



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO

---

FACULTAD DE PSICOLOGIA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

"EL ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES UNA  
PROPUESTA PARA LA REHABILITACION DEL PACIENTE  
ESQUIZOFRENICO"

**T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE

MAESTRIA EN PSICOLOGIA CLINICA

P R E S E N T A

CLAUDIA TERESA DE MENDIETA ORTEGA

DIRECTORA DE TESIS: DRA. DOLORES MERCADO CORONA

COMITE DE TESIS: DR. SAMUEL JURADO CARDENAS

DR. ARTURO MARTINEZ LARA

DR. FLORENTE LOPEZ RODRIGUEZ

DR. ROGELIO APIQUIAN GUITART



MEXICO, D. F.,

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.

## INDICE

Agradecimientos.....	3
Dedicatorias.....	4
Resumen.....	6
Introducción.....	7
<b>CAPITULO 1 ESQUIZOFRENIA</b>	<b>9</b>
1.1 Definición y características según el DSMIV R.....	9
1.2. Tipos de.....	16
1.3. Aspectos conductuales de la esquizofrenia.....	17
1.4. Las teorías cognoscitivas de los síntomas psicóticos.....	18
<b>CAPITULO 2 TRATAMIENTO</b>	<b>20</b>
2.1 Tratamiento cognitivo conductual en la esquizofrenia.....	20
<b>CAPÍTULO 3 HABILIDADES SOCIALES</b>	<b>30</b>
3.1. Definición del Entrenamiento en Habilidades Sociales.....	30
3.2. Características y dimensiones generales de las Habilidades Sociales.....	32
3.3. Ventajas y eficacia de los entrenamientos de Habilidades Sociales.....	34
3.4. Planificación y aplicación del en Habilidades Sociales.....	35
<b>CAPÍTULO 4 ANSIEDAD Y DEPRESIÓN</b>	<b>41</b>
4.1 Ansiedad y depresión en la esquizofrenia.....	41
4.2. Características generales de la ansiedad y su definición.....	46
4.3. Definición de depresión.....	48
4.4. Aspectos psicológicos de la depresión.....	49
Justificación objetivos.....	53
Hipótesis.....	54
Variables.....	54
Definición operacional de variables.....	55
Metodología.....	62
Procedimiento.....	67
Resultados.....	68
Discusión y Conclusiones.....	78
Referencias.....	82
Apéndices.....	89

## AGRADECIMIENTOS

Quiero empezar agradeciendo a la **Dra. Dolores Mercado Corona** por haber aceptado dirigir esta tesis, y mostrar disposición para compartir su experiencia y conocimientos, favoreciendo la calidad del trabajo.

Al **Dr. Rogelio Apiquian Guitart** quien me facilito los elementos y las condiciones físicas para efectuar las mediciones de los pacientes y el tratamiento.

Al **Dr. Samuel Jurado Cárdenas**, no solo por sus comentarios sobre este trabajo, si no también por haberme enseñado desde la licenciatura, a descubrir lo que buscaba en la psicología.

Al **Dr. Arturo Martínez Lara**, por el tiempo que dedico a la revisión de esta tesis.

Al **Dr. Florente López Rodríguez** por sus comentarios a este trabajo.

**A Mario Rojas y Circe Montes de Oca**, por haber dedicado tiempo libre, en asesorar el análisis de los datos.

De forma muy especial **a los pacientes**, que dieron luz a este trabajo, y por que cada sesión me enseñaba algo distinto sobre la teoría de la esquizofrenia y de la vida misma.

**A Ricardo Medina** por haber invertido horas de su tiempo, haciendo la corrección de estilo.

**A la Universidad Nacional Autónoma de México**, por ser mi alma mater, que respeto y admiro.

**A la Facultad de psicología**, que me formo en la psicología científica y a quien le debo lo que hoy, en mi compromiso con mi país, puedo ejercer con dignidad.

# DEDICATORIAS

*Los dolores leves son locuaces,  
los grandes enmudecen estupefactos  
Séneca*

Las dedicatorias siempre tiene una parte difícil, primero por que en el papel no es posible plasmar al sentimiento, después por que hay tantas personas importantes en la vida, que de una u otra forma, todas contribuyen al desarrollo de las metas, que no cabrían en este espacio, sin embargo, definitivamente, hay agradecimientos que tienen que hacerse explícitos.

Antes de hacerlos explícitos, quiero compartir, lo que está tesis significa para mi, no solo es el trámite de un grado, es el trabajo continuo, la posibilidad de acercarme al área de la salud mental, que me impresiono desde adolescente y que fue la culpable de que decidiera estudiar psicología, ya desde los catorce años me motivaba a leer libros enteros sobre la enfermedad mental y sus estragos, aun cuando no entendiera la mitad. Es también mi necesidad de crear, de actuar, de producir, en detrimento del dolor humano, pues más allá de la teoría, dolor es lo que produce la esquizofrenia en el paciente y sus familias.

De una u otra forma, la cultura margina al "loco", lo discrimina, mi trabajo en esta área, es la posibilidad de hacer algo por cambiar algo. Por supuesto ni todo lo que haga en mi vida cambiara profundamente la realidad, pero este y los trabajos que he realizado en este rubro, son mi contribución, en mi compromiso con la profesión, con mi país y fundamentalmente con la gente, que cree en mi como agente de cambio, como promotor de la salud mental, esas personas que llegan un día al consultorio y sin conocerme ponen en mis manos, lo que consideran el pasaporte a mejorar.

Finalmente tengo que decir que todo esto, no solo es por el grado, o el desarrollo académico, también es, por que esto, es mi pasión en la vida. Es esto a lo que me refiero, cuando agradezco a todas las personas que quiero y me quieren, pues desde antes de que se gestara la idea de este trabajo, ya habían contribuido en tantos aspectos de mi persona, de mis logros, de mis alcances, en la posibilidad de seguir en esto. Cada uno de ustedes, de formas distintas, en momentos distintos, tiene algo o mucho que ver y por ello, estoy profundamente agradecida, por hacer mi vida diferente y mucho más grata. ¡¡¡¡¡Gracias!!!!!!

Claudia

**A la vida**, que deparó una dulce y deliciosa sorpresa, que indiscutiblemente, me llena de pasión y amor.....

**A mis padres**, por que el calor de su amor, siempre ha sido motivación.

**A mis hermanos**, Viridiana y Héctor, por que la lealtad los define siempre

**A mi tía Clemen**, por que su cariño me formó también en lo profesional

**A Oscar**, por la solidaridad con mis deseos y tanto amor

**A mis suegros**, por el interés en lo que hago

**A Marisela** por la fraternidad sin igual

**A Salomé**, mi jefa y amiga, por facilitar las cosas con cariño

**A mis compañeras de trabajo** y amigas, por la tolerancia a mis momentos de verborrea y ansiedad, cuando mas saturada estaba, por compartir todos los días.

**A todos mis amigos** que no necesito nombrar aquí por que lo saben de cierto, por alentar, por dar ejemplos, por compartir.

## RESUMEN

En el presente estudio, se aplicaron los inventarios de asertividad de Gambrill y Richie, Inventario de ansiedad de Beck, Inventario de depresión de Beck, Escala de Síntomas positivos y negativos de la esquizofrenia (PANSS). Con el objetivo de saber si el Entrenamiento en Habilidades Sociales disminuye los síntomas positivos y negativos de la esquizofrenia. Así como los síntomas depresivos y los niveles de ansiedad. Participaron 12 pacientes con esquizofrenia, de 18 años en adelante, sin importar nivel socioeconómico ni educativo. Que no presentaran daño orgánico cerebral, con menos de cinco años de evolución, que tuvieran tratamiento farmacológico, y no estuvieran hospitalizados, ni sufrieran internamiento durante el estudio. La intervención se realizó con pacientes del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramon de la Fuente. Se trata de un estudio cuasi experimental, pre-test, post-test con grupo control y experimental, de comparación intragrupos. La selección de los sujetos fue accidental y la asignación a los grupos fue por cuotas con base en sexo y edad. El análisis estadístico se realizó con la prueba exacta de Fisher. También se analizaron los datos a partir de un análisis cualitativo de cada sujeto. Se concluye que el entrenamiento en habilidades sociales fue eficaz para disminuir la ansiedad y los síntomas depresivos, así como una disminución en el grado de incomodidad que representan ciertas respuestas sociales. Que no hay modificación de los síntomas negativos y positivos de la esquizofrenia así como en la probabilidad de la respuesta asertiva. Se discuten las ventajas, desventajas del estudio y sus limitaciones.

## INTRODUCCIÓN

La esquizofrenia es uno de los problemas de mayor incidencia en el rubro de la salud mental. La atención a la población con enfermedades mentales graves y crónicas constituye uno de los principales problemas sociales y sanitarios de nuestra sociedad. Durante varias décadas se han desarrollado diversos tipos de tratamientos dirigidos a esta clase de pacientes, tales como la Terapia Electroconvulsiva, la cirugía, la farmacología y la psicoterapia. Recientemente las formas de atención a estos pacientes han cambiado

La esquizofrenia es considerada como una psicosis grave con síntomas clínicos precisos, tales como trastornos del pensamiento, de la percepción, lenguaje y conducta; la etiología se atribuye a factores genéticos, bioquímicos y psicosociales. Su evolución es larga e incierta. Broustra (1979)

La problemática de las personas que sufren esquizofrenia es multifactorial y afecta a las familias que cuidan y conviven con ellas; en este sentido es importante hacer notar que muchas de estas problemáticas tienen un carácter eminentemente psicosocial. Ante estas discapacidades psicosociales, los problemas sociales, familiares y, en general de integración social, ha sido necesario recurrir a alternativas de tratamiento integral que le permitan a las personas alcanzar una calidad de vida óptima y, dentro de lo posible, un mayor nivel de adaptación.

El interés de los profesionales de la salud mental por investigar características, evolución, y formas de tratamiento, parte de la prevalencia de esta enfermedad. Según datos de la Organización Panamericana de la Salud el 1% de la población mundial la padece. De la Fuente (1990). Los datos estadísticos de algunos hospitales psiquiátricos informan que alrededor del 50% de los pacientes hospitalizados padecen esquizofrenia (Informe Anual del Hospital Psiquiátrico "Doctor Samuel Ramírez Moreno", 1992; Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez", 1993).

Se han estudiado los efectos de la terapia cognitivo conductual en pacientes

esquizofrénicos, donde se han trabajado modelos de intervención basados en el entrenamiento en habilidades sociales (Goldstein, 1973, Hersen y Bellack 1976). Algunos estudios realizados por Jacob (1973) muestran que las relaciones interpersonales adecuadas tales como la independencia emocional, la tolerancia a la frustración y la autoestima, se correlacionan con tendencias positivas al tratamiento; por otro lado, el fracaso, la desilusión y el rechazo se correlacionan con la ausencia de mejoría en el tratamiento psicológico (Unzueta,1986). Una gran cantidad de trabajos han contribuido a esclarecer el efecto de la habilidad de expresar directa y honestamente los sentimientos sobre el desempeño cotidiano de cierto tipo de pacientes psiquiátricos y sobre la validez de sistemas de evaluación de habilidades sociales en situación de entrenamiento hospitalario. En general la mayoría de los estudios más difundidos se muestran optimistas con respecto de los resultados a corto y mediano plazo (Unzueta.1986).

Los programas de tratamiento basados en el manejo de las emociones, las habilidades sociales y la resolución de problemas interpersonales, muestran resultados significativos hacia la mejoría (Konen,1993). A lo largo de los últimos años la rehabilitación psicosocial se ha configurado como un campo de intervención de creciente importancia, mostrando resultados positivos hacia la mejoría de éstos pacientes (Watts y Bennet, 1997).

# Capítulo 1

## Esquizofrenia

### 1.1 Definición y características según el Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales (DSM IVR).

Las características esenciales de la esquizofrenia son una mezcla de signos y síntomas peculiares, tanto positivos como negativos, que se observan en el individuo, una parte significativa de tiempo durante un período de 1 mes (o durante un tiempo más breve si ha habido tratamiento con éxito) y con algunos signos del trastorno que han persistido durante al menos 6 meses. Estos signos y síntomas están asociados con una marcada disfunción social o laboral (DSM IVR, 2002).

Los síntomas característicos de la esquizofrenia implican una gama de disfunciones cognoscitivas y emocionales que incluyen la percepción, el pensamiento inferencial, el lenguaje, la comunicación, la organización comportamental, la afectividad, la fluidez y productividad del pensamiento y el habla, la capacidad hedónica, la voluntad, la motivación y la atención. Ningún síntoma aislado es patognomónico de la esquizofrenia; el diagnóstico implica el reconocimiento de un conjunto de signos y síntomas asociados con el deterioro de la actividad laboral o social. Los síntomas característicos pueden conceptualizarse como pertenecientes a dos amplias categorías: los positivos y los negativos. Los síntomas positivos parecen reflejar un exceso o distorsión de las funciones normales, mientras que los síntomas negativos parecen reflejar una disminución o pérdida de las funciones normales. Los síntomas positivos incluyen distorsiones o exageraciones del pensamiento inferencial (ideas delirantes), la percepción (alucinaciones), el lenguaje, la comunicación (lenguaje desorganizado), y la organización comportamental (comportamiento gravemente desorganizado o catatónico). Estos síntomas positivos incluyen dos dimensiones distintas, que a su vez pueden estar relacionadas con mecanismos neutrales subyacentes y correlaciones clínicas diferentes: la «dimensión psicótica» incluye

ideas delirantes y alucinaciones, mientras que la «dimensión de desorganización» incluye el comportamiento y el lenguaje desorganizados. Los síntomas negativos 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). Las ideas delirantes son creencias erróneas que habitualmente implican una mala interpretación de las percepciones o las experiencias. Su contenido puede incluir diversos temas (por ejemplo, de persecución, de auto referencia, somáticos, religiosos o grandiosos). Las ideas delirantes de persecución son las más frecuentes; la persona cree que la están molestando, siguiendo, engañando, espiando o ridiculizando. Las ideas delirantes auto referenciales también son corrientes: la persona cree que ciertos gestos, comentarios, pasajes de libros, periódicos, canciones u otros elementos del entorno están especialmente dirigidos a ella. A veces resulta difícil establecer la distinción entre una idea delirante y una idea sostenida tenazmente, y depende del grado de convicción con la que se mantiene la creencia, a pesar de las evidencias en sentido contrario (DSM IVR, 2002).

Si bien las ideas delirantes extrañas se consideran especialmente típicas de la esquizofrenia, la «rareza» puede ser difícil de juzgar, especialmente a través de diferentes culturas. Las ideas delirantes se califican como extrañas si son claramente improbables e incomprensibles y si no derivan de las experiencias corrientes de la vida. Un ejemplo de una idea delirante extraña es la creencia de que un ser extraño ha robado los órganos internos y los ha reemplazado por los de otra persona sin dejar ninguna herida o cicatriz. Un ejemplo de una idea delirante no extraña es la falsa creencia de ser vigilado por la policía. Generalmente, se consideran extrañas las ideas delirantes que expresan una pérdida del control sobre la mente o el cuerpo, éstas incluyen la creencia de que una fuerza exterior ha captado los pensamientos («robo del pensamiento»), que pensamientos externos se han introducido en la propia mente («inserción del pensamiento») o que el cuerpo o los actos son controlados o manipulados por alguna fuerza exterior («ideas delirantes de control»).

Las alucinaciones pueden ocurrir en cualquier modalidad sensorial (por ejemplo auditiva, visual, olfativa, gustativa y táctil), de las cuales las alucinaciones auditivas son, con mucho, las más habituales y propias de la esquizofrenia. Las alucinaciones auditivas son experimentadas generalmente como voces, ya sean conocidas o desconocidas, que se perciben como distintas de los pensamientos de la propia persona. El contenido puede ser bastante variable, aunque son especialmente frecuentes las voces peyorativas o amenazantes. Algunos tipos de alucinaciones auditivas (por ejemplo, dos o más voces conversando entre ellas, o voces que mantienen comentarios continuos sobre los pensamientos o el comportamiento del sujeto) se han considerado especialmente característicos de la esquizofrenia (DSM IVR, 2002).

Las alucinaciones deben producirse en un contexto de claridad sensorial; las que ocurren mientras se concilia el sueño (hipnagógicas) o al despertar (hipnopómpicas) se consideran dentro de la gama de las experiencias normales. Las experiencias aisladas de oír que lo llaman por su nombre o las experiencias que carecen de la cualidad de una percepción externa (por ejemplo, zumbidos en la cabeza) tampoco se consideran como alucinaciones típicas de la esquizofrenia. Las alucinaciones también pueden ser una parte normal de las experiencias religiosas en ciertos contextos culturales. En el pensamiento desorganizado el sujeto puede «perder el hilo», saltando de un tema a otro o pérdida de las asociaciones; las respuestas pueden tener una relación oblicua o no tener relación alguna con las preguntas («tangencialidad»); y, en raras ocasiones, el lenguaje puede estar tan gravemente desorganizado que es casi incomprendible y se parece a la afasia receptiva en su desorganización lingüística («incoherencia» o «ensalada de palabras»). Lo anterior es debido a la dificultad intrínseca para establecer una definición objetiva del «trastorno del pensamiento»; puesto que en el contexto clínico las inferencias acerca del pensamiento se basan principalmente en el lenguaje del sujeto. Puesto que la desorganización leve del habla es frecuente e inespecífica, el síntoma debe ser suficientemente grave como para deteriorar la efectividad de la comunicación. Durante los períodos prodrómico y residual de la esquizofrenia puede presentarse una desorganización del pensamiento o del lenguaje menos grave. El comportamiento gravemente desorganizado puede manifestarse en varias formas, que comprenden desde las tonterías infantiloides hasta la agitación impredecible (DSM IVR,2002).

También pueden observarse problemas en cualquier forma del comportamiento dirigido a un fin, ocasionando dificultades en la realización de actividades de la vida cotidiana como organizar las comidas o mantener la higiene. El sujeto puede presentarse exageradamente despeinado, vestir de una forma poco ordinaria (por ejemplo, llevando varios abrigos, bufandas y guantes en un día caluroso) o presentar un comportamiento sexual claramente inapropiado (por ejemplo, masturbarse en público), o una agitación impredecible e inmotivada (por ejemplo, gritar o insultar). El comportamiento gravemente desorganizado debe distinguirse del comportamiento simplemente carente de sentido o, en general, sin un propósito concreto y del comportamiento organizado que está motivado por creencias delirantes. Igualmente, unos pocos episodios de inquietud, ira o comportamiento agitado, no deben considerarse prueba de esquizofrenia, especialmente si existe motivo comprensible (DSM IVR, 2002).

Los comportamientos motores catatónicos incluyen una disminución de la reactividad al entorno que, algunas veces, alcanza un grado extremo de falta de atención (estupor catatónico), que mantiene una postura rígida y resiste la fuerza ejercida para mover a la persona (rigidez catatónica), la resistencia activa a las

órdenes o los intentos de ser movido (negativismo catatónico), el asumir posturas inapropiadas o extrañas (posturas catatónicas) o una actividad motora excesiva sin propósito ni estímulo provocador (agitación catatónica). Aunque la catatonía ha sido asociada históricamente con la esquizofrenia, el clínico debe tener presente que los síntomas catatónicos no son específicos y pueden ocurrir en otros trastornos mentales, en enfermedades médicas y en los trastornos del movimiento inducidos por medicamentos.

La esquizofrenia implica una disfunción en una o más de las principales áreas de actividad (por ejemplo, las relaciones interpersonales, el trabajo, los estudios o el cuidado de uno mismo). Típicamente, el funcionamiento es inferior al que se habría alcanzado antes del inicio de los síntomas. Sin embargo, si la alteración empieza en la infancia o la adolescencia, más que un deterioro de la actividad puede existir un fracaso en la consecución de lo que sería esperable para el sujeto. Para llegar a esta conclusión puede ser útil comparar al sujeto con los hermanos no afectados. El progreso educativo está frecuentemente alterado y el sujeto puede ser incapaz de finalizar la escolaridad. Muchos sujetos son incapaces de mantener un trabajo durante períodos largos y sus empleos tienen un nivel inferior al de sus padres («van a menos») (DSM IVR, 2002).

La mayoría (60-70 %) de los sujetos con esquizofrenia no se casan y tienen contactos sociales relativamente limitados. La disfunción persiste durante una parte sustancial del curso del trastorno y no parece ser resultado directo de un síntoma en particular. Por ejemplo, si una mujer abandona su trabajo debido a la idea delirante concreta de que su jefe está tratando de matarla, aisladamente esto no es prueba suficiente para que se cumpla dicho criterio, a menos que se dé un patrón más general de dificultades (habitualmente en varias áreas de actividad).

Los síntomas prodrómicos suelen estar presentes antes de la fase activa y los síntomas residuales aparecen a continuación. Algunos síntomas prodrómicos y residuales son formas relativamente leves o sub umbrales de los síntomas positivos especificados. Los sujetos pueden expresar diversas creencias no habituales o raras que no alcanzan una proporción delirante (por ejemplo, ideas de referencia o pensamiento mágico); pueden tener experiencias perceptivas poco habituales (por ejemplo, sentir la presencia de una persona o fuerza invisible en ausencia de verdaderas alucinaciones; su lenguaje puede ser generalmente comprensible, pero disgresivo, vago o excesivamente abstracto o concreto; y su comportamiento puede ser peculiar, pero no gravemente desorganizado (por ejemplo, murmurar para uno mismo, almacenar objetos extraños y sin valor aparente).

Además de estos síntomas similares a los positivos, en las fases prodrómica y residual son especialmente frecuentes los síntomas negativos, que en ocasiones presentan bastante gravedad. Sujetos que habían sido socialmente activos

pueden parecer ausentes; pierden interés en actividades previamente placenteras; pueden volverse menos comunicativos y no hacen preguntas, además de que pueden pasar la mayor parte del tiempo en la cama. Estos síntomas negativos a menudo son los primeros signos que nota la familia de que algo va mal; finalmente, los familiares pueden explicar que observaron que el sujeto «se alejaba gradualmente».

### Prevalencia

Existen discrepancias en la prevalencia de la esquizofrenia en diferentes estudios porque se han empleado metodologías diferentes (por ejemplo, medio rural en comparación con el medio urbano, población general en comparación con el medio clínico u hospitalario) y diferentes definiciones de esquizofrenia (DSM IV,2000).

Los cálculos de la prevalencia en muchos estudios extensos han variado desde el 0.2 al 2.0 %. Las tasas de prevalencia son similares en todo el mundo, pero se ha descrito la existencia de bolsas de alta prevalencia en algunas áreas específicas (DSM IVR, 2002).

Teniendo en cuenta todas estas fuentes de información, la prevalencia de la esquizofrenia se calcula actualmente entre el 0.5% y el 1 %.

Puesto que la esquizofrenia tiende a ser crónica, las tasas de incidencia son considerablemente inferiores a las tasas de prevalencia y se calculan en aproximadamente 1/10.000 al año (DSM IVR,2002).

### Curso

La edad media de inicio para el primer episodio psicótico de la esquizofrenia es a mitad de la tercera década de la vida en los varones y al final de esa década en las mujeres. El inicio puede ser brusco o insidioso, pero la mayoría de los sujetos muestran algún tipo de fase prodrómica manifestada por desarrollo lento y gradual de diversos signos y síntomas (por ejemplo, aislamiento social, pérdida de interés en los estudios o el trabajo, deterioro de la higiene y el aseo, comportamiento extraño y explosiones de ira). A los familiares les puede resultar difícil interpretar este comportamiento y pueden pensar que el sujeto «está pasando una etapa difícil». Sin embargo, la aparición de algún síntoma de la fase activa califica el trastorno como una esquizofrenia.

La edad de inicio puede tener significado tanto fisiopatológico como pronóstico. Los sujetos que inician a una edad más temprana suelen ser varones y tienen peor adaptación premórbida, menor nivel de estudios, más evidencia de anormalidades cerebrales estructurales, signos y síntomas negativos más sobresalientes, mayor evidencia de deterioro cognoscitivo evaluado neuropsicológicamente y peor evolución.

Por el contrario, los sujetos con un inicio más tardío son más a menudo mujeres, muestran menor evidencia de anomalías cerebrales estructurales o deterioro cognoscitivo y presentan una mejor evolución. La mayoría de los estudios del curso y la evolución de la esquizofrenia sugieren que el éste es variable, con exacerbaciones y remisiones en algunos sujetos, mientras que otros permanecen crónicamente enfermos (DSM IVR, 2002).

Debido a la variabilidad de la definición y la evaluación no es posible contar con conclusiones precisas en cuanto a la evolución a largo plazo de la esquizofrenia. Probablemente, la remisión completa (es decir, el retorno total al nivel premórbido) no es habitual en este trastorno. De los sujetos que siguen presentando la enfermedad, algunos parecen tener un curso relativamente estable, mientras que otros muestran un empeoramiento progresivo asociado con una incapacidad grave. Ya al comienzo de la enfermedad los síntomas negativos pueden notarse, apareciendo primariamente como características prodrómicas.

Los síntomas positivos aparecen después. Puesto que estos síntomas positivos son especialmente sensibles al tratamiento suelen disminuir, pero en muchos sujetos los síntomas negativos persisten entre los episodios de síntomas positivos. Se ha sugerido que los síntomas negativos pueden volverse progresivamente más notorios en algunos sujetos a lo largo del curso de la enfermedad. Numerosos estudios han señalado un grupo de factores que están asociados con un mejor pronóstico. Estos incluyen el buen ajuste premórbido, el inicio agudo, una edad más avanzada de inicio, sexo femenino, acontecimientos precipitantes, alteraciones del estado de ánimo asociadas, duración breve de los síntomas de la fase activa, buen funcionamiento entre los episodios, síntomas residuales mínimos, ausencia de anomalías cerebrales estructurales, función neurológica normal, historia familiar de trastorno del estado de ánimo y no tener historia familiar de esquizofrenia (DSM IVR, 2002).

#### Patrón familiar

Los familiares biológicos de primer grado de los sujetos con esquizofrenia presentan un riesgo para desarrollar la esquizofrenia aproximadamente diez veces superior al de la población general. Las tasas de concordancia para la esquizofrenia son más altas en gemelos monocigotos que en dicigotos. Los estudios de adopción han demostrado que los familiares biológicos de los sujetos con esquizofrenia tienen un riesgo sustancialmente elevado para desarrollar esquizofrenia, mientras que los familiares adoptivos no tienen el riesgo. A pesar de que numerosos datos sugieren la importancia de los factores genéticos en la etiología de la esquizofrenia, la existencia de una discordancia sustancial de la frecuencia en gemelos monocigotos también indica la importancia de los factores ambientales (DSM IVR, 2002).

Criterios específicos para el diagnóstico de esquizofrenia, según DSM IVR

Síntomas característicos: Dos (o más) de los siguientes, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de un período de 1 mes (o menos si ha sido tratado con éxito):

- (1) Ideas delirantes
- (2) Alucinaciones
- (3) Lenguaje desorganizado (por ejemplo, descarrilamiento frecuente o incoherencia)
- (4) Comportamiento catatónico o gravemente desorganizado
- (5) Síntomas negativos, por ejemplo, aplanamiento afectivo, alogia o abulia

Disfunción social/laboral:

Durante una parte significativa del tiempo desde el inicio de la alteración, una o más áreas importantes de actividad, como son el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado de uno mismo, están claramente por debajo del nivel previo al inicio del trastorno (o, cuando el inicio es en la infancia o adolescencia, fracaso en cuanto a alcanzar el nivel esperable de rendimiento interpersonal, académico o laboral).

Duración:

Persisten signos continuos de la alteración durante al menos 6 meses. Este período de 6 meses debe incluir al menos 1 mes de síntomas (o menos si se ha tratado con éxito) y puede incluir los períodos de síntomas prodrómicos y residuales.

Exclusión de los trastornos esquizoafectivo y del estado de ánimo:

El trastorno esquizoafectivo y el trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos se han descartado debido a: no ha habido ningún episodio depresivo mayor, maníaco o mixto concurrente con los síntomas de la fase activa; o

2) si los episodios de alteración anímica han aparecido durante los síntomas de la fase activa, su duración total ha sido breve en relación con la duración de los períodos activo y residual.

Exclusión de consumo de sustancias y de enfermedad médica:

El trastorno no es debido a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia (por ejemplo, una droga de abuso, un medicamento) o de una enfermedad médica.

Relación con un trastorno generalizado del desarrollo: Si hay historia de trastorno autista o de otro trastorno generalizado del desarrollo, el diagnóstico adicional de esquizofrenia sólo se realizará si las ideas delirantes o las alucinaciones también se mantienen durante al menos 1 mes (o menos si se han tratado con éxito).

## 1.2. Tipos de Esquizofrenia

### Tipo paranoide

La característica principal del tipo paranoide de esquizofrenia consiste en la presencia de claras ideas delirantes o alucinaciones auditivas, en el contexto de una conservación relativa de la capacidad cognoscitiva y de la afectividad. Los síntomas característicos de los tipos desorganizado y catatónico (por ejemplo, lenguaje desorganizado, afectividad aplanada o inapropiada, comportamiento catatónico o desorganizado) no son muy acusados. Fundamentalmente, las ideas delirantes son de persecución, de grandeza o ambas, pero también puede presentarse ideas delirantes con esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

### Tipo desorganizado

Las características principales del tipo desorganizado de esquizofrenia son el lenguaje desorganizado, el comportamiento desorganizado y la afectividad aplanada o inapropiada. El lenguaje desorganizado puede ir acompañado de tonterías y risas que no tienen una clara conexión con el contenido del discurso. La desorganización comportamental (por ejemplo, falta de orientación hacia un objetivo) puede acarrear una grave perturbación de la capacidad para llevar a cabo actividades de la vida cotidiana (por ejemplo, ducharse, vestirse o preparar la comida). No se cumplen los criterios para el tipo catatónico de esquizofrenia y, si hay ideas delirantes y alucinaciones, son fragmentadas y no están organizadas en torno a un tema coherente. Las características asociadas incluyen muecas, manierismos y otras rarezas del comportamiento. El deterioro del rendimiento puede apreciarse por medio de diversas pruebas neuropsicológicas y tests cognoscitivos. Habitualmente, este subtipo también está asociado con una personalidad premórbida, empobrecida, a un inicio temprano

### Tipo catatónico

La característica principal del tipo catatónico de esquizofrenia es una marcada alteración psicomotora que puede incluir inmovilidad, actividad motora excesiva, negativismo extremo, mutismo, peculiaridades del movimiento voluntario, ecolalia o ecopraxia. La inmovilidad puede manifestarse por catalepsia (flexibilidad cérea) o estupor. Aparentemente, la actividad motora excesiva carece de propósito y no está influida por estímulos externos. Puede haber un negativismo extremo que se manifiesta por el mantenimiento de una postura rígida en contra de cualquier intento de ser movido o por la resistencia a todas las órdenes que se den. Las peculiaridades del movimiento voluntario se manifiestan por la adopción voluntaria de posturas raras o inapropiadas, o por realizar muecas llamativas. La ecolalia es la repetición patológica, como lo haría un loro o aparentemente sin sentido, de una palabra o frase que acaba de decir otra persona. La ecopraxia consiste en la imitación repetitiva de los movimientos de otra persona. Otras características serían las estereotipias, manierismos y la obediencia automática o

la imitación burlona. Durante el estupor o la agitación catatónica graves, el sujeto puede requerir una cuidadosa supervisión para evitar que se cause daño a sí mismo o a otras personas. Hay riesgo potencial de malnutrición, agotamiento, hiperpirexia o autolesiones. Para diagnosticar este subtipo, el cuadro debe cumplir en primer lugar todos los criterios para la esquizofrenia y no ser más explicable por otras presuntas etiologías: inducción por sustancias (p. ej., parkinsonismo inducido por neurolépticos), enfermedad médica, o episodio maniaco o depresivo mayor

### **1.3. Aspectos Conductuales de la esquizofrenia**

Entre los diversos grupos con deficiencias en las habilidades sociales destaca en especial el de los pacientes afectados por esquizofrenia.

Considerada ésta un cuadro complejo que suscita notable controversia, es sin embargo apreciable la unanimidad respecto a las dificultades en el área de las relaciones sociales, así el propio Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (DSM IV) señala los síntomas característicos de la esquizofrenia, afirma la alta frecuencia de las dificultades en la relaciones interpersonales, consistiendo éstas a menudo en un retraimiento social y en un distanciamiento emocional (Gil y León, 1998).

El paciente con esquizofrenia presenta pérdida de habilidades para el adecuado desempeño de roles sociales, problemas en la adaptación social y por ello de recursos psicológicos individuales (Lieberman, Derisi y Muesen, 1989).

La salud como concepto depende precisamente del grado ajuste/ adaptación entre las demandas tanto provenientes del ambiente como del propio sujeto y los recursos (tanto los que facilita el ambiente como los que posee el propio individuo). La adaptación se refiere a la capacidad que tiene el sujeto para hacer frente a estresores ambientales que encuentra o que él mismo crea.

En el caso del paciente esquizofrénico se observan déficits en seis grandes áreas:

Autos cuidados (Falta de higiene personal, deficiente manejo de su entorno, hábitos de vida no saludables, etc.)

Autonomía (Deficiente manejo del dinero, en el manejo de transportes, utilización del tiempo libre, dependencia económica y mal desempeño laboral)

Autocontrol (Incapacidad de manejo de situaciones de estrés, falta de competencia personal etc.)

Relaciones interpersonales (Falta de red social, inadecuado manejo de situaciones sociales, déficits en habilidades sociales)

Uso del tiempo libre (Aislamiento, incapacidad para manejar el esparcimiento, de

disfrutar, falta de motivación e interés)

Funcionamiento cognitivo (Dificultades de atención, percepción, concentración, y Procesamiento de información)

Estos pacientes padecen una baja autoestima y sociabilidad, depresión, hábitos desadaptativos, déficit en el afrontamiento y dificultades en las relaciones interpersonales, presentan aislamiento. De este conjunto de déficits se deriva una serie de necesidades que la persona necesita cubrir para adaptarse con eficacia a su ambiente, tales como el aprendizaje de habilidades instrumentales, de ayuda para el mantenimiento de los parámetros sociales normalizadores, de apoyo asistencial directo y adaptado a la situación, de una recuperación efectiva en el desempeño de roles después del aprendizaje instrumental (Kuhnel, 1984).

#### **1.4. Las teorías cognoscitivas de los síntomas psicóticos**

Existen diferentes teorías cognoscitivas que pretenden explicar la aparición y el mantenimiento de los síntomas psicóticos. La investigación en este punto se centraría, no tanto en las categorías diagnósticas sino en las características de síntomas psicóticos particulares, tales como alucinaciones y delirios (Garety, Fowler y Kuipers, 1997).

La investigación sobre alucinaciones ha mostrado que aparecen con mayor frecuencia en periodos de ansiedad y estrés, que son sensibles a situaciones estimuladoras específicas (p. e., privación sensorial, ruido, etc.) teniendo lugar cuando los sucesos privados o mentales no son atribuidos al propio sujeto sino a una fuente externa (Bentall, 1997).

Bentall, Haddock y Slade (1994), revisaron las diferentes estrategias psicológicas empleadas para el manejo de las alucinaciones auditivas, encontraron que las estrategias operantes tienen muy poco efecto, las de distracción son útiles aunque suelen producir efectos transitorios y proponen una estrategia combinada de focalización y de reducción de la ansiedad que pretende reducir la frecuencia de las voces y el malestar asociado reatribuyendo gradualmente el origen de las voces a uno mismo. Aunque se ha informado de resultados prometedores en este sentido (Haddock, Bentall y Slade, 1997), son muchos los interrogantes que la investigación futura deberá afrontar, en estos momentos, ya ofrece a los clínicos un marco útil para establecer y reducir efectivamente el estrés y el trastorno emocional asociado con las alucinaciones auditivas (Chadwick y Birchwood, 1997).

La investigación cognitiva en delirios, por su parte, también aglutina distintas teorías sobre su formación y mantenimiento:

Como déficits neuropsicológicos y de procesos cognitivos básicos (Frith, 1995).

El déficit en la automonitorización de los pensamientos y las intenciones para actuar daría lugar a las experiencias de inserción del pensamiento y a los delirios de control.

Como intentos racionales para explicar experiencias anómalas (Maher, 1988).

Como producto de un sesgo en el razonamiento probabilístico (Garety y Hemsley, 1997).

Como intentos de defenderse de las amenazas a la autoestima (Bentall, Haddock y Slade, 1994). Los delirios aparecerían como consecuencia de la discrepancia subyacente entre la autorepresentación ideal y real y tendrían, por tanto, un origen motivacional.

# Capítulo 2

## Tratamiento

### 2.1 Tratamiento cognitivo conductual en la esquizofrenia

Tradicionalmente, la terapia cognitivo-conductual y la modificación de conducta, ha prestado poca atención a los trastornos psicóticos y al espectro de los trastornos esquizofrénicos. Algunas de las creencias erróneas que han contribuido al olvido desde esta aproximación han sido, entre otras: (Vallina y Lemos, 2001).

-El diagnóstico de esquizofrenia es una etiqueta global

-La base biológica de la enfermedad no la hace accesible a la terapia de conducta.

-El tratamiento farmacológico de la enfermedad es suficiente y la terapia de conducta es accesoria.

-Se trata de un trastorno demasiado severo, inaccesible a la terapia psicológica.

En consecuencia, los esfuerzos con esta población se han dirigido hacia la rehabilitación y a las intervenciones de tipo social, asumiéndose que la terapéutica farmacológica, combinada con la mejora de habilidades y el incremento de los apoyos sociales era el mejor tratamiento para las personas afectadas por trastornos psicóticos persistentes (Mueser y Pen, 1998). El propio Beck refiere "cuando empecé a utilizar y a hablar sobre la terapia cognitiva a principios de los años 60, pensaba que esta terapia tenía que limitarse a pacientes con diferentes neurosis... Cuando los profesionales en los seminarios y conferencias me preguntaban en qué casos la terapia cognitiva no estaba indicada, yo decía, 'esquizofrenia'. Es una agradable sorpresa ver ahora que estaba equivocado: la terapia cognitiva tiene una aplicación directa en este trastorno" (Kingdon y Turkington, 1995).

El desarrollo de la terapia cognitivo-conductual para el tratamiento de los síntomas psicóticos resistentes ha merecido una notable atención a partir de la constatación de que

Entre un cuarto y la mitad de las personas con diagnóstico de esquizofrenia, experimentan síntomas psicóticos resistentes a la medicación que producen un alto grado de perturbación y que interfieren con el funcionamiento cotidiano. (Garety, Fowler y Kuipers, Fowler, Garety y Kuipers, 1995).

Muchos pacientes son reacios a tomar la medicación de forma continuada. Un número significativo de pacientes recaen a pesar de tomar la medicación tal y como se les prescribe

La rehabilitación no resuelve la problemática relacionada con la sintomatología psicótica y presta poca atención a la ansiedad, la desesperanza y las alteraciones del estado de ánimo que produce la experiencia psicótica.

La terapia cognitivo conductual para la psicosis se está consolidando como una aproximación muy prometedora para afrontar problemas que no han sido abordados satisfactoriamente desde la perspectiva de la rehabilitación. Este tipo de tratamiento para la psicosis es una técnica de intervención cuyo objetivo básico es reducir el estrés y la interferencia en el funcionamiento producida por los síntomas positivos y negativos de la esquizofrenia. Es un tipo de intervención en el que el terapeuta trabaja con la colaboración del paciente, establece metas de común acuerdo con el paciente para la terapia, un calendario específico de sesiones para conseguirlas y se interesa por la experiencia de los clientes y sus creencias acerca de las mismas. Identifica el contenido de los pensamientos y creencias, revisa su evidencia, estimula el automonitoreo de los pensamientos, relaciona los pensamientos con los sentimientos y la conducta e identifica los sesgos cognitivos.

No obstante, para la psicosis presenta modificaciones respecto a la técnica estándar con el fin de que adecue a los problemas específicos implicados en los trastornos psicóticos. Pues existen dificultades importantes para establecer una relación terapéutica debido a la complejidad de los síntomas y el contenido de los delirios, así como los déficit cognitivos, inherentes al trastorno.

#### Vulnerabilidad-estrés.

La vulnerabilidad al estrés de los trastornos psicóticos, desarrollados a partir de la síntesis de las principales evidencias de la investigación empírica, plantean que el desarrollo de la enfermedad es el resultado de una vulnerabilidad de origen genético o neuroevolutivo que se intensifica por las circunstancias sociales, psicológicas y/o biológicas que acontecen a lo largo de la vida del sujeto. El comienzo de la psicosis aparece por la subsecuente exposición a elevados niveles de estrés tales como ambientes muy demandantes, eventos vitales estresantes o abuso de drogas.

El mantenimiento de la enfermedad a largo plazo se puede alterar por factores de riesgo o protección. La respuesta del sujeto a la enfermedad está determinada por un conjunto de factores, como el significado que se atribuye a las experiencias

psicóticas, la pérdida de roles sociales o el uso que hace de la medicación. La consecuencia más inmediata de este planteamiento es que los diferentes factores influyen de forma diferencial en cada caso y en los distintos momentos de la enfermedad. Por tanto, el terapeuta cognitivo conductual pretende desarrollar una explicación *individual* de la vulnerabilidad, las fuentes de estrés y las respuestas de cada persona y modificar consecuentemente las cogniciones y la conducta (Fowler, Garety, Kuipers, 1996).

Aunque se usa este modelo también desde la perspectiva de la rehabilitación, presta atención específica a los síntomas psicóticos de tal forma que aporta técnicas de ayuda a los pacientes para manejar sus experiencias psicóticas, enseñándoles no solo a reetiquetar o cambiar las creencias sobre la naturaleza de esas experiencias sino también a dar sentido psicológico a sus síntomas psicóticos, evitando lo que se llama "*engulfment*" (asumir el rol de enfermo).

Desde esa perspectiva, la valoración negativa de sus experiencias psicóticas acarrea al sujeto un trastorno emocional en forma de ansiedad, depresión, autoevaluación negativa, etc., que conjuntamente contribuye al desarrollo y mantenimiento de los síntomas y del estrés. Por tanto, el papel de los procesos emocionales en el mantenimiento de los síntomas hace necesario la aplicación directa de las técnicas de terapia cognitiva para esos problemas (Birchwood y Tarrier, 1995).

El aspecto central de la Terapia Cognitivo Conductual, sería pues, ayudar a la gente a ser consciente de los procesos que influyen en sus pensamientos y emociones y a reevaluar su visión de sí mismos y de la psicosis. No obstante, es importante enfatizar que es una técnica más en el espectro de los tratamientos que deben implementarse en el tratamiento de los trastornos psicóticos, que van desde los tratamientos biológicos hasta las intervenciones psicosociales tradicionales (Buchanan y cols., 1992).

Particularmente, la terapia cognitivo conductual realiza valiosas aportaciones para el trabajo con aquellas personas afectadas de psicosis resistentes al tratamiento o que presentan una alteración emocional notable como consecuencia de la misma (Buchanan 1992).

Los delirios y las creencias acerca de las alucinaciones visuales o auditivas, están muy consolidados, normalmente se mantienen por interpretaciones erróneas repetidas de acontecimientos específicos, por la ocurrencia de experiencias extrañas o por patrones cognitivos y conductuales que tienden a confirmar la creencia y previenen la desconfirmación de las creencias. Las creencias pueden tener un papel importante en el mantenimiento de la autoestima o en la explicación de experiencias extrañas. Por tanto, es necesario explorar las consecuencias emocionales que tendrá que cambiar las creencias que se mantienen fuertemente (Buchanan y cols., 1992).

Durante las sesiones el trabajo se centra en identificar y cambiar los delirios y alucinaciones dolorosas y discapacitantes, por medio de un proceso sistemático

de revisión de la evidencia y de generación de alternativas. La aproximación es suave y no confrontacional, se valora muy cuidadosamente si se desea cambiar las interpretaciones del paciente y hasta qué punto. Además, dado que frecuentemente nos encontraremos con problemas de flexibilidad o déficits cognitivos, el terapeuta puede ofrecer directamente la alternativa más que esperar a que el paciente la genere.

Derivado de lo anterior es necesario incluir en los tratamientos de pacientes psicóticos técnicas para la modificación del pensamiento.

Es posible que el paciente se resista a reevaluar sus creencias a pesar de que sean muy disfuncionales. Un buen predictor de la "permeabilidad" del paciente a la modificación de una idea delirante es la respuesta a la "contradicción hipotética", ésta última se refiere a confrontar sutilmente al paciente Partiendo de hipótesis contrarias a sus creencias.

Una cuestión importante antes de abordar el trabajo con la sintomatología psicótica es asegurarse que ésta es producto de una pobre respuesta a la medicación, cerciorándonos que se han ensayado los tratamientos posibles y que el sujeto ha seguido la pauta psiquiátrica correctamente (Buchanan, 1992).

En general, se reconoce que muchos pacientes esquizofrénicos crónicos carecen de habilidades sociales. Muchos han presentado este problema durante toda su vida, en tanto que otros no están preparados para ser autosuficientes después de un periodo de enfermedad aguda y hospitalización (Morrison y Wixted, 1989).

El entrenamiento de habilidades sociales, que se basa en la teoría de aprendizaje social, es una manera efectiva para mejorar la calidad de vida fuera del hospital y reducir las probabilidades de regreso a éste (Morrison y Wixted, 1989).

Al igual que se aplica a los trastornos del estado de ánimo, el entrenamiento en habilidades sociales para los esquizofrénicos incluye modelamiento, representación de papeles y práctica en la vida real que se enfoca hacia la enseñanza de un comportamiento interpersonal nuevo y mejor adaptado. Es probable que, en un principio, el entrenamiento se centre en componentes muy básicos de las habilidades sociales, como el volumen y el tono de voz, el contacto visual y la espera del turno. Más adelante, o con las personas que tienen habilidades básicas adecuadas, la terapia quizá se dirija a conductas más complejas e incluso éstas se dividen en componentes más sencillos. Otras habilidades, como la asertividad o las habilidades laborales se pueden tratar de la misma manera. El entrenamiento en habilidades sociales produce mejorías significativas en el comportamiento social de aquellos individuos con impedimentos por un trastorno esquizofrénico y además tiene un efecto positivo en la percepción que tienen de sí mismo

En los pocos estudios que ofrecen datos de seguimiento, parece que las

diferencias conductuales entre los pacientes de grupo que reciben entrenamiento y aquellos que no lo tuvieron aumentaron con el tiempo (Benton y Schroeder, 1990).

Estos estudios también sugieren que el entrenamiento en habilidades sociales puede relacionarse con salidas más rápidas del hospital y menor probabilidad de recaídas. Además de la falta de habilidades sociales, los pacientes crónicos son propensos a tener pocas habilidades para el cuidado personal. Es común verlos desaliñados, no se bañan con regularidad, tienen malos modales en la mesa y no pueden utilizar los transportes públicos, administrar su dinero, ni preparar una comida. Los métodos de entrenamiento conductual también se pueden concentrar en el mejoramiento de estas habilidades. (Presly, 1982).

La disminución de los periodos en el hospital tiene algunos efectos muy positivos, ya que el simple hecho de estar hospitalizado durante un tiempo prolongado, puede tener efectos negativos en las habilidades de afrontamiento de las personas. Diversos factores como el aislamiento, la falta de tratamientos específicos para la rehabilitación, afectan el comportamiento del paciente, pues la hospitalización puede favorecer el "rol del enfermo", no se pretende decir en este trabajo que la hospitalización no tenga beneficios, pero cuando es prologada y sin tratamientos específicos más que la farmacoterapia, no ayuda mucho al paciente, si lo que se quiere es mejorar su calidad de vida. Por esta razón así como por los factores del costo y la preocupación por los derechos del paciente, se hace énfasis en la importancia de las estancias cortas, y de recibir un cuidado posterior en la comunidad.

Educación familiar.

A pesar de que en el presente trabajo no se aborda la educación familiar se presenta como parte de los tipos de tratamiento.

El tipo de escenario o ambiente al que los esquizofrénicos regresan después de la hospitalización y las formas de apoyo disponibles son cruciales para su recuperación. Una fuente efectiva de apoyo y continuidad puede ser la familia del paciente. Si la actitud de ésta hacia el paciente es positiva, las probabilidades de una recaída son mucho más bajas que cuando la familia emite juicios, es hostil y se involucra demasiado (Leff, Kuipers, Eberlew-Uries y Sturgeon ,1989).

Se ha descubierto que los programas para información y capacitación de la familia, previenen la recaída y el regreso al hospital de los pacientes esquizofrénicos (Clarkin, Glick, 1989).

Estos programas de capacitación ofrecen a los miembros de la familia información sobre la naturaleza de la esquizofrenia (diagnóstico, síntomas, expectativas futuras), su tratamiento (medicamento y manejo familiar) y la forma en que la familia puede trabajar unida para tomar en cuenta tanto las necesidades del paciente como del resto de los miembros. En algunos programas de educación, el paciente participa en todas o algunas de las sesiones, mientras que en otros sólo toman parte los miembros de la familia. Algunos programas se centran en una

familia a la vez, otros combinan grupos de varias familias. La mayor parte de los programas empiezan por analizar lo que significa el diagnóstico y hacen énfasis en que se trata de un medio de comunicación en lugar de una condena de la persona afectada. A continuación, es probable que el terapeuta trate de aclarar los mitos comunes sobre la esquizofrenia, como la idea de una personalidad dividida. Los miembros de la familia también encuentran útil saber sobre la frecuencia de la esquizofrenia, de modo que se dan cuenta de que no están solos en su frustración y dificultades.

Un aspecto de muchos de estos programas que parece en especial útil es el análisis detallado de los síntomas comunes de la esquizofrenia, como el trastorno del pensamiento, los delirios, las alucinaciones y el aislamiento, de manera que los miembros de la familia pueden comprender lo que experimenta el paciente. El terapeuta trata de personalizar este material, ya sea al hacer que el paciente y la familia hablen de estos síntomas y pedir al paciente que describa lo que siente o con el uso de relatos autobiográficos.

Las familias también reciben una explicación de lo que se conoce sobre la psicobiología de la esquizofrenia para ayudarles a comprender los mecanismos subyacentes a los síntomas. Ya que uno de los principales objetivos de estos programas es reducir los sentimientos de culpabilidad que la familia puede tener porque piense que su comportamiento provocó la enfermedad, la mayor parte de los programas hacen énfasis en los aspectos genéticos de la esquizofrenia.

También es probable que los programas hablen de la importancia de los factores ambientales, en el sentido de que el trastorno esquizofrénico es una condición que responde ante el estrés.

El papel de la familia en el manejo del estrés que el paciente experimenta se enfatiza como una estrategia que quizá mejore el curso de la enfermedad y haga la recaída menos probable. Por último y quizá lo más importante, se proporciona a los miembros de la familia los lineamientos a cerca de la forma en que deben vivir con alguien que tiene un trastorno esquizofrénico. Estos lineamientos pueden incluir formas constructivas para manejar la culpa, la vergüenza, la frustración y el enojo. Los miembros de la familia también aprenden la razón por la cual las técnicas conductuales que tal vez vayan a emplear, quizá no funcionen y reciben indicaciones para mantener la atmósfera en el hogar moderada, no demasiado estimulante y con una estructura adecuada.

#### Terapia del medio.

Puesto que muchos pacientes quizá no tengan una familia a la cual recurrir, también es necesario que se ofrezcan otros tipos de programas de apoyo. Estos incluyen estancia parcial u hogares en grupo, instalaciones para el cuidado de día y clínicas de salud mental que proporcionan tanto tratamiento como ayuda práctica. Tal vez algunos de estos medios de apoyo son transitorios; ayudando al paciente que recién fue dado de alta a reajustarse a la vida en la comunidad. Otros se emplean para ayudar a la persona que funciona en un nivel bajo a permanecer fuera del hospital. La mayor parte de los programas apoyan a las

personas para que conserven el mismo nivel de comportamiento adaptado que tenían en el momento en que las dieron de alta, pero no aumentan su nivel de desempeño. A pesar de su efectividad para prevenir las recaídas, hay muy pocos programas de cuidado posterior y albergues.

Diversos tipos de ambientes terapéuticos parecidos a los hogares en la comunidad demuestran tener éxito en la prevención de las recaídas de los pacientes. Estos ambientes terapéuticos por lo general se desarrollan con base en la idea de la terapia ambientalista. La terapia ambientalista se refiere al ofrecimiento de un entorno terapéutico por parte de todas las personas que están involucradas con el paciente. En un sistema de salud mental que funciona de manera apropiada, esas instalaciones de tratamiento y vivienda, en combinación con los equipos para el manejo de las crisis, deben ser capaces de cubrir gran parte de la necesidad de los hospitales psiquiátricos tradicionales (Mosher, y Burti, 1989).

En México algunos hospitales cuentan con hospitalización parcial o de día que pretende proporcionar rehabilitación al paciente, tal es el caso de los psiquiátricos del Instituto Mexicano del Seguro Social. La terapia ambientalista tiene varias funciones centrales. El escenario de albergue proporciona apoyo y protección para la persona, así como estructura y contención. Al mismo tiempo, ofrece oportunidades para la adaptación social y para la validación de los síntomas que se experimentan como parte de un trastorno esquizofrénico. Aquellos que trabajan en el escenario ambientalista validan los sentimientos de la persona afectada al hacerle saber que sus delirios o alucinaciones son experiencias muy reales. Se puede analizar lo que son, cómo hacen sentir a la persona y lo que significan. Dos ejemplos de la intervención del ambientalista son el modelo de los padres sustitutos y la hospitalización parcial o durante el día.

En un proyecto que empleo el modelo del padres sustitutos, se buscó, por medio de publicidad local a parejas de personas mayores que tuvieran un espacio extra en sus casas. Se investigó con detenimiento a estas parejas; se prefirió a aquellos que habían sido buenos padres para sus propios hijos y a quienes tenían un registro anterior de servicio a la comunidad. Se les pago para que tuvieran habitaciones disponibles en su propia casa para aceptar a los pacientes con rapidez cuando se necesitara colocarlos. La mayoría de los pacientes se quedaron con ellos durante dos o tres semanas y después estrecharon más los lazos en forma gradual, regresando con frecuencia a comer o de visita durante un periodo prolongado. Todos los pacientes recibieron tratamiento con drogas antipsicóticas durante su estancia y la ayuda estaba disponible en caso de que se necesitara. El programa tuvo éxito en su mayor parte con los pacientes psicóticos jóvenes para quienes no había sido de ayuda la intervención de su familia en su propio hogar.

La hospitalización parcial y durante el día no es una idea nueva. En un principio, se probó como una alternativa para la hospitalización de tiempo completo. Sin

embargo, en la actualidad, ya que la hospitalización a largo plazo para los pacientes con trastornos esquizofrénicos es rara, los hospitales de día se estudian como alternativas para otra clase de cuidados para los pacientes externos y, por lo general, se encuentra que son superiores (Lin, Dean y Ensel, 1986).

Varios tipos de hospitales de día se han sometido a prueba. El hospital de cuidado intensivo parcial proporciona muchos de los servicios que ofrecen las unidades de hospital para los pacientes internos y se creó para estancias cortas. Este tipo de instalaciones centra la atención en un planteamiento práctico y en ofrecer el nivel de estimulación que puede ser adecuado para las necesidades del paciente.

Esto es importante porque demasiada estimulación puede dar como resultado un alto nivel de excitación que, a su vez, lleva al aislamiento del paciente. Si se trata de una situación en la que el paciente no se pueda aislar, es probable que aumenten los delirios o los comportamientos excéntricos.

El ambiente de rehabilitación tiene como objetivo ayudar a los pacientes que tienen impedimentos sociales severos y problemas en el funcionamiento vocacional. A pesar de que esta aproximación toma en cuenta la importancia de no estimular demasiado a los pacientes, no permite mucha tolerancia de los síntomas molestos. A pesar de que se supone que el tratamiento tiene una duración limitada, el tiempo que se permite es bastante más prolongado que en la hospitalización aguda de emergencia.

Aunque existen algunos resultados alentadores de los programas de hospitalización parcial o diurno, todavía no se prueban lo suficiente. Un problema que no se ha manejado en forma adecuada es la concordancia del tipo de paciente con el tipo de programa (Lin, Dean y Ensel, 1986).

Este ajuste es importante a fin de evitar la estimulación excesiva de los pacientes con niveles severos de trastornos esquizofrénicos y empeorar así sus síntomas. Tal vez el mayor problema al establecer los escenarios para la terapia ambientalista es el del apoyo económico. A pesar que muchos programas de investigación han demostrado que esta aproximación puede tener éxito, por lo general los proyectos ambientalistas exitosos dejan de existir cuando ya no está disponible el apoyo económico especial para la investigación. Sólo cuando se incluye en la cobertura de los seguros, el reembolso de este tipo de tratamiento, las personas con trastorno esquizofrénico cuentan con la variedad de estrategias de tratamiento que pueden producir mejoría a largo plazo, así como con la protección contra el estrés proveniente del ambiente que hace que las recaídas sean más probables (Mosher, 1989).

El tratamiento psicológico se concentra en reducir o eliminar la misma experiencia alucinatoria o bien la perturbación consecuente, por ejemplo, enseñando estrategias de afrontamiento benéficas, debido aparentemente a que se consideraba que la perturbación era una consecuencia inevitable de oír voces.

Sin embargo, en un reciente estudio, se encontró que la perturbación ocasionada por las voces estaba asociada, no únicamente al hecho o al contenido de las alucinaciones, sino a las creencias que los pacientes mantenían sobre ellas (Chadwick y Birchwood, 1997).

Se creía que todas las voces eran muy poderosas ("omnipotentes"), pero sumar creencias sobre la identidad y el propósito de las voces hace que algunas se interpreten como benévolas y otras como malévolas esta última distinción tiene un impacto sorprendente sobre las respuestas conductuales y efectivas de la gente ante las voces. Todos los individuos que creían que sus voces eran malévolas se perturbaban cuando la voz les hablaba y se resistían a ellas gritándolo, buscando distracción y evitando señales que activasen las voces; todos aquellos que creyeron que sus voces eran benévolas incitaron a esas voces y las consideraron como elementos de apoyo, divertidas, etc. Además, la forma como se interpretaban las voces no se derivaba de modo obvio a partir del contenido. Por ejemplo, en una mujer la voz se identificaba a sí misma viniendo de Dios, pero ella no tenía en cuenta esto y creía que la voz provenía del demonio. Por el contrario muchas voces se interpretaban como benévolas aunque incitasen al suicidio y al asesinato.

Esta formulación cognitiva de las voces proporciona un nuevo objetivo de tratamiento. Beck ha mostrado que creencias negativas específicas (por ejemplo, "no valgo nada") se encuentran implicadas en el mantenimiento que la depresión y de la refutación sistemática de estas creencias por medio de la terapia cognitiva constituye un tratamiento eficaz (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1983).

De esta forma, el debilitamiento de las creencias sobre las voces podría reducir notablemente la perturbación asociada y la conducta problema.

Se ha desarrollado una terapia cognitiva adaptada de forma específica para trabajar con las voces (Chadwick y Birchwood, 1997) y los resultados preliminares son esperanzadores. Los cambios en las creencias de la gente sobre la omnipotencia, la identidad y el propósito de sus voces se asocian con la disminución de la perturbación, con la conducta problema y con la carga objetiva. Igualmente, los resultados iniciales sugieren que el debilitamiento de las creencias sobre las voces puedan llevar a una disminución de la actividad malévola y benévola de las voces. Esta posibilidad se está investigando actualmente en un estudio a gran escala que evalúa la utilidad de la terapia cognitiva para las voces.

Este enfoque de la terapia cognitiva se ha aplicado también a las ideas delirantes, en general. El enfoque de Chadwick y Birchwood (1997) ha supuesto un importante cambio en el control cognitivo de las ideas delirantes. Su intervención implicaba un enfoque estructurado utilizando un reto sin enfrentamiento de las creencias. Informan de una serie de estudios de casos bien controlados, llevados a cabo a lo largo de veinte semanas, que muestran importantes cambios en la convicción de las creencias. Estos cuentan con una reducción enorme de los síntomas residuales con el ejemplo de una "estrategia de afrontamiento", un

enfoque que implica la identificación de los acontecimientos estresantes que proceden y siguen a los síntomas y luego enseñando estrategias de afrontamiento apropiadas (Tarrier, 1993).

Aunque todas las aproximaciones para el tratamiento de la esquizofrenia (drogas antipsicóticas, capacitación en habilidades sociales y cambios en el entorno en que vive un individuo y sus relaciones personales) pueden tener efectos positivos en la reducción de los síntomas y ayudar a la persona para que funcione en un nivel alto, lo que necesita la mayoría de las personas que padecen un trastorno esquizofrénico es un

Los elementos importantes de un programa son:

Tratamiento farmacológico, Terapia familiar, Capacitación en habilidades sociales, médico, Intervención en crisis.

Las habilidades sociales representan un área importante para el funcionamiento del individuo pues no solo lo hacen pensar mejor sobre si mismo, sino también le permite tener una mejor retroalimentación de su entorno, lo que le produce un estado de satisfacción emocional, sentido de pertenencia y en este sentido una mejor calidad de vida

# Capítulo 3

## Habilidades Sociales

### 3.1 Definición del Entrenamiento en Habilidades Sociales

Definir que es una conducta socialmente habilidosa es una tarea ardua, ello lo demuestra la existencia de numerosas definiciones y la falta de un acuerdo explícito. Sin embargo, todos conocemos a personas que pueden describirse como interpersonalmente hábiles o socialmente competentes. Se trata de individuos que parecen poseer la habilidad de relacionarse con los demás de una forma eficaz y que resultan muy reforzantes para aquellos con quienes interactúan. En un acto social, son personas que entablan relaciones con facilidad, conversan con otros, transmiten y recaban información y dejan a los demás con una agradable sensación después de la interacción. El que una interacción nos resulte satisfactoria depende de que nos sintamos valorados y respetados, y eso, a su vez, no depende tanto del otro, sino de que poseamos una serie de habilidades para responder correctamente y una serie de convicciones o esquemas mentales que nos hagan sentirnos bien con nosotros mismos.

Las personas que poseen estas habilidades son las llamadas personas asertivas. (Castanyer, Mayer y Spres, 1996)

Entendemos por conducta asertiva o aserción una ejecución específica y determinada que realiza el individuo en situaciones particulares. La conducta asertiva se podría definir como la conducta que 1) afirma, asegura o ratifica las opiniones propias en 2) situaciones interpersonales y que tiene como consecuencia 3) el producir y mantener auto-refuerzos 4) sin utilizar conductas aversivas para los otros.

Las habilidades sociales son aquellas conductas aprendidas que ponen en juego las personas en situaciones interpersonales para obtener o mantener reforzamiento del ambiente; entendidas así las habilidades sociales pueden considerarse como vías o rutas hacia los objetivos de un individuo en donde se

consideran tres aspectos importantes:

- ⊙ Entender la conducta socialmente hábil en términos de su posibilidad de llevar hacia consecuencias reforzantes.
- ⊙ Las situaciones interpersonales en que se manifiestan habilidades sociales
- ⊙ Describir la conducta socialmente competente de modo objetivo. (Kelly, 1987).

La manera de categorizar las habilidades sociales se basa en la utilidad que tienen para el individuo. Algunas de las habilidades sociales sirven para facilitar el establecimiento de relaciones con los demás; otras aunque se emplean en un contexto interpersonal sirven para alcanzar objetivos o conseguir reforzadores que en sí no son de naturaleza social, otras para impedir que los demás eliminen o bloqueen el reforzamiento al que el individuo tiene derecho.

La asertividad forma parte de las habilidades sociales, aquí es preciso definir objetivamente aquellas conductas que hacen habilidoso un determinado tipo de interacción; calificar de asertiva o no una respuesta interpersonal es el resultado de nuestra observación de las distintas conductas incluidas en la repuesta; entre los componentes conductuales de la oposición asertiva podría contarse la presencia de características no verbales como el contacto visual, las muestras de afecto, la fluidez verbal, el tono de voz apropiado, la postura y la brevedad de la latencia o demora entre el final de los comentarios del antagonista y la respuesta del individuo. En la evaluación y el entrenamiento de las habilidades sociales lo que se pretende es determinar los componentes conductuales específicos que constituyen el tipo de habilidad deseado, y a partir de aquí enseñar sistemáticamente al paciente falto de habilidades las conductas componentes que se hayan identificado. (Kelly, 1987)

Para lograr avances significativos en la adquisición de conductas asertivas no podemos dejar de lado los aspectos cognitivos particularmente el pensamiento, es aquí en donde la terapia racional emotiva juega un papel muy importante, no podemos modificar conductas si no creemos de principio que poseemos

pensamientos irracionales que alteran nuestros estados de ánimo y la respuesta conductual, por esto es importante trabajar con la identificación de pensamientos irracionales y generar nuevas alternativas de pensamiento que permitan tener sentimientos y conductas más adaptativas.

El procedimiento de la modificación cognitiva parece ser un elemento muy útil en el entrenamiento de las habilidades sociales, especialmente para promover la generalización del programa de entrenamiento al ambiente natural (Meichenbaum 1987).

En las etapas tempranas del movimiento de modificación de conducta (y el área de las Habilidades Sociales, HHSS) los analistas de la conducta desarrollaron y aplicaron muchos instrumentos de evaluación generados de manera más intuitiva que empírica. El resultado fue la diseminación y aplicación de instrumentos de evaluación de dudosa validez. (Haynes, 1983).

Aunque el desarrollo de la evaluación de las HHSS ha corrido al parejo de otras áreas de evaluación psicológica, la dificultad para resolver los problemas planteados es notoria debido a la compleja naturaleza de la conducta social y a la amplia aplicación del concepto de habilidad social.

### **3.2. Características y dimensiones generales de las Habilidades Sociales**

1. Se considera a la habilidad social como sinónimo de eficacia del comportamiento interpersonal".

Aunque Becker y Thornicroft (1998) señalan, que es importante evaluar no sólo la eficacia de las conductas sociales, sino también la calidad de éstas, es decir, en qué medida son apropiadas en el contexto y las normas sociales, si logran resultados interpersonales positivos, a pesar de que en otra situación no ocurra así.

2."El enfoque de las HHSS utiliza distintos niveles de análisis"

Toma medidas molares sobre la capacidad para actuar con efectividad en una clase de situaciones.

Medidas moleculares sobre componentes conductuales específicos.

Medidas intermediarias centradas en la interacción de las dos primeras.

Al enfoque molecular se le ha criticado que los componentes moleculares puedan relacionarse muy poco con las puntuaciones generales de HHSS, lo que refleja su escaso valor o impacto social; aunque es un indicador muy útil para el diseño de entrenamiento de habilidades sociales (EHS), las medidas molares no aportan

información sobre que es lo que el sujeto específicamente está haciendo bien o mal, por lo que ayudan poco a la hora de diseñar EHS específico para ese sujeto.

3. "El hecho de que la actualización o desempeño de las HHSS requiere no sólo de la adaptabilidad de sus componentes a la situación social, sino que además los objetivos que se persiguen con dicha actualización son únicamente comprensibles en situaciones sociales específicas.

Aunque hay diferencias individuales en la tendencia a mostrar altas y bajas HHSS, éstas interactúan con variables situacionales. Es decir las HHSS no sólo manifiestan especificidad situacional, sino también especificidad de respuesta.

4. "...la probabilidad de ocurrencia de una respuesta socialmente competente en cualquier situación crítica está determinada por factores ambientales, personales, y sobre todo, por la interacción entre ambos".(cit. Gil y León, 1998. )

La evaluación de las HHSS debe abarcar los diversos factores (cognoscitivos, emocionales, conductuales y sociales), implicados en la expresión de las conductas socialmente hábiles e inhábiles, tratando de captar la interacción entre ellos.

La evaluación de las HHSS constituye un requisito indispensable para la investigación e intervención en el área de las HHSS.

Son dos las funciones esenciales de la evaluación de las HHSS: la indicación y diseño de la intervención y el control de los resultados de dicha intervención.

Las habilidades sociales (HHSS), al tratarse de comportamientos que las personas muestran en situaciones de interacción social, son respuestas específicas a las exigencias que plantean las situaciones, lo que hace necesario, que las personas desarrollen repertorios flexibles y variados de conductas sociales, en vez de patrones rígidos y uniformes (García Sáiz y Gil, 1995).

Los comportamientos sociales, en general, constan de distintos componentes motores, cognitivos y psicofisiológicos (García Saiz y Gil, 1995), por lo que en los entrenamientos se debe trabajar todos y cada uno de estos componentes. Es decir que el componente motor de una habilidad es su ejecución, el componente cognitivo sería lo que se piensa, mientras que el psicofisiológico se refiere a las respuestas emocionales que acompañan a las conductas sociales.

Entrenar HHSS resulta importante, ya que las conductas que manifiesta una persona en una situación de interacción social están orientadas a conseguir determinados objetivos. En caso de ser adecuadas, le permitirá obtener las consecuencias deseadas, soportando en caso de no serlas las consecuencias negativas, de la no consecución de los objetivos, como aquellas derivadas del

malestar que provoca en los demás las conductas socialmente poco hábiles.

Durante todo el proceso de Entrenamiento en Habilidades Sociales se debe de tener muy en cuenta las consecuencias de las conductas sociales, puesto que, las conductas adecuadas tenderán a consolidarse en el repertorio del sujeto en la medida en que le sirvan para obtener consecuencias positivas, librándose de las negativas. Razón por la cual en la planificación del EHS, se deben seleccionar los reforzadores que se van a administrar y se deben seleccionar como objetivos del entrenamiento conductas que garanticen la obtención de consecuencias positivas en el mayor número de situaciones, para favorecer así su mantenimiento y su generalización.

Las habilidades Sociales son comportamientos aprendidos que pueden mejorarse a través de experiencias de aprendizaje adecuadas que son la base de los Entrenamientos en Habilidades Sociales. Estos consisten fundamentalmente en observar a quienes ejecutan adecuadamente las conductas, practicarlas, corregirlas, ir perfeccionando las propias ejecuciones, recibir reforzamiento por las ejecuciones adecuadas, y practicar lo más posible en situaciones variadas y reales.

### **3.3. Ventajas y eficacia de los entrenamientos de habilidades sociales.**

Un entrenamiento en Habilidades Sociales es un procedimiento de intervención que integra un conjunto de técnicas derivadas de las teorías del aprendizaje social, de la Psicología social, de la terapia de la conducta y de la modificación de conducta, y que se aplica para que las personas adquieran habilidades que les permitan mantener interacciones más satisfactorias en las diferentes áreas sociales de su vida". (Gil y León, 1998).

Para Gil y García Saíz(1993), las principales características de los entrenamientos en habilidades sociales son:

Están orientados hacia la ampliación de los repertorios de conducta que tienen los sujetos.

Se basan en la colaboración activa de las personas que participan en los entrenamientos.

Se consideran procedimientos de formación psicoeducativa.

Sus múltiples e incuestionables ventajas, especialmente referidas a la existencia de una amplia evidencia sobre su eficacia, así como a la posibilidad de realizarse en un grupo lo que, lejos de disminuirla, suele potenciar esta eficacia.

Ventajas

La simplicidad de sus técnicas.

Su duración considerablemente más breve.

Su flexibilidad para adaptarse a las necesidades de las diferentes personas y grupos.

La formación de los entrenadores es relativamente breve y sencilla.

Sus resultados, son desde el principio, más satisfactorios.

Su estructura es clara, con pasos sistematizados y delimitados *a priori*, lo que facilita su aplicación.

La terminología empleada es sencilla y asequible para las personas no especializadas.

El procedimiento de aprendizaje que se usa en los EHS para la adquisición de competencias sociales es muy parecido al que se emplea para la adquisición de otras competencias, dentro de la vida cotidiana.

Eficacia debido a la existencia de fundamentos teóricos y metodológicos sólidos.

Los entrenamientos en habilidades sociales cuentan con un marco teórico amplio para explicar los procesos psicosociales e implicaciones en este tipo de intervenciones; cuentan con un método –denominado análisis funcional para analizar el comportamiento social; incorporan un conjunto de técnicas de probada eficacia en terapia y modificación de conducta; y mantienen un exhaustivo rigor metodológico basado en la descripción operativa de los tratamientos, en la evaluación empírica de las técnicas y en la valoración de los efectos que los entrenamientos tienen sobre los sujetos.

### **3.4. Planificación y aplicación del Entrenamiento en Habilidades Sociales**

La planificación es una fase muy próxima a la evaluación. Su objetivo es establecer los objetivos específicos del entrenamiento, y delimitar las condiciones de aplicación del entrenamiento. Los objetivos se refieren a las habilidades sociales que se pretenden desarrollar, como a las situaciones concretas en que se llevará a cabo el entrenamiento, sus criterios y sus técnicas de evaluación.

La segunda fase llamada aplicación es donde propiamente se entrena a los sujetos. Se desarrolla a su vez a través de tres fases: una fase de preparación de los sujetos que van a participar, una segunda fase de adquisición de habilidades o entrenamiento, y la tercera fase de generalización de conductas a la vida real.

Planificar es definir los objetivos de dicho entrenamiento y cuáles serán las condiciones de aplicación más adecuadas, esto de acuerdo con las características de la situación evaluada.

El objetivo general de los EHS es la adquisición de conductas socialmente eficaces en situaciones de interacción social; este puede concentrarse en objetivos específicos, como sería que el sujeto entrenado cumpliera con las siguientes características:

Ser capaz de analizar las diferentes situaciones sociales, sus demandas y la adecuación del propio comportamiento a la situación.

Adquirir y practicar los componentes de la habilidad social en orden adecuado sin ayuda ni supervisión.

Reproducir de forma espontánea las conductas hábiles adquiridas en otros momentos y ambientes (generalización).

Estas condiciones van de acuerdo con las características concretas de la situación y de los propios miembros del grupo, para alcanzar los objetivos, estas condiciones se refieren a:

Los contextos sociales que el sujeto deberá afrontar.

Los criterios de éxito del entrenamiento, tanto de las habilidades a entrenar como de los distintos elementos que se consideran componentes activos dentro de la eficacia del procedimiento.

La decisión de si se aplicará un entrenamiento único para las habilidades concretas o si por el contrario el EHS formará parte de un programa integrado para afrontar los problemas.

La decisión de si se hará de forma individual o en grupo.

La composición del grupo.

Las normas del funcionamiento del grupo.

El número de personas que realizan el entrenamiento.

Los criterios de selección de los sujetos a entrenar.

Los criterios de selección de los monitores.

El número de entrenadores o monitores.

La duración de las sesiones de entrenamiento.

El intervalo entre las sesiones de entrenamiento.

Las técnicas que se aplicarán.

Material de apoyo.

La aplicación en grupo de las técnicas utilizadas conlleva una serie de ventajas frente a su aplicación individual. Son más eficaces debido posiblemente a los múltiples efectos que la participación en el grupo tiene sobre sus miembros, tanto durante el entrenamiento como después de este.

Estos efectos se refieren principalmente a:

El grupo es un escenario natural donde aprender, practicar, perfeccionar y generalizar las habilidades.

El grupo sirve de contexto de comparación social y validación consensual.

El grupo es un contexto de ayuda y apoyo mutuo.

El grupo es un contexto donde aprender HHSS esenciales, que si bien son

necesarias para los entrenamientos grupales, lo son también en la vida real.

Hay ocasiones que es preferible un entrenamiento individual, especialmente en el área clínica, donde las características concretas de los casos pueden hacerlo recomendable.

El proceso de aplicación o puesta en práctica del EHS en lo grupal o en lo individual, se desarrolla a lo largo de tres fases:

1.-La fase de preparación consiste en informar a los sujetos sobre los resultados de la evaluación efectuada.

Donde una condición de aplicación esencial y por tanto determinante para la eficacia de entrenamiento consiste en conseguir de todos los participantes la aceptación del entrenamiento y su compromiso de participar activamente.

2. - La fase de adquisición o de entrenamiento es la fase en la que los participantes van a aprender y perfeccionar las HHSS que son el objeto de entrenamiento.

El entrenamiento comienza con la presentación y orientación de los participantes; en las primeras sesiones se realizan, ejercicios grupales a fin de romper el hielo y presentarse; se les da a los integrantes un resumen de los objetivos y actividades que se van a desarrollar durante el entrenamiento.

El primer paso de la secuencia de adquisición se inicia dando las instrucciones. Se trata de describir y anotar los detalles de alguna situación en la que haya que practicar alguna de las habilidades sociales que se van a entrenar. Es preciso que cada sujeto elija una meta y seleccione una escena para prepararla con la ayuda del entrenador y de los otros miembros del grupo.

Para comenzar el ensayo el monitor debe dar instrucciones para la puesta en escena, leyendo en voz alta la descripción detallada de las escenas con las habilidades a desarrollar. El participante debe recordar las instrucciones y realizar los ensayos de conducta.

El sujeto que ha practicado la escena recibirá también retroalimentación positiva del monitor y de sus monitores y de sus compañeros informándole sobre los excesos, déficit, conductas adecuadas o inadecuadas que se manifiestan en la escena, siendo fundamental que el sujeto obtenga algún tipo de reforzamiento por las habilidades que haya ejecutado de forma adecuada.

Posteriormente tiene lugar el proceso de corrección, conviene para realizarlo seleccionar un modelo para que muestre la misma escena, pero que lo haga de forma eficaz en alguna de las habilidades que se desea entrenar. El monitor

comienza la escena nuevamente leyendo las instrucciones sobre la descripción de la escena, al finalizar se proporciona la retroalimentación y reforzamiento positivo. Es necesario evaluar posteriormente el papel de los miembros restantes y el monitor. Conviene repetir la escena con modelos variados, es preciso asegurarse de que el sujeto ha asimilado las habilidades mostradas, y repetir los ensayos cuantas veces sea necesario.

Una vez que se concluye el proceso de selección se realiza el mismo procedimiento con las escenas del resto de los miembros del grupo. Estas tareas pueden llevarse a cabo en subgrupos, supervisados por un miembro de grupo que adopte el papel de ayudante monitor.

Al finalizar los ensayos el monitor da las instrucciones para hacer tareas en casa, en situaciones de la vida real, aumentando el grado de dificultad, para estas tareas se realizará un auto registro en el que se describa la situación, lo que se exige (habilidad), el grado de dificultad, lo que realmente hace y las consecuencias obtenidas. Tales tareas serán supervisadas a partir de la segunda sesión.

#### A) Condiciones de aplicación

Es necesario aplicar el proceso de forma estructurada y sistemática sin olvidar ninguno de los pasos antes mencionados.

#### B) Técnicas

##### Instrucciones

Las instrucciones son explicaciones claras y precisas que funcionan como instigadores que deben ejecutarse. El monitor los utiliza para favorecer que los participantes centren su atención en aspectos determinados de los comportamientos, que los ejecuten adecuadamente, y que puedan ser adecuadamente reforzados y afianzados.

Éstas deben de emplearse a lo largo de todo el entrenamiento; incluyendo información específica sobre los comportamientos adecuados; explicaciones claras de los mismos, empleando si es necesario ejemplos; razones que justifiquen la importancia de dichas conductas, así como la necesidad de ejecutarlas.

##### Modelado

Persigue favorecer la emisión de las conductas adecuadas a través de la observación de los modelos que las realizan y que reciben reforzamiento por ello.

Consiste en que una persona, competente en las conductas objeto del entrenamiento, las emite de forma adecuada en presencia de los sujetos que se va a entrenar, y se refuerza esta ejecución. El sujeto puede aprender por observación a realizar tanto una conducta nueva o a mejorar otra que ya tenga. El aprendizaje por observación tiene distintas modalidades como puede ser, por videos, en vivo, personas ajenas al grupo, el monitor o personas del mismo grupo.

#### Ensayo conductual

Consiste en practicar masivamente las conductas que son objeto de intervención para valorarlas y en consecuencia reforzarlas o no inmediatamente. En éste los participantes ponen en práctica las habilidades observadas en los modelos, se puede realizar los ensayos de forma real (interacción social real) o encubierta (a través de imaginación).

#### Retroalimentación

La retroalimentación consiste en proporcionarle información al sujeto del grado de competencia que ha demostrado en la ejecución de las HHSS durante el ensayo para que este pueda perfeccionarlas.

Existen dentro de la retroalimentación diferentes modalidades. Con respecto al canal de comunicación existe un tipo de retroalimentación visual (a través de filmaciones de las escenas) y otro verbal (a través de comentarios de las personas presentes durante los ensayos). Se recomienda combinar ambos métodos para su mayor objetividad, fiabilidad y precisión, debido a que se suelen fijar más en los aspectos negativos que en los positivos.

3.- Fase de generalización consiste en asegurar que las habilidades sociales aprendidas en las sesiones se apliquen en situaciones distintas a aquellas en las que se produjo el entrenamiento.

Para llegar a la generalización es necesaria la práctica continua de los comportamientos entrenados, tanto en el contexto de entrenamiento como en el real. Es un requisito primordial que los miembros del equipo sean expertos en observar las situaciones que demandan se comporten hábilmente, haciendo auto registros de dichas situaciones, su forma de actuar en ellas, y los resultados que se obtienen.

#### Condiciones de aplicación

Estas condiciones están ligadas a las técnicas y estrategias empleadas. La selección de reforzadores es uno de los aspectos que merece mas atención. Por ejemplo las conductas que suelen aprenderse y emitirse en situaciones naturales o más o menos reales, siendo reforzadas de forma natural; lo que asegura su mantenimiento y generalización.

## Estrategias

Se debe continuar practicando y perfeccionando las habilidades adquiridas, aunque en situaciones más variadas y con las mismas estrategias antes seleccionadas, incide por lo tanto en la aplicación de las mismas técnicas: instrucciones, ensayo conductual, retroalimentación, reforzamiento y auto observación.

### Auto observación.

Consiste en atender deliberadamente a la emisión de la propia conducta y registrarla a través de algún procedimiento previamente establecido.

Para realizarla es necesario que el sujeto reconozca las situaciones en las que debe auto observarse, que sepa que es lo que debe registrar y finalmente registrarlo en el instrumento diseñado para ello.

Es importante señalar que los entrenamientos en habilidades sociales se han combinado con otras técnicas cognitivo- conductuales, como la relajación, la reestructuración cognitiva o las técnicas de solución de problemas, ya que, con frecuencia hay que afrontar factores que intervienen con la aparición de las conductas adecuadas, tales como ansiedad, pensamientos irracionales, percepciones distorsionadas, o el déficit en la capacidad para analizar situaciones sociales; estas técnicas incrementan la eficacia de los entrenamientos, especialmente en el problema de la generalización. (Caballo,1988).

La rehabilitación psicosocial, en personas que sufren trastornos psiquiátricos graves, pretende ayudarles a asumir la responsabilidad de sus propias vidas y a actuar en comunidad tan activamente como sea posible y de manera independiente en su entorno social. En el caso de los pacientes esquizofrénicos es posible aplicar todos los elementos anteriores, adecuando los programas a necesidades específicas producto del mismo trastorno, como los efectos del medicamento, el pensamiento enlentecido, el afecto aplanado, la abulia, apatía, entre otras. Se requieren sistemas de educación y psicoeducación tanto para la familia como para el paciente. De hecho las estrategias cognitivo conductuales, por su directividad y especificidad, se consideran las más apropiadas para pacientes con esquizofrenia

#### 4.1 Ansiedad y depresión en la esquizofrenia

Aunque la esquizofrenia y la depresión a lo largo de la historia se han considerado dos entidades diferenciadas, se ha observado reiteradamente, desde una perspectiva sintomática, que una fenomenología depresiva o similar se presenta con relativa frecuencia en la esquizofrenia. Por lo tanto, se ha mantenido siempre candente la discusión sobre los límites descriptivos entre ambos trastornos.

Este tema adquiere gran importancia al comprobarse en numerosos estudios que la presencia de depresión comórbida en la esquizofrenia se acompaña a menudo de una peor evolución, incrementa el deterioro del funcionamiento general del individuo, el sufrimiento personal, el índice de recaídas o de hospitalizaciones y la incidencia de suicidios.

Los factores etiológicos que pueden originar síntomas afectivos en el curso de la esquizofrenia son muy variados, por lo tanto, estamos obligados a ser cautelosos a la hora de abordar este tema ya que muchos autores consideran a la esquizofrenia como un espectro amplio de alteraciones que abarca desde los

trastornos esquizoides hasta la normalidad, incluyendo ciertas formas de trastornos afectivos, sobre todo, bipolares

Podemos considerar como un factor de confusión, los hallazgos recientes en genética sobre posibles mecanismos etiopatogénicos comunes, ya que estudios sobre gemelos y familiares, así como el hallazgo reciente de *loci* de susceptibilidad, sugieren un origen genético común para la esquizofrenia y ciertas formas de psicosis afectivas. Además, se ha visto que el riesgo de sufrir esquizofrenia es muy elevado si el sujeto tiene parientes con psicosis afectiva (8,2%) y que, los parientes de pacientes esquizofrénicos presentan un mayor riesgo de esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo y depresión unipolar recurrente. Por lo tanto, el solapamiento del riesgo familiar para ambos trastornos (esquizofrenia y trastornos afectivos) parece confirmar una difusa y extensa susceptibilidad genética. Sin embargo, otros estudios han sugerido que no se puede establecer una relación entre los antecedentes familiares de depresión y la presencia de síntomas depresivos en pacientes esquizofrénicos adultos, aunque este hallazgo no se ha confirmado en los pacientes jóvenes.

Otros factores de confusión en el análisis de comorbilidad en la esquizofrenia y los trastornos afectivos son la evolución "deteriorante" de ciertas psicosis afectivas y el uso actual de los nuevos fármacos antipsicóticos, ya que éstos parecen actuar sobre sistemas de neurotransmisión implicados tanto en síntomas afectivos como en síntomas psicóticos.

La tendencia actual al polidiagnóstico ocasiona que distintas categorías diagnósticas muestren un enorme solapamiento entre la esquizofrenia y los trastornos afectivos en relación con síntomas, duración y respuesta terapéutica, como el encontrado en los trastornos esquizoafectivos, los trastornos psicóticos breves, sobre todo la psicosis puerperal, y los trastornos delirantes

### **Síntomas afectivos en el curso de la esquizofrenia**

La mayoría de lo que se ha publicado sobre la depresión en la esquizofrenia es impreciso debido a que, habitualmente se han usado indistintamente la presencia de síntomas o síndromes en el curso de la enfermedad. Esto, junto con una dificultad diagnóstica, podría explicar las discrepancias existentes en los índices de prevalencia, ya que tanto en el clásico estudio de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de los años setenta como en estudios recientes, se señalan porcentajes del 15 al 81% y del 7 al 75%. Sin embargo, como muy bien han destacado numerosos estudios, el diagnóstico preciso de estos estados es fundamental en el pronóstico de la enfermedad, ya que el riesgo de suicidio y la evolución deteriorante de la enfermedad suelen estar asociados a los mismos.

En el curso de la esquizofrenia, con independencia de los subtipos, se han descrito síntomas y síndromes donde los trastornos del estado de ánimo, sobre todo la depresión, tienen una importancia clínica relevante. La depresión, como parte integrante de la enfermedad puede darse al inicio, en el curso de un episodio, al finalizar el mismo o tiempo después, pudiendo aparecer en cualquier otro momento de la enfermedad. De modo que aunque la mayoría de pacientes padecen como mínimo síntomas subsindrómicos, aproximadamente la mitad de los pacientes con esquizofrenia, independientemente de la edad, pueden experimentar un episodio depresivo significativo, con mayor intensidad de sentimientos de desesperanza e indefensión y un mayor enlentecimiento psicomotor, durante la enfermedad.

La depresión en la fase aguda de la enfermedad puede estar relacionada con un curso favorable y un buen desenlace de la misma; pero diversos estudios han sugerido que la depresión durante la fase crónica se acompaña de mayor disfunción social, discapacidad e intentos auto líticos.

## Diagnóstico diferencial de la depresión en el curso de la esquizofrenia

En el diagnóstico diferencial de la esquizofrenia y los trastornos afectivos se han de tener en cuenta diversos factores que suelen ser motivo de confusión para poder realizar un adecuado diagnóstico

### Factores o síndromes de confusión en el diagnóstico diferencial

Médicos / orgánicos	Es preciso descartar enfermedades del sistema inmune, cardiovascular, respiratorio metabólicos, uso habitual de beta bloqueadores, corticoides, drogas de uso y abuso, suspensión de estimulantes
Síntomas negativos	Los síntomas comunes son: disminución del interés, capacidad de placer, de la energía o motivación, alteraciones motoras y dificultades de concentración.  Sugiere síntomas negativos como embotamiento afectivo. Sugiere síntomas depresivos: estado de ánimo triste o rasgos cognitivos como sentimientos de culpa, ideación suicida.
Depresión neuroleptica	Se cree que los neurolepticos atípicos mejoran la disforia y producen menos efectos secundarios extrapiramidales, se confunden los síntomas extrapiramidales, so re todo acatisia, signos no acinéticos del parkinsonismo con los síntomas negativos y depresión
Reacciones al estrés	Aparece una reacción a conflictos o insight ante déficits psicológicos que pueden ocasionar confusión con la depresión o que contribuye a su aparición. Hay dos tipos de reacciones: aguda (breve, se puede establecer conexión entre conflicto y reacción psicológica) o crónica (síndrome de desmoralización)
Depresión postpsicótica	Definida por la persistencia de síntomas negativos o síntomas de la fase aguda atenuados, junto a un bajo estado de ánimo. Lo habitual es que sea un estado disfórico reactivo a una descompensación psicótica, pudiendo aparecer en cualquier momento de la enfermedad. Se acompaña de un mayor índice de recaídas o rehospitalizaciones e ideas suicidas.
Pródromo de una recaída	El pródromo endógeno depresivo es una

	<p>situación de retraimiento con sentimientos de culpa y vergüenza junto a disforia. Tiene una breve duración ya que va seguida de síntomas psicóticos, aparece en el 18% de los pacientes jóvenes. se puede explicar por el modelo de vulnerabilidad al estrés dentro de un continuum de vulnerabilidad, pudiendo establecer una relación con síntomas positivos y observando una menor tasa de recaídas, si ante la existencia de antecedentes, se mantiene un tratamiento depresivo.</p>
--	---

La llamada "depresión neuroléptica" ha generado confusión con los síntomas depresivos en los pacientes esquizofrénicos ya que la disforia en los pacientes que están en tratamiento con neurolépticos, teóricamente se relaciona con el bloqueo dopaminérgico, de tal modo que pueden producir anhedonia, y posiblemente depresión. En la década de los años setenta, éste fue un tema de discusión frecuente, encontrándose una relación de disforia, anhedonia y depresión con los niveles plasmáticos de neurolépticos típica, los tratamientos con neurolépticos de mantenimiento en la fase de estabilidad. Sin embargo, en relación con esta idea, existen numerosas controversias, ya que estudios recientes indican que en muchas ocasiones los síntomas depresivos ya estaban presentes antes de iniciar el tratamiento con neurolépticos e incluso sugieren que estos síntomas afectivos tienden a disminuir tras el inicio del tratamiento<sup>19</sup>. Además, en algunos de los estudios comparativos realizados con pacientes con y sin tratamiento neuroléptico, no se ha encontrado una mayor prevalencia de síntomas depresivos o de trastornos depresivos mayores en los pacientes medicados<sup>20</sup>.

En el momento actual y ante el uso de neurolépticos atípicos como una primera alternativa terapéutica, encontramos una situación clínica ligeramente diferente, ya que provocan menos efectos secundarios extrapiramidales y parecen más eficaces tanto en el tratamiento de los síntomas negativos como en la disforia (mezcla de tristeza e irritabilidad) que aparece en ocasiones en los pacientes

psicóticos, sean o no esquizofrénicos<sup>21</sup>. No obstante, en cuanto a los efectos extrapiramidales, se ha visto que el parkinsonismo acinético (acinesia y rigidez) no está relacionado con los neurolépticos, sin embargo el parkinsonismo no-acinético (reflejo glabellar, salivación y temblor) tiene una relación directa con éstos pudiendo ser un factor de confusión con los síntomas negativos y depresivos en estos pacientes<sup>19</sup>. Además, la acatisia, otro efecto secundario extrapiramidal, puede ser fácilmente confundido con la depresión, ya que los pacientes a menudo experimentan este síntoma como disforia, pudiendo acompañarse incluso de ideación suicida.

Recientemente, se ha visto que en ciertos pacientes existe una mayor vulnerabilidad biológica en cuanto a que puede existir una mayor fragilidad en el sistema de regulación dopaminérgica, y por lo tanto, mayor disposición a desarrollar o a exacerbar, ante una dosis mayor de la mínima necesaria, los síntomas negativos. Se crea así una posible confusión dando la impresión de que el paciente manifiesta una depresión inducida por neurolépticos.

Por último, teniendo en cuenta que los pacientes esquizofrénicos tienen dificultades para la comunicación interpersonal, es importante utilizar instrumentos específicos para la depresión..

#### **4.2. Características generales de la Ansiedad y su definición**

Para muchos profesionales, tanto la ansiedad como la depresión son consideradas de gran importancia debido a que se trataría de los dos más comunes motivos de consulta en el ámbito psicológico y psiquiátrico. Desde esta perspectiva la ansiedad esta relacionada con sensaciones angustiosas y la depresión con la tristeza. Según esta concepción ambas entidades, aparecen como sentimientos que se encuentran íntimamente relacionados, llegando a considerar que los trastornos de ansiedad anteceden casi siempre a un episodio depresivo. De esta manera se piensa que la depresión termina siendo la culminación de un estado de ansiedad previo.

Según otro importante número de teóricos, tanto la depresión como la ansiedad, no son entidades que puedan diagnosticarse por si solas. Serían estados

afectivos que acompañarían diferentes posicionamientos clínicos.

La experiencia clínica sugiere que muchos pacientes que acuden a recibir tratamiento en los servicios de medicina general, o en las consultas psiquiátricas, muestran una mezcla de síntomas ansiosos y depresivos de diversa intensidad. . La cuestión básica es: ¿En qué medida el predominio de los síntomas ansiosos o depresivos afecta al diagnóstico o al tratamiento?

Podemos definir las respuestas de ansiedad como reacciones defensivas e instantáneas ante el peligro. Estas respuestas, ante situaciones que comprometen la seguridad del sujeto, son adaptativas para la especie humana. Significa que ejercen una función protectora de los seres humanos. Los mecanismos, psicofisiológicos, que preparan para la huida o la lucha (respuestas de ansiedad) han cumplido un eficaz papel a lo largo de los tiempos. El problema es que el ser humano ya no tiene que enfrentarse con animales que corren detrás de él para convertirlo en su cena; en cambio otros muchos agentes estresantes le rodean y le acompañan a lo largo de su existencia, haciendo que el peligro le aceche detrás de cualquier situación inofensiva. La ansiedad es la más común y universal de las emociones.

A menudo, la experiencia del paciente esquizofrénico esta impregnada por una sensación general de malestar y ansiedad. Se agudiza en periodos de terror intenso originados por un mundo dentro del cual lo que se experimenta parece peligroso e incontrolable, y por lo general se atribuya a orígenes externos. (Goldman 1999).

La ansiedad es una reacción de tensión sin causa aparente, más difusa y menos focalizada que los miedos y las fobias. La reacción emocional ante un peligro o amenaza se manifiesta mediante un conjunto de respuestas tanto fisiológicas, cognitivas y conductuales.

Tiene numerosos sinónimos: nerviosismo, inquietud, tensión, y como referencia a la experiencia de la ansiedad: angustia, miedo, inseguridad. (Echeburúa, 1996

Respuestas de ansiedad agrupadas en los tres sistemas de respuesta humana.

1º Síntomas subjetivos, cognitivos o de pensamiento.-

Preocupación.

Inseguridad.

Miedo o temor.

Aprensión.

Pensamientos negativos (inferioridad, incapacidad).

Anticipación de peligro o amenaza.

Dificultad de concentración.

Dificultad para la toma de decisiones.  
Sensación general de desorganización o pérdida de control sobre el ambiente.

#### 2º síntomas motores u observables

Hiperactividad.  
Paralización motora.  
Movimientos torpes y desorganizados.  
Tartamudeo y otras dificultades de expresión verbal.  
Conductas de evitación.

#### 3º síntomas fisiológicos o corporales

Síntomas cardiovasculares: palpitaciones, pulso rápido, tensión arterial alta, accesos de calor.  
Síntomas respiratorios: sensación de sofoco, ahogo, respiración rápida y superficial, opresión torácica.  
Síntomas gastrointestinales: náuseas, vómitos, diarrea, aerofagia, molestias digestivas.  
Síntomas genitourinarios: micciones frecuentes, enuresis, eyaculación precoz, frigidez, impotencia.  
Síntomas neuromusculares: tensión muscular, temblor, hormigueo, dolor de cabeza tensional, fatiga excesiva.  
Síntomas neurovegetativos: sequedad de boca, sudoración excesiva, mareos.

La mayoría de estudios sobre el papel de la ansiedad en la esquizofrenia se han centrado en la identificación y cuantificación de los factores externos, de lo cual existe evidencia a favor de la influencia de los acontecimientos estresantes en la aparición y empeoramiento de los síntomas de la esquizofrenia (González de Rivera, De las Cuevas y Monterrey, 1995).

Los pacientes esquizofrénicos presentan mayor índice de reactividad al estrés que la población general (Bulbuena, Berrios, y Fernández de Larrinoa, 1995).

La ansiedad no es un marcador estable de vulnerabilidad a la esquizofrenia sino un indicador episódico del propio estado clínico (Neuchterlein y Dawson, 1994).

### **4.3. Definición de Depresión**

La Real Academia Española define depresión como: "Decaimiento del ánimo o de la voluntad", "Estado patológico en que existe disminución general de toda la actividad psíquica y que afecta al componente afectivo de la personalidad"

Dentro de los aspectos más comunes que aparecen en la depresión se encuentran:

- Déficit de conductas sociales (son personas aisladas, no se ríen, evitan contactos con otras personas,...)
- Déficit de conductas placenteras (no suelen realizar ningún hobby, no disfrutan del tiempo de ocio, no practican deportes,...).
- Ante situaciones que consideran difíciles las personas actúan de manera inadecuada, sin enfrentarse con ellas, por ejemplo se meten en la cama, no salen de casa, se quejan, piden ayuda,... y en último extremo pueden pensar en el suicidio.
- Pueden sentir: sequedad de boca, falta de apetito y deseo sexual, estreñimiento, cansancio, problemas de menstruación, insomnio o excesivo sueño, tensión muscular,...
- Pueden sentirse tristes, abatidos, derrotados, desanimados, apáticos, inútiles, abandonados,....
- Los pensamientos que tienen de si mismos, del futuro y de sus experiencias son negativos (se autoculpan, piensan que todo es culpa suya; ven el futuro muy negro, sin solución a su problema; su percepción de la realidad suele estar sesgada, es decir, sólo ven el lado negativo, pensando que nunca va a cambiar).
- Pueden darse problemas de concentración y memoria.
- A menudo pueden tener problemas al tomar alguna decisión o al llevarla a cabo.

La depresión en el contexto de la esquizofrenia aún es controvertida. La investigación actual ha utilizado diseños longitudinales para investigar la presencia de este síntoma en pacientes esquizofrénicos. La depresión se ha observado durante la fase aguda de la esquizofrenia así como en las hospitalizaciones prolongadas y durante la fase post hospitalaria de la enfermedad. Asimismo, ha sido descrita como un síntoma precedente de la recaída psicótica, (Leff, Kuipers, Eberlew-Uries y Sturgeon, 1989)

El término depresión tiene muchos significados: la depresión puede manifestarse como un síntoma, un síndrome, o una entidad nosológica. Aunque existen múltiples interpretaciones acerca de las causas de la depresión, hay un acuerdo unánime al considerarla como un rasgo universal de la condición humana, que va desde la tristeza pasajera que puede apoderarse de cada uno de nosotros hasta un severo acceso de melancolía.

#### **4.4. Aspectos Psicológicos de la depresión**

El primer intento de un análisis conductual de la depresión está contenida en el libro de Ciencia y Conducta Humana de Skinner (1953), en el cual se define a la depresión como un debilitamiento de la conducta debido a la interrupción de

secuencias de conducta que han sido reforzadas positivamente por el ambiente social. Esta conceptualización de la depresión como un fenómeno de extinción y como baja frecuencia de emisión de conducta positivamente reforzada ha sido central a todas las posiciones conductuales. Por ejemplo, Fester (1965, 1966; citado por Lewinsohn, Teri y Hoberman, 1989) ofreció más detalles sugiriendo que diversos factores como son los cambios súbitos en el ambiente, el control aversivo y el castigo, así como cambios en las tasas de reforzamiento pueden dar surgimiento a la depresión, la cual, típicamente, se caracteriza por la reducción en la tasa de conducta. Esta conceptualización posee implicaciones para el tratamiento, suponiendo que la depresión es precedida por una reducción en el reforzamiento, debe haber mejora como producto del incremento en el reforzamiento positivo. De aquí que la principal meta del tratamiento deba ser restaurar un programa adecuado de reforzamiento positivo para el paciente, alterando la calidad y cantidad de sus actividades e interacciones interpersonales. El reforzamiento es definido por la calidad de las interacciones de las personas con su ambiente.

Aquellas interacciones con resultados positivos constituyen reforzamiento y fortalecen, por lo tanto, la conducta de las personas, siempre y cuando dichos resultados sean positivos. De esta manera, se supone que la conducta de las personas deprimidas no produce reforzamiento positivo en el nivel suficiente para mantener su conducta.

Consecuentemente, las personas deprimidas tienen dificultad para iniciar o mantener su conducta haciéndose cada vez más pasivas; también, se supone que la tasa baja de reforzamiento es la causante de los sentimientos de disforia, que son centrales a la fenomenología de la depresión. Una hipótesis supone que una alta tasa de experiencias castigantes (por ejemplo, interacciones aversivas, estresantes, desagradables o trastornantes) también causan depresión. Las interacciones castigantes o punitivas con el medio ambiente pueden causar depresión, directa o indirectamente, al interferir con la involucración y disfrute de actividades potencialmente reforzantes (Lewinsohn y Talkington, 1979).

Beck, concibe a la depresión como un desorden del pensamiento. Supone que los signos y síntomas de la depresión son una consecuencia de la activación de patrones cognitivos negativos que en el caso de los pacientes esquizofrénicos son muy frecuentes debido a su percepción distorsionada y los delirios que presentan. Para esto, existen varias estructuras cognitivas específicas que son centrales en el desarrollo de la depresión: la triada cognitiva, los esquemas y los tres patrones cognitivos (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1983).

La triada cognitiva consiste de tres patrones cognitivos que controlan la ideación: una visión negativa de uno mismo, una visión negativa del futuro y una visión negativa del mundo. Los esquemas cognitivos, se supone, llevan a los individuos

a un filtrado sistemático o distorsión de la percepción y la memoria. Tales distorsiones son los errores cognitivos. Ellos son involuntarios e incluyen: la inferencia arbitraria, la abstracción selectiva, la sobre generalización, la magnificación y la minimización.

Posterior a los planteamientos hechos en el presente documento, resulta interesante y necesario desarrollar estrategias que incidan en el tratamiento de pacientes diagnosticados con esquizofrenia y evaluar si tales estrategias como el incremento en las habilidades sociales, permite la disminución de síntomas asociados con depresión, ansiedad y síntomas positivos y negativos, con la finalidad de mejorar la calidad de vida de dichos pacientes.

#### La hipótesis biológica de la etiología depresiva

A mediados de los años sesenta, sobre la base de estudios acerca de los niveles de monoaminas y de sus receptores a nivel sináptico, surge la denominada "Teoría monoaminérgica de la depresión" que sugiere que, los sistemas de neurotransmisión de las aminas, especialmente de serotonina y noradrenalina, estarían involucrados tanto en la patofisiología de la depresión, como en la respuesta al tratamiento con antidepresivos. (Bunney y Davis, 1965)

Según la hipótesis monoaminérgica, los diferentes marcadores periféricos (es decir, los metabolitos monoaminérgicos MOPEG y 5HIAA) mostrarían una tendencia a presentar valores bajos en lo que la psiquiatría biológica califica como "cuadros depresivos endógenos".

Por esta razón, la manipulación farmacológica de los niveles de monoaminas consistente en la inhibición de su inactivación enzimática, de su recaptación neuronal y/o el bloqueo de sus autorreceptores inhibitorios, conducirían a un incremento de neurotransmisores en la biofase sináptica (Vázquez, 2001).

Aunque la teoría monoaminérgica de la depresión no explica acabadamente el origen de la disfunción que describe, ni tiene evidencia firme de esta como la causa última de la depresión, sostiene que el cambio a nivel neuroquímico que se produciría con el tratamiento con antidepresivos, es el responsable del alivio de la sintomatología afectiva experimentada por los pacientes. De este modo, empíricamente, es decir a través de la corroboración de la respuesta positiva al tratamiento con antidepresivos, la hipótesis de la etiología biológica de la depresión refuerza y orienta la estrategia de intervención clínica de los psiquiatras y psicoterapeutas. También las explicaciones que los pacientes se dan de su problema está "contaminada" por la hipótesis de que su mal radica en algún "lugar" de su cerebro y por lo tanto, como cualquier otra patología de origen biológico será solucionada por un agente externo indicado por el médico tratante, lo que resulta en una actitud pasiva que dificulta la tarea psicoterapéutica, que debe consistir, según el punto de vista que defiende, en la exploración e integración de la experiencia afectiva que está en la base del trastorno.

Estrés y depresión

La hipótesis monoaminérgica no es el único intento de explicación biológica de la etiología de la depresión. Este síndrome según la psiquiatría biológica, podría ser el resultado de la atrofia, daño celular o muerte, de determinado tipo de neuronas vulnerables del hipocampo; lo que se denomina "down-regulation del factor neurotrófico derivado del cerebro (BDNF)", en respuesta al estrés. Según este punto de vista, los resultados obtenidos por los investigadores "*sugieren que el BDNF podría ser uno de los targets del mecanismo de acción de los antidepresivos y que la disfunción de éste o de los otros factores neurotróficos explicarían en parte la patofisiología de la depresión endógena*" (Vázquez, 2001). La relación existente entre estrés y depresión ha sido motivo de estudio desde hace varias décadas. Como conclusión de esos estudios se cree que la disregulación del eje hipotálamo-hipofisoadrenal (HPA) estaría implicada en el desencadenamiento de la depresión mayor.

Los avances en la investigación neurobiológica han aportado evidencia de que, como respuesta a un estrés sostenido se disparan variaciones neuroendócrinas significativas que podrían explicar la cronicidad de la experiencia depresiva. Estos cambios tienen lugar sobre todo a nivel del eje (HPA), aunque debe destacarse que esta disregulación se inicia en estructuras superiores al hipotálamo, como la amígdala y el hipocampo.

El exceso de glucocorticoides segregados como respuesta al impacto del estrés sobre el sistema nervioso central conduce a una hiperactividad hipotalámica que deriva en un aumento de la presencia de dos neuropéptidos específicos, la arginina vasopresina (AVP) y el factor liberador de corticotrofina (CRF). Estas, a su vez, desencadenan la liberación de CRF, que actuando como regulador directo es responsable de la liberación de la hormona corticotrofina hipofisaria (ACTH), y 1997) esta a su vez de la liberación del cortisol adrenal.

De este modo se produce una retroalimentación positiva que conduce a la disfunción del eje HPA, y a la cronicidad depresiva. (Guitelman, 1983; Neufeld 1982; Vázquez, 2001)

*Existe un subtipo de pacientes depresivos mayores donde se observa una disfunción global del eje HPA por hiperactividad del sistema CRF. De acuerdo con esta hipótesis, la etiología de la depresión radicaría en cierta atrofia neuronal generada en la zona del hipocampo como consecuencia de la disfunción del eje HPA. (Vázquez, 2001)*

## Justificación y objetivos

Las deficiencias en el funcionamiento social del esquizofrénico es una característica constante que impide que estos pacientes tengan una mejor calidad de vida y puedan adaptarse de una forma más satisfactoria a su medio. El desarrollo de programas que incrementen las habilidades sociales en estos pacientes es una de las preocupaciones de los profesionales de la salud, por cierto compleja, pues el paciente esquizofrénico no sólo presenta un déficit en tales habilidades sino que también presenta un cierto grado de depresión y altos niveles de ansiedad, estos tres componentes interactúan entre sí y entorpecen de manera significativa el desarrollo psicosocial sano del individuo. Una historia individual predominantemente marcada por interacciones exitosas con el medio social conduciría al individuo hacia un afianzamiento del comportamiento social, y por el contrario quien acumule experiencias de frustración, impotencia y fracaso, se volverá vulnerable a las ulteriores presiones de su medio social, con un riesgo desestabilizador (Unzueta, 1986). En este sentido la importancia de efectuar investigaciones sobre la competencia social o habilidades sociales contempla tres puntos importantes:

El esclarecimiento de las relaciones existentes entre la deficiencia de destrezas sociales particulares y los trastornos conductuales observados

El desarrollo de teorías instruccionales aplicables en ambientes psiquiátricos

El establecimiento de las condiciones para el desarrollo de nexos sólidos entre la competencia social y la prevención primaria y/o secundaria, de los trastornos conductuales.

El mejor funcionamiento social, converge con un menor tiempo de hospitalización, y menos recaídas sintomáticas (Lieberman, Mueser, Derisi, 1989).

El entrenamiento en habilidades sociales permite estimular y retroalimentar al paciente. Esta estimulación permite romper con ciclos de retroalimentación de aislamiento del paciente. La adaptación más satisfactoria al medio ambiente de estos pacientes incluye conductas tales como: Tener amigos o pertenecer a un grupo de amigos, tener una vida más o menos productiva (estudio o trabajo), participar de actividades familiares, tener una pareja, etcétera.

Los objetivos de esta investigación fueron saber si el Entrenamiento en Habilidades Sociales es una estrategia de tratamiento adecuada para disminuir los síntomas positivos y negativos propios de la esquizofrenia. Así como disminuir los síntomas depresivos y los niveles de ansiedad.

## Hipótesis

H1.- No hay diferencias en los síntomas positivos y negativos de pacientes esquizofrénicos sometidos a entrenamiento en habilidades sociales

H2.- Si hay diferencias en los síntomas positivos y negativos de pacientes esquizofrénicos sometidos a entrenamiento en habilidades sociales

H3.- No hay diferencias en los puntajes en la escala de ansiedad de Beck de pacientes esquizofrénicos sometidos a entrenamiento en habilidades sociales

H4.- Si hay diferencias en los puntajes en la escala de ansiedad de Beck de pacientes esquizofrénicos sometidos a entrenamiento en habilidades sociales

H5.- No hay diferencias en los puntajes de la escala de Asertividad de Gambrill y Richie de pacientes esquizofrénicos sometidos a entrenamiento en habilidades sociales

H6.- Si hay diferencias en los puntajes de la escala de Asertividad de Gambrill y Richie de pacientes esquizofrénicos sometidos a entrenamiento en habilidades sociales

H7.- Ni hay diferencias en los puntajes de depresión de Beck de pacientes esquizofrénicos sometidos a entrenamiento en habilidades sociales

H8.- Si hay diferencias en los puntajes de depresión de Beck de pacientes esquizofrénicos sometidos a entrenamiento en habilidades sociales

## Variables

Variable Independiente Entrenamiento en habilidades sociales

Variables Dependientes:

Puntaje en la escala Panss de Síntomas negativos y positivos de la esquizofrenia

Puntajes en la escala de ansiedad

Puntajes en la escala de depresión

Puntajes en el inventario de asertividad

## Definición Operacional de variables

### Ansiedad

La ansiedad es una reacción de tensión. La reacción emocional ante un peligro o amenaza se manifiesta mediante un conjunto de respuestas tanto fisiológicas, cognitivas y conductuales. Tiene numerosos sinónimos: nerviosismo, inquietud, tensión, y como referencia a la experiencia de la ansiedad: angustia, miedo, inseguridad. (Echeburúa, 1996).

Los síntomas cognitivos se manifiestan por inseguridad, preocupación, miedo, aprensión, pensamientos negativos sobre las capacidades, o sobre el ambiente, anticipación de peligro y amenaza, dificultad de concentración, dificultad para la toma de decisiones, sensación de desorganización o pérdida de control sobre el ambiente.

Los síntomas motores se refieren a paralización motora, movimientos torpes o desorganización, hiperactividad, Tartamudeo u otras dificultades de expresiones verbales, parestesias.

Los síntomas fisiológicos se refieren a la presencia de Síntomas cardiovasculares: Palpitaciones, pulso rápido, tensión arterial alta, accesos de calor. Síntomas Respiratorios: Sensación de sofoco, ahogo, respiración rápida y superficial, opresión torácica. Síntomas gastrointestinales: Náuseas, vómitos, diarrea, aerofagia, molestias digestivas. Síntomas genitourinarios: Micciones frecuentes, enuresis, eyaculación precoz, frigidez, impotencia. Síntomas neuromusculares: Tensión muscular, temblor, hormigueo, dolor de cabeza tensional, fatiga excesiva. Síntomas neurovegetativos: Sequedad de boca, sudoración excesiva, mareos.

Todos los síntomas descritos se midieron con el inventario de Beck para la ansiedad, que evalúa la intensidad de la sintomatología ansiosa presente en un individuo. Consta de 21 reactivos que determinan la severidad con que se presentan las categorías sintomáticas y conductuales que evalúa; se responden según el grado de malestar. Estas categorías corresponden a los síntomas que

generalmente se incluyen para hacer el diagnóstico de algún trastorno de ansiedad. Es decir que los resultados nos permiten saber cuál es el grado de ansiedad que experimenta el sujeto.

## Depresión

La Real Academia Española define depresión como: "Decaimiento del ánimo o de la voluntad", "Estado patológico en que existe disminución general de toda la actividad psíquica y que afecta al componente afectivo de la personalidad" Se define en general por sus síntomas que pueden parecer enfermedades somáticas La clasificación más clásica distingue tres clases de síntomas: 1. Cognitivos. 2. Afectivos. 3. Motores o conductuales.

La depresión se define como un estado emocional que se caracteriza por sentimientos, de tristeza, desilusión y desesperación. y presenta manifestaciones clínicas como las que se mencionan en la siguiente figura. (DSM-IV, 2002)

<b>Manifestaciones clínicas de la depresión</b>			
<b>EMOCIONALES</b>	<b>FÍSICAS</b>	<b>INTELECTUALES</b>	<b>CONDUCTUALE</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>-Ira.</li> <li>-Ansiedad.</li> <li>-Apatía</li> <li>-Aflicción.</li> <li>-Abatimiento.</li> <li>-Negación desentim.</li> <li>-Desaliento</li> <li>-Culpa.</li> <li>-Desamparo.</li> <li>-Desesperanza.</li> <li>-Soledad.</li> <li>-Baja autoestima.</li> <li>-Tristeza.</li> <li>-Baja autoestima</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Dolor abdominal.</li> <li>-Anorexia</li> <li>-Dolor de espalda.</li> <li>-Dolor torácico.</li> <li>-Estreñimiento.</li> <li>-Vértigo.</li> <li>-Fatiga.</li> <li>-Cefalea.</li> <li>-Impotencia.</li> <li>-Indigestión.</li> <li>-Insomnio</li> <li>-Lasitud.</li> <li>-Alt. Menstruales.</li> <li>-Náuseas.</li> <li>-Sobrealimentación.</li> <li>-Falta de R. Sexual.</li> <li>-Trast. del sueño.</li> <li>-Vómitos.</li> <li>-Modific del peso</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Ambivalencia.</li> <li>-Confusión.</li> <li>-Incap d concent</li> <li>-Indecisión.</li> <li>-Pérdida de interés</li> <li>-Pérdida de motiva.</li> <li>-Pesimismo</li> <li>-Autoinculpación</li> <li>-Desprecio de uno mismo</li> <li>-Pensam. Autodest</li> <li>-Incertidumbre</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Agresividad.</li> <li>-Agitación</li> <li>-Alcoholismo</li> <li>-Alteración del nivel de actividad.</li> <li>-Adicción a drogas.</li> <li>-Intolerancia.</li> <li>-Irritabilidad.</li> <li>-Ausencia de espontaneidad</li> <li>-Exceso de dependencia</li> <li>-Escasa higiene pers.</li> <li>-Retraso psicomotor</li> <li>-Aislamiento social.</li> <li>-Labilidad emocional</li> <li>-Escasa autorrealiza</li> <li>-Abandono.</li> </ul>

## Habilidades sociales

Las habilidades sociales son aquellas conductas aprendidas que ponen en juego las personas en situaciones interpersonales para obtener o mantener reforzamiento del ambiente; entendidas así las habilidades sociales pueden considerarse como vías o rutas hacia los objetivos de un individuo en donde se consideran algunos aspectos importantes: entender la conducta socialmente hábil en términos de su posibilidad de llevar hacia consecuencias reforzantes las situaciones interpersonales en que se manifiestan las habilidades sociales, describir la conducta socialmente competente de modo objetivo. (Kelly, 1987).

## Asertividad

Entendemos por conducta asertiva o aserción una ejecución específica y determinada que realiza el individuo en situaciones particulares. La conducta asertiva se podría definir como la conducta que 1) afirma, asegura o ratifica las opiniones propias en 2) situaciones interpersonales y que tiene como consecuencia 3) el producir y mantener auto-refuerzos 4) sin utilizar conductas aversivas para los otros. (Castanyer, Mayer y Sprees, 1996)

Las categorías descritas anteriormente, se midieron con Inventario de Asertividad de Gambrell y Richie. Este inventario recoge tres tipos de información al evaluar la conducta asertiva: El grado de malestar que provocan en el sujeto diversas situaciones sociales, la probabilidad estimada que una persona realice una conducta asertiva específica, identifica situaciones en las que a una persona le gustaría ser más asertiva. Las 40 situaciones de las que está compuesto el inventario pueden clasificarse en varias categorías de aserción positiva y negativa:

Rechazo de peticiones; Expresión de limitaciones personales, admisión de ignorancia sobre un tema; Iniciación de contactos sociales; Recepción de sentimientos positivos; Recibir críticas; Expresión de desacuerdo; Ser asertivo con las personas que ofrecen un servicio; Dar retroalimentación negativa, hacer críticas.

## ESQUIZOFRENIA

Las características esenciales de la esquizofrenia son una mezcla de signos y síntomas peculiares, tanto positivos como negativos, que se observan en el individuo, una parte significativa de tiempo durante un período de 1 mes (o durante un tiempo más breve si ha habido tratamiento con éxito) y con algunos signos del trastorno que han persistido durante al menos 6 meses. Estos signos y síntomas están asociados con una marcada disfunción social o laboral (DSM IVR, 2002).

Los síntomas característicos de la esquizofrenia implican una gama de disfunciones cognoscitivas y emocionales que incluyen la percepción, el pensamiento inferencial, el lenguaje, la comunicación, la organización comportamental, la afectividad, la fluidez y productividad del pensamiento y el habla, la capacidad hedónica, la voluntad, la motivación y la atención. Los síntomas característicos pueden conceptualizarse como pertenecientes a dos amplias categorías: los positivos y los negativos. Los síntomas positivos parecen reflejar un exceso o distorsión de las funciones normales, mientras que los síntomas negativos parecen reflejar una disminución o pérdida de las funciones normales. Los síntomas positivos incluyen distorsiones o exageraciones del pensamiento inferencial (ideas delirantes), la percepción (alucinaciones), el lenguaje, la comunicación (lenguaje desorganizado), y la organización comportamental (comportamiento gravemente desorganizado o catatónico). Estos síntomas positivos incluyen dos dimensiones distintas, que a su vez pueden estar relacionadas con mecanismos neutrales subyacentes y correlaciones clínicas diferentes: la «dimensión psicótica» incluye ideas delirantes y alucinaciones, mientras que la «dimensión de desorganización» incluye el comportamiento y el lenguaje desorganizados. Los síntomas negativos 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). Las ideas delirantes son creencias erróneas que habitualmente implican una mala interpretación de las percepciones o las experiencias. (DSM IVR, 2002)

### Síntomas Positivos y Negativos de la esquizofrenia

Los síntomas de la esquizofrenia se pueden clasificar en positivos y negativos, los positivos se refieren a que algunas de las funciones normales de la persona como son la vista, el oído, el gusto y el olfato están exagerados, Los síntomas negativos se refieren a la disminución de las funciones de la persona. Por ejemplo, la persona se vuelve apática, pierde el interés por sus actividades cotidianas, le cuesta mucho trabajo fijarse metas y objetivos. Levantarse por las

mañanas es a veces imposible y pueden permanecer acostados por el resto del día.

#### Síntomas positivos

- Alucinaciones
- delirios
- pensamientos desorganizados
- agitación

**Alucinaciones:** son alteraciones de la percepción, frecuentes en las personas que sufren esquizofrenia. Son percepciones que tienen lugar sin que haya una causa en el mundo real. Aunque pueden producirse a través de cualquiera de los sentidos (sonido, vista, tacto, gusto y olfato), la forma más común de alucinación en la esquizofrenia es oír voces. Las voces pueden describir las actividades del paciente, entablar una conversación, advertir de peligros e incluso emitir órdenes.

**Delirios:** Los delirios son creencias personales irracionales, sostenidas a pesar de la evidencia en contra, inexplicables con los antecedentes culturales de la persona. Los pacientes que sufren síntomas de tipo paranoico (aproximadamente un tercio de los pacientes) a menudo tienen delirios de persecución, o creencias irracionales de que se les está estafando, acosando, envenenando o conspirando en su contra. También pueden producirse delirios de grandeza, en los que las personas creen que son figuras importantes o famosas. Algunos pacientes cuentan delirios estrafalarios, tales como la creencia de que un vecino controla su conducta mediante ondas magnéticas; que las personas que aparecen en televisión les dirigen mensajes especiales; o que sus pensamientos están siendo emitidos en voz alta a los demás.

**Pensamientos desordenados:** La esquizofrenia afecta a menudo a la capacidad de las personas para "pensar con claridad." Los pensamientos pueden aparecer y desaparecer rápidamente; la persona podría no ser capaz de concentrarse en un solo pensamiento durante mucho tiempo y se distrae fácilmente, incapaz de centrar su atención. Las personas con esquizofrenia pueden no ser capaces de decidir lo que es pertinente o no en una situación. Podrían ser incapaces de relacionar sus pensamientos en orden lógico, ya que sus ideas están desorganizadas y fragmentadas. Esta falta de continuidad del pensamiento, llamada "trastorno del pensamiento," puede entorpecer o inhibir las conversaciones y llevar al aislamiento social. Si lo que dice el individuo carece de sentido para las demás personas, éstas tienden a sentirse incómodas y a dejarle solo.

## Síntomas negativos

- falta de motivación o iniciativa
- retraimiento social
- apatía
- insensibilidad emocional ('embotamiento')

Las personas con esquizofrenia suelen estar emocionalmente "embotadas" o "apáticas" (afecto). Esto se atribuye a una severa reducción en la expresividad emocional. Una persona con esquizofrenia puede no mostrar los signos asociados con las emociones normales (podría hablar con voz monótona, tener expresiones faciales limitadas, y aparecer extremadamente apática). La persona podría aislarse socialmente, evitando el contacto con los demás; y cuando se ve obligada a intervenir, puede no tener nada que decir, dando la impresión de 'pobreza de pensamiento.' La motivación puede disminuir en gran medida, así como su interés por disfrutar de la vida. En los casos severos, una persona podría pasar días enteros sin hacer nada en absoluto, descuidando incluso la higiene más elemental. Estos problemas de expresión emocional y motivación, que pueden ser extremadamente penosos para los familiares y amigos, son síntomas de esquizofrenia y no fallos del carácter o debilidad personal.

## Depresión

Por ejemplo, humor deprimido, falta de auto confianza y falta de energía. Es un síntoma frecuente de esquizofrenia (y también de otras enfermedades)

A menudo, es un signo precoz de recaída y factor de riesgo para suicidio.

Si el paciente está muy deprimido y piensa en el suicidio, debe buscarse inmediatamente la ayuda de un profesional.

## Retraimiento social

A menudo se observa en los pacientes esquizofrénicos. El paciente puede reducir sus contactos con otras personas al mínimo e, incluso, con sus amigos y familiares. Debe evaluarse a cada paciente por separado para saber si este rechazo al contacto con otras personas es expresión de un mecanismo de defensa contra la hipersensibilidad asociada a la enfermedad, o si bien el paciente debe de ser animado a tratar de romper su aislamiento social.

Todos Los síntomas anteriormente descritos se evaluaron con La escala de evaluación de los síntomas positivos y negativos de la esquizofrenia (PANSS). Consta de 30 reactivos, de los cuales 7 constituyen la Escala Positiva formada por reactivos o elementos que califican síntomas tales como delirios,

desorganización conceptual, conducta alucinatoria, excitación, grandiosidad, suspicacia / persecución y hostilidad; 7 de la Escala Negativa que evalúan el afecto adormecido o embotado, la retirada emocional, empatía limitada, retirada social apática / pasiva, dificultad para pensar en abstracto, dificultad para conversación fluida y pensamiento estereotipado y 16 reactivos que componen la Escala de Psicopatología General que valora síntomas variados como ansiedad, depresión, desorientación, preocupación.

# Metodología

## Sujetos

Se seleccionaron 12 pacientes diagnosticados con esquizofrenia, de 18 años en adelante, sin importar nivel socioeconómico ni educativo. Que no presentaran daño orgánico cerebral, con menos de cinco años de evolución, que tuvieran tratamiento farmacológico, y no estuvieran hospitalizados, ni sufrieran internamiento durante el estudio. La selección de los sujetos fue accidental y la asignación de los sujetos a los grupos por cuotas con base en años de evolución, sexo y edad.

## Escenario

Consultorio con condiciones de iluminación, ventilación y dimensiones adecuadas.

## Materiales

Lápices

Hojas

Inventario de asertividad de Gambrill y Richie

Inventario de ansiedad de Beck

Inventario de depresión de Beck

Escala de Síntomas positivos y negativos de la esquizofrenia (PANSS)

## Tipo de estudio

El tipo de estudio fue cuasi experimental, pre-test, post-test con grupo control de comparación intragrupo.

## Diseño

Se trata de un diseño pre-test, post-test, y seguimiento con dos grupos, un control y un experimental.

## Instrumentos

### Escala de síntomas positivos y negativos de la esquizofrenia (PANSS)

La Escala de Síntomas Positivos y Negativos de Esquizofrenia (PANSS) fue diseñada con el propósito de mejorar algunos aspectos de otras escalas como son la evaluación de la severidad de los síntomas, la falta de equilibrio de los reactivos para evaluar síntomas positivos y negativos, la falta de sensibilidad para evaluar los cambios producidos por el tratamiento farmacológico y la falta de medición de psicopatología general y su influencia en la gravedad de los síndromes positivo y negativo. ( Kay , Fizbein, Vital-Herne y Silva,1990).

La PANSS consta de 30 reactivos, de los cuales 7 constituyen la Escala Positiva formada por reactivos o elementos que califican síntomas tales como delirios, desorganización conceptual, conducta alucinatoria, excitación, grandiosidad, suspicacia / persecución y hostilidad; 7 de la Escala Negativa que evalúan el afecto adormecido o embotado, la retirada emocional, empatía limitada, retirada social apática / pasiva, dificultad para pensar en abstracto, dificultad para conversación fluida y pensamiento estereotipado y 16 reactivos que componen la Escala de Psicopatología General que valora síntomas variados como ansiedad, depresión, desorientación, preocupación.

Cada apartado es calificado en grados de severidad que van del 1 (ausente) al 7 (extremadamente severo) ( Kay, Opler y Fiszbein,1988). Además de estas subescalas, la escala compuesta que sirve para expresar el predominio del síndrome positivo o negativo que combina ambas escalas y el total se obtiene de la diferencia entre los totales de la subescala positiva y negativa. La PANSS incluye un manual de aplicación que contiene preguntas sugeridas para explorar cada síntoma y tiene la definición de cada síntoma y sus respectivos grados de severidad (Kay, Opler, Spitzer, Williams, Fizbein y Gorelick, 1991)

Para calificar la PANSS es necesario que la información que se obtenga en un periodo de tiempo específico, generalmente se toma el de una semana. La información debe derivar de la entrevista clínica, de los reportes del personal encargado del paciente y de los familiares del mismo. Es importante esta variedad de fuentes de información para poder calificar reactivos como el de control de impulsos, hostilidad, retirada social-apática / pasiva y evitación social activa. El tiempo necesario para la evaluación de los otros reactivos es de 30 a 40 minutos de entrevista dividida en 4 fases. Durante la entrevista se pueden observar y calificar reactivos en donde se incluyen manifestaciones físicas (tensión, manierismo y actitud postural, excitación y afecto aplanado), Conducta interpersonal (empatía, cooperación, hostilidad y atención deficiente), proceso

cognitivo-verbal (desorganización conceptual, pensamiento estereotipado y dificultad para la conversación fluida), contenido del pensamiento (grandiosidad, preocupaciones somáticas, culpabilidad y delirios) y en respuesta a preguntas dirigidas desorientación, ansiedad, depresión y pensamiento abstracto (Kay, Fiszbein y Opler, 1987).

Con base en los grados de severidad se obtiene una puntuación total de cada subescala (Síntomas Positivos, Síntomas Negativos y Psicopatología General) y una global, siendo la calificación mínima de 30 puntos y la máxima de 210 puntos en la calificación global. La escala no cuenta con un punto de corte, se considera que una puntuación de 60 ó más puntos indica la presencia de psicopatología que requiere de atención. En los estudios farmacológicos en los que se ha aplicado la PANSS se utiliza como criterio de presencia y severidad de psicopatología una calificación total de por lo menos 15 puntos en la PANSS para elementos positivos, con una calificación de por lo menos 4 en uno o más de los siguientes elementos:

Delirios

Desorganización Conceptual

Comportamiento Alucinatorio

Susplicacia / persecución

Para evaluar la severidad de los síntomas negativos se sigue el siguiente criterio: una calificación total de por lo menos 15 puntos en la PANSS para elementos negativos, con una calificación de por lo menos 4 en uno o más de los siguientes elementos:

Afecto adormecido o embotado

Retirada Emocional

Disminución de la Empatía

Retirada Social apática / pasiva

#### Escala de Ansiedad de Beck

BAI (1988) fue diseñada para evaluar la intensidad de la sintomatología ansiosa presente en un individuo. El BAI es una escala auto aplicable que consta de 21 reactivos que determinan la severidad con que se presentan las categorías sintomáticas y conductuales que evalúa; se responden según el grado de malestar, las respuestas son: poco o nada, más o menos, moderadamente, y severamente. Estas categorías corresponden a los síntomas que generalmente se incluyen para hacer el diagnóstico de algún trastorno de ansiedad. Es decir que los resultados nos permiten saber cuál es el grado de ansiedad que experimenta el sujeto. La evaluación de la severidad de los síntomas se hace mediante una escala de 0 a 3 puntos, en donde 0 indica la ausencia del síntoma, y el 3 la severidad máxima del mismo.

Los estudios de las propiedades psicométricas del BAI en población clínica y normal, de adolescentes y adultos, han demostrado que la escala se caracteriza por una consistencia interna (alphas superiores a .90), validez divergente moderada (correlaciones mayores a .50) (Beck y Steer,1991; Steer, Rissmiller, Ranieri y Beck,1993; Kumar, Steer y Beck,1993; Osman, Barrios, Aukes, Osman y Markway,1993;Steer, Kumar, Ranieri y Beck,1995). Los análisis factoriales han extraído 4 factores principales, que se han determinado: subjetivo, neurofisiológico, autonómico y pánico (Steer, Ranieri ,Beck y Clark. 1993; Steer, Rissmiller, Ranieri y Beck,1993; Osman, Beverly, Kooper, Barrios, Joylene y Wade,1997).

Los datos de confiabilidad y validez de la versión en español para la población mexicana corresponden con los reportados en los trabajos de la versión original. La versión en español del BAI se caracteriza por una alta consistencia interna (Alphas de .84 y .83 en adolescentes y adultos, respectivamente), alto coeficiente de confiabilidad, test-retest ( $r=.75$ ), validez convergente adecuada (índices de correlación entre BAI e IDARE moderados, positivos y significativos), estructura factorial de cuatro factores principales, congruente con la reportada para la versión original, y validez predictiva (Robles, Varela, Jurado, López Munguía y Páez,2000 Inventario de Asertividad de Gambrill y Richie).

#### Inventario de Asertividad de Gambrill y Richie

Este inventario pretende recoger tres tipos de información al evaluar la conducta asertiva:

El grado de malestar que provocan en el sujeto diversas situaciones sociales, la probabilidad estimada que una persona realice una conducta asertiva específica, identifica situaciones en las que a una persona le gustaría ser más asertiva. Las 40 situaciones de las que está compuesto el inventario pueden clasificarse en varias categorías de aserción positiva y negativa:

Rechazo de peticiones;

Expresión de limitaciones personales, admisión de ignorancia sobre un tema;

Iniciación de contactos sociales;

Recepción de sentimientos positivos;

Recibir críticas;

Expresión de desacuerdo;

Ser asertivo con las personas que ofrecen un servicio;

Dar retroalimentación negativa, hacer críticas.

El AI consta de 40 ítems, se responde a cada uno de ellos según el grado de incomodidad, por una parte (1= nada, 2= un poco, 3= regular, 4= mucho y 5=

demasiado), y por la otra, según la probabilidad de realizar esa conducta (1= siempre lo haría, 2= usualmente lo haría, 3= lo haría mitad de las veces, 4= rara vez lo haría y 5= nunca lo haría). Por tanto la máxima puntuación sería de 200 y la mínima de 40. Una puntuación alta en la escala de malestar indica que la persona experimenta un alto grado de ansiedad ante situaciones que requieren un comportamiento asertivo, mientras que una puntuación alta en la escala de probabilidad refleja que esa persona no suele comportarse de manera asertiva en dichas situaciones. Esta escala ha sido validada con población mexicana por el Dr. Samuel Jurado Cárdenas. Reportando datos de confiabilidad y validez.

### Escala de Depresión de Beck

Esta escala es uno de los instrumentos más empleados para la evaluación de síntomas depresivos en adolescentes y adultos.

Incluye 21 reactivos de síntomas de la depresión y cada reactivo consiste en un grupo de cuatro afirmaciones, de las cuales el paciente selecciona una opción en relación con la forma en la que se ha sentido en la última semana. Estas afirmaciones reflejan la severidad del malestar producido por los síntomas depresivos y se califican de 0 a 4

La puntuación total de la escala se obtiene sumando las respuestas de los 21 reactivos, siendo 0 la mínima puntuación y 84 la máxima a obtener. Los puntos de corte de la escala se emplean para hacer una categorización de la severidad de la depresión por lo que una puntuación de 0 a 9 refleja la ausencia o presencia mínima de síntomas depresivos; de 10 a 16 indica una depresión media; de 17 a 29 refleja una depresión moderada y puntuaciones de 30 a 84 indican una depresión severa (Beck y Steer, 1993).

El tiempo de aplicación varía de 5 a 8 minutos.

La validación del estudio fue realizado en México por Torres Castillo y cols (1991) en el cual se aplicó la escala a 96 pacientes que acudían a un hospital de tercer nivel en la ciudad de México. Se encontraron datos de sensibilidad de 0.86 y una especificidad de 0.86. En un estudio posterior realizado por el Dr. Samuel Jurado Cárdenas (1998), se obtuvieron resultados estadísticos significativos alfa de cronbach =0.87, p menor a .000. Datos que son compatibles con lo reportado en la bibliografía internacional (Jurado, 1998).

## Procedimiento

Se invitó a todos los pacientes a participar en el entrenamiento en habilidades sociales, originalmente se reunieron 26 pacientes de los cuales sólo catorce aceptaron participar en el estudio y al final solo quedaron doce, pues dos de ellos decidieron en la primera sesión dejar de participar. Antes de iniciar con el entrenamiento, se asignaron los sujetos al grupo control y al experimental apareándolos por sexo y edad.

A todos los sujetos se les aplicó pretest, postest y seguimiento, cabe mencionar que la investigadora aplicó los instrumentos a todos los sujetos del grupo experimental excepto la Panss que fue aplicada por psiquiatras de Instituto. En cuanto a los sujetos del grupo control, psiquiatras del Instituto Ramón de la Fuente aplicaron todos los instrumentos, la investigadora nunca tuvo contacto con éstos. Una vez aplicados los instrumentos del pretest se inició el entrenamiento en Habilidades Sociales con cada paciente del grupo experimental de manera individual. El entrenamiento en habilidades sociales estuvo constituido por: entrenamiento asertivo, manejo de creencias irracionales; Se abrió un expediente para cada paciente en donde se registraron: datos demográficos, una breve descripción de su historia clínica, también una bitácora en donde se registraron los aspectos relevantes de cada sesión. El programa de intervención estuvo dividido en 12 sesiones de 50 minutos cada una, dos veces por semana, cada tercer día, con el fin de que hubiera cercanía entre una sesión y otra, a excepción de la sesión doce que fue de seguimiento, y que ocurrió tres meses después.

# RESULTADOS

El análisis de los resultados se hizo tanto en grupo como sujeto por sujeto. Se observó que ambos métodos proporcionaban información de interés para obtener una mejor descripción de los resultados ya que el tamaño de la muestra es pequeño y la variabilidad en los resultados es grande.

Los resultados se presentan en dos secciones, la primera que corresponde al análisis en grupo y la segunda al análisis sujeto por sujeto. Dentro de cada una de las secciones se presentan los resultados de las diferentes variables dependientes: Depresión, Ansiedad, grado de incomodidad (Asertividad), Probabilidad de respuesta (Asertividad), Síntomas negativos de la esquizofrenia, síntomas positivos de la esquizofrenia, síntomas totales de la esquizofrenia en sus tres momentos de medición.

## **Análisis Grupal**

Para el análisis grupal se compararon los resultados de pretest con los de posttest y se analizaron mediante la prueba de la probabilidad exacta de Fisher (Ver apéndice I), la distribución de los resultados fue aleatoria. Los resultados o datos de cada una de las variables se arreglaron en una tabla de doble entrada 2 x 2 (Ver apéndice 1) en el eje horizontal se localizan las variables grupo experimental y control; en el eje vertical el resultados de la prueba exacta de Fisher.

Se comparó el pretest contra el posttest y el pretest contra el seguimiento para todas las variables. Los resultados se muestran en la tabla 1.

Se observa que en la variable ansiedad los resultados del pretest contra posttest, y pretest contra seguimiento son estadísticamente significativos. Lo mismo para la variable depresión en pretest contra seguimiento. Lo que se interpreta como diferencias en los dos momentos de medición, atribuibles al tratamiento. El resto de las comparaciones que se muestran no presentan significancia estadística, la variabilidad que existe atribuye a factores de error no contemplados.

En el apéndice 1 puede observarse que el resultado significativo entre el pretest y el posttest en ansiedad, se debió a que en el grupo experimental hubo seis sujetos que disminuyeron sus puntajes y en el control hubo cinco sujetos que no disminuyeron. Lo mismo para la variable ansiedad pretest contra seguimiento y depresión pretest contra seguimiento donde seis de los sujetos del grupo experimental disminuyeron los puntajes y cuatro del grupo control no disminuyeron.

**Tabla 1**

<b>Variables</b>	<b>Mediciones que se compararon</b>	<b>Probabilidad exacta de Fisher</b>
Ansiedad	Pretest contra postest	<b>0.00757576</b>
Ansiedad	Pretest contra seguimiento	<b>0.00757576</b>
Depresión	Pretest contra postest	0.24350649
Depresión	Pretest contra seguimiento	<b>0.03030303</b>
Probabilidad de respuesta	Pretest contra postest	0.11363636
Probabilidad de respuesta	pretest contra seguimiento	0.37878788
Grado de incomodidad	pretest contra postest	0.11363636
Grado de incomodidad	pretest contra seguimiento	0.40909091
Panss negativo	pretest contra postest	0.5
Panss negativo	pretest contra seguimiento	1
Panss positivo	pretest contra postest	0.40909091
Panss positivo	pretest contra seguimiento	0.5
Panss Total	pretest contra postest	0.5
Panss Total	pretest contra seguimiento	1

Tabla 1. Probabilidad exacta de Fisher y variables que compara en diferentes momentos de medición

### **Análisis sujeto por sujeto**

Con los datos de las pruebas de Ansiedad de Beck, Asertividad de Gambrill y Richie, probabilidad de respuesta y grado de Incomodidad; Depresión de Beck; Escala de Síntomas Positivos de la Esquizofrenia, Escala de Síntomas Negativos de la Esquizofrenia, Escala Total de Síntomas de la esquizofrenia (PANSS), se elaboraron gráficas sujeto por sujeto para observar los puntajes de cada uno de los sujetos en los tres momentos de medición. Se presentan 12 gráficas por prueba, las primeras seis corresponden a los sujetos experimentales (sujetos del 1 al 6) y las seis últimas a los sujetos controles (sujetos del 7 al 12).

Se presentan en primer lugar las gráficas que se refieren a la Prueba de depresión de Beck, en segundo lugar las que se refieren a la prueba de asertividad de Gambrill y Richie en sus partes grado de incomodidad y Probabilidad de respuesta, en tercer lugar las que se refieren a la prueba de ansiedad de Beck, en cuarto lugar las que se refieren a la Escala de Síntomas positivos de la esquizofrenia, en quinto lugar las que se refieren a la Escala de Síntomas Negativos de la Esquizofrenia, y por último las que se refieren a la

## Escala Total de Síntomas de la esquizofrenia (PANSS).

### DEPRESION

En la figura uno se presentan los resultados de la variable depresión del grupo experimental y control. Se observa en el grupo experimental, que entre el pretest y el posttest en 4 sujetos disminuyen los puntajes, en 1 se mantienen y en otro aumentan. Entre el posttest y el seguimiento los puntajes aumentan en 2 sujetos, en 3 disminuyen y en 1 se mantienen, entre el pretest y el seguimiento se observa que en los 6 sujetos disminuye. En el grupo control se observa que, entre el pretest y el seguimiento los puntajes aumentan en 4 sujetos y disminuyen 2. Entre el pretest y el posttest en 3 sujetos se mantiene, en 2 disminuye y en 1 aumenta; entre el posttest y el seguimiento en 3 sujetos aumenta y en 3 disminuye.

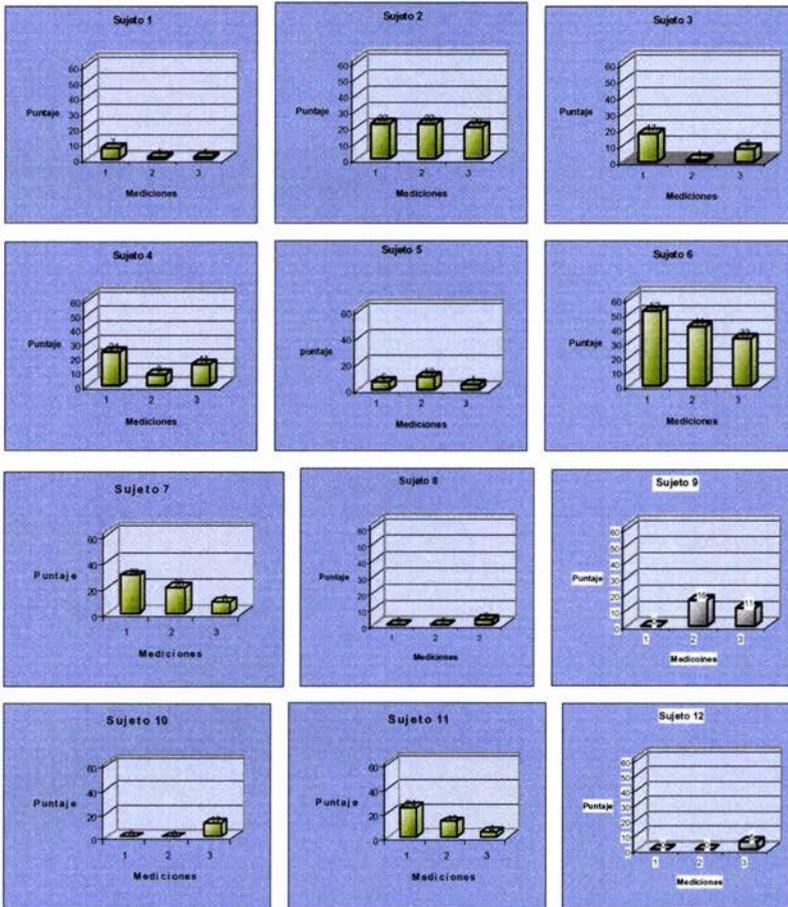
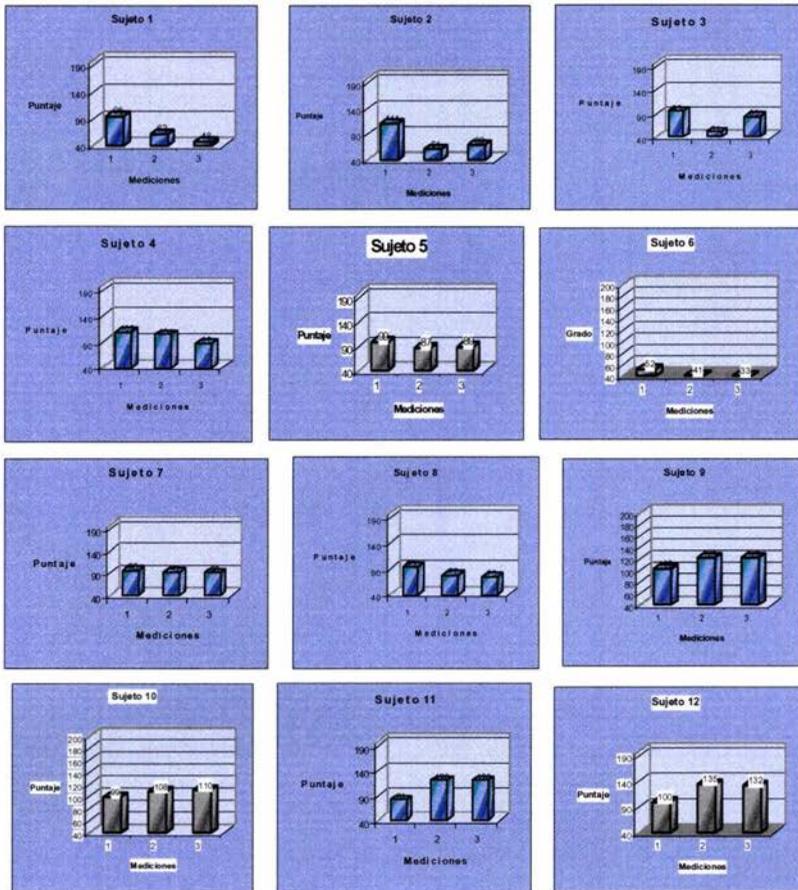


Fig. 1 Puntajes de depresión en el pretest, posttest y seguimiento sujeto por sujeto, de los grupos control y experimental

## Grado de Incomodidad

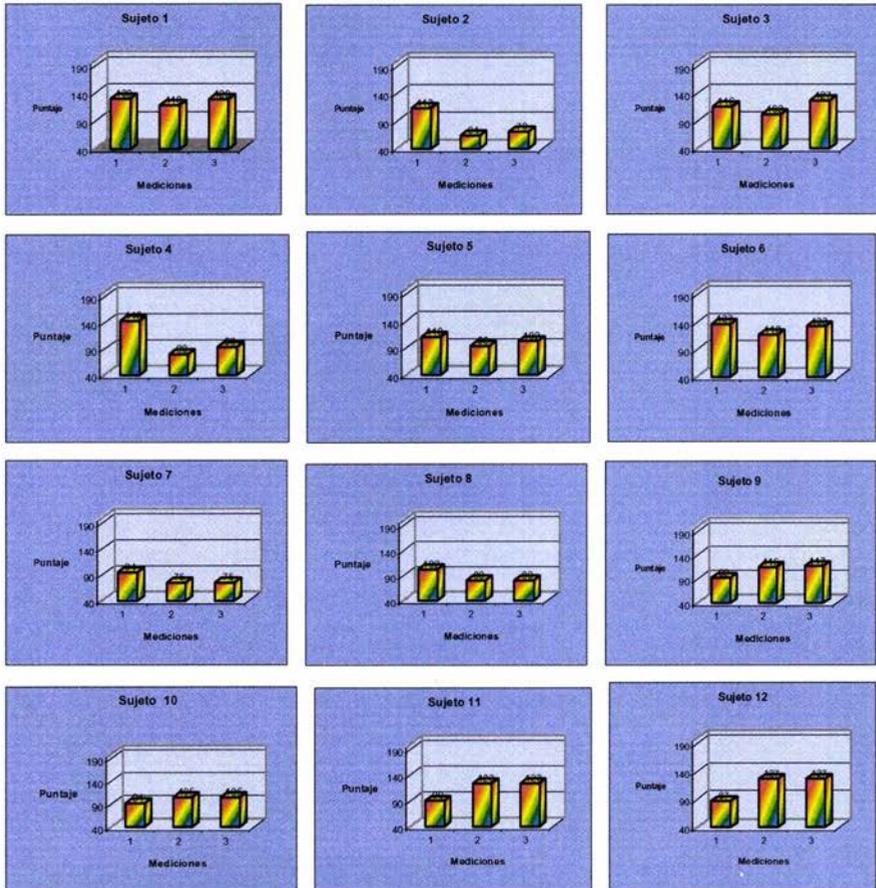
En la figura dos se presentan los resultados de la variable grado de incomodidad. Se observa que en los seis sujetos del grupo experimental los puntajes disminuyen entre el pretest y el postest, mientras que en el postest y el seguimiento en dos sujetos disminuye aún más y en cuatro sujetos aumenta. Pero nunca al nivel de pretest, entre el pretest y el seguimiento en los seis sujetos disminuye. En el grupo control se observa que entre el pretest y el postest en cuatro sujetos aumenta y en dos disminuye, entre el postest y el seguimiento en un sujeto disminuye, en cuatro se mantiene y en uno aumenta. Entre el pretest y el seguimiento en dos sujetos disminuye, en tres sujetos aumenta y en un sujeto se mantiene.



**Figura 2.** Puntajes de grado de incomodidad en las mediciones pretest, postest y seguimiento, Sujeto por sujeto de los grupos control y experimental

## Probabilidad de Respuesta

En la figura tres se presentan los resultados de la variable Probabilidad de respuesta . Se observa que entre el pretest y el postest de los sujetos experimentales los puntajes disminuyen en los seis sujetos. Entre el postest y el seguimiento se observa que en los seis sujetos aumentan los puntajes, pero nunca hasta el nivel del pretest. En el grupo control se observa que entre el pretest y el postest en cuatro sujetos aumentan los puntajes, y en dos disminuyen, entre el postest y el seguimiento en los seis sujetos se mantiene alto.



**Figura 3.** Puntajes de grado de probabilidad de la respuesta en las mediciones pretest, postest y seguimiento sujeto por sujeto de los grupos control y experimental.

## Ansiedad

En la figura cuatro se presentan los resultados de la variable ansiedad. Se observa que los 6 sujetos de la muestra del grupo experimental, disminuyeron los niveles de ansiedad entre las mediciones pretest y posttest, aunque la diferencia entre el pretest y posttest es variable. Entre las mediciones de pretest y seguimiento se observa que se mantiene la disminución excepto en un sujeto en el que aumentó la ansiedad pero nunca hasta el nivel del pretest, mientras que en el grupo control solamente en el sujeto 1 se observa disminución de la ansiedad entre el pretest y el posttest, en dos sujetos el nivel de ansiedad es el mínimo y se mantiene a lo largo de las tres mediciones, en los tres sujetos restantes aumenta la ansiedad entre pretest, posttest y seguimiento.

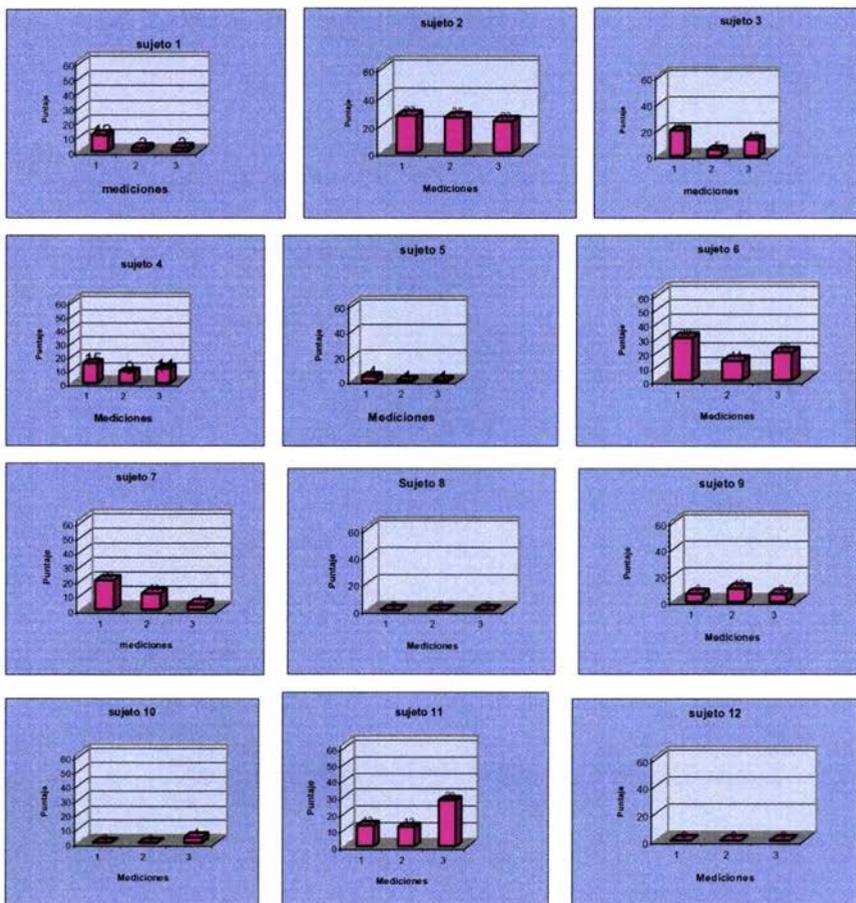


Figura 4. Puntajes de la variable ansiedad en el pretest, posttest y seguimiento sujeto por sujeto, de los grupos control y experimental

## Panss Positivo

En la figura cinco se presentan los resultados de la variable síntomas positivos de la esquizofrenia del grupo experimental. Se observa en el grupo experimental entre el pretest y el posttest los puntajes disminuyen en cuatro sujetos, en uno aumentan y en otro se mantienen, entre el posttest y el seguimiento en cuatro sujetos disminuyen y en dos se mantienen. Entre el pretest y el seguimiento en cinco sujetos disminuyen y en uno se mantienen. En el grupo control entre el pretest y el posttest los puntajes disminuyen en cinco sujetos y en uno aumentan. Entre el pre y el seguimiento en los seis sujetos disminuye, entre el posttest y el seguimiento, en cuatro sujetos disminuyen y en dos se mantienen.

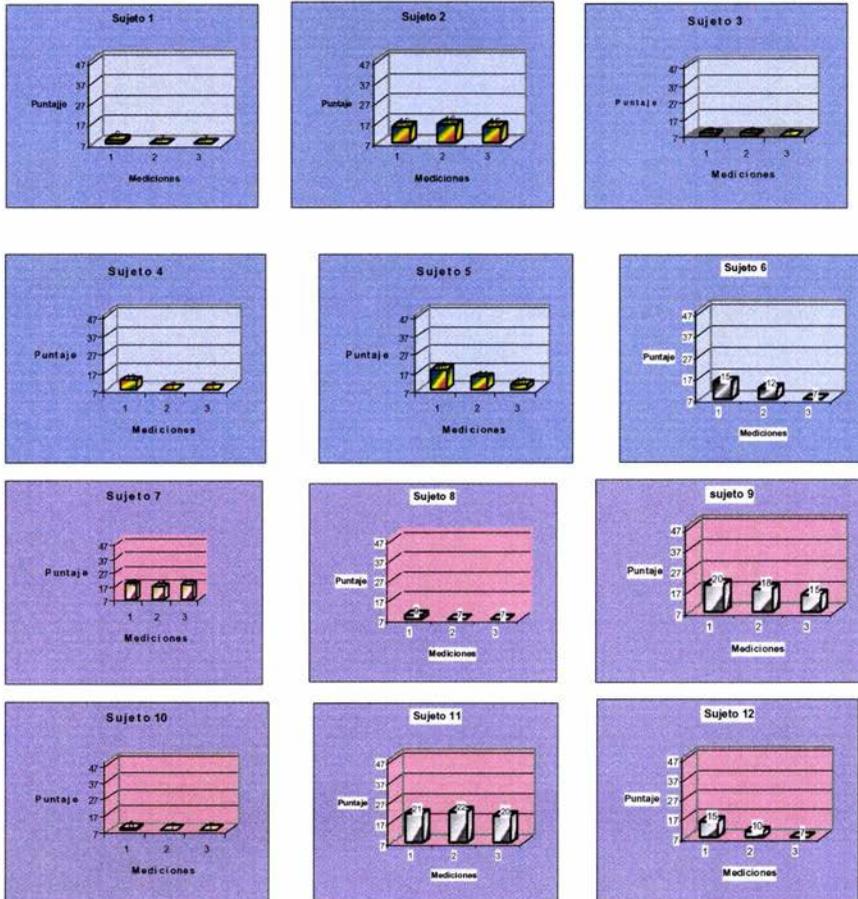


Figura 5. Puntajes de la variable Panss positivo en el pretest, posttest y seguimiento sujeto por sujeto, De los grupos control y experimental.

## Panss Negativo

En la figura seis se presentan los resultados de la variable Panss negativo del grupo experimental. Se observa que entre el pretest y el postest los puntajes disminuyen en cuatro sujetos, en uno aumentan y en otro se mantienen. Entre el postest y el seguimiento los puntajes disminuyen en cuatro sujetos y en dos sujetos se mantienen. Entre el pretest y el seguimiento los puntajes disminuyen en cinco sujetos y en un sujeto se mantienen. En el grupo control se observa que entre el pretest y el postest los puntajes disminuyen en cinco sujetos y en un sujeto aumentan. Entre el pretest y el seguimiento los puntajes disminuyen en los seis sujetos. Entre el postest y el seguimiento los puntajes disminuyen en cuatro sujetos y en dos se mantienen.

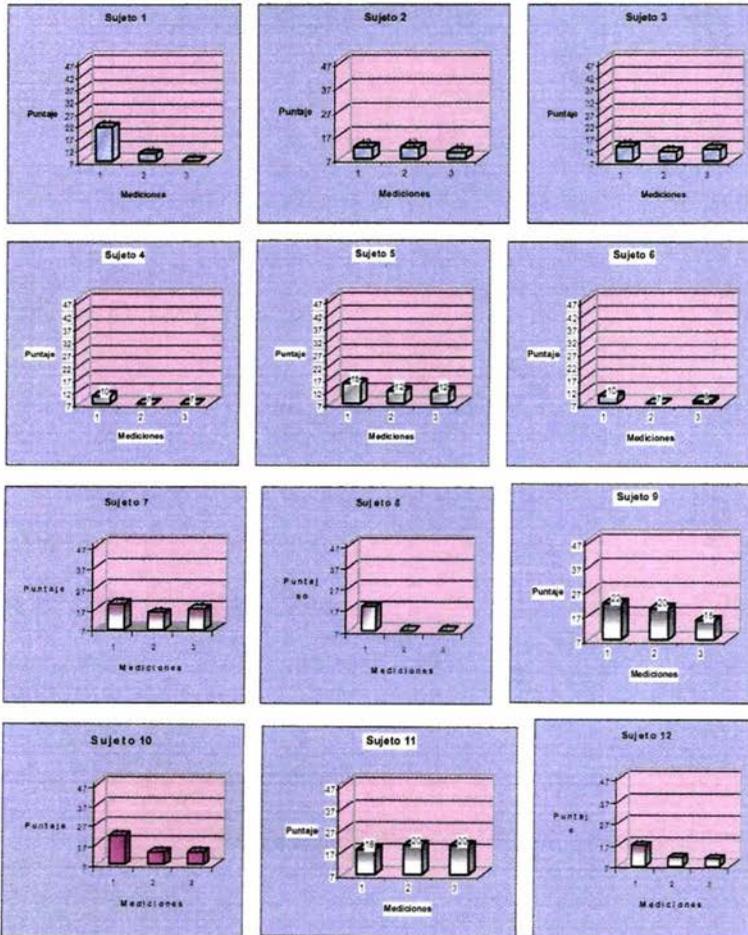


Figura 6. Puntajes de la variable Panss negativo, en el pretest, postest y seguimiento, Sujeto por sujeto, de los grupos control y experimental.

## Panss Total

En la figura siete se presentan los resultados de la variable Panss total del grupo experimental. En el grupo experimental se observa que entre el pretest y el posttest los puntajes disminuyen en cinco sujetos y en uno se mantienen, entre el posttest y el seguimiento en cuatro sujetos disminuyen y en dos se mantienen. Entre el pretest y el seguimiento en los seis sujetos disminuyen. En el grupo control los puntajes disminuyen en cinco sujetos y en uno aumenta, entre el posttest y el seguimiento en cinco sujetos disminuyen y en uno aumenta. Entre el pre y el seguimiento se observa que en los seis sujetos disminuyen.

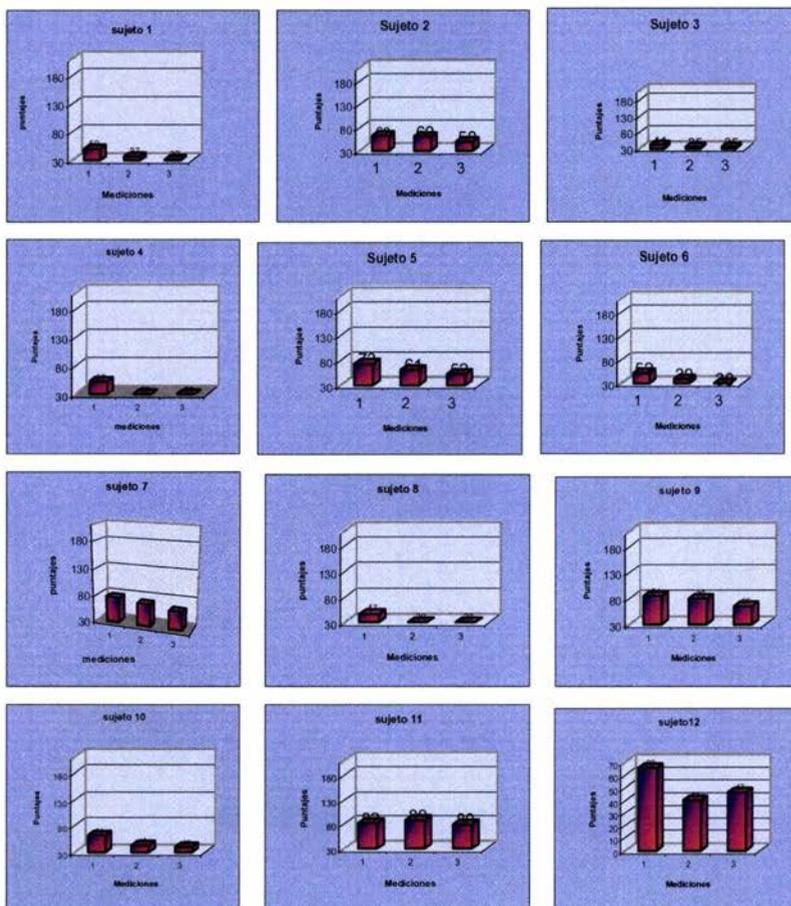


Figura 7. Puntajes de la variable Panss total, en el pretest, posttest y seguimiento, sujeto por sujeto, de los grupos control y experimental.

En resumen en este análisis, se encontró que en la variable ansiedad, los sujetos del grupo experimental disminuyeron sus puntajes, y en el grupo control, un menor número de sujetos disminuyeron sus puntajes.

En la variable Asertividad, en la parte probabilidad de respuesta, el grupo experimental muestra disminución de los puntajes, en el grupo control, un menor número de sujetos disminuyeron sus puntajes. En la variable grado de incomodidad los puntajes se comportan de la misma forma. En la variable Depresión el grupo experimental muestra una disminución de los puntajes con respecto al grupo control. En la variable Síntomas Positivos de la Esquizofrenia los puntajes disminuyen o se mantienen en casi todos los sujetos en ambos grupos, lo mismo ocurren en la variable síntomas negativos y la variable total de Síntomas de la esquizofrenia.

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El presente trabajo tuvo como objetivo implementar un programa de Entrenamiento en Habilidades Sociales dirigido a pacientes con diagnóstico de esquizofrenia y observar la influencia de éste sobre los síntomas negativos y positivos de dicho diagnóstico, así como sobre los síntomas de ansiedad y depresión.

Los resultados mostraron que el entrenamiento en Habilidades Sociales afecta a la ansiedad, disminuyéndola, como pudo observarse en todos los sujetos. Por lo que se acepta la hipótesis a mayores habilidades sociales menores los niveles de ansiedad.

Las habilidades sociales actúan como un agente productor o mediador de la ansiedad, pues la seguridad que proporciona posee una respuesta o repertorio relacionado con el ambiente disminuye la ansiedad.

Debido a que los puntajes en las escalas de depresión disminuyeron en los sujetos experimentales, y no en los controles, se puede concluir que el entrenamiento en habilidades sociales es útil en la disminución de los síntomas propios de la depresión. La teoría dice que las respuestas emocionales y sociales, están muy relacionadas. Las emociones tienen como función avisar a la persona que debe actuar en relación con algo que ocurre en su ambiente, la gran parte de nuestro ambiente relevante es social.

La valoración negativa de las experiencias psicóticas en el sujeto, produce, entre otras cosas, alteraciones emocionales, que se manifiestan en forma de ansiedad y depresión, lo que contribuye al desarrollo y mantenimiento de los síntomas, por lo tanto, se hace necesaria la aplicación de técnicas de terapia cognitiva para atender dichos problemas y mejorar la calidad de vida del paciente (Birchwood, 1995).

Por otro lado el entrenamiento en Habilidades Sociales, disminuye el grado de incomodidad de los sujetos, lo que significa que pueden analizar de forma distinta las necesidades de los demás con respecto a las de ellos mismos y generar menor incomodidad en las discrepancias entre sus deseos y sentimientos y los de las personas con quienes interactúan.

El hecho de que no se haya observado disminución en los puntajes de la subescala probabilidad de Respuesta, del cuestionario de asertividad, en los sujetos experimentales, pudo deberse a que el entrenamiento sólo fue útil hasta el nivel de disminuir la incomodidad, pero no para influir sobre la percepción de ser capaz de actuar lo que se piensa o siente. Lo anterior puede explicarse por que el entrenamiento que se realizó en el presente trabajo, se encuentra dentro de un nivel molar de las habilidades sociales, es decir, se enfocó a la reestructuración cognitiva y manejo de la ansiedad. Lo que dejó fuera el entrenamiento en respuestas moleculares, como contacto visual, expresión facial, expresión corporal, tono de voz, contacto corporal. Conductas que se ponen en práctica en las relaciones interpersonales de forma recíproca y están determinadas por el contexto social, cultural y la situación específica. Al no tener control sobre estas variables, pudo suceder que, debido a la falta de conductas moleculares adecuadas, no se haya presentado reciprocidad o reforzamiento social, además de las múltiples variables propias de cada situación, como características de las personas con quienes se interactuó, creencias sobre cada situación específica, y estados emocionales propios del paciente esquizofrénico, como el aplanamiento afectivo, donde la resonancia afectiva se ve afectada y esto tiene un efecto sobre la capacidad de reproducir respuestas asertivas.

Lo anterior lleva a plantearse la necesidad de un mayor número de sesiones, en una estructura del entrenamiento más amplia, entrenando a los pacientes en los distintos niveles, por etapas y de acuerdo a las capacidades individuales. Y analizar con más detalle, las características de la reestructuración cognitiva en estos pacientes.

Los resultados demuestran que el entrenamiento en habilidades sociales no afecta directamente a la disminución de síntomas positivos y negativos de la esquizofrenia, ya que en estos no se observó ningún cambio significativo.

Los síntomas negativos son aquellos que se originan en una ausencia de elementos normales en el funcionamiento cerebral donde se incluyen el aplanamiento afectivo, alogia (pobreza en el lenguaje y en el contenido del pensamiento), apatía (falta de energía para hacer cosas), anhedonia (falta de capacidad para sentir placer por algo o alguien), aislamiento, dificultad en la atención. Los síntomas positivos surgen de un mal funcionamiento del cerebro que conduce a la aparición de elementos que no se presentan normalmente en el pensamiento y son: alucinaciones, ideas delirantes, comportamiento bizarro y trastorno formal del pensamiento.

No pudieron observarse cambios en estos síntomas a partir del entrenamiento posiblemente por los efectos del tratamiento farmacológico y las características individuales de la respuesta a los fármacos; tomando en cuenta las diferencias individuales en el funcionamiento cerebral de cada sujeto, pues algunas hipótesis explicativas sostienen que existe una dinámica hipodopaminérgica prefrontal para dar cuenta del grupo de síntomas negativos, proponen un desorden funcional dual en los circuitos cerebrales dopamínicos: hipodopaminergia prefrontal, responsable de los signos negativos y una hiperdopaminergia límbica, a la que obedecerían los datos clínicos positivos.

En otro punto de este análisis es relevante decir que la competencia social, se relaciona con los síntomas pero no con la competencia específica. No se ha encontrado apoyo empírico para asumir que las disfunciones sociales están causadas por los síntomas propios de la esquizofrenia. La percepción social y los síntomas negativos son una parte importante de la varianza de la competencia global. A juicio de algunos investigadores ni la falta de competencia social ni los síntomas negativos deberían ser usados como un indicador para las habilidades sociales (Appelo, 1992).

La competencia global específica implicaría que un paciente con muchos síntomas negativos puede manifestar una conducta competente cuando esté en una situación con un requerimiento social específico. Los síntomas negativos explicarían posiblemente por que el paciente no esta realizando eso de forma espontánea, pero los síntomas no explicarían la conducta social en sí misma.

Otra variable importante, es el hecho de que el entrenamiento se dió de forma individual, esto resultó práctico y conveniente para el estudio, pues el trabajo grupal con psicóticos suele ser complejo. No obstante es una modalidad de tratamiento que sería interesante probar en posteriores estudios, pues se sabe que el Entrenamiento en Habilidades Sociales, resulta mejor en forma grupal, y el los pacientes interactúen con otras personas, con problemas similares, Puede ser útil para la adquisición de nuevas conductas, pero debe manejarse con un amplio control de variables, asociadas con el trabajo grupal del paciente psicótico.

Es importante destacar la importancia que el entrenamiento en Habilidades Sociales tuvo para la disminución de la ansiedad y los síntomas depresivos pues son dos elementos importantes que marcan una diferencia en la calidad de vida del paciente. A menor ansiedad y depresión mayor capacidad de adaptación al medio.

De acuerdo a los resultados de este estudio podemos concluir que las Habilidades sociales son útiles para la disminución de ansiedad y depresión, y de la percepción sobre el grado de incomodidad que generan las relaciones

interpersonales, no así para los síntomas tanto negativos como positivos de la esquizofrenia y la percepción sobre capacidad de ejecutar respuestas asertivas.

Por lo anterior es preciso comentar que el entrenamiento en habilidades sociales es importante para la calidad de vida de una persona con esquizofrenia, pero es tan solo una de las áreas disfuncionales en estos individuos, lo que convierte al entrenamiento en una opción de tratamiento, que no es una panacea, pero que tiene efectos positivos sobre las conductas, los estados emocionales y el medio ambiente de estos pacientes.

Dentro de las limitaciones de este estudio tenemos el tamaño de la muestra como un factor que es necesario considerar en los aspectos de variabilidad, así como las características de la población que dificultan de forma importante el trabajo de recolección de la muestra y la permanencia en la investigación, a pesar de que en este estudio la mortalidad experimental fue de dos sujetos, es necesario resaltar que de los 26 pacientes invitados al programa solo catorce aceptaron y doce se mantuvieron. Por las características de la población, la muestra está sesgada, pues solo se pudo trabajar con los pacientes que aceptaron.

Finamente los resultados aunque limitados de este estudio, muestran la utilidad del enfoque psicoterapéutico cognoscitivo conductual, en el entrenamiento en habilidades sociales para ayudar en la disminución de síntomas, mejoría de repertorio conductual, calidad de vida de pacientes esquizofrénicos, no presenta efectos colaterales negativos, y es compatible con la farmacoterapia.

## REFERENCIAS

Appelo, M.T.; Woonings, F.M.J.; Van Nieuwenhuizen, C.J.; Emmelkamp, P.M.G.; Slooff, C.J., y Louwerens, J.W. (1992) Specific skill and social competence in schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 85, 419-422.

Beck, A.T, Rush, A.J., Shaw, B.F. y Emery, G. (1983). "Terapia cognitiva de la depresión". Bilbao: Desclée de Brouwer (DDB).

Beck, A.T y Steer, R. (1991). *Beck Depression Inventory Manual*. San Antonio: Psychological corporation

Beck, A.T, Steer, R.A. (1991). "Relationship between the Beck Anxiety Inventory and the Hamilton Anxiety Rating Scale with anxious outpatients." *Journal of Anxiety Disorders*; 5: 213-23

Becker, T. y Thornicroft, G. (1998). Community care and management of schizofrenia, en *Current Opinion in Psychiatry* vol 11 n°1: 49-54

Bell, M, Milstein, R y Bean, G.J. (1992). "The positive and Negative Syndrome Scale and the Brief Psychiatric Rating Scale". Reliability, comparability, and predictive validity. *J Nerv Ment Dis* 180:723-28

Bellack, Hersen, Turner. (1976). "Generalization effects of social skill training in chronic schizophrenics: an experimental analysis". *Behavior Research and Therapy*. 14: 391-398. 1976

Bellack, Hersen y Turner. (1978). " Role-Play test for assessing social skills: are they valid?". *Behavior Therapy*. 9: 448-461.

Bentall R.P. (1997). From cognitive studies of psychosis to cognitive-behaviour therapy for psychotic symptoms. En G. Haddock y P.D. Slade. *Cognitive-Behavioural interventions with psychotic disorders*. Nueva York NY: Routledge. pp. 28-44.

Bentall, R.P., Haddock, G. y Slade, P.D. (1994). Cognitive behavior therapy for persistent auditory Hallucinations: From theory to practice. *Behavior Therapy*, 25: 51-66.

Benton, M.K, y Schroeder, H.E. (1990) Social Skills training with schizophrenics: Amela –analytic evaluation. *Journal of consulting and clinical psychology*, 58, 741-747

Birchwood, M., y Tarrier, N. (1995). "El tratamiento psicológico de la esquizofrenia". Barcelona: Ariel.

Birchwood, M., Fowler, D. y Jackson, C. ((2000). *Early Intervention in psychosis. A guide to concepts, evidence and interventions*. Chichester: John W.

Broustra, J. (1979). "La esquizofrenia". Barcelona: Herder. iley & Sons.

Bulbuena A, Berrios GE, Fernández de Larrinoa P. (1995). "Medición Clínica en Psiquiatría y Psicología". Barcelona: Masson.

BUNNEY, W.E.; DAVIS, J. (1965): Norapirephrine in depressive reactions: a review, *Arch. Gen. Psychiatry* 13:483-49

Caballo, V. (1988). *Teoría, evaluación y entrenamiento en habilidades sociales: Promolibro*

Castanyer ,Mayer y Spress, O (1996). "La asertividad. La expresión de una sana autoestima". Segunda edición. Bilbao : Descleé de Brouwer.

Chadwick, P. y Birchwood, M. (1997). *Cognitive therapy for voices*. En Haddock, G. & Slade, P.D. *Cognitive-Behavioural interventions with psychotic disorders*. Nueva York NY: Routledge. pp. 71-85.

Clarkin J.F.; Gilck. I.D. (1989) "Evaluación psicológica: Instruments for the assesment of family mal function. In: S.Wetzler (Ed) *Measuring Mental Illness: Psychometric Assesment for Clinicals*. Washinton D.C.; US: American Psychiatric Press., pp 213-227

De la Fuente, R. (1999). "Salud Mental en México". México: Fondo de Cultura Económica.

DSM-IV, *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. (1997). Barcelona: Masson.

Echeburúa O.E. (1996). *Avances en el tratamiento Psicológico de los trastornos de ansiedad*. Madrid. Pirámide

Eisler, R. (1976). "Behavioral assesment of social skill". Behavior Research and Therapy. 11: 505-521.

Eisler, R (1975)."Situational determinants of assertive behavior". Journal of Consulting and Clinical Psychology. 43: 330-340,.

Eisler,R, Miller y Hersen. (1973). "Components af assertive behavior". Journal of Clinical Psychology. 29: 295-299.

Eisler, R, Hersen y Miller. (1974). "Shaping components af assertive behavior with instruccions and feedback". American Journal of Psychyatry .131: 1344-1347. 19

Eisler, R, Blanchard, Fitts. (1978). "Social skills training with and without modeling on schizophrenic and non-psicotic hospitalized psychiatry patients". Behavior Modification, 2: 147-172.

Fester, C (1965). Principios de la conducta. México: Trillas

Fields JH,Grochowski S,Lindemayer JP, Kay SR,Grosz D, Hyman RB y Gail A. (1994)." Assessing Positive and Negative Symptoms in Children and Adolescents". Am J Psychiatry 151:249-253.

Frith, C.D. (1995). "La esquizofrenia. Un enfoque neuropsicológico cognitivo". Barcelona: Ariel.

Fowler, D, Garety, P. y Kuipers, E. (1995). "Cognitive behaviour therapy for psychosis". CHichester: John Wiley & Sons.

Fowler, D. Garety, P. y Kuipers, E. (1998). "Cognitive behaviour therapy for psychosis: Formulation, treatment, effects and service implications". Journal of Mental Health, 7:123-133.

García Sainz, M; Gil Rodríguez, F. (1997) Grupos en las organizaciones, Madrid: Pirámide

Garety, P. y Hemsley, D.R. (1997). "Delusions: Investigations into the psychology of delusional reasoning". Maudsley Monograph. Oxford: Oxford University Press.

Garety, P., Fowler, D. y Kuipers, E. (1997). "London East-Anglia randised controlled trial of cognitive-behavioral therapy for psychosis: II. Predictors of outcome". British Journal of Clinical Psychology, 38 (2): 113-154.

Garety, P. y Freeman, D. (1999). "Cognitive approaches to delusions: A critical review of theories and evidence". *British Journal Of Clinical Psychology*, 38: 113-154.

Garety, P., Fowler, D. y Kuipers, E. (2000). "Cognitive-Behavioral Therapy for Medication-Resistant Symptoms". *Schizophrenia Bulletin*, 26, 1: 76-86.

Gil, F y León J. (1998). "Habilidades sociales. Teoría, investigación e intervención"  
Madrid: Síntesis Psicología. .

Goldman, H. (1999) "Psiquiatría general" México: Manual Moderno.

Goldstein, A.(1993). "T.Becoming: An Andrew Colyssey New York". *Saturday Renew*.

Goldstein, M.J. (1995) Psychoeducation and relapse prevention. *International clinical psychopharmacology*, 9 (supples) 59-70.

González de Rivera, J. De las Cuevas, C. K y Monterrey Y. (1995). "Factores internos de estrés y esquizofrenia: un estudio con el índice de reactividad al estrés en esquizofrénicos ambulatorios en remisión". *Psiquis*, Vol 16,, No. 1 Enero. México

Guitelman, A. (1983): *Unidad Hipotálamo hipofisiaria*. Edimed. Buenos Aires

Haddock, G., Bentall, R.P. y Slade, P.D. (1997). "Psychological treatment of auditory hallucinations: Focusing or distraction? En G. Haddock & P.D. Slade. *Cognitive-Behavioural interventions with psychotic disorders*". Nueva York : Routledge. pp. 45-71.

Herrera-Estrella M, Torner C, González G, Olivares M, Calzada, JL, Guzmán I, Delgado V, Vázquez S y Castañeda-González CJ. (1993). " Estudio de Confiabilidad de la traducción al español de la escala de síntomas positivos y negativos (PANSS) para valorar esquizofrenia". *Psiquis* 2:2,47-51

Informe Anual del Hospital Psiquiátrico "Doctor Samuel Ramírez Moreno", 1992; Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez", 1993.

Kawasaki Y, Maeda, Y y Sakai, N. (1994). "Evaluation and Interpretation of Symptom Structures in Patients with Schizophrenia". *Acta Psychiatr Scand* 89: 399-404,

Kay SR, Fiszbein A y Opler LA. (1987). "The Positive and Negative Syndrome

Scale (PANSS) for Schizophrenia". Schizophr Bull 13:2,261-276.

Kay, SR. Opler, LA y Fiszbein, A.(1988). Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) Manual. Toronto, Canada, Multi-Health Systems.

Kay, SR. Fiszbein, A. Vital-Herne, M y Silva, L. (1990)."Positive and Negative Syndrome Scale-Spanish Adaptation". J Nerv Ment Dis 178: 510-517,.

Kay, SR. Opler, L. Spitzer, RI. Williams, JBW. Fiszbein, A. y Gorelick, A. (1991):"SCID-PANSS: Two-tier Diagnostic System for Psychotic Disorders". Compr Psychiatry 32:355-361,.

Kelly, J. (1987)." Entrenamiento en habilidades sociales): Desclee de Brouwer

Kingdong, D.G. y Turkintong, D. (1995). "Cognitive-Behavioral therapy of schizophrenia". Nueva York: Psychology Press.

Knorrning L y Linstrom E. (1992)."The Swedish Version of Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for Schizophrenia". Acta Psychiatry Scand 86:463-468,

Kuehnel,T.G. (1984) Functional Assesment. American Psiquiatric Press.

Leff, J. Kuipers,L . Eberlew – Uries, R. y Sturgeon, D. (1989). "A trial of family therapy. Versus a relatives groups for schizophrenia". Brithis Journal of Psychiatry, 154, 58 – 66.

Lewinsohn,P.M. Talkington,J. (1979) Studies on the measurement of on umpleasant events and relation with depression. Applied psychological measurement, 3,pp.83-101

Lieberman R. P, Derisi, WJ y Mueser, K.T. (1989). "Social Skills training for psychiatric". Boston: Ally and Bacon.

Lieberman R. P.(1996)." Rehabilitaci3n integral del enfermo mental cr3nico". Mart3nez Roco.

Lin, N. Dean, A. Y Ensel, W. (1989). "Social support, life events and depression": Orlando Academic Press.

Maher, (1988). "Anomalous experience and delusional thinking: the logic of explanations." En T.F. Oltmanns & B. A. Maher (eds.). Delusional beliefs. Pp. 15-33. Nueva York: Wiley

Merani, A. (1979). "Diccionario de Psicolog3a". M3xico: Grijalbo.

Meichenbaum, D. Y Jaremko, M. (1987). "Prevención y reducción del estrés". Bilbao: Desclée De Brouwer, D.L.

Morrison T. (2001). "A case book of cognitive therapy for psychosis". Nueva York. Bruner – Routledge.

Morrison, R.L.; Wixted, K.T.; Benton, L.R.; Schroeder, H. (1989) Social functioning of schizophrenic patients: Clinical and research issues. Schizophrenia Bulletin, 13, 715-725.

Mosher, L. And Burti, L. (1989) Community mental health: principles and practice. New York: Norton.

Mueser, K.T. y Penn, D.L.. (1998). "Models of community care for severe mental illness: A review of research on case management". Schizophrenia Bulletin, 24, 1: 37-74.

Naber, D. (1995). "A self-rating to measure subjective effects of neuroleptic drugs, relationships to objective psychopathology, quality of life, compliance and other clinical variables". International Clinical Psychopharmacology, 10, 3: 133-138.

NEUFELD, R.W.J. (1982). Psicopatología y stress. Ediciones Toray . Barcelona, España. 1984

Nuechterlein, K.H., Dawson, .(1994). "The vulnerability/stress model of schizophrenic relapse". Acta Psychiatrica Scandinavica. 89, 382: 58-64.

Osman A, Kooper BA, Barrios F, Osman JR, Wade T. (1997). "The Beck Anxiety Inventory: Reexamination of Factor Structure and Psychometric Properties". Journal of Clin Psychol; 53(1): 7-14.

Penn, DL. y Mueser, K. (1998) "Tratamiento cognitivo-conductual en la esquizofrenia en Psicología Conductual.

Presly, A. (1983) From madhouses to mental hospital: does history repeat it self. Scottish Medical Journal 28(1):71-74

Skinner B.F (1953). "Science and Human behavior". Nueva York: Macmillan

Strauss, J.S. y Carpenter, W.T. (1981). "Schizophrenia". Nueva York, : Plenum.

Steer, R.A, Rissmiller, DJ, Ranieri WF, Beck, AT. (1993). "Structure of the

computer-assisted Beck Anxiety Inventory with psychiatric outpatients". *Journal of Personality Assessment*; 60: 532-42.

Steer, R.A, Clark, D.A, Beck, AT, Ranieri WF. (1998). "Common and specific dimensions of the self-reported anxiety and depression: the BDI-II versus the BDI-IA." *Behavior Research Ther*; 37: 183-90.

Tarrier, N. (1993) *Management and Modification of residual Positive psychotic Symptoms*. Chichester: John Wiley

Unzueta E. (1986). "Habilidades Sociales". México: Trillas.

Vallina, O. y Lemos, S.(2001). "Tratamientos eficaces para la esquizofrenia". *Psicothema*, 13, 3: 1 -20.

Vázquez, H. (2001). ¿Es la depresión una enfermedad neurodegenerativa? En Fernández Labriola, R. Kalina, E.: *Psiquiatría biológica Argentina*. Laboratorios Roche. Buenos Aires.

Watts, y Bennett, D.H. (1999). "Theory and Practice of psychiatric rehabilitation". Chichester: John Wiley

Yeomans, F; Clarkin, J.F. y Kernberg, O.F. (1999). *A primer transference – focused: psychotherapy for the borderline patient*. Northval (New Jersey) Jason Aranson.

Zubin, J y Spring, B. (1992). *Vulnerability: A new view on schizophrenia*. *Journal of Abnormal Psychology*, 86: 103-126.

Zubin, J y Spring, B. (1992). *Vulnerability to relapse in schizophrenia*. *British Journal of Psychiatry*. 161, 18: 13-18.

# APENDICES

## Apéndice I

Prueba exacta de Fisher

### Pretest contra postest

#### Variable Ansiedad

	Grupo experimental	Grupo control	Sumatoria
Pretest	0	6	720
Postest	5	6	2
<b>Total</b>	5	12	5040
			<b>P=.007</b>

#### Variable Probabilidad de respuesta

	Grupo experimental	Grupo control	Sumatoria
Pretest	1	6	120
Postest	4	6	2
<b>Total</b>	5	12	5040
			<b>P=.011</b>

### Variable Grado de Incomodidad

	Grupo experimental	Grupo control	Sumatoria
<b>Pretest</b>	1	6	1
<b>Postest</b>	4	6	24
<b>Total</b>	5	12	5040
			<b>P= 0.11</b>

### Variable Panss Negativo

	Grupo experimental	Grupo control	Sumatoria
<b>Pretest</b>	1	6	120
<b>Postest</b>	0	6	720
<b>Total</b>	1	12	4E+07
			<b>P= 0.5</b>

### Variable Panss Positivo

	Grupo experimental	Grupo control	Sumatoria
<b>Pretest</b>	2	6	24
<b>Postest</b>	1	6	120
<b>Total</b>	3	12	362880
			<b>P=0.40</b>

### Variable Panss Total

	Grupo experimental	Grupo control	Sumatoria
<b>Pretest</b>	1	6	120
<b>Posttest</b>	0	6	720
<b>Total</b>	1	12	4E+07
			<b>P=0.5</b>

### Variable Depresión

	Grupo experimental	Grupo control	Sumatoria
<b>Pretest</b>	2	6	24
<b>Posttest</b>	4	6	2
<b>Total</b>	6	12	720
			<b>P=0.24</b>

### Pretest contra seguimiento

### Variable Ansiedad

	Grupo experimental	Grupo control	Sumatoria
<b>Pretest</b>	0	6	720
<b>Seguimiento</b>	5	6	1
<b>Total</b>	5	12	5040
			<b>P=0.007</b>

**Variable Probabilidad de respuesta**

	<b>Grupo experimental</b>	<b>Grupo control</b>	<b>Sumatoria</b>
<b>Pretest</b>	3	6	6
<b>Seguimiento</b>	4	6	2
<b>Total</b>	7	12	120
			<b>P=0.37</b>

**Variable Grado de Incomodidad**

	<b>Grupo experimental</b>	<b>Grupo control</b>	<b>Sumatoria</b>
<b>Pretest</b>	1	6	120
<b>Seguimiento</b>	2	6	24
<b>Total</b>	3	12	362880
			<b>P=0.40</b>

**Variable Panss Negativo**

	<b>Grupo experimental</b>	<b>Grupo control</b>	<b>Sumatoria</b>
<b>Pretest</b>	0	6	720
<b>Seguimiento</b>	0	6	720
<b>Total</b>	0	12	4.8E+08
			<b>P=1</b>

### Variable Panss Positivo

	Grupo experimental	Grupo control	Sumatoria
Pretest	1	6	120
Seguimiento	0	6	720
Total	1	12	4E+07
			P=0.5

### Variable Panss Total

	Grupo experimental	Grupo control	Sumatoria
Pretest	0	6	720
Seguimiento	0	6	720
Total	0	12	4.8E+08
			P=1

### Variable Depresión

	Grupo experimental	Grupo control	Sumatoria
Pretest	0	6	720
Seguimiento	4	6	2
Total	4	12	40320
			P=0.03

## APENDICE II

### “Programa de entrenamiento”

El programa de intervención estuvo dividido en 12 sesiones de 50 minutos cada una, dos veces por semana, cada tercer día, con el fin de que hubiera cercanía entre una sesión y otra, a excepción de la sesión doce que fue de seguimiento ocurrió tres meses después.

#### Sesión **1**

Objetivo: Analizar la problemática particular de cada paciente con el fin de establecer metas concretas y aplicar los instrumentos  
Entrevista inicial

#### Sesión *2*

Objetivo: Que el paciente sea capaz de identificar los pensamientos irracionales sobre sí mismo y sus problemas, analice cómo éstos afectan sus estados de ánimo y su conducta

Introducción a la identificación de pensamientos irracionales

Explicar y definir pensamiento y cognición y cómo estos influyen en nuestras emociones conducta y habilidades que permitan tener mejores relaciones interpersonales

2- Qué son los pensamientos irracionales y racionales, cómo saber cuando un pensamiento es irracional.

3- Análisis racional

4- Acordar tarea para realizar antes de la siguiente sesión, la cual consistirá en identificar pensamientos consistentes que el paciente crea que son irracionales y que le cause un conflicto.

Sesión 3

**Objetivo:** Que el paciente sea capaz de modificar su visión acerca de sus problemas particulares y aprenda una nueva forma de interpretarlos y manejarlos.

Establecer tarea la cual consistirá en analizar lo debatido en sesión y aplicarse si se presenta la situación.

1. Revisión de tarea
2. Continuar con el análisis racional: Analizar los pensamientos y debatirlos en sesión.

Sesión 4

**Objetivo:**

Que el paciente logre identificar en sus aspectos personales qué tipos de conductas presenta con mayor frecuencia. En los diferentes tipos de relaciones

Introducción al entrenamiento asertivo

Definición de asertividad

Identificación de conductas pasivas y agresivas

Identificación de los diferentes tipos de relaciones (relaciones con iguales, con autoridades o comerciales) y en cuál presenta mayor conflicto.

Establecer tarea la cual consistirá en identificar en su trato con los demás cuáles son los aspectos que le generan mayor ansiedad

Sesión 5

**Objetivo:** Que el paciente identifique las características de su lenguaje no verbal y sea capaz de modificarlo.

Identificación de la conducta no verbal:

Importancia de la conducta o lenguaje no verbal, cómo afecta nuestras relaciones interpersonales y la comunicación

Realizar role playing para identificar las características del lenguaje no verbal.

Establecer tarea, la cual consistirá en aplicar en su vida cotidiana los aspectos vistos en sesión sobre el lenguaje no verbal.

## Sesión 6

Objetivo: Que el paciente analice y comprenda los derechos así como ser capaz de aplicarlos en su vida, a través de la aceptación de ellos mediante el debate de los mismos.

Introducción a los derechos asertivos:

Importancia de conocer y aplicar derechos

Identificar cuál o cuáles de los derechos no se es capaz de aplicar

Analizar por qué no pueden aplicarse o aceptarse, cuáles son las creencias irracionales al respecto

Practicar ejercicio de imaginación en la aplicación eficiente de los derechos

Establecer tarea la cual consistirá en identificar aspectos de su vida real en donde detecte que hay conflicto

## Sesión 7

Objetivo: de las sesiones 7 y 8: que el paciente aprenda las técnicas y sea capaz de identificar fallas en su forma de comunicarse así como aplicar las mismas en su vida cotidiana con el fin de reducir la ansiedad y mejorar sus relaciones interpersonales.

Técnicas asertivas :

Hacer y rehusar peticiones, por qué es difícil decir no o pedir algo a los demás por qué es importante y cómo lograrlo

Hacer declaraciones sin explicación. La importancia del derecho a decidir personalmente lo que se desea sin tener que justificarse

Disco rayado

Banco de niebla

Compromiso viable

Ejercicio de role playing con las técnicas descritas

Establecer tarea la cual consistirá en aplicar las técnicas vistas en sus relaciones interpersonales cotidianas

Sesión 8

Continuación de las técnicas asertivas:

Libre información

Aserción negativa

Autorevelación

Ejercicio de role playing con las técnicas descritas

5. Establecer tarea la cual consistirá en aplicar las técnicas vistas en su vida cotidiana.

Sesión 9

Objetivo: Que el paciente al haber integrado los elementos anteriores sea capaz de plantearse soluciones a problemas específicos y asuma la responsabilidad de sus decisiones y conductas.

Solución de problemas:

Enlistar y jerarquizar problemas

Generar metas positivas

Idear alternativas de solución

Seleccionar una alternativa de solución

Analizar esa selección

Debatir junto con el paciente los pros y contras de la misma

Establecer tarea que consistirá en poner en práctica la alternativa seleccionada.

Sesión 10

Objetivo: En esta sesión se evaluaron los resultados de las alternativas de solución puestas en práctica mediante la discusión verbal con el paciente.

sesión 11

Objetivo: Aplicación del post-test y explicación al paciente de que se le hará un seguimiento a tres meses para lo cuál se le citará en el horario adecuado para él.

sesión 12

Objetivo: Aplicación de instrumentos de seguimiento.