subescalas:

Expresión de molestia y enfado hacia familiares, Aceptación de cumplidos, Hacer cumplidos y Preocupación por los sentimientos de los demás.

EMES-C

Se encontró mejoría en los siguientes ítems:

En cuanto a la **confianza para la expresión en público y al enfrentarse con superiores**. 1,18, 20, 27, 33, 40; a la **despreocupación por la desaprobación de los demás al expresar sentimientos negativos y al rechazar peticiones**: 5, 13, 39; a la **confianza para hacer y recibir peticiones**. 33; a la **confianza para hacer y recibir cumplidos**: 35; a la **despreocupación por la evaluación por parte de los demás al manifestar conductas negativas**: 20; a la **despreocupación por una conducta negativa por parte de los demás al realizar conductas positivas**: 7; a la **despreocupación por la desaprobación de los demás en la expresión de sentimientos**: 10, 21, 36; a la **confianza para expresar sentimientos positivos**: 3, 17, 23; a la **Asunción de posibles carencias propias**: 27.

No se encontró progreso en las siguientes subescalas:

Confianza por la expresión de sentimientos positivos y para la Iniciación de interacciones con el sexo opuesto, Despreocupación por la impresión causada en los demás y Confianza para la defensa de los derechos.

FES

Se encontró mejoría en los siguientes ítems:

En cuanto a **Cohesión** en la familia: 21; a la **Armonía** familiar: 3, 23; a la **Independencia** de los miembros de la familia: 14; a la **Orientación de Metas**: 35.

No se encontró progreso en las siguientes subescalas:

Expresividad, Orientación Cultural-Intelectual, Organización y Control.

No se encontró conflicto en las siguientes subescalas:

Énfasis Moral-Religioso y Actividades de Orientación y Recreación.

Sujeto 2

EMES-M

Se encontró mejoría en los siguientes ítems:

En cuanto a la **iniciación de interacciones**: 63; a **hablar en público o enfrentarse con superiores**: 7, 20, 27, 63; a la **defensa de los derechos**: 12; a la **expresión de molestia, desagrado o enfado**: 39; a la **expresión de sentimientos positivos**: 48, 54; a la **expresión de molestia y enfado hacia familiares**: 33, 49; al **rechazo de peticiones**: 13; a la **aceptación de cumplidos**: 1; a **tomar la iniciativa en las relaciones con el sexo opuesto**: 17; a **hacer cumplidos**: 21.

No se encontró progreso en las siguientes subescalas:

Preocupación por los sentimientos de los demás y Expresión de cariño hacia los padres.

EMES-C

Se encontró mejoría en los siguientes ítems:

En cuanto a la **confianza para la expresión en público y al enfrentarse con superiores**: 27, 29; En cuanto a la **confianza para hacer y recibir peticiones**: 43; a la **confianza para hacer y recibir cumplidos**: 22, 25; a la **confianza por la expresión de sentimientos positivos y para la iniciación de interacciones con el sexo opuesto**: 24, 26, 44; a la **despreocupación por la evaluación por parte de los demás al manifestar conductas negativas**: 37; a la **despreocupación por la desaprobación de los demás en la expresión de sentimientos**: 30; a la **despreocupación por la impresión causada**

en los demás. 41, 42; a la **confianza para expresar sentimientos positivos.** 44; a la **confianza para la defensa de los derechos.** 16.

No se encontró progreso en las siguientes subescalas:

Despreocupación por la desaprobación de los demás al expresar sentimientos negativos y al rechazar peticiones, Despreocupación por una conducta negativa por parte de los demás al realizar conductas positivas y Asunción de posibles carencias propias.

FES

Se encontró mejoría en los siguientes ítems:

En cuanto a **Cohesión** en la familia. 1; a la **Armonía** familiar. 33; a la **Independencia** de los miembros de la familia. 4; a la **Orientación de Metas.** 35; a la **Organización.** 9; al **Control.** 30.

No se encontró progreso en las siguientes subescalas:

Orientación Cultural-Intelectual, Actividades de Orientación y Recreación, Énfasis Moral-Religioso.

No se encontró conflicto en las siguientes subescalas:

Expresividad.

Sujeto 3

EMES-M

Se encontró mejoría en los siguientes ítems:

En cuanto a **hablar en público o enfrentarse con superiores**: 18, 20, 27, 37, 38, 53, 56; En cuanto a la **expresión de molestia, desagrado o enfado**. 24, 64; a la **expresión de sentimientos positivos**. 48; a la **expresión de molestia y enfado hacia familiares**. 49; al **rechazo de peticiones**. 3; a la **preocupación por los sentimientos de los demás**. 46.

No se encontró progreso en las siguientes subescalas:

Iniciación de interacciones, Defensa de los derechos, Tomar la iniciativa en las relaciones con el sexo opuesto, Aceptación de cumplidos y Expresión de cariño hacia los padres.

EMES-C

Se encontró mejoría en los siguientes ítems:

En cuanto a la **confianza para la expresión en público y al enfrentarse con superiores**. 27, 33, 40; a la **despreocupación por la desaprobación de los demás al expresar sentimientos negativos y al rechazar peticiones**. 39; a la **confianza para hacer y recibir peticiones**. 33, 43; a la **despreocupación por una conducta negativa por parte de los demás al realizar conductas positivas**. 41; a la **despreocupación por la desaprobación de los demás en la expresión de sentimientos**. 36;

No se encontró progreso en las siguientes subescalas

Confianza para hacer y recibir cumplidos, Confianza por la expresión de sentimientos positivos y para la Iniciación de interacciones con el sexo opuesto, Despreocupación para la evaluación por parte de los demás al manifestar conductas negativas, Despreocupación por la impresión causada en los demás, Confianza para expresar sentimientos positivos, Confianza para la defensa de los derechos y Asunción de posibles carencias propias..

FES

Se encontró mejoría en los siguientes ítems:

En cuanto a la **Orientación Cultural-Intelectual. 6;** a las **Actividades de Orientación y Recreación. 7; 17;** a la **Organización. 29.**

No se encontró progreso en las siguientes subescalas:

Independencia, Orientación de Metas, Énfasis Moral-Religioso y Control.

No se encontró conflicto en las siguientes subescalas:

Cohesión, Expresividad y Armonía.

Sujeto 4

EMES-M

Se encontró mejoría en los siguientes ítems:

En cuanto a la **iniciación de interacciones: 60;** a **hablar en público o enfrentarse con superiores: 27, 56;** al **rechazo de peticiones. 3;** a la **aceptación de cumplidos. 50;** En

cuanto a **hacer cumplidos**. 9; a la **preocupación por los sentimientos de los demás**. 46.

No se encontró progreso en las siguientes subescalas:

Defensa de los derechos, Expresión de molestia, desagrado o enfado, Expresión de sentimientos positivos, Expresión de molestia y enfado hacia familiares, Expresión de cariño hacia los padres y Tomar la iniciativa en las relaciones con el sexo opuesto.

EMES-C

Se encontró mejoría en los siguientes ítems:

En cuanto a la **confianza para la expresión en público y al enfrentarse con superiores**. 1; 11, 15, 29; a la **despreocupación por la desaprobación de los demás al expresar sentimientos negativos y al rechazar peticiones**. 5; a la **confianza para hacer y recibir peticiones**. 43; a la **confianza para hacer y recibir cumplidos**. 25; a la **confianza por la expresión de sentimientos positivos y para la iniciación de interacciones con el sexo opuesto**. 26, 44; a la **Despreocupación por la desaprobación de los demás en la expresión de sentimientos**. 36; a la **despreocupación por la impresión causada en los demás**. 38; a la **confianza para expresar sentimientos positivos**. 44; a la **asunción de posibles carencias propias**. 27.

No se encontró progreso en las siguientes subescalas:

Despreocupación por la evaluación por parte de los demás al manifestar conductas negativas, Despreocupación por una conducta negativa por parte de los demás al realizar conductas positivas y Confianza para la defensa de los derechos.

FES

Se encontró mejoría en los siguientes ítems:

En cuanto a la **Expresividad** dentro de la familia. 22; En cuanto a la **Orientación de Metas**. 25, 35; a la **Organización**. 19.

No se encontró progreso en las siguientes subescalas:

Orientación Cultural-Intelectual. y **Actividades de Orientación y Recreación**.

No se encontró conflicto en las siguientes subescalas:

Cohesión, Armonía, Independencia, Énfasis Moral-Religioso y Control.

Sujeto 5

EMES-M

Se encontró mejoría en los siguientes ítems:

En cuanto a la **iniciación de interacciones**: 63; a **hablar en público o enfrentarse con superiores**: 18, 20, 27, 53, 56, 63; a la **expresión de molestia, desagrado o enfado**. 64; a la **expresión de sentimientos positivos**. 61; a la **expresión de molestia y enfado hacia familiares**. 57; al **rechazo de peticiones**. 3; a la **aceptación de cumplidos**. 1.

No se encontró progreso en las siguientes subescalas:

Defensa de los derechos, Tomar la iniciativa en las relaciones con el sexo opuesto, Hacer cumplidos, Preocupación por los sentimientos de los demás y Expresión de cariño hacia los padres.

EMES-C

Se encontró mejoría en los siguientes ítems:

En cuanto a la **confianza para la expresión en público y al enfrentarse con superiores**. 1, 18, 27,33, 40; a la **despreocupación por la desaprobación de los demás al expresar sentimientos negativos y al rechazar peticiones**. 5; a la **confianza para hacer y recibir peticiones**. 33; a la **confianza para hacer y recibir cumplidos**. 19, 35; a la **confianza por la expresión de sentimientos positivos y para la iniciación de interacciones con el sexo opuesto**. 19, 24; a la **despreocupación por la desaprobación de los demás en la expresión de sentimientos**. 30, 36; a la **despreocupación por la impresión causada en los demás**. 31; a la **Asunción de posibles carencias propias**. 27.

No se encontró progreso en las siguientes subescalas:

Despreocupación por la evaluación por parte de los demás al manifestar conductas negativas, Despreocupación por una conducta negativa por parte de los demás al realizar conductas positivas, Confianza para expresar sentimientos positivos y Confianza para la defensa de los derechos.

FES

Se encontró mejoría en los siguientes ítems:

En cuanto a la **Armonía familiar**. 13; a la **Orientación de Metas**. 5; al **Control**. 40.

No se encontró progreso en las siguientes subescalas:

Orientación Cultural-Intelectual y Actividades de Orientación y Recreación.

No se encontró conflicto en las siguientes subescalas:

Cohesión, Expresividad, Independencia, Énfasis Moral-Religioso y Organización.

Sujeto 6

EMES-M

Se encontró mejoría en los siguientes ítems:

En cuanto a la **iniciación de interacciones**: 43; a la **defensa de los derechos**: 12; a **hacer cumplidos**. 26.

No se encontró progreso en las siguientes subescalas:

Hablar en público o enfrentarse con superiores, Expresión de molestia, desagrado o enfado, Expresión de sentimientos positivos, Expresión de molestia y enfado hacia familiares, Rechazo de peticiones, Aceptación de cumplidos, Tomar la iniciativa en las relaciones con el sexo opuesto, Preocupación por los sentimientos de los demás y Expresión de cariño hacia los padres.

EMES-C

Se encontró mejoría en los siguientes ítems:

En cuanto a la **confianza para la expresión en público y al enfrentarse con superiores**. 18, 33, 40; a la **despreocupación por la desaprobación de los demás al expresar sentimientos negativos y al rechazar peticiones**. 6, 13; a la **despreocupación por la evaluación por parte de los demás al manifestar conductas negativas**. 6; a la **despreocupación por la desaprobación de los demás en la expresión de sentimientos**. 30.

No se encontró progreso en las siguientes subescalas:

Confianza para hacer y recibir peticiones, Confianza para hacer y recibir cumplidos, Confianza por la expresión de sentimientos positivos y para la Iniciación de interacciones con el sexo opuesto, Despreocupación por una conducta negativa por parte de los demás al realizar conductas positivas, Despreocupación por la impresión causada en los demás, Confianza para expresar sentimientos positivos, Confianza para la defensa de los derechos y Asunción de posibles carencias propias.

FES

Se encontró mejoría en los siguientes ítems:

En cuanto a la **Expresividad** dentro de la familia 2, 22; a la **Armonía** familiar. 3; a la **Independencia** de los miembros de la familia. 4, 4, 34; a la **Orientación de Metas**. 5, 25.

No se encontró progreso en las siguientes subescalas:

Cohesión, Actividades de Orientación y Recreación y Control.

No se encontró conflicto en las siguientes subescalas:

Orientación Cultural-Intelectual, Énfasis Moral-Religioso y Organización.

Sujeto 7

EMES-M

Se encontró mejoría en los siguientes ítems:

En cuanto a la **iniciación de interacciones**: 4, 23, 31, 40, 43, 60, 63; a **hablar en público o enfrentarse con superiores**: 7, 18, 63; a la **defensa de los derechos**: 44; al **rechazo de peticiones**. 5, 13; a la **aceptación de cumplidos**. . 1, 50, 52.

No se encontró progreso en las siguientes subescalas:

Expresión de molestia, desagrado o enfado, Expresión de sentimientos positivos, Expresión de molestia y enfado hacia familiares, Tomar la iniciativa en las relaciones con el sexo opuesto, Hacer cumplidos, Preocupación por los sentimientos de los demás y Expresión de cariño hacia los padres.

EMES-C

Se encontró mejoría en los siguientes ítems:

En cuanto a la **confianza para la expresión en público y al enfrentarse con superiores**. 11, 15, 18, 40; a la **despreocupación por la desaprobación de los demás al expresar sentimientos negativos y al rechazar peticiones**. 39; a la **confianza para hacer y recibir peticiones**. 43; a la **confianza para hacer y recibir cumplidos**. 8, 25; a la **confianza por la expresión de sentimientos positivos y para la iniciación de interacciones con el sexo opuesto**. 24, 44; a la **despreocupación por la evaluación por parte de los demás al manifestar conductas negativas**. 6; a la **despreocupación por una conducta negativa por parte de los demás al realizar conductas positivas**. 38, 41; a la **despreocupación por la desaprobación de los demás en la expresión de sentimientos**. 30, 36; a la **despreocupación por la impresión causada en los demás**. 31, 38, 41; a la **confianza para expresar sentimientos positivos**. 23, 44; a la **Asunción de posibles carencias propias**. 4, 27.

No se encontró progreso en las siguientes subescalas:

Confianza para la defensa de los derechos.

FES

Se encontró mejoría en los siguientes ítems:

En cuanto a la **Armonía** familiar. 3; a la **Independencia** de los miembros de la familia. 4; a las **Actividades de Orientación y Recreación**. 7; al **Énfasis Moral-Religioso**. 18; al **Control**. 10.

No se encontró progreso en las siguientes subescalas:

Expresividad.

No se encontró conflicto en las siguientes subescalas:

Cohesión, Orientación de Metas, Orientación Cultural-Intelectual y Organización.

Sujeto 8

EMES-M

Se encontró mejoría en los siguientes ítems:

En cuanto a la **defensa de los derechos**. 12, 44; a la **aceptación de cumplidos**. 52.

No se encontró progreso en las siguientes subescalas:

Iniciación de interacciones, Hablar en público o enfrentarse con superiores, Expresión de molestia, desagrado o enfado, Expresión de molestia, desagrado o enfado, Expresión de sentimientos positivos, Expresión de molestia y enfado hacia familiares, Rechazo de peticiones, Tomar la iniciativa en las relaciones con el sexo opuesto, Hacer cumplidos, Preocupación por los sentimientos de los demás y Expresión de cariño hacia los padres.

EMES-C

Se encontró mejoría en los siguientes ítems:

En cuanto a la **confianza para hacer y recibir peticiones**. 34; a la **confianza para hacer y recibir cumplidos**. 25, 35; En cuanto a la **despreocupación por la evaluación por parte de los demás al manifestar conductas negativas**. 14, 37.

No se encontró progreso en las siguientes subescalas:

Confianza para la expresión en público y al enfrentarse con superiores, Despreocupación por la desaprobación de los demás al expresar sentimientos negativos y al rechazar peticiones, Confianza por la expresión de sentimientos positivos y para la Iniciación de interacciones con el sexo opuesto, Despreocupación por una conducta negativa por parte de los demás al realizar conductas positivas, Despreocupación por la desaprobación de los demás en la expresión de sentimientos, Despreocupación por la impresión causada en los demás, Confianza para expresar sentimientos positivos, Confianza para la defensa de los derechos y Asunción de posibles carencias propias.

FES

Se encontró mejoría en los siguientes ítems:

En cuanto a **Cohesión** en la familia. 1, 31; a la **Expresividad** dentro de la familia. 32; a la **Orientación de Metas**. 35; a las **Actividades de Orientación y Recreación**. 27; al **Énfasis Moral-Religioso**. 8; a la **Organización**. 19; al **Control**. 10.

No se encontró progreso en las siguientes subescalas:

Armonía y Orientación Cultural-Intelectual.

No se encontró conflicto en las siguientes subescalas:

Independencia.

Además de las pruebas aplicadas (EMES-M, EMES-C y FES) se aplicó un cuestionario con la finalidad de conocer la opinión de los pacientes y personal de hospital parcial.

4.1.4 Resultados de Cuestionarios Aplicados a Pacientes y Personal.

CUESTIONARIO APLICADO A PACIENTES

	¿Te gustó el programa? ¿Por qué?	¿Te sirvió el programa? ¿Cómo?	¿Notas algún cambio en ti gracias al programa?	Sugerencias	Observaciones
Sujeto 1	Sí, porque me ayudó a llevarme bien con familia y compañeros	Sí, a ser más tolerante con todos	Me siento más tranquila	Que siga adelante porque nos hace mucho bien	Todo el personal es atento y amable con nosotros
Sujeto 2	Porque no sabía, lo aprendí	Para saber que cosas que habla visto las ignoraba	Para tener más entendimiento	Que lo que oiga lo aprenda	-
Sujeto 3	Porque despertó en mi mente ideas que estaban dormidas y por lo tanto que no las ponía en práctica	Una puerta abierta para relacionarme con los que convivo	Me siento menos frágil y más segura	Que unos a otros nos ayudemos recordándonos los puntos que en un momento oportuno pudiera necesitar alguien	No vivir lleno de rencores, tomemos en cuenta que no somos perfectos pero no por eso le vamos hacer la vida difícil a un compañero de terapia
Sujeto 4	Porque me di cuenta cómo relacionarme y que tienes que respetar a los demás para que te respeten a ti como individuo	Ejercer mis derechos como persona, aprendí a tener criterio en muchos aspectos del ser social	A no quedarme callado y a tener creatividad	Que se haga con todo tipo de personas ya sea niños, adolescentes y adultos	Me gustaría que se impartiera el dialecto en nuestras ciudades para tener una idea más amplia de lo que piensan nuestros indígenas
Sujeto 5	Sí, aprendí a comunicarme mejor y aprendí a conocer más a los demás conociendo los momentos más felices de su vida	Sí, porque aprendí a ser asertiva, pasiva y agresiva y otras cosas más	Sí, me comunico mejor	Me gustó mi medalla y mi diploma y todo lo que vimos lo apunté	Voy a aplicar lo aprendido
Sujeto 6	Sí, porque participamos y era divertido	A desenvolverme mejor	Tener más optimismo	Ninguna	La psicóloga Tania fue muy amable, explicaba muy bien los ejercicios. Que haya más participación
Sujeto 7	Sí porque aprendí a conocerme más a mi mismo y porque aprendí a conocer a mis compañeros y a mis doctores (psicólogos) y aprendí a comunicarme más con todos	Sí, crecí como persona y adquirí conocimientos que puedo aplicar hacia las demás personas	Sí, me he desarrollado más como persona	Que se hubiera prolongado más tiempo, el tiempo era muy corto en cada sesión.	Le faltaba un poco de experiencia a la psicóloga Tania para dar la clase, va por muy buen camino ya que es su tesis, espero que haya aprendido mucho con nosotros
Sujeto 8	Sí, porque sirve en la vida	En mi trato con los demás	Más conciente de mi trato con los demás y de mi misma	-	-

CUESTIONARIO APLICADO AL PERSONAL.

	¿Cree que a los pacientes les gustó el programa? ¿Por qué?	¿Considera que les sirvió el programa? ¿Cómo?	¿Nota algún cambio en los pacientes gracias al programa?	Sugerencias	Observaciones
Enfermera de hospital parcial	Sí, porque se les tomaba en cuenta y sabían que su participación era importante ya que aprendían cosas nuevas entre todos	Sí, porque valoraron que su limitación mental no les impide interactuar en su medio y demostrar sus sentimientos	Sí, son más sociables y reconocen ser parte activa en la familia	Que se alargara más para que en cada tema se trataran aspectos y actitudes de la familia al paciente	En cuanto al cumplimiento de tareas se fuera más constante ya que forma parte de un hábito que los pacientes no tienen y deben aprender
Enfermera de hospital parcial	Su mayor interés es precisamente socializar sanamente y ser aceptados	En hacer la sesión muy interesante y motivarlos a asistir con más entusiasmo, vieron que tienen mucho que lograr y que son amados	Más seguridad e ilusión para continuar su vida	Que tenga una continuación y apoyo, además de seguimiento	Felicidades. Nuestro corazón con usted esperando su regreso para continuar
Psicóloga de hospital parcial	Sí, ya que con hechos se demuestra que pueden reintegrarse al medio social	Sí, al señalar habilidades y cómo desarrollarlas, haciéndolo en vivo, estupendo	Si hay cambio cognitivo y conductual aunque creo que se necesita más para reforzar más su autoestima y habilidades sociales.	Mayor tiempo de participación y por ende mayor ejercitación	Te solicito nos informes sobre los resultados de la tesis para ampliar metas
Psiquiatra de hospital parcial	Sí, porque les ha permitido encontrar alternativas reales para seguir su vida	Sí porque los prepara hacia el ambiente externo para evitar la frustración	Sí, mejoró su adaptación e integración al mundo fuera del hospital	Quizá un poco más extenso	Excelente programa

4.2 Análisis de Resultados

4.2.1 Análisis de Gráficas.

Los resultados encontrados fueron positivos en su mayoría. Se puede observar como en general se encontraron mejores resultados en la EMES-C (parte cognitiva) que en la EMES.M (parte motora), esto se puede deber a que en el programa se trabajaron más técnicas cognitivas modificando sus pensamientos para obtener los mejores beneficios de las habilidades sociales que técnicas conductuales.

En cuanto a la prueba EMES-M se observó que el logro más significativo se obtuvo en las subescalas que medían hablar en público **M2** y la aceptación de cumplidos **M8**, en la primera hubo una gran mejora debido a que en el programa los pacientes hablaron varias veces en público y no solamente de temas generales sino de sentimientos, emociones y pensamientos propios que generalmente se dificulta más, al hacerlo, los pacientes practicaron la actividad tantas veces que se familiarizaron con la misma, en la segunda, aceptación de cumplidos, el aumento se debe a que durante el programa se trataron las cualidades de cada persona con énfasis. En cuanto a la expresión de molestia y enfado hacia familiares **M6** no tuvo cambio alguno tal vez esto se pueda deber a que en el programa se les instruyó a mostrar sus emociones y sentimientos sin temor alguno debido a que pueden sufrir aplanamiento afectivo, de hecho, Caballo (1993) considera en las escalas EMES-M y EMES-C la demostración de enfado o molestia como algo positivo, también se les pidió autocontrol y se les enseñó a ser asertivos evitando la agresividad, por lo cual pudieron haber disminuido su agresividad y disminuir sus expresiones de enfado actuando de manera asertiva con sus familiares, si

bien en el programa se les manejó a los pacientes que expresar todo tipo de sentimientos y emociones incluso los de enfado era bueno, también se les manejo el autocontrol y se les enseñó a detectar las respuestas agresivas por parte de ellos mismos y de sus familiares. El rechazo de peticiones provenientes del sexo opuesto **M7** así como la iniciativa para comenzar relaciones con el sexo opuesto **M9** no sufrió cambio alguno esto se debe a que en el programa no se tomó en cuenta el tema de las relaciones con el sexo opuesto a excepción de dos pacientes a quienes les interesaba entablar alguna relación de pareja; es importante tomar en cuenta el tema de las relaciones con el sexo opuesto en cuanto a las habilidades sociales sin embargo, es necesario ver la edad, el estado civil y las costumbres y necesidades de los participantes en el programa para poner el énfasis debido a dicho tema. La disminución en el puntaje de las subescalas sobre preocupación por los sentimientos de los demás **M11** y expresión de cariño hacia los padres **M12** no se toma en cuenta debido a la falta de validez en estas dos subescalas, sin embargo se incluyen porque se aplicó la escala completa y para el análisis cualitativo de cada uno de los reactivos con los sujetos.

La prueba EMES-C reflejó que los pacientes después de la aplicación del programa aumentaron su confianza a la expresión en público **C1**, a expresar sus sentimientos **C2**, **C5**, **C8** y **C10** hacer y recibir peticiones y cumplidos **C3** y **C4** a la impresión causada en los demás **C2**, **C6**, **C8** y **C9**, en general aumentó la confianza para interactuar socialmente. Los cambios fueron cognitivos, esto quiere decir que las pláticas y explicaciones que se llevaron a cabo sesión con sesión, fueron comprendidas por los pacientes y que no solo aprendieron sobre sí mismos y sobre las relaciones sociales sino que disminuyeron miedos que en algún momento pudieron ser obstáculos para desenvolverse de manera óptima en la sociedad. La despreocupación por una conducta negativa por parte de los demás al realizar conductas positivas **C7** disminuyó en el

postest, la razón es que aunque a los pacientes se les instruyó en el tema de las conductas asertivas, también se hizo énfasis en que no siempre iban a recibir lo mismo por parte de los demás, tal vez era necesario aclarar al paciente que realizara actividades asertivas sin temor a recibir actitudes pasivas o agresivas. Es importante recordar que las subescalas **C11** y **C12** no tienen validez debido a que no tienen más de tres reactivos.

El temor a llevar a cabo una acción y el realizarla son inversamente proporcionales, es decir, mientras más temor se tenga a realizarlo menos probabilidad de que la acción se realice. Comparando las graficas 1 y 2 podemos encontrar que si bien aumenta en el postest la confianza para hablar en público **C1**, aumenta la misma conducta **M2**, aumentó la despreocupación por la desaprobación de los demás **C2**, mientras que mostrar enfado a los demás **M4** aumentó. El rechazo de peticiones se tomó como algo positivo tanto en el programa como en las escalas y se encuentra la misma regla directamente proporcional en la confianza para hacer y recibir peticiones **C3** y el rechazo de peticiones provenientes del sexo opuesto **M7**, aumentando la confianza, aumentó el número de rechazos debido a que se familiarizaron con el tema sabiendo que no se deben cumplir las peticiones que corrompan sus derechos. Aunque aumentaron las conductas de aceptar **M8** y hacer **M10** cumplidos se puede observar que hubo una mejora mayor en la primera lo cual se puede deber a que se trabajó la autoestima de los pacientes recordándoles sus cualidades y habilidades, de hecho se observó que con el paso del tiempo los pacientes podían hablar de sus propias cualidades con más facilidad. Podemos observar que la preocupación por la expresión de sentimientos positivos y la confianza en la iniciación de interacciones con el sexo opuesto **C5** aumentó, posiblemente debido a que los pacientes dejaron de preocuparse por comenzar a interactuar con los demás independientemente del sexo de la otra persona, pues observando la iniciación de interacciones **M1** se puede observar una mejora, también se observa que los pacientes

aumentaron su expresión de sentimientos positivos hacia el sexo opuesto **M5**, sin embargo no hubo cambios en tomar la iniciativa con el sexo opuesto **M9** y casi no lo hubo en el rechazo de peticiones con el sexo opuesto **M7** lo cual se puede achacar a que en el programa, como ya se dijo antes, no se tomaron en cuenta las relaciones con el sexo opuesto debido a las características de los pacientes. Aumentó también la despreocupación por la evaluación de los demás al manifestar conductas negativas **C6** lo cual demuestra que los sujetos posteriormente al programa disminuyeron sus miedos a hacer el ridículo y con esto podrán realizar actividades con más confianza en sí mismos, además, los pacientes aumentaron su indiferencia por la impresión causada en los demás **C9** lo cual reafirma lo planteado. Observando el aumento en la confianza por expresar sentimientos positivos **C10** se puede notar su influencia en el aumento de hacer cumplidos **M10**.

En la FES se encontraron puntajes más altos en el posttest aunque solo en algunas subescalas, la orientación cultural-intelectual **F6** y el énfasis moral-religioso **F8** disminuyeron y las actividades de orientación y recreación **F7** no cambiaron, tomando en cuenta que las tres son actividades que se realizan fuera de casa, la disminución se puede deber a que los pacientes se dieron cuenta de que salían poco y de que tenían muy pocas actividades extrahospitalarias. Es importante mencionar que en el programa no se tomaron en cuenta temas culturales ni de recreación, ni religiosos, de hecho, la subescala que mide énfasis moral-religioso **F8** no se considera ni positiva ni negativa.

La expresividad de la familia **F2** disminuyó, esto se puede deber a que al igual que en el caso de la expresión de molestia y enfado hacia familiares **M6**, a los pacientes se les pidió autocontrol y se les enseñó a ser asertivos evitando la agresividad, por lo cual pudieron haber disminuido su agresividad y disminuir sus expresiones de enfado actuando de manera asertiva con sus familiares.

La mejora más significativa en la prueba FES se pudo observar en la orientación de metas **F5** lo cual puede reflejar que los pacientes al plantearse a sí mismos metas a corto, mediano y largo plazo transmitieron esto a su familia, la familia del paciente al ver su mejoría en sus relaciones intrafamiliares se alienta a crear planes para el futuro.

Según los resultados de la prueba FES, la armonía **F3** dentro de las familias de los pacientes disminuyó, esto se puede deber por un lado a que los pacientes fueron más estrictos al evaluar a su familia en el postest debido a que conocieron sus derechos y la posibilidad de tener un mejor trato, por otro lado, la finalidad del programa era trabajar habilidades sociales y no se trató de manera directa el tema de la armonía familiar.

Bellack y Morrison (1982) argumentan que los patrones de interacción de las familias de los esquizofrénicos pueden servir realmente para aumentar la probabilidad de recaída por lo cual, es importante conocer de manera aunque sea general la dinámica familiar de cada paciente.

Las gráficas 4,5 y 6 ayudan a realizar comparaciones entre los sujetos. Todos los sujetos presentaron un beneficio en cuanto a las habilidades sociales en la EMES-M a excepción del **sujeto 8**, quien tenía un repertorio de habilidades sociales mucho más alto al de los demás antes de la aplicación del programa. El sujeto 8, a diferencia de los demás sujetos, se presentaba un tanto incrédulo ante el servicio de hospital parcial y por lo mismo se involucró muy poco al principio al programa de entrenamiento en habilidades sociales, otra de las razones por las cuales se involucró poco, tal vez se debió a que como se consideraba competente en el ámbito social no creía necesario un entrenamiento en habilidades sociales. Con el paso del tiempo, mientras avanzaban las sesiones del programa, el sujeto 8 se comenzó a involucrar más en la actividad, muestra de ello el 100% de asistencia que tuvo durante el programa, esto ayudó al paciente a percatarse de

sus carencias propias en el ámbito de las habilidades sociales y aunque al paciente le haya servido el programa en el posttest se refleja una puntuación menor debido a que dicho sujeto se evaluó a sí mismo más rigurosamente que antes del programa.

Tanto en la EMES-C como en la FES, como lo muestran las gráficas 5 y 6, todos los sujetos presentan una mejoría y como singularidad el **sujeto 3** presenta una disminución de puntaje, la razón se puede deber a que todos los sujetos han sido en promedio de cuatro a seis veces hospitalizados con un tiempo no mayor a un mes y el sujeto 3 ha sido hospitalizado 27 veces, unas con tiempos mayores al año y en una ocasión hasta de seis años, con base en los estudios de Pucheu se toma en cuenta que el sujeto debido a que ha estado hospitalizado tantas veces sufrió el síndrome de hospitalismo o institucionalización y por lo tanto sus habilidades sociales se vieron afectadas, Eisler y Frederiksen (1980) indican que los "individuos que han mostrado un déficit extremo en el funcionamiento social se han encontrado a menudo en instituciones mentales o reformatorios, dependiendo de lo aceptables, desadaptativas o antisociales que se han visto sus conductas". Por lo tanto se da un círculo vicioso en este paciente en el cual mientras más psicopatología, más institucionalización y disminuye la competencia social y a su vez, mientras menos competencia social más problemas psicopatológicos; el sujeto 3 no presentó mejoría en dichas escalas debido a que tenía menor probabilidad de obtener beneficios del programa según los estudios de Jacobs y cols. (1972), los cuales indican que el fracaso, la desilusión y el rechazo se correlacionan con la ausencia de mejoría en el tratamiento psicológico.

4.2.2 Análisis de Reactivos por Sujeto.

Sujeto 1

Paciente de sexo femenino, edad de 61 años, casada y un diagnóstico de Ansiedad Generalizada. Al término del programa se percibió como menos tímida lo cual indica progreso debido a que la timidez y la competencia social son inversamente proporcionales. Durante cinco meses asistió al programa de entrenamiento en habilidades sociales en el cual se le daba la libertad de exponer sus puntos de vista, lo cual le dio confianza para desenvolverse, durante todas las sesiones se mostró muy participativa por lo que se entrenó ampliamente en la acción de hablar en público y con esto disminuyeron sus temores y preocupaciones a realizar dicha actividad. Permaneció atenta a la sesión VIII en la que comprendió sus derechos y al finalizar el programa se sintió segura de defenderlos mostrando descontento a sus amigos, rechazando y haciendo peticiones, disminuyendo sus preocupaciones por lo que los demás pudieran pensar de ella al hacer valer sus derechos. Aprendió a expresar su enfado al sentirse traicionada y esto se debió a que durante el programa se puso énfasis en la importancia de demostrar lo que sienten aunque estos sean enojo o tristeza y no de alegría y tranquilidad en la sesión VII. Ella es la única casada del grupo, por lo tanto, si tuvo progreso en mostrar sentimientos positivos a personas del sexo opuesto estos sentimientos son hacia su esposo, el programa le ayudó a tener una mejor comunicación con su pareja debido a que generalmente las tareas en casa que se dejaban en el programa de entrenamiento en habilidades sociales las realizaba con él. La paciente progresó en tomar la iniciativa en relaciones con el sexo opuesto, sin embargo, debido a su estado civil este resultado lo puede explicar el hecho de que la paciente obtuvo habilidades para hacer amistad con otras personas independientemente del sexo de

estas. Esto se puede constatar con el progreso que presentó al disminuir su preocupación por empezar una conversación con amistades. Además, se hallaron varios progresos en cuanto a su relación de pareja pues disminuyeron los temores a la desaprobación de su esposo y en cuanto a la familia disminuyeron las peleas y agresiones y aumentó el entusiasmo por realizar actividades.

Sujeto 2

Paciente de sexo masculino, edad 50 años, soltero con un diagnóstico de Psicosis Orgánica por Epilepsia. Él reportó percibirse como menos tímido al terminar el programa de entrenamiento en habilidades sociales lo cual indica que obtuvo habilidades sociales que le facilitaron la relación con los demás. Disminuyó su miedo a hacer preguntas en clase lo cual indica que al participar activamente en el programa se entrenó para hablar en público y con esto se incrementó la confianza para realizar dicha actividad. Aprendió a defender sus derechos como pedir claramente una explicación ante críticas injustas, rechazar o hacer peticiones sin miedo al qué dirán o pedir silencio durante un evento que así lo requiera, esto indica que al conocer sus derechos obtuvo confianza para solicitar respeto. El paciente asistió con gusto a las sesiones XIII y XIV en donde aprendió a no minimizar las alabanzas que le hagan además de hacer cumplidos a personas desconocidas, así, cambiaron sus pensamientos al respecto, al terminar el programa de entrenamiento en habilidades sociales él consideró agradable el hecho de recibir cumplidos. Se encontró una gran mejoría en la expresión de sentimientos positivos, al aprender a reconocer sus sentimientos y emociones en la sesión VII también obtuvo la confianza necesaria para expresarlas; sin embargo, no solamente la expresión de

sentimientos positivos tuvo una mejoría notable, también la muestra de enfado o malestar como el enfrentarse a las críticas de sus amigos.

Se mostró con mucha confianza en sí mismo después del programa, como lo puede indicar el progreso que logró en cuanto a la despreocupación por la impresión causada en los demás. En cuanto a la relación familiar se encontraron algunos progresos que se debieron por una parte a las tareas en casa pues estas generalmente iban dirigidas a la convivencia familiar y por otra a que al sentirse mejor cambia el ambiente familiar. Se encontró más cooperación dentro de la familia al final del programa pues su percepción ahora se ayudan más, hacen las cosas para el beneficio de todos y no de uno solo y todos toman las decisiones familiares.

Sujeto 3

Paciente de sexo femenino, 55 años de edad, soltera con un diagnóstico de esquizofrenia paranoide. Siempre mostró un interés notable durante las sesiones, mostrándose muy entusiasta y participativa lo cual puede ser una razón de peso para el progreso tan grande que tuvo en cuanto a hablar en público, hacer preguntas en clase, exponer su punto de vista en una reunión sin miedo a parecer incompetente o a hacerlo mal. Aprendió que tiene derecho a ser tratada con respeto (Sesión VIII) y que el ser distinta a los demás no es un obstáculo para mantener una buena relación (Sesión X) por lo que mostró grandes avances en cuanto acercarse, defender sus derechos, criticar y solicitar algo a personas con autoridad. Aprendió que expresar sentimientos negativos hacia otras personas, incluso familiares, es necesario (Sesión VII) y que este es un derecho que tenemos como seres humanos (Sesión VIII), pero que también es importante mostrar sentimientos positivos a los demás como el amor. Aprendió que se pueden

rechazar peticiones sin sentir culpa y sintió confianza para hacer peticiones a personas con autoridad y a desconocidos. Al término del programa de entrenamiento en habilidades sociales dejó de temer a las críticas de los demás. No se encontró mucho cambio en cuanto a las relaciones familiares en gran parte debido a que no se encontró conflicto en varias áreas, los cambios que se encontraron difícilmente se pueden relacionar con lo trabajado durante el programa pues en el postest se encontró que la familia hablaba más de problemas políticos y sociales y se involucró más en actividades recreativas como salir de casa los fines de semana o tener invitados a cenar.

Sujeto 4

Paciente de sexo masculino, con 29 años de edad, divorciado y con un diagnóstico de Esquizofrenia Paranoide. Él asistía interesado y entusiasta a las sesiones y generalmente tenía participaciones que servían mucho en las dinámicas impartidas en cada sesión, por lo mismo se le reforzaba de manera verbal sus atinados comentarios por lo que al terminar el programa, progreso en exponer su punto de vista en un seminario o reunión y disminuyó su temor a hablar en público y su miedo al parecer incompetente. No pudo asistir a la Sesión VIII por lo que no tuvo progreso en cuanto a la defensa de los derechos ni de manera motora ni cognitiva. Se le facilitó la aceptación de cumplidos provenientes de otras personas y al finalizar el programa ya no pensaba que lo más conveniente era minimizar los cumplidos esto se debió no solamente por la Sesión XIV sino porque se trabajó el autoconocimiento en las sesiones III, IV y V y esto lo hizo recordar y tener presentes sus cualidades. No solamente progresó en recibir cumplidos, también se capacitó para alagar a los demás (Sesión XIV), además se instruyó para hacer críticas constructivas a los demás cuando está justificado lo cual indica que al finalizar el

programa se sintió con mayor confianza para expresar lo que piensa en el momento adecuado, ya no le preocupan las críticas si expresa sus sentimientos negativos (Sesión VII). Al estar divorciado, estaba interesado en comenzar una nueva relación de pareja y el programa de entrenamiento en habilidades sociales le sirvió para entrenarse en comenzar conversaciones (Sesión XI y Sesión XII) y expresar sus sentimientos (Sesión VII) lo cual disminuyó sus temores a conversar con personas del sexo opuesto, expresar sentimientos de afecto a personas del sexo opuesto y a no ser correspondido por una persona del sexo opuesto. En cuanto a sus relaciones familiares no existieron muchos cambios al terminar el programa en gran parte porque no se encontró conflicto en la mayoría de las áreas, sin embargo, el paciente reportó que ya se podían arreglar la mayoría de los problemas sin que alguien se enojara y que se volvieron más limpios y ordenados.

Sujeto 5

Paciente de sexo femenino, 35 años de edad, soltera con un diagnóstico de Esquizofrenia Paranoide. Reportó percibirse como menos tímida al terminar el programa de entrenamiento en habilidades sociales lo cual indica que obtuvo habilidades sociales que le facilitaron la relación con los demás. Aunque no se le entrenó para hablar en público directamente, siempre participaba de manera impetuosa durante las sesiones por lo cual ahora le resulta más fácil hablar en público y hacer preguntas en un grupo, en cuanto a la parte cognitiva disminuyeron sus temores a expresar sus opiniones personales en grupo, temor a hacerlo mal, a las críticas o a parecer incompetente al hablar en público. Conoció sus derechos (Sesión VIII) y con esto mantuvo presente que debe ser tratada bien por toda la gente que le rodea, además se le recordó que ser distinto es una ventaja (Sesión III) y que todos, aunque diferentes, son iguales en

importancia, aumentando así su confianza por hacer peticiones a personas con autoridad. Progresó en mostrar sus sentimientos y emociones tanto negativos al resultarle más fácil mostrar su enfado cuando algo le molesta ya sea de un extraño o de un familiar y sin preocupación a causar una mala impresión, como positivos al resultarle más fácil mostrar su afecto a otras personas en público, despreocuparse por lo que puedan pensar sus amigos al expresar su afecto hacia ellos o por no ser correspondido (Sesión VII). Al término del programa ya no le resultó tan difícil decir que “no” a peticiones, lo cual indica que aprendió el derecho a negarse a hacer algo que no desea hacer. Al propiciar el autoconocimiento (Sesión III, IV y V) reafirmó sus cualidades y de este modo se le facilitó aceptar cumplidos además de que se trabajó concretamente con el tema (Sesión XIII y XIV) de este modo ya no le preocupa hacer el ridículo al hacer un cumplido a una persona del sexo opuesto o alabar a un extraño y tampoco le preocupa lo que las personas piensen de ella si acepta abiertamente un cumplido. No se encontró gran conflicto en la familia de dicha paciente, sin embargo existieron progresos en cuanto a la muestra de sentimientos negativos como el enojo entre familiares lo cual se puede deber a que las tareas en casa sirvieron no solo para generalizar lo aprendido en la sesión sino influyeron en los familiares, cabe mencionar que el mostrar enojo no se tomó como sinónimo de agresión, pues en la Sesión VI se instruyó a los pacientes en el tema de la agresión poniendo énfasis en que se puede mostrar el enojo de manera asertiva. Al finalizar el programa reportó que había varias formas de hacer las cosas en casa y no solo una lo que puede indicar una apertura de criterios y respeto entre los miembros de la familia.

Sujeto 6

Paciente de sexo femenino, de 22 años, soltera con un diagnóstico de Trastorno Esquizoafectivo. Progresó en la iniciación de interacciones al ya saber que decir cuando

conoce gente nueva, esto se debe al entrenamiento que se le dio en la Sesión XII. Disminuyeron sus temores a hablar en público debido a que durante las sesiones se solicitaba su participación y ella aceptaba gustosa. Aprendió a defender sus derechos como lo es pedir silencio durante un evento que así lo requiera, esto indica que al conocer sus derechos obtuvo confianza para solicitar respeto, con esto disminuyó su temor a defender sus derechos frente a sus padres así como el temor a exigir respeto cuando alguien se aprovecha de ella. No se encontró progreso en la expresión de sentimientos positivos ni negativos lo cual nos puede dar una pauta de que no a todos los pacientes le sirven las sesiones de la misma manera y que debido a la característica de sus síntomas afectivos puede resultar más difícil un progreso de esta índole. Aprendió a hacer cumplidos a un superior en la Sesión XIV lo cual le puede ayudar a relacionarse mejor con su entorno, en este caso con enfermeras, psicólogos y psiquiatras dentro del hospital y con sus padres en casa. En cuanto al ambiente familiar, se encontraron varios cambios al terminar el programa de entrenamiento en habilidades sociales pues ya no se guardan los sentimientos para sí mismos Sesión VII y podían arreglar sus problemas de manera adecuada sin enojarse las sesiones XI y XII en cuanto a la comunicación y la Sesión XVI en la solución de problemas pudieron haber influenciado a la familia a tener una mejor comunicación para resolver conflictos haciendo con esto que disminuyeran las peleas entre ellos. Al finalizar el programa reportó que la familia pensaba que hay que ser el mejor en lo que se haga y que no era muy importante hacer dinero dentro de la familia, lo cual indica que la orientación de metas tuvo un progreso notable que se pudo haber debido entre otras cosas a la Sesión XVIII en la que se trabajaron las metas a corto, mediano y largo plazo.

Sujeto 7

Paciente de sexo masculino, 37 años de edad, soltero, con un diagnóstico Esquizofrenia Paranoide. Dejó de evitar hacer preguntas a personas que no conoce, le resulta fácil hacer nuevos amigos y no le cuesta hablara con un desconocido del sexo opuesto, esto se debió a la Sesión XIV aprendió a comenzar conversaciones y que tiene el derecho a preguntar y a acercarse a los demás (Sesión VIII). Aprendió también el derecho a pedir favores a desconocidos sabiendo que ellos tienen el derecho a decir "no", él aprendió a negarse cuando alguien le pide algo aunque este sea un miembro del sexo opuesto, lo cual indica que comprendió que él también tiene derecho a negarse. Se interesó más en la amistad en gran parte porque durante el programa se puso énfasis en que conocer a mucha gente es gratificante (Sesión X). Se percibió al final del programa como menos tímido, lo cual nos puede indicar que obtuvo distintas habilidades que le permitieron relacionarse de manera mas adecuada con su entorno. Aprovecho en gran medida la Sesión XIII y XIV, pues logró un gran progreso al no intentar minimizar la situación cuando recibe un halago, aceptar cumplidos fácilmente y sabiendo qué responder cuando le alaba, disminuyendo así su preocupación por lo que la gente piense de el al aceptar un cumplido o despreocupándose por que lo llamen adulador. Durante la mayoría de las sesiones, se mostró interesado y participativo, lo cual le ayudo a entrenarse para hablar en público y disminuir sus temores al realizar dicha acción. Se encontraron algunos progresos dentro de la familia, pues disminuyeron las peleas y comenzaron a hacer las cosas por beneficio de todos y no de uno solo; el programa ayudo al núcleo familiar debido a que las tareas en casa generalmente las realizaba el paciente con ellos, además su actitud asertiva beneficia la convivencia familiar.

Sujeto 8

Paciente de sexo femenino, con 69 años de edad, divorciada y con un diagnóstico de Psicosis Orgánica debido a hipoxia neonatal. Sacó buen provecho de la Sesión VIII, pues aprendió a ser respetada al pedir silencio en las situaciones que así lo requieran o al reclamar cuando alguien no respeta su lugar en una fila. Además, comprendió el derecho que tienen los seres humanos a hacer peticiones sin temor alguno. También se vio influenciada por la Sesión XIV, pues ahora ya sabe que responder cuando la alaban, ya no considera que lo mejor es pasar por alto una situación en la que le hagan un cumplido y se consideró competente para halagar a otras personas. Se encontró progreso en la expresión de sentimientos negativos como opinar contrariamente a los demás o molestarse ante las críticas de sus amigos. Se encontraron algunos cambios dentro de la situación familiar, pues ahora percibe más ayuda entre los miembros de la familia, se cuentan sus problemas personales y tienen más actividades juntos, estos cambios se deben a que la paciente se volvió más asertiva (Sesión VI) manteniendo así una mejor relación con la familia, por otro lado, realizó algunas de sus tareas en casa con sus familiares.

4.2.3 Análisis de Cuestionarios Aplicados a Pacientes y Personal.

En cuanto a los cuestionarios aplicados a los pacientes se puede observar como todos reportaron gusto por el programa de entrenamiento en habilidades sociales por diferentes razones pero la mayoría concuerdan con que les sirvió el programa por diferentes razones, todas relacionadas con la competencia social.

Las respuestas de los pacientes a dichos cuestionarios son de suma importancia a tomar en cuenta para posteriores investigaciones debido a que se encuentran inmersos

en el programa y son los que se pueden ver más o menos beneficiados del mismo. Los pacientes sintieron después del programa diferentes emociones y sentimientos placenteros como tranquilidad, seguridad, optimismo, etc, esto indica que los pacientes obtuvieron beneficios tangibles e intangibles y por esta razón solicitaron que se prolongara el tiempo del programa y manifestaron el bienestar que tuvieron durante y después del programa.

Con respecto al personal de hospital parcial, se planeó un cuestionario para ellas debido a que son un punto muy importante dentro del servicio y conocen a los pacientes de manera directa, conocieron todo el programa, además es de suma importancia realizar investigaciones tomando en cuenta la opinión de otros profesionales de la salud para realizar trabajos interdisciplinarios que aporten mucho más tanto a la psicología como a los pacientes. El personal del hospital reportó que notó cambios positivos en los pacientes, lo cual indica que el programa les ayudó a ellas a realizar su trabajo de manera más armoniosa debido a los beneficios que recibían los pacientes.

4.2.4 Análisis de los Resultados Estadísticos.

Aunque las diferencias entre los pretest y posttest no se encontraron en general estadísticamente significativas, fue necesario hacer un estudio de esta índole con la finalidad de proporcionarle formalidad a la presente investigación; para esto se adecuó la prueba Wilcoxon para que diera resultados aún con la cantidad limitada de pacientes. Debido a que el análisis se llevó a cabo con sólo 8 sujetos era necesario un cambio más grande en las respuestas posteriores al programa para que se hubieran encontrado resultados estadísticamente reveladores, sin embargo, se debe tomar en cuenta que los resultados no fueron estadísticamente significativos para el grupo lo cual se puede deber a que las escalas utilizadas no estaban estandarizadas y por la misma razón su valides y

confiabilidad pueden resultar dudosas, sin embargo, como ya se ha explicado anteriormente fueron las escalas que más se adecuaron para realizar la evaluación de las habilidades sociales de los pacientes que participaron en el programa.

4.3 Conclusiones, limitaciones y sugerencias.

El grupo de pacientes de hospital parcial se encuentra en dicho servicio para su rehabilitación y para reingresar a su comunidad de manera gradual, en el presente trabajo se plantea la importancia de brindar a este grupo de pacientes herramientas que les permitan una convivencia más armoniosa con la sociedad.

El programa de entrenamiento en habilidades sociales para pacientes de hospital parcial se ha creado como una estrategia para brindar las herramientas que los pacientes necesitan debido a los síntomas que presentan cada uno de ellos dependiendo del trastorno que padece, en el grupo de participantes del programa, los sujetos **3,4,5, y 7** tienen un diagnóstico de esquizofrenia paranoide por lo cual el programa toma en cuenta los síntomas de dicho trastorno, en especial los negativos los cuales reflejan una disminución o pérdida de las funciones normales y comprenden restricciones del ámbito y la intensidad de la expresión emocional (aplanamiento afectivo), de la fluidez y la productividad del pensamiento y el lenguaje (alogia) y del inicio del comportamiento dirigido a un objetivo (abulia). El sujeto **6** tiene diagnosticado el trastorno esquizoafectivo y entre los síntomas asociados a este trastorno puede haber actividad laboral pobre, retraimiento social acusado, dificultades en el autocuidado y aumento del riesgo de suicidio. Los sujetos **2 y 8** tienen el diagnóstico de psicosis orgánica (epilepsia e hipoxia neonatal respectivamente) dicho diagnóstico indica un grave deterioro de la evaluación de la realidad. El sujeto **1**, a diferencia de todos los demás miembros del grupo, tiene un diagnóstico de Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG), Pallarés (2002) afirma que

aunque muchos clínicos consideraron al TAG como un trastorno relativamente leve y que incapacita poco, los datos más recientes invitan a cambiar esta visión y a considerar las consecuencias negativas en el funcionamiento familiar y laboral. Incluso el TAG cuando no va asociado con la depresión, altera el funcionamiento laboral y social, así como el aumento en la probabilidad de utilizar centros de salud. El sujeto 1 no se puede apartar de los demás sujetos debido a que aunque el TAG se considera un trastorno de ansiedad y por tanto neurótico y los demás sujetos corresponden a los trastornos psicóticos, ambos no están aislados ni estáticos y los grupos sintomáticos se combinan unos con otros. Todas las sintomatologías mencionadas afectan a los pacientes en el tema de la exitosa reinserción a la comunidad y es necesario que se traten estos síntomas o sus consecuencias por medio del entrenamiento en habilidades sociales, en el Programa de entrenamiento en habilidades sociales para pacientes de hospital parcial se tratan todos estos síntomas trabajando la expresividad de sus sentimientos y emociones, autoestima, comunicación, iniciativa, por ejemplo, en los síntomas depresivos se trabajaron cualidades y cosas positivas propias y de sus familiares y aunque se les dificultó debido a que una persona deprimida tiende a ignorar y olvidar las cosas buenas, pudieron hacerlo y de ese modo aumentó su autoconocimiento y autoestima. En cuanto a la comunicación de los pacientes, es bien sabido que en las psicosis la quiebra de las reglas usuales del lenguaje anula toda utilidad social del habla por lo cual, aunque los pacientes de hospital parcial se encuentran controlados y mantienen un lenguaje coherente, es muy probable que sus habilidades de comunicación se vean afectadas y necesiten herramientas que les permitan transformar de manera positiva la comunicación con los demás.

No solamente debido a los síntomas que padecen los pacientes son necesarias las habilidades sociales, todos los pacientes han estado internos en varias ocasiones y tiempos prolongados ya sea en el Hospital Psiquiátrico "San Fernando" o en otras

instituciones y eso les crea un síndrome llamado institucionalización "caracterizado por la apatía, el aislamiento, la resignación y la pérdida de la individualidad. Los factores que propician esta situación son la pérdida de contacto con el mundo externo, la inactividad forzosa, el personal autoritario, la pérdida de pertenencias personales, el exceso de psicofármacos y la ausencia de perspectivas futuras" (Pucheu, 1981). Tomando en cuenta los estudios de Zigler y Phillips (1960, 1961) quienes demostraron que cuanto mayor es la competencia social previa de los pacientes que son internados en el hospital psiquiátrico menor es la duración de su estancia en él y más baja su tasa de recaída podemos concluir que es de suma importancia trabajar con las habilidades sociales de los pacientes para darles mejor calidad de vida. Si los pacientes no tienen habilidades sociales desarrolladas por la razón que sea es deber del psicólogo brindárselas para así evitar la rehospitalización y favorecer no solamente al paciente a no padecer de nuevo la institucionalización sino a las instituciones también se les favorece debido a que se disminuye la demanda de ingreso y de este modo pueden mejorar sus servicios. El trabajo realizado no requiere de grandes recursos para llevarse a cabo por lo que se puede hacer en todas las instituciones en las que se requiera ayudar al paciente en el ámbito social, dicho programa solo necesita de creatividad, sensibilidad e interés por la rehabilitación de los pacientes.

Se trataron algunos temas específicos de cada sujeto en cuanto a la problemática que vivían ya fuera en sus casa (no poderse poner de acuerdo en cuanto a la educación de sus hijos) o con la comunidad (debido a la esquizofrenia paranoide pensar que los vecinos hablan de él), tratar estos temas particularmente no estaba contemplado en el plan del programa, sin embargo sobre la marcha se fueron realizando algunas adecuaciones dependiendo de las necesidades de los pacientes, también se debe a que el trabajo del psicólogo no solamente consiste en crear el programa utilizando las

herramientas más adecuadas para el tipo de paciente sino también el trabajo del psicólogo es hacer del programa un espacio en el cual el paciente trabaje sus problemas personales. Sobre la marcha, se encontró que se podían trabajar los problemas personales con las tareas en casa ya que de ese modo les interesaría más realizar la tarea, por ejemplo, un paciente tenía algunos consejos para sus hermanos sobre como administrar la tienda de la familia, pero debido a su psicosis orgánica no era tomado en cuenta, sus tareas se adecuaron a dicho tema durante todas las sesiones que fueran posibles. Sin embargo, los pacientes no tienen el hábito de generalizar, es decir, ellos suelen trabajar muy bien dentro de hospital parcial pero dejan dentro todo lo que han realizado, en el hospital nunca se les habían manejado las tareas en casa, por lo tanto es muy buena observación la de una de las enfermeras de hospital parcial y para posteriores aplicaciones se considera como sugerencia el imponer dentro de las tareas en casa reforzamientos con la finalidad de que los pacientes se motiven a realizarlas debidamente y así obtengan una mayor generalización.

El psicólogo para tener éxito debe analizar al paciente sesión con sesión y así su tarea será más específica e individual, los cambios realizados en las tareas del programa justifican la cantidad de pacientes, con más de 15 pacientes se perdería la individualidad y se dificultaría el proceso.

Dado que la cantidad de pacientes de hospital parcial del Hospital Psiquiátrico Siglo XXI San Fernando es de ocho pacientes, el programa se impartió al mismo número de participantes y no hubo posibilidad de tener un grupo control, por lo tanto el estudio es cuasiexperimental, otra limitante encontrada durante el proceso fue la duración de las sesiones que a veces resultó reducido debido a que el tiempo fue impuesto por la institución, por lo que en futuras investigaciones se sugiere solicitar sesiones de dos horas para concluir cada tema con calma.

Para evaluar la eficacia del Programa de entrenamiento en habilidades sociales para pacientes de hospital parcial fue necesario realizar una investigación seria por medio de pretest y postest y no solo guiarse de manera subjetiva del bienestar del paciente por medio de la observación o de los cuestionarios aplicados tanto a los pacientes como al personal de hospital parcial. Medir la competencia social es un gran reto, Bastians y Runde (2002) afirman que es debido a que no existe una definición universal sobre el tema, y concluyen que utilizando varios medios para evaluar las habilidades sociales se obtienen los mejores resultados. La medición de las habilidades sociales se realizó con las escalas EMES-M, EMES-C, las cuales no se encuentran estandarizadas, sin embargo, son las escalas que más se adecuaron para medir las habilidades sociales de los pacientes en gran parte debido a que las escalas fueron hechas por Caballo y el Programa de entrenamiento en habilidades sociales para pacientes de hospital parcial tiene sus bases más generales en dicho autor y debido a que se permitió en el hospital que se realizara el programa de entrenamiento en habilidades sociales de marzo a julio 2003 no fue posible estandarizar dichas escalas por falta de tiempo. En futuras investigaciones podría comenzarse por realizar instrumentos que midan habilidades sociales, para con ello evaluar de manera más directa los programas aplicados.

Se aplicó la prueba FES con la finalidad de conocer si existió algún cambio en cuanto al ambiente familiar antes y después del programa, en el programa no solamente se trataban las habilidades sociales del paciente con respecto a la comunidad sino de darle herramientas para desenvolverse y convivir mejor dentro de la familia.

Las habilidades sociales se reflejan primeramente en la familia ya que son las personas con las que más se convive, sobretodo los pacientes de hospital parcial que han perdido muchas redes sociales debido a su sintomatología y a la institucionalización. Como se describe en el capítulo 1, el doble vínculo puede suscitar síntomas psicóticos, en

especial esquizofrénicos, en una persona debido a patrones secuenciales característicos de la comunicación madre-hijo que se establecen desde la más temprana edad. Por lo tanto, se considera de suma importancia la comunicación que exista entre el paciente y su familia en el presente programa para así evitar conflictos que en un futuro lo lleven de nuevo a la hospitalización.

Existen otros logros de características más subjetivas pero tal vez más útiles para los pacientes como es la posibilidad de convivir dentro de un grupo de similares, la cual les permite compararse, identificarse y apoyarse, tanto entre pacientes como a sus familiares, logro que el programa de entrenamiento en habilidades sociales para pacientes de hospital parcial favorece.

Debido a las patologías que los pacientes padecen, pueden cometer errores de pensamiento y pensar que cuando han tenido éxito en las interacciones éste se pudo haber debido a la suerte más que al entrenamiento en habilidades sociales y temer que en un futuro le exijan más y no lo pueda lograr: "Mi ejecución no puede llegar a ese nivel". En el programa de entrenamiento en habilidades sociales se les alteró la cognición a los pacientes para que se preguntaran ¿Qué son capaces de hacer? Y no ¿Qué espera la gente de mí? Además, se les otorgaron medallas y diplomas de asistencia no solo con la finalidad de reforzarlos sino también para hacerles notar que realizaron un buen trabajo y que lo que aprendieron les servirá mucho posteriormente para mantener una exitosa convivencia con su comunidad.

El entrenamiento en habilidades sociales para pacientes de hospital parcial se ha encontrado como una buena alternativa de ayuda para los pacientes como se pueden ver

en las 6 gráficas realizadas y en las dos tablas de los cuestionarios. Sin embargo, dicho programa es de piloto pues es un estudio preliminar y a partir de los resultados encontrados se pueden hacer algunas sugerencias al mismo, además, se propone que se realicen estudios posteriores para perfeccionarlo y adecuarlo a las necesidades de cada paciente. Un planteamiento interesante sería tener un seguimiento de los ocho pacientes que participaron en el programa de entrenamiento en habilidades sociales y realizar programas con diferentes objetivos pero con la misma finalidad, ayudarlos a reinsertarse de manera exitosa en la sociedad.

El modelo de vulnerabilidad de estrés propone a las habilidades sociales como un protector a la vulnerabilidad y debido a que la predisposición aunada al estrés aumenta la posibilidad de psicopatología, el programa se puede utilizar no solo como auxiliar en el tratamiento sino como método de prevención. Se puede impartir en las instituciones como talleres abiertos a todo público y para realizar grupos más homogéneos se pueden elegir a los integrantes según edad, sexo, características psicológicas, etc. La impartición de programas de entrenamiento en habilidades sociales beneficiarían en gran medida a los miembros de una comunidad además de favorecer a las instituciones disminuyendo la demanda de ingreso a hospitales psiquiátricos.

La experiencia de realizar un programa en el cual se tiene contacto directo e intenso con los pacientes tuvo como resultado un desarrollo sustancial y el aumento de la capacidad clínica, la destreza y la confianza. La vivencia durante el programa proporciona un aprendizaje sobre como desenvolverse en el rol del psicólogo y no solamente información sobre el tema. Los cambios de personalidad, la adquisición de aptitudes y el sentimiento incrementado de competencia que acompaña esta oportunidad son muy gratificantes.

BIBLIOGRAFÍA

- Ψ Anastasi, A.; Urbina, S. (1998) Tests Psicológicos. México: Prentice Hall.
- Ψ Aldama, J. (1990) Esquizofrenia y psicosis única. Revista de Psiquiatría de la Facultad de Psicología de Barcelona. v. 17 (5) pp. 234-240.
- Ψ Allen Frances; Ruth Ross (1999) Estudio de casos: Guía clínica para el diagnóstico diferencial. Barcelona: Masson
- Ψ Asociación Psiquiátrica Americana de Washington (APA) (1995). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- Ψ Barragán, L., Cruz, B., Fulgencio, M., Barragán, N., Ayala, H., (1998). Manual de autocontrol del estrés. México: Miguel Ángel Porrúa, Facultad de Psicología.
- Ψ Beck, A. (1995). Terapia cognitiva de los trastornos de la personalidad. México: Paidós.
- Ψ Belloch, A.; Sandín, B. y Ramos, F. (1995). Manual de psicopatología, *Volumen 2*. Madrid: McGraw-Hill.
- Ψ Biagini, M. (1994) Estructura dinámica familiar y su relación con el paciente esquizofrénico: antecedentes y tendencias actuales. Salud Mental. v.17 (4) pp. 12-17
- Ψ Caballo, V. (1993). Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales. España: Siglo Veintiuno de España Editores, S.A.
- Ψ Cabañas, D.; Hernández, H. (2001). Programa de entrenamiento en habilidades sociales para adultos mayores. Tesis de Licenciatura. México: Facultad de Psicología. UNAM.
- Ψ Capponi, R. (1992). Psicopatología y semiología psiquiátrica. Santiago: Universitaria.
- Ψ Carrera, S. (1998). Propuesta de un programa de desarrollo de habilidades sociales. Tesis de Licenciatura. México: Facultad de Psicología, UNAM.

- ψ Freeman y Simmons. (1963) *The Mental Patient Goes Home*. York. E.E.U.U.
- ψ González, J. (1999) *Psicoterapia de grupos. Teoría y técnica a partir de diferentes escuelas psicológicas*. México, D.F. : Manual Moderno
- ψ Guy, J. (1995) *La vida personal del terapeuta*. España: Paidós.
- ψ Hernández R., Fernández C., Baptista P., (1998) *Metodología de la Investigación*. México: McGrawHill.
- ψ Kaplan, H.; Sadock, B. (1987). *Compendio de psiquiatría*. Barcelona: Salvat
- ψ Kaplan, H. (1999) *Sinopsis de Psiquiatría*. Madrid: Medica Panamericana.
- ψ Kelly, J. (1987) *Entrenamiento de las Habilidades Sociales*. España: Biblioteca de Psicología Desclée de Brouwer.
- ψ Labrador F., Cruzado, J., Muñoz, M. *Manual de técnicas de modificación y terapias de conducta*. Madrid: Pirámide.
- ψ Madera, H. (2001) *Programa de entrenamiento en habilidades sociales para la disminución de fobia social en adolescentes*. Tesis de Licenciatura. México: Facultad de Psicología, UNAM.
- ψ Millán, D.; Vega, A. (1991) *Evaluación de la percepción del ambiente familiar en sujetos farmacodependientes a través de la escala de ambiente familiar*. Tesis de Licenciatura. México: Facultad de Psicología, UNAM.
- ψ Pallarés, E. (2002) *La Ansiedad*. Bilbao: Ediciones Mensajero.
- ψ Pucheu, R. (1981) *La Rehabilitación del Enfermo Mental*. Revista de Salud Mental. 4 (3).
- ψ Rodríguez, P.; Felizzola, C. (1992) *Atención ambulatoria interdisciplinaria en pacientes con enfermedad mental crónica*. Acta psiquiátrica y psicológica de América Latina, Argentina. 38 (1) 52-58.

- ψ Unzueta, R (1986) Competencia Social. El cambio del Comportamiento Individual en la Comunidad. México: Trillas
- ψ Valenzuela, M.; Jaramillo, R. (2000). Contra la violencia eduquemos para la paz Carpeta educativa para la resolución creativa de conflictos. Dirección General de promoción de la salud. Grupo de educación popular con mujeres.
- ψ Valencia, M. (1984). Un programa de tratamiento psicosocial para pacientes psicóticos agudos hospitalizados. Tesis de Doctorado. México: Facultad de Psicología. UNAM
- ψ Watzlawick, P.; Beavin, J. y Jackson D. (1991). Teoría de la comunicación humana. Barcelona: Herder
- ψ Zernach-Bersin, D. (1996) Ejercicios de relajación. Una manera sencilla de mantener la salud y la forma física. España: Paidós.
- ψ Zimmerman, D. (1990) La invención verbal en el habla delirante. Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina. v. 36 (3-4) pp. 161-164.
- ψ Zinser, O. (1992) Psicología experimental. México; McGrawHill.
- ψ Zumaya, A. (1993) Bases teóricas de las terapias cognitivo conductuales. Salud Mental. v. 16 (1) pp. 39-43.

ANEXO 1

EMES-M ESCALA MULTIDIMENSIONAL DE EXPRESIÓN SOCIAL PARTE MOTORA

El siguiente inventario ha sido construido para proporcionar información sobre la forma como actúas normalmente. Por favor, contesta a las preguntas poniendo una cruz en la casilla apropiada, de 0 a 4, según tu propia elección:

- 4.- Siempre o muy a menudo (91% a 100% de las veces)
- 3.- Habitualmente o a menudo (66% a 90% de las veces)
- 2.- De vez en cuando (35% a 65% de las veces)
- 1.- Raramente (10% a 34% de las veces)
- 0.- Nunca o muy raramente (0% a 9% de las veces)

Responde. Tu contestación debe reflejar la frecuencia con que realizas el tipo de conducta descrito en cada pregunta.

- 1.- Cuando personas que apenas conozco me alaban, intento minimizar la situación, quitando importancia al hecho por el que soy alabado.
- 2.- Cuando un vendedor se ha tomado una molestia considerable en enseñarme un producto que no me acaba de satisfacer, soy incapaz de decirle que "no".
- 3.- Cuando la gente me presiona para que haga cosas por ellos, me resulta difícil decir que "no".
- 4.- Evito hacer preguntas a personas que no conozco.
- 5.- Soy incapaz de negarme cuando mi pareja me pide algo.
- 6.- Si un/a amigo/a me interrumpe en medio de una importante conversación, le pido que espere hasta que halla acabado.
- 7.- Cuando mi superior o jefe me irrita soy capaz de decirselo.
- 8.- Si a un amigo/a a quien le he prestado dinero parece haberlo olvidado, se lo recuerdo.
- 9.- Me resulta fácil hacer que mi pareja se sienta bien, alabándola.
- 10.- Me aparto de mi camino para evitar problemas con otras personas.
- 11.- Es un problema para mí mostrar a la gente mi agrado hacia ellos.
- 12.- Si dos personas en un cine o en una conferencia están hablando demasiado alto, les digo que se callen.
- 13.- cuando un atractivo miembro del sexo opuesto me pide algo, soy incapaz de decirle que no.
- 14.- Cuando me siento enojado con alguien lo oculto.
- 15.- Me reservo mis propias opiniones.
- 16.- Soy extremadamente cuidadoso/a en evitar herir los sentimientos de los demás.
- 17.- Cuando me atrae una persona a la que no he sido presentado/a, intento de manera activa conocerla.
- 18.- Me resulta difícil hablar en público.
- 19.- Soy incapaz de expresar desacuerdo a mi pareja.
- 20.- Evito hacer preguntas en clase o en el trabajo por miedo o timidez.
- 21.- Me resulta fácil hacer cumplidos a una persona que apenas conozco.
- 22.- Cuando alguno de mis superiores me llama para que haga cosas que no tengo obligación de hacer, soy incapaz de decir que no.
- 23.- Me resulta difícil hacer nuevos amigos/as.
- 24.- Si un/a amigo/a traiciona mi confianza, expreso claramente mi disgusto a esa persona.
- 25.- Expreso sentimientos de cariño hacia mis padres.
- 26.- Me resulta difícil hacerle un cumplido a un superior.
- 27.- Si estuviera en un pequeño seminario o reunión y el profesor o la persona que lo dirige hiciera una afirmación que yo considero incorrecta, expondría mi propio punto de vista.
- 28.- Si ya no quiero seguir saliendo con alguien del sexo opuesto, se lo hago saber claramente.
- 29.- Soy capaz de expresar sentimientos negativos hacia extraños si me siento ofendido/a.
- 30.- Si en un restaurante me sirven comida que no está a mi gusto, me quejo de ello al camarero.
- 31.- Me cuesta hablar con una persona atractiva del sexo opuesto a quien conozco solo ligeramente.
- 32.- Cuando he conocido a una persona que me agrada le pido el teléfono para un posible encuentro posterior.
- 33.- Si estoy enfadado con mis padres se lo hago saber claramente.
- 34.- Expreso mi punto de vista aunque sea impopular.
- 35.- si alguien ha hablado mal de mí o me ha atribuido hechos falsos, le busco enseguida para poner los puntos sobre las íes.
- 36.- Me resulta difícil iniciar una conversación con un extraño.
- 37.- Soy incapaz de defender mis derechos ante mis superiores.
- 38.- Si una figura con autoridad me critica sin justificación, me resulta difícil discutir su crítica abiertamente.
- 39.- Si un miembro del sexo opuesto me critica injustamente, le pido claramente explicaciones.
- 40.- Dudo en solicitar citas por timidez.
- 41.- Me resulta fácil dirigirme y empezar una conversación con un superior.
- 42.- Con buenas palabras hago lo que los demás quieren que haga y no lo que realmente querría hacer.
- 43.- cuando conozco gente nueva tengo poco que decir.
- 44.- Hago la vista gorda cuando alguien se cuela delante de mí en una fila.
- 45.- Soy incapaz de decir a alguien del sexo opuesto que me gusta.

- 46.- Me resulta difícil criticar a los demás incluso cuando está justificado.
- 47.- No se que decir a personas atractivas del sexo opuesto.
- 48.- Si me doy cuenta de que me estoy enamorando de alguien con quien salgo, expreso estos sentimientos a esa persona.
- 49.- Si un familiar me critica injustamente, expreso mi enojo espontánea y fácilmente.
- 50.- Me resulta fácil aceptar cumplidos provenientes de otras personas.
- 51.- Me río de las bromas que realmente me ofenden en vez de protestar o hablar claramente.
- 52.- Cuando me alaban no sé qué responder.
- 53.- Soy incapaz de hablar en público.
- 54.- Soy incapaz de mostrar afecto hacia un miembro del sexo opuesto.
- 55.- En las relaciones con mi pareja es ella/él quién lleva el peso de las conversaciones.
- 56.- Evito pedir algo a una persona cuándo ésta se trata de un superior.
- 57.- Si un pariente cercano y respetado me estuviera importunando, le expresaría claramente mi malestar.
- 58.- Cuando un dependiente en una tienda atiende a alguien que está detrás de mí, llamo su atención al respecto.
- 59.- Me resulta difícil hacer cumplidos o alabar a un miembro del sexo opuesto.
- 60.- Cuando estoy en un grupo, tengo problemas para encontrar cosas sobre las que hablar.
- 61.- Me resulta difícil mostrar afecto hacia otra persona en público.
- 62.- Si un vecino del sexo opuesto, a quien he estado queriendo conocer, me para al salir de casa y me pregunta la hora, tomaría la iniciativa en empezar una conversación con otra persona.
- 63.- Soy una persona tímida.
- 64.- Me resulta fácil mostrar mi enfado cuando alguien hace algo que me molesta.

ANEXO 2

EMES-C ESCALA MULTIDIMENSIONAL DE EXPRESIÓN SOCIAL PARTE COGNITIVA

El siguiente inventario se ha diseñado para proporcionar información sobre algunos pensamientos que puedes tener de vez en cuando. Por favor, contesta a las preguntas poniendo una X en la casilla apropiada, de 0 a 4, según tu propia elección.

- 4.- Siempre o muy a menudo (91% a 100% de las veces)
 - 3.- Habitualmente o a menudo (66% a 90% de las veces)
 - 2.- De vez en cuando (35% a 65% de las veces)
 - 1.- Raramente (10% a 34% de las veces)
 - 0.- Nunca o muy raramente (0% a 9% de las veces)
-
- 1.- Temo hablar en una reunión de grupo aunque con ello exprese mis opiniones personales.
 - 2.- Si un superior me molesta, me preocupa el tener que decirselo directa y claramente.
 - 3.- Temo expresar opiniones personales en un grupo de amigos/as por miedo a parecer incompetente.
 - 4.- Pienso que si no estoy seguro/a de lo que voy a decir es mejor que no inicie una conversación porque podría "meter la pata".
 - 5.- Me preocupa que al expresar mis sentimientos negativos justificados hacia los demás pueda con ello causar una mala impresión.
 - 6.- Temo la desaprobación de mis amigos/as si me enfrento con ellos/as cuando se están aprovechando de mí.
 - 7.- Me preocupa el empezar una conversación con mis amigos/as cuando sé que no se encuentran de humor.
 - 8.- Pienso que es preferible ser humilde y minimizar los cumplidos que me hagan mis amigos/as que aceptarlos y poder causar una impresión negativa.
 - 9.- El hacer cumplidos a otra persona no va con mi forma de ser.
 - 10.- Cuando cometo un error en compañía de mi pareja temo que él/ella me critique.
 - 11.- Temo a hablar en público por miedo a hacer el ridículo.
 - 12.- Me importa bastante la impresión que cause a los miembros del sexo opuesto cuando estoy defendiendo mis derechos.
 - 13.- Me preocupa "hacer una escena" cuando defiendo mis derechos personales ante mis padres.
 - 14.- He pensado que los demás tenían de mí una opinión desfavorable cuando expresaba opiniones contrarias a las de ellos/as.
 - 15.- Cuando un superior me critica injustamente temo enfrentarme con él/ella porque puedo fallar en la argumentación.
 - 16.- He pensado que es responsabilidad mía ayudar a la gente que apenas conozco, simplemente porque me lo hayan pedido.
 - 17.- Temo expresar cariño hacia mis padres.
 - 18.- Me preocupa hablar en público por temor a lo que los demás puedan pensar de mí.
 - 19.- Si hago un cumplido a una persona del sexo opuesto, me preocupa notablemente hacer el ridículo.
 - 20.- He estado preocupado/a sobre qué pensarían las otras personas de mí si defiendo mis derechos frente a ellos.
 - 21.- Cuando expreso mi enfado por una conducta de mi pareja, temo su desaprobación.
 - 22.- Pienso que no es agradable recibir cumplidos y que la gente no debería prodigarlos tan a menudo.
 - 23.- He pensado que si una persona del sexo opuesto rechaza una cita para salir conmigo, me está rechazando a mí como persona.
 - 24.- Me preocupa notablemente el iniciar conversaciones con desconocidos cuando no hemos sido presentados.
 - 25.- Pienso que, si me hacen un cumplido, lo más conveniente es pasarlo por alto y hacer como si no me hubiera dado cuenta.
 - 26.- Me preocupa que el mantener una conversación con una persona del sexo opuesto tenga que depender de mí.
 - 27.- Me importa bastante hablar en público por miedo a parecer incompetente.
 - 28.- Temo rechazar las peticiones que provienen de mis padres.
 - 29.- Me importa bastante el expresar desacuerdo ante personas con autoridad cuando ello podría suponer una opinión desfavorable.
 - 30.- Me preocupa lo que puedan pensar mis amigos/as cuando expreso mi afecto hacia ellos.
 - 31.- Me preocupa lo que piense la gente de mí si acepto abiertamente un cumplido que me han hecho.
 - 32.- He pensado que una persona a la que conozco poco no tiene el derecho de pedirme Algo que me cueste hacer.
 - 33.- Si hago peticiones a personas con autoridad temo la desaprobación de esas personas.
 - 34.- He pensado que alguien que hace peticiones poco razonables, sólo puede esperar malas contestaciones.
 - 35.- Pienso que el alabar o hacer cumplidos a un extraño no puede ser nunca una manera de empezar una conversación con esa persona.
 - 36.- Me preocupa notablemente que mi pareja no me corresponda siempre que le expreso cariño.
 - 37.- He pensado que si me enfrento a las críticas de mis amigos/as probablemente dé lugar a situaciones violentas.
 - 38.- Me importa notablemente que al alabar a los demás alguien piense que soy un/a adulator/a.
 - 39.- El rechazar hacer lo que mi pareja me ha pedido es una forma segura de sentirme luego culpable.
 - 40.- Me preocupa hablar en público por miedo a hacerlo mal.
 - 41.- Temo que la gente me critique.
 - 42.- Me preocupa notablemente que al expresar sentimientos negativos hacia el sexo opuesto pueda causarles una mala impresión.
 - 43.- Si pido favores a personas que no conozco o conozco muy poco temo causarles una impresión negativa.
 - 44.- Me preocupa bastante expresar sentimientos de afecto hacia personas del sexo opuesto.

ANEXO 3

ESCALA DE AMBIENTE FAMILIAR

Instrucciones: Las oraciones que vas a leer deben decirte como es tu familia.

Lee cada frase cuidadosamente y encierra en un círculo la letra "C" si consideras que es Cierto o la "F" si es Falso.

- | | | |
|--|---|---|
| 1.- En mi familia nos ayudamos unos a otros. | C | F |
| 2.- En mi familia cada uno se guarda sus sentimientos para sí mismo. | C | F |
| 3.- Nos peleamos mucho en nuestra familia. | C | F |
| 4.- Las cosas que hacemos en mi familia son para el beneficio de todos y no de uno solo. | C | F |
| 5.- En mi familia sentimos que hay que ser el mejor en cualquier cosa que se haga. | C | F |
| 6.- En mi familia muy frecuentemente hablamos de problemas políticos y sociales. | C | F |
| 7.- Pasamos la mayoría de las tardes y fines de semana en casa. | C | F |
| 8.- Mi familia va con frecuencia a la iglesia. | C | F |
| 9.- En mi familia generalmente las actividades se planean con anticipación. | C | F |
| 10.- Mi familia rara vez se reúne. | C | F |
| 11.- Frecuentemente perdemos el tiempo en casa. | C | F |
| 12.- En mi familia decimos lo que queremos en relación al hogar. | C | F |
| 13.- En mi familia rara vez mostramos abiertamente nuestro enojo. | C | F |
| 14.- En nuestra familia siempre se nos motiva a ser independiente. | C | F |
| 15.- Seguir adelante en la vida es muy importante en mi familia. | C | F |
| 16.- Muy rara vez vamos al teatro o a conciertos. | C | F |
| 17.- En mi familia frecuentemente hay visitas o invitados a cenar. | C | F |
| 18.- En mi familia casi nunca rezamos. | C | F |
| 19.- Generalmente somos muy limpios y ordenados. | C | F |
| 20.- Mi familia pone muy pocas reglas. | C | F |

22.- En casa es difícil arreglar los problemas sin que alguien se enoje.	C	F
23.- Los miembros de mi familia algunas veces se enojan tanto que avientan las cosas.	C	F
24.- Mi familia tiene poca influencia en lo que pienso.	C	F
25.- Para nosotros es muy importante el que una familia haga dinero.	C	F
26.- El aprendizaje de cosas nuevas y diferentes es muy importante en nuestra familia.	C	F
27.- Nadie en nuestra familia practica deportes (futbol, boliche, correr, etc.).	C	F
28.- Frecuentemente hablamos del significado religioso de la Navidad, Semana Santa, etc.	C	F
29.- En mi casa frecuentemente es difícil encontrar cosas cuando las necesita uno.	C	F
30.- La mayoría de las veces solo una persona de la familia toma decisiones.	C	F
31.- Hay un sentimiento de unión en nuestra familia.	C	F
32.- En mi familia nos contamos nuestros problemas personales.	C	F
33.- Los miembros de la familia rara vez pierden la compostura.	C	F
34.- En mi familia tenemos la libertad de ir y venir.	C	F
35.- Creemos en la competencia y pensamos que el mejor siempre gana.	C	F
36.- A mi familia no le interesan las actividades culturales (por ejemplo: cine, teatro o conciertos).	C	F
37.- Frecuentemente vamos al cine, a eventos deportivos, a acampar, etc.	C	F
38.- No creemos en el cielo ni en el infierno.	C	F
39.- Ser puntual es muy importante en nuestra familia.	C	F

ANEXO 4

EMES-M

M1. INICIACIÓN DE INTERACCIONES.- Integrado por 10 reactivos. 4) Evito hacer preguntas a personas que no conozco. 23) Me resulta difícil hacer nuevos amigos. 31) Me cuesta hablar con una persona atractiva del sexo opuesto a quien conozco sólo ligeramente. 36) Me resulta difícil iniciar una conversación con un extraño. 40) Dudo en solicitar citas por timidez. 43) Cuando conozco gente nueva tengo poco que decir. 60) Cuando estoy en un grupo, tengo problemas para encontrar cosas sobre las que hablar. 63) Soy una persona tímida.

M2. HABLAR EN PÚBLICO/ ENFRENTARSE CON SUPERIORES.- Integrado por 10 reactivos. 7) Cuando mi superior o jefe me irrita soy capaz de decirselo. 18) Me resulta difícil hablar en público. 20) Evito hacer preguntas en clase o en el trabajo por miedo o timidez. 27) Si estuviera en un pequeño seminario o reunión y el profesor hiciera una afirmación que considero incorrecta, expondría mi propio punto de vista. 37) Soy incapaz de defender mis derechos ante mis superiores. 38) Si una figura con autoridad me critica sin justificación, me resulta difícil discutir su crítica abiertamente. 41) Me resulta fácil dirigirme y empezar una conversación con un superior. 53) Soy incapaz de hablar en público. 56) Evito pedir algo a una persona cuando esta se trata de un superior. 63) Soy una persona tímida.

M3. DEFENSA DE LOS DERECHOS DEL CONSUMIDOR.- Integrado por cinco reactivos. 12) Si dos personas en un cine o en una conferencia están hablando demasiado alto, les pido que se callen. 30) Si en un restaurante me sirven comida que no está como la quiero, me quejo de ello al camarero. 37) Soy incapaz de defender mis derechos ante mis superiores. 44) Me hago de la vista gorda cuando alguien se cuela delante de mí en una fila. 58) Cuando un dependiente en una tienda atiende a alguien que está detrás de mí, llamo su atención al respecto.

M4. EXPRESIÓN DE MOLESTIA, DESAGRADO, ENFADO.- Integrado por seis reactivos. 14) Cuando me siento enojado con alguien lo oculto. 15) Me reservo mis propias opiniones. 24) Si un amigo traiciona mi confianza, expreso claramente mi disgusto a esa persona. 34) Expreso mi punto de vista aunque sea impopular. 39) Si un miembro del sexo opuesto me critica injustamente, le pido claramente explicaciones. 64) Me resulta fácil mostrar mi enfado cuando alguien hace algo que me molesta.

M5. EXPRESIÓN DE SENTIMIENTOS POSITIVOS. Integrado por cinco reactivos. 45) Soy incapaz de decir a alguien que me gusta. 48) Si me doy cuenta de que me estoy enamorando de alguien, expreso mis sentimientos a esa persona. 54) Soy incapaz de mostrar afecto. 59) Me resulta difícil alabar a alguien. 61) Me resulta difícil mostrar afecto hacia otra persona en público.

M6. EXPRESIÓN DE MOLESTIA Y ENFADO HACIA FAMILIARES. Integrado por tres reactivos. 33) Si estoy enfadado con mis padres se lo hago saber claramente. 49) Si un familiar me critica injustamente, expreso mi enojo espontánea y fácilmente. 57) Si un pariente cercano y respetado me estuviera importunando, le expresaría claramente mi malestar.

M7. RECHAZO DE PETICIONES. Integrado por cuatro reactivos. 3) Cuando la gente me presiona para que haga cosas por ellos, me resulta difícil decir que "no". 5) Soy incapaz de negarme cuando me piden algo. 13) Cuando un atractivo miembro del sexo opuesto me pide algo, soy incapaz de decirle que no. 19) Soy incapaz de mostrar desacuerdo.

M8. ACEPTACIÓN DE CUMPLIDOS. Integrado por tres reactivos. 1) Cuando personas que apenas conozco me alaban, intento minimizar la situación, quitando importancia al hecho por el que soy alabado. 50) Me resulta difícil aceptar cumplidos provenientes de otras personas. 52) Cuando me alaban no sé qué responder.

M9. TOMAR LA INICIATIVA EN LAS RELACIONES CON EL SEXO OPUESTO. Integrado por cuatro reactivos. 17) Cuando me atrae una persona a la que no he sido presentado, intento de manera activa conocerla. 32) Cuando he conocido a una persona que me agrada le pido el teléfono para un posible encuentro posterior. 47) No se que decir a personas atractivas del sexo opuesto. 62) Si un vecino del sexo opuesto, a quien he estado queriendo conocer, me para al salir de casa y me pregunta la hora, tomaría la iniciativa en empezar una conversación.

M10. HACER CUMPLIDOS. Integrado por tres reactivos. 9) Me resulta fácil hacer que mi pareja se sienta bien alabándola. 21) Me resulta fácil hacer cumplidos a una persona que apenas conozco. 26) Me resulta difícil hacerle un cumplido a un superior.

M11. PREOCUPACIÓN POR LOS SENTIMIENTOS DE LOS DEMÁS. Integrado por dos reactivos. 16) Soy extremadamente cuidadoso en evitar herir los sentimientos de los demás. 46) Me resulta difícil criticar a los demás incluso cuando está justificado.

M12. EXPRESIÓN DE CARIÑO HACIA LOS PADRES. Integrado por un reactivo. 25) Expreso sentimientos de cariño hacia mis padres.

EMES-C

C1. CONFIANZA PARA LA EXPRESIÓN EN PÚBLICO Y AL ENFRENTARSE CON SUPERIORES. Integrado por 11 reactivos. 1) Temo hablar en una reunión de grupo aunque con ello exprese mis opiniones personales. 2) Si un superior me molesta, me preocupa el tener que decirse directa y claramente. 3) Temo expresar opiniones personales en un grupo de amigos por miedo a parecer incompetente. 11) Temo hablar en público por miedo a hacer el ridículo. 15) Cuando un superior me critica injustamente temo enfrentarme con él porque puedo fallar en la argumentación. 18) Me preocupa hablar en público por temor a lo que los demás puedan pensar de mí. 20) He estado preocupado sobre qué pensarían las otras personas de mí si defendiendo mis derechos frente a ellos. 27) Me importa bastante hablar en público por miedo a parecer incompetente. 29) Me importa bastante el expresar desacuerdo ante personas con autoridad cuando ello podría suponer una opinión desfavorable. 33) Si hago peticiones a personas con autoridad temo la desaprobación de esas personas. 40) Me preocupa hablar en público por miedo a hacerlo mal.

C2. DESPREOCUPACIÓN POR LA DESAPROBACIÓN DE LOS DEMÁS AL EXPRESAR SENTIMIENTOS NEGATIVOS Y AL RECHAZAR PETICIONES. Integrado por cinco reactivos. 5) Me preocupa que al expresar mis sentimientos negativos justificados

hacia los demás pueda con ello causar una mala impresión. 6) Temo la desaprobación de mis amigos si me enfrento con ellos cuando se están aprovechando de mí. 13) Me preocupa "hacer una escena" cuando defiendo mis derechos personales ante mis padres. 28) Temo rechazar las peticiones que provienen de mis padres. 39) El rechazar hacer lo que mi pareja me ha pedido es una forma segura de sentirme luego culpable.

C3. CONFIANZA PARA HACER Y RECIBIR PETICIONES. Integrado por cuatro reactivos 32) He pensado que una persona a la que conozco poco no tiene el derecho de pedirme algo que me cueste hacer. 33) Si hago peticiones a personas con autoridad temo la desaprobación de esas personas. 34) He pensado que alguien que hace peticiones poco razonables, solo puede esperar malas contestaciones. 43) Si pido favores a personas que no conozco o conozco muy poco temo causarles una impresión negativa.

C4. CONFIANZA PARA HACER Y RECIBIR CUMPLIDOS. Integrado por cinco reactivos. 8) Pienso que es preferible ser humilde y minimizar los cumplidos que me hagan mis amigos que aceptarlos y poder causar una impresión negativa. 19) Si hago un cumplido a una persona del sexo opuesto, me preocupa notablemente hacer el ridículo. 22) Pienso que no es agradable recibir cumplidos y que la gente no debería prodigarlos tan a menudo. 25) Pienso que, si me hacen un cumplido, lo más conveniente es pasarlo por alto y hacer como si no me hubiera dado cuenta. 35) Pienso que el alabar o hacer cumplidos a un extraño no puede ser nunca una manera de empezar una conversación con esa persona.

C5. CONFIANZA POR LA EXPRESIÓN DE SENTIMIENTOS POSITIVOS Y PARA LA INICIACIÓN DE INTERACCIONES CON EL SEXO OPUESTO. Integrado por cuatro reactivos 19) Si hago un cumplido a una persona del sexo opuesto, me preocupa notablemente hacer el ridículo. 24) Me preocupa notablemente el iniciar conversaciones con desconocidos cuando no hemos sido presentados. 26) Me preocupa que el mantener una conversación con una persona del sexo opuesto tenga que depender de mí. 44) Me preocupa bastante expresar sentimientos de afecto hacia personas del sexo opuesto.

C6. DESPREOCUPACIÓN POR LA EVALUACIÓN POR PARTE DE LOS DEMÁS AL MANIFESTAR CONDUCTAS NEGATIVAS. Integrado por cuatro reactivos. 6) Temo la desaprobación de mis amigos si me enfrento con ellos cuando se están aprovechando de mí. 14) he pensado que los demás tenían de mí una opinión desfavorable cuando expresaba opiniones contrarias a las de ellos. 20) He estado preocupado sobre qué pensarían las otras personas de mí si defiendo mis derechos frente a ellos. 37) He pensado que si me enfrento a las críticas de mis amigos probablemente dé lugar a situaciones violentas.

C7. DESPREOCUPACIÓN POR UNA CONDUCTA NEGATIVA POR PARTE DE LOS DEMÁS AL REALIZAR CONDUCTAS POSITIVAS. Integrado por cuatro reactivos. 7) Me preocupa el empezar una conversación con mis amigos cuando sé que no se encuentran de humor. 26) Me preocupa que el mantener una conversación con una persona del sexo opuesto tenga que depender de mí. 38) Me importa notablemente que al alabar a los demás alguien piense que soy un adulator. 41) temo que la gente me critique.

C8. DESPREOCUPACIÓN POR LA DESAPROBACIÓN DE LOS DEMÁS EN LA EXPRESIÓN DE SENTIMIENTOS. Integrado por cuatro reactivos. 10) Cuando cometo un error en compañía de mi pareja temo que ella me critique. 21) Cuando expreso mi enfado por

una conducta de mi pareja, temo su desaprobación. 30) Me preocupa lo que puedan pensar mis amigos cuando expreso mi afecto hacia ellos. 36) Me preocupa notablemente que mi pareja no me corresponda siempre que le expreso cariño.

C9. DESPREOCUPACIÓN POR LA IMPRESIÓN CAUSADA EN LOS DEMÁS. Integrado por cuatro reactivos. 31) Me preocupa lo que piense la gente de mí si acepto abiertamente un cumplido que me han hecho. 38) Me importa notablemente que al alabar a los demás alguien piense que soy un adulator. 41) Temo que la gente me critique. 42) Me preocupa notablemente que al expresar mis sentimientos negativos hacia el sexo opuesto pueda causarles una mala impresión.

C10. CONFIANZA PARA EXPRESAR SENTIMIENTOS POSITIVOS. Integrado por cuatro reactivos. 3) Temo expresar opiniones personales en un grupo de amigos por miedo a parecer incompetente. 17) Temo expresar cariño hacia mis padres. 23) He pensado que si una persona del sexo opuesto rechaza una cita para salir conmigo, me está rechazando a mí como persona. 44) Me preocupa bastante expresar sentimientos de afecto hacia personas del sexo opuesto,

C11. CONFIANZA PARA LA DEFENSA DE LOS DERECHOS. Integrado por dos reactivos. 12) Me importa bastante la impresión que cause a los miembros del sexo opuesto cuando estoy defendiendo mis derechos. 16) He pensado que es responsabilidad mía ayudar a la gente que apenas conozco, simplemente porque me lo hayan pedido.

C12. ASUNCIÓN DE POSIBLES CARENCIAS PROPIAS. Integrado por dos reactivos. 4) Pienso que si no estoy seguro de lo que voy a decir es mejor que no inicie una conversación porque podría "meter la pata". 27) Me importa bastante hablar en público por miedo a parecer incompetente.

FES

F1. COHESIÓN. Integrada por cuatro reactivos. 1) En mi familia nos ayudamos unos a otros. 11) Frecuentemente perdemos el tiempo en casa. 21) Lo que hacemos en casa lo hacemos con mucho entusiasmo. 31) Hay un sentimiento de unión en nuestra familia.

F2. EXPRESIVIDAD. Integrada por cuatro reactivos. 2) En mi familia cada uno se guarda sus sentimientos para sí mismo. 12) En mi familia decimos lo que queremos en relación al hogar. 22) En casa es difícil arreglar los problemas sin que alguien se enoje. 32) En mi familia nos contamos nuestros problemas.

F3. ARMONÍA. Integrada por cuatro reactivos. 3) Nos peleamos mucho en nuestra familia. 13) En mi familia rara vez mostramos abiertamente nuestro enojo. 23) Los miembros de mi familia algunas veces se enojan tanto que avientan las cosas. 33) los miembros de la familia rara vez pierden la compostura.

F4. INDEPENDENCIA. Integrada por cuatro reactivos. 4) Las cosas que hacemos en mi familia son para el beneficio de todos y no de uno solo. 14) En nuestra familia siempre se nos motiva a ser independiente. 24) Mi familia tiene poca influencia en lo que pienso. 34) En mi familia tenemos libertad de ir y venir.

F5. ORIENTACIÓN DE METAS. Integrada por cuatro reactivos. 5) En mi familia sentimos que hay que ser el mejor en cualquier cosa que se haga. 15) Seguir adelante en la vida es muy importante en mi familia. 25) Para nosotros es muy importante el que una familia haga dinero. 35) Creemos en la competencia y pensamos que el mejor siempre gana.

F6. ORIENTACIÓN CULTURAL-INTELLECTUAL. Integrada por cuatro reactivos. 6) En mi familia muy frecuentemente hablamos de problemas políticos y sociales. 16) Muy rara vez vamos al teatro o a conciertos. 26) El aprendizaje de cosas nuevas y diferentes es muy importante en nuestra familia. 36) A mi familia no le interesan las actividades culturales (por ejemplo: cine, teatro o conciertos).

F7. ACTIVIDADES DE ORIENTACIÓN Y RECREACIÓN. Integrada por cuatro reactivos. 7) Pasamos la mayoría de las tardes y fines de semana en casa. 17) En mi familia frecuentemente hay visitas o invitados a cenar. 27) Nadie en nuestra familia practica deportes (fútbol, boliche, correr). 37) Frecuentemente vamos al cine, a eventos deportivos, a acampar, etc.

F8. ÉNFASIS MORAL-RELIGIOSO. Integrada por cuatro reactivos. 8) Mi familia va con frecuencia a la iglesia. 18) En mi familia casi nunca rezamos. 28) Frecuentemente hablamos del significado religioso de la Navidad, Semana Santa, etc. 38) No creemos en el cielo ni en el infierno.

F9. ORGANIZACIÓN. Integrada por cuatro reactivos. 9) En mi familia generalmente las actividades se planean con anticipación. 19) Generalmente somos muy limpios y ordenados. 29) En mi casa frecuentemente es difícil encontrar cosas cuando las necesita uno. 39) Ser puntual es muy importante en nuestra familia.

F10. CONTROL. Integrada por cuatro reactivos. 10) Mi familia rara vez se reúne. 20) Mi familia pone muy pocas reglas. 30) La mayoría de las veces solo una persona de la familia toma decisiones. 40) Hay varias formas de hacer las cosas en casa