



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

---

---

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA  
SISTEMA DE UNIVERSIDAD ABIERTA**

“INFLUENCIA DE UN TALLER DE HABILIDADES SOCIALES  
EN UNA POBLACIÓN DIAGNOSTICADA CON ESQUIZOFRENIA  
AL INTERIOR DEL  
CENTRO DE ASISTENCIA E INTEGRACIÓN SOCIAL,  
CUEMANCO”

**T E S I S**  
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA  
P R E S E N T A :

ISAAC RAMÍREZ GÓMEZ

ASESORA: MTRA. KARINA BEATRIZ TORRES MALDONADO  
REVISORES: MTRA. PATRICIA PAZ DE BUEN RODRÍGUEZ  
MTRA. INDA SÁENZ ROMERO  
MTRA. GABRIELA ROMERO GARCÍA  
MTRA. YOLANDA BERNAL ÁLVAREZ  
ASESOR ESTADÍSTICO: LIC. MA. DE LOURDES MONROY TELLO



CIUDAD UNIVERSITARIA  
CDMX

MAYO DE 2016.



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.

*“Si hablas con Dios, estás rezando,  
si Dios te habla, tienes esquizofrenia”*

*Thomas Szaz*

*“No sé si me han entendido,  
una vez más hablo sobre mi enfermedad (SIC)  
estoy en una situación crítica.  
No se si me han entendido, pero parece que no.  
me asaltan las crisis.  
estoy convencido de mi realidad ¿cuál?  
esa la del satélite.  
para mi es mi realidad  
para Ustedes  
una enfermedad Mental  
¿correcto?”  
M.F.F.L.*

*(Fragmento de una carta de una persona  
con diagnóstico de esquizofrenia).*

Este trabajo fue posible gracias a la intervención de las siguientes Instituciones y personas a quienes doy un agradecimiento por ello:

Secretaría de Desarrollo Social en Gobierno del Distrito Federal,  
Instituto de Asistencia e Integración Social (IASIS).

Centros de Asistencia e Integración Social (CAIS), en especial al:

Centro de Asistencia e Integración Social Cuemanco.  
Directora Lic. Perla Xóchitl Ortiz Romero.  
Director Técnico Lic. Diego Hernández.  
Psic. David Pérez Monter.

Centro de Asistencia e Integración Social Cascada.

Centro de Asistencia e Integración Social Coruña.  
Mtro. en Psicoanálisis Israel Rincón Cabrera.  
Psic. Paulina Sofía Tovar Reyes.

Hospital Sanatorio Psiquiátrico del Carmen, S.A. de C. V.  
Directora Dra. Dalia Martínez Romero.  
Psic. Melina Ivonne Macías López.  
Psic. Bethel Berenice Valerio Vidal.  
Psic. Rodrigo Cárcamo Sierra.

Al Psic. Miguel Ángel Ordoñez Maciel.

A mi compañera y amiga:  
Lic. en Educación Especial  
Claudia Lorena Rosales Gutiérrez.

A mi muy querido  
Mtro. Cristhian Alexander Hochmann Hurf.

Y desde luego  
a cada una de las personas que participaron en el  
Taller de Habilidades Sociales.

## Índice

<b>Resumen</b> .....	-X-
<b>Introducción</b> .....	-XI-
<b>I. Esquizofrenia</b>	
1. Antecedentes históricos.....	- 2-
2. Dificultades en el desarrollo del constructo de “Esquizofrenia”.....	- 3-
3. Epidemiología.....	- 6-
4. Caracterización de la esquizofrenia. ....	-10-
A. Desarrollo y curso de la esquizofrenia.....	-10-
B. Síntomas característicos de la esquizofrenia.....	-11-
C. Subtipos de esquizofrenia.....	-14-
D. Diagnóstico diferencial.....	-16-
E. Comorbilidad.....	-17-
F. Situaciones especiales (consumo de sustancias, suicidio, conducta violenta, depresión).....	-17-
G. Factores de riesgo y pronóstico.....	-18-
5. Etiología.....	-23-
A. Aspecto genético.....	-23-
B. Hallazgos neuroquímicos.....	-23-
C. Hipótesis del neurodesarrollo.....	-24-
D. Neuroimagen estructural.....	-24-
E. Neuroimagen funcional.....	-24-
F. Electroencefalografía.....	-24-
G. Potenciales evocados .....	-24-
H. Cambios en la estructura del cerebro.....	-25-
I. Interpretaciones psicológicas de la esquizofrenia.....	-25-
J. Interpretaciones desde la perspectiva social.....	-32-
6. Deterioros ocasionados por la esquizofrenia.....	-33-
A. Deterioro en aspecto psicomotor.....	-33-
B. Deterioro en aspecto cognoscitivo.....	-33-
C. Deterioro en el aspecto socio-afectivo.....	-35-
<b>II. Habilidades sociales</b>	
1. Definición.....	-37-
2. Importancia de las habilidades sociales.....	-38-
3. Tipos de habilidades sociales.....	-39-
4. Desarrollo de las habilidades sociales.....	-42-
A. Influencia de la familia (padre/madre, hermanos).....	-44-
5. Problemas en el desarrollo de las habilidades sociales.....	-45-
6. Habilidades sociales y esquizofrenia.....	-46-
7. Entrenamiento de las habilidades sociales.....	-47-

### III. Rehabilitación psicosocial y esquizofrenia

1. La rehabilitación.....	-50-
A. Reseña histórica de la rehabilitación.....	-50-
B. La rehabilitación en la esquizofrenia.....	-51-
C. Tratamiento en situaciones especiales (trastornos por uso de sustancias, suicidio, violencia, síntomas depresivos, pacientes sin hogar).....	-53-
D. Tratamiento farmacológico.....	-54-
E. Terapia electroconvulsiva.....	-55-
2. Tratamiento psicológico.....	-55-
A. Tratamientos psicológicos y su eficacia.....	-52-
3. Rehabilitación psicosocial en la esquizofrenia.....	-59-
A. Definición y objetivos.....	-60-
B. Áreas de atención psicosocial.....	-60-
C. Modelos de habilidades sociales.....	-61-
D. Estudios de intervenciones psicosociales en personas con esquizofrenia.....	-61-
E. Etapas del proceso de rehabilitación psicosocial.....	-63-
F. Metodología y estrategias de intervención.....	-64-
G. Intervenciones de apoyo a la familia y entornos residenciales comunitarios.....	-70-

### IV. Método

1. Justificación del problema.....	-72-
2. Preguntas de investigación.....	-73-
3. Objetivos.....	-73-
4. Hipótesis de investigación.....	-73-
5. Definición conceptual y operacional de variables.....	-74-
A. Variables de clasificación.....	-74-
B. Variable independiente.....	-74-
C. Variable dependiente.....	-75-
6. Criterios de inclusión de los participantes.....	-76-
7. Participantes.....	-76-
8. Tipo de investigación.....	-76-
9. Diseño de investigación.....	-76-
10. Contexto de escenario.....	-77-
11. Estrategia o procedimiento.....	-77-
12. Tipo de estudio.....	-78-
13. Instrumentos.....	-78-
A. Instrumento cualitativo.....	-79-
B. Instrumento cuantitativo.....	-80-
14. Análisis de los datos.....	-84-
A. Aspecto cualitativo.....	-84-
B. Aspecto cuantitativo.....	-84-

## **V. Resultados**

1. Descripción de características de la muestra.....	-86-
2. Perfil descriptivo de habilidades sociales.....	-88-
3. Resultados cualitativos.....	-88-
A. Factor 1. Habilidades elementales para actuar.....	-90-
B. Factor 2. Habilidades para iniciaciones sociales.....	-92-
C. Factor 3. Habilidades para entablar conversaciones.....	-94-
D. Factor 4. Habilidades para afrontar problemas interpersonales.....	-96-
E. Análisis cualitativo general.....	-98-
4. Resultados cuantitativos.....	-99-
5. Obstáculos ocurridos durante las sesiones.....	-107-
6. Comparación de resultados: aspectos cuantitativo-cualitativo.....	-110-

## **VI. Discusión**

1. Acerca del instrumento cuantitativo.....	-112-
2. Acerca de los factores y la capacidad cognitiva requerida.....	-112-
3. Acerca de las sesiones.....	-113-
4. Limitaciones del taller.....	-113-

<b>Conclusiones</b> .....	-115-
---------------------------	-------

.

<b>Referencias</b> .....	-118-
--------------------------	-------

## **Anexos**

Anexo 1: Constancia de impartición del taller.....	-134-
Anexo 2: Registro para Análisis Cualitativo .....	-135-
Anexo 3: Cuestionario de Habilidades Sociales.....	-136-
Anexo 4: Guía de apoyo a usuarios.....	-138-
Anexo 5: Taller de Habilidades Sociales.....	-139-
Anexo 6: Bitácora de Taller de Habilidades Sociales.....	-202-

## Índice de gráficas

Figura #1	Egresos hospitalarios de pacientes con esquizofrenia, 2000-2010.....	-7-
Figura #2	Egresos hospitalarios de pacientes con esquizofrenia, 2010-2015.....	-8-
Figura #3	Motivo de egreso hospitalario de pacientes diagnosticados con esquizofrenia.....	-9-
Figura #4	Participantes de acuerdo al sexo.....	-86-
Figura #5	Participantes por rango de edad.....	-87-
Figura #6	Participantes por estado civil.....	-87-
Figura #7	Factor 1: Habilidades elementales para interactuar: Participación.....	-90-
Figura #8	Factor 1: Habilidades elementales para interactuar: Comprensión de instrucciones.....	-90-
Figura #9	Factor 1: Habilidades elementales para interactuar: Manifestación de la conducta.....	-90-
Figura #10	Factor 1: Habilidades elementales para interactuar: Nivel de cumplimiento del objetivo.....	-90-
Figura #11	Factor 2: Habilidades para iniciaciones sociales: Participación.....	-92-
Figura #12	Factor 2: Habilidades para iniciaciones sociales: Comprensión de instrucciones.....	-92-
Figura #13	Factor 2: Habilidades para iniciaciones sociales: Manifestación de la conducta.....	-92-
Figura #14	Factor 2: Habilidades para iniciaciones sociales: Nivel de cumplimiento del objetivo.....	-92-
Figura #15	Factor 3: Habilidades para entablar conversaciones: Participación.....	-94-
Figura #16	Factor 3: Habilidades para entablar conversaciones: Comprensión de instrucciones.....	-94-
Figura #17	Factor 3: Habilidades para entablar conversaciones: Manifestación de la conducta.....	-94-

Figura #18	Factor 3: Habilidades para entablar conversaciones: Nivel de cumplimiento del objetivo.....	-94-
Figura #19	Factor 4: Habilidades para afrontar problemas interpersonales: Participación.....	-96-
Figura #20	Factor 4: Habilidades para afrontar problemas interpersonales: Comprensión de instrucciones.....	-96-
Figura #21	Factor 4: Habilidades para afrontar problemas interpersonales: Manifestación de la conducta.....	-96-
Figura #22	Factor 4: Habilidades para afrontar problemas interpersonales: Nivel de cumplimiento del objetivo.....	-96-
Figura #23	Análisis cualitativo general Participación.....	-98-
Figura #24	Análisis cualitativo general Comprensión de instrucciones.....	-98-
Figura #25	Análisis cualitativo general Manifestación de la conducta.....	-98-
Figura #26	Análisis cualitativo general Nivel de cumplimiento del objetivo.....	-98-
Figura #27	Habilidades elementales para interactuar Media ( $\bar{x}$ ).....	-101-
Figura #28	Habilidades elementales para interactuar Desviación estándar (s).....	-102-
Figura #29	Habilidades para iniciaciones sociales Media ( $\bar{x}$ ).....	-102-
Figura #30	Habilidades para iniciaciones sociales Desviación estándar (s).....	-103-
Figura #31	Habilidades para entablar conversaciones Media ( $\bar{x}$ ).....	-104-
Figura #32	Habilidades para entablar conversaciones Desviación estándar (s).....	-104-
Figura #33	Habilidades para afrontar problemas interpersonales Media ( $\bar{x}$ ).....	-105-

Figura #34	Habilidades para afrontar problemas interpersonales	
	Desviación estándar (s).....	-106-
Figura #35	Comparación de los cuatro factores	
	Media ( $\bar{x}$ ).....	-106-

### Índice de tablas

Tabla #1	Atención a problemas de salud mental.....	-72-
Tabla #2	Costo anual estimado en Institución pública y privada.....	-72-
Tabla #3	Sesiones del taller de habilidades sociales.....	-78-
Tabla #4	Dimensiones del taller.....	-79-
Tabla #5	Aspectos y criterios considerados para evaluación cualitativa....	-80-
Tabla #6	Categorías del Instrumento de habilidades sociales.....	-81-
Tabla #7	Factores teóricos de instrumento adaptado de Monjas, 1993	
	Resultado con 100 personas.....	-82-
Tabla #8	Factores encontrados	
	Resultado con 100 personas.....	-83-
Tabla #9	Factores propuestos	
	(Con 100 personas).....	-83-
Tabla #10	Registro para el Análisis Cualitativo: Resultado de	
	observaciones.....	-89-
Tabla #11	Reactivos del instrumento. Primer factor.....	-99-
Tabla #12	Reactivos del instrumento. Segundo factor.....	-100-
Tabla #13	Reactivos del instrumento. Tercer factor.....	-100-
Tabla #14	Reactivos del instrumento. Cuarto factor.....	-100-
Tabla #15	Habilidades elementales para interactuar.....	-101-
Tabla #16	Habilidades para iniciaciones sociales.....	-102-
Tabla #17	Habilidades para entablar conversaciones.....	-103-
Tabla #18	Habilidades para afrontar problemas interpersonales.....	-105-

## Resumen

Este trabajo presenta los resultados obtenidos, en una población diagnosticada con esquizofrenia, tras su participación en un taller de Habilidades Sociales, el cual fue adaptado del “*Programa de Enseñanza de Habilidades de Interacción Social (PEHIS) para niños y niñas en edad escolar*” (Monjas, 2002) . El objetivo de éste, fue incrementar su nivel de habilidades básicas de interacción social, hacer amistades, habilidades conversacionales, las relacionadas con los sentimientos y emociones, y en la resolución de conflictos interpersonales. Las actividades se realizaron en 15 sesiones (dos sesiones por semana, con una duración de alrededor de 60 minutos).

El taller fue impartido en el Centro de Asistencia e Integración Social (CAIS), unidad Cuemanco, dependiente del Instituto de Asistencia e Integración Social (IASIS), Secretaría de Desarrollo Social en el Gobierno del Distrito Federal, albergue que atiende a alrededor de 300 personas con trastornos mentales crónicos.

Participó un grupo de veinte personas, con quienes se llevó un registro individual de sus respuestas conductuales, además de un diseño cuasi-experimental de comparación con pretest-postest. Se hizo un análisis cualitativo y uno cuantitativo. Los resultados reportaron diferencias: el cuantitativo, mostró diferencias estadísticamente no significativas; el cualitativo, informó avances favorables arriba del 60% en los aspectos registrados.

## Introducción

“Locura”, “poseído” o “loco de remate”, son palabras que a lo largo de la historia han sido adjetivos coloquiales que han descrito a los trastornos de la mente, en específico de la esquizofrenia.

De acuerdo con Martínez (2010), la esquizofrenia es una enfermedad mental caracterizada por manifestaciones psicóticas que obstaculizan la relación social y laboral además de alteraciones en múltiples procesos psicológicos: atención, afectividad, voluntad sentido del yo, conducta psicomotora, contenido, curso del pensamiento y del lenguaje.

A nivel mundial, hacia el año 2013, este padecimiento tuvo una prevalencia de un 0.3% a 0.7% por cada 10 000 personas (American Psychiatric Association, 2013).

Socialmente, una persona con esquizofrenia, muestra deterioro en su interacción con las demás personas, empezando desde su familia, además de serias dificultades en el ámbito escolar y laboral. Dichos problemas de interacción están presentes durante las tres fases del desarrollo de la enfermedad: prodrómica (antes de la presencia de síntomas psicóticos), activa y residual. De ahí, el interés por realizar una intervención en el área psicosocial, a través de un taller de habilidades sociales, que contribuyera al incremento de las habilidades básicas de interacción social, habilidades para la conversación y para resolver problemas con las demás personas y que a su vez favoreciera el proceso de rehabilitación de esta población.

En el primer capítulo de este trabajo se define qué es la esquizofrenia, ahondando en la historia del surgimiento de este término y las dificultades para su conceptualización, hasta el término actual de “espectro de esquizofrenia” como se define en el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-5* (2013).

El segundo capítulo trata de las *habilidades sociales*, su desarrollo y las dificultades en el área social que presentan las personas con algún trastorno mental.

En el tercer capítulo se aborda la rehabilitación psicosocial de las personas diagnosticadas con esquizofrenia. Se inicia haciendo la revisión de los diferentes tipos de tratamientos

(farmacológico, terapia electroconvulsiva), desde luego se ahonda en los tratamientos psicológicos y los que mejores resultados han tenido. Al final se presentan diferentes tipos de intervenciones psicosociales en personas que padecen esquizofrenia.

El taller de Habilidades Sociales fue impartido en el Centro de Asistencia e Integración Social, Cuemanco, albergue que atiende a personas de más de 18 años con problemas severos de salud mental, que se encuentran en abandono social y cuentan con poco o ningún apoyo familiar. Dicho taller fue elaborado con fundamento Cognitivo Conductual, que es la corriente psicológica que mejores resultados ha reportado en el tratamiento de la esquizofrenia y fue adaptado del taller realizado por Monjas (2002).

Considerando las características de la población que tomó el taller (bajos niveles de atención y comprensión, pobreza del discurso, embotamiento afectivo, ideas delirantes o alucinaciones), se realizó un análisis cualitativo y uno cuantitativo. Para este último, el instrumento para medir las habilidades sociales, fue la adaptación de Canul (2011) al instrumento original de Monjas (1993). Cabe aclarar que en este trabajo, se hizo una aplicación piloto, en una muestra sin diagnóstico psiquiátrico, para comprobar la confiabilidad de dicho instrumento.

Los resultados cuantitativos y cualitativos mostraron diferencias: los primeros informan que no hubo diferencias significativas mientras que cualitativamente se muestra que hubo avances favorables tras la impartición del taller. En el capítulo de “Resultados” se informa de los datos obtenidos y se hace una comparación entre ambos.

Con la intención de recuperar la calidad humana de la población con que se trabajó se prefirió utilizar el término “persona diagnosticada con esquizofrenia” en lugar de “esquizofrénico”, por la misma razón los nombres de los participantes en el taller fueron omitidos para protección de la identidad de los mismos.

Este trabajo de investigación pretende contribuir en la atención de la población con trastorno mental y ofrecer resultados que permitan avanzar en la rehabilitación en al área social de personas diagnosticadas con esquizofrenia.

# **I. Esquizofrenia**

## I. Esquizofrenia

La esquizofrenia es considerada una enfermedad o trastorno mental incapacitante, debido a su tendencia a afectar, principalmente, a personas adultas, cuyas manifestaciones psicóticas emergen entre los 25 y 35 años además de que se asocia a un deterioro cognoscitivo y social importante (*American Psychiatric Association*, [APA], 2013). Sin embargo, el hablar de esquizofrenia subyace como una tarea ardua, porque no es una enfermedad claramente definida, sino un grupo de síntomas. Por ello, el dar una definición de la esquizofrenia, no sólo lleva a conceptualizar un término, sino a tomar una postura frente a este objeto de estudio, lo cual a su vez, dará pauta para establecer los objetivos y la forma del tratamiento. Luego, por ello, este apartado inicia con los antecedentes históricos en el desarrollo del concepto de la esquizofrenia, asimismo las dificultades existentes en la formación de este constructo, su epidemiología, y posteriormente, la caracterización del padecimiento, teorías que tratan de explicar sus causas y los deterioros que provoca.

### 1. Antecedentes históricos

En la Antigüedad, aunque la esquizofrenia no existía como concepto, las enfermedades mentales se asociaban a pensamientos mágico-religiosos, eran consideradas el producto de la violación de un tabú, de una posesión demoniaca o de la omisión de un ritual. Por lo regular, el enfermo mental vagabundeaba, si era peligroso se encerraba y ataba o recluía en una prisión. Las familias que tenían la posibilidad le asignaban un cuidador personal. En este tiempo, no existían asilos para su tratamiento (Martínez & Tello, 1998).

Durante la Edad Media, las enfermedades mentales iban muy ligadas a aspectos religiosos, las personas enfermas de la mente se relacionaban con el “estar poseídas” por ello, su curación se encomendaba a de los sacerdotes (Rodríguez & Sweet, 1993), si la persona no mejoraba en un lapso de tres meses, el “loco furioso” era encadenado con un collar de hierro al cuello en la cabecera de su cama (Martínez & Tello, 1998).

Las torres de los recintos fortificados de las ciudades surgieron durante los siglos XIV y XV como lugares de detención “para los locos”. En los siglos XII y XIII, surgieron hospitales y hospicios que recibían por igual a indigentes, enfermos o vagabundos, aquí los enfermos mentales eran recibidos más bien, por ser pobres y no debido a la situación de la enfermedad. Es hasta fines del siglo XIV y durante el XV, cuando surgen fundaciones específicas para atender a personas con trastornos mentales, aunque tuvieran objetivos meramente asistenciales (Foucault, 2000).

Ya en la época del Renacimiento se acostumbraba el embarcar a personas con enfermedad mental en naves (“*Nef des Focus*”, *la nave de los locos*) que recorrían principalmente Alemania, como una medida de exclusión (Foucault, 2000).

En el siglo XVII aparece el confinamiento como creación institucional, ya que hay un cambio en la conceptualización de las personas con enfermedad mental, pues históricamente era esencial que las personas se integraran a la fuerza económica, que trabajaran, por lo que la “locura” es percibida en el horizonte de la pobreza, de la incapacidad para trabajar y de integrarse a un grupo. El internamiento surge con un doble equívoco indisoluble, simultáneamente, como un beneficio y como un castigo (Foucault, 2000).

En el siglo XVIII, los reclusorios se multiplicaron y diversificaron, de alguna forma sustituyeron los hospitales generales y cárceles del estado. De igual forma, en Francia se crearon asilos para atender a pordioseros, enfermos, ancianos, prostitutas, sujetos a corrección “irrecuperables” (Postel & Quérel, 1993).

Es en la segunda mitad del siglo XIX (1860), cuando Morel observó a jóvenes de 20 a 30 años con una tendencia a ser insensibles a fenómenos del mundo exterior, luego los nombró *dementes precoces*. Hacia 1871, Hecker, en Alemania, la bautizó como *hebefrenia* haciendo referencia a un “estado demencial de la gente joven”. En 1874, Kahlbaum, los describió como afectos de catatonía o locura con tensión muscular (Martínez & Yannarella, 2010).

A finales de dicho siglo, hacia 1896, Kraepelin la denominó *demencia precoz*, con este concepto se refería a los pacientes que presentaban alucinaciones, delirios, estereotipias y trastornos del afecto. Así mismo, distinguió tres tipos de demencia precoz: la hebefrenia, catatónica y paranoide. Posteriormente Bleuler, en 1911, añadió un cuarto tipo: la esquizofrenia simple. Para éste, los enfermos no eran dementes, sino personas afectadas por un proceso de disociación o disgregación de sus funciones psíquicas que afectaba su capacidad asociativa y su pensamiento. Bleuler fue quien introdujo el término de “esquizofrenia” (Martínez & Yannarella, 2010).

## **2. Dificultades en el desarrollo del constructo de “Esquizofrenia”**

Etimológicamente, la palabra “esquizofrenia” se deriva de las voces griegas: *schizo*: rasgar o separar y *phren*: intelecto o mente, siendo su significado “escisión de la mente y la estabilidad emocional” (Forero, Cortés, Sánchez & Corredor, 2009). Sin embargo, en sí la esquizofrenia no es una entidad nosológica definida, sino que abarca un grupo de enfermedades (Fenichel, 1984), por ello, históricamente, la construcción de término de la esquizofrenia ha enfrentado varias dificultades, partiendo desde la misma concepción de la salud mental, del concepto de enfermedad y de diferentes posturas sociológicas, económicas y culturales.

Hacia 1896, Emil Kraepelin reunió bajo el término de “demencia precoz”, una serie de síndromes psicóticos que antes se trataban por separado. Sin embargo, fue criticado en su intento de establecer su clasificación de los padecimientos mentales; primero porque partió de personas que mostraban un deterioro a partir de la adolescencia y que posteriormente, les llevaba a un estado de debilidad psicológica, por tanto la denominó “demencia precoz”. No obstante, muchos de los síntomas que consideró habían sido tomados de otras enfermedades (catatonía y demencia paranoide), aunque éstas no habían empezado en la adolescencia. La apropiación de los síntomas de la catatonía y la paranoia lo llevaron a enlistar 36 síntomas psíquicos y 19 síntomas físicos, en donde muchos de ellos resultaban opuestos. Por otra parte, muchos de estos pacientes mejoraban. Ante ello, Kraepelin justificaba que dichas personas no tenían “demencia precoz” o que su clasificación era inadecuada y que intentaría establecer otra agrupación de los síntomas (Read, 2006).

Eugen Bleuler (1857-1940), en 1911, introduce el término de “esquizofrenia” para sustituir el de “demencia precoz”. Aunque retomó los trabajos de Kraepelin abandonó la idea de que todos los pacientes con esquizofrenia tenían que acabar sufriendo <<demencia>>. (Read, 2006).

Bleuler consideró que la esquizofrenia era consecuencia de la escisión del pensamiento, emociones y conductas en los pacientes afectados y pensaba que las ideas delirantes, las alucinaciones y perturbaciones conductuales eran “secundarias” porque podían presentarse en otros trastornos. (Caballo, 1995).

Determinó que había cuatro “síntomas fundamentales” exclusivos de la esquizofrenia, las famosas cuatro A de Bleuler: trastornos de las *asociaciones* (la persona opera con ideas y conceptos que no tienen relación), trastornos *afectivos* (tendencia al retraimiento y aplanamiento emocional o afectividad incongruente), *ambivalencia* (presencia simultánea de pensamientos, sentimientos o actitudes contradictorios) y *autismo*. Finalmente, retomó las formas clínicas de Kraepelin: subgrupos paranoide, catatónico y hebefrénico, añadiendo la “forma simple” y la “latente” (Novella, 2010).

Es decir, en un primer momento se buscó un término que englobara una serie de diversos síntomas presentes en diferentes personas. En esta búsqueda, personajes como Kraepelin y Bleuler describen una serie de conductas de las personas que atendían, las cuales son principalmente conductas que rompen con las normas sociales, Kraepelin incluyó comportamientos como “el reír en situaciones serias, impertinencia con la autoridad, ropa sucia, carencia de sentimiento de vergüenza”. Aquí nuevamente, fueron cuestionadas las conductas que establecieron y se puso en tela de juicio respecto a quién determina que tal o cual conducta es aceptable o inaceptable, pues, los críticos de Kraepelin y Bleuler, y en cierto punto de la Psicología también, reconocen que las conductas son calificadas de “inaceptables” por parte de quienes tienen el poder de establecerlas. Entonces, se amplía el problema y se incrementa la dificultad para consolidar el término de la “esquizofrenia”, por un lado quienes tratan de describir una serie de comportamientos que afectan las normas de un grupo social determinado histórica y geográficamente, como elementos para definir un padecimiento y por otro, un grupo de teóricos que cuestiona la legitimidad de las mismas normas sociales. (Read, 2006). Franco Basaglia (1989), por ejemplo, considera que nuestra sociedad no está hecha a la medida del hombre, sino que solamente para algunos hombres que poseen las fuerzas de producción, que quien no responde a este juego social (como los enfermos mentales) son marginados y que el manicomio no sirve para la rehabilitación del enfermo mental sino que su fin último es la marginación de quien rompe el juego social.

Actualmente, gran parte de las instituciones psiquiátricas utilizan el CIE-10, Clasificación Internacional de las Enfermedades, en su décima versión y el DSM-IV, "*Diagnostic and statistical manual of mental disorders*" para establecer el diagnóstico de los pacientes, ambos han sido obras cuyo objetivo es mejorar el diagnóstico y la clasificación de los trastornos mentales. Se presentará una breve reseña histórica de cómo surgieron ambas obras, cuál es el concepto de “esquizofrenia” que proponen, así como cuáles han sido las principales críticas recibidas.

El CIE-10 tiene sus antecedentes desde hace ya varios siglos, se cuenta con datos desde el siglo XVIII, de intentos por hacer una clasificación de las enfermedades como los estudios estadísticos de John Graunt en Londres. A comienzos del siglo XIX, la clasificación de enfermedades más común fue la de William Cullen (1785) (Historia del desarrollo del CIE, s.f.).

En 1853 se realiza el primer Congreso Internacional de Estadística en Bruselas, donde de encomendó a William Farr y a Marc d'Espine (de Ginebra) que prepararan un informe de causas de defunción aplicable a nivel internacional. En el Congreso de París, ambos presentan su lista, pero basadas en principios diferentes: William Farr dividió en cinco grupos a las enfermedades y Marc d'Espine clasificó a las mismas, de acuerdo a su naturaleza. Sin embargo, en el Congreso se concilió ambas lista en 139 rúbricas (Historia del desarrollo del CIE, s.f.).

En 1891, en Viena, el Instituto de Estadística encarga a Jaques Bertillon (1851-1922), la preparación de una clasificación de casusas de defunción. En 1898, la Asociación Estadounidense de Salud Pública (*American Public Health Association, APHA*) recomienda que los registros civiles de Canadá, México y Estado Unidos adopten la clasificación de Bertillon y sugirió que fuese revisada cada diez años (Historia del desarrollo del CIE, s.f.).

Así, en 1900, se convoca en París, la Primera Conferencia Internacional para la Revisión de la Lista de Bertillon o Lista Internacional de Causas de Defunción. Se reconoció la ventaja de las revisiones decenales. Así, se iniciaron las diferentes revisiones: 1909, 1920, 1929, 1938, 1948 (en Nueva York, en esta revisión, por primera vez, se incluye un apartado de los trastornos mentales), 1955, 1965, 1975 y 1989 (Historia del desarrollo del CIE, s.f.).

El Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM*) fue creado por la Asociación Estadounidense de Psiquiatría (*American Psychiatric Association, APA*), su primera edición (DSM-I) surgió en 1952, como una variante del CIE-6, con el interés de confeccionar una clasificación de trastornos mentales. Posteriormente, ha hecho la revisión y reedición de la misma obra. El DSM-II en 1968, el DSM-III en 1980, DSM-III R 1987, DSM-IV en 1994 y el DSM-IV-TR en el 2000. El DSM-V apareció el 18 de mayo de 2013 y su versión en español en el 2014.

En las diferentes ediciones del DSM se presentan ideas acerca de la esquizofrenia, sin embargo, existen limitaciones en las mismas; por ejemplo: los críticos enfatizan la psicosis como elemento para el diagnóstico de la esquizofrenia, pese a ello, la psicosis no es exclusiva de esta enfermedad, existen otros trastornos que la incluyen tales como: enfermedad de Alzheimer, enfermedad de Huntington, psicosis epiléptica seudoesquizofrénica, demencia vascular, traumatismo cerebral o debido a sustancias tóxicas o alteraciones metabólicas. Es decir, hay una similitud entre los síntomas psicóticos en diferentes trastornos, de forma que centrar el diagnóstico de la esquizofrenia en la psicosis puede ser erróneo (Tsuang, 2003).

Una segunda limitación es que el DSM-IV maneja a la esquizofrenia como una categoría discreta en vez de considerarla con una dimensión cuantitativa, esto es: la esquizofrenia inicia con la aparición de los síntomas, antes de ello la persona no puede recibir ningún diagnóstico psiquiátrico y por ende, ningún tratamiento. Una vez que se presentan, por lo menos dos de los síntomas, en el tiempo establecido en el DSM-IV es cuando se puede asegurar que existe una persona con esquizofrenia (Tsuang, 2003). Lo anterior, crea una serie de dificultades: por un lado, la enfermedad de la esquizofrenia no se presenta de un día para otro, previamente se manifiestan una serie de síntomas que, en combinación con los factores ambientales puede llevar a la persona a la esquizofrenia. Una crítica más es que el DSM-IV indica que para hacer el diagnóstico, la persona puede presentar por lo

menos dos de los cinco síntomas, o incluso uno, si la persona manifiesta ideas delirantes extrañas, alucinaciones o lenguaje desorganizado (*American Psychiatric Association, [APA], 2000; 2013*). Si se hace la combinación de los síntomas se obtienen alrededor de veintinueve posibles resultados (personas que presenten dos síntomas, tres, cuatro o los cinco), lo cual indicaría que treinta y cuatro personas, con manifestaciones diferentes, aunque algunas de ellas parecidas, recibirían el mismo diagnóstico: esquizofrenia (Read, 2006).

Finalmente, el DSM ha sido criticado por disociar los criterios diagnósticos de la especulación acerca de su etiología. Tsuang (2003) considera que el tratamiento farmacológico, con la introducción de antipsicóticos ha fortalecido esta idea, pues se ha centrado en aliviar los síntomas, no el corregir causas específicas del trastorno, ni tampoco la prevención de su inicio. Para el mismo autor, el trastorno de la esquizofrenia comienza antes del inicio de la psicosis y se manifiesta biológicamente, de formas características, el identificar el estado premórbido permite generar mejores estrategias de intervención.

Pese a las opiniones anteriores, desde el campo práctico, es necesario el contar con elementos para la atención de las personas con trastornos mentales, dado que es distinto hacer disertaciones desde el punto de vista teórico, a proporcionar atención a una persona con trastorno mental dentro de la familia o hacerlo al interior de una institución psiquiátrica. Por ello, para este trabajo se considera que la esquizofrenia constituye un síndrome heterogéneo, un conjunto de síntomas que afectan aspectos cognoscitivos, emocionales y del comportamiento en la persona con esquizofrenia a quien se puede definir como:

(...) aquel cuya sintomatología esencial es la presencia de manifestaciones psicóticas que comprometen la actividad social y laboral por una parte, así como la manifestación de alteraciones de múltiples procesos psicológicos: atención, afectividad, voluntad, sentido del Yo, conducta psicomotora, contenido, curso del pensamiento y en consecuencia del lenguaje (Martínez & Yannarella, 2010, p. 373).

### **3. Epidemiología**

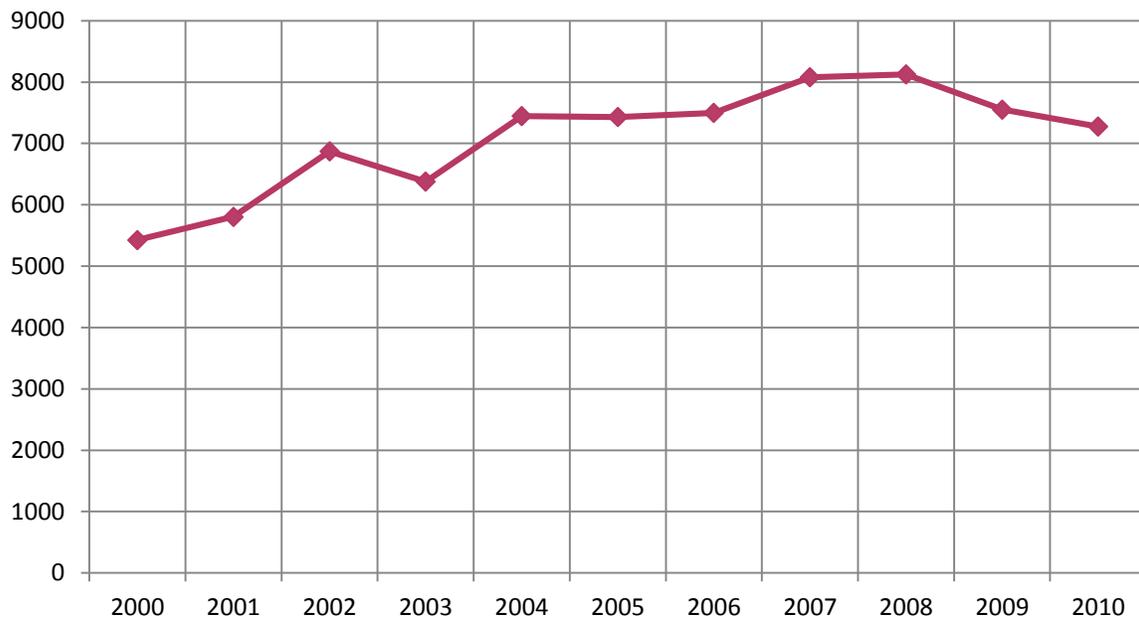
Hacia 1980 se reportaba que en los continentes de Europa y Asia, la prevalencia de esquizofrenia era del 0.2% a casi 1% (*American Psychiatric Association, 1980*); en el año 2000, a nivel mundial, se reportó una prevalencia entre adultos del 0.5 al 1.5% aunque la incidencia anual estuvo ubicada en el rango del 0.5 al 5.0 por cada 10 000 (APA, 2000). Sin embargo, en 2013 la prevalencia aparentemente disminuyó pasando de un 0.3% a 0.7% (APA, 2013).

A nivel mundial, considerando los datos de la Organización Mundial de la Salud, aproximadamente, 450 millones de personas se encuentran afectadas en su salud mental, 51 millones de ellas sufren esquizofrenia y 81 millones algún tipo de demencia, la discapacidad mundial llega al 31% (Salgado, 2012).

En nuestro país, hacia 1994, la Encuesta Nacional en Hogares del Instituto Mexicano de Psiquiatría reportó que personas con una probable esquizofrenia se presentaron en una de cada cien personas y la Secretaría de Salud afirmó, que México tenía alrededor de un millón de personas que sufrían de esquizofrenia, enfermedad que ocupó el sexto lugar entre los trastornos psiquiátricos, (Secretaría de Salud, 2001).

De acuerdo con las estadísticas del IMSS, en sus hospitales se internan anualmente, 450 mil personas por trastornos mentales, 80 mil de ellos con esquizofrenia. De ellos, el 80% buscan atención psiquiátrica después de 10 años de haber presentado los síntomas, cuando ya la enfermedad tiene un avance crónico. Los costos para dar la atención a pacientes varían de 30 mil a 100 mil pesos al año, (Milenio, 2012). En el año 2013, dentro de la Clínica 23 del IMSS, que atiende situaciones relacionadas con trastornos mentales, fueron atendidos en un cuatrimestre, cincuenta casos, 35 hombres y 15 mujeres, se calcula que anualmente, son dados de alta 20 personas<sup>1</sup>.

La cantidad de **egresos hospitalarios** de Instituciones de Salud (Secretaría de Salud, IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA, SECMA) de personas diagnosticadas con esquizofrenia, ha variado en los últimos años. En la figura #1, se observa que la cantidad de personas egresadas, ha incrementado del año 2000 al 2010, con algunos declives entre los diferentes años (Sistema Nacional de Información en Salud <<SINAIS>> & Dirección General de Información en Salud, <<DGIS>>, 2016).



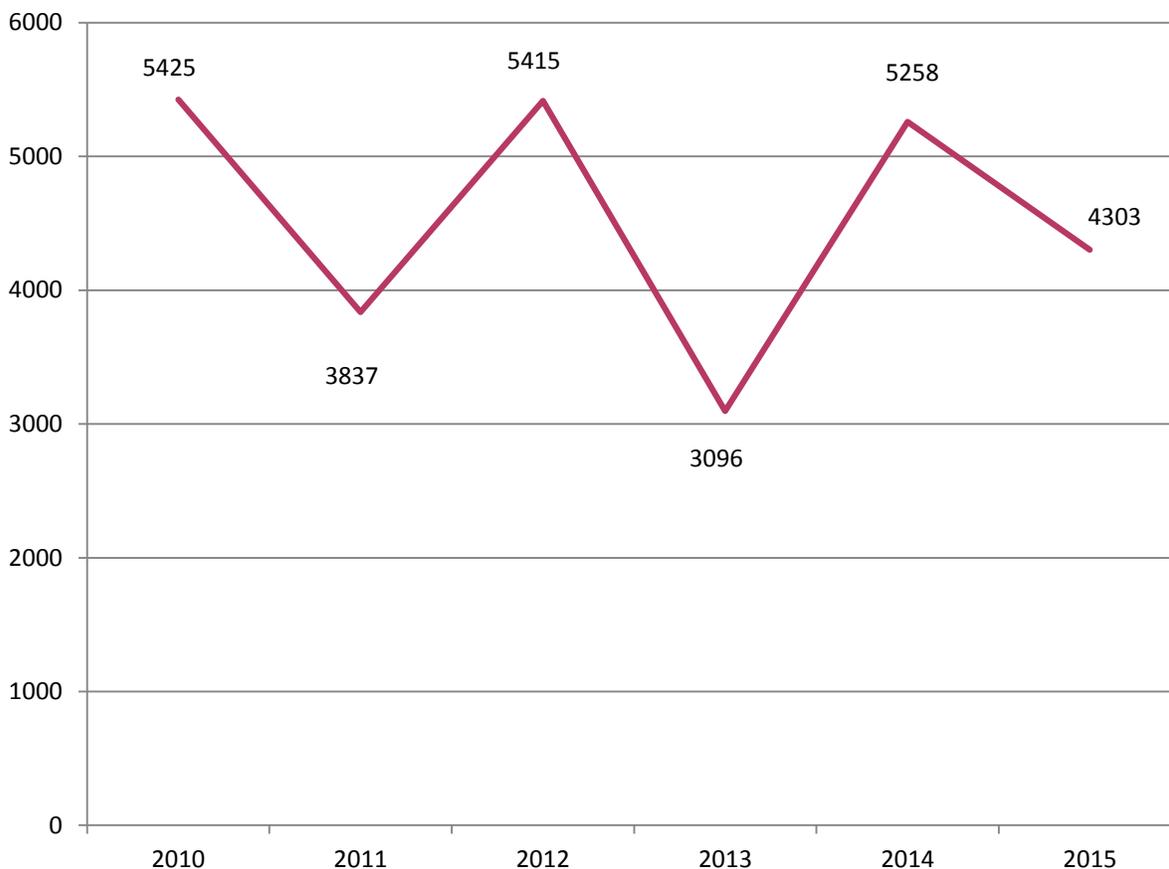
**Figura #1**  
**Egresos hospitalarios**  
**de pacientes con esquizofrenia, 2000-2010**

Secretaría de Salud, Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud,  
Dirección General de Epidemiología, (2012)

Del año 2010 al 2015 ha tenido los siguientes cambios: en el 2010 hubo 5425 egresos, en el 2011 baja a 3837, se incrementa a 5415 en el 2012 y nuevamente baja a 3096 en el 2013. Hacia el año 2014, se incrementa notablemente con 5258 y vuelve a reducirse en el 2015 con 4303. Llama la atención, como se observa en la Figura #2, la fluctuación que se da de un año a otro: primero se incrementarse la cantidad de egresos y al siguiente año se reduce

<sup>1</sup> Datos proporcionados por Clínica 23 del IMSS, 2014.

la misma (Sistema Nacional de Información en Salud <<SINAIS>> & Dirección General de Información en Salud, <<DGIS>>, 2016).



**Figura #2**  
**Egresos hospitalarios**  
**de pacientes con esquizofrenia, 2010-2015**

Respecto a los **motivos de los egresos**, se enlistan siete causas: por curación, mejoría, voluntario, pase a otro hospital, defunción, otro motivo y por causa no especificada. El principal motivo de egreso es por “mejoría”, seguido de “egreso voluntario”. En la Figura #3 se observa la gráfica que muestra que son muy pocas las personas que egresan “por curación”, con excepción del año 2015 donde se reportan 1245 personas, contra, por ejemplo, 7 personas en el 2014 ó 3 en el 2013. (Sistema Nacional de Información en Salud <<SINAIS>> & Dirección General de Información en Salud, <<DGIS>>, 2016).



**Figura # 3**  
**Motivo de egreso hospitalario**  
**de pacientes diagnosticados con esquizofrenia**

**Geográficamente**, la esquizofrenia se ha distribuido de diferente forma en las diferentes entidades de nuestro país: en el **2010**, se reportan mayores egresos en la Ciudad de México (1654 egresos), seguido muy por debajo de Sonora (396), Yucatán (275), Jalisco (251), Oaxaca (244), Tamaulipas (232). En el **2011**, los estados con más egresos hospitalarios de personas con esquizofrenia fueron: Sonora (403), Chihuahua (381), Jalisco (246), Oaxaca (223), Yucatán (298), (Sistema Nacional de Información en Salud (Sistema Nacional de Información en Salud <<SINAIS>> & Dirección General de Información en Salud, <<DGIS>>, 2016).

Hacia el **2012** nuevamente, la Ciudad de México predomina (1576), seguido de Sonora (418), Oaxaca (301), Jalisco (253), Yucatán (252) y Veracruz (247) (Sistema Nacional de Información en Salud <<SINAIS>> & Dirección General de Información en Salud, <<DGIS>>, 2016).

En el **2013**, se encuentra a la cabeza Sonora (416), Jalisco (239), Veracruz (206), Tamaulipas (200), Oaxaca (196), Yucatán (180) En el **2014** los estados se ordenaron de la siguiente forma: Ciudad de México (1509), Sonora (412), Chihuahua (348) , Jalisco (303), Yucatán (246), Oaxaca (244) y en el **2015**: Ciudad de México (1119), Sonora, (308) y Jalisco (291), Chihuahua, (272), Veracruz (219), Yucatán) (Sistema Nacional de Información en Salud <<SINAIS>> & Dirección General de Información en Salud, <<DGIS>>, 2016).

Así mismo, han existido entidades donde no se han reportado egresos de hospitales: Baja California y Morelos en 2010, Querétaro en el 2011, Morelos en 2012, Baja California,

Colima y Morelos en 2013, en 2014 y 2015, Nayarit. (Sistema Nacional de Información en Salud <<SINAIS>> & Dirección General de Información en Salud, <<DGIS>>, 2016).

En resumen, en México, de acuerdo a los datos oficiales, la esquizofrenia mostró un incremento, en la cantidad de egresos, del año 2000 hasta el año 2008, año en el que empezó a disminuir el mismo. Del año 2010 al 2015, la razón principal de egreso de hospitales fue por “Mejoría” sobre otros motivos como son: “Curación del padecimiento”, “Retiro voluntario”, “Traslado a otro hospital”, “Defunción” u “Otros”.

En el siguiente apartado, se describirán el desarrollo y curso de la esquizofrenia, sus síntomas característicos, los subtipos de la misma, la comorbilidad y situaciones especiales que pueden presentarse como el consumo de sustancias, suicidio, conducta violenta o depresión.

#### **4. Caracterización de la esquizofrenia**

Aunque, lo más característico de la esquizofrenia suelen ser los síntomas psicóticos tales como las alucinaciones e ideas delirantes, existen otros síntomas y características para quienes manifiestan esta enfermedad. De hecho, se sabe que la persona con esquizofrenia muestra una serie de síntomas previos al desarrollo de dicho padecimiento. A continuación, se presenta cómo evoluciona la esquizofrenia y cuáles son sus síntomas (positivos y negativos).

##### **A. Desarrollo y curso de la esquizofrenia**

En la esquizofrenia se pueden distinguir tres fases de desarrollo:

La **fase prodrómica**: caracterizada por el lento y gradual, desarrollo de signos y síntomas como el aislamiento social, pérdida de interés por estudios o trabajo, descuido de la higiene y aseo, comportamiento extraño y explosiones de ira. Por lo regular, primero se presentan los síntomas negativos y después, los positivos. La mitad de los individuos suele quejarse de síntomas depresivos (APA, 2000, 2013).

La **fase activa**: es donde hay predominio de síntomas psicóticos, ideas delirantes, pérdida de la capacidad asociativa, incoherencia, pobreza del contenido del lenguaje, pensamiento ilógico, conducta catatónica o gravemente desorganizada. En esta fase, se producen deterioros y alteraciones en la cognición. (APA, 1980).

La **fase residual**: es similar a la fase prodrómica, sin embargo, hay predominio de embotamiento o derrumbamiento afectivo y deterioro de la actividad. Aunque, aquí también se presentan síntomas psicóticos, ya no se acompañan de vivencia afectiva intensa.

Es difícil hacer la predicción del curso y evolución de la esquizofrenia. Se calcula que un 20% de las personas diagnosticadas con esquizofrenia tienen un curso favorable, un pequeño número de individuos reportan recuperarse completamente, sin embargo, el resto de las personas requerirá vivir con el apoyo de otras personas y permanecerán crónicamente enfermos con exacerbaciones y remisiones de síntomas activos, mientras otros tienen un deterioro progresivo. Por lo general, los síntomas negativos tienden a ser más persistentes que los síntomas positivos. Las deficiencias cognitivas asociadas a la enfermedad pueden no mejorar durante el curso de la misma (APA 2013).

## **B. Síntomas característicos de la esquizofrenia**

Los síntomas de la esquizofrenia se han dividido en dos clases: síntomas positivos y síntomas negativos. Los términos *positivo* y *negativo* no se refieren a que unos sean benéficos y los otros no, estos términos fueron usados por primera vez, por Sir J. R. Reynolds para referirse a signos independientes y fueron agrupados por el neurólogo inglés Hughlings Jackson (Berrios & Quemada, 1996), quien consideró que el cerebro tiene una estructura jerárquica, donde unas estructuras tienen más evolución que otras. De acuerdo a este modelo, los síntomas negativos son una manifestación directa de la enfermedad que altera estructuras cerebrales más evolucionadas y los síntomas psicóticos o positivos provienen de la actividad de estructuras inferiores (Ortuño & Pedreño, 2010). En resumen, los síntomas positivos reflejan un exceso o distorsión de las funciones mentales y los negativos muestran una disminución o pérdida de las mismas funciones (Secretaría de Salubridad y Asistencia, 2002).

El DSM-V utiliza los síntomas positivos y negativos como elementos para diagnosticar la esquizofrenia, pues considera la presencia, durante por lo menos un mes, de dos (o más) de los siguientes síntomas: delirios, alucinaciones, desorganización del lenguaje, desorganización grave o catatónico y síntomas negativos, por ejemplo, aplanamiento afectivo, alogia o abulia (APA, 2013). A continuación, se revisará cada uno de ellos.

### **a) Síntomas positivos**

Dentro de los síntomas positivos se encuentran las alucinaciones, las ideas delirantes, conducta extraña o extravagante y alteraciones del discurso (desorganización del pensamiento).

#### **1º Alucinaciones**

Ocurren cuando la persona percibe cosas sin que haya tal objeto o estímulo. En la esquizofrenia, la persona suele padecer alucinaciones auditivas, principalmente voces que comentan o conversan entre sí, tienden a ser desagradables y ofensivas y son advertidas como distintas de los pensamientos de la propia persona (Ortuño & Pedreño, 2010; APA, 2000). Perceptualmente, la persona con esquizofrenia suele percibir colores o sonidos sin los respectivos estímulos o bien, los perciben con características alteradas. También, ocurre que la persona enferma suele dar más importancia de la necesaria a detalles irrelevantes de la vida cotidiana (Organización Mundial de la Salud, 1992).

El CIE-10, considera, dentro de los criterios para el diagnóstico, que la persona escucha voces alucinatorias que comentan la propia actividad, que discuten entre ellas sobre el enfermo u otro tipo de voces alucinatorias que proceden de otra parte del cuerpo. Igualmente, puede presentar alucinaciones de cualquier modalidad, cuando se acompañan de ideas delirantes no estructuradas y fugaces sin contenido afectivo claro, o ideas sobrevaloradas persistentes, o cuando se presentan a diario alucinaciones durante semanas, meses o permanentemente (Organización Mundial de la Salud, 1992).

#### **2º Ideas delirantes**

Son falsas creencias basadas en una inferencia errónea de la realidad externa que no concuerda con la inteligencia de la persona ni con su nivel cultural, se caracterizan porque son irreductibles a la lógica (Secretaría de Salud, 2002).

Las ideas delirantes no son adecuadas a la cultura del individuo o resultan completamente imposibles. Se presentan con mayor frecuencia las de contenido paranoide: por ejemplo, sentirse perseguido, controlado por alguien, engañado por el cónyuge y el pensar que tiene poderes especiales para cumplir una misión especial (por ejemplo de ser capaz de controlar el clima, de estar en comunicación con seres de otros mundos) (Organización Mundial de la Salud, 1992).

Otro tipo de ideas delirantes es la de pensar que le roban el pensamiento (si cree que sus pensamientos han sido captados por una fuerza exterior), o le inculcan pensamientos (cuando considera que pensamientos externos han sido introducidos en su mente) o ideas delirantes de control (si cree que su cuerpo o actos son controlados o manipulados por alguna fuerza exterior (APA, 2000). El CIE-10 considera el “eco”, robo, inserción del pensamiento o difusión del mismo, como un elemento más para el diagnóstico de la esquizofrenia (Organización Mundial de la Salud, 1992). Otro tipo de ideas delirantes son las *autorreferenciales*, que ocurren cuando la persona piensa que lo que ocurre alrededor se refiere a él, por ejemplo, que las noticias de la televisión hablan de él o las personas de la calle le miran. Aunado a esto, se pueden presentar ideas *megalomaniacas o de grandeza*, las *hipocondríacas*, *depresivas* y *místico religiosas* (Sandoval, s.f.).

La persona también puede presentar ideas delirantes de ser controlado, de influencia o de pasividad, claramente referidas al cuerpo, a los movimientos de los miembros o a pensamientos o acciones o sensaciones concretas y percepción delirante. (Organización Mundial de la Salud, 1992).

Lo anterior, muestra la existencia de alteraciones entre sus límites y los de los demás o que el mundo no está claro. Llegan a creer que los demás saben lo que él piensa o creer que ellos pueden saber lo que alguien está pensando (Ortuño & Pedreño, 2010).

Respecto a su **pensamiento**, las personas con esquizofrenia usan las palabras y atribuyen significado a los conceptos de una manera distinta al común de los demás, muestran un modelo de pensamiento primitivo y mágico, sus ideas emergen de manera confusa y desconcertante a manera de rituales con contenido simbólico difíciles de comprender; a estas personas les cuesta trabajo diferenciar lo relevante de lo insignificante. Aunque la persona enferma trata de mantener organizados sus pensamientos, no se da cuenta de que enfatiza en pautas profundas y descuida aspectos esenciales de la vida diaria; la persona no puede diferenciar claramente el mundo interno del externo (González, 1992).

Respecto a la conciencia y capacidad intelectual, el CIE-10, considera que regularmente se conservan ambas aunque con el paso del tiempo empiezan a sufrir deterioro cognitivo (Organización Mundial de la Salud, 1992).

### **3º Conducta extraña o extravagante**

La persona se observa con actitudes y apariencia extraña. Efectúa la repetición de movimientos que aparentemente no tienen sentido, por ejemplo apagar y encender en repetidas ocasiones un cigarrillo (Ortuño & Pedreño, 2010). Pueden presentarse comportamientos motores catatónicos, es decir, con disminución de la reactividad al entorno que se manifiesta como falta extrema de atención (estupor catatónico), mantener una postura rígida (rigidez catatónica) o la resistencia activa a las órdenes o intentos de ser

movido (negativismo catatónico) (APA, 2000), aunque actualmente ya no se considera esta última característica como exclusiva de la esquizofrenia (APA, 2013).

#### **4º Alteraciones del discurso**

Su discurso es poco comprensible, la asociación de ideas no sigue una coherencia ni lógica. Frecuentemente utiliza palabras inhabituales o neologismos (palabras con significado que él inventa). Muestra aprosodia, es decir, un aplanamiento en la entonación. La sintaxis por lo general está conservada pero la semántica (significados o interpretación de signos lingüísticos) hay fallas. En la pragmática, (relación entre el lenguaje y su contexto) se encuentra alterado por lo que la persona suele decir cosas extrañas. Respecto a su léxico, en ocasiones no encuentra la palabra exacta expresándose con palabras que dan una aproximación, por ejemplo, decir “zapato para manos” en lugar de guantes (Ortuño & Pedreño, 2010; Accatino, 2012).

#### **b) Síntomas negativos**

Como se indicó, los síntomas negativos están relacionados con las funciones que se van deteriorando en el paciente y su mayor intensidad está relacionada con un peor pronóstico. Dentro de los síntomas negativos se encuentran la abulia-apatía, anhedonia, asociabilidad, pobreza del discurso, embotamiento afectivo y falta de atención.

##### **1º Abulia–apatía**

Se refiere a cuando la persona pierde la voluntad, el interés y la energía de llevar a cabo actividades (Ortuño & Pedreño, 2010).

##### **2º Anhedonia**

La persona con anhedonia muestra incapacidad para disfrutar las cosas y experimentar placer (Ortuño & Pedreño, 2010).

##### **3º Asociabilidad**

En el **área afectiva**, la persona evita el relacionarse con los demás, hay una tendencia a aislarse (Ortuño & Pedreño, 2010). Se presenta aplanamiento afectivo, suele tener falta de respuesta en su expresión facial, inmovilidad, contacto visual pobre y reducción del lenguaje corporal, también se puede presentar pobreza en su habla (*alogia*), o incapacidad para iniciar o continuar actividades dirigidas a un fin (*abulia*) (APA, 2000). La persona suele manifestar carácter caprichoso, incongruente; ambivalencia y trastorno de la voluntad que se manifiestan como inercia, negativismo o estupor (inhibición o retardo psicomotor) (Organización Mundial de la Salud, 1992;). Las personas con esquizofrenia tienden a ser hipersensibles y desarrollan defensas para reducir la entrada de estímulos excesivos; procuran evitar las situaciones sociales porque de alguna manera se sienten acorralados; como no pueden confiar en la gente sus amistades tienden a ser reducidas (González, 1992). Aunque, presentan conductas sociales aceptables, por lo regular la comunicación está cortada o alterada. La relación con sus padres suele ser ambivalente, por ejemplo, puede estar unido a su madre, pero siempre con agresión (González, 1992).

La persona con esquizofrenia manifiesta pérdida de interés, falta de objetivos, ociosidad, tiende a estar absorto y muestra aislamiento social (Organización Mundial de la Salud, 1992).

En su comportamiento se pueden presentar desde conductas infantiles hasta la agitación impredecible, dificultades en actividades cotidianas, por ejemplo el despreocuparse por su higiene, agitación impredecible (gritar, insultar) incluso, comportamiento sexual inapropiado. La persona enferma anhela el cambio de sexo o la confirmación del hermafroditismo, o bien, presenta pérdida de apetito sexual.

#### **4º Pobreza del discurso**

Existen pocos comentarios espontáneos, su discurso tiene poca fluidez o poca información (Ortuño & Pedreño, 2010). El pensamiento desorganizado se puede manifestar a través del **lenguaje**, por ejemplo cuando el sujeto pierde el hilo de la conversación (*descarrilamiento o pérdida de asociaciones*), o bien, las respuestas dadas a una pregunta no tiene relación o mantienen una relación oblicua (*tangencialidad*), también se puede presentar un lenguaje gravemente desorganizado (*incoherencia o ensalada de palabras*) (APA, 2000). Algunas veces su conversación se vuelve un monólogo, lento o rápido, que es inadecuado. La fonética, el ritmo, la entonación, articulación y estructura de la palabra están desintegrados. Por lo regular, se observa la creación de neologismos (invención de palabras nuevas) o empleo de palabras ya existentes atribuyéndoles un significado nuevo, cargado de contenidos simbólicos (González, 1992).

#### **5º Embotamiento afectivo**

El paciente experimenta pocas emociones, hay poca expresión facial o ninguna. La persona se comporta con frialdad hacia los demás y reacciona poco ante los estímulos del ambiente (Ortuño & Pedreño, 2010). Tiene pérdida de iniciativa, propósitos y actividades espontáneas; presenta aplanamiento afectivo que lo lleva a un aislamiento y una conducta autística. Como se mencionó anteriormente, puede mostrar oposición a los deseos de la gente que los rodea (*negativismo*). Su aspecto personal suele ser descuidado, despreocupado por las normas sociales, a veces no responden a un saludo o una sonrisa, no toman parte en las conversaciones, hay poca o ninguna consideración por la presencia y sentimientos de los demás (González, 1992).

#### **6º Falta de atención**

Desde la época de Kraepelin y Bleuler se ha reportado las dificultades de las personas con esquizofrenia para mantener la atención fija y su fluctuación. Kraepelin consideró que que la falta de atención era debido a la poca motivación por las cosas y por otro lado a debilitamiento en la esfera volitiva. Bleuler consideró que la falta de atención era secundario a las falta de motivación afectiva y al trastorno asociativo (Ortuño & Pedreño, 2010; Pardo, 2005).

### **C. Subtipos de esquizofrenia**

La esquizofrenia no se presenta de la misma manera en cada uno de los pacientes. Diferentes estudiosos han establecido una serie de clasificaciones de las formas de la esquizofrenia. Dolfus y colaboradores, en 1996 establecieron cuatro tipos de esquizofrenia con base en el tipo de síntomas predominantes: positiva, negativa, mixta o desorganizada (García M., 2005). El DSM-III y el DSM-IV-TR distinguen los subtipos de esquizofrenia con base la sintomatología presente durante el momento de la evaluación:

### **a) Tipo paranoide**

En esta predominan las ideas delirantes de persecución o de perjuicio de otras personas hacia él. Generalmente, las ideas son de persecución o grandeza, aunque también puede presentar ideas de tipo religioso, celos o somatización. En este subtipo no hay lenguaje desorganizado, comportamiento catatónico o desorganizado, ni afectividad aplanada o inapropiada (APA, 2000).

### **b) Tipo desorganizado**

En algunas clasificaciones este tipo es llamado hebefrénico. En esta clasificación de esquizofrenia predomina el lenguaje y el comportamiento desorganizado; y la afectividad aplanada o inapropiada (APA, 2000), por ejemplo suelen reír sin una causa aparente o hacer muecas y sonrisas incongruentes; los pacientes desorganizados están normalmente activos aunque en actividades sin objetivos. Hay descuido de su apariencia personal (APA, 1980).

### **c) Catatónica**

Hay alteraciones motoras, como inmovilidad, actividad motora excesiva, negativismo extremo, mutismo, peculiaridades del movimiento voluntario, ecolalia (repetición patológica de una frase) o ecopraxia (imitación repetitiva de los movimientos de otra persona) (APA, 2000).

### **d) Tipo indiferenciado**

En este caso existen ideas delirantes, alucinaciones e incoherencia llamativa, o conductas claramente desorganizada, sin embargo no se cumplen los criterios para ninguno de los demás tipos de esquizofrenia o los hace para más de un tipo (APA, 1980, 2000).

### **e) Residual**

Ocurre después de que el curso de trastorno fue crónico, ya no hay alucinaciones ni delirios pero si existen los síntomas negativos y el deterioro (Organización Mundial de la Salud, 1992). Esta categoría se utiliza cuando ha habido, por lo menos un episodio de esquizofrenia, aunque cuando se hace la evaluación no haya síntomas psicóticos. Los síntomas comunes de este tipo son: el embotamiento afectivo, el aislamiento social, la conducta excéntrica, el pensamiento ilógico y una leve pérdida de asociaciones. Si existieran alucinaciones o ideas delirantes, no serían muy prominentes y no perturban la vida de la persona (APA, 1980, 2000).

La CIE-10 incluye en su clasificación las anteriores categorías, (con excepción del tipo desorganizado), sin embargo incluye otros subtipos:

### **f) NF20.4 Depresión postesquizofrénica**

La persona que tuvo esquizofrenia y aunque persisten síntomas esquizofrénicos, los síntomas depresivos predominan el cuadro (Organización Mundial de la Salud, 1992).

### **g) F20.6 Esquizofrenia simple**

No hay presencia de alucinaciones ni ideas delirantes, sino más bien, una disminución general del rendimiento en los ámbitos social, laboral, etcétera y presencia de una conducta extraña. Tiene mal pronóstico para su tratamiento. En él, se presenta un comportamiento extravagante, incapacidad para satisfacer las demandas sociales y disminución del

rendimiento en general. No se presentan alucinaciones o ideas delirantes. La persona tiende a volverse ociosa, pierde sus objetivos y suelen conducirse en un vagabundeo (Organización Mundial de la Salud, 1992).

#### **h) F20.8 Otra esquizofrenia**

Donde se incluye la esquizofrenia cenestopática (caracterizada por trastornos repetidos de sensaciones corporales asociadas con alteraciones afectivas, vegetativas, síntomas motores y sensoriales (Cabrejos, Salirrosas, Córdova, Paima, 2011) y el Trastorno esquizofreniforme sin especificación.

#### **i) F20.9 Esquizofrenia sin especificación**

Incluye a los que no se ajustan a los anteriores tipos o que muestran características de varios de ellos.

El DSM-V reconoce que la esquizofrenia es en realidad un síndrome con múltiples síntomas por lo cual, utiliza el concepto de “umbral” de esquizofrenia para, de alguna manera, englobar los mismos en sus diferentes intensidades, por ello, esta versión omite subtipos de esquizofrenia (APA, 1980, 2013).

### **D. Diagnóstico diferencial**

La esquizofrenia puede confundirse con otros trastornos mentales con los que comparten algunas características. Entre ellos se encuentran la Depresión mayor o Trastorno bipolar con psicosis o características catatónicas, donde si los delirios o alucinaciones ocurren exclusivamente durante la depresión mayor o el episodio maniaco, entonces el diagnóstico no es esquizofrenia.

También está el Trastorno esquizoafectivo, en el que la diferencia radica en que los síntomas de humor predominan durante el periodo activo (APA, 2013).

El Trastorno esquizofreniforme y Trastorno psicótico breve tienen los mismos síntomas que la esquizofrenia sólo que ocurren en un periodo de tiempo menor a los 6 meses (APA, 2000; APA, 2013). El Trastorno de delirio se distingue de la esquizofrenia por la ausencia de algunos síntomas como alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamientos gravemente desorganizados o catatónicos y síntomas negativos (APA, 2013).

El Trastorno obsesivo-compulsivo y el Trastorno dismórfico corporal se distinguen de la esquizofrenia por el predominio de obsesiones, compulsiones, preocupaciones por su apariencia corporal o conductas centradas en su cuerpo. El Trastorno por estrés postraumático puede incluir recuerdos con calidad de alucinaciones y la hipervigilancia puede alcanzar proporciones paranoides, sin embargo, se puede descartar de una esquizofrenia si la persona vivenció un evento traumático y muestra signos sintomáticos característicos de estrés postraumático. Otro trastorno donde se presentan síntomas parecidos a los episodios psicóticos es el Trastorno de espectro de autismo o Trastorno de la comunicación, empero, se distingue de la esquizofrenia por mostrar conductas repetitivas y restrictivas, deficiencias cognitivas y de comunicación, además de que requeriría que las alucinaciones o delirios se produjeran por un periodo mayor. Existen otros Trastornos de asociación mental con episodios psicóticos en los cuales, se hace diagnóstico de

esquizofrenia sólo cuando el episodio psicótico se vuelve persistente y no atribuible a efectos de sustancias u otra condición médica (APA, 2013).

### **E. Comorbilidad**

En un alto índice la esquizofrenia se presenta acompañada de otros trastornos o enfermedades (comorbilidad). Los índices de ansiedad, trastorno obsesivo-compulsivo y trastorno de pánico son elevados en la esquizofrenia en comparación con la población general. De igual forma, las personas diagnosticadas con esquizofrenia muestran conductas poco comprometidas para cuidar su salud (APA, 2013).

La expectativa de vida se reduce en individuos con esquizofrenia porque se asocian situaciones como incremento de peso, diabetes, síndrome metabólico, y daños cardiovasculares y pulmonares (APA, 2013).

### **F. Situaciones especiales (consumo de sustancias, suicidio, conducta violenta, depresión)**

#### **a) Consumo de sustancias**

Arriba del 50% de las personas diagnosticadas con esquizofrenia fuman tabaco o cigarrillos (APA, 2013). Se ha estimado que el uso de sustancias o la dependencia son de un 40% en personas con esquizofrenia. La presencia de un trastorno por consumo de sustancias regularmente pasa desapercibida en personas con esquizofrenia, pues la información espontánea resulta poco fiable; es más confiable por otras fuentes, como los son los familiares, o por estudios de laboratorio. Los efectos del uso de sustancias en los síntomas esquizofrénicos son diversos, lo cual dificulta reconocer cuáles síntomas están vinculados con el uso de sustancias y cuáles corresponden a la psicosis (San Emeterio, *et. al*, 2003).

#### **b) Suicidio**

La esperanza de vida de las personas diagnosticadas con esquizofrenia es más corta. El suicidio de las personas con este trastorno, en el año 2000, constituía un 10%, y el 20-40% llevaba a cabo, por lo menos, un intento (APA, 2000), sin embargo, hacia el año 2013 el porcentaje disminuyó a casi la mitad (5-6%) y el 20% llevaban a cabo intentos. Generalmente, los comportamientos suicidas son producidas por órdenes de alucinaciones que les indican el causarse daño a sí mismos (APA, 2013). Se ha encontrado que los hombres se suicidan más que las mujeres (APA, 2000). Un factor de riesgo incluye el tener síntomas depresivos y el sentimiento de desesperanza al estar desempleado. La propensión de suicidio se incrementa después de un episodio psicótico o al haber sido dado de alta del hospital (APA, 2000, 2013). Otros factores de riesgo del suicidio asociados a la esquizofrenia son: raza blanca, soltería, aislamiento social, depresión, desesperanza, falta de empleo, dependencia a sustancias, pérdidas recientes, antecedentes personales y/o familiares de intentos de suicidio, juventud media de 33 años, encontrarse en los 6 primeros años siguientes a la hospitalización inicial, C.I. elevado, curso crónico y con deterioro progresivo con exacerbaciones, o una percepción de la pérdida de capacidades funcionales, presencia de ideas suicidas y alucinaciones auditivas (San Emeterio, *et al.*, 2003). La probabilidad de muerte prematura en personas diagnosticadas con esquizofrenia o depresión grave es del 40% a 60% mayor que en la población general (Organización Mundial de la Salud, 2012). Existe mayor riesgo de suicidio durante la fase de remisión, tras

5 ó 10 años de enfermedad; generalmente, son suicidios premeditados aunque, son precipitados por algún acontecimiento estresante (San Emeterio, *et al.*, 2003).

### **c) Conducta violenta**

En algunas personas diagnosticadas con esquizofrenia pueden presentarse conductas violentas. Los factores de riesgo son: antecedentes de detenciones previas, uso de sustancias, alucinaciones, delirios o conductas extrañas, deterioro neurológico, ser varón, de clase socioeconómica baja, pocos estudios y soltería. La atención de la agresión requiere a menudo un tratamiento conductual, uno farmacológico y, dependiendo de la gravedad, de la auto o heteroagresividad, mantener un ámbito restringido (San Emeterio *et al.*, 2003).

### **d) Depresión**

Los síntomas depresivos suelen aparecer durante los diferentes momentos del transcurso de la esquizofrenia. Cuando se producen en la fase aguda, la adición de un antidepresivo debe hacerse con mucha precaución, ya que éstos pueden exacerbar los síntomas psicóticos (San Emeterio, *et al.*, 2003).

Los síntomas depresivos que aparecen después de la remisión de los síntomas psicóticos se denominan síntomas depresivos “residuales” o “secundarios”. La depresión secundaria se diferencia de trastornos médicos generales, trastornos inducidos por sustancias y efectos secundarios extrapiramidales de los antipsicóticos como la incapacidad de mantenerse quieto con cierta intranquilidad sin llegar a la angustia (acatisia) y la incapacidad para iniciar un movimiento (acinesia). La depresión secundaria generalmente, desaparece al disminuir la dosis del antipsicótico o añadiendo un fármaco anticolinérgico (San Emeterio *et al.*, 2003).

## **G. Factores de riesgo y pronóstico**

Existen una serie de factores en los que, estadísticamente, se ha observado mayor posibilidad de desarrollo de la esquizofrenia y al mismo tiempo permite hacer un pronóstico de este padecimiento, tales como la edad de las personas, el sexo, los antecedentes familiares, el ambiente rural-urbano, y factores ambientales de riesgo previo al nacimiento. A continuación, se explica cada uno de ellos.

### **a) La edad**

El inicio de la esquizofrenia suele presentarse cuando una persona tiene una edad comprendida entre el final de la segunda década y la mitad de la tercera, rara vez se presenta previo a la adolescencia. Cuando se presenta a edades tempranas, el pronóstico suele ser más desfavorable. En hombres, el primer síntoma psicótico suele aparecer entre el inicio de la segunda década; en mujeres suele desencadenarse a finales de la misma. Ello marca una diferencia, sobre todo en el aspecto de la rehabilitación, pues como en las mujeres aparece más tardíamente, su vida social está más integrada (por ejemplo ya están casada, tienen hijos) que la de los hombres. También se reportan casos de aparición tardía de esquizofrenia (alrededor de los 40 años), que por lo regular, es en personas del género femenino (APA, 2013).

En el adolescente, el inicio de la esquizofrenia suele ser brusco, tórpido e insidioso, generalmente se presentan intuiciones delirantes, distorsiones perceptivas y errores en la interpretación de la realidad. Desde luego, para hacer el diagnóstico en los niños o adolescentes, es preciso considerar aspectos como la presentación de los síntomas, el

curso de la enfermedad, la historia psiquiátrica familiar, el examen del estado mental, la coexistencia de síntomas de patología comórbida y la exploración psicopatológica, prestando especial atención en los aspectos relacionales y afectivos (San Emeterio, *et al.*, 2003).

En la infancia, las características de la esquizofrenia suelen ser las mismas que en adultos, sin embargo, es más complicado el diagnóstico dado que las alucinaciones tienden a ser menos elaboradas; se presentan más las alucinaciones visuales, las cuales se tienen que distinguirse del juego de fantasía propio de esta etapa. Su lenguaje y comportamientos tienden a ser desorganizados, aunque éstos también son característicos de otros trastornos. Los casos que se presentan en la infancia también suelen tener predominio de los síntomas negativos. Los niños que reciben el diagnóstico de esquizofrenia normalmente, presentan trastornos emocionales-comportamentales, psicopatológicos, intelectuales y alteraciones de lenguaje, así como un sutil retraso motor (APA, 2013).

### **b) El sexo**

La esquizofrenia se presenta tanto en hombres como en mujeres y el riesgo es equivalente en ambos, sin embargo la incidencia es más baja en mujeres (APA, 2013) además de que las mujeres presentan mejor funcionamiento premórbido en comparación con los hombres (APA, 2000). En hombres existe mayor énfasis en los síntomas negativos (aplanamiento afectivo, falta de voluntad, retraimiento social), mayor duración del trastorno y de incidencia a las recaídas, así como mayores deterioros cognitivos y peor evolución (APA, 2013).

En las mujeres se presentan más síntomas vinculados con el afecto, ideas delirantes paranoides y alucinaciones; el trastorno suele ser más breve que en los hombres y cuando se aplica un tratamiento, al final presentan mejores resultados (APA, 2013).

### **c) Antecedentes familiares**

Se han realizado estudios para identificar el nivel de heredabilidad de la esquizofrenia en la familia. Los principales estudios se han hecho en familias con gemelos y con hijos adoptivos.

Algunos estudios han buscado identificar la prevalencia de la esquizofrenia cuando existe un miembro de la familia con este padecimiento. Siguiendo a Pacheco & Raventós (2004) y a Saiz, De la Vega & Sánchez (2010), el porcentaje de aparición de la esquizofrenia es el siguiente:

En población general:	0.1% a 1% (entre familias donde <u>no hay</u> ningún pariente con esquizofrenia)
Familiares en primer grado:	9-16%
Hermanos no gemelos:	9%
Hermanos gemelos dicigóticos:	10-15%
Hermanos gemelos monocigóticos:	46-53%

La heredabilidad de la esquizofrenia en un hijo con **un progenitor afectado** es del 13% (Saiz, *et al.*, 2010), pero si los **dos padres** tienen el padecimiento, el porcentaje se eleva al 46% (Pacheco & Raventós, 2004).

Los hermanastros tienen un riesgo de 6%, los nietos de un 5%, los sobrinos de un 4% y los tíos de un 2% (Saiz, *et al.*, 2010).

En el apartado de “Etiología”, se ahondará más acerca del aspecto genético.

Los estudios con adopciones demostraron que familiares biológicos de personas diagnosticadas con esquizofrenia tienen mayor riesgo para desarrollarla, familiares adoptivos no muestran aumento en el riesgo (APA, 2000).

El primer estudio de adopciones se hizo en 1966, Estados Unidos, se llevó seguimiento durante 30 años, de 47 pacientes hijos de madres esquizofrénicas adoptados. Hubo un grupo control de 50 personas. Al final, hubo prevalencia de la enfermedad en un 11% (5 personas), mientras que en el grupo de control fue de cero (Saiz, *et al.*, 2010).

Existen estudios que se han realizado con los hijos de padres/madres diagnosticadas con esquizofrenia. Dichas investigaciones establecieron que las madres esquizofrénicas proporcionaron, en general, ambientes más pobres, con menor estimulación a través del juego, menos experiencias de aprendizaje e implicación emocional y verbal. El comportamiento de los hijos de padres esquizofrénicos distinguían mayor disarmonía: impopularidad, negativismo y desadaptación; menor motivación escolar, mayor inestabilidad emocional y menor inteligencia. Los hijos de padre con esquizofrenia mostraron más *déficits* en la capacidad para mantener la atención e ignorar estímulos irrelevantes (Lemos, 1989).

En el país de Israel, hacia el año de 1987, se realizó un estudio longitudinal con dos mediciones, una en 1967 y otra en 1985, que consistió en el seguimiento de 50 niños con un padre con esquizofrenia y 50 controles, con padres normales, cuyas edades oscilaban entre los 8 y 14 años. En 1985, cuando las edades oscilaban entre los 26 y 32 años se encontró que las personas que habían presentado infancia con mayor número de “marcadores neurobiológicos” (hiperquinesia, pobre concentración, descoordinación motora, *déficits* perceptivos y pobres habilidades verbales) habían desarrollado en la juventud y edad adulta síndromes esquizofrénicos. Entre los “marcadores interpersonales” relacionados con el diagnóstico adulto de esquizofrenia, se encontraron comportamientos menos ambiciosos, menos activos, poco sociables y menos obedientes o sumisos (Lemos, 1989).

#### **d) Ambiente rural y urbano**

La incidencia de la esquizofrenia y en general de los trastornos mentales, se reporta como mayor, en niños que nacen en ambiente urbanos en comparación con quienes nacen en ambientes rurales, sin embargo también se reporta un mayor riesgo en algunas minorías étnicas (APA, 2013).

Existe un riesgo, aproximadamente diez veces superior al de la población general, entre los familiares biológicos de primer grado de las personas diagnosticadas con esquizofrenia de

desarrollar la misma (APA, 2000; Obiols & Vilanova, 2003; Saiz, *et al.*, 2010; Gejman & Sanders, 2012).

#### **e) Factores ambientales de riesgo previo al nacimiento**

Existen una serie de factores que aumentan el riesgo del desarrollo de la esquizofrenia como los siguientes:

- **Durante el embarazo.** Que ocurra una infección con virus herpes simplex tipo 2, gripe, rubéola, toxoplasmosis, problemas en los niveles de vitamina D o periodos de hambrunas (Gejman & Sanders, 2012).
- **Estación del año durante el nacimiento.** Se ha establecido una relación entre la esquizofrenia y la estación de año en que se nació la persona. Los individuos nacidos en los meses de invierno tienen un riesgo del 10%, sobre los nacidos en verano. Se considera la posibilidad de que la madre haya sufrido una gripe durante el tercer bimestre de embarazo (Saiz, *et al.*, 2010).

Sin embargo, no se ha logrado identificar exactamente, cuál es el factor que afecta a la vida intrauterina y que varía por la estación (infecciones virales respiratorias, tratamiento farmacológico para esas infecciones, hábitos de apareamiento de los individuos portadores de genes de riesgo para la esquizofrenia, etcétera) (Obiols. & Vilanova, 2003).

- **Infecciones.** Además de gripe, la madre pudo haber tenido otro tipo de infección que afecte al sistema nervioso del hijo, tanto durante el embarazo como durante los primeros años de vida, tales como rubéola, polio, varicela, herpes o meningitis (Saiz, *et al.*, 2010).
- **Complicaciones perinatales.** Las complicaciones obstetricias incrementan la vulnerabilidad a la esquizofrenia. Dichas complicaciones son mayores en madres de edad avanzada (Saiz, *et al.*, 2010).
- **Durante el parto.** Existen complicaciones durante el nacimiento que predispone para el desarrollo de la esquizofrenia como la hipoxia, estrés, infección, mal nutrición, diabetes maternal (APA, 2013), así como el que exista incompatibilidad de Rh, extracción con asistencia de aspiradora, hipoxia, pre-eclampsia, la muerte de un familiar cercano durante el primer trimestre del embarazo (que provoca el efecto del estrés grave), y la deficiencia materna de hierro13-17 (Gejman & Sanders, 2012).
- **Aspecto inmunológico.** Que se padezcan enfermedades auto-inmunes como la artritis reumatoide, síndrome de Guillain-Barré, hepatitis autoinmune, tirotoxicosis y la enfermedad de Crohn (Gejman & Sanders, 2012).
- **Edad de los padres.** Existe una relación entre la edad avanzada parental y el desarrollo de esquizofrenia en el hijo (Saiz, *et al.*, 2010; Gejman & Sanders, 2012).

- **Cannabis.** Hay evidencia de la aparición de la esquizofrenia en consumidores de cannabis. Se ha identificado al Delta9-THC; como el principio activo del cannabis con más poder de provocar psicosis (Saiz, *et al.*, 2010).
- **Etnia, inmigración y estrés psicosocial.** En un estudio, realizado con inmigrantes africanos o caribeños en el Reino Unido y Holanda, se observó una tasa diez veces mayor que la población general. Sin embargo, esa tasa no era tan alta en sus países de origen, por lo que se relacionó más con el estrés psicosocial de ser de piel “de color”, en poblaciones de piel blanca (Saiz, *et al.*, 2010).
- **Desnutrición maternal.** Durante la Segunda Guerra Mundial, en Holanda, se llevó un seguimiento de los descendientes de las mujeres embarazadas durante el bloqueo alemán en el oeste de Holanda, periodo conocido como “Invierno del Hambre”. Se reportaron mayor número de hospitalizaciones por esquizofrenia (Obiols. & Vilanova, 2003).
- **Presencia de anomalías físicas menores; huellas dactilares y lateralidad.** Anomalías, como paladar muy arqueado, baja implantación de las orejas, macroglosia, lóbulos de las orejas muy pegadas, etcétera, se consideran consecuencia de alteraciones prenatales en el desarrollo del tubo ectodérmico y partiendo de que el sistema nervioso central también se desarrolla a partir de éste, se considera que las anomalías físicas menores están asociadas con un neurodesarrollo anómalo y los pacientes con esquizofrenia tendrán mayor cantidad de anomalía físicas menores (Obiols. & Vilanova, 2003).

Otros aspectos estudiados son los dermatoglifos (huellas dactilares), pues ellas se originan a partir de la misma capa embrionaria que el SNC: el ectodermo. En los estudios comparativos han encontrado que personas con esquizofrenia presentan menores recuentos palmares, que los grupos controles. De igual forma, se ha encontrado que las personas con esquizofrenia muestran mayor posibilidad de tener lateralidad manual mixta, en comparación con las personas sin el padecimiento (Obiols. & Vilanova, 2003).

- **Otros.** Por ejemplo traumatismo craneano, epilepsia y convulsiones febriles en niños y deformaciones serias (Gejman & Sanders, 2012).

#### **f) Consideración de aspectos culturales al realizar un diagnóstico**

Para quien realiza un diagnóstico, es importante el tomar en cuenta el aspecto cultural y factores socioeconómicos, dado que algunas ideas dentro de un contexto cultural pueden parecer ideas delirantes dentro de otro marco cultural no, por ejemplo sortilegios, brujería. Igualmente, en la evaluación del “lenguaje desorganizado” puede haber un sesgo, si la persona que diagnostica compara usando los mismos parámetros de su lengua, sin considerar las variaciones lingüísticas. Es necesario el tener sensibilidad hacia los diferentes estilos de expresión emocional, el lenguaje corporal y el contacto ocular, los cuales varían de una cultura a otra. También, hay diferencias culturales en cuanto a la iniciativa de una persona para hacer una actividad dirigida hacia un objetivo; en ciertas culturas, la ansiedad puede presentar cuadros clínicos similares a episodios psicóticos pero que son normales para el subgrupo del paciente (APA, 2000).

En seguida, se presentan propiamente los principales estudios que buscan indagar acerca de las causas que provocan el desarrollo de la esquizofrenia.

## 5. Etiología

La esquizofrenia es una enfermedad heterogénea en cuanto a su etiología. A continuación, se presentan las propuestas principales: en primer lugar el aspecto genético, hallazgos neuroquímicos, neuroimagen, electroencefalografía, potenciales evocados y cambios que se dan en el cerebro de la persona con el padecimiento. Al final, se incluye un apartado para las interpretaciones psicológicas causantes de la esquizofrenia.

### A. Aspecto genético

Se han hecho estudios de ligamiento que busca encontrar si determinado gen o genes, se asocian a la presencia o no, de la enfermedad. En el caso de la esquizofrenia, parece que intervienen varios genes. Las regiones que con más fuerza se asocian a la esquizofrenia son la 1p, 2p, 3p, 5q, 6p, 8p, 10q y 16p (Saiz, *et al.*, 2010).

Obiols y Vilanova (2003) señalan tres modelos de transmisión genética:

- Monogénico: considera que todos los tipos de esquizofrenia comparten el mismo gen, pero con distinto grado de penetrancia.
- Heterogénico: indica que la esquizofrenia consiste en varias patologías, cada una de ellas asociada a un *loci* mayor<sup>2</sup>, que es transmitido por herencia dominante, recesiva o ligada a un cromosoma X, sin embargo, este modelo cuenta con pocos datos que los apoyen.
- Poligénico: señala que la esquizofrenia resulta de la combinación de múltiples genes defectuosos con eventuales interacciones con el ambiente.

Con el surgimiento de la genómica (desarrollo de herramientas tecnológicas y de análisis de datos para el estudio de genomas completos) han determinado que la esquizofrenia es un desorden genético complejo en el cual, muchos genes están involucrados. Los estudios de asociación en el genoma completo (Genome-Wide Association Studies, GWAS) permitieron dar apoyo a la hipótesis del modelo poligénico de la enfermedad (Aguilar, 2011).

### B. Hallazgos neuroquímicos

El mecanismo neuroquímico de la esquizofrenia aun no se ha esclarecido totalmente, sin embargo, la hipótesis dopaminérgica es la que ha sido más aceptada. Esta hipótesis considera que los síntomas de la esquizofrenia se deben a un exceso de dopamina o a una elevada sensibilidad a este neurotransmisor. Esta hipótesis, se formuló tras la observación de que los agentes liberadores de dopamina podían producir síntomas psicóticos (Saiz, *et al.*, 2010).

Algunos estudios señalan que algunos sistemas de transmisión, como el serotoninérgico, pueden estar implicados en el desarrollo de la esquizofrenia, otros consideran la disfunción

---

<sup>2</sup> *Loci* es el plural de Locus. Locus es la posición que ocupa el gen en el genoma.

de la neurotransmisión glutamatérgica y otros más, sugieren la intervención del neurotransmisor ácido gama-amino-butírico (GABA) (Ortuño & Pedreño, 2010).

### **C. Hipótesis del neurodesarrollo**

Considera que la esquizofrenia es debida a una alteración cerebral primaria ocurrida al principio de la vida. Las manifestaciones de la esquizofrenia se producen, debido a ese defecto aunado a situaciones ambientales (García, *et al.*, 2005).

Esta hipótesis se ha sustentado con las siguientes observaciones: las personas con esquizofrenia tienen una mayor frecuencia de complicaciones obstetricias, por ejemplo bajo peso al nace e infecciones perinatales; se ha descrito alta frecuencia de anomalías físicas menores en pacientes caucásicos con esquizofrenia; algunos presentan alteraciones en pensamiento, síntomas negativos, suspicacia, sensibilidad y dificultades en relaciones interpersonales antes del desarrollo de la esquizofrenia; existe *déficit* en la función frontal y temporal desde la aparición del trastorno; algunos estudios con pacientes con primer episodio de esquizofrenia se ha encontrado disminución del volumen cortical, especialmente, en la corteza temporal y en estructuras mediales; en la corteza temporal y en el hipocampo hay una distribución laminar anormal de las neuronas y una disminución de su tamaño y número; no se ha encontrado gliosis en la corteza cerebral de personas con esquizofrenia (García, *et al.*, 2005).

### **D. Neuroimagen estructural**

Entre estas pruebas están la tomografía computarizada (TC) y la resonancia magnética (RM). Sin embargo, los hallazgos obtenidos no han aportado avances significativos (Saiz, *et al.*, 2010).

### **E. Neuroimagen funcional**

Dentro de estas técnicas se encuentran la Tomografía por emisión de positrones (PET), tomografía computarizada por emisión de fotón único (SPECT) y resonancia magnética funcional (RMf). Dentro de los hallazgos reportan que se presentan alteraciones de los lóbulos frontal y temporal así como de los circuitos de conexión frontotemporal. También, se ha observado una falta de activación del córtex prefrontal dorsolateral cuando realiza una tarea cognitiva (Saiz, *et al.*, 2010).

### **F. Electroencefalografía**

Se han encontrado variaciones en las ondas *alfa 1*, *alfa 2*, *delta* y *theta* en función del predominio de síntomas positivos o negativos; los pacientes con esquizofrenia tienen asimetrías interhemisféricas que aumentan con la duración de la enfermedad y la existencia de síntomas negativos (Saiz, *et al.*, 2010).

### **G. Potenciales evocados**

Cuando una persona se expone a estímulos auditivos repetitivos tiende a inhibir la respuesta a dicho estímulo, esa capacidad queda marcada en el registro electroencefalográfico a través de la onda P50. En personas con esquizofrenia hay alteración en esa onda, lo cual provoca que no logre discriminar la información importante y ello, puede relacionarse con la aparición de alucinaciones auditivas. (Saiz, *et al.*, 2010).

## **H. Cambios en la estructura del cerebro**

Está comprobado que en personas con esquizofrenia existe el aumento de ventrículos laterales, disminución en el volumen y densidad de la materia gris cortical, así como alteraciones de la materia blanca (Aguilar, 2011). Los cambios que se producen en corteza cerebral provocan alteraciones en la atención, pensamiento, planificación o en el procesamiento de las emociones (Ortuño & Pedreño, 2010).

## **I. Interpretaciones psicológicas de la esquizofrenia**

En el área psicológica existen diferentes modelos e interpretaciones de la esquizofrenia. A continuación se presentan los más representativos. Se inicia con las aportaciones de Kaplan, Meyer y Sullivan. Después el *Modelo de Vulnerabilidad* de Zubin y Spring, seguido de las interpretaciones psicoanalíticas con autores como Sigmund Freud, Lacan y Melanie Klein. Finalmente se presenta el trabajo de la Escuela de Palo Alto.

### **a) Hipótesis de desarrollo**

La hipótesis de desarrollo considera que en algunas personas existe *déficit* básico del funcionamiento del Yo, que las lleva a ser incapaces de tratar sus conflictos personales y hacer frente a su ambiente. Dichas personas (las diagnosticadas con esquizofrenia) encuentran estresantes las tareas de familia y tienen fracaso en su capacidad de adaptación y de resolución de conflictos. Algunos opinan que las funciones del Yo están interrumpidas por los impulsos, el conflicto y la ansiedad masiva, en sí lo patológico es la capacidad de la persona diagnosticada con esquizofrenia para defenderse de los conflictos (Kaplan & Sadock, 1994).

### **b) Meyer**

Meyer, en la primer década del siglo XX, consideró que la persona enfermaba de esquizofrenia debido a su confrontación con el fracaso repetido, que se refugia en hábitos “triviales y poco dañinos” como soñar despierto, la rumiación o el desinterés. Posteriormente, se convierte en alguien dañino e incontrolable que usa mecanismos como las alucinaciones, los delirios, bloqueos, etcétera (Frabregat, 1993).

### **c) Sullivan**

En 1953, Sullivan planteó que la esquizofrenia se suscita cuando las relaciones padre-hijo son pobres, también consideró que esta enfermedad puede ser tratado con la psicoterapia (Frabregat, 1993).

### **d) Modelo de Vulnerabilidad**

Zubin y Spring establecen hacia 1977, el *Modelo de Vulnerabilidad* que considera que la esquizofrenia se presenta en una persona con cierto grado de vulnerabilidad frente a la presencia de un estresor; estiman que el desarrollo de la enfermedad depende de la existencia de factores estresantes de tipo ambiental y ausencia de factores protectores (Tomas, 2005).

### **e) Interpretación psicoanalítica**

#### **1º Sigmund Freud**

Sigmund Freud trató poco el tema de la esquizofrenia, sin embargo, en lo que escribió sobre este padecimiento utilizó el término de “demencia precoz” y propuso la palabra parafrenia.

El estudio de Freud estuvo basado en el análisis del caso de Schreber <sup>3</sup> y consideró que mientras la neurosis era el resultado del conflicto Yo-Ello, la psicosis era el desenlace de la perturbación Yo-Mundo exterior. Para una persona con psicosis, el mundo no es percibido de ningún modo o bien su percepción carece de eficacia; el Yo crea un mundo nuevo exterior e interior debido a la insoportable frustración de un deseo por parte de la realidad (denegación). Para Freud en las esquizofrenias hay apatía afectiva y pérdida de toda participación en el mundo. El delirio es como un parche que se coloca en el lugar donde se produjo la desgarradura en el vínculo del Yo con el mundo exterior (Freud, 1923 [1925]).

En la psicosis se arranca al Yo de la realidad y se reestablece el vínculo con la realidad a expensas del Ello. La persona con psicosis quiere compensar la pérdida de la realidad, pero no a expensas de una limitación del Ello, sino por la creación de una realidad nueva. Mientras en la neurosis la persona no desmiente la realidad y se limita a no querer saber de ella, en la psicosis la persona desmiente la realidad y procura sustituirla (Freud, 1924).

Fenichel (1984) explica la aparición de la esquizofrenia con base en el concepto de “regresión”. Un bebé está en un estado de “narcisismo primario”, es decir, no hay una diferenciación entre él y el ambiente, en algún momento hará la diferenciación entre el mismo y los objetos (surgimiento del Yo). La persona que desarrolla esquizofrenia tiene una *regresión*, vuelve a ese narcisismo, su Yo se ha derrumbado, se aparta de la realidad, ha perdido sus objetos. La persona con esquizofrenia puede sentir al mundo “vacío”, “sin sentido”, “monótono”, por lo que suele tener la fantasía del “fin del mundo”, que indica que su libido se ha retirado de los objetos, rompe su relación con los objetos (mundo exterior) y se refugia en sus fantasías (introversión); algunos de los síntomas esquizofrénicos son expresiones directas de esa pérdida de los objetos.

Cuando el bebé hace la diferenciación entre él y los objetos, lo hace mediante su cuerpo; en el caso de personas que desarrollan esquizofrenia, al tener una regresión, tienen dificultades en la integración de su Yo, por lo que pueden percibir algunos órganos o el cuerpo total como si perteneciera a otra persona (*extrañamiento*). Además, pueden presentar “*despersonalización*”, como un intento de controlar sentimientos y sensaciones censurables, ambos síntomas producto de la regresión narcisista (Fenichel, 1984).

Desde el psicoanálisis, las “*ideas de grandeza*” de las personas con esquizofrenia muestran una compensación para acrecentar su autoestima, de tener un concepto más alto de sí mismos, ante el distanciamiento narcisístico y la persona busca ser más admirable que cualquier objeto. La persona se **identifica** con un gran personaje, real o imaginario, debido a que el objeto real no le interesa; el Yo cambia de forma y se hace parecido al objeto. Si el Yo se identifica con su ideal y no manda libido a los objetos, el Yo se parece a Dios o se convierte en Dios. En la esquizofrenia, cuando la persona se identifica con un personaje famoso o conocido, por ejemplo Napoleón, se somete a lo que exigen de él las imágenes paternas y se siente orgulloso por ello (Fenichel, 1984; Garma, 1978).

---

<sup>3</sup> Daniel Paul Schreber (1842-1911) fue un jurista alemán, tras el fracaso en las elecciones para el Parlamento sufrió un episodio de hipocondría, fue tratado y después vivió 8 años en tranquilidad, posteriormente fue designado como Presidente de la Corte de Leipzig. A causa de insomnio fue enviado a un asilo psiquiátrico. Al salir de ahí publica sus memorias donde expone sus delirios, en los cuales cree que es perseguido porque sus nervios atraen a Dios, quien desea convertirlo en mujer.

Una persona con esquizofrenia tiende a sentir sus propios actos de una manera pasiva, como si no actuarán, sino que fueran obligados a realizar determinadas acciones; es como estar en la etapa primitiva del desarrollo del Yo, lo cual da lugar al negativismo o la obediencia automática como la ecolalia (repetición de las palabras de otro) o la ecopraxia (repetición de los movimientos de otra persona). Las posturas catatónicas son explicadas como una regresión al periodo intrauterino. Con las alucinaciones y los delirios, la persona rechaza una realidad displaciente y en su lugar crea otra más placentera, representan deseos instintivos rechazados, así como amenazas del Superyó. Algunas veces, se producen delirios que expresan la idea de ser castigado, esto les produce alivio (Fenichel, 1984).

El aislamiento es un mecanismo con el que separa una idea de la carga emocional a la que originalmente estaba ligada, así la persona puede hablar de una situación trágica con mucha tranquilidad o viceversa, hacer todo un drama por aspectos sin importancia, (Fenichel, 1984).

Se considera que las personas que padecen esquizofrenia fueron invadidas por una elevada angustia durante su infancia, nunca lograron tener una autoestima adecuada ya que ésta depende de la madre, y la relación con ella, durante el primer año de vida, no le fue gratificante. Por lo regular, aparece una combinación especial en los progenitores: madre dominante, hostil y regañona y un padre dependiente, inseguro y demasiado débil, incapaz de ayudar a su hijo y darle el sostenimiento que necesita. Los niños pre-esquizofrénicos suelen ser hiperactivos y encuentran dificultad en conservar una imagen cercana a la realidad, se les dificulta el introyectar la imagen materna y la paterna; para recurrir a esa imagen “buena” de los padres tienden a retraerse del mundo (González, 1992).

En la formación de su autoconcepto puede que crea que es una persona independiente y capaz de cuidarse aunque en realidad sienta que es el parásito de su madre omnipotente, ello le genera ansiedad ante la idea de separación; o puede pensar que sus padres lo descuidaron y no lo quieren, generando en él, sentimientos hostiles, que le llevan a sentirse culpable por no amar a sus padres (González, 1992).

El niño tiene una imagen de sí mismo de “niño malo” y tiende a volverse frío, retraído e inactivo, intentando someterse pasivamente a sus padres, aislándose o bien, reaccionando de forma hostil; se ocupa de pensar en su propia identidad sexual, llegando a pensar que sus padres hubieran preferido que naciera con el sexo contrario, por lo que, se siente rechazado y tiende a devaluar a sus padres, dificultándose la identificación con alguno de ellos (González, 1992).

El niño con trastorno de tipo esquizofrénico suele presentar conflictos para adaptarse y alteraciones en orientación y relación espacial. Por lo regular, se pueden identificar marcadas diferencias en las relaciones emocionales del niño, por ejemplo: dificultades para jugar con otros; falta de identificación personal, preocupación patológica por algunos objetos, resistencia a cambios de ambientes, suele mostrarse monótono y rutinario en sus labores y juegos, dificultades perceptuales, elevada ansiedad, ausencia o alteraciones del lenguaje y de la psicomotricidad (González, 1992).

Desde la perspectiva psicoanalítica, la persona diagnosticada con esquizofrenia utiliza diferentes medidas para excluir la vida afectiva, principalmente destruir la realidad externa e interna y negar los móviles de su ser y alterar los hechos de manera que se vuelvan desconocidos. En las reacciones de las personas con esquizofrenia, se observan regresiones que pretenden proteger a la persona de la desintegración. La persona llega a un estado de no diferenciación, donde el Yo arcaico se funde con los primeros objetos introyectados. El usar la *regresión* en lugar de la *represión*, indica que ésta no funciona adecuadamente (González, 1992).

La persona diagnosticada con esquizofrenia utiliza la negación y la proyección como **mecanismos de defensa**. Con la negación impide que a su conciencia lleguen partes de la realidad externa que le causa temor o angustia. Utiliza la proyección (delirios y alucinaciones) en un intento de reconstruir y comprender su realidad. Cuanto más primitiva sea la regresión, más arcaicas son las proyecciones (González, 1992).

El silencio es otro mecanismo de aislamiento que le sirve para mantener distancia a la angustia que le provoca el compromiso y la responsabilidad de las relaciones interpersonales. Otra defensa contra la angustia es la negación de las situaciones, esto crea una apatía emocional que lo lleva al embotamiento que, paulatinamente, se convierte en el patrón general de su personalidad (González, 1992).

Garma (1978) señaló que en las personas con este padecimiento hay una lucha contra las sensaciones y deseos que proceden del cuerpo, es decir, hay una defensa del Yo contra el propio cuerpo, lo cual, también se observa en la religión, donde la carne (cuerpo) se ve como un enemigo, una tentación. El Superyó sería los mandatos supremos (Dios) y el Ello, el cuerpo. En el delirio religioso de la persona con esquizofrenia, hay una tendencia a considerarse salvadores del mundo, que Dios les habla, les persigue, les hace apóstoles de una nueva religión o les designa para modificar la religión antigua.

Sin embargo, la teoría propuesta por Freud ha recibido críticas. Garma (1978), apuntó que el psicoanálisis no da explicación certera respecto a por qué las personas con esquizofrenia presentan más automutilaciones (a veces en forma de castración o como suicidio) que en personas con neurosis, lo cual no es satisfactorio explicar como una “satisfacción primitiva del Ello”; tampoco explican el por qué la persona con esquizofrenia suelen quejarse de que sus enemigos realizan manipulaciones en genitales. Muchas personas con esquizofrenia rechazan el alimento aunque tienen hambre o hay quienes rechazan la ropa aunque tengan frío; en ambos comportamientos no hay satisfacción primitiva del Ello como lo propone la teoría psicoanalítica. Si la realidad exterior es rechazada por una persona con psicosis no queda claro cómo es que se originan sentimientos de culpa en mayor intensidad que en personas con neurosis.

## **2º Lacan**

Jacques Lacan, psiquiatra y psicoanalista francés, retoma las ideas presentadas por Freud, incluso el caso de Schreber, sin embargo, realiza una crítica al mismo y presenta una nueva propuesta al retomar ideas de la lingüística estructuralista y la antropología. La principal observación que hace hacia Freud es que trató de aplicar el esquema de la neurosis a la psicosis cuando, la estructura de ambos padecimientos es diferente.

Lacan parte que el inconsciente está estructurado como lenguaje; los mecanismos como condensación, desplazamiento son fenómenos lingüísticos que se condensan en una metáfora o se desplaza en una metonimia. Por ello Lacan advierte que en los análisis de los sueños de Freud y el análisis del simbolismo del inconsciente depende de juego de palabras, asociaciones, chascarrillos, que son verbales. De igual forma retoma los conceptos de Saussure de significante (como una palabra) y significado (el concepto) (Dijon, 2007).

Distingue tres fases del desarrollo o campos en los que se desarrolla el ser humano: lo Real, lo Imaginario y lo Simbólico: **lo Real** (desde el nacimiento hasta los 6 y los 18 meses) es un lugar psíquico donde no hay necesidad que no pueda ser satisfecha, como no hay pérdida o ausencia o falta, sólo hay completa plenitud, necesidades y la satisfacción de necesidades, por ello no hay lenguaje, pues el lenguaje sólo aparece cuando hay pérdida. Después el bebé pasa de tener “necesidades” a tener “demandas”; las demandas no se pueden satisfacer con objetos, la demanda hace referencia al reconocimiento del otro, al amor del otro. El bebé empieza a tomar conciencia de ser separado de su madre, se crea la idea de “otro”, lo cual le crea ansiedad, sentimiento de pérdida. El bebé demanda ser llenado por el otro. En este momento el bebé no tiene un sentido de su cuerpo completo, sino fragmentado, sin embargo puede imaginarse a sí mismo completo porque ha visto a otros como seres completos o porque ha visto su reflejo completo en un espejo. Lacan denominó este periodo Etapa Espejo. Es decir, que el niño crea su Yo identificándose con una imagen que está fuera de él que puede ser su imagen en el espejo o de otro niño, por lo que afirma que el niño queda atrapado en una imagen que le es ajena (alienación). Este periodo de la demanda y del Espejo, se llama reino de lo **Imaginario**, que es prelingüístico y pre-edipo; el niño, por el resto de la vida, se reconocerá erróneamente como otro, como la imagen en el espejo que proporciona la ilusión del Yo. Finalmente el niño entra al campo **Simbólico** es la estructura del lenguaje mismo, marcado por el concepto, aquí el sujeto puede hablar y se designa a sí mismo como Yo. Cabe aclarar que la etapa del Imaginario y de lo Simbólico coexisten, no hay una división clara entre los dos (Dijon, 2007; Leader, D. & Groves, J., 1995).

Lacan retoma la figura del “Padre” de Freud como Nombre del Padre, la Ley del Padre o La Ley, considera que para convertirse en sujeto parlante tiene que someterse a las leyes y reglas del lenguaje, para Lacan, la estructura del lenguaje y sus reglas son específicamente paternas (Dijon, 2007).

Bajo este esquema conceptual Lacan desarrolló su teoría en torno a la psicosis. Considera que si el Yo se construye a partir de una imagen externa y nuestra identidad fue dada por una alienación, en el caso de la paranoia donde la persona tiene una supuesta comunicación telepática, vigilancia, imágenes espectaculares, etc., pueden entenderse como elementos para la constitución de su Yo. De hecho afirma que el saber humano, es en esencia, paranoico (Leader, D. & Groves, J., 1995).

Consideró que una persona psicótica se enfrenta a un significante primordial que nunca tuvo (el “Nombre del padre”), el cual jamás llegó a ocupar su lugar por la vía edípica. Donde debería estar el registro de la paternidad simbólica sólo hay un hueco, una brecha a la cual, el sujeto debe enfrentarse, de ahí la sensación habitual del fin del mundo. Para nombrar este mecanismo usó el término *Verwerfung* que tradujo al francés como forclusión. Si un

elemento es reprimido, se puede retornar en el habla, pero si es “forcluido”, no puede retornar porque nunca existió ahí; entonces no retorna en el campo Simbólico sino en el campo Real a través de, por ejemplo, las alucinaciones. Una situación que evoca para el sujeto las ideas de un referente (simbólico), que nunca llegó a poseer, trae consigo un desencadenamiento psicótico (Lacan, 1955-1956; Leader, D. & Groves, J., 1995; Martínez & Yannarella, 2010).

Así pues, el delirio es un mecanismo usado para subsanar esa ausencia de significado, en cierta forma dar sentido al mundo amenazador que le rodea, es un esfuerzo por establecer el vínculo con el mundo: es a través del delirio que el sujeto enfrenta la falta de significante (el Nombre del Padre) y la falta de una significación, de alguna forma el delirio viene a dar sentido al mundo (Martínez & Yannarella, 2010; Leader & Groves, 1995).

De acuerdo a lo anterior, los delirios están relacionados con temas vinculados a la paternidad y la filiación por ejemplo la Santa Trinidad cristiana o temas religiosos. Lacan consideró que el mismo psicótico no cree en la realidad de su misma alucinación y contrariamente a lo que podría pensarse, la persona con psicosis requiere del reconocimiento del otro, la persona no busca estar solo. El caso de Schreber lo ejemplifica claramente: escribió para que nadie lo ignore, fue un esfuerzo por ser reconocido (Leader & Groves, 1995; Lacan, 1955-1956).

Lacan consideró que el delirio es una defensa, pero cuestionó, ¿ante qué se defiende? Consideró que algo que se rechaza en el interior, reaparece en el exterior. Mientras en la neurosis lo reprimido se expresa y el sujeto tiene la posibilidad de arreglárselas con lo que vuelve a aparecer, en la psicosis lo no simbolizado reaparece en lo real, hay respuestas del lado del mecanismo de la Verneinung (orden del discurso, lo que somos capaces de decir por la vía articulada. El principio de la realidad interviene en este nivel), pero son inadecuadas (Lacan, 1955-1956).

### **3º Melanie Klein**

Melanie Klein distingue dos posiciones: la esquizo-paranoide y la depresiva. En la primera, la persona tiene que defenderse de los continuos ataques y haber perdido lo bueno que poseía; en la depresiva, la persona busca reparar ese objeto dañado del cual depende, de no hacerlo, se quedaría en el vacío, en la nada (en la “locura”), al objeto lo necesita para nutrirse, por ello la persona enferma de esquizofrenia juega con objetos parciales y cuando se relaciona con las personas, éstas pueden ser supervaloradas, o bien, convertirse en enemistades absolutas; dichos cambios de sentimientos suelen darse en forma brusca (González, 1992).

#### **f) Escuela de Palo Alto**

Gregory Batenson (1956) y la escuela de Palo Alto consideran que hay que tomar en cuenta los tipos y modos comunicacionales en la que está inmerso el sujeto y por ello hay que plantear los problemas en términos de comunicación; establecieron el enfoque del “*Doble vínculo*”, el cual repara que la continuidad de las comunicaciones humanas se quiebra reiteradamente y que la esquizofrenia es su manifestación en la forma más extrema. El “*Doble vínculo*” es la clase de comunicación que se establece entre la madre y el niño o entre el niño y su familia. Consideran que en la persona con esquizofrenia hay dificultades al asignar modos comunicacionales correctos a los mensajes que reciben de otras

personas, los mensajes que él mismo emite verbalmente y sus propios pensamientos, sensaciones y percepciones. Consideran que el pensamiento de la persona con esquizofrenia opera con una base silogística paradójica, realizando silogismos distorsionados como: “*Los hombres son mortales. La hierba es mortal. Los hombres son hierbas*”. Las comunicaciones distorsionadas tienen efectos en el comportamiento, pues la persona cree que la situación de doble vínculo es lógica y coherente para otros, (delirio paranoide), obedece al azar a todas las órdenes o a cualquiera de ellas de forma literal (adoptar una postura hebefrénica) o decide bloquear la entrada de información y defenderse contra cualquier percepción (Martínez & Yannarella, 2010).

#### **g) Relación entre características de personalidad y esquizofrenia**

Se han hecho análisis acerca de la relación que existe entre las características de la personalidad y la esquizofrenia. Muchos estudios han investigado en la etapa previa al desarrollo de la esquizofrenia y otros, en las diferentes fases de la enfermedad (prodrómica, activa y residual).

Existen dos líneas de investigación: la primera, la “*familiar*”, que parte del interés por encontrar rasgos característicos de algunos familiares no psicóticos de personas diagnosticadas con esquizofrenia; la segunda línea de investigación es la “*clínica*”, que trata de encontrar características esquizoides en poblaciones no psicóticas, partiendo de que estas características pueden ser formas atenuadas de esquizofrenia, con dinámica y evolución similares (Lemos, 1989).

Los rasgos más comunes en las personas, antes de desarrollar los síntomas de esquizofrenia como tal, son un comportamiento raro y excéntrico, aislamiento social, irritabilidad, afectividad fría y distante y suspicacia. Otras características son: tendencia a la superstición, pobre funcionamiento social, carácter ansioso, lenguaje raro e hipersensibilidad o ansiedad social (Lemos, 1989). Las personas, desde la infancia, presentan una personalidad premórbida con rasgos esquizoides o paranoides, conductas extrañas, aislamiento social, pérdida de interés, problemas escolares o laborales (Cuevas & López, 2006).

Desde la postura clínica, se destacan características como pensamiento mágico y la falta de relaciones sociales profundas; algunos autores señalan aspectos como sexualidad desviada, acusada cólera o ira, dependencia interpersonal, sensibilidad al rechazo, anhedonia (pérdida de interés y abandono de las actividades placenteras habituales) e integridad social superficial. Desde esta línea clínica, se señalan los indicadores esquizotípicos siguientes: sensación de presencia de una persona o fuerza no presente en realidad, estilo raro de comunicación, sensación de extrañeza personal, despersonalización o desrealización, frecuentes ilusiones o alucinaciones marginales, confusión de los sueños con la realidad, experiencias de estar fuera del cuerpo, frecuentes experiencias hipnagógicas, frecuentes distorsiones perceptivas del propio cuerpo, sensaciones somáticas raras e inexplicables, creencias mágicas o experiencias ocultas, frecuentes experiencias de lo “ya visto” (*deja vu*), sensación de estar físicamente separado de los demás, episodios de excepcional agudeza sensorial, episodios de excepcional embotamiento sensorial, distorsiones en la percepción del tiempo y experiencias disociativas (Lemos, 1989).

Lemos (1989) investigó en los reportes escolares de personas que padecen esquizofrenia y encontró que dicha personas habían presentado conductas perturbadoras en la escuela como: comportamientos inapropiados en clase, problemas disciplinarios, rechazo por los demás, tendencia a la preocupación e incapacidad para adaptarse a las críticas.

Existen diferentes modelos que tratan de dar explicación a la relación personalidad-esquizofrenia, por ejemplo, el *Modelo de Vulnerabilidad* o de *Vulnerabilidad-estrés* de Zubin y Spring (1977), establece que hay dos condiciones necesarias para la aparición de la enfermedad:

- Predisposición (vulnerabilidad dada por factores biológicos, psicológicos y sociales).
- Eventos que alteren el funcionamiento del sujeto (estresores).

Cloninger (1986) establece el *Modelo Psicobiológico de la Personalidad* que plantea dos rasgos:

- Temperamento (predisposición con que nacemos), integrado por las dimensiones de: *Búsqueda de novedad*, *Evitar el daño*, *Dependencia del refuerzo* y *Persistencia*.
- Carácter (lo que nosotros hacemos de forma intencional). Integrado por tres componentes: *Autodirección*, *Cooperación* y *Autotrascendencia*. (Cuevas & López, 2006).

Diferentes estudios han demostrado que las dimensiones de “*Evitar el daño*”, “*Persistencia*” y “*Autodirección*” están relacionadas con la funcionalidad de la persona. Cuando el sujeto puntúa alto en “*Evitar daño*” y bajo en “*Persistencia*” y “*Autodirección*” hay un pobre funcionamiento; si por el contrario, puntúa bajo en “*Evitar daño*” y alto en “*Persistencia*” y “*Autodirección*” la persona muestra alto nivel de funcionamiento (Cuevas & López, 2006).

Las personas que tienen bajo puntaje en “*Autodirección*”, aumentan su riesgo de padecer un trastorno psiquiátrico. Las personas con alto puntaje en “*Autodirección*” y bajo puntaje en “*Evitar daño*”, se correlacionan con mejor calidad de vida. Bajo puntaje en “*Búsqueda de novedad*” y “*Persistencia*”, así como alto puntaje en “*Evitar el daño*”, está relacionado con evitación social y síntomas negativos (Cuevas & López, 2006).

Otros estudios han considerado que tras la enfermedad hay un deterioro cognitivo que influye en las características de la personalidad. Personas con puntuación alta en la dimensión pasiva-dependiente (ansiedad, dependencia, inmadurez) está relacionado con pobre funcionamiento de la memoria; alta puntuación en la dimensión esquizoide (introspección, suspicacia, timidez, aislamiento) está relacionada con pobre funcionamiento en funciones ejecutivas (Cuevas & López, 2006).

## **J. Interpretaciones desde la perspectiva social**

Las **hipótesis ambientales** consideran que la esquizofrenia no es una enfermedad. Consideran que son situaciones ambientales, familiares y sociales las que provocan que determinados niños desarrollen este padecimiento. Establecen que los mecanismos a través de los cuales la experiencia moldea al niño pueden ser los conflictos creados en el mismo o bien, reacciones irracionales y formas de pensamiento aprendidas por imitación o identificación con padres poseedores de sus propios problemas emocionales (Kaplan & Sadock, 1994).

El **modelo estrés-diátesis** integra factores biológicos, psicosociales y ambientales; postula que una persona puede tener una vulnerabilidad específica (diátesis) que, cuando se activa por algún factor ambiental estresante (biológico, psicológico, ambiental), permite que aparezcan síntomas de esquizofrenia (Lemos, 1989).

A medida que el campo psicosocial se ha desarrollado, se han sumado elementos de interpretación de la esquizofrenia como las características de la personalidad premórbida, la red social del sujeto y la expresión emocional o estilo afectivo de las familias (Lemos, 1989).

## **6. Deterioros ocasionados por la esquizofrenia**

Además de los signos y síntomas que se presentan en la esquizofrenia, existe una serie de trastornos neuropsicológicos que deterioran diferentes áreas en la persona, como lo son los movimientos voluntarios, las funciones ejecutivas, la memoria, el lenguaje, la atención y el procesamiento visual (Orellana & Slachevsky, 2006). Enseguida, se describen cada uno de ellos.

### **A. Deterioro en aspecto psicomotor**

Las personas con esquizofrenia tienden a realizar movimientos voluntarios e involuntarios anormales, suelen ser más lento en iniciar los movimientos y cuando efectúan actos motores simples, generalmente lo hacen de forma irregular. En tareas grafomotoras presentan conductas perseverativas. De igual forma, existen evidencias electrofisiológicas de que el procesamiento preparatorio voluntario está retardado. Se ha observado el seguimiento ocular deteriorado en personas con esquizofrenia (Orellana & Slachevsky, 2006).

Los enfermos de esquizofrenia muestran anomalías cuando están concentrados en la acción de mirar un objeto, por ejemplo, no pueden aparear bien su mirada con la velocidad del blanco. También muestran intrusión de movimientos sacádicos cuando deberían realizar un seguimiento visual homogéneamente (Orellana & Slachevsky, 2006).

Presentan rendimientos disminuidos en las formas más complejas de ejecución motora que implican un ajuste continuo para adaptarse a cambios del entorno y dificultad para supervisar sus propias acciones y fallan a menudo en corregir sus errores. Se piensa que muchas de las anomalías de la esquizofrenia se sitúan en la etapa de preparación, de ejecución y de supervisión de la respuesta motora (Orellana & Slachevsky, 2006).

### **B. Deterioro en aspecto cognoscitivo**

En el aspecto cognoscitivo, las personas diagnosticadas con esquizofrenia, por lo regular presentan deterioro en funciones ejecutivas, memoria y atención, aunque suele preservarse la capacidad de denominación y procesamiento visual. Algunos estudios, establecen que, de un 15 a un 25% de los pacientes de una muestra, pueden no presentar trastornos neuropsicológicos. Sin embargo, otra investigación demostró que, aunque neuropsicológicamente, el 27% de una muestra se clasificaban dentro de un rango normal, al evaluar todas las áreas cognitivas, el 64% de las personas presenta alteraciones en un dominio cognitivo (Orellana & Slachevsky, 2006). Ciertas investigaciones encontraron una

fuerte asociación entre las disfunciones ejecutivas y trastornos del espectro de la esquizofrenia, (Bausela, 2009).

#### **a) Deterioro en funciones ejecutivas**

Funciones ejecutivas son el conjunto de procesos cognitivos que posibilitan a la persona responder y adaptarse apropiadamente a su entorno. Bajo este concepto se incluyen procesos como la habilidad para planificar, organizar o generar estrategias para resolver problemas. Dichos procesos están regulados en la corteza prefrontal (Pardo, 2005; Orellana & Slachevsky, 2006).

En los estudios con personas con esquizofrenia se ha encontrado *déficit* en flexibilidad cognitiva. Las personas con esta enfermedad, así como las personas con lesiones frontales, muestran **dificultad para inhibir respuestas aprendidas previamente** y como consecuencia son incapaces de cambiar su atención a los estímulos relevantes, cometiendo errores de perseveración. También muestran alteraciones en su capacidad para **planificar**. Respecto a **tareas duales o alternar entre dos tareas diferentes**, los pacientes con esquizofrenia muestran rendimientos disminuidos. Se considera que hay lesiones en circuito órbita-frontal, el cual se asocia con deterioro en **tareas “responder-no responder”** (Go-NoGo) teniendo incapacidad para suprimir una respuesta inapropiada, rendimientos disminuidos en tareas de toma de decisión (principalmente, cuando están implicadas variables emocionales) y tareas de autorregulación del comportamiento. También hay disminución en la capacidad de identificar olores (Orellana & Slachevsky, 2006).

En los estudios de **toma de decisiones** hay resultados diferentes, en algunos, los pacientes con esquizofrenia no diferían de los resultados del grupo control, mientras que en otros, los pacientes muestran rendimientos por debajo (Orellana & Slachevsky, 2006).

En resumen, las personas con esquizofrenia, muestran *déficit* en la conceptualización, planificación, flexibilidad cognitiva, coordinación de tareas duales, capacidad para resolver problemas y memoria de trabajo (Orellana & Slachevsky, 2006).

#### **b) Deterioro en memoria**

En personas con esquizofrenia se han encontrado *déficits* en memoria de trabajo visoespaciales, respuesta retardada y en memoria de trabajo verbal (Orellana & Slachevsky, 2006).

Las personas con esquizofrenia muestran trastornos moderados o severos en el aprendizaje verbal y en la memoria. Presentan trastornos en las capacidades mnésicas, muestran disminución de la capacidad de aprendizaje y recuerdo diferido y perseveración del reconocimiento (Orellana & Slachevsky, 2006). La evocación está más afectada que el reconocimiento (Bausela, 2009). Muestran la aplicación deficiente de estrategias para memorizar información nueva y suelen no usar categorías semánticas para recordar palabras. De igual forma, hay rendimiento disminuido para el recordar prosas. Para el estudio de la memoria visual se han utilizado *test* visuales fácilmente verbalizados, sólo en personas con esquizofrenia crónica se muestra el rendimiento por debajo de los controles, se sugiere que hay una disfunción hipocampal derecha (Orellana & Slachevsky, 2006).

Las personas con esquizofrenia muestran memoria implícita normal en tareas que conllevan la identificación de material perceptualmente, degradado y en tareas semánticas (Goldberg y Gold, 2000). La memoria implícita o procedural (aprendizaje y conservación de destrezas y habilidades) está preservado o mínimamente alterado (Orellana & Slachevsky, 2006), al igual que la memoria no declarativa (Bausela, 2009), la tasa de olvido y la susceptibilidad a la interferencia, parecen estar preservados (Orellana & Slachevsky, 2006).

### **c) Deterioro en área de lenguaje**

Los pacientes con esquizofrenia tienen rendimientos bajos en fluencia verbal: dificultad para decir términos que empiecen con la misma letra o cuando tienen que decir palabras de una misma categoría, por ejemplo frutas, animales. Muestran dificultad para recuperar las palabras de manera eficiente, incluso en ausencia de un trastorno de almacenamiento de la información (Orellana & Slachevsky, 2006).

### **d) Deterioro en la atención**

Es de las áreas más alteradas, especialmente la atención ejecutiva, presentan aumento de la sensibilidad a la interferencia y la atención sostenida. Suelen tener tiempos de reacción más lentos y una tasa de error mayor en comparación con el grupo control (Orellana & Slachevsky, 2006). Se ha encontrado que los pacientes crónicos (con sintomatología de predominio negativo) realizan más errores de omisión y no responden cuando tienen que hacerlo; en cambio los pacientes agudos (con sintomatología predominante positiva), tienen más errores de ejecución, pues suelen responder cuando no les corresponde (Bausela, 2009).

## **C. Deterioro en el aspecto socio-afectivo**

Además, del deterioro en la esfera neuropsicológica y cognitiva, la persona con esquizofrenia suele tener graves deterioros en el contacto social y en áreas de estudio, empleo, actividades diarias, abandono de estudios que cursaba. Generalmente la persona vive con sufrimiento la enfermedad. Un porcentaje de las personas con esquizofrenia requieren el internamiento en instituciones de asistencia pública del sistema sanitario, abandonando la mayor parte de sus actividades. La prevalencia de personas con esquizofrenia sin hogar varía, según los estudios y contextos, de un 2% a un 43% (San Emeterio, *et al.*, 2003).

A nivel social, el paciente se ve afectado, tanto por parte de la familia que llega a percibir como una carga al familiar enfermo, como por parte de la misma persona con esquizofrenia, que tiende al aislamiento y la pérdida de funciones emocionales, ello obstaculiza su relación con familia primaria, secundaria, en específico con su pareja, así como con sus amistades. Por los síntomas propios de la esquizofrenia, la persona queda incapacitada para las actividades laborales, generalmente la presencia de los mismos produce la pérdida del trabajo.

En el siguiente capítulo, se ahonda acerca de las habilidades sociales, su importancia, cómo se van desarrollando y situaciones que las obstaculizan, así mismo se enfatiza en la necesidad de incluir, el área de desarrollo social dentro de los proyectos de rehabilitación para las personas que padecen algún trastorno mental y en específico, esquizofrenia.

## **II. Habilidades sociales**

## II. Habilidades sociales

La naturaleza del ser humano está basada en la interacción entre las personas, si existen problemas con los demás, se genera una serie de dificultades, tanto a nivel individual como a nivel social. Por el contrario, la relación adecuada entre personas genera una convivencia armónica. En este capítulo, se aborda dicho tema iniciando con la definición, importancia y tipos de habilidades sociales, así como el proceso evolutivo que recorre el ser humano en su integración con los otros. Finalmente, se consideran los aspectos que provocan la inadaptación social en algunas personas y en el caso específico de la esquizofrenia.

### 1. Definición

Existen una amplia gama de definiciones de “Habilidades sociales”, de acuerdo al modelo y formulación teórica del que se desprendan.

Desde la perspectiva conductual, las habilidades sociales son vistas como “un conjunto de respuestas objetivas integradas por una variable contextual o situacional”. Es decir, consideran que una conducta puede ser hábil en un contexto y situación, en otro no. (Roth, 1996).

Desde esta visión, las habilidades sociales son “la capacidad para ejecutar una conducta que refuerce positivamente a otra o evite que seamos castigados por otros” (Gil & León, 1998). Esta postura considera que una habilidad social “es un repertorio de conductas cuya emisión depende de la operabilidad de ciertas condiciones medioambientales específicas y de un bagaje histórico recurrente al que tiene acceso a través, del aprendizaje sociocultural” (Roth, 1996).

Por su parte, Sercod y Backman desde la teoría psicosocial de los roles, 1976, las habilidades sociales son consideradas como la capacidad de jugar un rol y de cumplir las expectativas que los demás tienen de uno (Gil & León, 1998).

Hersen y Bellack, en el año de 1977 y desde una visión clínica, la consideran como la capacidad para expresar sentimientos tanto positivos como negativos sin que ello, lleve a la pérdida del reforzamiento social (Gil & León, 1998).

En general, las diferentes definiciones coinciden en el hecho de que las habilidades sociales son aprendidas, así como su sentido de complementariedad e interdependencia, es decir, que todo comportamiento social exige el tratar de entender al otro y, finalmente, que no existe una manera “correcta” de comportarse, pues cada conducta sólo es comprensible dentro de la situación social en donde se produjo.

Gil & León (1998, p. 15) consideran que :

(...) la habilidad social podría ser definida como la *capacidad de ejecutar aquellas conductas aprendidas que cubren nuestras necesidades de comunicación interpersonal y/o responden a las exigencias y demandas de las situaciones sociales de forma efectiva*, o si se prefiere, es una clase de respuestas pertinentes para desempeñar con eficacia las siguientes funciones:

- Conseguir reforzadores en situaciones de interacción social.
- Mantener o mejorar la relación con otra persona en la interacción personal.
- Impedir el bloqueo del refuerzo social o mediado socialmente.
- Mantener la autoestima y disminuir el estrés asociado a situaciones interpersonales.

Desde una **perspectiva clínica**, las habilidades sociales:

(...) se contemplan como conductas o destrezas cognitivo-perceptivas que posibilitan un adecuado funcionamiento interpersonal, como el proceso de afrontamiento por el cual se logra la capacidad social; se concreta en capacidades de comunicación verbal y no verbal, identificación de sentimientos internos, actitudes y percepción del contexto interpersonal; y posibilitan el logro de los objetivos individuales instrumentales o interpersonales a través de la interacción social. (Liberman y Corrigan, 1993; Mueser & Sayers, 1992, citado en Vallina & Lemos, 2001, p. 349).

Desde la **aproximación cognoscitiva** la habilidad social está inmersa dentro del proceso de la interacción. Hacia 1977, Harre y Secord, consideraron que para ser competentes socialmente hablando, se debe realizar una tarea, o sea poseer una *representación cognitiva*. Para este trabajo de tesis, se retomará la definición propuesta por Caballo (1995, p. 407), quien considera que “La conducta socialmente habilidosa es ese conjunto de conductas emitidas por un individuo en un contexto interpersonal que expresa los sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de ese individuo, de un modo adecuado a la situación, respetando esas conductas en los demás, y que generalmente resuelve los problemas inmediatos de la situación mientras minimiza la probabilidad de futuros problemas”.

## **2. Importancia de las habilidades sociales**

Un factor del éxito de la especie humana es la cooperación entre los diferentes miembros. Cuando el niño es pequeño no importa el que sus capacidades de relacionarse sean reducidas, sin embargo a medida que crece se vuelve importante desarrollar dichas capacidades (Delval, 1994).

Las personas que cuentan con habilidades sociales adecuadas, tiene mayores probabilidades de conseguir sus objetivos y mantener una relación confortable con los demás (Proyecto Equal-Dipurural, 2006).

El contacto con los otros permite a la persona construirse a sí misma como ser social. La persona toma conciencia de lo que es cuando se ve en otro. El niño paulatinamente aprende a cooperar, es decir, compartir un objetivo, ponerse en el lugar del otro, entenderlo y ajustar sus puntos de vista (descentrarse) (Delval, 1994).

Las habilidades sociales cumplen la función de desarrollar en la persona el conocimiento social y determinadas conductas, habilidades y estrategias que se ponen en práctica al relacionarse con los demás, tales como la reciprocidad, empatía y habilidades de adopción de roles y perspectivas, intercambio en el control de una relación (unas veces dirige uno y otras veces el otro), colaboración, estrategias sociales de negociación y acuerdo, (Aranda, *et al.*, 2007).

El contacto con las demás personas permite hacer una jerarquía social, pues desde niños se establece cierta preferencia de unos niños sobre otros (popularidad) (Delval, 1994).

Las habilidades sociales permiten a la persona el autocontrol y autorregulación de la propia conducta en función de la retroalimentación de las otras personas, además de brindar un fuerte apoyo emocional, (Aranda, *et al.*, 2007). La interacción social ocupa la mayor parte del tiempo de la persona, diádica o en grupos, y la relación social positiva es una de las mayores fuentes de autoestima y bienestar personal (Monjas, 2002).

Otro aspecto, que promueven las relaciones con los demás, son: el aprendizaje del rol sexual, el desarrollo moral y el aprendizaje de valores que cada sociedad tiene (Monjas, 2002).

### **3. Tipos de habilidades sociales**

Dependiendo de la persona con quien se interactúa (pareja, familiares, desconocidos, etcétera), el lugar donde se encuentra la persona (ámbito laboral, familiar) y el objetivo de la interacción (por ejemplo: tener un amigo, conseguir un aumento de sueldo, convencer a alguien), se utilizan diferentes tipos de habilidades sociales.

A fin de obtener dichos tipos de habilidades sociales, se hizo la revisión de los siguientes programas:

- Kelly (1987). *Entrenamiento de las habilidades sociales*;
- Martínez & Marroquín (1997), *Programa “Deusto 14-16”. Desarrollo de habilidades sociales*;
- Caballo (1995), *Entrenamiento en habilidades sociales*;
- Hidalgo & Abarca, (1999), *Programa de entrenamiento en habilidades sociales*;
- Monjas, (2002), *Programa de Enseñanza de Habilidades de Interacción Social (PEHIS) para niños y niñas en edad escolar*;
- Monjas (2000), *Prevención de la timidez en la infancia y adolescencia*;
- Aranda, *et al.*, (2007), *Programa de habilidades sociales*;
- La Guardia. Proyecto Equal-Dipurural, (2006), *Taller de habilidades sociales*;
- Navarro, (2009). *Entrenamiento en habilidades sociales con pacientes esquizofrénicos: validación de un programa para pacientes crónicos*;
- Ramírez, (2009), Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila”, UNAM, *Comunicación e interacción social*;
- Gobierno de Canarias, (s/año), *Guía Psicoeducativa grupal para la prevención de estilos de vida insanos y la mejora de las relaciones humanas*.

Las dimensiones que cada programa propone son distintas, pero en términos generales se pueden identificar las siguientes dieciocho:

Dimensiones	Aspectos
Autonomía	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Imagen positiva de sí mismo.</li> <li>• Relaciones positivas con otros.</li> <li>• Identificar sentimientos, emociones y necesidades propias.</li> </ul>
Hábitos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De comida.</li> <li>• De vestido.</li> <li>• De higiene.</li> <li>• De gustos y aficiones.</li> <li>• De orden.</li> </ul>
Habilidades de la vida diaria	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Autocuidado.</li> <li>• Uso de transportes.</li> <li>• Habilidades domésticas.</li> </ul>
Lenguaje y comunicación	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Saber escuchar.</li> <li>• Aumentar vocabulario.</li> </ul>
Habilidades básicas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sonreír y reír.</li> <li>• Saludar.</li> <li>• Presentarse y presentar a otra persona.</li> <li>• Favores.</li> <li>• Cortesía y amabilidad.</li> <li>• Dar las gracias.</li> <li>• Hace un cumplido.</li> </ul>
Habilidades sociales avanzadas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pedir ayuda.</li> <li>• Participar.</li> <li>• Dar instrucciones.</li> <li>• Disculparse.</li> <li>• Convencer a los demás.</li> </ul>
Conversación	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comunicación verbal y no verbal.</li> <li>• Inicio, mantenimiento y término de conversaciones.</li> <li>• Lenguaje utilizado.</li> </ul>
Autoestima	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Autoconcepto y autoestima.</li> </ul>
Asertividad	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estilos de comunicación: Agresivo, pasivo , asertivo.</li> <li>• Aprendiendo a decir “no”.</li> </ul>

Solución de problemas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar problema.</li> <li>• Buscar soluciones.</li> <li>• Anticipar consecuencias.</li> <li>• Elegir solución.</li> <li>• Aplicar solución.</li> </ul>
Relaciones sociales con iguales y con adultos	
Habilidades para relacionarse con la familia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Códigos de comunicación.</li> </ul>
Habilidades para relacionarse con los amigos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manejar conflictos con amigos.</li> </ul>
Habilidades para relacionarse con la pareja	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formas de comunicación masculina y femenina.</li> <li>• Habilidades para concertar citas.</li> </ul>
Habilidades para relacionarse laboralmente	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Relaciones con la autoridad.</li> </ul>
Habilidades relacionadas con los sentimientos, emociones y opiniones	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificación y expresión de nuestros .sentimientos e identificar sentimientos de otros.</li> <li>• Expresar afecto.</li> <li>• Comprender los sentimientos de los/as demás.</li> <li>• Toma de perspectiva (empatía).</li> <li>• Identificar y controlar la ira.</li> <li>• Enfrentarse con el enfado del otro/a.</li> <li>• Formular críticas, acusaciones o quejas y responder a las mismas.</li> <li>• Hacer y aceptar cumplidos.</li> <li>• Auto-recompensarse.</li> <li>• Pedir favores y rechazar peticiones.</li> <li>• Disculparse o admitir ignorancia.</li> <li>• Resolver el miedo.</li> </ul>
Habilidades alternativas a la agresión	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pedir permiso.</li> <li>• Compartir algo.</li> <li>• Ayudar a los demás.</li> <li>• Negociar.</li> <li>• Autocontrol.</li> <li>• Defender derechos.</li> <li>• Responder a bromas.</li> <li>• Evitar problemas o peleas con los demás.</li> </ul>

Habilidades para hacer frente al estrés

- Formular y responder a una queja.
- Demostrar deportividad después del juego.
- Resolver la vergüenza.
- Arreglárselas cuando le dejan de lado.
- Defender a un amigo/a.
- Responder a la persuasión.
- Responder al fracaso.
- Enfrentarse a los mensajes contradictorios.
- Responder a una acusación.
- Prepararse para una conversación difícil.
- Hacer frente a las presiones de grupo.

Las anteriores dimensiones, dan claridad respecto a las diferentes capacidades sociales que cada persona tiene que desarrollar para lograr una óptima interacción con las demás personas.

#### 4. Desarrollo de las habilidades sociales

Las capacidades sociales se desarrollan desde los primeros meses de vida. A los **dos meses**, un bebé distingue si una persona trata de comunicarse con él o con otros. Sonríe ante la mirada o voz humana y no lo hace ante los objetos, (Díaz, 1990). A los tres meses cuando necesita ayuda, recurre a gritos o llanto, por ejemplo para pedir comida o limpieza. De **tres a cuatro meses**, los bebés muestran sonrisas o hacen balbuceos dirigidos a iguales (Clemente & Villanueva, 1996). De los **cinco a los nueve meses** es influenciado por la expresión, timbre de voz o gesto, ríe o llora según la actitud mostrada por la persona que lo inicia (Díaz, 1990). A los nueve meses es capaz de reconocer expresiones afectivas en la cara de otros y establecer una relación con su propio estado. Desde esa misma edad, el bebé participa en juegos sociales como el *cucú* o esconderse y aparecer (Delval, 1994).

Durante los primeros meses, el niño explora a sus iguales como si fueran objetos, posteriormente, cuando los compañeros se distinguen de los objetos inanimados, se establece una interacción social auténtica (Delval, 1994), por ello se dice que al principio el niño es *socialmente ciego* (Díaz, 1990).

En el **primer año**, el niño ha aprendido a hacer juegos sociales y obtener placer en esas interacciones. El niño explora el mundo social de diferentes formas: la resistencia (negarse a hacer lo que le indique el adulto, hacer como que no escucha o no entiende lo que se le dice, hacer cosas que disgusta a los adultos); la prohibición (hacer cosas que se le han prohibido), y engañar deliberadamente a adultos, principalmente a la madre; mentir, el niño explora hasta dónde puede mentir, aunque quizás este concepto no exista todavía al año; el desorden (ruptura del orden y de la normalidad impuesta por adultos), busca explorar la irregularidad y sus consecuencias (Delval, 1994). Al año de edad, el bebé es capaz de comprender la broma o el regaño y para tener compañía patatea o grita cuando desaparecen las personas que le cuidaban y muestra su alegría cuando regresan (Díaz, 1990).

Alrededor del **año y medio** (18 a 20 meses), los niños aprenden que los actos que causan daño a otros están prohibidos, por lo que es común que si el niño es agredido por el hermano, lo acuse con su mamá y no pide ayuda a mamá si él fue el agresor. “La oposición de los otros y los límites a los propios deseos y actos contribuyen profundamente

a que el niño construya una noción de sí mismo y de los otros. La resistencia de los demás, su oposición, le hacen tomar conciencia de sí mismo (Delval, 1994). Al año y medio los niños enfrentan a sus hermanos, lo cual aparentemente, refleja cierta comprensión de lo que le molesta a la otra persona (por ejemplo quitarle un objeto o destruir su pertenencia más querida (Dunn, 1990).

Cuando tiene **dos años** muestra respuestas diferenciadas a estado emotivo de otros, es capaz de reconfortar a otra persona. A esta misma edad, los niños suelen ser muy sensibles a las situaciones de tensión entre los adultos, sonrían, gesticulan e imitan a otros (Delval, 1994, Clemente & Villanueva, 1996).

Al año y medio, un estudio determinó que el 43% de los niños fastidiaban a su hermanos mayores, a los dos años, el porcentaje se incrementa a 48%, los niños llegan a comprender de forma pragmática lo que les molesta o disgusta a los demás, pues adquieren capacidad para leer y anticipar las emociones de sus hermanos pequeños (Dunn, 1990).

Conforme el niño crece, van desarrollándose capacidades cognitivas que les permiten enfrentarse con situaciones sociales (Delval, 1994).

En el primer año de edad, los niños muestran un interés por otros niños, sin embargo a los dos o tres años es una necesidad estar en contacto con otros niños y lo exigen. A los niños, hasta cierto punto, les aburre el contacto con los adultos, necesitan de compañeros con quienes jugar, pues la relación con los adultos es diferente, éstos son más tolerantes y se establece una relación desigual, con los otros niños, se mantiene una relación más simétrica, se ve obligado a competir y colaborar en el mismo plano (Delval, 1994). En esta edad, contacta con *otros niños* que se interesan por las mismas cosas (Díaz, 1990).

En el segundo año de vida, el niño se va haciendo cada vez más social, adapta su conducta hacia los otros y manifiesta ciertos signos de agresión a los otros, aunque no precisamente con una intención de dañar, sino más bien, como una forma de exploración. Empieza a esta edad cierta sensibilidad hacia los estados emocionales de otros niños. Es en esta edad cuando aumentan las relaciones sociales, aunque generalmente se limitan a dos niños: existen actividades recíprocas en las que uno da y el otro recibe, además, la aparición del lenguaje, incrementa su interacción con los demás (Delval, 1994).

A los **tres años**, respecto a la exploración de las reglas, el niño, cuando se le indica que haga algo, cuestiona por qué a los demás no se les aplica la misma regla. Le molesta el no dejarle hacer lo que quiere y obligarle a realizar determinadas cosas (Delval, 1994).

El niño a los tres años reconoce cuáles son las conductas prohibidas (Arranz, 1998).

Los niños de tres años buscan hacer cosas juntos más que estar juntos, por lo regular hacen intervenir un objeto, por ejemplo un juguete, en el cual se centra su atención. Los otros niños aparecen como compañeros de juego. Los grupos que forman suelen ser de dos o tres integrantes. Es la etapa del juego simbólico o de juegos motores rudos como correr, empujarse, agarrarse, etcétera. Los juegos simbólicos les ayudan a aprender los papeles sociales. Los niños fuera del ámbito familiar prefieren jugar con niños de su mismo sexo (Delval, 1994).

Cuando tienen alrededor de **tres o cuatro** años, el niño comprende la causalidad psicológica, es decir, la influencia que tienen los impulsos de los otros sobre las acciones que las otras personas realizan (Delval, 1994). Desde los cuatro años, el niño muestra conductas prosociales como aprobar, dar afecto, aceptar personalmente, someterse, dar objetos tangibles y al mismo tiempo aumenta la competición, la rivalidad y peleas en niños (Clemente & Villanueva, 1996). De los tres a los siete años buscan información para satisfacer su curiosidad o quieren discutir algo, por medio del lenguaje (Díaz, 1990).

Los niños aprenden acerca de las relaciones familiares y la estructura de la familia y hacen uso de ellas, por ejemplo, a veces se apoyan en su padre contra su madre, en la madre contra un hermano o hacen alianza contra la madre (Delval, 1994).

A los **cinco años** aumenta la interacción social positiva, los contactos sociales en situaciones diádicas y en grupos, así como el juego asociativo y cooperativo (Clemente & Villanueva, 1996).

A los **seis-siete años** empiezan los juegos de reglas, con los que los niños se descubren socialmente. En esta edad, los grupos ofrecen al niño un apoyo y sentimiento de pertenencia a una comunidad.

Estos grupos se forman en función de las semejanzas. Los grupos también establecen sus normas que tienen un efecto regulador en la conducta de sus miembros. Durante estas edades, los niños siguen prefiriendo reunirse con niños de su mismo sexo (Delval, 1994). A los **siete años**, el niño está en capacidad de reconocer estar haciendo una conducta prohibida y refrenarla (Arranz, 1998).

En **adolescencia** hay interés por descubrir al otro sexo, los juegos son más mixtos. Las relaciones con el otro sexo son deseadas y al mismo tiempo temidas. Los grupos se amplían y se establecen relaciones de amistad más estrechas y por lo regular, duraderas. Es una etapa en la que se inician noviazgos. Los grupos suelen valorar la solidaridad y fidelidad al grupo; las chicas aprecian más la intimidad. Los varones aprenden a relacionarse con personas con las que no tienen un grado de intimidad alto y tienden a tratarse de forma más dura y agresiva (Delval, 1994).

#### **A. Influencia de la familia (padre/madre, hermanos)**

La conducta y actitudes parentales tienen influencia en las relaciones que tendrá el niño con sus compañeros. Se observó en niños que sentían seguridad en el cariño madre-hijo que negociaban pacíficamente en disputas y se distribuían sus juguetes con más equidad. Sin embargo, en otros estudios no se encontró una relación significativa entre el apego madre-hijo y la amistad. En niños con padres autoritarios o indiferentes, se observó poca cooperación con sus amigos. Cuando en una familia se presentaban experiencias de ira o tristeza, el niño se comunicaba utilizando el mismo patrón. Si en la familia el niño se mostraba cooperativo con los hermanos, se observaba que con sus amigos era servicial y afectuoso (Dunn, 1993).

Con los hermanos se favorece el desarrollo de habilidades sociales, dado que al contar con él se cuenta con un modelo de imitación, se establece un vínculo afectivo (aunque es muy común que en dicha relación haya ambivalencia) y compañero de múltiples experiencias;

se establece una relación entre una figura pre-adaptada socialmente y una relativamente, socializada. La relación entre los hermanos varía de acuerdo a la edad. De los tres a los cuatro años, se intensifica la relación entre hermanos, de los seis a los doce años su relación es de cooperación, de los once a los diecisiete años decrece la relación, ya de adultos los hermanos mantienen una relación más voluntariamente y por lo general, en la vejez la relación entre hermanos tiene una reactivación (Arranz, 1998).

La disciplina que los padres utilizan para educar a sus hijos es un factor elemental para lograr la socialización de sus hijos. Baumrind (1971), estableció tres estilos parentales: autoritarios, democráticos y permisivos.

Los **padres autoritarios** introducen gran número de reglas y normas con sus hijos, esperan la obediencia estricta y no explican por qué es necesario cumplir con dichas reglas. Los **padres democráticos** promueven la autonomía en sus hijos, imponen normas y reglas explicando las restricciones impuestas y se aseguran de que se cumplan las restricciones. Los **padres permisivos** rara vez intentan imponer límites a la conducta de sus hijos, solicitan pocas veces su obediencia y el acatamiento a determinados límites. De cada estilo disciplinario de los padres, devienen a formar hijos con determinadas características. Así, de padres autoritarios se tienden a formar **hijos conflictivos e irritables**, temerosos, aprensivos, mal humorados, hostiles, vulnerables al estrés, sin objetivos y poco amistosos. De padres democráticos, hijos **enérgicos y amistosos**, con autoconfianza, autocontrol, alegres, amistosos, que enfrentan adecuadamente el estrés, cooperan con los adultos, son curiosos, resueltos y constantes. Con padres permisivos, se tienden a crear hijos **impulsivos y agresivos**, rebeldes, con poca confianza en sí mismo, poco control, dominantes, poco constantes y sin objetivos (Sorribes & García, 1996).

## 5. Problemas en el desarrollo de las habilidades sociales

Algunas personas muestran dificultades en su relación con las demás personas, lo cual se pueden observar desde la infancia. Los niños con dificultades para su adaptación social se encuentran en situación de choque, conflicto o fricción con el ambiente donde viven: familia, escuela, entorno. No se adaptan a la sociedad por la disarmonía en el aspecto volitivo (dinámica interna) que se manifiesta en su conducta, no son capaces de mantener un buen vínculo de convivencia, por lo que suelen denominarse asociales (que se retraen de los demás) o antisociales (que actúan en contra de la sociedad). Por lo general, estos niños no presentan limitaciones en su desarrollo mental o físico, poseen una inteligencia normal, a veces superior y gozan de normalidad sensorial y en sus aptitudes (Díaz, 1990).

Se pueden distinguir diferentes tipos de problemas interpersonales en los niños, que van desde **inhibición comportamental**, cuando el niño interrumpe su habla y juego al encontrarse con un desconocido o un acontecimiento provocador; **timidez**, si el niño acostumbra mantenerse al margen y no tomar la iniciativa en situaciones sociales; **aislamiento social**, que se produce en los niños que no respetan las reglas, tienden a molestar a los demás compañeros en la escuela y no respeta los turnos en los juegos, por lo que son niños rechazados por los demás; **insociabilidad**, que se observa en los niños que prefieren la actividad solitaria a juntarse con otros niños; **miedo escénico**, es el temor a posibles críticas y juicios desfavorables de los demás que sólo ocurre ante un acontecimiento concreto (por ejemplo hacer una exposición en un grupo); **fobia social**, que se presenta ya en adultos, cuando existe un miedo intenso, irracional, incontrolable (que no

puede impedir experimentar lo que experimenta) ante situaciones sociales; en niños con fobia social más bien, se considera que experimentan un miedo excesivo o desadaptativo; **trastorno de personalidad por evitación**, también se presenta ya en personas adultas caracterizado por la inhibición social y la hipersensibilidad a la crítica negativa de los demás, lo cual afecta adversamente, su vida laboral; **la conducta agresiva**, cuando hace uso de la fuerza física, psicológica o emocional que daña los derechos o sentimientos de los demás (Jiménez, 2000).

Los anteriores tipos de problemas interpersonales tienen el factor denominador de la ansiedad social, sólo que en cada uno de ellos el nivel de intensidad es de distinto grado. De igual forma, algunos problemas presentan una ansiedad “normal”, como lo son la timidez y el miedo escénico, mientras otros presentan grados patológicos de ansiedad (fobia social, trastorno de personalidad por evitación) (Jiménez, 2000).

La inadaptación social adopta diferentes formas, pues puede ser causada por factores intrínsecos (retraso mental, ceguera, anomalías físicas, etcétera) o por factores extrínsecos como dificultades en el ambiente familiar, escolar o social; de igual forma se pueden distinguir factores permanentes (por ejemplo la sordera) y temporales (vivir en una zona conflictiva). En específico, al referirse a la inadaptación social, Díaz (1990) distingue los siguientes grupos: niños huérfanos o abandonados, niños con rasgos psicopáticos (caracteriales) y los infractores además, de distinguir a los inadaptados escolares (niños con retraso pedagógico, irregularidad en su asistencia y difíciles en disciplina).

## **6. Habilidades sociales y esquizofrenia**

Las personas diagnosticadas con esquizofrenia muestran deterioro en el área social desde el inicio de los primeros síntomas de esta enfermedad. En el caso de los niños, que posteriormente desarrollarían esquizofrenia, se observó que de cuatro a seis años, les gustaba jugar solos; a los trece años eran más introvertidos y sin amigos íntimos; a los quince años sus profesores informaban que se mostraban más ansiosos en situaciones sociales, más tímidos y nerviosos (Obiols & Vilanova, 2003).

Los niños con pródromos de esquizofrenia muestran dificultad para mantener una conversación coherente e inteligible, aislamiento social, apatía y falta de atención. Hacen uso de sintaxis correcta pero su semántica es en ocasiones ilógica, o cambian el significado, en la pragmática, muestran una pobreza de contenido de en su discurso, perseveración y circunstancialidad; su oratoria es muy difícil de entender, no hacen uso de la habilidad para comunicar ironía, tienen que pedir aclaración y tienen poca capacidad para seguir instrucciones verbales (Salavera, 2010).

Muchos psiquiatras han rechazado la existencia de la esquizofrenia infantil, sin embargo, históricamente, se han reportado casos de niños con síntomas de psicosis como alucinaciones o ideas delirantes (siglo XVIII), incluso hay monografías sobre la locura infantil a finales del siglo XIX. Durante las décadas de los treinta y cuarenta hubo un aumento del reconocimiento de la esquizofrenia en la infancia; en la década de los treinta se describió la demencia precoz o esquizofrenia en niños, utilizando los mismos criterios que se aplicaban a los pacientes adultos (Remschmidt, 2003).

En la fase prodrómica de la esquizofrenia, la persona, entre otros síntomas, muestra aislamiento social, pérdida por el estudio y el trabajo y descuido de su higiene (APA, 2000, 2013).

Durante la fase activa, con la presencia de síntomas psicóticos y problemas en el pensamiento y el lenguaje, la persona pierde las posibilidades de establecer interacción social con las demás personas; de igual forma, en la fase residual, la persona tiene un derrumbamiento afectivo que hace permanente la dificultad para interactuar con los demás (APA, 2000, 2013).

Pese a lo anterior, una persona con diagnóstico de esquizofrenia, está en posibilidad de incluir en su programa de rehabilitación, el entrenamiento de habilidades sociales, que le permita adquirir un repertorio para su uso social.

## **7. Entrenamiento de las habilidades sociales**

Aunque, las habilidades sociales son aprendidas desde la infancia y lo más conveniente sería mantener un enfoque preventivo y psicoeducativo para el entrenamiento de las mismas, la realidad es que se interviene hasta que una persona muestra problemas en su relación con los demás. Para dichas personas se han desarrollado diferentes intervenciones para incrementar sus competencias. La mayor parte de estas intervenciones se basan en la “hipótesis del *déficit*”, que considerara que la persona no puede manifestar la conducta social adecuada porque carece de la habilidad social necesaria, lo cual puede ser por *la falta de conocimiento* de la conducta social apropiada, *haber tenido una práctica insuficiente* de la habilidad o *inhabilidad para extraer información* sobre sus encuentros con los otros (Jiménez, 2000).

Actualmente, se utiliza el “entrenamiento de habilidades sociales” como una técnica de terapia de conducta, la cual tuvo su mayor auge a mediados de los años setenta. Sin embargo, sus orígenes fueron varias décadas atrás: Salter en 1949 sugirió seis técnicas para aumentar la expresividad de las personas (expresión verbal, expresión facial de las emociones, empleo de la primera persona al hablar, estar de acuerdo con cumplidos o alabanzas, el expresar desacuerdo y la improvisación y actuación espontánea); Wolpe, en 1958, retomó las ideas de Salter y desarrolló el concepto de “asertividad”; posteriormente, Wolpe y Lazarus en 1966, incluyeron el entrenamiento asertivo como técnica de terapia de conducta en sus sesiones clínicas; además se cuenta con varios trabajos de investigación y estudios para el entrenamiento de habilidades sociales en niños, aportaciones de teóricos neofreudianos y escritos de Moreno sobre el *psicodrama* (Caballo, 1995).

Un entrenamiento de las habilidades sociales, parte del supuesto de que la competencia social está formada de una serie de habilidades y qué éstas se pueden aprender. Una disfunción social puede ocurrir cuando la persona carece de las conductas necesarias para actuar o no las usa en el momento adecuado, o bien, cuando la persona hace conductas socialmente inapropiadas; de cualquier forma una disfunción social se puede atender con entrenamiento en habilidades sociales, (Gisbert, 2003).

Para llevar a cabo un entrenamiento en habilidades sociales se realiza previamente, una evaluación de cuáles son los aspectos que la persona requiere trabajar. Las principales técnicas de evaluación son la **entrevista**, donde se realizan preguntas directas o indirectas,

ya sea a la persona misma o a un tercero, **las estrategias de *role-playing*** entre el paciente y el terapeuta, **cuestionarios, autoinformes y escalas** con preguntas o afirmaciones, ante las que la persona da una respuesta dicotómica, indica su grado de acuerdo o conformidad en una escala o bien, ordena diferentes elementos de una lista según, las preferencias del sujeto o el **método observacional**, donde se lleva un registro objetivo, sistemático y específico de la conducta generada, (Fernández, J. A., 2010).

Como se revisó en este capítulo, las habilidades sociales son esenciales para el desenvolvimiento del ser humano. Para las personas que padecen algún trastorno mental y que requieren del apoyo de otras personas para realizar actividades cotidianas, las habilidades sociales cobran una importancia mayor. En el capítulo posterior, se ahondará más respecto al proceso de rehabilitación psicosocial de personas diagnosticadas con esquizofrenia.

# **III. Rehabilitación psicosocial y esquizofrenia**

### III. Rehabilitación psicosocial y esquizofrenia

La esquizofrenia es un trastorno del que no se ha logrado la remisión total de los síntomas, pese a ello, se han realizado diferentes tratamientos para aminorar los mismos y facilitar la adaptación de las personas con esquizofrenia a su entorno social.

En este capítulo, se presentan las nociones de la rehabilitación en la esquizofrenia, cómo varía considerando la etapa en que se presenta la enfermedad y si hay otras situaciones como el consumo de sustancias, tendencia al suicidio, violencia, etcétera.

Se continúa con los tres tipos de tratamiento en la esquizofrenia: farmacológico, terapia electroconvulsiva y tratamiento psicológico, enfatizando, en este último, las formas de intervención que han tenido éxito en el tratamiento de la esquizofrenia.

Finalmente, se aborda la rehabilitación psicosocial en la esquizofrenia, cuáles son sus objetivos, metodología, estrategias y la forma de evaluación en la rehabilitación social. Para concluir, se hace la acotación acerca de la participación de la familia en el proceso rehabilitatorio y la diferencia con personas que viven en entornos residenciales comunitarios.

#### 1. La rehabilitación

Sharma (2004, párr. 2) define la rehabilitación como:

“la restitución de las personas discapacitadas a la mayor utilidad física, psíquica, social, ocupacional y económica de que son capaces. Es el proceso de capacitar a una persona impedida para renovar habilidades antiguas o adquirir otras nuevas que le cualifiquen para adaptarse en una sociedad hasta el grado óptimo que permitan su afección y circunstancias particulares”.

#### A. Reseña histórica de la rehabilitación

Históricamente, el tratamiento dado a las personas con trastorno mental ha respondido a diferentes circunstancias. En la Edad Media, por ejemplo, se acostumbraba quemar a enfermas mentales creyendo que eran brujas; durante la Ilustración se recluían en las llamadas *casa de retiro* iniciadas por Pinel o Tucke con tratamiento ocupacional; posteriormente, las personas con trastorno psiquiátrico son atendidas con terapia electroconvulsiva o los comas insulínicos (Florit, 2006).

A mediados del siglo XX, aparecen los psicofármacos y se produce un cambio en los sistemas de asistencia para personas con trastornos psiquiátricos severos. Se pasa de un **Modelo Asilar** a un **Modelo de Atención Comunitaria**. El primer modelo está basado en la custodia, la institucionalización y reclusión en un centro hospitalario. En el modelo de Atención Comunitaria, la rehabilitación ayuda a que la persona se reinserte en la comunidad. Conceptualmente, hay un cambio de la concepción del “enfermo mental crónico”, de concebirlo como un objeto-paciente (con capacidades limitadas de manejar su entorno) a un sujeto activo en el ejercicio de sus derechos, en un plano de igualdad, (Gobierno de Chile, Ministerio de Salud, 2006).

Este cambio de modelo de atención ha influido en el peso dado a la rehabilitación de las personas. El modelo de atención manicomial está basado en la institucionalización y la reclusión asilar, por lo que, la rehabilitación tiene un lugar secundario: laborterapia y actividades meramente ocupacionales. El modelo de atención comunitario busca integrar a la persona en la sociedad y no recluirla en instituciones especiales, por lo que el proceso de rehabilitación adquiere mayor importancia (Rodríguez & González, 2006).

## **B. La rehabilitación en la esquizofrenia**

En términos generales, se consideran cuatro objetivos fundamentales en el tratamiento de la esquizofrenia: el control de los síntomas, reducir la frecuencia y gravedad de los episodios psicóticos, mejorar la calidad de vida y facilitar la integración socio-laboral y familiar del paciente (Pérez, Gil, Pina & García, 2010).

El tratamiento considerará la edad de la persona (niño, adolescente, adulto) y los momentos de la enfermedad (primeros episodios, fase aguda o de crisis, fase de estabilización o poscrisis, fase estable o de mantenimiento).

### **a) Primeros episodios**

El primer episodio psicótico tiende a ser brusco, sin embargo, previamente se presentan algunos síntomas como el retraimiento social, la pérdida de interés en la escuela o el trabajo, deterioro de la higiene y el cuidado personal, conductas poco habituales y episodios de enfado. Dichos signos y síntomas se presentan varios días o semanas previas, incluso meses antes.

La intervención en estos primeros episodios es esencial en tanto que se puede disminuir la tasa de suicidio, ya que la ideación suicida está presente en un 5-6% de los pacientes y un 20% llevan a cabo intentos (APA, 2013). De igual forma, se llama la atención al impacto del primer episodio psicótico sobre la personalidad, pues existe en la persona una ruptura brusca de su autoconcepto, confusión, baja en el nivel de autoestima y desintegración progresiva de la identidad (Palma, Farriols, Cebrià & Segura, 2007).

### **b) Fase aguda (o crisis)**

Aquí, los pacientes presentan síntomas psicóticos graves (delirios, alucinaciones) y un pensamiento gravemente desorganizado, por lo regular no son capaces de cuidarse a sí mismos y de manera frecuente los síntomas negativos pueden ser intensos, (San Emeterio, *et al.*, 2003). Por ello, durante esta fase, el objetivo es reducir los síntomas psicóticos positivos graves (Pérez, *et al.*, 2010) y mejorar la función psicosocial, así como prevenir posibles daños, controlar los trastornos de conducta alterada, lograr la recuperación del mejor grado de función posible. Durante esta fase, es esencial el establecer alianza terapéutica con el paciente y su familia para formular planes de tratamiento a corto y largo plazo y poner a la persona en contacto con la asistencia adecuada en la comunidad (San Emeterio, *et al.*, 2003).

En esta etapa, las intervenciones psicosociales tienen por objetivo reducir las relaciones, situaciones o episodios vitales que pudieran resultar estresante o sobreestimulantes, se busca fomentar la relajación o reducción de la excitación, a través de mensajes sencillos, claros, coherentes, en un entorno estructurado, predecible y de baja exigencia funcional,

igualmente, de relaciones de apoyo tolerantes, no exigentes y desde luego, el apoyo de profesionales (San Emeterio, *et al.*, 2003).

En esta etapa, hay que informarles a las personas acerca de los tratamientos propuestos y los posibles efectos secundarios, pues es importante considerar el grado de negación del paciente con la enfermedad, su capacidad cognitiva y el vínculo establecido con los profesionales. Durante la fase aguda es inconveniente la terapia psicodinámica porque puede generar desorganización o desencadenar una recidiva (repetición de la enfermedad pasada la convalecencia) (San Emeterio, *et al.*, 2003).

### **c) Fase de estabilización (o postcrisis)**

En esta fase disminuye la intensidad de los síntomas psicóticos agudos, la duración de la fase suele ser de 6 meses o más. El objetivo en esta fase consiste en reducir al mínimo el estrés del paciente, y darle apoyo para evitar una posible recidiva. Se pretende potenciar la adaptación del paciente a la vida en la comunidad, facilitarle la reducción de síntomas y consolidar la remisión. Se recomienda la psicoterapia de apoyo centrada en la realidad (San Emeterio, *et al.*, 2003).

Durante esta etapa, se debe evitar la supresión del tratamiento farmacológico antipsicótico y son recomendados los programas de educación sanitaria para la enseñanza del autocontrol de la medicación, autocontrol de los síntomas y habilidades sociales básicas. Resulta conveniente que las intervenciones psicoterapéuticas sean menos estructuradas y dirigidas que en la fase aguda. También es importante involucrar en mayor medida a los familiares. Se sugiere que si se utiliza psicoterapia individual, ésta sea centrada en la realidad para pacientes moderadamente discapacitados y estables o intermitentemente estables, la psicoterapia cognitivo-conductual es benéfica para el tratamiento de síntomas positivos y negativos resistentes a los antipsicóticos; para la psicoterapia grupal se recomiendan técnicas de habilidades sociales con una periodicidad de un día por semana, durante un año. La intervención familiar se exhorta para pacientes moderada o gravemente, discapacitados (San Emeterio, *et al.*, 2003).

### **d) Fase estable (o de mantenimiento)**

En esta etapa, la persona se encuentra en la fase residual de la esquizofrenia, de hecho es muy probable que no muestre los síntomas del padecimiento y en caso de que los presente, su nivel de intensidad será menos grave, que en la fase activa. Por lo general, cuando llegan a presentar síntomas, son de tipo no psicóticos, por ejemplo ansiedad, depresión o insomnio (San Emeterio, *et al.*, 2003).

Regularmente, antes de llegar a esta fase, la persona pasa por un periodo prodrómico donde suele haber síntomas disfóricos (emociones desagradables o molestas) no psicóticos, formas atenuadas de síntomas positivos o conductas idiosincrásicas. Durante esta fase, se busca mejorar la calidad de vida, estar al pendiente del tratamiento, del aumento de los síntomas o de las recidivas y la vigilancia de los efectos adversos del tratamiento (San Emeterio, *et al.*, 2003).

Los pacientes tienen mejores expectativas en sus intervenciones psicosociales (psicoterapia individual o en grupo), sobre todo si las personas cumplen bien el tratamiento y tienen tolerancia al estrés superior a la mínima. Sin embargo, si el paciente muestra

estados de *déficit* intensos necesitará estrategias de suavización y apoyo más estructuras. Se recomienda terapia de apoyo para resolución de problemas y estrategias orientadas a la realidad (San Emeterio, *et al.*, 2003).

Es importante el mantener su tratamiento farmacológico, porque la reducción o supresión del antipsicótico produce empeoramiento casi inmediato. La terapia electroconvulsiva sólo se usa cuando el tratamiento farmacológico no es tolerado por la persona o ha resultado ineficaz (San Emeterio, *et al.*, 2003).

Durante la fase estable es oportuna la reeducación respecto a las capacidades básicas de la vida cotidiana, el entrenamiento en habilidades sociales, rehabilitación cognitiva y el inicio de rehabilitación laboral. Se recomienda la psicoterapia cognitivo-conductual para tratar síntomas positivos y negativos resistentes a los antipsicóticos (San Emeterio, *et al.*, 2003).

La psicoterapia grupal es conveniente para trabajar técnicas de habilidades sociales (según el Modelo de resolución de problemas) con periodicidad quincenal o semanal. De igual forma, que en la etapa anterior, es benéfico el uso de psicoterapia de apoyo centrada en la realidad. La rehabilitación cognitiva en el entorno social del paciente ha sido eficaz para la prevención de recaídas y la adaptación social (San Emeterio, *et al.*, 2003).

### **C. Tratamiento en situaciones especiales (trastornos por uso de sustancias, suicidio, violencia, síntomas depresivos, pacientes sin hogar)**

En el caso de personas diagnosticadas con esquizofrenia y que además, presentan algún “trastorno por uso de sustancia”, se requiere de un tratamiento interdisciplinario. En este caso, los antipsicóticos suelen usarse en las dosis habituales con previo aviso a los pacientes que el consumo de alcohol u otras sustancias pueden aumentar la sedación y falta de coordinación (San Emeterio, *et al.*, 2003).

Respecto a su plan terapéutico, éste debe ser integral, debe considerar los *déficits* cognitivos del paciente y el bajo nivel de tolerancia. Se recomiendan grupos psicoeducativos y de apoyo. La duración y frecuencia de las sesiones debe regularse en función del periodo de atención y tolerancia de los pacientes. Se sugiere que los objetivos del tratamiento con esta patología asociada sean los mismos que para el tratamiento de la esquizofrenia sin esta patología asociada, pero añadiendo a los objetivos los relacionados con el problema de uso de sustancias (reducción del daño, abstinencia, prevención de recaídas, etcétera) (San Emeterio, *et al.*, 2003).

Durante el periodo de remisión del paciente, se incrementa la probabilidad de suicidio, debido al sentimiento de desesperanza, empobrecimiento y deterioro cognitivo. Los suicidios de pacientes con esquizofrenia se producen durante un periodo de remisión después de 5 a 10 años de enfermedad. La recomendación para las personas en riesgo de suicidio sean hospitalizadas, optimizar el tratamiento farmacológico de la psicosis y depresión, abordar la tendencia suicida de la persona en forma directa utilizando un enfoque de empatía y apoyo (San Emeterio, *et al.*, 2003).

Cuando la persona diagnosticada con esquizofrenia presenta además tendencia a conductas violentas, lo más conveniente es un tratamiento conductual y el mantener a la persona en un ámbito restringido (San Emeterio, *et al.*, 2003).

También pueden presentarse síntomas depresivos después de la remisión de los síntomas psicóticos (síntomas depresivos o “residuales” o “secundarios”). Para la atención de ellos, se puede aplicar el mismo tratamiento antidepresivo usado con otras personas (San Emeterio, *et al.*, 2003).

Finalmente, existen personas con esquizofrenia que carecen de hogar o, debido a la enfermedad, están en riesgo de abandono familiar. Los profesionales de salud pueden intervenir en los factores de riesgo para evitar que la familia los abandonen, de igual forma se sugiere que los profesionales apoyen a los pacientes con esquizofrenia que carezcan de hogar, en su transición al alojamiento, una vez que haya sido dado de alta del hospital (San Emeterio, *et al.*, 2003).

#### **D. Tratamiento farmacológico**

Existen posturas antipsiquiátricas y quienes consideran que las ideas delirantes y alucinaciones son esfuerzos de la persona por su autocuración, que si bien, los psicofármacos procuran tranquilidad, relajación y hacen retroceder o desaparecer síntomas, no pueden tener una efectividad terapéutica (Treichler, 2009). Sin embargo, una de las principales herramientas para el tratamiento de la esquizofrenia la encontramos en el uso de antipsicóticos. Hacia 1952, surge la clorpromazina y se inicia el desarrollo de los primeros fármacos neurolépticos para el tratamiento de trastornos mentales, a éstos se les han denominado antipsicóticos clásicos, típicos o de primera generación. A partir de los años ochenta, surgen nuevos antipsicóticos de la “segunda generación” o “atípicos” como clozapina, risperidona, quetiapona, olanzapina, amisulpride, ziprasidona, etcétera (González, 2007).

Los antipsicóticos en personas con esquizofrenia disminuyen los síntomas psicóticos, aunque no los desaparecen en su totalidad, pues otros síntomas de la esquizofrenia como la disminución de la emotividad, aislamiento social, falta de iniciativa o motivación, anhedonia (pérdida de interés y abandono de actividades placenteras habituales) o pobreza del lenguaje, trastornos cognitivos o del estado de ánimo, no mejoran apreciablemente o incluso, empeoran (González, 2007).

Respecto a la eficacia, algunos estudios señalan que sólo un tercio de los pacientes diagnosticados con esquizofrenia responde de manera favorable a los fármacos y logran integrarse en lo social y laboral, otro tercio lo hace en forma parcial, tienen recaídas y requieren de asistencia social. El otro tercio de pacientes no reacciona con los antipsicóticos o lo hace mínimamente (González, 2007).

Existe una discusión acerca de la eficacia de los antipsicóticos atípicos frente a los neurolépticos convencionales. Los estudios comparativos arrojan resultados muy variables e incluso, contradictorios. Una investigación realizada concluyó que la efectividad y calidad de vida de los antipsicóticos atípicos son similares a los neurolépticos clásicos y desaconsejan el uso de antipsicóticos atípicos para el tratamiento de síntomas psicóticos por su falta de eficacia y riesgo de muerte por trastornos cardiovasculares (González, 2007).

## **E. Terapia electroconvulsiva (TEC)**

La terapia electroconvulsiva se utiliza únicamente en casos graves en los que se presenta intensa agitación y/o desorientación, o cuando el tratamiento farmacológico no haya sido eficaz o no sea bien tolerado, depresión secundaria y trastornos esquizoafectivos resistentes. La evaluación previa a la TEC incluye: la historia clínica psiquiátrica y un examen psiquiátrico, examen médico general (historia clínica y exploración física, valoración de constantes vitales, hemograma, determinación de electrolitos séricos y electroencefalograma), evaluación anestésica, consentimiento informado y una evaluación de las indicaciones del tratamiento y riesgos. Los efectos secundarios del uso del TEC son de tipo cognitivo, por ejemplo estado confusional postictal (estado alterado de conciencia) transitorio y un periodo de alteración de la memoria anterógrada (incapacidad para aprender nueva información) y retrógrada (olvido de lo sucedido antes) durante unas semanas (San Emeterio, *et al.*, 2003).

## **2. Tratamiento psicológico**

Debido a lo incapacitante que resulta la sintomatología de la enfermedad, a la par el tratamiento farmacológico va el tratamiento psicológico (psicoeducativo), así pues existen diferentes alternativas de tratamiento, ya sea en forma individual, grupal, familiar o psicosocial, aunque en varias ocasiones se presenta la combinación de varias de ellas.

La psicoterapia individual y grupal han sido modalidades de intervención que se han aplicado en el tratamiento. En ambas los objetivos son: 1) estimular y dirigir la comunicación entre los pacientes, 2) reforzar y/o estimular la conciencia de la enfermedad, 3) ayudar a identificar los factores ambientales, familiares y personales que desencadenan la sintomatología, 4) aclarar la función que tienen los antipsicóticos y la importancia de tomarlos con responsabilidad, 5) determinar estrategias positivas de enfrentamiento hacia la enfermedad, 6) buscar, conjuntamente con los pacientes, otras posibles estrategias (Díaz, 1994, 1999, citado en Valencia, Murow & Rascón, 2006).

## **A. Tratamientos psicológicos y su eficacia**

Históricamente, hay tres etapas de las terapias psicológicas aplicadas a la esquizofrenia (Slade y Haddock, 1996, citada en Vallina & Lemos, 2001):

- 1) De 1960 a comienzos de 1970: donde se diseñaron intervenciones en psicosis, basándose en los principios del condicionamiento operante.
- 2) De 1970 a principios de 1980: con la introducción de tratamientos familiares y procedimientos de entrenamiento en habilidades sociales e instrumentos con los pacientes.
- 3) En la década de 1990: introducción y desarrollo de las terapias cognitivo-conductuales para el tratamiento de síntomas psicóticos –residuales.

Entre los trabajos más destacados en el tratamiento de la esquizofrenia están el Tratamiento Psicoanalítico, Terapias basadas en el Modelo Conductual, Terapia a partir del Cuerpo, Terapia a partir del Arte, Logoterapia, Musicoterapia, Paquetes Integrados Multimodales (IPT) y Terapia bajo el enfoque Cognitivo Conductual.

### **a) Tratamiento psicoanalítico**

A mediados del siglo XX, las intervenciones en la esquizofrenia fueron de corte psicoanalítico, sin embargo, debido a las características de las personas no fue factible este tipo de tratamiento (Freud consideraba necesaria la transferencia la cual, no era posible en las personas atendidas debido al retiro de la libido de los objetos). Aunque, se realizaron algunos intentos por desarrollar tratamientos de orientación analítica, no han logrado tener éxito, incluso suelen estar contraindicadas para este tipo de trastorno (Gutiérrez, Ocampo & Gómez, 2008).

### **b) Terapias de conducta**

Las terapias de conductas se integraron al tratamiento de la esquizofrenias en las décadas de los 60 y 70. La principal estrategia fue la de economía de fichas. Posteriormente, se añadieron otras estrategias y la teoría del aprendizaje, por ejemplo el entrenamiento en habilidades sociales y estrategias de control de la ansiedad (Gutiérrez, *et al.*, 2008).

### **c) Terapia a partir del cuerpo**

Esta intervención considera que los desórdenes que una persona presenta son consecuencia de atrasos en maduración, fijaciones o regresiones evolutivas, lesionales o funcionales que provocan desorganización en la motricidad y alteran la relación y evolución de varias estructuras comportamentales (Da Fonseca, 1996, citado en: Salas, 2007). El reeducar la psicomotricidad permitirá acceder a una re-estructuración de sus problemas afectivos, ya que le permite desarrollar nuevas formas de pensamiento y de relación con el mundo (Salas, 2007).

La terapia del movimiento considera que las personas diagnosticadas con esquizofrenia muestran dificultades en su comunicación verbal y es a través del movimiento del cuerpo como expresan sentimientos o comunican intereses y deseos; de igual forma, a través del movimiento se comunican las emociones, las cuales, cumplen una función adaptativa. También, les permite ampliar su apertura a los intercambios con otras personas donde ambos tienen establecidos sus límites personales: “Yo soy yo y él es él, por eso nos comunicamos en igualdad de condiciones” (Salas, 2007).

Hacia 1919, Rudolf Steiner desarrolla como arte la eurytmia, que consiste en el moverse de modo armonioso y buscando la belleza, sirve para expresar estados de ánimo y por ello, se convierte en un medio de comunicación. La eurytmia tiene aplicación terapéutica en algunos países y ha desarrollado ejercicios que concentran el efecto curativo general sobre los procesos patológicos y sistemas orgánicos afectados en particular. Por otro lado, la gimnasia Bothmer ha sido también usada para el tratamiento de enfermedades psiquiátricas, está dirigida al cuerpo físico, ayudando al enfermo a entablar nuevos vínculos con el entorno espacial (Treichler, 2009).

### **d) Musicoterapia**

A través de ella, se entrenan habilidades sociales con énfasis en los aspectos afectivos. Los objetivos de este tipo de intervención es desarrollar habilidades sociales, mejorar su funcionalidad y disminuir los síntomas negativos. Durante las sesiones se puede trabajar aspectos como el contacto con la realidad, atención, concentración, interrelación personal, reconocimiento y expresión de los sentimientos. Dentro de la musicoterapia también se incluye la revisión de temas como *características de la esquizofrenia, importancia de los*

*medicamentos, asistencia a las consultas médicas, síntomas de las recaídas, relaciones familiares y sociales y requisitos para buscar un trabajo. Se sugiere que el trabajo sea grupal y directivo, orientado en el “aquí y ahora” (Valencia, et al., 2006).*

El trabajo de musicoterapia puede hacerse con improvisación clínica donde las personas tocan diferentes instrumentos y enfrentan la tarea y a la música en la forma como se relacionan con el mundo, lo cual les permite modificar la experiencia de la relación con el mismo (Valencia, et al., 2006).

#### **e) Terapia a partir del arte (terapia a partir del alma)**

En la Clínica Friedrich Husemann (en Buchenbach, Alemania), la terapia a partir del alma significa *terapia artística*, que va más allá de una terapia ocupacional. La actividad plástica de las manos induce a fuerzas formativas del cuerpo vital. Han utilizado actividades como talla, tejer, dibujar, pintar con acuarela y música. Para ellos es importante hacer una prescripción diferenciada para cada enfermo, pues lo que beneficia a uno puede dañar a otro (Treichler, 2009).

Los talleres pretenden: 1) capacitar a las personas para desarrollar actividades manuales, 2) proporcionar al paciente la capacitación para desarrollar habilidades en alguna técnica laboral/manual que le permita obtener recursos económicos a largo plazo (Valencia, et al., 2006).

#### **f) Logoterapia (Terapia del conocimiento o a partir del espíritu)**

Siguiendo los lineamientos de la logoterapia de Víctor Frankl (Escuela vienesa de psicoterapia orientada hacia el futuro), la terapia a partir del espíritu ayuda al enfermo a aprehender, el sentido biográfico de su enfermedad y generar mejores expectativas para el futuro. Desde luego, es necesario el ser moderado con el uso de este tipo de terapia, por ejemplo, el aspecto de la cognición no puede ser llevada a cabo totalmente por enfermo, es el terapeuta quien apoya, al respecto (Treichler, 2009).

#### **g) Paquetes Integrados Multimodales (IPT)**

Partiendo de que, la persona con esquizofrenia presenta deficiencias en diferentes niveles funcionales de organización de la conducta y que las deficiencias de un nivel afectan otros niveles, Roder, Brenner, Hodel & Kienzle (1996) elaboraron un programa de terapia psicológica integrada (IPT), en él se incluyen los siguientes subprogramas:



Este programa ha sido aplicado en más de 700 pacientes en diferentes países, de intervención grupal y orientación conductual. Busca el mejoramiento de habilidades cognitivas y sociales. Los programas están ordenados jerárquicamente, por lo que las primeras intervenciones se dirigen a las habilidades cognitivas para al final, llegar a la resolución de problemas complejos, como los problemas interpersonales. Dicho programa, se aplica en grupos de cinco a siete personas con sesiones de 30 a 60 minutos (Vallina & Lemos, 2001).

La Terapia Psicológica Integrada ha logrado mejoramiento en los procesos cognoscitivos de los pacientes (atención, abstracción y formación de conceptos), aunque el desempeño sigue por debajo de la normalidad y no hay una influencia relevante en el funcionamiento social. Así mismo, han concluido que es conveniente el realizar la intervención social desde el principio de la terapia, pues el paciente se motiva más con problemas reales que con intervenciones centradas en funciones cognitivas que no tienen una aplicación inmediata en su vida (Vallina & Lemos, 2001).

#### **h) Terapia cognitivo-conductual**

Se ha utilizado para el tratamiento de alucinaciones. La primera aplicación del modelo cognitivo-conductual para el tratamiento de síntomas psicóticos fue hecho por Beck en 1952, la cual se realizó en treinta sesiones durante 8 meses. Beck junto con Hole y Rush en 1979, efectuaron un tratamiento con el mismo modelo en ocho pacientes con ideaciones delirantes. Desde entonces, se ha seguido usando el modelo cognitivo –conductual (Muñoz, 2007). En la década de los 70, Beck reportó la efectividad de las técnicas de Terapia Cognitivo Conductual en pacientes con delirios residuales (Gutiérrez, *et al.*, 2008).

La finalidad de la Terapia cognitivo-conductual consiste en disminuir o modificar las conductas desadaptativas y las distorsiones cognitivas derivadas de ellas. Este trabajo se hace conjuntamente con el paciente o la familia, a la par del entrenamiento de habilidades sociales y comprende las siguientes fases: establecer una buena relación terapéutica, evaluación, comprensión de la experiencia psicótica, técnicas de terapia cognitivo-conductual dirigidas a delirios, alucinaciones, autoevaluaciones y emociones negativas y finalmente el abordaje del riesgo de recaídas y deterioro social (Muñoz, 2007; Cuevas, *et. al*, 2003).

Las distorsiones cognoscitivas más frecuentes en la esquizofrenia, son las siguientes (Muñoz, 2007):

- 1) Identificación predicativa. La persona obtiene conclusiones de este tipo: “Luis juega billar, yo juego billar, yo soy Luis”.
- 2) Atribuciones precipitadas de significado. En situaciones confusas obtiene interpretaciones arbitrarias con gran rapidez.
- 3) Sobreinclusión egocéntrica. La persona relaciona los acontecimientos como referidos a él (personalización).

- 4) Confusión de causas y significados. Cuando la persona se enfrenta a un acontecimiento que debe explicarse, utiliza una interpretación relacionada con su autoconcepto y experiencias previas.
- 5) Desimbolización. La persona cree literalmente, el significado de las metáforas. Por ello, es inconveniente su uso con estos pacientes.
- 6) Concreción y percepción. Es la tendencia a trasladar los conceptos abstractos a preceptos.
- 7) Sesgos en el foco de la atención. La persona con esquizofrenia tiende a enfocar su atención más fácilmente, en estímulos dañinos y recuerdan de manera fehaciente, episodios peligrosos.
- 8) Pensamiento dicotómico o polarización. Tendencia a clasificar las experiencias en una o dos categorías opuestas, saltándose valoraciones y hechos intermedios.

El modelo cognitivo conductual centra su intervención en las creencias delirantes, las creencias sobre las voces y en las autovaloraciones negativas; de manera más colateral las experiencias de la enfermedad y el afrontamiento emocional del paciente (Palma, *et al.*, 2007).

Se han identificado cuatro tipos de creencias acerca de las voces que escuchan los pacientes (Perona & Cuevas, 2002):

- 1) Creencias sobre la identidad de las voces.
- 2) Creencias sobre los propósitos y significados de las voces.
- 3) Creencias sobre el poder y omnisciencia de las voces.
- 4) Creencias sobre las consecuencias del sometimiento o resistencia a las voces.

Además, hay aplicaciones del modelo cognitivo conductual en el entrenamiento de habilidades sociales, terapia familiar conductual (dirigida a mejorar la comunicación entre los miembros), tratamiento de los síntomas negativos (principalmente el aislamiento social, la anhedonia (pérdida de interés y abandono de actividades placenteras habituales) y el aislamiento social (Muñoz, 2007).

La terapia cognitivo-conductual ha tenido éxito en la cronicidad global de la sintomatología, la sintomatología aguda, los síntomas positivos residuales y los síntomas negativos (Gutiérrez, *et al.*, 2008).

### **3. Rehabilitación psicosocial en la esquizofrenia**

A mediados del siglo XX, la rehabilitación era una multiplicidad difusa y contradictoria de actuaciones dejadas al voluntarismo, la nueva fe y el sentido común. Sin embargo, en las últimas décadas se ha logrado consolidar teóricamente y con una metodología práctica de estrategias de entrenamiento de habilidades y mejora de competencias, estrategias

psicoeducativas y de apoyo social, de hecho la rehabilitación psicosocial se ha considerado el área primordial de la rehabilitación en una persona con trastorno mental. (Rodríguez & González, 2006).

### **A. Definición y objetivos**

La rehabilitación psicosocial es un proceso cuya meta global es ayudar a las personas con trastorno mental a reintegrarse en la comunidad y mejorar su funcionamiento psicosocial, de tal forma que pueda mantenerse en su entorno natural y social en condiciones lo más normalizadas e independientes posibles (Florit, 2006; Rodríguez & González, 2006).

Como lo señalan González & Rodríguez (2010), el objetivo no es la curación de la persona, sino procurar el desarrollo de sus habilidades sociales y conservar la dignidad de la misma.

La rehabilitación psicosocial pretende favorecer adquisición de destrezas, habilidades y capacidades personales necesarias para el funcionamiento en la comunidad (cuidado personal, descanso, recreación, etcétera) en las mejores condiciones de normalización y calidad de vida posibles (Florit, 2006; Gobierno de Chile, Ministerio de Salud, 2006; Gisbert, 2003).

Se busca reducir el impacto de síntomas negativos y positivos en la vida de la personas, aumentar el conocimiento sobre el trastorno (en la misma persona y en su familia) que a su vez favorezca la adhesión al tratamiento farmacológico y se prevengan las recaídas (Florit, 2006).

La rehabilitación psicosocial también busca potenciar la integración social dentro de la comunidad, apoyando un funcionamiento lo más autónomo integrado e independiente posible, así como el desempeño de roles sociales valiosos y normalizados (Florit, 2006). Al mismo tiempo, la rehabilitación psicosocial debe propiciar espacios sociales y que el contexto se modifique, de manera que todo ello en conjunto ofrezca mejores condiciones de vida para todos (Gobierno de Chile, Ministerio de Salud, 2006).

Aunque, no siempre se cuenta con ella, la familia juega un papel relevante, por lo que otro de los objetivos es asesorar y apoyar a las familias de las personas con trastorno mental severo para favorecer su competencia en el manejo de los problemas que se les plantean y con ello, influir positivamente, en el proceso de rehabilitación y ajuste social de sus familiares con problemas psiquiátricos (Gisbert, 2003).

En términos generales, la rehabilitación psicosocial pretende prevenir o disminuir el riesgo de deterioro psicosocial, marginalidad y/o institucionalización (Florit, 2006; Gisbert, 2003).

### **B. Áreas de atención psicosocial**

La rehabilitación psicosocial tiene diferentes áreas de atención. Rodríguez (2006) distingue tres niveles, en el primero considera las siguientes:

- 1) Autocuidado: como son el aseo e higiene personal, vestido, hábitos saludables.
- 2) Psicomotricidad.

- 3) Actividades de la vida diaria: organización de la vivienda, hábitos domésticos, manejo social, uso de transportes, realización de trámites, administración del dinero, etc.
- 4) Psicoeducación: conocimiento y manejo de la enfermedad, adherencia al tratamiento, autoadministración de la medicación, factores de riesgo, prevención de recaídas, etc.
- 5) Autocontrol y manejo del estrés.
- 6) Habilidades sociales.
- 7) *Déficit cognitivos.*
- 8) Ocio y tiempo libre.
- 9) Integración comunitaria: uso de recursos sociocomunitarios, promoción y desarrollo de redes sociales, etc.
- 10) Orientación laboral y apoyo a la inserción en el mundo laboral.
- 11) Apoyo a la integración social y soporte comunitario.
- 12) Seguimiento en la comunidad.

En segundo lugar, considera el asesoramiento e intervención psicosocial con las familias (programas psicoeducativos, formación en habilidades de comunicación, convivencia, resolución de problemas, formación de grupos de autoayuda), (Rodríguez & González, 2006; Florit, 2006).

Finalmente, considera las intervenciones en el medio social de apoyo y soporte (coordinación con recursos sociocomunitarios, promoción de redes sociales, coordinación de programas de apoyo), (Rodríguez & González, 2006).

### **C. Modelos de habilidades sociales**

Para la rehabilitación psicosocial en la esquizofrenia se han usado diferentes modelos de habilidades sociales. Existen tres modelos o niveles del entrenamiento en las habilidades sociales. El primero es el **modelo topográfico**, centrado en habilidades moleculares las conductas no verbales y paralingüísticas. El segundo es el **modelo de contenido**, que se enfoca en habilidades molares, por ejemplo iniciar una conversación. El tercer modelo es el de **percepción social y resolución de problemas** (Romero, 2002).

### **D. Estudios de intervenciones psicosociales en personas con esquizofrenia**

Existen investigaciones de intervenciones psicosociales en pacientes con esquizofrenia. Vallina y Lemos (2001) hacen la descripción de diez diferentes estudios controlados de entrenamiento en habilidades sociales con este tipo de población:

Bellack, A. S., Turner, S. M., Hersen, M., & Luber, R.F. (1984) realizaron entrenamiento en habilidades sociales en un grupo de 29 personas, 3 horas por semana durante tres meses. En 6 meses hubo mayor mejoría en el grupo de habilidades sociales que en el grupo de control (14 personas), éstos presentaron recaída, al año, pues en ese tiempo se igualaron los niveles de los grupos.

Liberman, R. P., Mueser, K. T., Wallace, C. J., Jacobs, H. E., Eckman, T., & Massel, H. K., (1986) realizan el entrenamiento en habilidades sociales con tratamiento holístico (14 personas) y un grupo control (14 personas), 10 horas a la semana durante 9 semanas. Tras 2 años hay mejora en el grupo entrenado, aunque posteriormente se igualan los grupos.

Hogarty, G. E., Anderson, C. M., Reiss, D. J., Komblith, S. J., Greenwald, D .P., Javna, C. D., & Madonia, M. J. (1986, 1991), realizaron la comparación entre cuatro grupos: en el primero se trabajaron habilidades sociales con 23 personas; en el segundo, psicoeducación familiar con 22 participantes; en el tercero, habilidades sociales y psicoeducación con 23 personas. El cuarto grupo fue un grupo control con 35 personas. En dichos grupos se trabajaron sesiones semanales durante el primer año y quincenales en el segundo. Después de dos años, se observó que hubo mejor ajuste de las personas en el grupo donde trabajaron habilidades sociales y psicoeducación, en segundo lugar, en el grupo donde se ocuparon de psicoeducación familiar, después el grupo de habilidades sociales y al final, el grupo control.

Dobson, D. J., McDougall, G., Busheikin, J., & Aldous, J. (1995), realizaron la comparación entre un grupo con entrenamiento en habilidades sociales (15 personas) y uno grupo con ambiente social (13 personas), con cuatro sesiones semanales durante 9 semanas. Tras las 9 semanas no se encontraron diferencias en síntomas positivos, aunque sí hubo mejora en el grupo de habilidades sociales en síntomas negativos, sin embargo, tras 6 meses hubo igualdad en ambos grupos.

Hayes, R. L., Halford, W. K., & Varghese, F. R. (1995), realizaron la comparación entre un grupo con entrenamiento en habilidades sociales y un grupo de discusión. Sus sesiones eran de 75 minutos durante 18 meses. A los 6 meses, el grupo de habilidades sociales fue mejor en comparación con el grupo de discusión, ambos grupos mejoraron su funcionamiento comunitario.

Marder, S. R., Wirshing, W. C., Mintz, J., McKenzie, J., Johnston, K., Eckman, T. A., Lebell, M., Zimmerman, K., & Liberman, R. P. (1996) compararon dos grupos: uno con entrenamiento en habilidades sociales (43 personas) y otro, con terapia de apoyo (37 personas) a lo largo de 2 años (3 horas por semana el primer año y 90 minutos semanales en el segundo año); al final de los 2 años, ambos grupos tuvieron resultados iguales.

Smith, T. E., Bellack, A. S., & Liberman, R. P. (1996) realizan entrenamiento en habilidades sociales durante 3 semanas, a fin de la reducción de síntomas positivos y negativos; al final lograron mejorar el cumplimiento de cuidados posteriores al alta.

Kopelowicz, A., Liberman, R. P., Mintz, J., & Zarate, R. (1997), hicieron la comparación de habilidades sociales entre dos grupos: uno, con síndrome deficitario y otro sin él. Realizaron

ocho sesiones durante una semana. Al final, los pacientes sin síndrome tuvieron menos síntomas negativos y mejores habilidades conductuales.

Kopelowicz, A., Wallace, C. J., & Zarate, R. (1998), compararon un grupo con entrenamiento en habilidades sociales (28 personas) y uno de terapia ocupacional (31) en 8 sesiones durante una semana, observándose que el grupo de habilidades sociales tuvo un mejor ajuste comunitario posterior al alta.

Lieberman, R. P., Wallace, C. J., Blackwell, G., Kopelowicz, A., Vaccaro, J. V., & Mintz, J. (1998), hicieron lo mismo comparando un grupo de 28 personas con entrenamiento en habilidades sociales y un grupo (42 personas) con terapia ocupacional; realizan el trabajo durante 2 años (12 horas semanales en 6 meses). Tras 2 años, el grupo de habilidades sociales presentó menor angustia, no obstante hubo mantenimiento de los síntomas positivos, sin embargo, el grupo de habilidades sociales tuvo un mejor funcionamiento en habilidades de la vida diaria, incluso en áreas no relacionadas con las entrenadas.

Respecto a la duración de las intervenciones hay una gran variabilidad, desde unas dos o tres semanas hasta dos años, lo más conveniente ha sido una duración prolongada para garantizar los resultados obtenidos, (Vallina & Lemos, 2001).

A través de los estudios realizados con personas con esquizofrenia, se puede afirmar que: 1) los pacientes con esquizofrenia pueden aprender una amplia variedad de habilidades instrumentales y afiliativas en situaciones específicas de entrenamiento, 2) se puede esperar moderadas generalizaciones de las habilidades aprendidas; 3) la generalización se potencia si se anima al paciente a aplicar las habilidades aprendidas y si existe el reforzamiento de familiares, compañeros, etc.; 4) en pacientes con síntomas en la etapa activa la habilidad es aprendida con dificultad o en forma incompleta; 5) los pacientes informan consistentemente, de disminución en ansiedad social después del entrenamiento; 6) la duración de las habilidades sociales dependen de la duración del entrenamiento, es probable que se olvide si las sesiones fueron menores a 2-3 meses, dos sesiones por semana; 7) con sesiones entre 3 meses y un año (junto con medicación) se reducen las recaídas y mejora el funcionamiento social (Lieberman, 1994, citado en Vallina & Lemos, 2001).

## **E. Etapas del proceso de rehabilitación psicosocial**

El proceso de rehabilitación tiene varias etapas, que se pueden resumir en cuatro: acogida, evaluación, intervención y seguimiento.

### **a) Acogida**

Es el momento en que se recibe a la persona, el objetivo aquí es facilitar la adaptación del recurso y de la persona atendida al proceso de rehabilitación (Florit, 2006)

### **b) Evaluación**

La evaluación debe ser interdisciplinaria, y consiste en recoger información de diferentes fuentes y contextos (Florit, 2006).

El objetivo de esta etapa es encontrar la conducta problema para posteriormente, lograr modificarla. La evaluación debe ser funcional, es decir, identificar los *déficits* y las

capacidades, considerar el contexto en que se produce, los factores desencadenantes o que mantienen los componentes cognitivos, conductuales, biológicos e interpersonales implicados. (Orviz, Novoa & Palacios, 2010).

Orviz, Novoa & Palacios, (2010), consideran como técnicas que para evaluar las habilidades sociales las siguientes:

- *Entrevista*: a la persona misma o a terceros (con preguntas directas o indirectas) que se ajustan a las características del entrevistado.
- *Estrategias de role-playing*: o sea, representaciones entre la persona y el terapeuta.
- *Cuestionarios, inventarios y escalas o autoinformes*: son un conjunto de autoinformes con preguntas o afirmaciones, ante las que la persona da una respuesta indicando su grado de acuerdo o conformidad en una escala o bien, ordena distintos elementos de una lista, según sus preferencias.
- *Método observacional*, donde el observador dirige su atención a la propia conducta utilizando un registro objetivo, sistemático y específico de la misma.

#### **c) Establecimiento de Plan Individualizado de Rehabilitación (PIR)**

Que el usuario participe en todo el proceso rehabilitador. Objetivos deben ser alcanzables y ser revisados continuamente (Florit, 2006).

#### **d) Intervención**

Varía de sujeto a sujeto. Ser práctica y realista. Conveniente el evitar “paquetes de intervención predefinidos y listos para ser usados”. Metodología cognitivo conductual es excelente marco teórico de intervención (Florit, 2006).

#### **e) Seguimiento**

Buscar la mayor autonomía de la persona, que no necesite de por vida de intervención, aunque en algunos casos ello no es posible (Florit, 2006).

### **F. Metodología y estrategias de intervención**

El siguiente apartado está enfocado específicamente, a la rehabilitación de habilidades sociales en personas con esquizofrenia, se inicia con los objetivos, organización de las sesiones, contenido sugerido con esta población, técnicas de entrenamiento y la evaluación de la intervención; intervención de la familia o el entorno donde habite la persona.

#### **a) Objetivos**

En términos generales, se pretende que la persona mejore su capacidad para comunicarse y relacionarse con sus semejantes, lo cual le permita reducir el grado de sufrimiento emocional, se busca que la persona adquiera habilidades, para afrontar situaciones vitales importantes (expresión de sentimientos, defensa de derechos personales básicos, integración en grupo de iguales o entornos laborales) y que lo lleve a disminuir su estrés y desprotección (Rullas & Carretero, 2006).

González & Rodríguez (2010) consideran que para el entrenamiento de habilidades, en una población con esquizofrenia, es necesario considerar las siguientes características de la misma:

- Sintomatología presente: ideas delirantes, alucinaciones, apatía, alogia, lenguaje desorganizado, ansiedad, etc.
- Evaluación, generalmente desfavorable, que la persona hace de su grado de competencias y habilidades.
- *Déficits* en el procesamiento de la información.
- Falta de estrategias y hábitos intelectuales.
- Carencia de contenidos culturales y habilidades básicas.
- Ausencia de hábitos de trabajo en grupo.
- Estilo de refuerzo dominante basado en refuerzos negativos e inmediatos, mucha dificultad de operar con refuerzos diferidos.

Por lo anterior, lo más recomendable para trabajar con esta población, es usar métodos sustentados en la práctica repetida por parte del sujeto de la habilidad que se trabaje. En el caso de personas muy deterioradas, se requiere la graduación del aprendizaje y la aplicación de las técnicas de moldeamiento. La técnica de solución de problemas resulta muy utilizada en programas de rehabilitación psicosocial. Es conveniente que los programas promuevan la participación activa de los usuarios (González & Rodríguez, 2010).

#### **b) Organización de las sesiones**

Rullas & Carretero (2006) sugieren hacer el entrenamiento estructurado en módulos (por ejemplo: habilidades conversacionales, asertividad, expresión-recepción de emociones, etcétera).

El tipo de entrenamiento puede hacerse en forma individual o grupal.

Por las características de las personas atendidas es conveniente que las sesiones sean cortas (entre 30 y 90 minutos) y que el número participantes sea de cuatro a ocho personas. Asimismo, se debe cuidar que haya homogeneidad en *déficits* y habilidades de funcionamiento social.

Las edades sugeridas para obtener mejores resultados pueden oscilar entre los 18 y 30 años.

Se sugiere la presencia de dos terapeutas.

#### **c) Contenido del entrenamiento**

Considerando las características de la población con esquizofrenia y las condiciones que la misma enfermedad les provoca, hay dos dimensiones dentro de un programa de Habilidades Sociales a tener en consideración: las habilidades de la vida diaria y habilidades interpersonales (habilidades básicas, de conversación, resolución de problemas). De acuerdo a lo anterior, un programa de Habilidades Sociales destinado para la rehabilitación

personas que padecen esquizofrenia se pueden trabajar los siguientes temas (Monjas, 2000):

#### Habilidades básicas

- Sonreír y reír
- Saludar
- Presentarse y presentar a otra persona
- Hacer o pedir favores
- Cortesía y amabilidad
- Dar las gracias
- Hace un cumplido

#### Habilidades sociales avanzadas

- Pedir ayuda
- Participar
- Dar instrucciones
- Disculparse
- Convencer a los demás

#### Conversación

- Comunicación verbal y no verbal
- Inicio, mantenimiento y término de conversaciones.
- Lenguaje utilizado

#### Solución de problemas

- Identificar problema
- Buscar soluciones
- Anticipar consecuencias
- Elegir solución
- Aplicar solución

### **d) Técnicas de entrenamiento**

Entre los tratamientos utilizados con pacientes con esquizofrenia para el desarrollo de habilidades sociales el que mejor resultados ha reportado es el de corte cognitivo conductual.

Las estrategias de intervención en rehabilitación han ganado en operatividad y eficacia con la incorporación de diferentes estrategias extrapoladas y adaptadas del campo de la psicología del aprendizaje social, la modificación de conducta, la intervención social y los recursos humanos, incluyendo entre otras: entrenamiento y desarrollo de habilidades personales y sociales, estrategias psicoeducacionales y de intervención psicosocial con familias y usuarios, desarrollo de redes sociales, apoyo social, etc. Este conjunto de estrategias de intervención utilizadas en el campo de la rehabilitación psicosocial, han demostrado su eficacia en la mejora del funcionamiento psicosocial de personas con Trastorno Mental Grave y en su adaptación y mantenimiento en la comunidad (Gisbert, 2003, p. 43).

Lo esencial en este tipo de programas es que sus objetivos están encaminados a que la persona no sólo aprenda la parte procedimental, sino que efectivamente, aplique en su vida cotidiana dichos conocimientos (Vanilla, 2001, Jiménez, 2000).

El primer paso para la enseñanza de una habilidad es hacer una demostración, ya sea una descripción verbal, una foto, dibujo o estímulo que muestre la conducta a aprender. El segundo paso reside en que la persona reproduzca la conducta mostrada. El tercer paso, que sepa lo correcto o incorrecto de su actuación. Finalmente, la persona debe tener la oportunidad practicar varias veces la conducta (Jiménez, 2000).

Siguiendo en anterior proceso, para la enseñanza de habilidades sociales, el enfoque cognitivo conductual ha desarrollado con éxito, técnicas y herramientas con los objetivos de aumentar el conocimiento de las habilidades sociales, ayudar a la persona a traducir ese conocimiento en conducta habilidosa y asegurar el mantenimiento y la generalización de lo aprendido en ambientes naturales (Jiménez, 2000).

El procedimiento para la enseñanza propuesto por este enfoque es el siguiente (Monjas, 2002):

- 1) Instrucción verbal, diálogo y discusión.  
Información conceptual:
  - a) Delimitación y especificación de la habilidad.
  - b) Importancia y relevancia de la habilidad.
  - c) Aplicación de la habilidad.Componentes y pasos conductuales específicos de la habilidad.
- 2) Modelado.
- 3) Práctica:
  - a) *Role-playing*.
  - b) Práctica oportuna.
- 4) *Feedback* y refuerzo.
- 5) Tareas.

A continuación, se hace la descripción de ellas.

- **Instrucción verbal, diálogo y discusión.** Su finalidad es aportar información y que la persona reflexione. Se refiere a que la persona use su lenguaje hablado, por eso se invita a la misma participe en actividades como el diálogo, la discusión, el debate, la asamblea y la puesta en común. En la "Información conceptual", el coordinador de la actividad informa en qué consiste la habilidad que se trabajará y por qué es importante, además de indicar los pasos para aplicarla (Componentes y pasos conductuales).
- **Modelado.** Su finalidad es observar cómo se realiza la conducta competente. Se basa en el modelo de aprendizaje por observación o aprendizaje vicario, donde se espera que la persona adquiera la respuesta a través de la observación de la ejecución del modelo. Esta técnica puede hacerse usando el *modelado más las autoinstrucciones*, es decir, el modelo (terapeuta) va haciendo las acciones y al mismo tiempo va verbalizando preguntas en voz alta y contestándoselas; también

puede hacerse mediante el *modelado de dominio o maestría*, en el que el modelo presenta la conducta deseada sin errores; el *modelado de afrontamiento*, cuando el modelo va haciendo la conducta y verbalizando modos de enfrentarse a la ansiedad; *modelado encubierto* donde la persona imagina al modelo afrontando una situación (Monjas, 2000).

- **Práctica.** Su objetivo radica en que la persona ensaye la conducta y es precisamente el ensayo de conductas y habilidades. Puede hacerse siguiendo el *role-playing*, en el cual la persona practica en una situación artificial y en condiciones seguras, la persona adopta un papel y ensaya la conducta deseada; también se puede utilizar la *práctica oportuna*, en donde la persona utiliza la habilidad en una situación real, por ejemplo el saludo al llegar a determinado lugar; en estos casos se refuerza el logro si la persona ejecutó la conducta esperada y se habilita en caso contrario. Una tercer forma es la *práctica encubierta*, aquí la persona prepara mentalmente, las palabras y conductas que va a utilizar en determinada en situación de la vida real (Monjas, 2000).
- **Feedback y reforzamiento.** Su objetivo es informar sobre la ejecución y fortalecer la conducta. Se le indica a la persona acerca de cómo fue su ejecución y se le proporciona reforzamiento. El *feedback* suele utilizar reforzamientos materiales (dulces, fichas, etc.), de actividad, por ejemplo (dejar escuchar música) y social (verbal, gestual, físico o mixto) (Monjas, 2006).
- **Tareas.** Su objetivo es generalizar y transferir las conductas aprendidas. Como su nombre lo dice, la persona hace conductas o aplica habilidades aprendidas en la vida real.

Otras técnicas que apoyan el desarrollo de habilidades sociales son: entrenamiento en autoinstrucciones, solución de problemas cognoscitivo-sociales, exposición, relajación, tareas, terapia racional emotivo-conductual y desensibilización sistemática (Monjas, 2000).

- **Entrenamiento en autoinstrucciones.** Antes, durante y después de hacer una tarea o acción se tienden a hacer verbalizaciones internas, es decir, mensajes que uno se dice así mismo. Esta técnica pretende precisamente, que la persona utilice el autolenguaje como autorregulación de la propia conducta a la vez que utilice verbalizaciones positivas (Monjas, 2000).
- **Solución de problemas cognoscitivo-sociales.** Lo que intenta esta técnica es que la persona, utilizando el pensamiento reflexivo, soluciones los problemas interpersonales. Para ello, se habilita siguiendo los componentes básicos de solución de problemas (Monjas, 2000):
  - Controlar el impulso personal.
  - Identificar y definir el problema.
  - Buscar muchas alternativas de solución.
  - Anticipar consecuencias para cada solución prevista.
  - Elegir una solución.
  - Poner en práctica y probar la solución elegida.

- **Exposición.** Trata que la persona se exponga a situaciones atemorizantes sin que le produzca ansiedad. Esta exposición puede hacerse en situaciones reales, simuladas y dramatizadas, a través de videos o en situaciones imaginarias. Es recomendable practicar en situaciones simuladas antes de hacerlo en la vida real (Monjas, 2000).
- **Relajación.** Su propósito es reducir y controlar las respuestas de activación orgánica. Esta técnica utiliza principalmente, el “Método de relajación progresiva de Jacobson”, desarrollado hacia el año de 1929. Bajo estas directrices, se busca que la persona sea consciente y aprenda a diferenciar entre tensión y relajación de los grupos musculares (Monjas, 2000).
- **Terapia racional emotivo-conductual.** Pretende que la persona pueda sustituir pensamientos irracionales por pensamientos adaptados y positivos. Se lleva a que la persona se de cuenta de que sus propios pensamientos son los que promueven sus sentimientos, en un segundo momento se lleva a la persona a que reconozca y detecte sus propios pensamientos automáticos distorsionados para posteriormente, sustituya éstos por otros más adaptados y positivos (Monjas, 2000).
- **Desensibilización sistemática.** Su objetivo busca reducir las respuestas de ansiedad y temor. Fue iniciada por Wolpe hacia el año de 1958, se utiliza para tratar ansiedad, conductas de miedo y temores irracionales, síndromes de evitación y fobias. Por lo regular, recurre a la relajación para generar una respuesta contraria a la ansiedad y se hace una exposición gradual al estímulo provocador del miedo (Monjas, 2000).
- **Práctica en contextos naturales: generalización.** Al final del aprendizaje de las habilidades sociales, lo esencial es que la persona sea capaz de usar aplicar capacidades practicadas en el ámbito natural ante las situaciones que se presenten. La persona tiene que lograr tener la capacidad de evaluar el momento, lugar, con quién o quiénes interactúa, así como el objetivo de su interacción para poder aplicar la habilidad social más conveniente (Monjas, 2000).

#### e) Evaluación de la intervención

La evaluación de la intervención se realiza en forma continua, antes, durante y después de finalizar el entrenamiento. La evaluación permitirá adecuar el Programa Individual de Rehabilitación y ajustar las estrategias de intervención. En este punto es importante considerar que una inhabilidad, en esta población, puede deberse a algún otro factor, por ejemplo el uso de un medicamento o una depresión (Rullas & Carretero, 2006).

En la evaluación se consideran las situaciones en que la persona presente *déficits*; la relación con su red social y cuáles son los *déficits* específicos: aspectos topográficos, habilidades instrumentales, habilidades de conversación, *déficits* en dar respuestas asertivas o resolución de problemas (Rullas & Carretero, 2006).

Para evaluar la intervención es preciso que cuando son determinados los *déficits* y capacidades de la persona, se formulen objetivos de intervención, los cuales deben ser específicos (operativizados: describir la situación, persona implicada, el contenido, el

momento, etc.), conseguibles a corto plazo; funcionales (que sirvan a la persona para mejorar la relación con personas cercanas) y relacionados con conductas de alta probabilidad de ocurrencia en la actualidad (Rullas & Carretero, 2006).

### **G. Intervenciones de apoyo a la familia y en entornos residenciales comunitarios**

La familia puede ser un soporte esencial para la rehabilitación. Básicamente, se buscan tres cosas en el trabajo con los familiares (Gobierno de Chile, Ministerio de Salud, 2006):

- 1) Educación familiar: que los integrantes tengan información acerca de la enfermedad de su pariente.
- 2) Entrenamiento en estrategias de afrontamiento: comunicación, manejo de estrés, resolución de problemas.
- 3) Psicoterapia familiar: reorganizar la estructura familiar.

Sin embargo, existen los casos de personas con esquizofrenia que viven en albergues destinados a la atención de personas con padecimientos psiquiátricos, donde la convivencia principal se establece con personas que tienen algún trastorno mental y la convivencia con la familia, cuando la hay, pasa a segundo término.

Respecto a esta población (que vive en residencias comunitarias) es importante considerar que las habilidades necesarias para vivir en un ambiente normalizado y comunitario, son diferentes de las necesarias para vivir en una institución asilar y que la orientación de los programas va más enfocado hacia el desarrollo de habilidades de relación interpersonal y su entorno, que a la eliminación de los síntomas del trastorno o “curación” de la enfermedad (González & Rodríguez, 2010).

Considerando los anteriores elementos para el trabajo de rehabilitación en personas diagnosticadas con esquizofrenia, en el siguiente capítulo se presenta el proyecto que da sustento a la intervención, en el área social, a través de un Taller de Habilidades Sociales destinado a usuarios del Centro de Asistencia e Integración Social (CAIS).

## **IV. Método**

## IV. Método

### 1. Justificación del problema

La esquizofrenia es una enfermedad mental incapacitante, dado que ocasiona disfunción a nivel personal, familiar, académico, laboral, considerando además que dicha enfermedad se presenta en edades productivas, alrededor de los 17 a los 25 años. La esquizofrenia afecta al 1% de la población a mundial, ello representa a 51 millones de personas, según los reportes de la Organización Mundial de la Salud y su atención requiere de la inversión de recursos económicos que no todos los países están en condiciones de ofrecer (Sánchez, 2012; Salgado, 2012).

Se ha calculado que la atención a los problemas de salud mental en países desarrollados, corresponde un 3-4 % del Producto Interno Bruto, de igual forma la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico indican que el costo anual para el tratamiento de esquizofrenia varía de acuerdo a los siguientes datos (Cabello, 2011):

	Millones de dólares por millón de personas
Países de Latinoamérica y el Caribe	1.81
África	0.47
Europa	1.32
Sur de Asia	0.52

**Tabla # 1**  
**Atención a problemas de salud mental**

En México los costos para la atención médica de la esquizofrenia se muestran en la siguiente tabla (Cabello, 2011):

Atención médica	\$ 1, 230.00
Hospitalización día/paciente en urgencias	\$1, 715.00
Cuidados intensivos	\$2, 052.00
Hospitalización continua	\$868.00
Costo diario (Hospital de día)	\$436.00
Consulta externa	\$122.00 (por consulta)
Costo anual estimado en institución pública	Entre \$761.00 a \$27, 576.00
Costo anual estimado en institución privada	Entre \$21, 384.00 a 75, 516.00

**Tabla # 2**  
**Costo anual estimado en Institución pública y privada**

Respecto a los dos últimos datos de la tabla, “Costo anual estimado en institución pública y en privada”, el rango de los costos varía tanto debido al tipo de fármaco que se utilice para el tratamiento, por lo general haloperidol o clozapina. Como se observa, la esquizofrenia

requiere fuertes gastos para su tratamiento, por lo que el abandono del mismo por las personas incrementa los gastos en \$ 2, 500.00

De ahí, la necesidad de fortalecer los tratamientos contra la esquizofrenia. Así pues, diversos estudios (Vallina & Lemos, 2001, Valencia, *et al.*, 2006; Palma, *et al.*, 2007) han concluido que para optimizar el tratamiento en la persona con esquizofrenia a la par del tratamiento farmacológico, es necesario incluir el trabajo con la familia y el tratamiento psicológico principalmente, en el aspecto psicosocial, dado que ésta es una de las áreas más afectadas por la enfermedad.

Así mismo, los datos reportan (Cabello, 2011) que las personas con intervención en el aspecto psicosocial tienen un menor porcentaje de recaídas (26%) en comparación con aquellas que no la tuvieron (64%), es decir que el trabajo con habilidades sociales no sólo constituye en sí mismo una actividad para la rehabilitación de personas con esquizofrenia, sino que se constituyen como un factor de protección que disminuya las recaídas y puede incrementar la adherencia terapéutica.

## **2. Preguntas de investigación**

- ¿Cuáles son las habilidades sociales de personas diagnosticadas con esquizofrenia del “Centro de Asistencia e Integración Social”?
- ¿Qué influencia tiene un Taller de Habilidades Sociales en personas diagnosticadas con esquizofrenia, en el “Centro de Asistencia e Integración Social”, en la mejora de sus habilidades sociales?

## **3. Objetivos**

- Conocer y analizar las habilidades sociales que emplean cotidianamente, personas diagnosticadas con esquizofrenia internas en el “Centro de Asistencia e Integración Social”.
- Analizar de manera cualitativa la eficacia de un Taller de Habilidades Sociales en personas con esquizofrenia que viven en el “Centro de Asistencia e Integración Social”.
- Conocer y analizar cuantitativamente, la eficacia de un Taller de Habilidades Sociales en personas con esquizofrenia que viven en el “Centro de Asistencia e Integración Social”.

## **4. Hipótesis de investigación**

- Existen habilidades sociales limitadas en personas diagnosticadas con esquizofrenia del “Centro de Asistencia e Integración Social”.
- Existen diferencias cualitativas en las habilidades sociales de las personas que formaron parte del taller de habilidades sociales antes y posterior a éste.
- Existen diferencias estadísticamente significativas en las respuestas dadas al instrumento de habilidades sociales respondido por las personas que formaron parte del taller de habilidades sociales antes y después, de éste.

## 5. Definición conceptual y operacional de variables

### A. Variables de clasificación

#### a) Edad:

*Definición conceptual:* La edad cronológica está referida al tiempo de existencia de una persona, desde su nacimiento hasta la actualidad, (Ferrer, 2001).

*Definición operacional:* Es la respuesta dada por la persona a la pregunta ¿cuántos años tiene usted?

#### b) Sexo:

*Definición conceptual:* Es un hecho biológico, referido al macho y la hembra como seres determinados por características estructurales y funcionales revelados por el número de cromosomas (46XX o 46XY en las personas) o la presencia de cromatina sexual. (Katchadourian, 1993).

*Definición operacional:* Es la respuesta dada por la persona a la pregunta ¿cuál es su sexo?

#### c) Esquizofrenia:

*Definición conceptual:* es una enfermedad mental que altera muy diversos aspectos de la psicología humana como funciones mentales como lo son, la percepción, el pensamiento, las emociones, la voluntad o la vivencia, unidad e integridad del ser, caracterizada por ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento catatónico o gravemente desorganizado y síntomas negativos, por ejemplo, aplanamiento afectivo, alogia o abulia (Ortuño & Pedreño, 2010; APA, 2002).

*Definición operacional:* diagnóstico dado por el Centro de Asistencia e Integración Social, ante la observación de síntomas como ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento catatónico o gravemente desorganizado y síntomas negativos.

### B. Variable independiente

#### a) Taller de Habilidades Sociales:

*Definición conceptual:* “Estrategia de entrenamiento y enseñanza en la que se emplean un conjunto de técnicas conductuales y cognitivas enfocadas a adquirir conductas socialmente efectivas que el sujeto no tiene en su repertorio y también, modificar las conductas de relación interpersonal que el sujeto posee, pero que son inadecuadas”, (Monjas, 2002).

*Definición operacional:* Programación de taller de 15 sesiones, con duración de una hora dos veces por semana. Asistencia de usuarios en dichas sesiones en un mínimo del 80%. El taller que se aplicó fue una adaptación que realicé del “Programa de Enseñanza de Habilidades de Interacción Social (PEHIS)” para niños y niñas en edad escolar, creado por María Inés Monjas Casares, en Madrid, España.

Este programa de enseñanza es un modelo de entrenamiento e instrucción directa y sistemática de las habilidades sociales; es un programa cognitivo-conductual porque está centrado en la enseñanza de comportamientos sociales específicos e incorpora elementos para asegurar y garantizar la generalización y transferencia de los cambios comportamentales y habilidades trabajadas.

La meta principal del PEHIS es la promoción de la competencia social en las personas con quien se trabaje. El programa está diseñado para niños de nivel preescolar o primaria aunque, de acuerdo a la autora, puede aplicarse en personas de mayor edad. Está dividido en seis áreas:

- Área 1: Habilidades básicas de interacción social.
- Área 2: Habilidades para hacer amigos y amigas.
- Área 3: Habilidades conversacionales.
- Área 4: Habilidades relacionadas con los sentimientos, emociones y opiniones.
- Área 5: Habilidades de solución de problemas interpersonales.
- Área 6: Habilidades para relacionarse con los adultos.

El PEHIS utiliza el Procedimiento de enseñanza o Procedimiento Instruccional compuesto de los siguientes elementos: Instrucción Verbal, Diálogo y Discusión, Modelado, Práctica, *Feedback*, Refuerzo y Tareas para casa.

Este taller fue elegido considerando las características cognitivas, necesidades y habilidades a desarrollar en la población con trastorno mental que se trabajaría. Se le nombró “Taller de Habilidades Sociales”; entre las adecuaciones hechas se elaboraron ejemplos vinculados con el contexto y las necesidades de los usuarios; se trabajaron las siguientes áreas: habilidades básicas de interacción social, (que a su vez se divide en habilidades para iniciaciones sociales y habilidades elementales para actuar); habilidades conversacionales y de resolución de problemas interpersonales, considerando que éstas son las áreas que más requieren desarrollar los participantes al interior del Centro de Asistencia e Integración Social (CAIS). (Ver Anexo 5: Taller de Habilidades Sociales).

## **C. Variable dependiente**

### **a) Habilidad social:**

*Definición conceptual:* “Conjunto de conductas emitidas por un individuo en un contexto interpersonal que expresa los sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de ese individuo, de un modo adecuado a la situación, respetando esas conductas en los demás, y que generalmente resuelve los problemas inmediatos de la situación mientras minimiza la probabilidad de futuros problemas”. (Caballo, 1995, p. 407).

*Definición operacional:* Datos recabados en el “*Registro para Análisis Cualitativo*”, que incluye las 15 sesiones divididas en las siguientes categorías: Habilidades elementales para interactuar, habilidades para iniciaciones sociales, habilidades para entablar conversaciones y habilidades para afrontar problemas interpersonales. Considera los momentos de “Modelado y prácticas” (nivel de participación y comprensión de instrucciones), nivel de manifestación de la conducta trabajada y nivel de cumplimiento del objetivo. (Ver Anexo 2: Registro para Análisis Cualitativo).

Para el análisis cuantitativo se consideraron las respuestas dadas al instrumento “*Cuestionario de habilidades sociales*” creado con base en la propuesta de Monjas (1994), que incluye las siguientes categorías: Habilidades elementales para interactuar, habilidades para iniciaciones sociales, habilidades para entablar conversaciones y habilidades para afrontar problemas interpersonales.

## **6. Criterios de inclusión de los participantes**

- Ser usuario del Centro de Asistencia e Integración Social (CAIS).
- Haber sido diagnosticado con esquizofrenia dentro del CAIS.
- Tener la capacidad para mantener la atención durante el tiempo que dure la sesión.
- Tolerar la situación de grupo.
- Recibir tratamiento farmacológico en caso de que lo requiera.
- Tener de un 80 a un 100% de asistencia en el taller.

## **7. Participantes**

Se formó un grupo constituido por 20 personas con diagnóstico de esquizofrenia: 15 varones del Centro de Asistencia e Integración Social Cuemanco y 5 usuarias que, aunque habitan en otro Centro de Asistencia, tienen el mismo diagnóstico. Para ello, se hizo un muestreo no probabilístico intencional, dado que sólo se hizo la selección de usuarios con dicho diagnóstico.

## **8. Tipo de investigación**

Se trata de una investigación de tipo *exploratorio*, en tanto que hay pocos estudios acerca de las habilidades sociales de población con diagnóstico de esquizofrenia en la Ciudad de México y se trata de investigación *descriptiva* porque su objetivo consiste en informar cuáles son las habilidades sociales con que cuenta una población, bajo diagnóstico de esquizofrenia y cuál es el nivel de influencia en dichas habilidades, después de haber participado en un taller.

## **9. Diseño de investigación**

Se trata de un estudio cuasiexperimental, debido a que no se realizó un muestreo al azar, las personas que participaron en el estudio fueron seleccionados de manera intencional y por cuotas.

El tipo de diseño es cuasi-experimental de comparación con pretest-postest de un solo grupo:

G1	O1	X	O2
			O3

- G1 Corresponde a un grupo de 20 usuarios del CAIS diagnosticados con esquizofrenia, en cualquiera de sus modalidades.
- O1 Es la aplicación del instrumento cuantitativo (Cuestionario de Habilidades Sociales) antes del taller.
- O2 Es la aplicación del instrumento cuantitativo (Cuestionarios de Habilidades Sociales), después del taller.
- O3 Es la aplicación del instrumento cualitativo (Registro para Análisis Cualitativo).
- X El tratamiento será el Taller de Habilidades Sociales impartido.

### **10. Contexto de escenarios**

El taller se llevó a cabo en el Centro de Asistencia e Integración Social Cuemanco, donde se atiende a varones de más de 18 años de edad con problemas de salud mental y abandono social.

El objetivo de este Centro es brindar servicios de asistencia para favorecer la interacción social de los usuarios.

La Institución fue creada el 16 de marzo de 1988, cuenta con 15 dormitorios con sus respectivos baños, zona de archivo, farmacia y peluquería, capilla y aula de televisión y está ubicada en Av. Canal Nacional s/n, entre Calz. del Hueso y Las Bombas, Col. Villa Quietud, Delegación Coyoacán.

### **11. Estrategia o procedimiento**

- 1) Se realizó la invitación a los usuarios del CASI seleccionados por la Institución, para participar en un taller de habilidades sociales.
- 2) Los usuarios conocieron las características del taller.
- 3) Se aplicó el “*Cuestionario de Habilidades Sociales*” (ver Anexo 3). Dicho instrumento es de auto-aplicación para las personas que estén en condiciones de hacerlo, para quienes tengan limitantes, tales como problemas de visión, de lectura, comprensión o psicomotrices había la posibilidad de brindarle apoyo (ver Anexo 4: Guía de apoyo a usuarios).
- 4) El taller de habilidades sociales se llevó a cabo, dentro de las instalaciones del Centro de Asistencia e Integración Social. Se programaron 15 sesiones, dos por semana, con duración de una hora (ver Anexo 5). Se considerarán los siguientes temas:

<b>Categoría</b>	<b>Sesión</b>	<b>Temas</b>
Habilidades para iniciaciones sociales	1	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Presentación del grupo e introducción al taller.</li> <li>• Sonreír y reír.</li> </ul>
Habilidades elementales para interactuar	2	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Saludar.</li> </ul>
	3	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cortesía y amabilidad: las gracias, el perdón, el permiso.</li> </ul>
	4	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Favores.</li> </ul>
Habilidades para iniciaciones sociales	5	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cooperar y compartir.</li> </ul>
Habilidades para entablar conversaciones	6	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Iniciar conversaciones.</li> </ul>
	7	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mantener conversaciones.</li> </ul>
	8	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Terminar conversaciones.</li> </ul>
	9	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Unirse a la conversación de otros.</li> </ul>
	10	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Defender sus opiniones.</li> </ul>
Habilidades para afrontar problemas interpersonales	11	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar problemas personales.</li> </ul>
	12	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Buscar soluciones.</li> </ul>
	13	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluar posibles soluciones.</li> </ul>
	14	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elegir una solución.</li> </ul>
	15	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Probar la solución.</li> </ul>

**Tabla # 3**  
**Sesiones del taller de habilidades sociales**

- 5) En cada una de las sesiones se hizo el llenado del “*Registro para Análisis Cualitativo*”.
- 6) Tras la conclusión del Taller de Habilidades Sociales se aplicó el “*Cuestionario de Habilidades Sociales*”.
- 7) Se hicieron los análisis, cualitativo y cuantitativo, de los instrumentos.

## **12. Tipo de estudio**

Considerando el tiempo, es de tipo *longitudinal* porque se hizo el seguimiento de los participantes durante las semanas en las cuales se desarrolló el taller, y *diferencial* porque se establecieron diferencias a partir de la manipulación de la variable independiente. Por su objetivo fue un estudio de tipo *exploratorio*, dado que existen pocos estudios en la Ciudad de México, acerca de talleres de habilidades sociales para población con este trastorno mental (esquizofrenia).

## **13. Instrumentos**

Para esta investigación se trabajó una línea cualitativa y una cuantitativa. La primera en consideración de las características de la población con que se trabaja (*déficits* en procesos mentales superiores, como memoria, atención, comprensión de instrucciones, etcétera). La segunda como elemento de soporte, para no dar por hecho, lo que las teorías afirman.

### A. Instrumento cualitativo

En la parte cualitativa se utilizó el **método observacional** de las conductas trabajadas en las sesiones, es decir, la observación de directa de los eventos (ocurrencias o fenómenos), su control y registro. Para la sistematización de las observaciones se realizó la evaluación de cada una de las sesiones considerando el proceso (participación e interacción entre los participantes), resultados-impacto y diseño (planificación de las actividades y factores que obstaculizaron la actividad) (García & Alvarado, 2000).

Las dimensiones y aspectos considerados fueron las siguientes:

Dimensión	Aspectos a considerar
De procesos	<ul style="list-style-type: none"><li>• Participación de las personas en general.</li><li>• Participación durante la fase de “modelado” de cada una de las sesiones.</li><li>• Participación durante la fase de práctica (role-playing / dramatización).</li><li>• Comprensión de las instrucciones por parte de los participantes.</li></ul>
De resultados	<ul style="list-style-type: none"><li>• Logro de objetivos.</li><li>• Impacto: efectos producidos.</li></ul>
De estructura	<ul style="list-style-type: none"><li>• Obstáculos.</li></ul>

**Tabla # 4**  
**Dimensiones del taller**

La información recabada en cada uno de los días trabajados fue sistematizada a través de la *Bitácora de Taller de Habilidades Sociales*, (ver Anexo 6) y del *Registro para el Análisis Cualitativo* (Ver Anexo 2).

Como el taller se llevó a cabo en quince sesiones, en cada una de ellas, se registraron los siguientes aspectos:

- Instrucción verbal, diálogo y discusión.
- Componentes y pasos conductuales.
- Modelado y práctica (*Role-playing*/dramatización).
  - a) Participación de las personas.
  - b) Comprensión de instrucciones.
- Manifestación de la conducta.
- Cumplimiento del objetivo.
- Obstáculos que ocurrieron durante la sesión.
- Información del expositor.

A partir de los rubros anteriores, se levantó un registro por cada uno de los participantes donde se marcaron los siguientes aspectos con sus respectivos criterios de evaluación:

ASPECTOS		CRITERIOS DE EVALUACIÓN			
Modelado y práctica	Participación	Poca	Regular	Adecuada	
	Comprensión de instrucciones	Baja	Regular	Adecuada	
Manifestación de la conducta		No muestra la conducta	Muestra conducta con apoyo	Muestra la conducta en forma regular	Muestra la conducta con calidad adecuada
Logro del objetivo		No logrado	Logro parcial	Logrado	

**Tabla #5**  
**Aspectos y criterios considerados para evaluación cualitativa**

De dicho material, se presentarán los resultados obtenidos lo cuales, se organizaron considerando los siguientes factores:

- 1) Habilidades elementales para interactuar.
- 2) Habilidades para iniciaciones sociales.
- 3) Habilidades para entablar conversaciones.
- 4) Habilidades para afrontar problemas interpersonales.

## **B. Instrumento cuantitativo**

En el aspecto cuantitativo, se utilizó una adaptación del instrumento propuesto por Monjas, ("Cuestionario de habilidades de interacción social, versión autoinforme, 1994); dicho instrumento, originalmente, considera las siguientes categorías:

- 1) Habilidades sociales básicas.
- 2) Habilidades para hacer amigos y amigas.
- 3) Habilidades conversacionales.
- 4) Habilidades relacionadas con emociones y sentimientos.
- 5) Habilidades de solución de problemas interpersonales.
- 6) Habilidades de relación con los adultos.

Para el trabajo, con los participantes del taller, se usó la adaptación hecha por Teresita de Jesús Canul Canul (2011), que reduce el número de reactivos (de 60 a 17) y considera los siguientes factores:

- 1) Habilidades elementales para interactuar.
- 2) Habilidades para iniciaciones sociales.
- 3) Habilidades para entablar conversaciones.
- 4) Habilidades para afrontar problemas interpersonales.

El cuestionario tiene dos apartados: datos de identificación y reactivos de habilidades sociales, en el primero se concentran los datos de identificación (nombre, sexo, edad del encuestado) y la segunda parte es una escala tipo Likert conformada por diecisiete reactivos con cinco opciones de respuesta:

- 1 Nunca
- 2 La mayoría de las veces no
- 3 Algunas veces
- 4 La mayoría de las veces
- 5 Siempre

Para la elaboración del instrumento, las categorías e *ítems* del instrumento se distribuyen de la siguiente forma:

Categorías	Cantidad de reactivos por categoría	Numeración de reactivos en cuestionario
Habilidades elementales para interactuar	3	3,7,10
Habilidades para iniciaciones sociales	4	6, 9, 14, 16
Habilidades para entablar conversaciones	3	1, 4, 12
Habilidades para afrontar problemas interpersonales	7	2, 5, 8, 11, 13, 15, 17

**Tabla # 6**  
**Categorías del Instrumento de habilidades sociales**

El cuestionario es de auto-aplicación y su tiempo es de alrededor de 5 minutos, aunque la población con que se trabajó lo realizó en un promedio de 10 minutos.

#### **a) Análisis psicométrico del instrumento cuantitativo**

##### *Confiabilidad y validez*

Para la comprobación de la validez y confiabilidad del instrumento adaptado, Canul (2011) hizo la aplicación piloto con 29 estudiantes de segundo semestre de nivel bachillerato. Las dimensiones del cuestionario se analizaron utilizando la Prueba t, misma que permitió comparar las respuestas de los participantes que obtuvieron puntajes altos y los que no, procediendo a eliminar los reactivos que no discriminaron.

Canul (2011) hizo un análisis factorial para determinar si el cuestionario mide los aspectos evaluados e identificar la consistencia interna de los *ítems* y la correlación entre la escala establecida. Obtuvo el valor Alpha de Cronbach de 0.892 Con base en la información

recabada y la validación, se realizaron las modificaciones pertinentes a los reactivos del instrumento.

En este trabajo de tesis, para comprobar la confiabilidad del instrumento, se hizo una aplicación piloto a una población de 100 personas adultas sin diagnóstico psiquiátrico. Los resultados fueron los siguientes:

Primero se utilizó el método de consistencia interna, a través del **Alpha de Conbach** para determinar la consistencia o intensidad con la que el conjunto de reactivos se relacionan, encontrándose que fue de  $\alpha = .798$ , lo que indica que el instrumento es confiable.

Posteriormente, se aplicó el **Análisis Factorial** para determinar la forma en que los reactivos se agrupan entre sí.

En la siguiente tabla, se muestran los resultados de los cuatro factores que se proponen en el instrumento original:

Nombre	Reactivos	Elementos	$\alpha$
Habilidades elementales para actuar.	3, 7, 10	3	.277
Habilidades para iniciaciones sociales.	6, 9, 14, 16	4	.670
Habilidades para entablar conversaciones.	1, 4, 12	3	.237
Habilidades para afrontar problemas interpersonales	2, 5, 8, 11, 13, 15, 17	7	.757
<b>Alfa (<math>\alpha</math>) total=</b>			<b>.798</b>

**Tabla #7**  
**Factores teóricos de instrumento adaptado de Monjas, 1993**  
**Resultado con 100 personas**

En la tabla siguiente, se muestran los factores encontrados tras el Análisis Factorial (los nombres fueron asignados de acuerdo al contenido de los reactivos):

<b>Nombre</b>	<b>Reactivos</b>	<b>Elementos</b>	<b><math>\alpha</math></b>
Habilidades para iniciar interacción social	1, 6, 16, 9	4	.728
Habilidades para solicitar apoyo	10, 5	2	.457
Habilidades para hacer y recibir favores	7, 3	2	.405
Defensa de derechos	4, 2	2	.514
Habilidades para trabajar en equipo	14, 17	2	.552
Resolución de problemas interpersonales	8, 13, 15, 11, 12	5	.770
<b>Alfa (<math>\alpha</math>) total=</b>			<b>.798</b>

**Tabla #8**  
**Factores encontrados**  
**Resultado con 100 personas**

Sin embargo, en un instrumento, cada factor debe estar integrado con un mínimo de tres reactivos. En la tabla anterior, sólo dos de ellos cumplen con esta condición. Los otros, al contar sólo con dos reactivos, pueden considerarse como indicadores o eliminarse del instrumento.

Por lo anterior, se hizo una propuesta para integrar los ocho reactivos de la siguiente forma, obteniéndose los resultados:

<b>Nombre</b>	<b>Reactivos</b>	<b>Elementos</b>	<b><math>\alpha</math></b>
Habilidades para iniciar interacción social	1, 6, 16, 9	4	.728
Resolución de problemas interpersonales	8, 13, 15, 11, 12	5	.770
Trabajo en equipo	2, 5, 17	3	.358
Habilidades de interacción social	4, 10, 14, 3, 7	5	.362
<b>Alfa (<math>\alpha</math>) total=</b>			<b>.798</b>

**Tabla #9**  
**Factores propuestos (Con 100 personas)**

Finalmente, se trabajó con los cuatro factores que propuso Canul en su adaptación al instrumento original.

#### **14. Análisis de datos**

##### **A. Aspecto cualitativo**

El *Registro para el Análisis Cualitativo* sólo podía ser aplicado a través de las conductas manifestadas durante el taller, por lo que no fue posible su aplicación previa al mismo. Al final se contó con los resultados que permitieron, a través de la interpretación de gráficas, el análisis de lo ocurrido dentro del taller.

##### **B. Aspecto cuantitativo**

Para el análisis cuantitativo, se hizo un análisis descriptivo de la muestra, utilizando el análisis de frecuencias.

Con el programa SPSS 15.0 *for Windows*, se realizó un análisis de perfiles descriptivo de las variables en estudio (*habilidades sociales*) del autoinforme de las personas participantes (Cuestionario de Habilidades Sociales).

Se realizó la comparación entre el pretest y el posttest para determinar la influencia generada en las habilidades sociales a partir de la aplicación del taller, dicha comparación se hizo utilizando la prueba t de Student para muestras relacionadas.

# **V. Resultados**

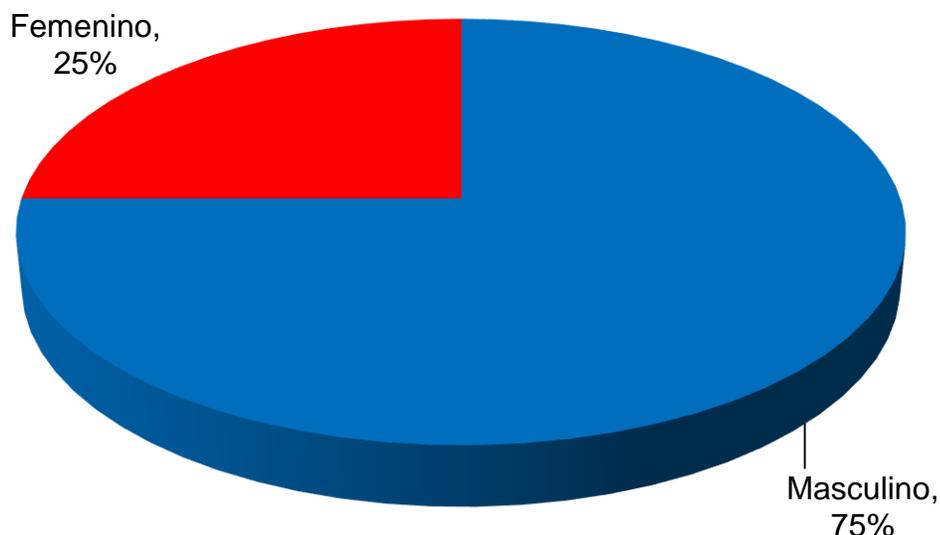
## V. Resultados

La especie humana es eminentemente social, requiere del contacto con otros para desarrollarse de manera integral, de hecho, al momento de nacer, sólo a través de los demás logrará sobrevivir. Mientras la persona cuente con más recursos de interacción social con, mayores serán las posibilidades de lograr sus objetivos y mantener una relación confortable con los demás. Desafortunadamente, las personas que sufren un trastorno mental, ven disminuidas sus habilidades para interactuar con los otros. En el presente trabajo se reporta la intervención, a través de un taller, para favorecer la rehabilitación en el área social de personas diagnosticadas con esquizofrenia (en cualquiera de sus modalidades).

A continuación, se presenta la información recabada iniciando con el análisis descriptivo de las características del grupo con el que, se trabajó el taller de habilidades sociales a través el análisis de frecuencias. Después se incluyen los resultados en el ámbito cualitativo y finalmente, utilizando el programa SPSS 15.0 for Windows, se presenta el análisis cualitativo de perfiles descriptivos de las variables en estudio (habilidades sociales) y la comparación entre el pretest y el postest utilizando, la prueba t de *Student*.

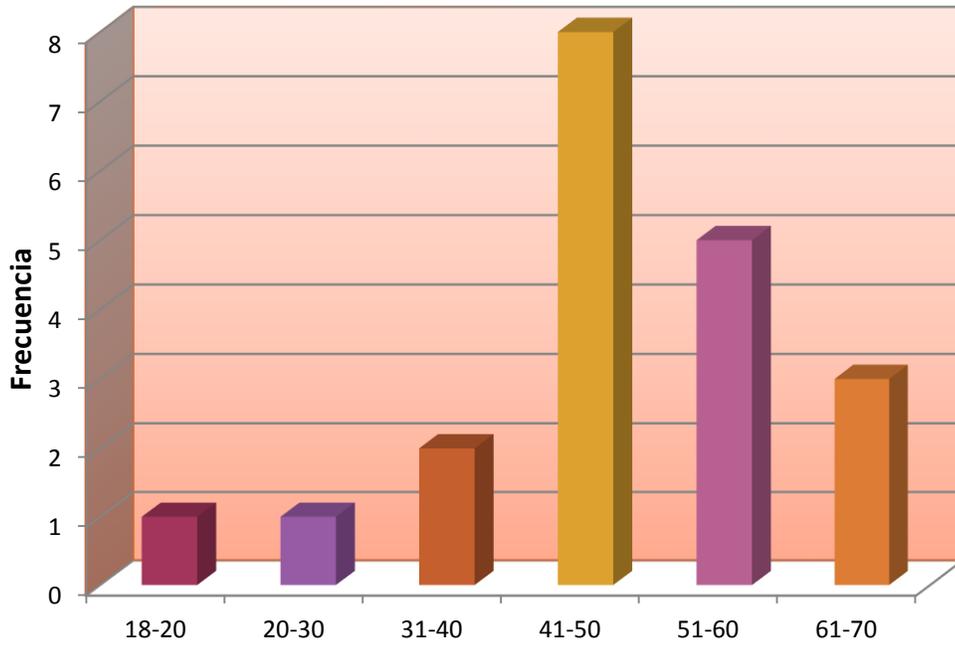
### 1. Descripción de características de la muestra

Para realizar esta investigación se contó con la participación de 20 personas, las cuales en una mayor proporción (75%) fueron varones, tal y como se puede observar en seguida:



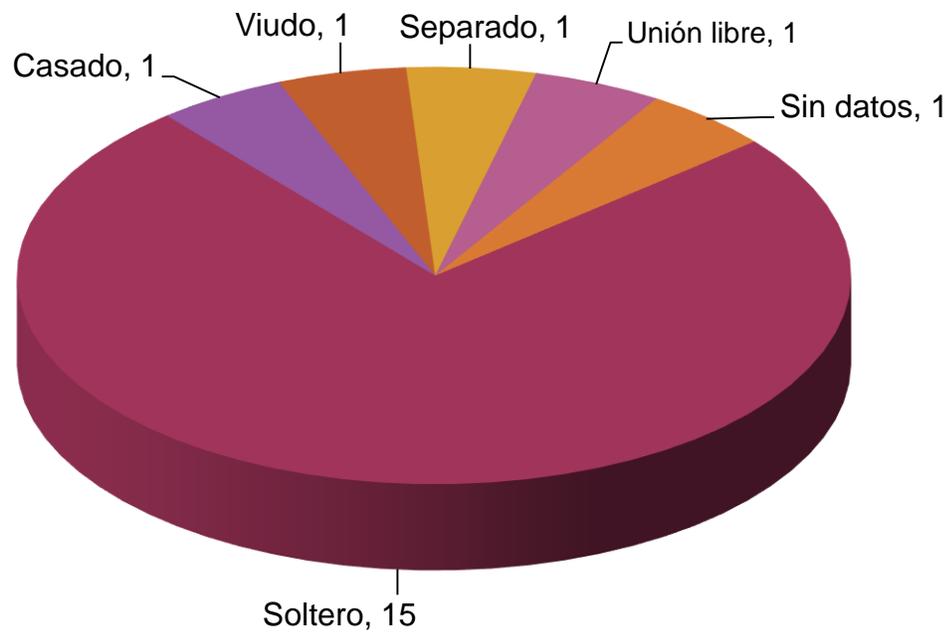
**Figura # 4**  
**Participantes de acuerdo al sexo**

La edad de los participantes osciló entre 19 y 68 años con una media de  $\bar{x}=47.90$  años y una medida de dispersión  $s=12.26$ . Debido a la diferencia entre las edades, se estableció un rango por decenios como se observa en la figura:



**Figura # 5**  
**Participantes por rangos de edad**

Otro aspecto que se consideró fue el estado civil, en el cual se observó que la mayor parte de los participantes eran solteros (75%).



**Figura # 6**  
**Participantes por estado civil**

## **2. Perfil descriptivo de habilidades sociales**

Las habilidades sociales están integradas por varios factores, sin embargo para este trabajo de investigación se consideraron los siguientes:

- 1) Habilidades elementales para actuar.
- 2) Habilidades para iniciaciones sociales.
- 3) Habilidades para entablar conversaciones.
- 4) Habilidades para afrontar problemas interpersonales.

*Habilidades elementales para actuar.* En este apartado se incluyen elementos básicos que la persona utiliza en todas sus interacciones con los demás. Incluye habilidades como el saludo, la cortesía y la amabilidad, el hacer o pedir favores, dar las gracias y pedir perdón.

*Habilidades para iniciaciones sociales.* Consideran habilidades que anteceden las interacciones con los demás. Se incluyen aquí las habilidades de sonreír-reír y cooperar-compartir.

*Habilidades para entablar conversaciones.* Aquí se consideran las habilidades necesarias para establecer una comunicación verbal con otras personas, como son habilidades para iniciar, mantener y terminar una conversación, el unirse a la conversación de otros y el defender sus opiniones ante los demás.

*Habilidades para afrontar problemas interpersonales.* Entre las personas ocurren problemas o dificultades derivados de la convivencia cotidiana, de ahí que el que la persona cuente con herramientas para dar resolución a los mismos, es esencial para favorecer la interacción social. En este factor se incluyen la habilidad de identificar los problemas interpersonales, buscar soluciones, evaluar posibles soluciones, elegir de éstas la más conveniente y el probar la solución elegida.

## **3. Resultados cualitativos**

En cada sesión llevó un registro por participante, de acuerdo a los criterios considerados para la evaluación cualitativa señalados en la tabla # 10, se consideraron los siguientes aspectos:

- 1) Modelado y práctica (*Role-playing*/dramatización).
  - a) Participación de las personas.
  - b) Comprensión de instrucciones.
- 2) Manifestación de la conducta.
- 3) Nivel de cumplimiento del objetivo.
- 4) Obstáculos que ocurrieron durante la sesión.

El apartado de “*Obstáculos que ocurrieron durante la sesión*” se encuentra al final del capítulo e integra a todas las sesiones.

A continuación, se presentarán los resultados cualitativos obtenidos de cada una de las sesiones los cuales se analizan considerando los cuatro factores anteriormente descritos.

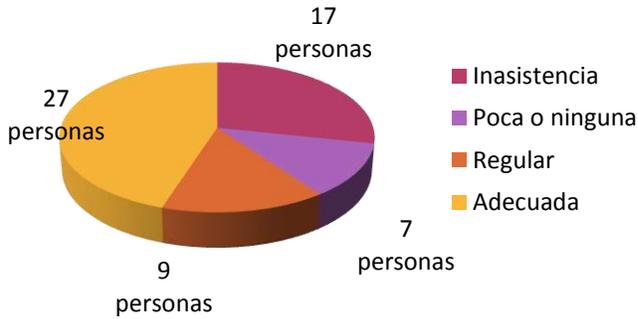
Los números indican la cantidad de personas:

		Modelado y práctica							Manifestación de la conducta					Nivel de cumplimiento del objetivo				
		Participación				Comprensión instrucciones								Inasistencia	No muestra conducta	Muestra la conducta con anexo	Muestra la conducta con calidad regular	Muestra la conducta con calidad adecuada
		Inasistencia	Poca o ninguna	Regular	Adecuada	Inasistencia	Baja	Regular	Adecuada									
Habilidades para elementales para interactuar	2.- Saludar.	6	0	3	11	6	0	3	11	6	0	3	6	5	6	0	3	11
	3.- Cortesía y amabilidad: las gracias, el perdón, el permiso.	6	4	1	9	6	0	5	9	6	1	6	1	6	6	1	7	6
	4.- Favores.	5	3	5	7	5	4	1	10	5	5	1	5	4	5	5	2	8
	<b>TOTAL</b>	17	7	9	27	17	4	9	30	17	6	10	12	15	17	6	12	25
Habilidades para iniciaciones sociales	1.- Sonreír y reír.	2	0	7	11	2	0	0	18	2	0	1	11	6	2	0	5	13
	5.- Cooperar y compartir.	1	0	3	16	1	0	0	19	1	0	0	3	16	1	0	0	19
	<b>TOTAL</b>	3	0	10	27	3	0	0	37	3	0	1	14	22	3	0	5	32
Habilidades para entablar conversaciones	6.- Iniciar conversaciones.	6	1	6	7	6	1	3	10	6	1	1	6	6	6	3	5	6
	7.- Mantener conversaciones.	6	1	2	11	6	0	2	12	6	1	2	6	5	6	1	4	9
	8.- Terminar conversaciones.	3	3	6	8	3	3	4	10	3	3	1	8	5	3	3	8	6
	9.- Unirse a la conversación de otros.	5	3	4	8	5	5	1	9	5	4	2	7	2	5	4	8	3
	10.- Defender sus opiniones.	4	3	7	6	4	2	7	7	4	5	5	3	3	4	6	6	4
	<b>TOTAL</b>	24	11	25	40	24	11	17	48	24	14	11	30	21	24	17	31	28
Habilidades para afrontar problemas interpersonales	11.- Identificar problemas personales.	2	2	7	9	2	8	3	7	2	3	3	7	5	2	3	9	6
	12.- Buscar soluciones.	5	6	3	7	5	2	3	10	5	5	3	1	6	5	5	4	6
	13.- Evaluar posibles soluciones.	7	2	5	6	7	2	5	6	7	2	3	4	4	7	2	7	4
	14.- Elegir una solución.	5	4	3	8	5	3	5	7	5	3	0	7	5	5	3	7	5
	15.- Probar la solución.	5	5	5	5	5	2	9	4	5	2	2	7	4	5	3	7	5
	<b>TOTAL</b>	24	18	23	35	24	17	25	34	24	15	11	26	24	24	16	34	26
	<b>TOTAL GENERAL</b>	68	36	67	129	68	32	51	149	68	35	33	82	82	68	39	82	111

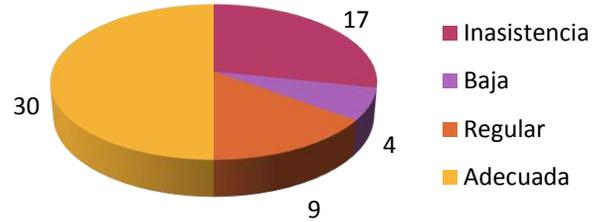
**Tabla #10**  
**Registro para Análisis Cualitativo:**  
**Resultado de observaciones**

**A. Factor 1: Habilidades elementales para actuar**

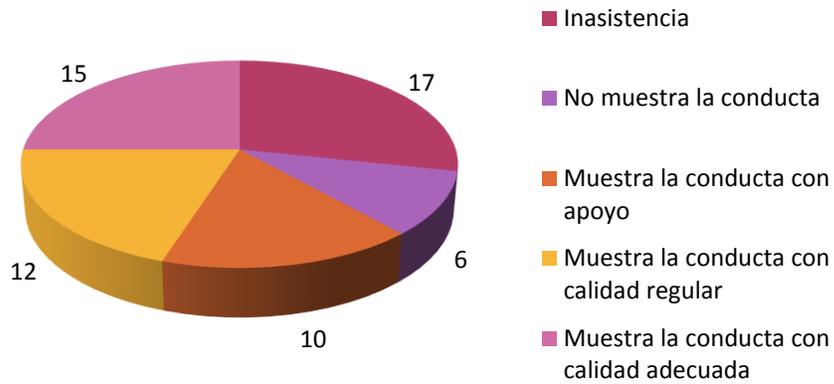
Comprendieron tres sesiones con los temas de “El saludo”, la “Cortesía y la amabilidad” y el “Hacer o pedir favores”. En las figuras # 7 a 10, se presentan los resultados de dichas sesiones, (los números indican la cantidad de personas):



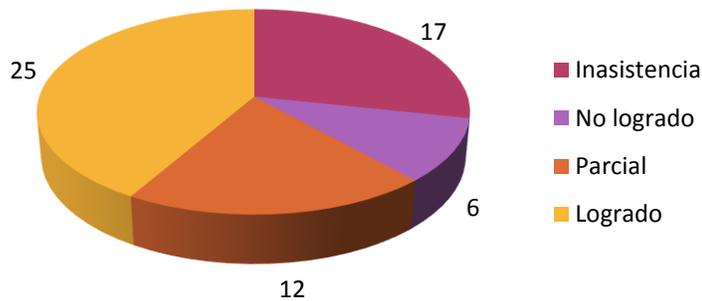
**Figura # 7**  
**Participación**



**Figura # 8**  
**Comprensión de instrucciones**



**Figura # 9**  
**Manifestación de la conducta**



**Figura # 10**  
**Nivel de cumplimiento del objetivo**

En estas tres sesiones, la participación que predominó fue “Adecuada” con el 45%. Un 15% tuvo participación regular, 11.6% tuvo poca o ninguna participación. Durante esta sesiones se observó un 28.3% de inasistencia.

El nivel de comprensión de instrucciones o de la información que se daba en el taller conforma un aspecto importante a considerar con cualquier tipo de grupo, pero aún más con población que presenta un trastorno mental. A veces, algunas personas se presentaban en estado de obnubilación o incluso, se dormían en su asiento debido a los efectos de los medicamentos y en la siguiente sesión, a consecuencia de los efectos de los medicamentos, se encontraban en mejores estados de conciencia, pese a ello, la comprensión de instrucciones en las sesiones fue “Adecuada” (50.1%), el 15% tuvo una comprensión regular y el 6.6% de las personas fue de nivel de comprensión “Baja”.

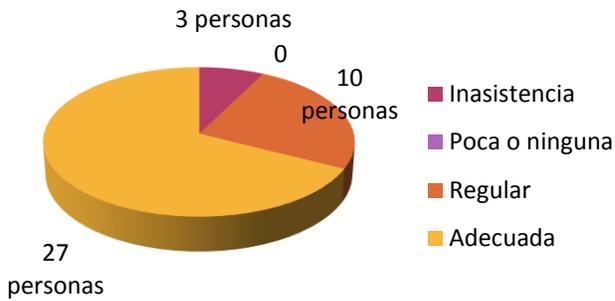
Más de la mitad de los participantes (61.6%) lograron realizar las conductas trabajadas, algunos con calidad adecuada (25%), regular (20%) o con apoyo del coordinador (16.6%). El 10% no mostró la conducta.

En cuanto el logro del objetivo, el 61.6% de los participantes lo lograron, un 41.6% totalmente y un 20% en forma parcial. El 10% no logró alcanzar el objetivo propuesto.

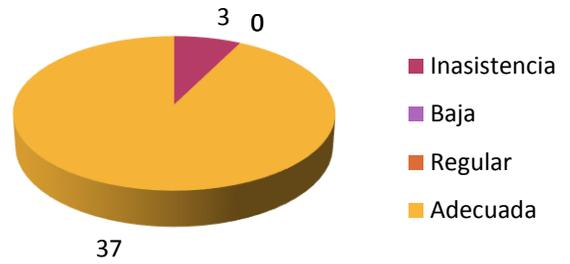
Cabe señalar, que en la sesión de “Saludar” todos los asistentes mostraron la conducta mientras que las sesiones de “Cortesía” y “Favores”, son registradas más personas que no lograron manifestar la habilidad respectiva, incrementándose la cantidad de ellas en la sesión de “Favores”. Por otro lado, el saludo, fue una conducta que sesión tras sesión se continuó trabajando en cada sesión: en forma verbal, al iniciar la sesión, y con despedida de mano, al finalizar las actividades.

**B. Factor 2: Habilidades para iniciaciones sociales**

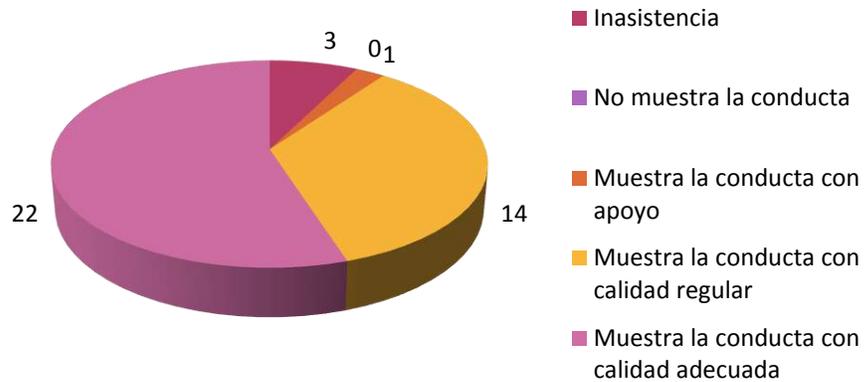
Se trabajaron 2 sesiones: “Sonreír y reír” y “Cooperar y compartir”. En las figuras # 11 a 14 se observan los resultados de ambas sesiones:



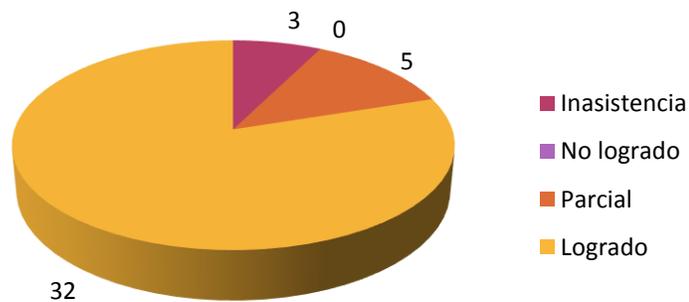
**Figura # 11**  
**Participación**



**Figura # 12**  
**Comprensión de instrucciones**



**Figura # 13**  
**Manifestación de la conducta**



**Figura # 14**  
**Nivel de cumplimiento del objetivo**

En estas dos sesiones, llama la atención que las personas que asistieron tuvieron participación en las actividades en un 92.5%: unos en forma “Adecuada” (67.5%) y otro, en forma “Regular” (25%). Hubo mayor asistencia, sólo faltaron dos y una personas en cada una de las sesiones, (7.5%).

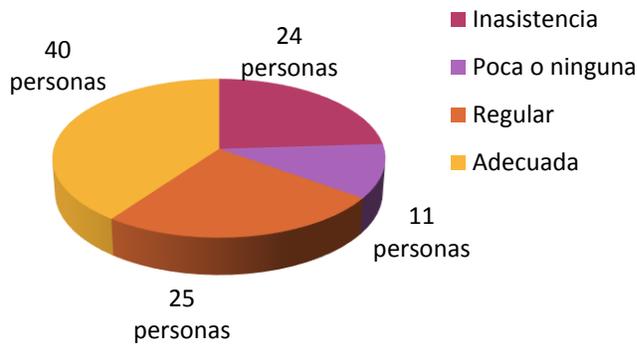
El 92.5% tuvo una comprensión adecuada. La sesión de “Cooperar y compartir” fue una sesión muy especial, tanto por la cantidad de participantes que asistieron como por haberse integrado a diferentes juegos de mesa como parte de los ejercicios. Los participantes se observaron muy contentos con las actividades, incluso solicitaron el que les permitiera seguir jugando, cuando ya se había terminado el horario establecido.

El 92.5% mostró la conducta trabajadas, un 55% con calidad adecuada, un 35% con calidad regular y un 2.5% con apoyo.

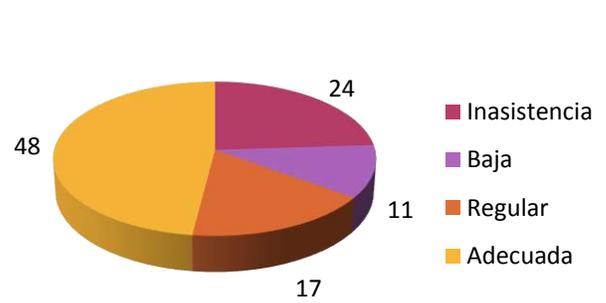
En el factor de “Habilidades para iniciaciones sociales” se logró en gran medida el objetivo, dado que el 92.5% de los participantes lo alcanzaron: un 80% totalmente y un 12.5% en forma parcial.

### C. Factor 3: Habilidades para entablar conversaciones

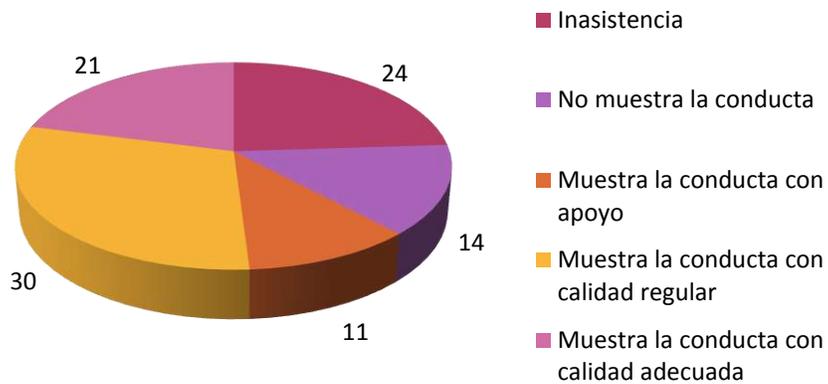
Se reportan los resultados de 5 sesiones: “Iniciar, Mantener y Terminar una conversación”, el “Unirse a la conversación de otros” y el “Defender sus opiniones ante los demás”.



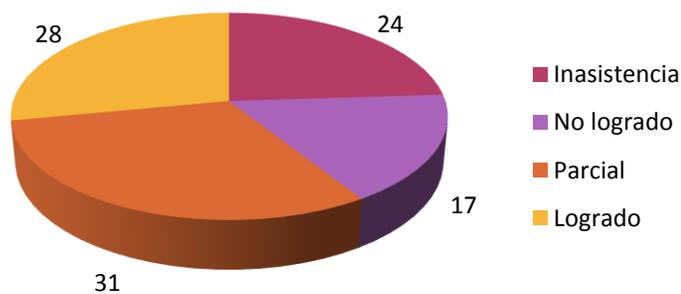
**Figura # 15**  
Participación



**Figura # 16**  
Comprensión de instrucciones



**Figura # 17**  
Manifestación de la conducta



**Figura # 18**  
Nivel de cumplimiento del objetivo

En la figura # 15, "Participación", se observa el dominio del criterio de "Adecuada" con un 40%, seguido del 25% con "Participación regular", sólo el 11% tuvo "Poca o ninguna participación". La inasistencia fue de un 24%.

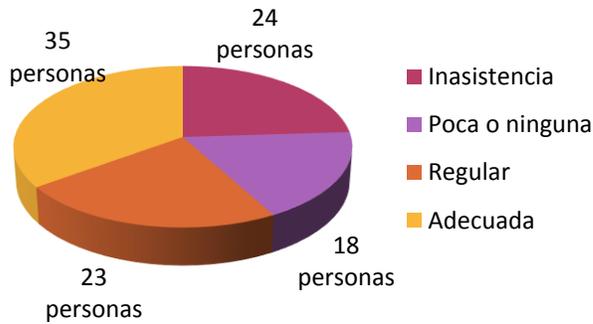
Respecto a "Comprensión de instrucciones", también fue "Adecuada" (48%), 17% fue de participación "Regular", el 11% tuvo bajo nivel de comprensión.

El 62% logró manifestar la conducta trabajada: un 21% lo hizo con calidad adecuada, un 30% en forma regular y el 11% con el apoyo del coordinador. En el 14% de los participantes no se observó la conducta trabajada.

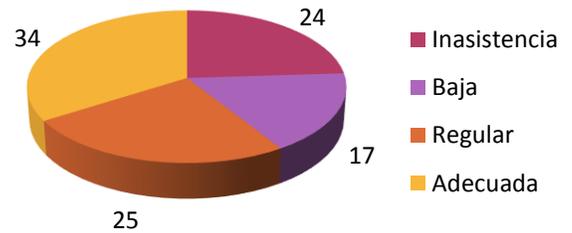
En el "Cumplimiento del objetivo" predominó el cumplimiento parcial del mismo (31%) seguido del criterio de "Logrado" (28%). El 17% no logró el objetivo trabajado.

#### D. Factor 4: Habilidades para afrontar problemas interpersonales

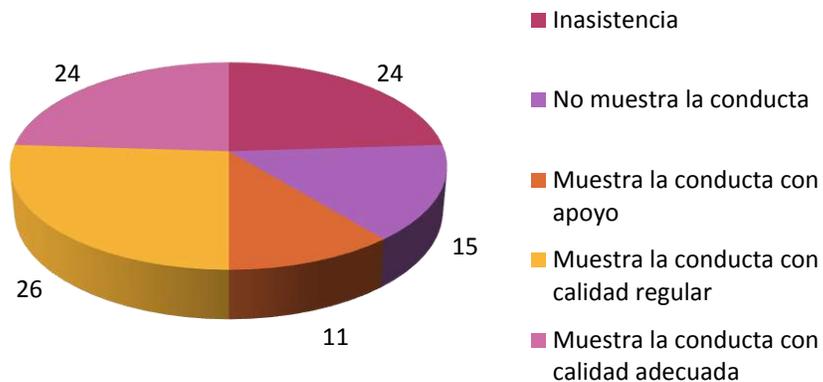
En el Factor 4, se incluyen las siguientes sesiones: “Identificar problemas personales”, “Buscar soluciones”, “Evaluar posibles soluciones”, “Elegir una solución” y “Probar la solución”. En las figuras # 19 a 22, se muestran los resultados de las 5 sesiones:



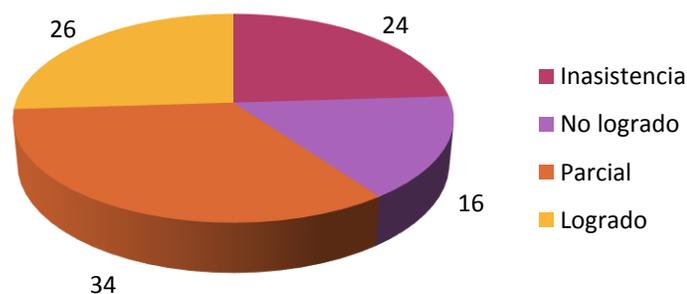
**Figura # 19**  
**Participación**



**Figura # 20**  
**Comprensión de instrucciones**



**Figura # 21**  
**Manifestación de la conducta**



**Figura # 22**  
**Nivel de cumplimiento del objetivo**

El nivel de participación de las personas durante las sesiones del Factor 4 fue “Adecuada” en un 35%, seguida del 23% de participación de forma “Regular”. Un 18% tuvo poca o ninguna participación. La inasistencia fue de un 24%.

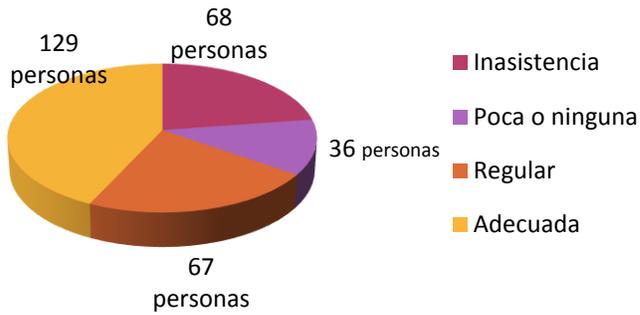
Respecto a comprensión de instrucciones, un 34% tuvo comprensión “Adecuada”, un 25% comprensión “Regular”. Comprensión baja fue un porcentaje menor: el 17%.

El 61% de los participantes logró presentar la conducta trabajada, predominando un 26% en forma regular, un 24% con calidad adecuada y un 11% con el apoyo del coordinador. El 15% no mostró la conducta.

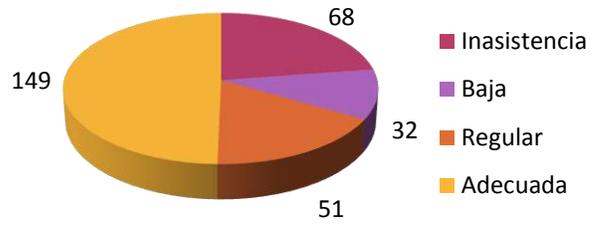
El 60% logró el objetivo de las sesiones: un 34% en forma parcial y un 26% totalmente. Con el 16 % de los participantes no se logró alcanzar el objetivo.

En seguida, se presentan las figuras # 23 a 26 que muestran la sumatoria de las quince sesiones del Taller de Habilidades Sociales.

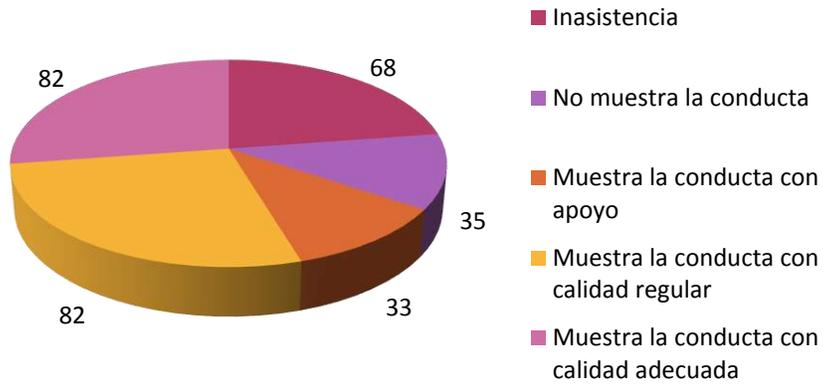
## E. Análisis cualitativo general



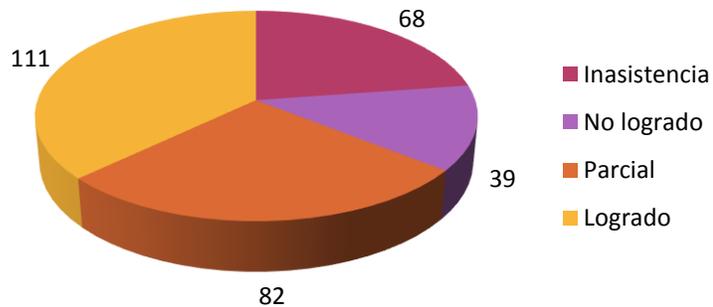
**Figura # 23**  
**Participación**



**Figura # 24**  
**Comprensión de instrucciones**



**Figura # 25**  
**Manifestación de la conducta**



**Figura # 26**  
**Nivel de cumplimiento del objetivo**

En términos generales, la “Participación” durante todo el taller de Habilidades Sociales fue “Adecuada”, pues predominó con el 43%, un 22.3% tuvo una participación regular y el 12% tuvo poca o ninguna participación.

En cuanto a la “Comprensión de instrucciones”, nuevamente predomina “Adecuada” que en este aspecto tuvo un 49.6%, seguida del 17% de Comprensión Regular, sólo el 10.6% tuvo baja comprensión.

La “Manifestación de la conducta” por parte de los participantes, fue favorable, dado que predominaron tanto “Muestra la conducta con calidad adecuada” como “Muestra la conducta con calidad regular”, ambos con un 27.3%. Un 11% realizó la conducta con apoyo del coordinador de las actividades y un 11.7% de los participantes no mostraron la conducta trabajada.

En cuanto al “Nivel de cumplimiento del objetivo”, predominaron los participantes que lo lograron, con un 37%. Un 27.3% lo lograron parcialmente y sólo el 13% no lo consiguieron.

La inasistencia que se registró durante todo el Taller acumuló un 22.6%.

### 3. Resultados cuantitativos

Para hacer la evaluación desde la perspectiva cuantitativa se utilizó como instrumento de medición el Cuestionario de Habilidades Sociales, propuesto por Monjas (1993), el cual contempla los factores descritos en el apartado anterior (habilidades elementales para actuar, para iniciaciones sociales, para entablar conversaciones y para afrontar problemas interpersonales).

El primer factor (*Habilidades elementales para actuar*), dentro del instrumento de medición, se evaluó con la respuesta a los reactivos señalados en la tabla # 11:

<b>Primer factor</b>	<b># R</b>	<b>Reactivos</b>
<i>Habilidades elementales para actuar</i>	3.	<i>Cuando las personas que me rodean pasan por alguna situación que les resulta difícil les doy mi apoyo.</i>
	7.	<i>Agradezco por los favores que me brindan, independientemente de quien los haya realizado.</i>
	10.	<i>Al llegar a algún lugar, saludo acorde al horario (buenos días, tardes, noches), a las personas que ahí se encuentran.</i>

**Tabla # 11**  
**Reactivos del instrumento. Primer factor**

La tabla # 12 muestra los reactivos, dentro del instrumento de evaluación, que se incluyen dentro del segundo factor:

<b>Segundo factor</b>	<b># R</b>	<b>Reactivos</b>
<i>Habilidades para iniciaciones sociales</i>	6.	<i>Cuando voy a una fiesta, me acerco a los demás por iniciativa propia.</i>
	9.	<i>Sonríó a las personas que desconozco para iniciar una comunicación.</i>
	14.	<i>Comparto mis pertenencias con las personas que me rodean.</i>
	16.	<i>Se me facilita tener una conversación con alguien, aunque no la conozca.</i>

**Tabla # 12**  
**Reactivos del instrumento. Segundo factor**

Los reactivos del instrumento de medición utilizado que evalúan en factor de *Habilidades para entablar conversaciones*, se muestran en la tabla # 13:

<b>Tercer factor</b>	<b># R</b>	<b>Reactivos</b>
<i>Habilidades para entablar conversaciones</i>	1.	<i>Se me facilita pedir un favor a las personas que me rodean.</i>
	4.	<i>Cuando me siento ofendido defendiendo mis derechos sin llegar a agredir a los involucrados.</i>
	12.	<i>En una conversación, doy mis comentarios con base en la situación y temas que se tratan.</i>

**Tabla # 13**  
**Reactivos del instrumento. Tercer factor**

Las respuestas dadas a los reactivos señalados en la tabla #14, son los que se incluyen dentro del factor *Habilidades para afrontar problemas interpersonales*.

<b>Cuarto factor</b>	<b># R</b>	<b>Reactivos</b>
<i>Habilidades para afrontar problemas interpersonales</i>	2.	<i>Cuando tengo un problema personal, en la escuela o con mi familia, identifico correctamente el asunto que se tiene que solucionar.</i>
	5.	<i>Cuando tengo un problema personal o escolar o familiar, solicito apoyo a alguien de mi confianza para plantear alternativas de solución.</i>
	8.	<i>Cuando tengo un problema personal, escolar o familiar, analizo las alternativas que me ayudarán a resolver el problema y con base en ello elijo la que mejor me conviene.</i>
	11.	<i>Cuando tengo un problema personal, escolar o familiar, uso la alternativa que considero más apropiada y después analizo si funcionó o no.</i>
	13.	<i>Cuando tengo un problema personal, escolar o familiar, si la alternativa que usé no funcionó, analizo y selecciono otra que considere conveniente.</i>
	15.	<i>Cuando tengo un problema personal, en la escuela o con mi familia, pienso en diferentes alternativas para solucionar las problemáticas detectadas.</i>
	17.	<i>En los trabajos por equipo, justifico en forma prudente mis propuestas.</i>

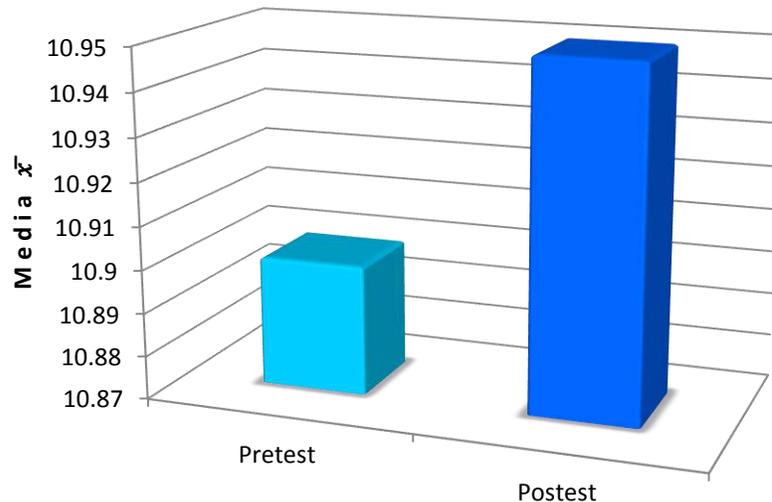
**Tabla # 14**  
**Reactivos del instrumento. Cuarto factor**

El anterior instrumento fue aplicado como pretest en la población descrita, antes del tratamiento experimental (Taller de Habilidades Sociales) y al finalizar éste (postest), a fin de tener elementos para conocer el nivel de influencia del taller con la población. Para hacer esta comparación utilizó la prueba *t de Student para muestras relacionadas* que evalúa si las dos mediciones difieren entre sí, respecto a sus medias ( $\bar{x}$ ). Los resultados fueron estos:

En la categoría de *habilidades elementales para interactuar* se obtuvieron los siguientes resultados:

	Media ( $\bar{x}$ )	Desviación estándar (s)	Número	t	gl	Significancia
Pretest	10.90	3.21	20	-.084	19	.934
Postest	10.95	3.10	20			

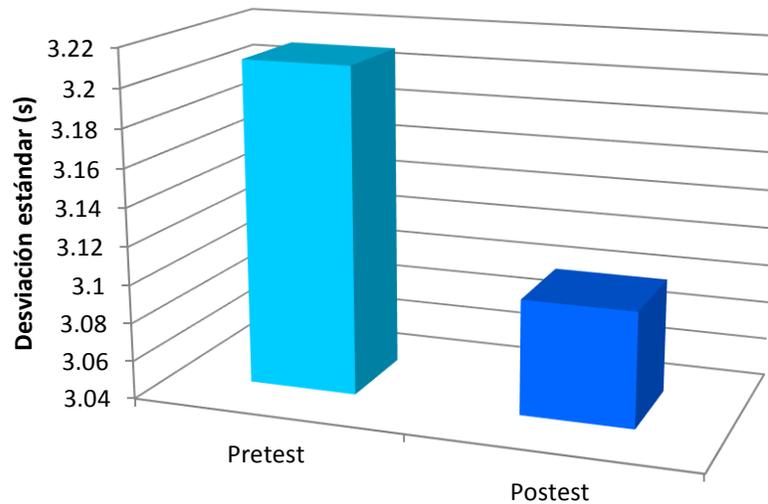
**Tabla # 15**  
**Habilidades elementales para interactuar**



**Figura # 27**  
**Habilidades elementales para interactuar**  
**Media ( $\bar{x}$ )**

La media ( $\bar{x}$ ) obtenida antes de la impartición del taller fue de 10.90, la obtenida al término del mismo fue superior (10.95), la diferencia es muy pequeña por lo que estadísticamente no es significativa, sin embargo es necesario considerar que para las características de la población con que se trabajó, estas diferencias pueden representar avances dentro de su rehabilitación.

La desviación estándar (s) indica que hubo poca dispersión de la media ( $\bar{x}$ ) en ambas mediciones.

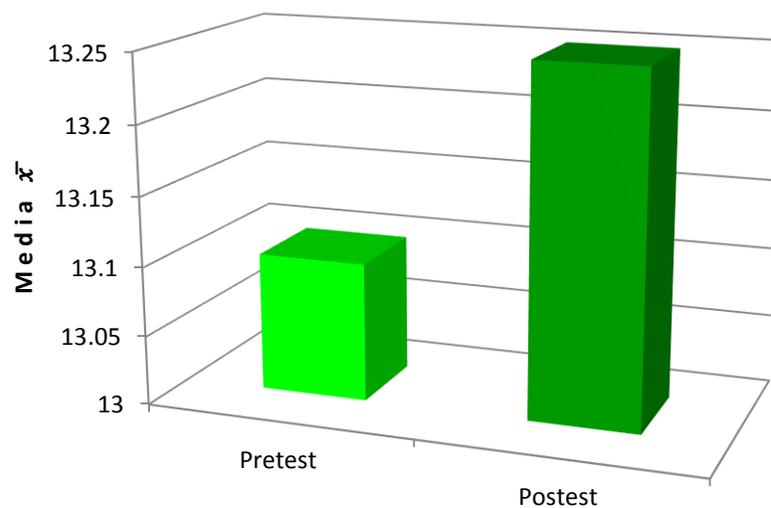


**Figura # 28**  
**Habilidades elementales para interactuar**  
**Desviación estándar (s)**

Dentro del apartado de *habilidades para iniciaciones sociales* se obtuvo:

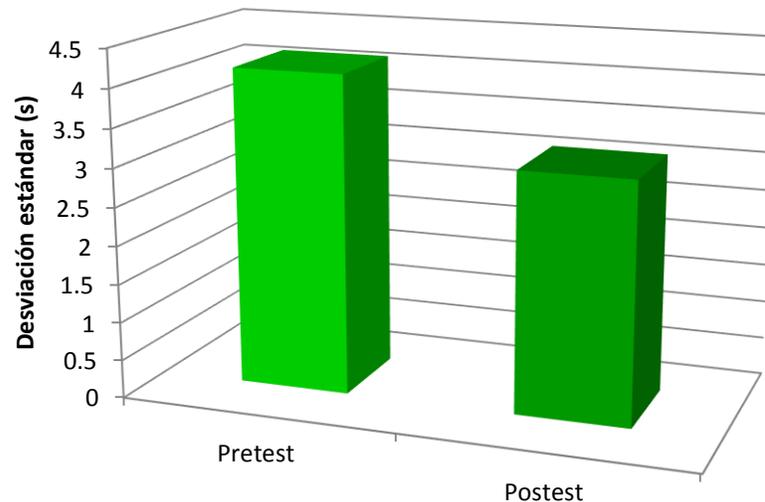
	Media ( $\bar{x}$ )	Desviación estándar (s)	Número	t	gl	Significancia
Pretest	13.10	4.15	20	-0.159	19	.875
Posttest	13.25	3.12	20			

**Tabla # 16**  
**Habilidades para iniciaciones sociales**



**Figura # 29**  
**Habilidades para iniciaciones sociales**  
**Media ( $\bar{x}$ )**

La media ( $\bar{x}$ ) de inicio es menor que la segunda medición realizada (13.10 y 13.25), sin embargo la diferencia es muy reducida, por lo que estadísticamente no es significativa, aunque, como se anotó anteriormente, por las características de la población que participó en el taller, estos reducidos avances pueden representar aprendizajes individuales importantes. También es importante considerar que el estudio se hizo con una población clínica, por lo que muestra cuenta con pocas personas, lo cual puede influir en que los resultados estadísticos muestren poca diferencia entre la primera y la segunda aplicación.



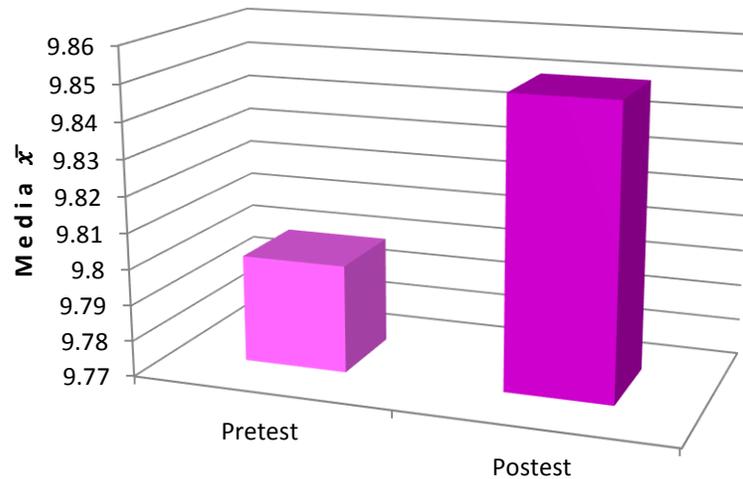
**Figura # 30**  
**Habilidades para iniciaciones sociales**  
**Desviación estándar (s)**

En la primera medición la desviación estándar (s) fue mayor que en la segunda, sin embargo, en ambas fue poca en relación con la media ( $\bar{x}$ ).

En la categoría de *habilidades para entablar conversaciones* se obtuvo la siguiente información:

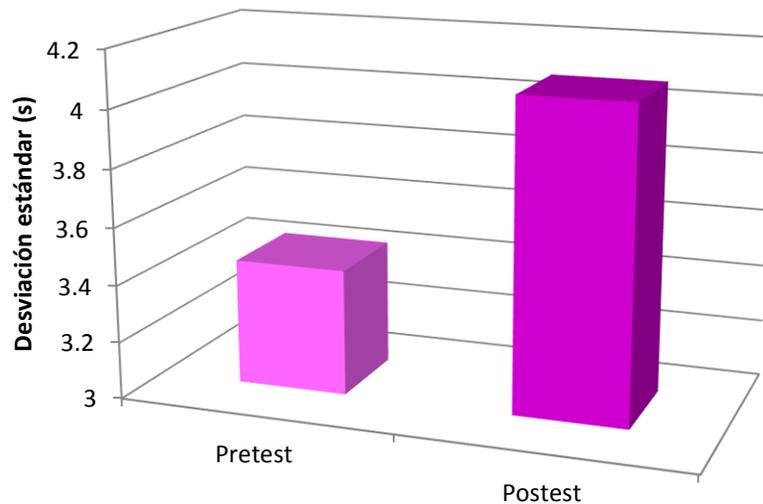
	Media ( $\bar{x}$ )	Desviación estándar (s)	Número	t	gl	Significancia
Pretest	9.80	3.44	20	-0.054	19	.957
Posttest	9.85	4.08	20			

**Tabla # 17**  
**Habilidades para entablar conversaciones**



**Figura # 31**  
**Habilidades para entablar conversaciones**  
**Media ( $\bar{x}$ )**

Existe un incremento entre la media ( $\bar{x}$ ) de la primer medición realizada (9.80) y la obtenida al final del taller (9.85). La diferencia es muy reducida por lo que no es estadísticamente significativa. En la segunda medición, la desviación estándar (s) se incrementó con relación a la primera hecha.

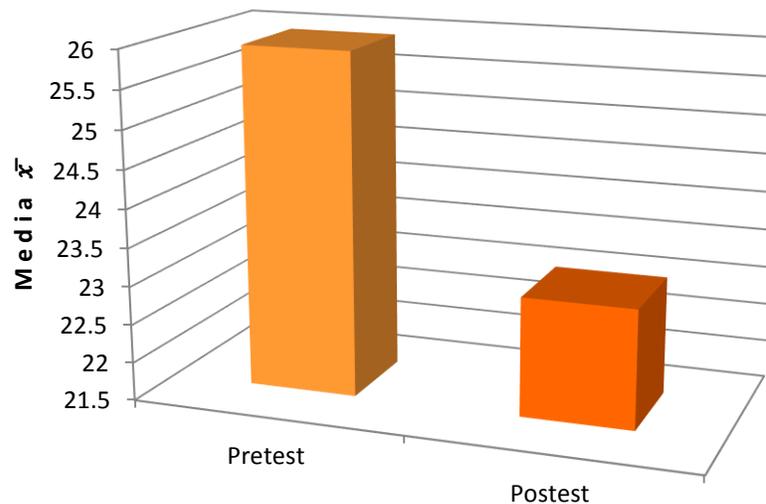


**Figura # 32**  
**Habilidades para entablar conversaciones**  
**Desviación estándar (s)**

Los datos obtenidos en el aspecto de *Habilidades para afrontar problemas interpersonales* es la siguiente:

	Media ( $\bar{x}$ )	Desviación estándar (s)	Número	T	gl	Significancia
Pretest	25.95	7.05	20	1.603	19	.125
Posttest	23.05	8.00	20			

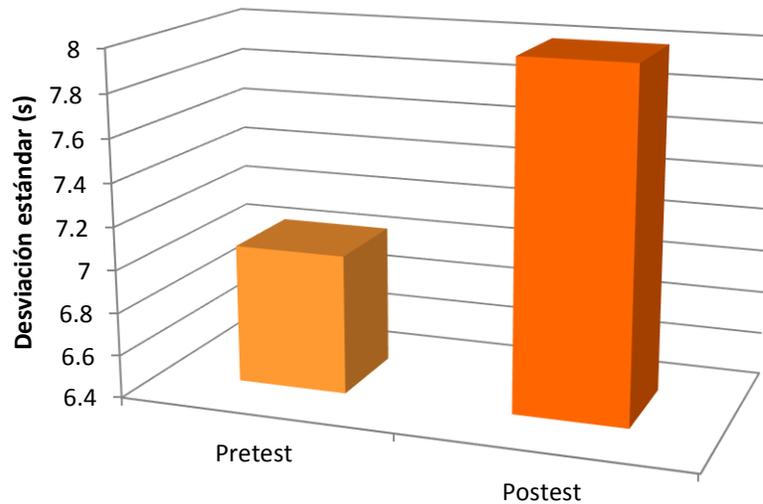
**Tabla # 18**  
**Habilidades para afrontar problemas interpersonales**



**Figura # 33**  
**Habilidades para afrontar problemas interpersonales**  
**Media ( $\bar{x}$ )**

En la categoría de *afrontar problemas interpersonales*, la media ( $\bar{x}$ ) muestra un decremento de la primer medición (25.95) a la segunda (23.05), es decir, pareciera que las habilidades de los pacientes para resolver problemas disminuyeron tras su participación en el taller de habilidades sociales.

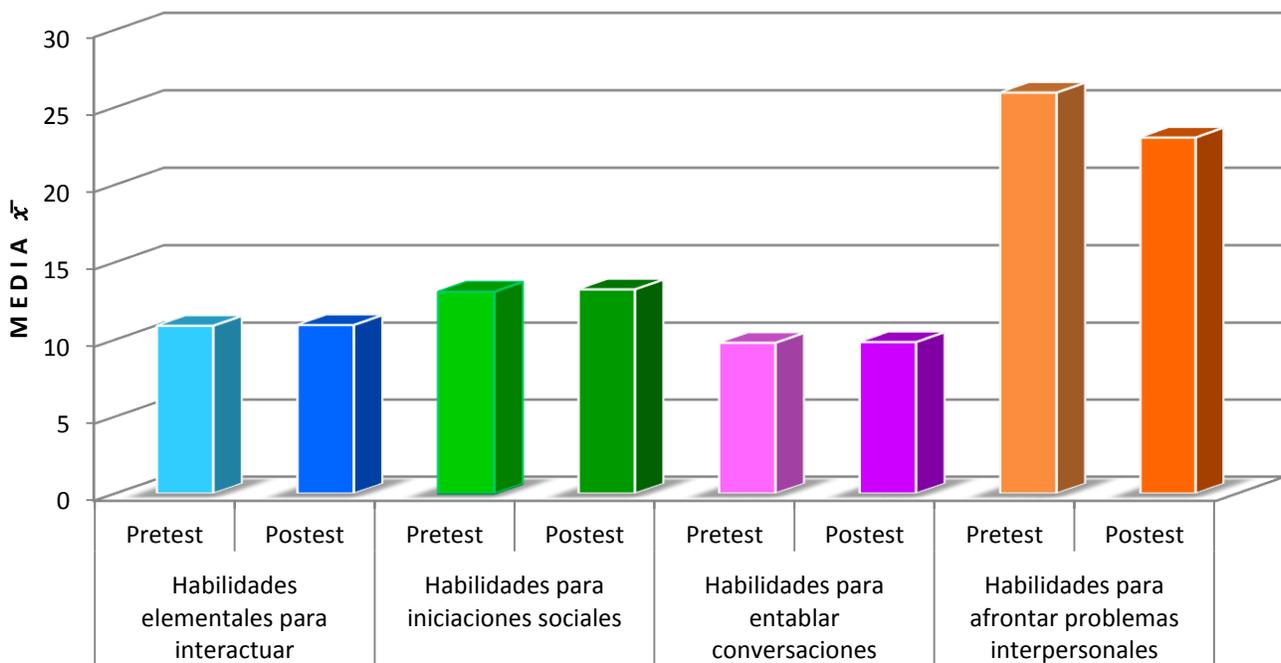
Sin embargo, pese a los anteriores datos, en la realización del taller, fue este factor donde se obtuvieron los mayores resultados prácticos.



**Figura # 34**  
**Habilidades para afrontar problemas interpersonales**  
**Desviación estándar (s)**

De igual forma, la desviación estándar (s) es mayor en ambas mediciones, incrementándose incluso, en el posttest.

En la figura # 35 se integran los cuatro factores con sus respectivas medias ( $\bar{x}$ ) en los dos momentos (pretest y posttest). Se verifica que, aunque hubo diferencias, no fueron estadísticamente significativas.



**Figura # 35**  
**Comparación de los cuatro factores**  
**Media ( $\bar{x}$ )**

En términos generales, el Taller de Habilidades Sociales para personas con esquizofrenia, aunque en los resultados del postest los puntajes fueron mayores que el en pretest en tres de los factores (*habilidades elementales para interactuar, iniciaciones sociales y entablar conversaciones*), estadísticamente, las diferencias no fueron significativas. Respecto al factor de *habilidades para afrontar problemas* hubo un aparente retroceso, no obstante estadísticamente, hablando tampoco es significativo.

## 5. Obstáculos ocurridos durante las sesiones

Se presentaron una serie de situaciones que obstaculizaron la realización y el logro del objetivo del taller. Dichos obstáculos se pueden clasificar en dos categorías: Obstáculos provocados por situaciones externas y los provocados por situaciones internas.

Dentro de los **obstáculos provocados por situaciones externas** se incluyen situaciones que no tienen que ver con las características de la población, que están vinculados con condiciones institucionales u otros compañeros del albergue no inscritos en el taller o situaciones que impidieron iniciar la sesión a tiempo por ejemplo el dedicar tiempo en la búsqueda de las llaves del salón, o la recepción del coordinador de las actividades (sesión 1: “Sonreír y reír”).

En algunas sesiones algunos pacientes de la institución, no inscritos en el Taller, entraban y distraían la secuencia de las actividades:

*“El señor R, que no está anotado dentro de taller, estuvo tranquilo pero se puso enfrente de las láminas cuando íbamos a revisar los pasos para ser cortés y se puso a darles vueltas mientras preguntaba “¿qué es esto?”, incluso una lámina la sacó del rotafolios, no hacía caso cuando se le invitaba a pasar al otro lado, tendía a saludarme y agarrarme la mano. Algunos pacientes llegaron un poco tarde”.* (Sesión 3: Cortesía y amabilidad).

*“Solamente las interrupciones que hacía el señor S, que no está inscrito y solía interrumpir hablando del general o de su mamá”* (Sesión 6 Iniciar conversaciones). *“El señor S, apodado el “Sapo”, interrumpió en varias ocasiones, continuaba en su discurso de que el policía no lo dejaba bajar, que fuera (yo) a correrlo, hacía alusión a su mamá”.* (Sesión 7: Mantener conversaciones). *“El señor S interrumpió alrededor de cinco ocasiones durante la sesión. Expresaba su mismo discurso en tono molesto acerca de correr a alguien y acerca de ser policía”* (Sesión 9 Unirse a conversaciones de otros). *“El señor S interrumpió varias ocasiones, alrededor de siete veces durante la presentación con su discurso de correr a alguien, hacer alusión a su mamá”* (Sesión 11: Identificar problemas interpersonales).

*“(…) durante el tiempo de la revisión de las láminas, llegó el señor R desnudo, le comenté que todavía estaba mojado y que se hiciera a un lado de las láminas para que los demás pudieran verlas. Hizo caso, se fue, después regresó vestido y se volvió a ir”.* (Sesión 14: Elegir una solución).

Se presentaron situaciones institucionales como el tener que afeitarlos, cortarles el cabello o aplicación de vacunas que ocasionó que algunas de las personas no asistieran a la sesión o llegaran tarde.

*“Regresaron a varios señores, que ya venían al taller, para afeitarlos” (Sesión 12 Buscar soluciones).*

Dentro de los **obstáculos provocados por situaciones internas** están los relacionados con las características de la población participante o situaciones relacionadas con la planeación de las actividades.

Dentro de este tipo de obstáculos se encuentran:

- a) Los relacionados con las **características de la población** con que se trabajó, las cuales no necesariamente están relacionadas con la esquizofrenia:

*En el Modelado de la Sesión 2, “Cuando se les puso el ejemplo del saludo, RR se ofreció como participante para el ejemplo. Comentó acerca del beso y me dijo -Y ahora el beso”. (Sesión 2 El saludo).*

En algunas sesiones habían participantes con dificultades motrices que les impidió el realizar las diferentes prácticas (Sesión 1 Sonreír y reír, Sesión 3: Cortesía y amabilidad).

*El nivel bajo de la comprensión de las instrucciones y otras características de algunos participantes como la disartria, características motoras, hicieron que los ejercicios no se pudieran realizar” (Sesión 4 Tema: Favores).*

*“Luego le pregunté al señor K que qué problema había tenido y solamente dijo “mochila”. El señor muestra ecolalia y ecopraxia, en muchas ocasiones empieza a imitar mis movimientos de manos y las palabras que digo, por eso, cuando dijo “mochila”, afirmé, “ah, a usted también le robaron su mochila”, aunque sabía que el señor K sólo repetía lo que había dicho el señor E” (Sesión 11: Identificar problemas interpersonales).*

De igual forma, los mismos síntomas de la esquizofrenia:

*“Observé en una tercer parte del grupo pocas habilidades para el inicio de las conversaciones. La mayoría espera a que sea “otro” el que inicie la plática” (Sesión 6 Iniciar conversaciones).*

*“La presencia de J irrita a algunas personas ya que tiende a insistir con sus comentarios de “papá llévame a la cárcel, castígame o si no me mato, me voy a lanzar desde lo alto del metro” (sesión 8: Terminar conversaciones).*

Algunos provocados por los efectos de los medicamentos:

*“Los señores se introdujeron a las conversaciones. El señor J se mostró callado, con la mirada perdida, cuando el señor L fue con él no estaba platicando con el otro señor, quien estaba un poco ensimismado.*

*Hubo alrededor de cuatro usuarios que desde el principio estaban casi dormidos.”*  
(Sesión 9: Unirse a la conversación de otros).

b) Otros de los obstáculos estuvieron relacionados con la **planeación de las actividades**.

Por ejemplo, en la sesión de “Compartir y cooperar” se incluyeron dos conceptos que abarcan muchos aspectos, por ejemplo, cuando se habla de “compartir” se puede referir desde un objeto hasta el tiempo, la actitud o la disposición; de hecho están inmersos en las diferentes actividades que se estuvieron trabajando. Puede ser que a los usuarios nos les haya quedado claro el tema, a diferencia de las sesiones anteriores. La misma sesión 5, transcurrió en forma fluida. Si hubiéramos tenido unos veinte minutos más para que se prolongara la actividad de los juegos de mesa, habría sido mejor. De cualquier forma, la sesión se llevó a cabo adecuadamente.

*“Observando las condiciones de algunos señores, me di cuenta que habían asistentes con pocas capacidades de lenguaje y movimiento, por lo que sería difícil hacer la práctica planeada que consistía en hacer los mismos ejercicios modelados con la persona de al lado, por lo que pedí voluntarios para representar una situación”* (Sesión 10: Defender opiniones).

En la sesión 10, “Defender opiniones”, el tema también tienen muchas vertientes:

- La queja.
- Los derechos.
- El pedir algo.
- Pedir cambio de conducta.

Además de ello, está la parte en donde uno es quien recibe la queja, los derechos de los otros, nos piden algo o piden que cambiemos una conducta.

Lo anterior, impidió que a los usuarios no les quedara clara la idea de lo que es “defenderse”.

Como se pudo observar, los resultados de tipo cualitativo difieren de los resultados cuantitativos. En el siguiente apartado, se hace un análisis que explica el porqué de las diferencias, así como la trascendencia del taller trabajado con la población diagnosticada con esquizofrenia.

## **6. Comparación de resultados: aspecto cuantitativo-cualitativo**

Cuantitativamente, los resultados obtenidos muestran que hubo un incremento en los factores 1, 2 y 3, sin embargo no fue estadísticamente, significativo (10.90 a 10.95, 13.10 a 13.25, 9.80 a 9.85). En el caso del factor 4, incluso hubo un retroceso: 25.95 a 23.05

No obstante, cualitativamente, los resultados muestran resultados favorables: 64% lograron el objetivo (37% totalmente y 27.3% en forma parcial) y el 65% logró manifestar la conducta trabajada (27.3% con calidad adecuada, 27.3% con calidad regular y el 11% con apoyo del coordinador).

En el Modelado la participación “Adecuada” y “Regular” alcanzó un porcentaje del 65.3% y la comprensión de instrucciones “Adecuada” y “Regular” un 66%

De acuerdo a lo anterior, el taller impartido fue benéfico para la población con que se trabajó. La diferencia entre los resultados cuantitativos y cualitativos pudo haber sido por la utilización del instrumento, lo cual se aborda en el siguiente apartado.

En el próximo capítulo, se hacen observaciones relacionados con el instrumento de medición y la impartición del taller.

## **VI. Discusión**

## VI. Discusión

A continuación, se presenta un análisis acerca de la eficacia de la impartición del taller de Habilidades Sociales, iniciando con observaciones acerca del instrumento de medición, la influencia de la capacidad cognitiva de la población con la cual se trabajó, comentarios acerca de las sesiones, dificultades y limitaciones del taller.

### 1. Acerca del instrumento cuantitativo

Todo instrumento puede tener algún sesgo, algunas personas pueden contestarlo pero ello, no indica que lo hayan comprendido o que su respuesta sea fidedigna.

La población de la muestra con que se trabajó pudo haber sido mayor, sin embargo, durante la aplicación del instrumento hubo muchas personas que no estuvieron en posibilidad de comprender las preguntas, a pesar de haber sido prevista la situación con una guía de apoyo (ver Anexo 4: Guía para apoyar a usuarios).

El instrumento utilizado, “Cuestionarios de habilidades sociales” de Monjas (1993), adaptado por Canul (2011), mostró tener la confiabilidad y validez necesaria, sin embargo, no es conveniente su utilización para población con diagnóstico de esquizofrenia. Lo más conveniente es realizar la evaluación de las habilidades sociales, a través de registros de observación de las conductas que se desean. Por las características de la población con enfermedad mental, resulta más benéfico que la información de los instrumentos para evaluar a los pacientes, extraigan la información, por parte de la familia o de profesionales que laboren en la Institución, en lugar de usar la autoaplicación.

Como se anotó anteriormente las características de los participantes, debido al padecer esquizofrenia, el consumir antipsicóticos con sus respectivos efectos (en disminución de atención, comprensión, enlentecimiento de acciones, nivel de conciencia, etcétera), así como la amplitud en el rango de edad (18 a 70 años) y deficiencias en habilidades cognitivas, crearon dificultades en la obtención de resultados cuantitativos del taller.

### 2. Acerca de los factores y la capacidad cognitiva requerida

Los factores trabajados requerían de diferente nivel de capacidad cognitiva. En el Factor 1: Habilidades elementales para actuar y el Factor 2: Habilidades para iniciaciones sociales, el nivel operaciones mentales para realizar las conductas era menor al requerido para el Factor 3 y el 4 (Entablar conversaciones y Afrontar problemas interpersonales).

En las “Habilidades elementales para actuar” no se requieren de procesos avanzados de pensamiento, son conductas hasta cierto punto mecánicas: estrecho su mano y le digo buenas tardes o le ayudo a alguien que carga un paquete. De igual forma, en “Habilidades para iniciaciones sociales” los procesos mentales son más simples: lo miro a los ojos y le sonrío. En el análisis cualitativo, el factor que mayor porcentaje tuvo en cuanto al logro del objetivo fue el número 2 (“Habilidades para iniciaciones sociales”), pudo haber influido la capacidad cognitiva de los participantes.

En los factores 3 y 4, se requieren procesos mentales más elaborados (conocimiento de un tema para conversar, elementos para pensar en una posible solución y ponderar la más conveniente, etcétera). Para la conversación y resolución de problemas, las situaciones a

las que se enfrenta la persona son diferentes y se tienen que poner en marcha acciones acordes al caso enfrentado. En el análisis cualitativo, en los Factores 3 y 4 son menores las personas que logran el objetivo (28% y 26% contra el 41.6% y 80% de los factores 1 y 2) y en el caso “Muestra la conducta”, predomina más el criterio de calidad “Regular” sobre calidad “Adecuada”, en los factores 1 y 2 ocurre lo contrario.

### **3. Acerca de las sesiones**

De las quince sesiones, la de “Cooperar y compartir” fue en donde, se obtuvo el mayor número de personas que mostró la conducta trabajada. Para esta sesión, la actividad con la cual se observó el “Logro del objetivo” fue su participación en una serie de juegos de mesa. Los participantes mostraron entusiasmo y alegría por dicha actividad, incluso hubiera sido conveniente mayor cantidad de tiempo para esta actividad.

Respecto a las sesiones relacionadas con la “Conversación”, cabe señalar que existen otros elementos que también intervienen en dicha conducta social, por ejemplo: el nivel de autoestima, seguridad, contenido de información, habilidades de lenguaje (morfosintaxis, vocabulario, etcétera) y que pueden facilitar o dificultar el desempeño de la persona al interactuar con otra.

Durante las sesiones de “Resolución de problemas”, el trabajo tuvo que ser más directivo. En la experiencia con el taller impartido, esta parte fue la más fructífera, dado que a diferencia de los otros factores, en éste se trabajaron situaciones reales. En los anteriores factores, los ejercicios fueron simulados: “imagine que te encuentras a otra familia y se saludan”, “imagine que quieres entrar con el médico y pide permiso para pasar”, “imagine que quieres salir del salón y pide permiso”, etcétera. En el factor de afrontar problemas interpersonales, se atendieron situaciones reales, se buscaron soluciones, analizaron las soluciones dadas por ellos mismos y al final, las aplicaron.

Pese a ello, no se puede afirmar que aprendieron a resolver problemas interpersonales, mucho menos en forma autónoma. Se puede afirmar que, con la dirección o el apoyo de un profesional, los participantes son capaces de encontrar soluciones a problemas interpersonales y con el apoyo del profesional, ejecutarlas.

### **4. Limitaciones del Taller**

Para la evaluación del taller, se consideró la manifestación de las conductas trabajadas dentro del mismo, sin embargo, el hecho de que una persona haya manifestado la conducta solicitada, no asegura que vaya a aplicar ésta, en su vida cotidiana, aunque sería lo más conveniente.

El desarrollo de habilidades sociales requiere la generalización en espacios fuera del taller, sin embargo ello necesita del trabajo organizado de los demás profesionales, quienes la promuevan en diferentes espacios: dormitorios, con la visita familiar, en el comedor, etcétera.

Por otro lado, hubo dificultades para la integración del grupo para el taller, por lo que la población de la muestra fue reducida, además de que existieron una serie de elementos que dificultaron la asistencia de los participantes o su ejecución durante las actividades tales como: síntomas positivos (alucinaciones, brote psicótico, delirios), necesidad de atención

médica, situaciones laborales o síntomas negativos, por los que aunque cualitativamente los resultados fueron favorables, la población que se consideró como muestra para este estudio fueron sólo veinte personas, lo cual representa una parte muy reducida del total de la población que habita en la Institución trabajada.

Finalmente, al concluir el taller, se cierra toda posibilidad de llevar un seguimiento de los participantes, en la utilización de las herramientas adquiridas en el las sesiones, a su vida cotidiana.

# **Conclusiones**

## Conclusiones

A lo largo del estudio y el trabajo con usuarios con padecimiento de esquizofrenia, llego a las siguientes conclusiones:

1. La pérdida de habilidades sociales o poco desarrollo de las mismas, se produce en todos los periodos del desarrollo de la enfermedad: durante la fase prodrómica, en la fase activa y en la fase residual.
2. En investigaciones con personas diagnosticadas con esquizofrenia es más conveniente la utilización de registros observacionales o entrevistas a terceros. Los autoinformes pasan a último lugar, debido a que puede existir sesgos por las características de este tipo de población.
3. A la par del tratamiento psicológico debe ir el tratamiento farmacológico.
4. Existen habilidades sociales limitadas en personas diagnosticadas con esquizofrenia del “Centro de Asistencia e Integración Social”.
5. Existen diferencias cualitativas favorables en las habilidades sociales de las personas que formaron parte del taller de habilidades sociales antes y posterior a éste.
6. No existen diferencias estadísticamente, significativas en las respuestas dadas al instrumento “Cuestionario de Habilidades Sociales”, respondido por quienes formaron parte del taller de Habilidades Sociales, antes y después de éste.
7. El desarrollo de las habilidades psicosociales debe ser el eje del tratamiento de personas diagnosticadas con esquizofrenia.
8. Las personas con diagnóstico de esquizofrenia están en posibilidades de desarrollar conductas de habilidades sociales que les permitan mejorar su interacción con las demás personas.
9. La rehabilitación de las personas con esquizofrenia tendrá mejores resultados con un trabajo interdisciplinar (Medicina, Trabajo Social, Psicología).
10. La rehabilitación, en una persona diagnosticada con esquizofrenia, debe establecer metas para lograr que la persona logre desde una autonomía que le permita llevar una vida muy similar a la de una persona sin afección y, de ser posible, se integre con su familia hasta metas más modestas como el que solamente pueda hacer pequeñas actividades de autocuidado, por ejemplo, lavarse las manos para comer.

11. La rehabilitación de la persona con esquizofrenia dentro de instituciones, debe ir más allá de satisfacer solamente, las necesidades básicas: alimento, vestido y vivienda. Es conveniente, incluir actividades que permitan a los usuarios, el desarrollo en las áreas de actividades cotidianas, capacitación e inserción laboral, relaciones familiares, habilidades sociales, etc.
12. El desarrollo de habilidades sociales con este tipo de población, dentro de instituciones, puede consolidarse si se realizan actividades habituales que promueva, tanto el personal que los atiende como sus familiares, por ejemplo: el saludarlos y esperar que la persona responda a al saludo, indicarles que den las gracias, al recibir sus alimentos, pedir cosas “por favor”, etcétera.

# Referencias

## REFERENCIAS

- Abelleira V., C. & Touriño G., R. (2009, enero-diciembre). Prevención de recaídas. Evaluación de la conciencia de enfermedad y la adherencia al tratamiento, en: *Rehabilitación Psicosocial*. 6 (1 y 2), 97-109. Federación Española de Asociaciones de Rehabilitación Psicosocial. Recuperado el 04 de enero de 2015, de <http://www.fearp.org/revista/volumen6.php>
- Accatino, S. (2012). Alteraciones del lenguaje en Esquizofrenia. *Revista Memoriza.com*, (9), 1-8, Chile: Universidad Católica de Chile. Recuperado el 10 de marzo de 2016, de [http://www.memoriza.com/documentos/revista/2012/eqz2012\\_9\\_1-8.pdf](http://www.memoriza.com/documentos/revista/2012/eqz2012_9_1-8.pdf)
- Aguilar V., A. (2011). Identificación de factores genéticos en la etiología de la esquizofrenia. *Acta Biológica Colombiana*. 16(3) 129-137. Bogotá Colombia: Universidad Nacional de Colombia.
- American Psychiatric Association. (1983). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM-III*. Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association. (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association. (2013), *Diagnostic and Statistical, Manual of Mental Disorders, DSM-5*. United States of America: American Psychiatric Publishing.
- Aranda R., R., Herrero L., M. A., Álvarez R., I., Blanco P., M, Cabezas G., A., Díez D., M., *et al.* (2007). Evaluación diagnóstica sobre las habilidades sociales de los alumnos de educación infantil: Proyecto de los alumnos del Profesorado de Formación del Profesorado en Centros (Centro “La Inmaculada” de Hortaleza) – Primera parte-. *Tendencias Pedagógicas*, 12, 111-149. s.l. Recuperado el 13 de abril de 2012, de [http://www.tendenciaspedagogicas.com/Articulos/2007\\_12\\_05.pdf](http://www.tendenciaspedagogicas.com/Articulos/2007_12_05.pdf)
- Arranz F., E. & Olabarrieta A., F. (1998). Las relaciones entre hermanos. En Rodrigo, M. J. & Palacios, J. (Eds.), *Familia y desarrollo humano*. (pp.245-260). Madrid: Alianza.
- Basaglia, F. (1989), La institucionalización psiquiátrica de la violencia. En Basaglia, F., Langer, M., Szasz, T., Caruso, I. A., Verón, E., Suárez, A. & Barrientos, G. (Eds.). *Razón, locura y sociedad* (10ª ed.). México: Siglo XXI Editores.

Bausela H., E. (2009). Neuropsicología y Esquizofrenia. *Revista Chilena de Neuropsicología*, 4(1), 1-5. Universidad de la Frontera, Temuco, Chile. Recuperado el 2 de octubre de 2011, de <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=179317756001>

Berrios, G. & Quemada, I. (1996). Aspectos históricos y conceptuales de los síntomas positivos y negativos de la esquizofrenia. En Aldaz, J. A. & Vázquez, C. (comps.), *Esquizofrenia: fundamentos psicológicos y psiquiátricos de la rehabilitación* (pp.121-134). Madrid: Siglo XXI. Recuperado el 13 de abril de 2012, de [http://books.google.com.mx/books?id=Xgc\\_Kk4zUGwC&pg=PA266&hl=es&source=gbs\\_toc\\_r&cad=4#v=onepage&q&f=false](http://books.google.com.mx/books?id=Xgc_Kk4zUGwC&pg=PA266&hl=es&source=gbs_toc_r&cad=4#v=onepage&q&f=false)

Caballo, V. E. (comp.). (1995). *Manual de Técnicas de Terapia y Modificación de Conducta*. (3ª ed.). México: Siglo XXI. Recuperado el 13 de abril de 2012, de <http://books.google.com.mx/books?hl=es&lr=&id=P5nm-UbiF5EC&oi=fnd&pg=PA1&dq=medici%C3%B3n+habilidades+sociales&ots=PxBwVBdnDx&sig=RLM768i7pQaX2IHBXAAikPaAl2o#v=onepage&q=medici%C3%B3n%20habilidades%20sociales&f=false>

Cabello R., H. (2011, marzo-abril). Costo – efectividad de intervenciones para esquizofrenia en México. *Salud Mental*, 34(2), 95-102. Recuperado el 9 de diciembre de 2011, de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S018533252011000200002&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S018533252011000200002&script=sci_arttext)

Cabrejos, C. M., Salirrosas A., C. H., Córdova F., R. O. & Paima R. R. Y. (2011). Cenestesia y esquizofrenia cenestopática. *RevNeuropsiquiatr*, 74, (4), 305-310. Lima. Recuperado el 22 de febrero de 2014, de [www.redalyc.org/articulo.oa?id=372036936005](http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=372036936005)

Canul C., T. (2011). *Tutoría grupal: una herramienta para fortalecer las habilidades sociales en los estudiantes de Bachillerato Tecnológico*. Tesis de maestría elaborada para obtener el Grado de Maestra en Orientación y Consejo Educativos, Universidad Autónoma de Yucatán (UADY), Mérida.

Cava, M. & Musitu, G. (2000). *La potenciación de la autoestima en la escuela* (s/ed.). Barcelona: Paidós.

- Clemente E., R. A. & Villanueva B., L. (1996). El sistema familiar y el sistema de los iguales. La interdependencia entre entornos de crianza. En Clemente E., R. A. & Hernández B., C. (Eds.), *Contextos de desarrollo psicológico y educación*. (pp. 171-193). Granada: Aljibe.
- Cochrane, R. (1991). *La creación social de la enfermedad mental* (s/ed.). Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.
- Cuevas T., A. M. & López T., F. (2006, enero-junio). Relación entre personalidad y esquizofrenia: Modelo de Cloninger. *Pensamiento Psicológico*, 2(6), 47-60. Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe (Redalyc), Colombia: Pontificia Universidad Javeriana. Recuperado el 2 de octubre de 2011, de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80100605>
- Cuevas Y., C., Perona G., S., Martínez L., M. J. (2003). Tratamiento cognitivo-conductual de un paciente con diagnóstico de trastorno delirante. *Psicothema*, 15(1), 120-126. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud. Recuperado el 29 de septiembre de 2011, de <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?ID=1033>
- Díaz, A., A. (2010, 30 de septiembre). Más de un millón tienen esquizofrenia en México. *Milenio*. Recuperado el 26 de junio de 2012, de <http://www.milenio.com/cdb/doc/impreso/8807994>
- Díaz, A., I. (1990). *La inadaptación personal. (Cómo surge, qué formas adopta. Estrategias para combatirla)* (s/ed.). Madrid: Editorial Escuela Española.
- Dijon V., J. C. (2007). *La psicosis según Lacan. Evolución de un concepto*. Recuperado el 1º de marzo 2016, de [http://www.monografias.com/usuario/perfiles/jean\\_claude\\_dijon\\_vasseur/monografias](http://www.monografias.com/usuario/perfiles/jean_claude_dijon_vasseur/monografias)
- Dipurural. Proyecto Equal. (2006). *Taller de habilidades sociales La Guardia. Proyecto Equal-Dipurural*. Recuperado el 2 de julio de 2012, de [http://www.diputoledo.es/global/ver\\_pdf.php?id=4982](http://www.diputoledo.es/global/ver_pdf.php?id=4982)
- Dunn, J. (1990). La comprensión de los sentimientos: las primeras etapas. En Bruner, J. & Haste, H. (comps.). *La elaboración del sentido. La construcción del mundo por el niño* (Ginard, C., trad.) Barcelona: Paidós.

- Dunn, J. (1993). "Connections between familia relationships and friendships" y "Relationships in action" ("Las conexiones entre relaciones de familia y amistades" y "Relaciones en acción"). En *Young Children's Close Relationships. Beyond Attachment*. (pp.93-117). Londres: SAGE Publications.
- Fenichel, O. (1984). *Teoría psicoanalítica de la neurosis* (2ª ed.). Barcelona, España: Ediciones Paidós.
- Fernández, J. A., Touriño, R., Benítez, N., Abelleira, C. (Eds.). (2010). *Evaluación en Rehabilitación Psicosocial* (s/ed.). Valladolid: FEARP. Recuperado el 9 de abril de 2015, de <https://consaludmental.org/publicaciones/Evaluacionrehabilitacionpsicosocial.pdf>
- Ferrer C., R. (2001). *Psicología de la Salud*. s/lugar. s/edit.
- Florit R., A. (2006). La rehabilitación psicosocial de pacientes con esquizofrenia crónica. *Apuntes de Psicología*, 24(1-3), 223-244. Recuperado el 14 de enero de 2015, de [http://www.infocop.es/view\\_article.asp?id=1284](http://www.infocop.es/view_article.asp?id=1284)
- Forero C., R. M., Cortés D., C., Sánchez E., M. P. & Corredor R., Z. L. (2009). Anormalidades cromosómicas y esquizofrenia. *Revista colombiana de psiquiatría*, 38(3), 534-554. Colombia: Asociación Colombiana de Psiquiatría. Recuperado el 2 de octubre de 2011, de <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=80615422011>
- Foucault, M. (2000). *Historia de la locura en la época clásica I* (9ª reimpresión). México: Fondo de Cultura Económica.
- Frabregat O., M. (1993). *La terapia de confrontación directa en la esquizofrenia*. Tesis de posgrado, Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Freud, S. (1924/1997). La pérdida de realidad en la neurosis y la psicosis. En *Obras completas. El yo y el ello y otras obras* (Vol. XIX, pp.189-197). Argentina: Amorrortu editores.
- Freud, S. (1923 [1925]/1997). Neurosis y psicosis. En *Obras completas. El yo y el ello y otras obras* (Vol. XIX, pp. 151-159). Argentina: Amorrortu editores.

- García J., M. V. & Alvarado I., J. M. (2000). El método observacional. En García J., M. V. & Alvarado I., J. M. (Eds.) *Métodos de investigación científica en Psicología*. (pp. 299-346). Barcelona: EUB.
- García M., M. (2005). *Tratando... esquizofrenia. Ese desconocido mal*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- García V., J, Miranda, A. L.M., López J., C. A., Palacio A., C. A., Gómez F., J. G. & Ospina D., J. (2005). Esquizofrenia y neurodesarrollo. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 34(1), 63-76. Colombia: Asociación Colombiana de Psiquiatría, Bogotá, D.C.
- Garma, A. (1978). *El psicoanálisis. Teoría, clínica y técnica* (3ª. ed.). Biblioteca de psicología profunda. Argentina: Editorial Paidós.
- Gejman, P. V. & Sanders, A. R. (2012). La etiología de la esquizofrenia. *Medicina*, 72(3), 227-234. Buenos Aires: s/edit.
- Gil, F. & León R. J.M. (1998). *Habilidades sociales. Teoría, investigación e intervención* (s/ed.). Madrid: Edit. Síntesis.
- Gisbert A., C. (coord.). (2003). *Rehabilitación psicosocial y tratamiento integral del trastorno mental severo*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría. Recuperado el 5 de enero de 2015, de:  
[http://www.aen.es/docs/SRPS\\_RPS\\_y%20Tratamiento\\_Integral\\_TMS\\_AEN.pdf](http://www.aen.es/docs/SRPS_RPS_y%20Tratamiento_Integral_TMS_AEN.pdf)
- Gobierno de Chile, Ministerio de Salud. (2006). *Rehabilitación psicosocial para personas adultas con trastornos psiquiátricos severos y discapacidad*. Chile:Subsecretaría de Salud Pública, División de Prevención y Control de Enfermedades, Dpto. de Salud Mental. Recuperado el 5 de enero de 2015, de  
[http://www.terapia-ocupacional.cl/documentos/miscelaneo/2006\\_MINSAL\\_2006-2.pdf](http://www.terapia-ocupacional.cl/documentos/miscelaneo/2006_MINSAL_2006-2.pdf)
- González C, J. & Rodríguez G., A. (2010). Programas de Rehabilitación Psicosocial en la Atención Comunitaria a las Personas con Psicosis. *Clínica y Salud*, 21(3). Madrid. Recuperado el 4 de enero de 2015, de  
[http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1130-52742010000300009&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1130-52742010000300009&script=sci_arttext)

González N., J. de J. (1992). *Interacción grupal. Para entender y mejorar las relaciones humanas*. México: Editorial Planeta Mexicana.

González P., H. (2007). Efectividad de los modernos fármacos antipsicóticos en el tratamiento de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos: ¿Avance terapéutico o más de lo mismo? *Papeles del Psicólogo*, 28(2), 111-116. Madrid, España. (Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos) . Recuperado el 2 de octubre de 2011, de <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=77828208>

Gutiérrez C., C., Ocampo S., M. V. & Gómez F. J. (2008). Terapia-cognitivo conductual en esquizofrenia: una revisión narrativa de la literatura. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 37(1), 164-174. Bogotá, Colombia: Asociación Colombiana de Psiquiatría. Recuperado el 2 de octubre de 2011, de <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=80617857013>

Haro, J. M.; Ochoa, S. & Cabrero, L. (2001). Conciencia de enfermedad y utilización de servicios en pacientes con esquizofrenia. *Actas Especiales Psiquiatría*, 29(2), 103-108. Recuperado el 5 de enero de 2015, de [www.researchgate.net/...and.../004635188c8049bca7000000.pdf](http://www.researchgate.net/...and.../004635188c8049bca7000000.pdf)

Herrera H., J. M. & Mesa E., J. R. (s.f.). *Guía psicoeducativa grupal para la prevención de estilos de vida insanos y la mejora de las relaciones humanas (s/ed.)*. Santa Úrsula: s/edit.

Hidalgo C., C. G. & Abarca M., N. (1999). *Comunicación interpersonal. Programa de entrenamiento en habilidades sociales (3ª ed.)*. México: Alfaomega Grupo Editor.

Historia del desarrollo del CIE. (s.f.). Recuperado el 23 diciembre de 2013, de [www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/dne/vol2\\_historia.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/dne/vol2_historia.pdf)

IESM-OMS (2011). *Informe sobre el Sistema de Salud Mental en México*. México: s/editorial.

Ito, S. M. E. & Vargas N., B. I. (2005). *Investigación cualitativa para psicólogos. De la idea al reporte (1ª ed.)*. México: Universidad Nacional Autónoma de México, Miguel Ángel Porrúa.

Jiménez H., M. (2000). *Las relaciones interpersonales en la infancia. Sus problemas y soluciones (s/ed.)*. Málaga: Ediciones Aljibe.

- Kaplan, H. I. & Sadock, D. J. (1994). *Compendio de Psiquiatría* (2ª ed.). México: Edit. Salvat.
- Katchadourian, H. A. (1993). *La sexualidad humana. Un estudio comparativo de su evolución* (3ª reimpresión en español). México: Fondo de Cultura Económica.
- Kelly, J. A. (1987). *Entrenamiento de las habilidades sociales. Guía práctica para intervenciones* (s/ed.). Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer.
- Lacan, J. M. E. (1955-1956/1981). *El Seminario de Jacques Lacan. Libro 3. Las psicosis 1955-1956* (s/ed.). Barcelona: Ediciones Paidós.
- Leader, D. & Groves, J. (1995). *Lacan para principiantes* (s/ed.). Argentina: Era Naciente.
- Lemos G., S. (1989). Esquizofrenia: Componentes de la personalidad como factores de riesgo. *Psicothema*, 1(1-2), 55-69. Recuperado el 25 de enero de 2013, de <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=72701208>
- López, E. (2012, 30 de abril). En México el 95% de los enfermos esquizofrénicos no reciben atención. *Crónica.com.mx, Salud*. Recuperado el 26 de junio de 2012, de [http://www.cronica.com.mx/nota.php?id\\_notas=66239](http://www.cronica.com.mx/nota.php?id_notas=66239)
- Martínez A., Z. & Yannarella W., E. (2010, junio). Tres miradas, una apuesta: aproximaciones teóricas a la esquizofrenia. *Revista Mal-estar E Subjetividade*, X(2), 369-396. Brasil: Universidade de Fortaleza Fortaleza. Recuperado el 2 de octubre de 2011, de <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=27117252002>
- Martínez C., I. & Tello O., M. (1998). *Ansiedad, mitos y fantasías: evaluación del programa Visita de Puertas Abiertas en el Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez"* (SSA). Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Martínez H., Á. (1998). *¿Has visto cómo llora un cerezo? Pasos hacia una antropología de la esquizofrenia* (s/ed.). Barcelona: Universitat de Barcelona. Recuperado el 3 de octubre de 2011 de <https://books.google.com.mx/books?isbn=8447520943>

- Martínez P., A. & Marroquín P., M. (1997). *Programa "Deusto 14-16". Desarrollo de habilidades sociales* (s/ed.). Bilbao, España: Ediciones Mensajero.
- Monjas, C. M.I. (2000). *La timidez en la infancia y en la adolescencia* (s/ed.). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Monjas, C. M.I. (2002). *Programa de Enseñanza de Habilidades de Interacción Social (PEHIS) para niños y niñas en edad escolar* (s/ed.). Madrid: Ciencias de la Educación Preescolar y Especial.
- Muñoz M., J. & Ruiz C., S. L. (2007). Terapia cognitivo – conductual en la esquizofrenia. *Revista colombiana de psiquiatría*, XXXVI(001), 98-110. Bogotá, Colombia: Asociación Colombiana de Psiquiatría Bogotá. Recuperado el 3 de octubre de 2011, de <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=80636108>
- Navarro F., S. A. (2008). *Entrenamiento de habilidades sociales con pacientes esquizofrénicos: Validación de un Programa para pacientes crónicos*. Tesis doctoral, Facultad de Psicología, Universidad de Valencia, España. Recuperado el 4 de diciembre de 2011, de <http://www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/10214/Navarro.pdf?sequence=1>
- Novella, E. & Huertas, R. (2010). El Síndrome de Kraepelin-Bleuler-Schneider y la Conciencia Moderna: Una aproximación a la historia de la Esquizofrenia. *Clínica y Salud*, 21(3), 205-219. Madrid, España: Colegio Oficial de Psicólogos. Recuperado el 3 de octubre de 2015, de <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=180615360002>
- Obiols, J. E. & Vilanova, J. V. (2003, december). Etiología y signos de riesgo en la esquizofrenia. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 3(2), 235-250., 2003. España: Universidad de Almería. Recuperado el 3 de diciembre de 2014, de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=56030207>
- Orellana V., G. & Slachevsky Ch., A. (2006). Trastornos Neurocognitivos en la Esquizofrenia. *Revista Chilena de Neuropsicología*, 1(1), 41-49. Temuco, Chile: Universidad Chilena de Neuropsicología. Recuperado el 3 de octubre de 2011, de <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=179317886005>

- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2012). *Primer borrador del Plan Global de Acción en Salud Mental 2013-2020*. Recuperado el 1º de febrero de 2014, de <http://www.paho.org/chi/images/plan%20mundial%20en%20salud%20mental%20espanol%204%20sept.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (1992). *CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico (s/ed.)*. Madrid, España: Meditor.
- Ortuño S.-P., F. (2010). Esquizofrenia. En Ortuño S.-P., F. (dir.). *Lecciones de Psiquiatría (s/ed.)*. (pp.85-118). España: Editorial Médica Panamericana.
- Orviz G., S., Novoa H., T. & Palacios G., M. (2010). Evaluación de las habilidades sociales en rehabilitación psicosocial. En Fernández, J. A., Touriño, R., Benítez, N. & Abelleira, C. (Eds.). *Evaluación en Rehabilitación Psicosocial*. (pp. 163-194). Valladolid: Publicación oficial de la Federación Española de Asociaciones de Rehabilitación Psicosocial (FEARP). Recuperado el 4 de enero de 2015, de <http://es.scribd.com/doc/212114624/Evaluacion-en-Rehabilitacion-Psicosocial#>
- Pacheco, A. & Raventós, H. (2004, septiembre). Genética de la esquizofrenia: avances en el estudio de genes candidatos. *Revista de Biología Tropical*, 52(3), 29 párrafos. San José, Costa Rica: Universidad de Costa Rica. Recuperado el 4 de enero de 2015, de [http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-77442004000300007](http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-77442004000300007)
- Palma S., C., Farriols H., N., Cebrià A., J. & Segura B., J. (2007, mayo-agosto). Las intervenciones motivacionales en el tratamiento psicoterapéutico de la fase inicial de la esquizofrenia. *Papeles del Psicólogo*, 28(002), 127-135. Madrid, España: Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos. Recuperado el 2 de octubre de 2011, de <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=77828210>
- Pardo, V. (2005, julio). Trastornos cognitivos en la esquizofrenia. I. Estudios cognitivos en pacientes esquizofrénicos: puesta al día. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 69(1), 71-83. Uruguay. Recuperado el 10 de marzo, 2016, de [www.spu.org.uy/revista/jun2005/04\\_edm\\_02.pdf](http://www.spu.org.uy/revista/jun2005/04_edm_02.pdf)
- Penadés, R. & Gastó, C. (2010). *El tratamiento de rehabilitación neurocognitiva en la esquizofrenia (s/ed.)* Barcelona, España: Herder.

- Pérez E., A., Gil M., S., Pina C., L. & García C., I. (2010). Psicofarmacología de la psicosis: Elección del fármaco, Adherencia al tratamiento y Nuevos horizontes. *Clínica y salud*, 21(3), 271-283. (Redalyc. Sistema de Información Científica. Red de Revistas Científica de América Latina, el Caribe, España y Portugal), Madrid, España: Colegio oficial de Psicólogos. Recuperado el 2 de octubre de 2011, de <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=180615360006>
- Perona G., S. & Cuevas Y., C. (2002). Aplicación de la terapia cognitivo conductual sobre las ideas delirantes y las alucinaciones en un sujeto con el diagnóstico de esquizofrenia. *Psicothema*, 14(1), 26-33. Oviedo, España: Universidad de Oviedo. Recuperado el 16 de abril de 2014 de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72714104>
- Pinilla A., M. (2007, junio-diciembre). Adhesión al tratamiento psicofarmacológico: Consideraciones desde el cuidado de enfermería. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 9(2), 38-50. (Redalyc. Sistema de Información Científica. Red de Revistas Científica de América Latina, el Caribe, España y Portugal), Colombia: Pontificia Universidad Javeriana. Recuperado el 2 de octubre de 2011, de <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=145212858004>
- Postel, J. & Quérel, C. (1993). *Historia de la Psiquiatría* (1ª reimpresión en español). México: Fondo de Cultura Económica.
- Psicólogos Argentinos. (s.f.). *Esquizofrenia*. Argentina. Recuperado el 27 de febrero de 2013, de <http://www.psicoargentinos.com.ar/esquizofrenia.html>
- Ramírez, I. (2009). *Taller de Comunicación e interacción social*. Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila". México: UNAM.
- Read, J. (2006). La invención de la «Esquizofrenia». En Read, J., Mosher, L. R. & Bentall, R (Eds.). *Modelos de locura*. (pp. 25-40). Barcelona: Herder.
- Remschmidt, H. (2003). *Esquizofrenia en niños y adolescentes*. España: Ariel Psicología.
- Roder, V., Brenner, H. D., Hodel, B. & Kienzle, N. (1996). *Terapia integrada de la esquizofrenia*. Barcelona: Ariel.

Rodríguez, A. (2006). La experiencia de los Centros de Rehabilitación Psicosocial (CRPS) del Programa de Atención Social a personas con enfermedad mental crónica de la Consejería de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid. En Rodríguez, A. & González C., J. C. (coords.). *Rehabilitación psicosocial y apoyo comunitario de personas con enfermedad mental crónica: Programas básicos de intervención*, Madrid, España: Consejería de Servicios Sociales, Comunidad de Madrid. Recuperado el 5 de enero de 2015, de <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-Disposition&blobheadervalue1=filename%3DCUADERNO+TECNICO+17++REHAB+PSICOSOCIAL+.pdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352887219295&ssbinary=true>

Rodríguez, A. & González C., J. C. (2006). La rehabilitación psicosocial en el marco de la atención comunitaria integral a la población enferma mental crónica. En Rodríguez, A. & González C., J. C. (coords.). *Rehabilitación psicosocial y apoyo comunitario de personas con enfermedad mental crónica: programas básicos de intervención*. Madrid, España: Consejería de Servicios Sociales, Comunidad de Madrid. Recuperado el 5 de enero de 2015, de <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-Disposition&blobheadervalue1=filename%3DCUADERNO+TECNICO+17++REHAB+PSICOSOCIAL+.pdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352887219295&ssbinary=true>

Rodríguez M., Y. & Sweet C., A. (1993). *Representación social de la enfermedad mental en familiares de diagnósticos psiquiátricos institucionalizados*. Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, México.

Romero N., F. (2002, segundo trimestre). Rehabilitación psicosocial en la esquizofrenia. *Informaciones Psiquiátricas*, No. 168, 111 párrafos. Recuperado el 11 abril de 2015, de [http://www.revistahospitalarias.org/info\\_2002/02\\_168\\_06.htm](http://www.revistahospitalarias.org/info_2002/02_168_06.htm)

Roth U., E. (1986). *Competencia social. El cambio del comportamiento individual en la comunidad*. México: Trillas.

Rubin, Z. (1998). *Amistades infantiles* (3ª. ed.). Madrid: Ediciones Morata.

- Rullas, M. & Carretero, G. (2006). Habilidades sociales. En Rodríguez, A. & González C., J. C. (coords.). *Rehabilitación psicosocial y apoyo comunitario de personas con enfermedad mental crónica: Programas básicos de intervención*, Madrid, España: Consejería de Servicios Sociales, Comunidad de Madrid. Recuperado el 5 de enero de 2015, de <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-Disposition&blobheadervalue1=filename%3DCUADERNO+TECNICO+17++REHAB+PSICOSOCIAL+.pdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352887219295&ssbinary=true>
- Saiz R., J., De la Vega S., D. C. & Sánchez P., P. (2010). Bases Neurobiológicas de la Esquizofrenia. *Clínica y Salud*, 21(3), 235-254. Madrid, España: Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid.
- Salas C., S. (2007). Psicoterapia del movimiento: herramienta terapéutica con pacientes esquizofrénicos. *Actualidades en Psicología*, 21(108), 97-115. Costa Rica: Universidad de Costa Rica. Recuperado el 2 de octubre de 2011, de <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=133212641005>
- Salavera B., C. (2010). Trabajando la prevención: habilidades comunicativas en personas con esquizofrenia. Conocer la enfermedad para trabajar desde la escuela. *Revista Electrónica Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 13(4), 221-226. Zaragoza, España: Asociación Universitaria de Formación del Profesorado. Recuperado el 2 de octubre de 2011, de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=217015570019>
- Salgado, A., (2012). Esquizofrenia, Cuando se pierde el control. *Factor RH. Revista de Salud & Dinero*, 1(1), 20-25. México: RH Editores.
- San Emeterio, M., Aymerich, M., Faus, G., Guillamón, I., Illa, J. M., Lalucat, L., et al. (2003). *Guía práctica clínica para la atención al paciente con esquizofrenia*. Barcelona, España: Versión extensa.
- Sandoval M., M. (s.f.). *Examen del Estado Mental*. México: Multicopiado.
- Sharma, S. (2004, junio). Rehabilitación psicosocial del paciente esquizofrénico crónico: el papel de la familia. *Rehabilitación Psicosocial*, 1(1), 24 párrafos. Delhi, India: Institute of Human Behaviour and Allied Sciences,. Recuperado el 7 de marzo de 2015, de <http://www.elsevier.es/es-revista-rehabilitacion-psicosocial-272-articulo-rehabilitacion-psicosocial-del-paciente-esquizofrenico-13067496>

Secretaría de Salud. (2001). *Programa de Acción en Salud Mental*. México. Recuperado el 25 de junio de 2012, de <http://bibliotecas.salud.gob.mx/gsd/collect/publin1/index/assoc/HASH052e.dir/doc.pdf>

Secretaría de Salud. (2002). *Programa específico de esquizofrenia 2001-2006*. México. Recuperado el 18 de abril de 2012, de [http://www.ssm.gob.mx/pdf/salud\\_mental/guias\\_tecnicas/esquizofrenia.pdf](http://www.ssm.gob.mx/pdf/salud_mental/guias_tecnicas/esquizofrenia.pdf)

Secretaría de Salud, Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, Dirección General de Epidemiología. (2012). *Perfil Epidemiológico de la Salud Mental en México*. México: Editorial InnerTraditions en Español Rochester, Vermont.

Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS) & Dirección General de Información en Salud, (DGIS). (2016). *Base de datos de egresos hospitalarios por morbilidad en Instituciones Públicas, 2000-2016*. México: Secretaría de Salud. Recuperado el 1º de marzo 2016, de <http://pda.salud.gob.mx/cubos/>; <http://www.sinais.salud.gob.mx/egresoshospitalarios/basesdedatoseh.html>

Sorribes M., S. & García B., F. J. (1996). Los estilos disciplinarios paternos. En Clemente E., R. A. & Hernández B., C. (comps.). *Contextos de desarrollo psicológico y educación*. Granada: Aljibe.

Treichler, R. (2009). *Ampliación de la psiquiatría por la Antroposofía. Una introducción* (s/ed.). Buenos Aires: Editorial Antroposófica.

Tsuang, M. T. (2003). Esquizotaxia y prevención de la esquizofrenia. En Helzer, J. E. & Hudziak, J. J. (Eds.). *La definición de la psicopatología en el siglo XXI. Más allá del DSM-V*. (pp.255-265). Barcelona: American Psychopathological Association.

Valencia C., M., Murow, E. & Rascón, M. L. (2006). Comparación de tres modalidades de intervención en esquizofrenia: Terapia psicosocial, musicoterapia y terapias múltiples. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38(003), 535-549. Bogotá, Colombia: Fundación Universitaria Konrad Lorenz. Recuperado el 2 de octubre de 2011, de <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=80538307>

Valencia C., M., Rascón G., M. L. & Quiroga, H. (2003, octubre). Aportaciones de la investigación respecto al tratamiento psicosocial y familiar de pacientes con esquizofrenia. *Salud Mental*, 26(005), 1-18. México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, D.F. Recuperado el 2 de octubre de 2011, de <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=58252601>

Vallina F., O. & Lemos G., S. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la esquizofrenia. *Psicothema*, 13(003), 345-364. Oviedo, España: Hospital Sierrallana, Torrelavega (Cantabria) y Universidad de Oviedo. Recuperado el 2 de octubre de 2011, de <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=72713302>

Valles, M. S. (2000). *Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexiones metodológicas y práctica profesional* (2ª reimpresión). Madrid: Síntesis.

# **Anexos**

# ANEXO 1

## Constancia de impartición del taller

Secretaría de Desarrollo Social  
Dir. General del Instituto de Asistencia e Integración Social  
Área de Asistencia e Integración Social  
Coyoacán

**"2012 Año por la Cultura de la Legalidad"**

**Oficio Número 970 12**  
**Asunto: CONSTANCIA DE ACTIVIDAD.**

Coyoacán, D.F., a 12 de Diciembre de 2012.

MTRA. KARINA BEATRIZ TORRES MALDONADO  
P R E S E N T E.

Por medio de la presente me dirijo a usted para informarle que el C. Isaac Ramírez Gómez, impartió el taller de Habilidades Sociales, a partir del 16 de octubre al 11 de los corrientes, los días martes y jueves con duración de una hora por sesión.

Sin otro particular de momento, me despido de usted, no sin antes enviarle un cordial saludo.

ATENTAMENTE  
LÍDER COORDINADOR TÉCNICO  
DEL C.A.I.S. "CUEMANCO"  
SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL  
INSTITUTO DE ASISTENCIA E INTEGRACIÓN SOCIAL  
**CAIS**  
"CUEMANCO"  
LIC. DIEGO ALBERTO HERNÁNDEZ GUTIÉRREZ

c.c.p. Lic. Perla Xochitl Ortiz Romero.- Responsable del C.A.I.S. "Cuemanco"  
Acuse.

Canal Nacional S/N • Col. Villa Quietud • C.P. 04960  
Delegación Coyoacán • Tel/fax 56-71-98-72  
• E mail [caiscuemanco.tecnica@gmail.com](mailto:caiscuemanco.tecnica@gmail.com)

**Ciudad de vanguardia**

## ANEXO 2

### Registro para Análisis Cualitativo

		Modelado y práctica								Manifestación de la conducta					Nivel de cumplimiento del objetivo			
		Participación				Comprensión instrucciones												
		Inasistencia	Poca o ninguna	Regular	Adecuada	Inasistencia	Baja	Regular	Adecuada	Inasistencia	No muestra conducta	Muestra la conducta con apoyo	Muestra la conducta con calidad regular	Muestra la conducta con calidad adecuada	Inasistencia	No logrado	Parcial	Logrado
Habilidades para interactuar	2.- Saludar.																	
	3.- Cortesía y amabilidad: las gracias, el perdón, el permiso.																	
	4.- Favores.																	
	<b>TOTAL</b>																	
Habilidades para iniciaciones sociales	1.- Sonreír y reír.																	
	5.- Cooperar y compartir.																	
	<b>TOTAL</b>																	
Habilidades para entablar conversaciones	6.- Iniciar conversaciones.																	
	7.- Mantener conversaciones.																	
	8.- Terminar conversaciones.																	
	9.- Unirse a la conversación de otros.																	
	10.- Defender sus opiniones.																	
<b>TOTAL</b>																		
Habilidades para afrontar problemas interpersonales	11.- Identificar problemas personales.																	
	12.- Buscar soluciones.																	
	13.- Evaluar posibles soluciones.																	
	14.- Elegir una solución.																	
	15.- Probar la solución.																	
<b>TOTAL</b>																		
<b>TOTAL GENERAL</b>																		

**ANEXO 3**  
**Cuestionario de Habilidades Sociales**

Nombre: \_\_\_\_\_

Estado civil: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

A continuación se presentan una serie de afirmaciones, escriba una “X” en la columna que mejor refleje su opinión.

<b>Aspectos</b>	<b>(1)</b> Nunca	<b>(2)</b> La mayoría de las veces no	<b>(3)</b> Algunas veces	<b>(4)</b> La mayoría de las veces sí	<b>(5)</b> Siempre
1. Se me facilita pedir un favor a las personas que me rodean.					
2. Cuando tengo un problema personal, en la escuela o con mi familia, identifico correctamente el asunto que se tiene que solucionar.					
3. Cuando las personas que me rodean pasan por alguna situación que les resulta difícil les doy mi apoyo.					
4. Cuando me siento ofendido defiendiendo mis derechos sin llegar a agredir a los involucrados.					
5. Cuando tengo un problema personal o escolar o familiar, solicito apoyo a alguien de mi confianza para plantear alternativas de solución.					
6. Cuando voy a una fiesta, me acerco a los demás por iniciativa propia.					
7. Agradezco por los favores que me brindan, independientemente de quien los haya realizado.					
8. Cuando tengo un problema personal, escolar o familiar, analizo las alternativas que me ayudarán a resolver el problema y con base en ello elijo la que mejor me conviene.					

<b>Aspectos</b>	(1) Nunca	(2) La mayoría de las veces no	(3) Algunas veces	(4) La mayoría de las veces si	(5) Siempre
9. Sonríó a las personas que desconozco para iniciar una comunicación.					
10. Al llegar a algún lugar, saludo acorde al horario (buenos días, tardes, noches), a las personas que ahí se encuentran.					
11. Cuando tengo un problema personal, escolar o familiar, uso la alternativa que considero más apropiada y después analizo si funcionó o no.					
12. En una conversación, doy mis comentarios con base en la situación y temas que se tratan.					
13. Cuando tengo un problema personal, escolar o familiar, si la alternativa que usé no funcionó, analizo y selecciono otra que considere conveniente.					
14. Comparto mis pertenencias con las personas que me rodean.					
15. Cuando tengo un problema personal, en la escuela o con mi familia, pienso en diferentes alternativas para solucionar las problemáticas detectadas.					
16. Se me facilita tener una conversación con alguien, aunque no la conozca.					
17. En los trabajos por equipo, justifico en forma prudente mis propuestas.					

***¡Gracias por su colaboración!***

**ANEXO 4**  
**Guía de apoyo a usuarios**

<b>REACTIVOS</b>	<b>APOYO</b>
1. Se me facilita pedir un favor a las personas que me rodean.	Que si necesita que alguien le haga un favor se le hace fácil el pedirselo.
2. Cuando tengo un problema personal, en la escuela o con mi familia, identifico correctamente el asunto que se tiene que solucionar.	Que se da cuenta qué es lo que hay que solucionar cuando tiene algún problema.
3. Cuando las personas que me rodean pasan por alguna situación que les resulta difícil les doy mi apoyo.	Que si apoya a alguien cuando tienen algún problema.
4. Cuando me siento ofendido defendiendo mis derechos sin llegar a agredir a los involucrados.	Que cuando alguien lo ofende se defiende sin agredirlos.
5. Cuando tengo un problema personal o escolar o familiar, solicito apoyo a alguien de mi confianza para plantear alternativas de solución.	Que cuando tiene algún problema busca el apoyo de otra persona para solucionarlo.
6. Cuando voy a una fiesta, me acerco a los demás por iniciativa propia.	Que cuando hay un "grupito" de personas usted se acerca con ellos.
7. Agradezco por los favores que me brindan, independientemente de quien los haya realizado.	Que si agradece los favores que le hacen.
8. Cuando tengo un problema personal, escolar o familiar, analizo las alternativas que me ayudarán a resolver el problema y con base en ello elijo la que mejor me conviene.	Que cuando tiene un problema busca diferentes soluciones y elige la mejor.
9. Sonríe a las personas que desconozco para iniciar una comunicación.	Que si sonríe a las personas para iniciar una plática.
10. Al llegar a algún lugar, saludo acorde al horario (buenos días, tardes, noches), a las personas que ahí se encuentran.	Que si acostumbra saludar.
11. Cuando tengo un problema personal, escolar o familiar, uso la alternativa que considero más apropiada y después analizo si funcionó o no.	Que cuando tiene un problema, hace algo para solucionarlo y después, revisa si funcionó o no.
12. En una conversación, doy mis comentarios con base en la situación y temas que se tratan.	Que si cuando está platicando no se sale del tema.
13. Cuando tengo un problema personal, escolar o familiar, si la alternativa que usé no funcionó, analizo y selecciono otra que considere conveniente.	Si tiene un problema, hizo algo para solucionarlo y no funcionó. ¿Busca otra solución?
14. Comparto mis pertenencias con las personas que me rodean.	Que comparte sus cosas con las demás personas.
15. Cuando tengo un problema personal, en la escuela o con mi familia, pienso en diferentes alternativas para solucionar las problemáticas detectadas.	Que cuando tiene un problema piensa en varias soluciones.
16. Se me facilita tener una conversación con alguien, aunque no la conozca.	Que si se le hace fácil platicar con los demás.
17. En los trabajos por equipo, justifico en forma prudente mis propuestas.	Que cuando hace cosas con los demás da sus propuestas.

ANEXO 5



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

# Taller de Habilidades Sociales

Coordinador: Isaac Ramírez Gómez  
Septiembre 2012



**OBJETIVO GENERAL**

Al concluir el taller el participante:

- Incrementará su nivel de habilidades básicas de interacción social, para hacer amistades, conversacionales, las relacionadas con los sentimientos y emociones y en la solución de conflictos interpersonales.

<b>Categoría</b>	<b>Sesión</b>	<b>Temas</b>	<b>Objetivos particulares</b> Que la persona:
Habilidades para iniciaciones sociales	1	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Presentación del grupo e introducción al taller.</li> <li>• Sonreír y reír.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conozca los objetivos del taller, normas y procedimientos que se llevarán a cabo a lo largo del mismo.</li> <li>• Se presente a sí mismo y haga la presentación de otra personas.</li> <li>• Sonría o ría al interactuar con otras personas en las situaciones apropiadas.</li> </ul>
Habilidades elementales para actuar	2	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Saludar.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Salude a otras personas en la situación apropiada.</li> </ul>
	3	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cortesía y amabilidad: las gracias, el perdón, el permiso.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Exhiba conductas de cortesía y buena educación al relacionarse con otras personas.</li> </ul>
	4	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Favores.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Al relacionarse con otros, pida y haga favores en las situaciones oportunas.</li> </ul>
Habilidades para iniciaciones sociales	5	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cooperar y compartir.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se relacione con otros, coopere con ellos y comparta sus pertenencias.</li> </ul>
Habilidades para entablar conversaciones	6	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Iniciar conversaciones.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inicie conversaciones con otros y responda adecuadamente, cuando otros inicien una conversación con él.</li> </ul>
	7	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mantener conversaciones.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mantenga conversaciones con otros.</li> </ul>
	8	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Terminar conversaciones.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuando habla con otros, termine conversaciones de forma adecuada y cordial.</li> </ul>
	9	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Unirse a la conversación de otros.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Participe adecuadamente en conversaciones de grupo.</li> </ul>

<b>Categoría</b>	<b>Sesión</b>	<b>Temas</b>	<b>Objetivos particulares</b> Que la persona:
Habilidades para entablar conversaciones	10	<ul style="list-style-type: none"> <li>Defender sus opiniones.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Defienda sus opiniones ante otras personas en las situaciones en que es adecuado hacerlo.</li> </ul>
Habilidades para afrontar problemas interpersonales.	11	<ul style="list-style-type: none"> <li>Identificar problemas personales.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Identifique los problemas interpersonales que tiene cuando se relaciona con otras personas.</li> </ul>
	12	<ul style="list-style-type: none"> <li>Buscar soluciones.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Genere diversas alternativas de solución a conflictos interpersonales que tiene con otras personas.</li> </ul>
	13	<ul style="list-style-type: none"> <li>Evaluar posibles soluciones.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>En una situación de conflicto interpersonal, tenga en cuenta las posibles consecuencias de sus actos y de los actos de los demás.</li> </ul>
	14	<ul style="list-style-type: none"> <li>Elegir una solución.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cuando tiene un problema interpersonal, elija la solución más adecuada entre todas las alternativas posibles de solución.</li> </ul>
	15	<ul style="list-style-type: none"> <li>Probar la solución.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cuando tenga un problema interpersonal, ponga en práctica la solución elegida y evalúe los resultados obtenidos.</li> </ul>

## **DATOS DEL TALLER**

Nombre del taller:	Taller de Habilidades Sociales.
Lugar de realización:	Centro de Asistencia e Integración Social, Cuemanco. Av. Canal Nacional s/n, entre Calz. del Hueso y Las Bombas, Col. Villa Quietud, Delegación Coyoacán.
Fecha de inicio:	Mes de septiembre de 2012.
Número de sesiones:	15 sesiones.
Número de participantes:	20 personas.
Periodicidad:	Dos sesiones semanales.
Horario:	De 10:00 a 11:00 hrs.
Participantes	Personas adultas diagnosticadas con esquizofrenia que viven en el "Centro de Asistencia e Integración Social.



Universidad Nacional Autónoma de México  
 Facultad de Psicología  
 Taller Habilidades Sociales  
 Isaac Ramírez Gómez

Centro de Asistencia e Integración Social

**Tema:** Presentación del grupo e introducción al taller

Objetivo	Actividades	Duración	Materiales
<ul style="list-style-type: none"> <li>Conocer los objetivos del taller, normas y procedimientos que se llevarán a cabo a lo largo del mismo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>El coordinador presentará en forma general los objetivos del Taller enfatizando que las actividades a realizar buscan el que seamos mejores y poder convivir armoniosamente con los demás.</li> <li>Mencionará los temas que se revisarán así como las normas del mismo (mantener actitud de respeto, pedir la palabra levantando la mano, evitar burlas, escuchar en silencio mientras alguien habla, hacer comentarios cortos).</li> <li>El coordinador comentará que en el taller lo importante es que los temas que se revisen sean aplicados por ellos en la vida cotidiana, por lo que durante el taller se harán ejercicios y representaciones.</li> </ul>	5 minutos	Cartel con el objetivo del taller.  Cartel con los temas.  Cartel con normas.
<ul style="list-style-type: none"> <li>Que la persona se presente a sí mismo y haga presentaciones de otras personas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>El coordinador se presentará y dará la bienvenida al grupo.</li> <li>Se formarán equipos de 5 personas. En cada equipo, cada persona dirá el nombre con el que desea que se le llame y además algo que le gusta hacer.</li> <li>Posteriormente se hará la presentación de los miembros de cada equipo a todo el grupo; cada persona presentará al compañero de al lado y dirá qué es lo que le gusta al mismo.</li> </ul>	20 minutos	Ninguno.

**Tema:** Sonreír y reír

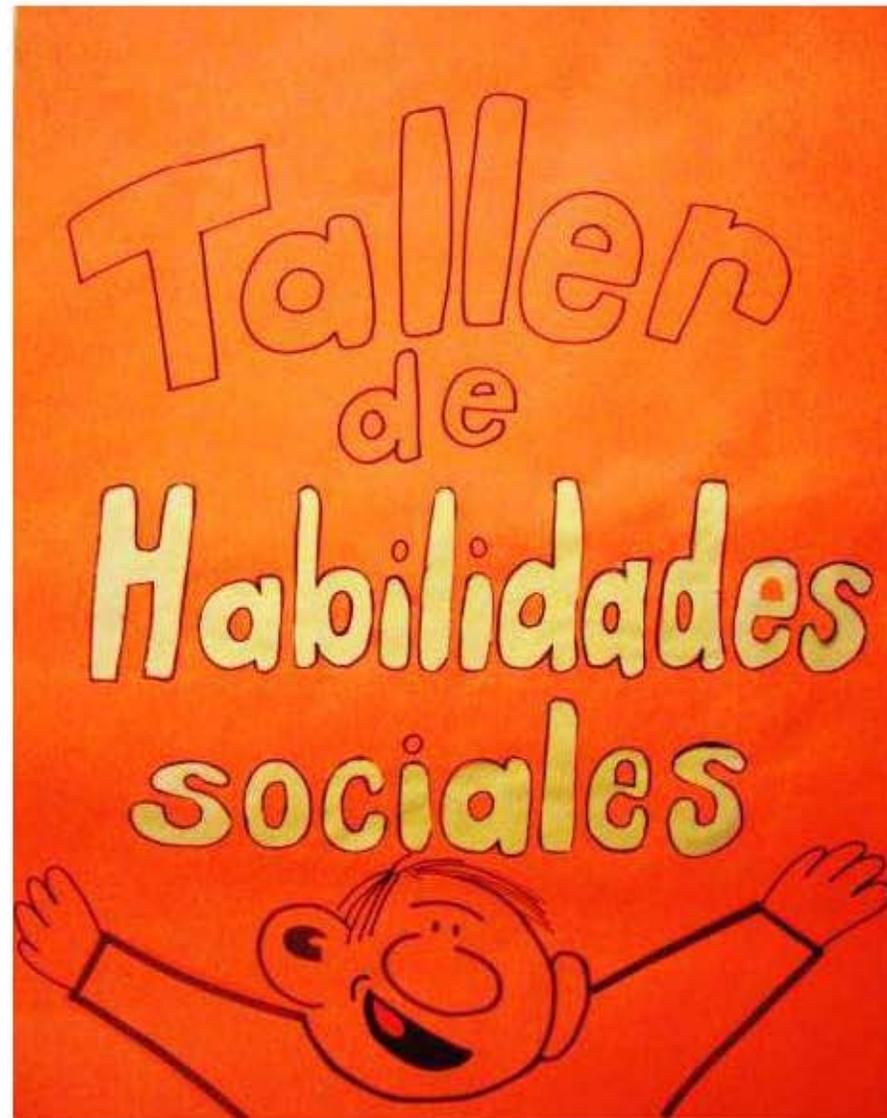
**Habilidades para iniciaciones sociales**

**Objetivo:** Que la persona sonría o ría al interactuar con otras personas en las situaciones apropiadas.

**Sesión 1**

Actividades	Duración	Materiales
<p><b>Instrucción verbal, diálogo y discusión</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>El coordinador mostrará el cartel de “Sonreír y reír” y comentará la importancia de las mismas.</li></ul> <div data-bbox="508 451 1297 781" style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin: 10px auto; width: fit-content;"><p style="text-align: center;"><b>SONREÍR Y REÍR</b></p><p style="text-align: center;">Son conductas que en determinadas ocasiones acompañan a las interacciones que se establecen con otras personas.</p><p>La <b>sonrisa</b> suele mostrar aceptación, aprobación, agradecimiento, agrado, gusto.</p><p>La <b>risa</b> señala que se está disfrutando y gozando de la interacción; que la estás pasando bien.</p></div> <ul style="list-style-type: none"><li>Hará las siguientes preguntas a los participantes:<ul style="list-style-type: none"><li>¿Quién te ha sonreído hoy?</li><li>¿Cómo te sentiste?</li><li>¿Quién hoy vio a otra persona sonreír o reír?, ¿por qué sonreían o reían?</li><li>¿Quién le ha sonreído a otra persona el día de hoy? ¿Por qué le sonreíste? ¿Cómo crees que esa persona se sintió?</li><li>¿Quién sabe qué es “sonreír por cumplido”? ¿Quién ha sonreído a otra persona sin sentir ganas de hacerlo? ¿Por qué lo hiciste?</li></ul></li><li>El coordinador comentará que hay situaciones en donde no es conveniente el sonreír. Preguntará ¿cuándo no está bien sonreír?</li><li>El coordinador comentará que hay situaciones en donde no es conveniente el sonreír. Preguntará ¿cuándo no está bien reírse?</li><li>El coordinador mencionará situaciones y los participantes dirán si es conveniente el reírse o no:<ol style="list-style-type: none"><li>Un compañero se resbaló y se cayó.</li><li>Una persona nos dio los buenos días.</li><li>Una persona nos ayudó a repartir las cobijas.</li><li>Una persona le dio un golpe a otra.</li></ol></li></ul>	10 minutos	Cartel de “Sonreír y reír”.
<p><b>Componentes y pasos conductuales</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>El coordinador mostrará y explicará la lámina de los componentes y pasos conductuales del sonreír y reír.</li></ul> <div data-bbox="508 1230 1297 1386" style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin: 10px auto; width: fit-content;"><p style="text-align: center;"><b>PASOS PARA SONREÍR y/o REÍR</b></p><ol style="list-style-type: none"><li>Mirar a la otra persona a la cara.</li><li>Sonreír y/o reír.</li><li>Acompañar la sonrisa y/o risa con frases o gestos.</li></ol></div>	5 minutos	Cartel con los componentes y pasos conductuales.

<p><b>Modelado</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>El coordinador modela las conductas de sonreír y reír apoyado con algunos de los participantes y verbalizando los pasos.</li> </ul> <div data-bbox="508 310 1297 483" style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin: 10px auto; width: fit-content;"> <p><i>“Hoy que se acercó Luis y me dijo qué bien se ve con ese suéter, yo sonrei y le dije gracias”.</i>  <i>“Pedro te estaba contando una historia muy chistosa”.</i></p> </div> <ul style="list-style-type: none"> <li>Otros ejemplos para el Modelado:  <i>Mario te dice que tu dibujo está muy bien hecho.</i>  <i>José me contó un chiste muy bueno.</i>  <i>Sebastián te dice “esa chamarra te queda muy bien”.</i>  <i>Estás jugando fútbol y Mario se cae y se lastima la rodilla.</i></li> </ul>	5 minutos	Tarjetas con los ejemplos de modelado.
<p><b>Práctica (Role-Playing/Dramatización)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>El coordinador invitará a los equipos que se habían formado al inicio a practicar con los mismos ejemplos que se presentaron.</li> </ul>	10 minutos	Ninguno.
<p><b>Feedback</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>El coordinador, a lo largo de la actividad dará retroalimentación sobre la ejecución correcta de las habilidades de sonreír y reír, de igual forma corregirá las respuestas que no sean correctas.</li> <li>De igual forma invita a los participantes el que ellos mismos se apoyen con frases como <i>¡qué bien he sonreído!</i>, <i>¡me estoy esforzando mucho!</i></li> </ul>	5 minutos	
<p><b>Tareas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Se les indicará a los participantes el que durante la semana sonrían a las personas que se muestren agradables con ellos.</li> <li>Observen cómo reaccionan las personas a las que sonrían.</li> </ul>		





**Tema:** Saludar.

**Habilidades elementales para interactuar**

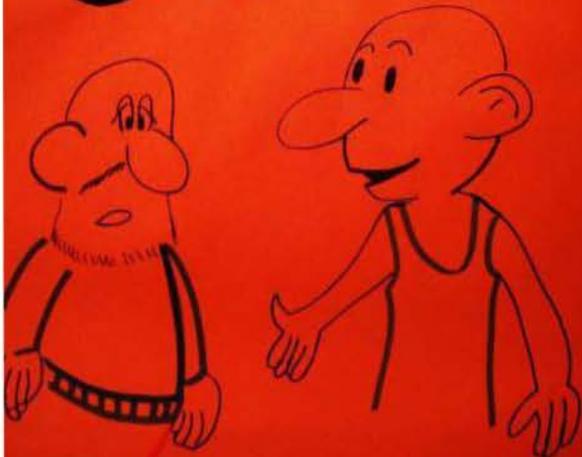
**Objetivo:** Que la persona salude a otras personas en la situación apropiada.

**Sesión 2**

<b>Actividades</b>	<b>Duración</b>	<b>Materiales</b>
<p><b>Instrucción verbal, diálogo y discusión</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>El coordinado mostrará la lámina de “Saludar” y comentará la importancia del saludar.</li></ul> <div data-bbox="508 462 1297 646" style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin: 10px auto; width: fit-content;"><p style="text-align: center;"><b>SALUDAR</b></p><p style="text-align: center;">Los saludos son conductas verbales y no verbales que preceden a las interacciones y suelen indicar que se reconoce y acepta y que se tiene una actitud positiva hacia la persona a la que se saluda.</p></div> <ul style="list-style-type: none"><li>Hará las siguientes preguntas a los participantes: ¿Quién acostumbra saludar cuando llega a un lugar? Hay muchas formas de saludar, ¿quién me puede decir una? ¿Quién conoce otra forma de saludar?</li><li>El coordinador y los participantes determinarán cuando es conveniente utilizar el saludo. ¿Quién pone un ejemplo de cuando es adecuado saludar? ¿Cuándo es necesario? ¿Cuándo no es necesario saludar a un compañero? Saludar a una persona desconocida en la calle ¿es adecuado?, ¿por qué?</li></ul>	5 minutos	Cartel de definición del saludo.
<p><b>Componentes y pasos conductuales</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>El coordinador mostrará y explicará la lámina de los componentes y pasos conductuales para saludar.</li></ul> <div data-bbox="508 1019 1297 1409" style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin: 10px auto; width: fit-content;"><p style="text-align: center;"><b>PASOS PARA SALUDAR</b></p><ol style="list-style-type: none"><li>Acérquese a la otra persona, mire su cara y ojos y sonría.</li><li>Decir frases de saludo: <i>Hola, Buenos días, ¿qué tal estás Pablo?, ¿cómo te va Consuelo?</i></li><li>Utilizar gestos y expresión facial: dar la mano, dar palmada, beso, abrazo.</li><li>Mostrar la emoción que te produce el encontrar a esa persona: <i>¡Cuánto me alegra el verte!</i></li><li>Decir frase de iniciación, mantenimiento o finalización. <i>¿Puedes quedarte un rato con nosotros?, ¿Qué bueno que nos encontramos, pero ahora me tengo que ir?</i></li><li>Responder correctamente, a lo que la otra persona nos vaya diciendo.</li></ol></div>	5 minutos	Cartel con los pasos para saludar.

<p><b>Modelado</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>El coordinador modela las conductas de saludar apoyado con algunos de los participantes y verbalizando los pasos que va siguiendo:</li> </ul> <div data-bbox="508 302 1297 500" style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin: 10px auto; width: fit-content;"> <p><i>“Esta mañana venía caminando por la calle cuando de pronto me encontré a Felipe, que hacía muchos meses que no veía. Me acerqué, lo miré a los ojos, le sonreí y le dije “Hola”, ¿Cómo estás?, ¡qué gusto haberte visto!, ¿me acompañas a la tienda?”.</i></p> </div> <ul style="list-style-type: none"> <li>Otros ejemplos para el Modelado:  <i>Cuando sales de tu dormitorio te encuentras con una de las Trabajadoras Sociales.  El domingo llega de visita un amigo que ya no había venido.  Por la tarde te encuentras con el sacerdote.  Llevas prisa y tienes que saludar a otra persona.</i></li> </ul>	5 minutos	Tarjetas con los ejemplos de Modelado.
<p><b>Práctica (Role-Playing/Dramatización)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Se forman seis equipos. Cada equipo simulará ser una familia, ellos decidirán si son hermanos, primos, papá e hijos, etcétera.</li> <li>Pasan dos equipos a representar que van al parque y se encuentra con otra familia. Se saludan. Los demás equipos observan.</li> <li>Pasan los equipos restantes.</li> <li>Se reflexiona acerca de lo ocurrido en las representaciones: <i>¿cómo te sentiste?, ¿te fue fácil o difícil?, ¿por qué?</i></li> </ul>	20 minutos	
<p><b>Feedback</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>El coordinador, a lo largo de la actividad dará retroalimentación sobre cómo ha saludado, le señalará y elogiará lo que haya hecho correctamente. También indicará aspectos que pueda mejorar: <i>“Luis, cuando saludes, hazlo en un tono de voz más bajito. ¿quieres volverlo a hacer?”.</i></li> </ul>		
<p><b>Tareas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Se le indicará a los participantes el que saluden a los compañeros cuando lleguen a un lugar de la Institución, de igual forma al personal con el que se encuentren.</li> </ul>		

# Saludar



## Saludo

• Puede ser verbal o no verbal.

• Indica que se reconoce y acepta.

• Indica que se tiene una actitud positiva a quien saluda.

## Pasos del saludo

1. Acercarse, mirar, sonreír.
2. Decir frase. ¡Hola!
3. Dar mano, abrazo, palmada o beso.
4. Mostrar afecto.
5. Frase (iniciación, mantenimiento o finalización).
6. Responder.



# Pasos para saludar

1 Acercarse, mirar ojos, sonreír.

2 Decir frase de saludo.

Hola      Buenos días  
¿Cómo te va?



# 3 Gestos, expresión facial.

¿Puedes quedarte un rato con nosotros?

¡Qué bueno que te vi! pero me tengo que ir.



# 4 Mostrar la emoción que produce encontrar a la persona.

¡Cuánto me alegra verte!



# 5 Frase de iniciación, mantenimiento o finalización.

6 Responder a lo que la otra persona nos diga.



**Tema:** Cortesía y amabilidad: las gracias, el perdón, el permiso.

**Habilidades elementales para interactuar**

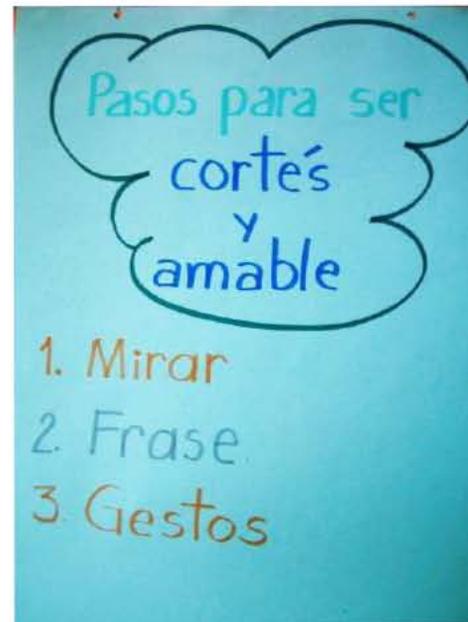
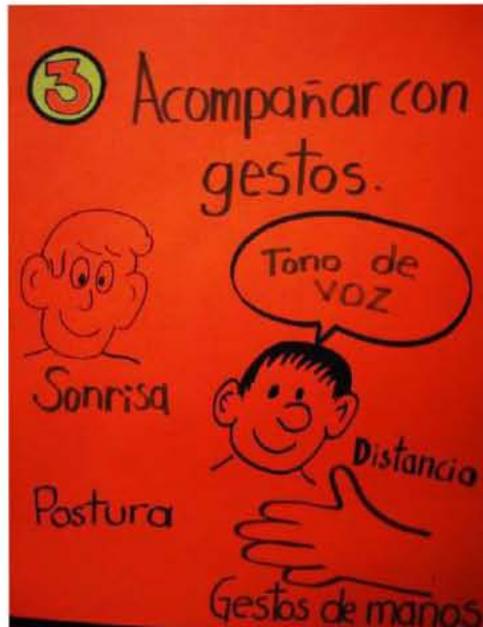
**Objetivo:** Que la persona exhiba conductas de cortesía y buena educación al relacionarse con otras personas.

**Sesión 3**

Actividades	Duración	Materiales
<p><b>Instrucción verbal, diálogo y discusión</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>El coordinador dará la definición de “Habilidades de cortesía”, misma que presentará en un cartel.</li> </ul> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; text-align: center; margin: 10px auto; width: fit-content;"> <p><b>HABILIDADES DE CORTESÍA</b></p> <p>“Son un conjunto de conductas muy diversas que las personas utilizamos, o debemos utilizar, cuando nos relacionamos con otras personas con el fin de que en nuestra relación sea cordial, agradable y amable”.</p> </div> <ul style="list-style-type: none"> <li>Hará las siguientes preguntas a los participantes:           <ul style="list-style-type: none"> <li><i>¿Quién puede poner un ejemplo de lo que significa ser cortés y amable?</i></li> <li><i>Si en el jardín un compañero tropieza con el doctor y le dice “lo siento, no lo vi”, ¿eso es ser cortés?</i></li> <li><i>Si prestas un libro a un compañero y cuando te lo devuelve no te da las gracias, ¿eso es ser cortés?</i></li> </ul> </li> <li>A lo largo del diálogo se delimitarán algunas habilidades de cortesía y buena educación como son:           <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Decir gracias cuando alguien nos ayuda en algo o nos dice algo agradable.</li> <li>➤ Decir lo siento/ Pedir perdón/ Pedir disculpas/Excusarse cuando vamos a molestar o molestado a otra persona.</li> <li>➤ Pedir permiso cuando vas a interrumpir a otra persona, cuando vas a tomar algo que no es tuyo o vas a entrar a un despacho u oficina, etc.</li> </ul> </li> <li>El coordinador hará las siguientes preguntas a los participantes:           <ul style="list-style-type: none"> <li><i>¿Quién acostumbra dar las gracias en diferentes situaciones?, ¿por qué?</i></li> <li><i>¿Con quién crees que es más importante ser amable con la Trabajadora Social o con el compañero de dormitorio?, ¿por qué?</i></li> <li><i>¿Te gusta que te pidan las cosas por favor y con buenos modales?, ¿por qué?</i></li> <li><i>¿Qué pasaría si un compañero siempre te pide las cosas de mala manera y no te da las gracias cuando te las devuelve?</i></li> </ul> </li> <li>El coordinador señalará que el ser cortés y educado con las demás personas nos ayuda a que seamos agradables y la gente nos aprecie más.</li> </ul>	<p>10 minutos</p>	<p>Cartel de definición de “Habilidades de cortesía”.</p>
<p><b>Componentes y pasos conductuales</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>El coordinador mostrará y explicará la lámina de los componentes y pasos conductuales de la cortesía y la amabilidad.</li> </ul> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; text-align: center; margin: 10px auto; width: fit-content;"> <p><b>PASOS PARA PARA COMPORTARSE CON CORTESÍA Y AMABILIDAD</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Mirar a la otra persona.</li> <li>Decir una frase o expresión verbal adecuada según el caso: <i>gracias, por favor, disculpe, lo siento, perdón.</i></li> <li>Acompañar lo que decimos con gestos: sonrisa, tono de voz, postura, distancia de la otra persona, gestos de manos.</li> </ol> </div>	<p>3 minutos</p>	<p>Cartel con los pasos para “Comportarse con cortesía y amabilidad”.</p>

<p><b>Modelado</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>El coordinador modela las conductas de cortesía y amabilidad apoyado con algunos de los participantes y verbalizando los pasos que va siguiendo:</li> </ul> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin: 10px 0;"> <p><i>"Estoy en el camión, ya voy a bajar, pero para bajar tengo que pedir permiso a un señor que está a mi lado. Le miro y le digo: Perdone, tengo que bajarme en la siguiente parada. El señor se para, me deja pasar. Le miro y le digo ¡gracias!; él me ha respondido, ¡de nada!"</i></p> </div> <ul style="list-style-type: none"> <li>Otros ejemplos para el Modelado: Necesitas entrar al consultorio del doctor: <i>"¿Se puede?"</i> Necesitas salir de un lugar: <i>"Perdón, tengo que salir"</i>. Sin querer pisaste a una persona: <i>"lo siento, no me di cuenta"</i>. Agradeces que alguien te dejó pasar: <i>"Gracias, es usted muy amable"</i>. Entras al camión, la parte delantera está llena de gente y atrás está muy vacío. Quieres pasar para atrás: <i>"¿Le importaría dejarme pasar?"</i>. Mario te ayudó a mover una mesa. Quieres agradecerse.</li> </ul>	5 minutos	Tarjetas con ejemplo de modelado.
<p><b>Práctica (Role-Playing/Dramatización)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>El coordinador solicita a dos personas que pasen a hacer la representación de los ejemplos que se había modelado. Luego intercambian papeles y representan la misma situación.</li> <li>Se invitan a cuatro parejas más.</li> <li>Se invita a los demás a practicar con el compañero de al lado.</li> </ul>	20 minutos	
<p><b>Feedback</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Durante la realización de los ejercicios el coordinador y los demás compañeros harán elogios del desempeño de los participantes, de igual forma se señalarán aspectos concretos a mejorar: <i>Raúl, ¡qué bien has pedido permiso a tu compañero!; Leo procura la próxima vez decir gracias un poco más fuerte, ¿ok?, ¿quieres intentarlo?, ¿quién hace algo para que Leo pueda decir gracias?</i></li> </ul>		
<p><b>Tareas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Se invitará a los participantes a observar frases amables de otras personas, el pedir las cosas por favor, disculparse, excusarse y pedir permiso cuando sea necesario.</li> </ul>		





**Tema:** Favores.

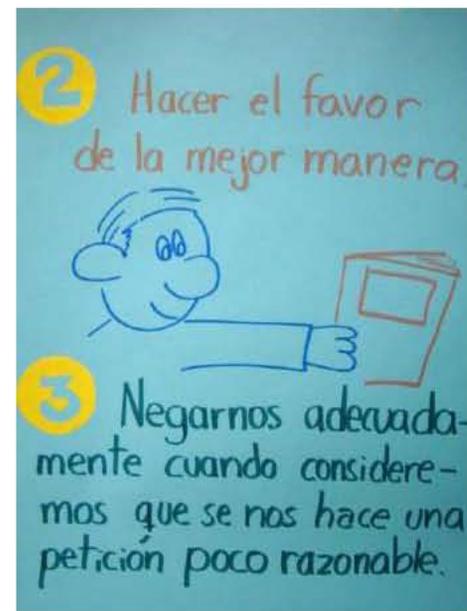
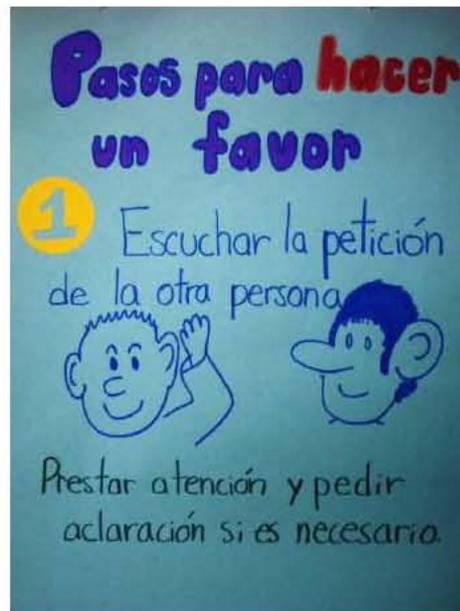
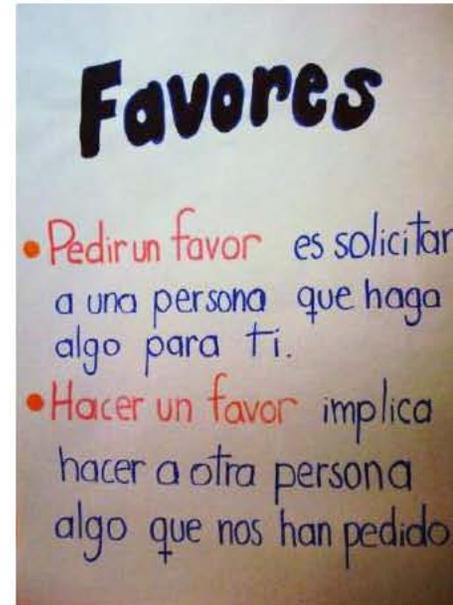
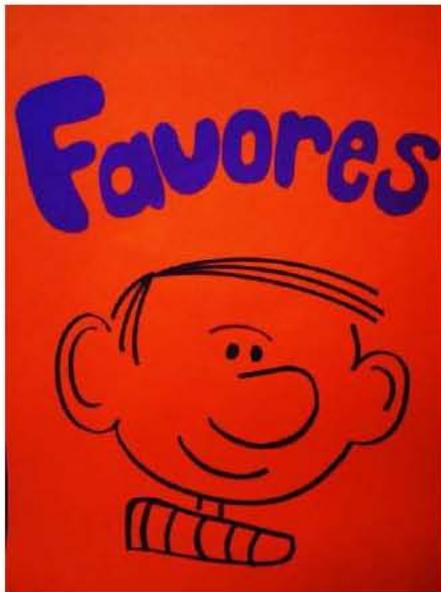
**Habilidades elementales para interactuar**

**Objetivo:** Que la persona, al relacionarse con otros, pida y haga favores en las situaciones oportunas.

**Sesión 4**

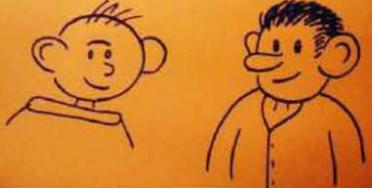
<b>Actividades</b>	<b>Duración</b>	<b>Materiales</b>
<p><b>Instrucción verbal, diálogo y discusión</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>El coordinador mostrará la lámina de “Favores” y hará comentarios acerca de los favores y de su importancia.</li></ul> <div data-bbox="512 461 1304 651" style="border: 1px solid black; padding: 10px; text-align: center;"><p><b>FAVORES</b></p><p><b>Pedir un favor</b> significa solicitar a una persona que haga algo por ti o para ti. <b>Hacer un favor</b>, implica hacer a otra persona algo que nos ha pedido.</p></div> <ul style="list-style-type: none"><li>Hará las siguientes preguntas a los participantes: ¿Qué pasa si pides un favor en forma agresiva? ¿Cómo te sientes si haces un favor a alguien y esa persona no te lo agradece?, ¿le volverías a hacer un favor? ¿Qué piensas de las personas que te “echan la mano” en lo que necesitas?, ¿te gusta estar con ellas?</li><li>El coordinador y los participantes determinarán cuando es conveniente pedir favor y cuando es contraproducente, por ejemplo cuando es una persona desconocida a la que le tenemos poca confianza o a quien nos pide cosas excesivas o cosas poco razonables.</li></ul>	5 minutos	Cartel de definición “pedir un favor” y “hacer un favor”.
<p><b>Componentes y pasos conductuales</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>El coordinador mostrará y explicará las láminas de los componentes y pasos conductuales para “Pedir un favor” y para “Hacer un favor”.</li></ul> <div data-bbox="512 1013 1304 1357" style="border: 1px solid black; padding: 10px;"><p style="text-align: center;"><b>PASOS PARA PEDIR UN FAVOR</b></p><ol style="list-style-type: none"><li>Saber a qué persona le vamos a pedir el favor.</li><li>Usar las palabras adecuadas y expresión no verbal acorde (mirada, sonrisa, tono cordial) agradeciendo de entrada la acogida y actitud de la otra persona: “... necesito que me hagas un favor. Ocurre que... y te pediría que tú... Muchas gracias por atenderme”.</li><li>Agradecer cordialmente el favor que nos han hecho, resaltando algo positivo de la otra persona: “Gracias linda, te lo agradezco infinitamente”.</li></ol></div>	5 minutos	Cartel con los pasos para “Pedir un favor”.  Cartel con los pasos para “Hacer un favor”.

<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; text-align: center;"> <p><b>PASOS PARA HACER UN FAVOR</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Escuchar la petición de la otra persona. Prestar atención y pedir aclaración, si es necesario.</li> <li>2. Hacer el favor de la mejor manera posible. Hacer lo que nos piden de buena manera.</li> <li>3. Negarnos adecuadamente, cuando consideremos que se nos hace una petición poco razonable.</li> </ol> </div>		
<p><b>Modelado</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El coordinador pide a los participantes que den ejemplos de cuando han pedido un favor.</li> <li>• El coordinador indica que van a dramatizar un caso. Puede ser como el siguiente ejemplo:</li> </ul> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin: 10px auto; width: 80%;"> <p><i>“Hola José, necesito que me hagas un favor. Nos acaban de decir que vamos a tener ensayo del coro. Le podrías decir a Leticia, cuando llegue, que nos vemos al rato, que estoy en el ensayo. Te lo agradezco mucho.</i></p> </div> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Otros ejemplos para el Modelado:  <i>Pides a tu psicólogo un libro que te interesó mucho.</i>  <i>Un cocinero te pide que le ayudes a limpiar una de las mesas.</i>  <i>Un compañero en silla de ruedas te pide que le ayudes a pasar por un camino empedrado.</i> </li> </ul>	5 minutos	Tarjetas con ejemplo de modelado.
<p><b>Práctica (Role-Playing/Dramatización)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El coordinador solicitará voluntarios para representar las mismas situaciones que se habían modelado.</li> <li>• Después cada persona practicará con el compañero de al lado, primero representando el papel de la persona que pide el favor y después, siendo la persona que hace el favor.</li> <li>• Posteriormente, representará el caso de una persona que quiere jugarle una broma a otra, diciéndole, que su hermano tuvo un accidente y quiere que le hagas el favor de que seas tú quien le diga a Beto, que su hermano tuvo un accidente. En este caso, se trabajará la negación a un favor.</li> </ul>	20 minutos	
<p><b>Feedback</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Durante las diferentes representaciones el coordinador y/o los participantes retroalimentarán las ejecuciones de los demás compañeros: <i>“Luis, has expresado claramente lo que querías”, “Ernesto, sé más amable cuando le pides el favor”, “Muy bien Joaquín, hablaste con un tono cordial”.</i></li> </ul>		
<p><b>Tareas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se invitará a los participantes a que hagan tres favores a diferentes personas.</li> <li>• Se sugerirá que pidan tres favores a otras personas.</li> </ul>		



## Pasos para pedir un favor

**1** Saber a qué persona le vamos a pedir el favor.



**2** Usar las palabras adecuadas y expresión no verbal acorde (mirada, sonrisa, tono) agradeciendo de entrada la acogida de la otra persona.

...necesito que me hagas un favor.  
Ocurre que ...  
y te pediría que tú...  
Muchas gracias.

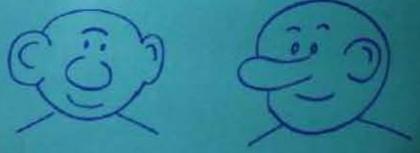
**3** Agradecer cordialmente el favor que nos han hecho resaltando algo positivo de la otra persona.

Gracias linda, te lo agradezco infinitamente



## Pasos para hacer un favor

1. Escuchar la petición.
2. Hacer el favor
3. Negarnos



## Pasos para pedir un favor

1. Saber a quien pedir el favor
2. Palabras de expresión adecuada.
3. Agradecer

**Tema:** Cooperar y compartir.

**Habilidades para iniciaciones sociales**

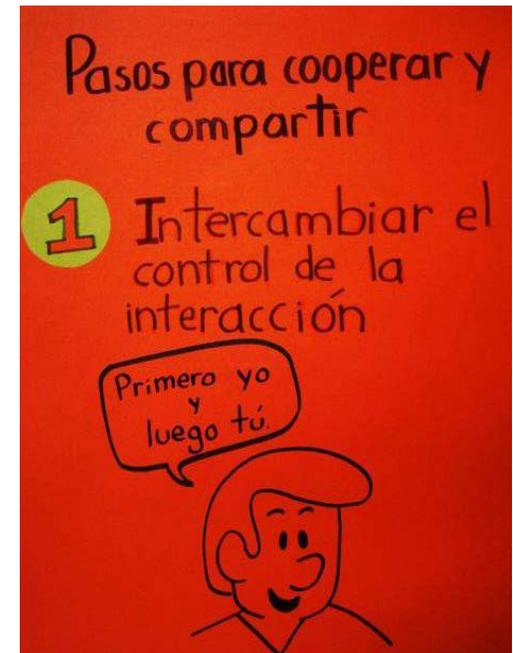
**Objetivo:** Que la persona se relacione con otros, coopere con ello y comparta sus pertenencias.

**Sesión 5**

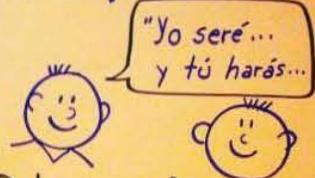
Actividades	Duración	Materiales
<p><b>Instrucción verbal, diálogo y discusión</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>El coordinador mostrará y explicará el cartel de “Cooperar y Compartir”.</li></ul> <div data-bbox="506 464 1295 695" style="border: 1px solid black; padding: 10px; text-align: center;"><p><b>COOPERAR Y COMPARTIR</b></p><p>Cooperar supone que dos o más personas toman parte en una tarea o actividad común que implica reciprocidad de conductas (motoras o verbales), intercambio en el control de la relación (unas veces yo dirijo y otras el otra persona) y facilitación de la tarea o actividad. Implica la colaboración de y con otras personas para la realización de una actividad en común.</p></div> <ul style="list-style-type: none"><li>Pondrá ejemplos de conductas de cooperación:<ol style="list-style-type: none"><li>Ofrecer y aceptar sugerencias e ideas para una actividad: por ejemplo, hacer un mural.</li><li>Respetar turnos de intervención, por ejemplo, al platicar.</li><li>Dar y recibir información, por ejemplo, al contestar a alguien que busca un lugar.</li><li>Hacer las actividades asignadas y acordadas, por ejemplo, barrer el patio.</li><li>Comportamientos relacionados con el compañerismo, por ejemplo, ayudar en la mesa.</li><li>Participar con un ánimo positivo, amistoso y cordial.</li></ol></li><li>Hará las siguientes preguntas a los participantes:<p>¿Quién nos pone un ejemplo de situaciones en las que ha cooperado con otros?, ¿qué hiciste?, ¿cómo salió?, ¿qué tal la pasaste?</p><p>¿Quién nos pone un ejemplo de compartir con otros?, ¿cuándo lo hiciste?, ¿por qué?, ¿cómo crees tú que se sintió la otra persona?, ¿por qué piensas que se sintió así?</p></li><li>El coordinador comentará que cooperar con que las personas que cooperar o comparten con los demás, “caen bien” a los demás, se hacen agradables y amistosos con los demás. Preguntará a los participantes:<p>¿Qué piensas de una persona que no respeta los turnos?</p><p>Y si cuando pierde en un juego se enoja e insulta a los demás, ¿cómo te sientes tú?, ¿y si es una persona que nunca coopera no participa con los demás?</p></li></ul>	5 minutos	Cartel de definición “Cooperar y compartir”.
<p><b>Componentes y pasos conductuales</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>El coordinador mostrará y explicará las láminas de los componentes y pasos conductuales para “Cooperar y compartir”.</li></ul> <div data-bbox="506 1279 1295 1446" style="border: 1px solid black; padding: 10px; text-align: center;"><p><b>PASOS PARA COOPERAR Y COMPARTIR</b></p><ol style="list-style-type: none"><li>Intercambiar recíprocamente el control de la interacción, actuar por turnos. Tomar la dirección de la actividad y después pasarla.</li></ol></div>	15 minutos	Carteles con los pasos para “Cooperar y compartir”.

	<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Participar activamente en la actividad facilitando su desarrollo. Por ejemplo, ofrecer sugerencias para el juego o la actividad, asignar roles (“yo seré... y tú harás...”), aceptar sugerencias y peticiones de los demás, aportar ideas nuevas que mejoren la actividad, proponer iniciativas de actividad, secundar iniciativas de otros.</li> <li>3. Pedir ayuda y ser sensible a las necesidades de los otros. Ofrecer apoyo, ayuda y responder a las peticiones de ayuda.</li> <li>4. Dar ánimo, ofrecer reforzamiento y elogio.</li> <li>5. Seguir las normas o reglas establecidas en el juego, conversación o actividad.</li> <li>6. Participar en la interacción con un tono amistoso, cordial y positivo de forma que el contacto llegue hacer agradable y mutuamente satisfactorio y todos los participantes disfruten de la relación.</li> <li>7. Ser buen ganador (aceptar el éxito) o perdedor (aceptar el fracaso, la derrota, felicitar al ganador).</li> <li>8. Ofrecer y prestar tus objetos a otros.</li> <li>9. Utilizar adecuadamente los objetos que te presten los demás.</li> </ol>			
<p><b>Modelado</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El coordinador modela las conductas para cooperar o compartir, apoyado con algunos de los participantes y verbalizando los pasos que va siguiendo:</li> </ul>	<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin: 10px 0;"> <p><i>“Necesito un lápiz para escribir un teléfono, no tengo lápiz pero sé que Arturo tiene uno. Me acerco a él para explicarle mi problema. “Arturo quiero pedirte un favor...”. Cuando me lo haya dado lo usaré con cuidado. En cuanto haya terminado, se lo devolveré y se lo agradeceré amigablemente.” Gracias Arturo por prestarme tú lápiz. Me has hecho un gran favor. Cuando necesites algo que yo pueda hacerte ya sabe donde estoy”.</i></p> </div> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Otros ejemplos para el Modelado:  <i>Ayudas a un compañero a repartir cobijas.</i>  <i>Ayudas al personal para bañar a un compañero.</i>  <i>Esperas tu turno a la hora de la comida.</i>  <i>Esperas tu turno para pegar al balón en el juego de penales.</i>  <i>Cooperas con otra persona para comprar en la tienda.</i></li> </ul>		5 minutos	Tarjetas con ejemplo de modelado.

<p><b>Práctica (Role-Playing/Dramatización)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se formarán seis equipos, a cada uno se le entregará un juego de mesa para que los participantes se involucren en la actividad, se les recordará que es importante el respetar turno y que en cada equipo se tienen que poner de acuerdo qué juego van tener y las reglas. Se resaltarán lo importante que es hacer propuestas y aceptar la propuesta de otros en lugar de imponer la nuestra.</li> </ul>	20 minutos	
<p><b>Feedback</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Durante el ejercicio con los juegos de mesa, el coordinador supervisará y orientará la actuación de los participantes, de igual forma les proporcionará retroalimentación de su ejecución, resaltando y reforzando los aspectos positivos de su ejecución. <i>“muy bien Iván has propuesto reglas para el juego de dominó.”</i></li> </ul>		
<p><b>Tareas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se invitará a los participantes a observar a otras personas que cooperan y/o comparten objetos o actividades.</li> <li>• Compartir alguna pertenencia con otra persona.</li> <li>• Cooperar con los compañeros del dormitorio.</li> </ul>		



2 Participar activamente.



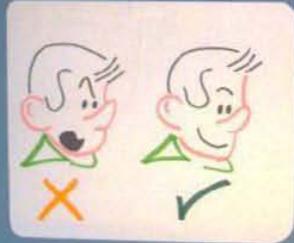
3 Pedir ayuda y apoyar.



4 Dar ánimo.

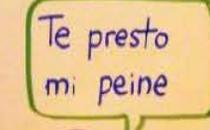
5 Seguir las reglas.

6 Usar tono amistoso.



7 Saber ganar o perder.

8 Ofrecer y prestar tus objetos.



9 Usar adecuadamente los objetos que te presten.

**Tema:** Iniciar conversaciones.

**Habilidades para entablar conversaciones**

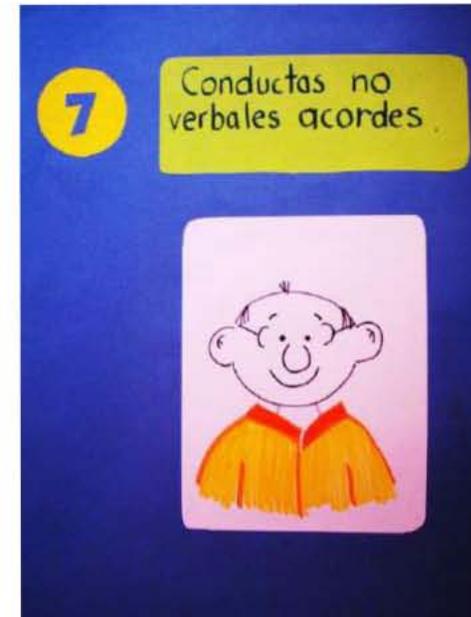
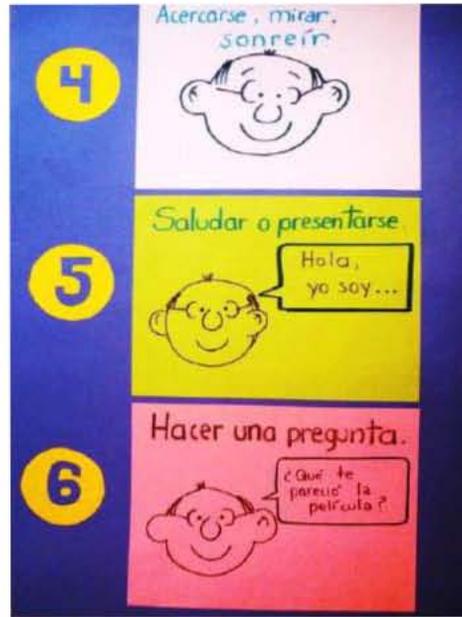
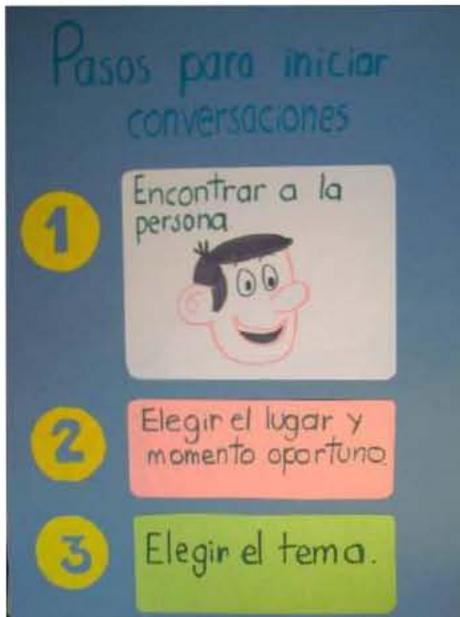
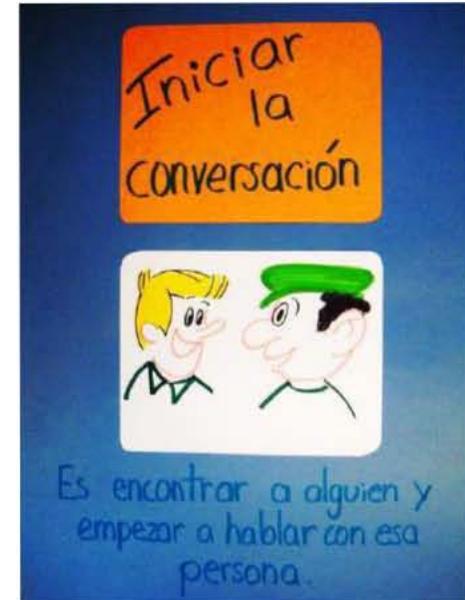
**Objetivo:** Que la persona inicie conversaciones con otros y responda adecuadamente, cuando otros inicien una conversación con él.

**Sesión 6**

Actividades	Duración	Materiales
<p><b>Instrucción verbal, diálogo y discusión</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Se comentará que hay varios aspectos del tema de la conversación, y mostrará la lámina:<ol style="list-style-type: none"><li>a) Iniciar la conversación.</li><li>b) Mantener la conversación.</li><li>c) Terminar la conversación.</li><li>d) Unirse a la conversación de otros.</li><li>e) Conversaciones de grupo.</li></ol></li></ul> <div data-bbox="405 670 1484 1245" style="text-align: center;"><p>El diagrama muestra un círculo central con el texto 'LA CONVERSACIÓN'. Desde este círculo central, se extienden líneas hacia cinco círculos periféricos: 'Iniciar la conversación' (arriba), 'Mantener la conversación' (derecha), 'Terminar la conversación' (abajo a la derecha), 'Unirse a la conversación de otros' (abajo a la izquierda) y 'Conversaciones de grupo' (izquierda).</p></div> <ul style="list-style-type: none"><li>• Comentaré que se revisará cada uno de los puntos del tema de la conversación.</li><li>• Haré las siguientes preguntas a los participantes:<ul style="list-style-type: none"><li>¿Qué es para ti iniciar una conversación?</li><li>¿Alguna vez ha iniciado una conversación?, platicanos cómo le hiciste para iniciar la plática, ¿qué le dijiste?</li><li>¿Quién nos puede dar más ejemplos de cómo iniciamos a platicar con alguien?</li></ul></li><li>• El coordinador dará la explicación de la lámina de "Iniciar la conversación".</li></ul>	5 minutos	Cartel de los aspectos de "La Conversación".

<div data-bbox="512 228 1312 407" style="border: 1px solid black; padding: 10px; text-align: center;"> <p><b>INICIAR LA CONVERSACIÓN</b></p> <p>Una conversación es encontrar a alguien y empezar a hablar con esa persona.</p> </div> <p>• El coordinador y los participantes comentarán por qué es importante el iniciar la conversación: <i>¿Por qué es importante el iniciar la conversación?, ¿qué logras al iniciar una conversación?, ¿qué pasa si no sabemos iniciar una conversación?</i></p>		
<p><b>Componentes y pasos conductuales</b></p> <p>• El coordinador mostrará y explicará las láminas de los componentes y pasos conductuales para “Iniciar conversaciones” y “Para responder a otra persona que quiere iniciar una conversación”.</p> <div data-bbox="512 703 1312 1081" style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin: 10px 0;"> <p style="text-align: center;"><b>PASOS PARA INICIAR CONVERSACIONES</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Encontrar a otra persona con la que se quiere hablar.</li> <li>2. Elegir el momento y lugar oportuno.</li> <li>3. Determinar el tema sobre el que se va a iniciar la conversación.</li> <li>4. Acercarse a la otra persona, mirarla, sonreírle.</li> <li>5. Saludarla o presentarse.</li> <li>6. Para entrar en conversación hacerle una pregunta: <i>¿qué te pareció la película?, ¿qué te pareció la obra de teatro?</i></li> <li>7. Tener conductas no verbales acordes con el mensaje verbal (entonación, expresión facial, gestos, proximidad).</li> </ol> </div> <div data-bbox="512 1097 1312 1360" style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin: 10px 0;"> <p style="text-align: center;"><b>PASOS PARA RESPONDER A OTRA PERSONA QUE QUIERE INICIAR UNA CONVERSACIÓN</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Responder al saludo.</li> <li>2. Responder a la iniciación que la otra persona hace.</li> <li>3. Disculparse si no se puede o no se quiere conversar.</li> <li>4. Agradecerle su invitación para hablar.</li> </ol> </div>	5 minutos	<p>Cartel de “Iniciar la Conversación”</p> <p>Carteles con los pasos para “Iniciar conversaciones” y “Para responder a otra persona que quiere iniciar una conversación”</p>

<p><b>Modelado</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>El coordinador modela las conductas para iniciar una conversación apoyado con algunos de los participantes y verbalizando los pasos que va siguiendo:</li> </ul> <div data-bbox="514 316 1312 544" style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin: 10px 0;"> <p><i>“Quiero platicar de mi familia con Alan. Lo que tengo que hacer es acercarme a él. Ya estoy cerca, espero el momento adecuado. Alan me volteó a ver, yo lo miro, le sonrío y saludo: “Hola, ¿cómo estás?, Alan me dice Hola, muy bien, ahora le digo, “quiero platicar contigo de mi familia, ¿tienes tiempo?”, me dice que sí y empiezo a platicarle”.</i></p> </div> <ul style="list-style-type: none"> <li>Otros ejemplos para el Modelado:  <i>A la Institución ha llegado un nuevo compañero. Quieres hablar con él.</i>  <i>Hay una fiesta en el jardín, vinieron unos cantantes que tocan guitarra, quieres hablar con alguno de ellos.</i>  <i>Te encuentras con una persona que hace muchos años no veías. Quieres hablar con él.</i></li> </ul>		<p>Tarjetas con ejemplo de modelado.</p>
<p><b>Práctica (Role-Playing/Dramatización)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>El coordinador les indicará que harán de cuenta que tiene que salir un momento del salón, que mientras pueden platicar con la persona o personas de al lado, acerca del tema que quieran.</li> <li>Comentarán acerca de la experiencia tenida. <i>¿Quiénes iniciaron la conversación?, ¿te costó trabajo?, ¿cómo respondiste ante la persona que quería iniciar la conversación?, ¿cómo te sentiste?</i></li> </ul>	<p>20 minutos</p>	
<p><b>Feedback</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Durante el ejercicio el coordinador dará retroalimentación a las personas que hayan iniciado las conversaciones, así como a las que han respondido a los que iniciaron la plática. Si observara a alguien que se aparte, el mismo coordinador iniciará una conversación con él.</li> </ul>		
<p><b>Tareas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Se invitará a los participantes a iniciar una conversación con un compañero, familiares o personal de la Institución.</li> </ul>		



**Tema:** Mantener conversaciones.

**Habilidades para entablar conversaciones**

**Objetivo:** Que la persona mantenga conversaciones con otros.

**Sesión 7**

Actividades	Duración	Materiales
<p><b>Instrucción verbal, diálogo y discusión</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>El coordinador comentará que además de iniciar una conversación es importante que nuestra plática se mantenga durante un tiempo.</li> <li>Hará las siguientes preguntas a los participantes:           <ul style="list-style-type: none"> <li>¿Quién ha tenido una conversación interesante el día de hoy?, ¿con quién?, ¿de qué hablaron?</li> <li>¿Quién ha visto a alguien conversando durante la comida?</li> </ul> </li> <li>El coordinador mostrará y explicará la lámina de “Mantener conversaciones”.</li> </ul> <div data-bbox="508 558 1308 699" style="border: 1px solid black; padding: 10px; text-align: center;"> <p><b>MANTENER CONVERSACIONES</b></p> <p>Es hablar durante un tiempo con otras personas y hacerlo de tal manera que resulte agradable para ambas personas.</p> </div> <ul style="list-style-type: none"> <li>El coordinador comentará por qué es importante el conversar con otras personas. Resaltará la importancia de que durante la conversación participar de forma adecuada, pues de lo contrario las personas prefieren no hablar con él. ¿A quién le gusta ser interrumpido?, ¿qué pasa si le decimos algo a alguien y el otro no nos hace caso?, ¿cómo te sientes cuando eso pasa?</li> </ul>	5 minutos	Cartel con definición de “Mantener conversaciones”.
<p><b>Componentes y pasos conductuales</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>El coordinador mostrará y explicará las láminas de los componentes y pasos conductuales para mantener conversaciones.</li> </ul> <div data-bbox="247 850 793 1076" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p><b>PASOS PARA MANTENER CONVERSACIONES</b></p> <p>1. Decidir y elegir:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Con qué persona hablar.</li> <li>El lugar y el momento apropiado: un lugar tranquilo y cuando hay tiempo.</li> <li>El tema de la conversación. Cuidar no salirse del tema.</li> </ol> </div> <div data-bbox="915 850 1514 1076" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>2. Recibir y comprender lo que dice la otra persona:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Escucharlo: prestarle atención, mirarla, mover la cabeza, decir frases como “sí, ya, ¡oh!, ¿a poco?”.</li> <li>Observar su lenguaje corporal.</li> <li>Hacer preguntas acerca de lo que el otro está diciendo.</li> </ol> </div> <div data-bbox="247 1092 793 1395" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>3. Responder a lo que te dice la otra persona y expresar lo que tú piensas y sientes.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Responder a las preguntas que te haga la persona.</li> <li>Expresar tus ideas y opiniones.</li> <li>Dar información adicional de ti.</li> <li>Acompañar lo que dices con un lenguaje corporal adecuado (tono de voz, expresión facial, movimientos y gestos acordes).</li> </ol> </div> <div data-bbox="915 1092 1514 1395" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>4. Mantener la conversación.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Respetar turnos: una vez hablas y otros escuchas, unas veces preguntas y otras respondes, tomas la palabra y luego la cedas, unas veces das información sobre ti y otras preguntas a la otra persona.</li> <li>Hacer lo posible para que tú y la otra persona se sientan a gusto. Expresarlo así a la otra persona, sonríe, di una frase agradable para mantener un tono amistoso y cordial.</li> <li>Cambia de tema cuando sea oportuno.</li> <li>Termina la conversación.</li> </ol> </div>	15 minutos	Carteles con los pasos para “Mantener conversaciones”.

<p><b>Modelado</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>El coordinador anunciará que va a ejemplificar diferentes habilidades que son importantes para mantener una conversación:       <ol style="list-style-type: none"> <li>Para ejemplificar la “<b>Escucha activa</b>”. El coordinador señala que presten atención para demostrar a la otra persona que están atentos a su plática, que les interesa lo que les dice. Para ello, el coordinador pedirá a una persona que le platique qué hizo en la mañana.</li> </ol> <div data-bbox="510 342 1308 514" style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p><i>“El coordinador se sentará frente a Daniel, lo mirará a la cara, de vez en cuando le hará alguna pregunta, utilizará monosílabos (ah, mmm...) a lo largo de la plática y movimientos afirmativos de la cabeza”.</i></p> </div> <ol style="list-style-type: none"> <li>Para ejemplificar el <b>cambio de tema</b>, solicitará la participación de tres personas. Donde se hará de cuenta que hablan de un tema, por ejemplo el clima, que ya aburrió. Se indicará que pondremos cara de aburrimiento y que presten atención en cómo el coordinador cambia de tema:</li> </ol> <div data-bbox="510 662 1308 834" style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p><i>Una o dos personas hablarán sobre el tema del clima, luego, en algún momento el coordinador tomará la palabra y dirá: “Bueno, cambiando de tema, les quería comentar que para este fin de semana va a venir un grupo de religiosos a dar una plática muy interesante...”</i></p> </div> </li></ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>Al terminar la plática llamará la atención a las acciones verbales y corporales que hizo con el compañero Daniel.       <ol style="list-style-type: none"> <li>Para ejemplificar el <b>cambio de tema</b>, solicitará la participación de tres personas. Donde se hará de cuenta que hablan de un tema, por ejemplo el clima, que ya aburrió. Se indicará que pondremos cara de aburrimiento y que presten atención en cómo el coordinador cambia de tema:</li> </ol> </li> <li>Al terminar, se analizará qué hizo el coordinador para cambiar de tema: se cercioró que ya el tema aburría, esperó el momento oportuno, cuando el otro compañero terminó de hablar.       <ol style="list-style-type: none"> <li>El coordinador comentará acerca que para establecer turnos en la conversación se usan algunas frases para tomar la palabra, como “<i>sí claro, pero...; yo estoy de acuerdo y además...</i>”</li> </ol> </li> </ul>	20 minutos	Tarjetas con ejemplo de modelado.
<p><b>Práctica (Role-Playing/Dramatización)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>El coordinador indicará que se formarán equipos de tres o cuatro personas, que en una caja tiene los temas de los que vamos a platicar durante unos minutos, que en algún momento sacaremos otro tema para cambiar de tema de plática. Los temas considerados serán: los deportes, el grito en el Zócalo, el uso de los celulares, lo que jugábamos de niños, la comida que más nos gusta, los lugares que más nos gustan, la nueva tecnología. Considerando las características del grupo se hará cambio de tema en dos o tres ocasiones.</li> <li>Los participantes comentarán acerca de la experiencia: <i>¿Cómo se sintieron con la actividad?, ¿se logró el que todos los del equipo participaran?, ¿te sentiste atendido por los demás compañeros?</i></li> </ul>	10 minutos	Tarjetas y caja.
<p><b>Feedback</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Durante el ejercicio de práctica el coordinador supervisará las ejecuciones de los participantes. Al final del ejercicio dará la retroalimentación correspondiente: <i>¡Muy bien, Gerardo, hacías movimientos afirmativos con la cabeza!, ¡Iván, Pedro y Joaquín miraban a la persona que tenía la palabra, ¡muy bien!</i></li> </ul>		
<p><b>Tareas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Se invitará a los participantes a conversar con compañeros de la Institución, el personal o familiares propios o de otro compañero.</li> </ul>		

# Mantener conversaciones



Es hablar durante un tiempo con otros y que sea agradable para ambas personas.

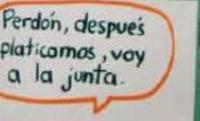
## Pasos para responder

- 

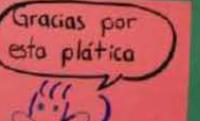
Hola

Responder el saludo
- 

Me pareció muy buena

Responder
- 

Perdón, después platiquemos, voy a la junta.

Disculparse si no se puede conversar
- 

Gracias por esta plática

Agradecer

## Pasos para mantener conversaciones

- Decidir y elegir



a) Con qué persona hablar.



b) Lugar y momento.



c) Tema.

- Recibir y comprender lo que dice la otra persona.

  - Escucharlo


  - Ver su lenguaje corporal


  - Hacer preguntas de lo que dice.



- Responder al otro y expresarse

  - Responder las preguntas.


  - Expresar tus ideas y opiniones


  - Dar información de ti.

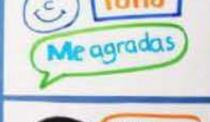

  - Cuidar tono, movimientos, gestos.

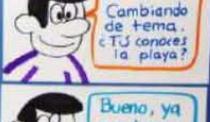


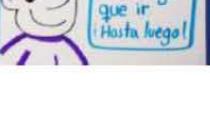
- Mantener la conversación

  - Respetar turnos


  - Que el otro se sienta a gusto


  - Cambiar de tema oportunamente


  - Terminar la conversación



**Tema:** Terminar conversaciones.

**Habilidades para entablar conversaciones**

**Objetivo:** Que la persona termine conversaciones con otras personas.

**Sesión 8**

Actividades	Duración	Materiales
<p><b>Instrucción verbal, diálogo y discusión</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>El coordinador hará un resumen de los diferentes aspectos de la conversación. Posteriormente, mostrará la siguiente lámina.</li></ul> <div data-bbox="508 527 1299 682" style="border: 1px solid black; padding: 10px; text-align: center;"><p><b>TERMINAR UNA CONVERSACIÓN</b></p><p>Significa finalizar la charla con la(s) persona(s) con la(s) que estamos hablando.</p></div> <ul style="list-style-type: none"><li>El coordinador comentará las ventajas de saber terminar una conversación con los demás, de igual forma lo que ocurre si terminamos en forma inadecuada la plática.</li><li>El coordinador preguntará: “Si estás platicando con alguien y de pronto sin darte ninguna explicación se va esa persona, ¿te gustaría volver a charlar con esa persona?”</li><li>El coordinador y los participantes determinarán cuando es conveniente terminar una conversación.<ul style="list-style-type: none"><li>Cuando tenemos prisa, no tenemos tiempo, tenemos que hacer otra cosa.</li><li>Cuando nos estamos aburriendo o el tema ha decaído.</li><li>Cuando queremos hacer otra actividad.</li><li>Cuando no queremos conversar con esa persona.</li></ul></li></ul>	5 minutos	Cartel con definición “Terminar una conversación”.
<p><b>Componentes y pasos conductuales</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>El coordinador mostrará y explicará la lámina de los componentes y pasos conductuales para finalizar la conversación:</li></ul> <div data-bbox="508 1058 1299 1323" style="border: 1px solid black; padding: 10px; text-align: center;"><p><b>PASOS PARA TERMINAR CONVERSACIONES</b></p><ol style="list-style-type: none"><li>Decirle a la otra persona que tiene que terminar la conversación.</li><li>Excusarse y disculparse.</li><li>Decirle a la otra persona que disfrutaste de su plática y su compañía.</li><li>Despedirse.</li></ol></div>	5 minutos	Cartel con los pasos para “Terminar una conversación”.

<p><b>Modelado</b> El coordinador modela las conductas de saludar apoyado con algunos de los participantes y verbalizando los pasos que va siguiendo:</p> <p>a) Para ejemplificar que <b>se tiene que ir:</b></p> <div data-bbox="508 298 1299 524" style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p><i>“Luis, Juan y Andrés están platicando después del desayuno, pero Luis tiene que ir a ordenar los trastes en la cocina. Luis les dice: “Chicos, me gustaría seguir hablando con ustedes, pero tengo que ir a ordenar los platos en la cocina, luego seguimos platicando. Juan y Andrés le dicen, muy bien, después de la comida seguimos platicando”.</i></p> </div> <p>b) Para ejemplificar que <b>no se quiere continuar:</b></p> <div data-bbox="508 625 1299 777" style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p><i>Beto le está platicando a Enrique acerca de su familia, pero Enrique ya tiene ganas de irse a dormir. Enrique le dice: “Beto, lo siento , no puedo seguir hablando contigo porque ya me siento muy cansado, luego nos vemos”</i></p> </div> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El coordinador indicará que hay frases para terminar conversaciones de modo amistoso: <ul style="list-style-type: none"> <li>- “Bueno, lo siento mucho pero...”</li> <li>- “Me gustaría un montón continuar charlando, pero...”</li> <li>- “Bueno chicos, ¿qué tal si dejamos esto ahora y continuamos mañana?”</li> </ul> </li> <li>• Otros ejemplos para el Modelado: <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Tienes que terminar una plática porque ya es hora de Asistir a la sesión de Alcohólicos Anónimos.</i></li> <li>- <i>Alberto ya te está aburriendo con su plática. Quieres terminar la plática y proponer hacer un juego.</i></li> <li>- <i>Lupe tiene que terminar la conversación porque ya casi es la hora en que inicia la misa.</i></li> </ul> </li> </ul>	20 minutos	Tarjetas con ejemplo de modelado.
<p><b>Práctica (Role-Playing/Dramatización)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Practicarán por parejas con los mismos casos que se modelaron. La primer persona tiene que terminar la plática, después intercambiarán papeles.</li> <li>• El coordinador invitará a los participantes a comentar acerca del ejercicio.</li> </ul>	20 minutos	
<p><b>Feedback</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El coordinador durante los diferentes ejercicios proporcionará información acerca de cómo han sido sus participaciones: <i>“Victor, has expresado bien a Sebastián que sentía terminar la conversación”, “Ramón, trata de decírselo con un tono más suave”, “Ignacio, recuerda disculparte con tu compañero”.</i></li> </ul>		
<p><b>Tareas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se invitará a los participantes a iniciar, mantener y terminar conversaciones con tres diferentes personas.</li> </ul>		

# Terminar una conversación



## Terminar una conversación



Significa finalizar la charla con la(s) persona(s) con la(s) que estamos hablando.

## Pasos para terminar conversaciones

**1** Decirle a la otra persona que tiene que terminar la conversación.



**2** Excusarse y disculparse.



**3** Decirle a la otra persona que disfrutaste de su plática y compañía.



**4** Despedirse



**Tema:** Unirse a la conversación de otros.

**Habilidades para entablar conversaciones**

**Objetivo:** Que la persona, cuando habla con otros, termine conversaciones de forma adecuada y cordial.

**Sesión 9**

Actividades	Duración	Materiales
<p><b>Instrucción verbal, diálogo y discusión</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hará las siguientes preguntas a los participantes: <ul style="list-style-type: none"> <li>¿Qué entiendes por unirse a la conversación de otros?</li> <li>¿Puedes poner un ejemplo de cuando te uniste a la conversación de otros?, ¿qué pasó?, ¿qué hiciste y dijiste?, ¿qué hicieron y dijeron los otros?</li> <li>¿Cómo te sientes cuando te dejan participar en la conversación con otros?, ¿y cuando no te dejan?</li> </ul> </li> <li>• El coordinador mostrará y explicará el cartel de “Unirse a la conversación de otros”.</li> </ul> <div data-bbox="508 602 1302 758" style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin: 10px auto; width: fit-content;"> <p style="text-align: center;"><b>UNIRSE A LA CONVERSACIÓN DE OTROS</b></p> <p style="text-align: center;">Significa entrar en una conversación que mantienen otras personas. Supone tomar parte en una charla ya iniciada por otras personas.</p> </div> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El coordinador comentará la importancia del unirse a la conversación de otros. <ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Para qué sirve unirse a las conversaciones de otros?</li> <li>- ¿Qué pasa si dos personas están charlando y tú te metes en su conversación de modo incorrecto?, ¿cómo se sentirían ellos?, ¿te lo dirían?</li> </ul> </li> <li>• A través de preguntas, el coordinador llevará al grupo a identificar en qué situaciones es conveniente unirse a la conversación de otros: <ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Cuándo se puede uno meter en la charla de otra persona?</li> <li>- Si unas personas hablan en “voz bajita”, ¿será conveniente meterse en su plática?, ¿por qué?</li> <li>- Dos médicos están muy interesados platicando acerca de virus, ¿es conveniente o inconveniente meterse en su plática?, ¿por qué?</li> </ul> </li> </ul>	5 minutos	Cartel de definición “Unirse a la conversación de otros”.
<p><b>Componentes y pasos conductuales</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El coordinador mostrará y explicará la lámina de los componentes y pasos conductuales de “Unirse a la conversación de otros”.</li> </ul> <div data-bbox="508 1065 1302 1411" style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin: 10px auto; width: fit-content;"> <p style="text-align: center;"><b>PASOS PARA UNIRSE A LA CONVERSACIÓN DE OTROS</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Acercarse a las personas que platican.</li> <li>2. Escuchar de qué hablan y cómo lo hacen.</li> <li>3. Decidir si es adecuado entrar en su conversación.</li> <li>4. Esperar un momento apropiado, por ejemplo una breve pausa. Evitar interrumpir.</li> <li>5. Decir una frase para iniciar la conversación: <i>Están hablando de..., pues me gustaría decirles que...</i> A veces es importante pedir permiso para unirse a la plática: “¿puedo platicar con ustedes?”</li> <li>6. Participo en la conversación.</li> <li>7. De vez en cuando elogio o digo cosas agradables a los demás: “¡Qué interesante plática!”</li> </ol> </div>	5 minutos	Cartel con los pasos para “Unirse a la conversación de otros”.

<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin: 10px auto; width: fit-content;"> <p style="text-align: center;"><b>SI OTRA PERSONA QUIERE UNIRSE A TU CONVERSACIÓN</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Aceptarlo si desea que la persona se una a la plática.</li> <li>2. Si no quieres que se una, decírselo de modo cordial: <i>“Lo siento estamos hablando de un tema personal”</i>.</li> </ol> </div>		
<p><b>Modelado</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>El coordinador modela las conductas de saludar apoyado con algunos de los participantes y verbalizando los pasos que va siguiendo:</li> </ul> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin: 10px auto; width: fit-content;"> <p><i>“Christopher y Alfonso están platicando en el jardín, yo paso cerca, me paro, escucho que hablan acerca de una película que pasaron en la tele. Me acerco, escucho atentamente y en un momento en que paran un poco de hablar, hacen una pausa, intervengo en la conversación y les digo ¡yo también vi esa película, estuvo genial, ¿verdad?, ellos me contestan que sí y continuamos platicando, en algún momento de la plática les digo “¡cuánto me alegro que me dejaran entrar en su plática”</i>”.</p> </div> <ul style="list-style-type: none"> <li>Otros ejemplos para el Modelado: <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Un grupo de personas está platicando en el dormitorio. Hablan de las cosas que hicieron en el día. Quieres entrar a la conversación.</i></li> <li>- <i>Ernesto, que es muy platicado, quiere unirse a nuestra conversación. No lo vas a dejar platicar con ustedes.</i></li> </ul> </li> </ul>	5 minutos	Tarjetas con ejemplo de modelado.
<p><b>Práctica (Role-Playing/Dramatización)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Se formarán 6 equipos y seis personas.</li> <li>Una persona de cada equipo sacará una tarjeta de una caja que dirá el tema del que van a platicar en su equipo.</li> <li>Trascurrido un minuto las seis personas que se unirán al equipo que quieran para platicar.</li> <li>El coordinador invitará a platicar acerca de la experiencia.</li> </ul>	20 minutos	Caja con tarjetas de temas: una fiesta, la playa, unas vacaciones, las lluvias, cosas chistosas que hayan pasado, lugares que les gustaría conocer, a qué jugaban de niños, los coches.
<p><b>Feedback</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Durante los ejercicios prácticos, el coordinador retroalimentará las conductas de diferentes participantes: <i>“¡Qué bien!, esperaste la pausa para entrar a la conversación”</i>, <i>“Trata de hablar en tono más cordial a tu compañero, ¿quieres repetirlo?”</i>.</li> </ul>		
<p><b>Tareas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Se invitará a los participantes a unirse a tras pláticas con los compañeros o el personal de la institución.</li> </ul>		

# Unirse a la conversación



de otros

Unirse a la conversación de otros

Significa entrar en una conversación que mantienen otras personas.



Pasos para unirse a la conversación de otros

1 Acercarse a las personas que platican.



2 Escuchar de qué hablan y cómo lo hacen.



3 Decidir si es adecuado entrar en la conversación.



4 Esperar un momento adecuado. Evitar interrumpir.



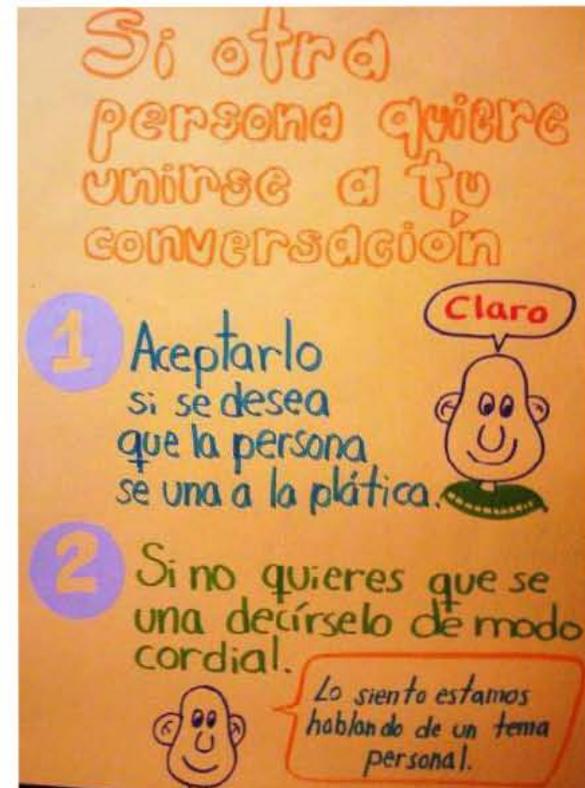
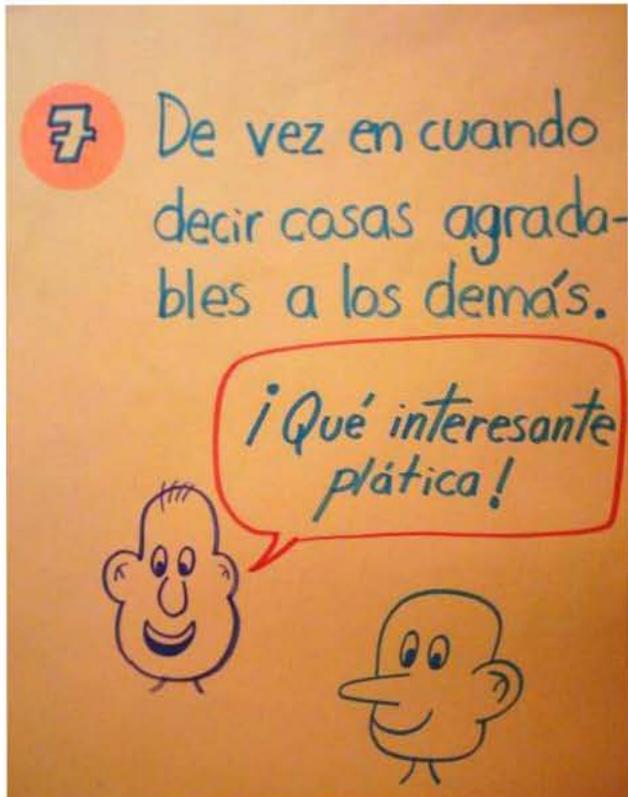
5 Decir una frase para iniciar la conversación.

Están hablando de ...,  
pues me gustaría decirles que...

A veces es importante pedir permiso para unirse a la plática.

¿Puedo platicar con ustedes?

6 Participo en la conversación.



**Tema:** Defender sus opiniones.

**Habilidades para entablar conversaciones**

**Objetivo:** Que la persona defienda sus opiniones ante otras personas en las situaciones en que es adecuado hacerlo.

**Sesión 10**

Actividades	Duración	Materiales
<p><b>Instrucción verbal, diálogo y discusión</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• El coordinador comentará la lámina de “Defender opiniones”.</li></ul> <div data-bbox="514 581 1318 760" style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin: 10px auto; width: fit-content;"><p style="text-align: center;"><b>DEFENDER OPINIONES</b></p><p style="text-align: center;">Significa comunicar a otras personas que no están respetando nuestros derechos, que está haciendo algo que nos molesta o que nos están tratando injustamente.</p></div> <ul style="list-style-type: none"><li>• Comentaré que entre las cosas relacionadas con la defensa de los propios derechos están:<ul style="list-style-type: none"><li>- Dar una negativa, decir que no; rechazar peticiones que nos hacen otras personas. Por ejemplo: alguien quiere que le prestes dinero.</li><li>- Quejas: hacer y responder quejas y reclamaciones. Por ejemplo: en la tienda te dieron mal el cambio.</li><li>- Hacer peticiones o ruegos. Manifestar los propios derechos. Por ejemplo: una asociación regaló bolsitas de dulces y quieres llevarle una bolsita a tu amigo que está enfermo.</li><li>- Pedir cambios de conducta. Por ejemplo: alguien te llama con un apodo o alguien te habla en tono mandón.</li></ul></li><li>• Hará las siguientes preguntas a los participantes:<ul style="list-style-type: none"><li>- ¿Quién pone un ejemplo de una situación en la que ha tenido que defender sus derechos?, ¿qué hiciste?, ¿qué dijiste?</li><li>- ¿Quién pone un ejemplo de una situación en la que tenía que defender sus derechos y no lo hizo?, ¿por qué?, ¿qué pasó?, ¿cómo te sentiste?, ¿qué tendrías que haber dicho?, ¿por qué no lo hiciste?</li><li>- ¿Quién se ha negado a la petición de un compañero?, ¿qué le dijiste?, ¿qué te dijo él?, ¿cómo te sentiste?, ¿cómo crees que se sintió la otra persona?</li></ul></li><li>• El coordinador recalcará la importancia de defender los derechos de un modo correcto, de forma asertiva, de forma no punitiva ni autoritaria ni grosera y respetando el derecho de los demás. Hará las siguientes preguntas para que los participantes reflexionen al respecto:<ul style="list-style-type: none"><li>- ¿Qué pasaría si tú no sabes negarte a las peticiones que te hacen los demás y tienes que estar haciendo un trabajo muy costoso que te ha pedido un compañero que le hagas?, ¿cómo te sentirías?</li><li>- ¿Qué pasaría si un compañero te está molestando y no le dices nada?, ¿qué hará él?, ¿qué puede pasar si le dices que te molesta?, ¿cómo te sentirías?, ¿y él?</li></ul></li></ul>	10 minutos	Cartel de definición “Defender opiniones”.

### Componentes y pasos conductuales

- El coordinador mostrará y explicará la lámina de los componentes y pasos conductuales para “Defender los propios derechos”.

#### **PASOS PARA DEFENDER OPINIONES**

1. Conocer/ser consciente de tus derechos.
2. Darse cuenta de que en esa situación no se están respetando tus derechos. Notar que se está insatisfecho y a disgusto.
3. Comunicar a las otras personas que quieres que se respeten tus derechos:
  - a) Buscar el momento y lugar apropiados (quizá en el mismo momento, cuando haya poca gente, en privado...).
  - b) Utilizar expresión verbal correcta: sin rodeos, mensajes “yo”, breve y claro, sin “enrollarse”.
  - c) Utilizar expresión verbal y lenguaje corporal asertivo (tono de voz firme y tranquila, contacto ocular, distancia cercana al interlocutor). Se trata de decirlo de forma amable, respetuosa y positiva, sin ser autoritario ni punitivo.
4. Pedir cambio de conducta; hacer sugerencias o peticiones para que la otra persona actúe de forma que respete tus derechos.
5. Agradecer a la otra persona el haber escuchado.

#### **PASOS PARA RECIBIR Y RESPONDER A LA DEFENSA DE LOS DERECHOS QUE HACEN LOS DEMÁS**

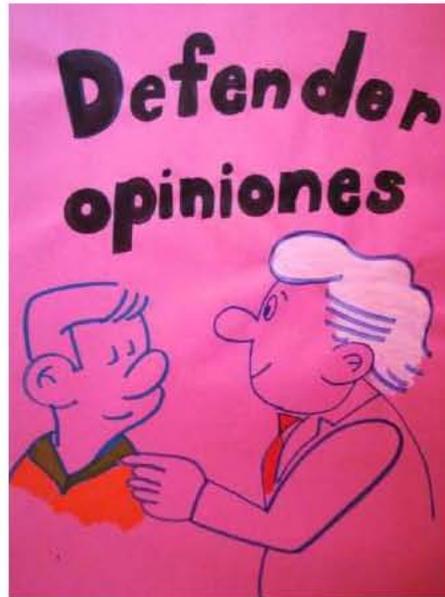
1. Escuchar con atención e interés lo que dice la otra persona.
2. Ponerse en el lugar de la otra persona y comprender lo que dice y su punto de vista.
3. Controlar el enfado y/o la sensación desagradable que nos produce escuchar la reivindicación de la otra persona.
4. Actuar en consecuencia.
  - a) Ceder si es necesario y hacerlo de buen grado.
  - b) Negarse si no es oportuno lo que pide la otra persona.

10 minutos

Cartel con los pasos para “Defender opiniones”.

Cartel con los pasos “Recibir y responder a la defensa de los derechos que hacen los demás”.

<p><b>Modelado</b></p> <p>El coordinador modela las conductas de saludar apoyado con algunos de los participantes y verbalizando los pasos que va siguiendo:</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p><i>“Voy a la tienda a comprar un cigarro, pago y me da el cambio pero me ha dado menos, le digo al encargado de la tienda: “perdone, se ha equivocado, faltan dos pesos”, el encargado se da cuenta y me ha pedido disculpas. Yo me regreso a mi dormitorio muy contento porque lo he dicho muy bien, en tono cordial pero firme”.</i></p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p><i>“Estamos en la clase de dibujo, Paco está terminando su trabajo; yo estoy dibujando y tarareando una canción. Paco me dice, “¿podrías callarte un poco?, no me puedo concentrar con tus cánticos”. Yo no me había dado cuenta que estaba molestando y le digo: “disculpa Paco, no me había dado cuenta; no lo volveré a hacer hasta que hayas terminado”.</i></p> </div> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El coordinador modelará expresiones verbales habituales y modismos para que los participantes aprendan a utilizarlas en distintas situaciones. <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>“Lo siento, pero ahora no puedo ir”.</i></li> <li>- <i>“Lo siento, tiene que ser más tarde”.</i></li> <li>- <i>“Perdona pero ahora me es imposible”.</i></li> <li>- <i>“Te importaría dejar de...; me estás molestando. Gracias”.</i></li> </ul> </li> <li>• Otros ejemplos para el Modelado: <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Durante la comida un compañero está dando de codazos en la mesa, a ti te molesta eso.</i></li> <li>- <i>Alguien está cantando una canción. A ti te molesta.</i></li> <li>- <i>Te invitan a una fiesta pero tú estás muy cansado.</i></li> <li>- <i>Tienes cigarros y te piden.</i></li> <li>- <i>Te piden prestado un libro que estás leyendo.</i></li> </ul> </li> </ul>	5 minutos	Tarjetas con ejemplo de modelado.
<p><b>Práctica (Role-Playing/Dramatización)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Trabajarán por parejas. Primero, una de las personas será quien reivindicará su derecho, después intercambiarán los papeles. Se usarán los ejemplos anteriores de modelado.</li> </ul>	20 minutos	
<p><b>Feedback</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El coordinador dará información acerca del desempeño de los participantes cuando éstos estén ensayando las situaciones: <i>“Jesús da gusto contigo, has reaccionado muy bien cuando Ernesto se ha negado a lo que pedías”.</i></li> <li>• Pedro, has expresado muy bien tu queja; has explicado muy bien lo que pasaba y has sido amable y cordial al decirlo.</li> <li>• ¿Cómo te has sentido cuando tu compañero te dijo que no?, ¿por qué te has sentido enojado?, Martín podrías decirlo nuevamente de forma que tu compañero no se siente enfadado.</li> </ul>		
<p><b>Tareas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se invitará a los participantes a: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Responder de modo cordial y positivo cuando le pidan algo que tú no quieres hacer.</li> <li>b) Aprovechar las situaciones adecuadas para hacer dos quejas y dar dos negativas de modo correcto.</li> </ol> </li> </ul>		

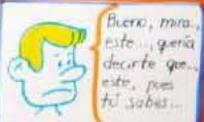


## Defender opiniones

Significa comunicar a otras personas que no están respetando nuestros **derechos**, que están haciendo algo que nos **molesta** o que nos están tratando **injustamente**.

### Pasos para defender opiniones

- 1 Conocer tus derechos 
- 2 Notar que se está insatisfecho y a disgusto 

- 3 Comunicar a las otras personas que quieres que se respeten tus derechos.
  - a) Buscar el momento y lugar adecuado. 
  - b) Usar expresión correcta. 
  - c) Usar lenguaje asertivo. 

- 4 Pedir cambio de conducta, hacer sugerencias o peticiones. 
- 5 Agradecer a la persona el haber escuchado. 

### Pasos para recibir y responder a la defensa de los derechos que hacen los demás

- 1 Escuchar 
- 2 Ponerse en el lugar del otro. 
- 3 Controlar el enfado 

**Tema:** Identificar problemas personales.

**Habilidades para afrontar problemas  
interpersonales**

**Objetivo:** Que la persona identifique los problemas interpersonales que tiene cuando se relaciona con otras personas.

**Sesión 11**

Actividades	Duración	Materiales
<p><b>Instrucción verbal, diálogo y discusión</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>El coordinador hará las siguientes preguntas a los participantes:               <ul style="list-style-type: none"> <li>¿Quién me pone un ejemplo de un problema que haya tenido con otro compañero?</li> <li>¿Qué fue lo que pasó?, ¿cuál fue el motivo?, ¿por qué crees que lo ha hecho la otra persona?, ¿cómo te sentiste?, ¿cómo crees que se sintió el otro compañero?, ¿por qué?</li> </ul> </li> <li>El coordinador indicará que hay diferentes tipos de conflicto: problemas de rechazo, agresión física, acusación, apropiación de pertenencias, etc.</li> <li>El coordinador guiará para que los participantes diferencie entre :               <ul style="list-style-type: none"> <li>Inicio del conflicto por él mismo.</li> <li>Inicio del conflicto por otras personas y respuestas que da cuando otro le agrade, provoca o rechaza.</li> </ul> </li> <li>El coordinador comentará que es importante identificar los problemas interpersonales para así buscar una solución.</li> </ul>	5 minutos	Ninguno.
<p><b>Componentes y pasos conductuales</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>El coordinador comentará que para resolver los problemas es necesario seguir los siguientes pasos. Que se irán revisando cada uno de ellos en cada sesión.</li> </ul> <div data-bbox="512 898 1310 1159" style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin: 10px auto; width: fit-content;"> <p style="text-align: center;"><b>PASOS PARA RESOLVER PROBLEMAS</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identificar el problema</li> <li>2. Buscar soluciones</li> <li>3. Evaluar soluciones</li> <li>4. Elegir una solución</li> <li>5. Probar la solución</li> </ol> </div> <ul style="list-style-type: none"> <li>El coordinador mostrará y explicará el cartel de “Identificar problemas interpersonales”.</li> </ul> <div data-bbox="512 1208 1310 1386" style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin: 10px auto; width: fit-content;"> <p style="text-align: center;"><b>IDENTIFICAR PROBLEMAS INTERPERSONALES</b></p> <p style="text-align: center;">Significa reconocer que existe una situación conflictiva con otras personas y supone además, delimitar y especificar exactamente cuál es el problema.</p> </div> <ul style="list-style-type: none"> <li>El coordinador mostrará y explicará la lámina con las preguntas para Identificar, problemas personales.</li> </ul>	10 minutos	<p>Cartel con los pasos para “Resolver problemas”.</p> <p>Cartel con los pasos para “Identificar problemas interpersonales”.</p>

<p style="text-align: center;"><b>PREGUNTAS PARA IDENTIFICAR PROBLEMAS PERSONALES</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ¿Cuál es el problema?, ¿qué es lo que ocurre?</li> <li>2. ¿Qué hiciste?</li> <li>3. ¿Qué hizo/dijo la otra persona?, ¿por qué crees que tú que lo hizo/dijo eso?</li> <li>4. ¿Cuál fue el motivo?</li> <li>5. ¿Cómo te sientes?, ¿por qué?</li> <li>6. ¿Qué crees que pensó la otra persona?</li> <li>7. ¿Qué quieres lograr tú?</li> <li>8. ¿Qué quieres que haga la otra persona?</li> </ol>		<p>Cartel con las preguntas para “Identificar problemas interpersonales”.</p>								
<p><b>Modelado</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>El coordinador modela las conductas de saludar apoyado con algunos de los participantes y verbalizando los pasos que va siguiendo:</li> </ul> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin: 10px 0;"> <p><i>“Ernesto y yo nos peleamos ayer”.</i></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 5px;"><i>¿Cuál es el problema?</i></td> <td style="padding: 5px;"><i>Ernesto y yo nos peleamos ayer.</i></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"><i>¿Qué pasó?</i></td> <td style="padding: 5px;"><i>Estábamos jugando y Ernesto me hizo trampa.</i></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"><i>¿Qué hice?</i></td> <td style="padding: 5px;"><i>Le dije: “eres un tramposo porque...”</i></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"><i>¿Cómo me sentí?</i></td> <td style="padding: 5px;"><i>Muy enojado.</i></td> </tr> </table> </div> <ul style="list-style-type: none"> <li>Otros ejemplos para el Modelado: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dos compañeros no quieren que juegues en el jardín.</li> <li>- Pepe te acusa con una psicóloga de algo que has hecho.</li> </ul> </li> </ul>	<i>¿Cuál es el problema?</i>	<i>Ernesto y yo nos peleamos ayer.</i>	<i>¿Qué pasó?</i>	<i>Estábamos jugando y Ernesto me hizo trampa.</i>	<i>¿Qué hice?</i>	<i>Le dije: “eres un tramposo porque...”</i>	<i>¿Cómo me sentí?</i>	<i>Muy enojado.</i>	<p>20 minutos</p>	<p>Cartel con las preguntas de ejemplo. Tarjetas con ejemplo de modelado.</p>
<i>¿Cuál es el problema?</i>	<i>Ernesto y yo nos peleamos ayer.</i>									
<i>¿Qué pasó?</i>	<i>Estábamos jugando y Ernesto me hizo trampa.</i>									
<i>¿Qué hice?</i>	<i>Le dije: “eres un tramposo porque...”</i>									
<i>¿Cómo me sentí?</i>	<i>Muy enojado.</i>									
<p><b>Práctica (Role-Playing/Dramatización)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Se forman equipos de cuatro personas. En cada equipo analice un ejemplo de algún integrante respecto a algún problema que haya tenido.</li> </ul>	<p>20 minutos</p>									
<p><b>Feedback</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>En esta sesión el coordinador motivará a que la persona que presenta una situación problemática logre dar respuesta a las diferentes preguntas.</li> </ul>										
<p><b>Tareas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Se invitará a que analice un problema interpersonal que tenga o haya tenido.</li> </ul>										

# Resolven problemas interpersonales



- ## Pasos para resolver problemas
1. Identificar el problema
  2. Buscar soluciones
  3. Evaluar soluciones
  4. Elegir una solución
  5. Probar la solución

## Identificar problemas interpersonales

Significa reconocer que existe una situación conflictiva con otras personas y supone delimitar y especificar cuál es el problema.

### Preguntas para identificar problemas interpersonales

**1** ¿Cuál es el problema?

Ernesto y yo nos peleamos ayer



**2** ¿Qué pasó?

Estábamos jugando y Ernesto me hizo trampa.



**3** ¿Qué hice?

Le dije: "eres un tramposo porque ..."



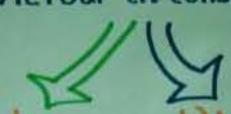
**4** ¿Cómo me sentí?

Muy enojado



**4** Actuar en consecuencia.

a) Ceder      b) Negarse



Tienes razón, lo haré ahora mismo.



Lo siento, no puedo hacer lo que me pides.



¿Cuál es el problema?	Dormir con una persona que se orina mucho. No hay comunicación c/ el médico.
¿Qué pasó?	Pidió ser cambiada y no la han cambiado. No le dieron pan de dulce
¿Qué hice?	Platicar con las muchachas. Nada.
¿Cómo me sentí?	Desahogada. Muy mal.

¿Cuál es el problema?	Agostin se salta por las noches. Una persona los provocó.
¿Qué pasó?	Provocó a agredirse.
¿Que hice?	Se pelearan.
¿Cómo me sentí?	Mal.

**Tema:** Buscar soluciones.

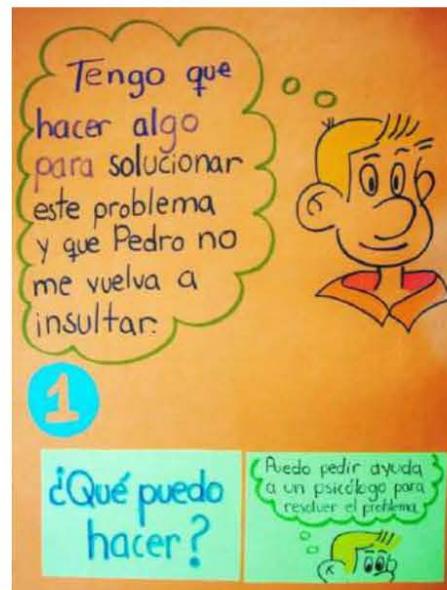
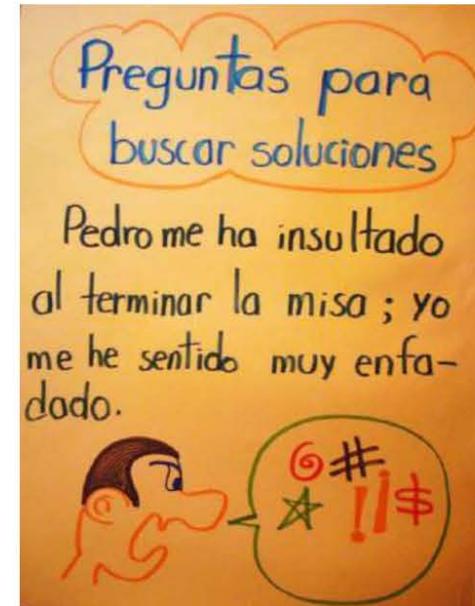
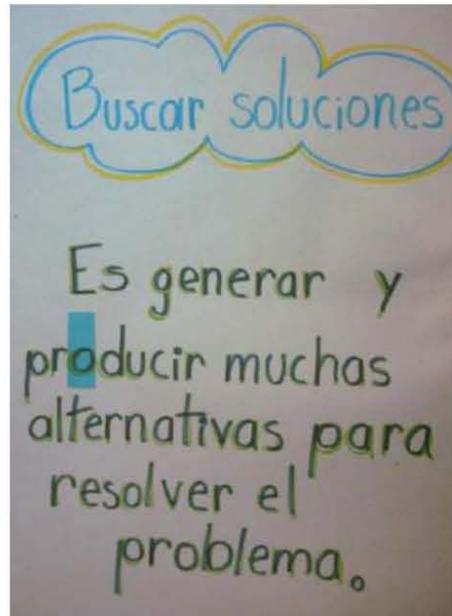
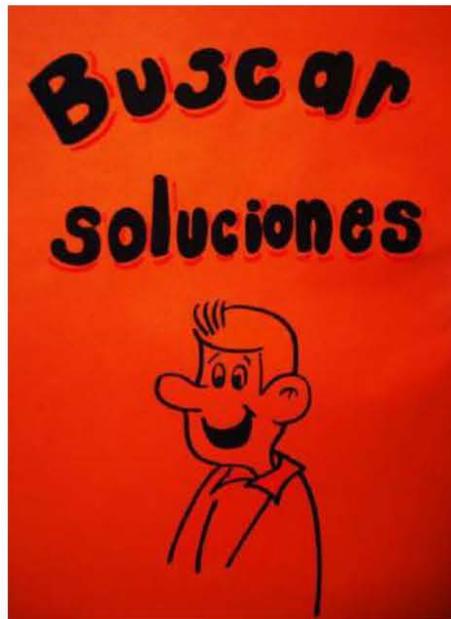
**Habilidades para afrontar problemas  
interpersonales**

**Objetivo:** Que la persona genere diversas alternativas de solución a diversos conflictos interpersonales que tiene con otras personas.

**Sesión 12**

Actividades	Duración	Materiales
<p><b>Instrucción verbal, diálogo y discusión</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• El coordinador anunciará que en la sesión se revisará el segundo paso para solucionar problemas: buscar soluciones.</li><li>• Mostrará y explicará la siguiente lámina:</li></ul> <div data-bbox="506 553 1297 760" style="border: 1px solid black; padding: 10px; text-align: center;"><p><b>BUSCAR SOLUCIONES</b></p><p>Buscar soluciones cuando se tiene un conflicto con otra persona consiste en generar y producir muchas alternativas de solución de problema interpersonal que se tiene planteado.</p></div> <ul style="list-style-type: none"><li>• El coordinador presentará el siguiente caso: Bruno y Antonio trabajan en la cocina. Hoy le toca a Antonio tirar la basura y no quiere hacerlo. ¿Cuál es el problema? ¿Cómo se siente Bruno? ¿Qué podemos hacer para solucionar este problema?</li><li>• El coordinador y los participantes darán alternativas de solución para el problema presentado.</li><li>• El coordinador resalta la idea de que lo más importante de este paso es buscar posibles soluciones, no descartarlas ni evaluarlas en este momento.</li></ul>	5 minutos	Cartel de definición “Buscar soluciones”.
<p><b>Componentes y pasos conductuales</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• El coordinador mostrará y explicará la lámina de preguntas para “Buscar soluciones”.</li></ul> <div data-bbox="506 1081 1297 1344" style="border: 1px solid black; padding: 10px;"><p style="text-align: center;"><b>PREGUNTAS PARA BUSCAR SOLUCIONES</b></p><ol style="list-style-type: none"><li>1. ¿Cómo se puede resolver el problema?</li><li>2. ¿Qué se puede hacer y/o decir para solucionar el problema?</li><li>3. ¿Qué harías tú para solucionar el problema?, ¿qué más?</li><li>4. ¿Qué otra cosa se podría hacer?</li><li>5. ¿Qué otra cosa se te ocurre hacer?</li></ol></div>	10 minutos	Cartel con las preguntas para “Buscar soluciones”.

<p><b>Modelado</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>El coordinador modela las conductas la búsqueda de soluciones ante un problema apoyado con algunos de los participantes y verbalizando los pasos que va siguiendo:</li> </ul> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin: 10px 0;"> <p><i>“Pablo me ha insultado cuando salíamos de la misa; yo me he sentido muy enfadado porque además parecía que se estaba riendo de mí. Tengo que hacer algo para solucionar este problema y que Pablo no me vuelva a insultar”.</i></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 2px;"><i>¿Qué puedo hacer?</i></td> <td style="padding: 2px;"><i>Puedo pedir ayuda a un psicólogo para resolver el problema.</i></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><i>¿Qué más puedo hacer?</i></td> <td style="padding: 2px;"><i>Puedo insultarle yo también.</i></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><i>¿Qué otra cosa puedo hacer?</i></td> <td style="padding: 2px;"><i>Puedo ignorarlo.</i></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><i>¿Puedo hacer otra cosa más?</i></td> <td style="padding: 2px;"><i>Sí, puedo decirle que quiero hablar con él y ...</i></td> </tr> </table> </div> <ul style="list-style-type: none"> <li>Otro ejemplo para el Modelado: <ul style="list-style-type: none"> <li><i>En el partido, Oscar te ha puesto la zancadilla y te has lesionado en la rodilla. Quieres que no vuelva a ocurrir.</i></li> </ul> </li> </ul>	<i>¿Qué puedo hacer?</i>	<i>Puedo pedir ayuda a un psicólogo para resolver el problema.</i>	<i>¿Qué más puedo hacer?</i>	<i>Puedo insultarle yo también.</i>	<i>¿Qué otra cosa puedo hacer?</i>	<i>Puedo ignorarlo.</i>	<i>¿Puedo hacer otra cosa más?</i>	<i>Sí, puedo decirle que quiero hablar con él y ...</i>	10 minutos	<p>Cartel con ejemplo de preguntas contestadas.</p> <p>Tarjetas con ejemplo de modelado.</p>
<i>¿Qué puedo hacer?</i>	<i>Puedo pedir ayuda a un psicólogo para resolver el problema.</i>									
<i>¿Qué más puedo hacer?</i>	<i>Puedo insultarle yo también.</i>									
<i>¿Qué otra cosa puedo hacer?</i>	<i>Puedo ignorarlo.</i>									
<i>¿Puedo hacer otra cosa más?</i>	<i>Sí, puedo decirle que quiero hablar con él y ...</i>									
<p><b>Práctica (Role-Playing/Dramatización)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Se formarán los mismos equipos de la sesión pasada y se continuará con el caso que habían analizado. La actividad del equipo será el tener una serie de posibles soluciones para el problema.</li> </ul>	20 minutos									
<p><b>Feedback</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>El coordinador dará retroalimentación ante las propuestas dadas por los participantes: <i>“Muy bien Marcelo, esa es una solución, ¿quién nos puede dar otra?”</i></li> </ul>										
<p><b>Tareas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>El coordinador indicará a los participantes que si tienen alguna situación problemática, antes de actuar, identifiquen el problema y busquen muchas alternativas de solución.</li> </ul>										



## Caso de Q [redacted]<sub>+</sub>

- Llamar un vigilante.
- Avisar a enfermera.
- Sacarlo del Sanatorio
- Retirarse del lugar.

## Caso de R [redacted]

Decirlo en  
Asamblea.

Decirle a  
Psicólogo.

Decirle a  
Directora.

Cambiar de  
cuarto.

Cambiar de  
paciente.

**Tema:** Evaluar posibles soluciones.

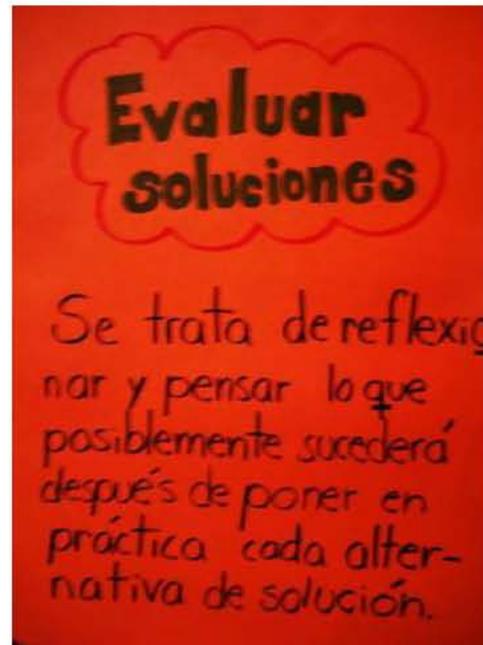
**Habilidades para afrontar problemas  
interpersonales**

**Objetivo:** Que la persona, en situaciones de conflicto interpersonal, tenga en cuenta las posibles consecuencias de sus actos y de los actos de los demás.

**Sesión 13**

Actividades	Duración	Materiales
<p><b>Instrucción verbal, diálogo y discusión</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• El coordinador anunciará que en la sesión se revisará el tercer paso para resolver problemas: Evaluar las soluciones.</li><li>• Mostrará y explicará el siguiente cartel.</li></ul> <div data-bbox="508 581 1297 760" style="border: 1px solid black; padding: 10px; text-align: center;"><p><b>EVALUAR LAS SOLUCIONES</b></p><p>Se trata de reflexionar y pensar lo que posiblemente sucederá después de poner en práctica cada alternativa de solución.</p></div> <ul style="list-style-type: none"><li>• Comentaré que al aplicar la solución hay que analizar las consecuencias que traerán, las cuales pueden ser positivas o negativas.</li><li>• Haré las siguientes preguntas a los participantes: “Te has enojado y de rabia has roto la hoja de trabajo de tu compañero. Le pides perdón cuando te das cuenta que has sido desagradable con él ¿Qué puede ocurrir después de que le pides perdón? Y si en vez de pedir perdón te ríes, ¿qué crees tú que hará tu compañero?”</li></ul>	10 minutos	Cartel de definición “Evaluar las soluciones”.
<p><b>Componentes y pasos conductuales</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• El coordinador mostrará y explicará la lámina de los componentes y pasos conductuales de los favores.</li></ul> <div data-bbox="508 1052 1297 1344" style="border: 1px solid black; padding: 10px;"><p style="text-align: center;"><b>PREGUNTAS PARA EVALUAR SOLUCIONES</b></p><ol style="list-style-type: none"><li>1. Si yo hago..., ¿qué puede ocurrir después?</li><li>2. Si la otra persona hace..., ¿qué puede ocurrir después?</li><li>3. ¿Qué crees tú que puede suceder después?, ¿qué harás/dirás?, ¿qué harán/dirán las otras personas?</li><li>4. ¿Qué puede ocurrir después si tú...?</li><li>5. ¿Qué podría ocurrir después si la otra persona...?</li></ol></div>	5 minutos	Cartel con las preguntas para “Evaluar las soluciones”.

<p><b>Modelado</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>El coordinador modela las conductas de saludar apoyado con algunos de los participantes y verbalizando los pasos que va siguiendo:</li> </ul> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin: 10px 0;"> <p><i>“Elías me ha insultado.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Si le digo a la Directora, ¿qué puede ocurrir después?, la Directora lo regañará y Elías se pondrá más furioso conmigo”.</i></li> <li>- <i>Si le insulto, él puede insultarme más, puede pegarme..., y ¡él es más fuerte que yo!</i></li> <li>- <i>Si lo ignoro, los compañeros me llamarán cobarde y gallina y yo me sentiré mal”.</i></li> </ul> </div> <ul style="list-style-type: none"> <li>Otros ejemplos para el Modelado: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Adrián te acusa de algo que nos has hecho.</li> <li>- Eduardo te reta a pelearse con él.</li> </ul> </li> </ul>	5 minutos	Tarjetas con ejemplo de modelado.
<p><b>Práctica (Role-Playing/Dramatización)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Se forman los equipos y de ser posible continuarán trabajando con el caso de la sesión anterior, de lo contrario elegirán trabajar con un problema personal que tenga algún compañero.</li> </ul>	25 minutos	
<p><b>Feedback</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>El coordinador supervisará las respuestas a las preguntas que den los diferentes participantes. Retroalimentará y dará información cuando sea necesario.</li> </ul>		
<p><b>Tareas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>El coordinador indicará a los participantes que si tienen alguna situación problemática, antes de actuar, identifiquen el problema, busquen y evalúen alternativas de solución.</li> </ul>		



**Tema:** Elegir una solución.

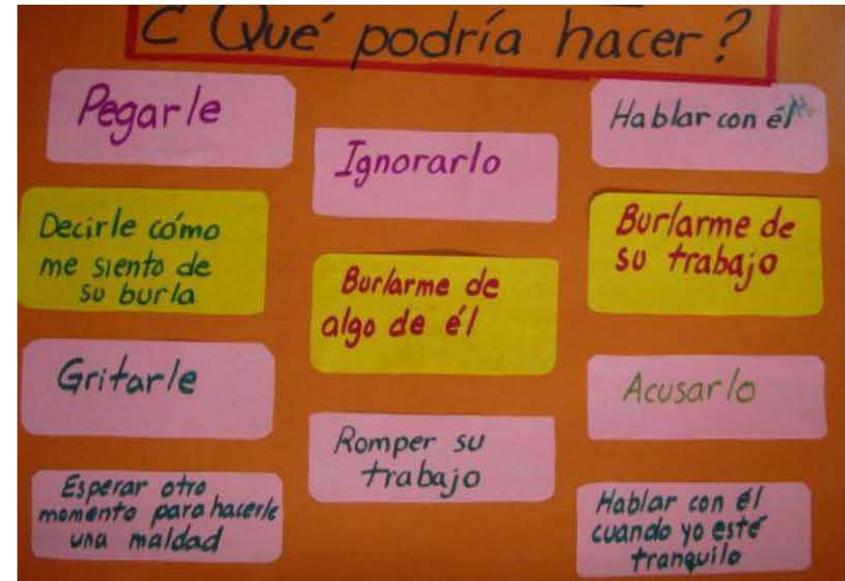
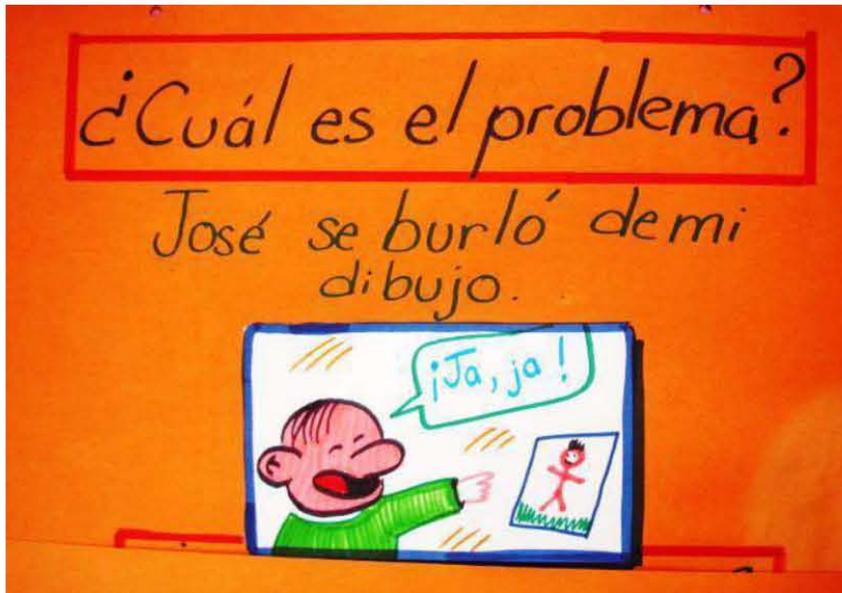
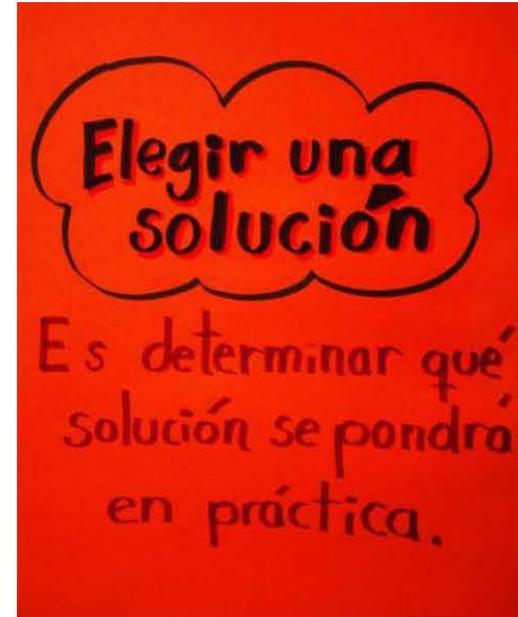
**Habilidades para afrontar problemas  
interpersonales**

**Objetivo:** Que la persona, cuando tiene un problema interpersonal, elija la solución más adecuada entre todas las alternativas posibles de solución.

**Sesión 14**

Actividades	Duración	Materiales
<p><b>Instrucción verbal, diálogo y discusión</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• El coordinador anunciará que en la sesión se revisará el cuarto paso para solucionar problemas interpersonales.</li><li>• Mostrará y explicará el siguiente cartel.</li></ul> <div data-bbox="508 545 1297 724" style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin: 10px auto; width: fit-content;"><p style="text-align: center;"><b>ELEGIR UNA SOLUCIÓN</b></p><p style="text-align: center;">Es tomar una decisión después de evaluar cada alternativa de solución prevista llegando a determinar qué solución se pondrá en práctica.</p></div> <ul style="list-style-type: none"><li>• El coordinador comentará que si una solución es inadecuada el problema no se soluciona totalmente o sólo lo hace por un tiempo. Si la solución es inadecuada el problema traerá consecuencias negativas y generará otros problemas. Si se elige una solución justa, que considere los sentimientos propios y de los otros, el problema probablemente desaparecerá.</li></ul>	5 minutos	Cartel de definición “Elegir una solución”.
<p><b>Componentes y pasos conductuales</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• El coordinador mostrará y explicará la lámina de los componentes y pasos conductuales de los favores.</li></ul> <div data-bbox="508 914 1297 1370" style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin: 10px auto; width: fit-content;"><p style="text-align: center;"><b>PREGUNTAS PARA ELEGIR UNA SOLUCIÓN</b></p><ol style="list-style-type: none"><li>1. Esta solución, ¿es una buena idea?, ¿por qué?</li><li>2. ¿Es peligrosa?, ¿atenta a la seguridad física de alguno de los implicados?</li><li>3. ¿Es una solución justa?</li><li>4. ¿Cómo afecta a la otra persona?, ¿cómo se va a sentir?, ¿se tienen en cuenta sus derechos?</li><li>5. ¿Cómo te hace sentir a ti esa solución?</li><li>6. ¿Qué consecuencias tendrá a corto y a largo plazo para la relación con los demás?</li><li>7. ¿Es una solución efectiva?, ¿resuelve el problema?, ¿soluciona este problema creando otros problemas?</li><li>8. De todo lo que puedes hacer, ¿cuál es lo que más te interesa?, ¿cuál crees que dará mejor resultado?</li></ol></div>	5 minutos	Cartel con las preguntas para “Elegir una solución”

<p><b>Modelado</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>El coordinador modela las conductas de saludar apoyado con algunos de los participantes y verbalizando los pasos que va siguiendo:</li> </ul> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin: 10px 0;"> <p><i>“Cuando hemos expuesto el dibujo, José se ha reído del mío y ha dicho que estaba fatal. A mí me ha sentado muy mal porque me he esforzado por hacerlo bien. Además lo ha dicho delante de todos. Estoy disgustado”.</i></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%; padding: 5px;"><i>¿Qué puedo hacer?</i></td> <td style="padding: 5px;"><i>En ese momento le hubiera insultado, pero me frené y callé, tengo que pensar qué puedo hacer para solucionar este problema y que José no se vuelva a meter conmigo. Puedo hablar con él y advertirle en tono firme que...También puedo reírme yo cuando presente un trabajo suyo, etc.</i></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"><i>¿Qué solución elijo</i></td> <td style="padding: 5px;"> <p><i>Si le advierto que no lo vuelva a hacer y lo hago de modo correcto, con tono firme, creo que él se sentirá incómodo y no volverá a hacerlo. Yo me sentiré fenomenal porque es justo que respeten mi trabajo.</i></p> <p><i>Si me río cuando presente él su trabajo, creo que se sentirá como yo me he sentido. Yo me alegraré en ese momento, pero después me arrepentiré. Además no es justo para él; seguro que empezará después a molestarme. No, ésta no es buena solución porque creará más problemas</i></p> </td> </tr> </table> </div>	<i>¿Qué puedo hacer?</i>	<i>En ese momento le hubiera insultado, pero me frené y callé, tengo que pensar qué puedo hacer para solucionar este problema y que José no se vuelva a meter conmigo. Puedo hablar con él y advertirle en tono firme que...También puedo reírme yo cuando presente un trabajo suyo, etc.</i>	<i>¿Qué solución elijo</i>	<p><i>Si le advierto que no lo vuelva a hacer y lo hago de modo correcto, con tono firme, creo que él se sentirá incómodo y no volverá a hacerlo. Yo me sentiré fenomenal porque es justo que respeten mi trabajo.</i></p> <p><i>Si me río cuando presente él su trabajo, creo que se sentirá como yo me he sentido. Yo me alegraré en ese momento, pero después me arrepentiré. Además no es justo para él; seguro que empezará después a molestarme. No, ésta no es buena solución porque creará más problemas</i></p>	5 minutos	Tarjetas con ejemplo de modelado.
<i>¿Qué puedo hacer?</i>	<i>En ese momento le hubiera insultado, pero me frené y callé, tengo que pensar qué puedo hacer para solucionar este problema y que José no se vuelva a meter conmigo. Puedo hablar con él y advertirle en tono firme que...También puedo reírme yo cuando presente un trabajo suyo, etc.</i>					
<i>¿Qué solución elijo</i>	<p><i>Si le advierto que no lo vuelva a hacer y lo hago de modo correcto, con tono firme, creo que él se sentirá incómodo y no volverá a hacerlo. Yo me sentiré fenomenal porque es justo que respeten mi trabajo.</i></p> <p><i>Si me río cuando presente él su trabajo, creo que se sentirá como yo me he sentido. Yo me alegraré en ese momento, pero después me arrepentiré. Además no es justo para él; seguro que empezará después a molestarme. No, ésta no es buena solución porque creará más problemas</i></p>					
<p><b>Práctica (Role-Playing/Dramatización)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Se forman los equipos y de ser posible continuarán trabajando con el caso de la sesión anterior, de lo contrario elegirán trabajar con un problema personal que tenga algún compañero.</li> </ul>	25 minutos					
<p><b>Feedback</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>El coordinador supervisará las respuestas a las preguntas que den los diferentes participantes. Retroalimentará y dará información cuando sea necesario.</li> </ul>						
<p><b>Tareas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>El coordinador indicará a los participantes que si tienen alguna situación problemática, antes de actuar, identifiquen el problema, busquen, evalúen y elijan una solución.</li> </ul>						



# Preguntas para elegir una solución

José se burlo' de mi trabajo

1

Esta solución, ¿es buena idea?  
¿Por qué?



2

¿Es peligrosa?, ¿atenta a la seguridad de alguien?



3

¿Es una solución justa?



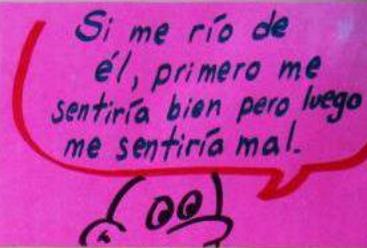
4

¿Cómo afecta a otros?  
¿Se tienen en cuenta sus derechos?



5

¿Cómo te hace SENTIR esta solución?



6

¿Qué consecuencias tendrá a corto y largo plazo para la relación con los demás?



7

¿Es una solución efectiva?  
¿Resuelve el problema?  
¿Soluciona el problema pero crea otros?



Creo que no es buena idea.

8

De todo lo que puedes hacer ¿cuál es la que más te interesa?, ¿cuál crees que te dará MEJOR RESULTADO?



Hablaré con José.

**Tema:** Probar la solución.

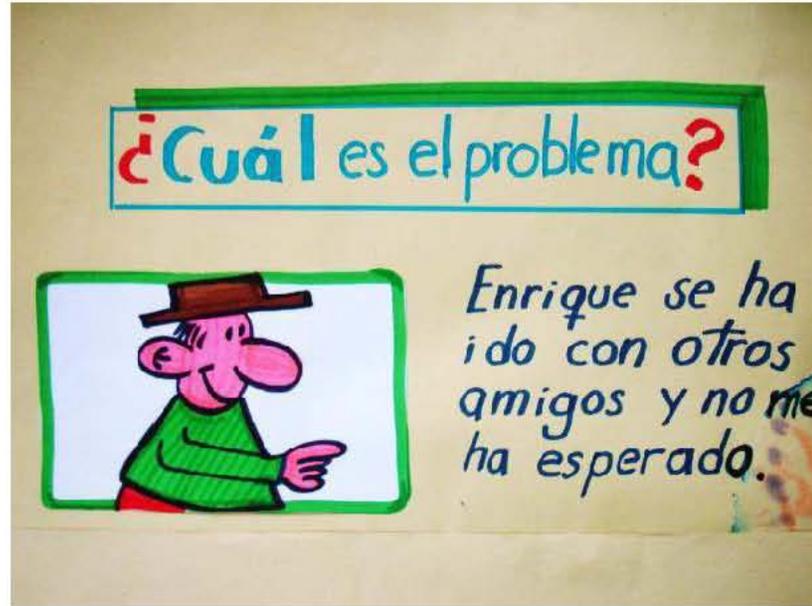
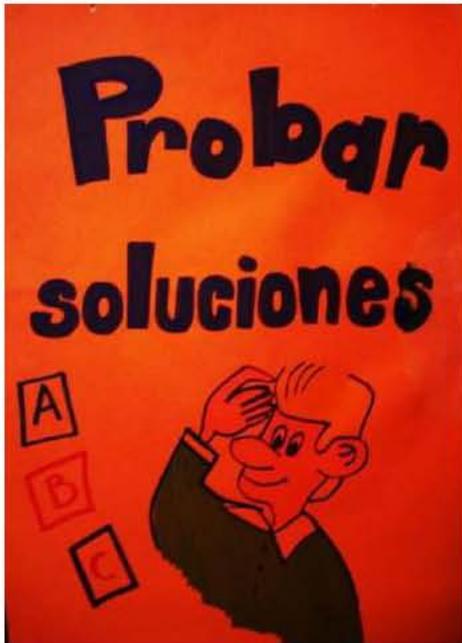
**Habilidades para afrontar problemas  
interpersonales**

**Objetivo:** Que la persona, cuando tenga un problema interpersonal, ponga en práctica la solución elegida y evalúe los resultados obtenidos.

**Sesión 15**

Actividades	Duración	Materiales
<p><b>Instrucción verbal, diálogo y discusión</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>El coordinador mostrará y explicará la siguiente lámina:</li></ul> <div data-bbox="508 586 1297 810" style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin: 10px auto; width: 80%;"><p style="text-align: center;"><b>PROBAR UNA SOLUCIÓN</b></p><p style="text-align: center;">Significa aplicar la solución elegida y verificar sus resultados. Pueden ocurrir dos cosas: que la solución logre resolver el problema o no. En caso de que no es posible el buscar otra solución.</p></div>	5 minutos	Cartel de definición “Probar una solución”.
<p><b>Componentes y pasos conductuales</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>El coordinador mostrará y explicará la lámina de los componentes y pasos conductuales de los favores.</li></ul> <div data-bbox="508 969 1297 1203" style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin: 10px auto; width: 80%;"><p style="text-align: center;"><b>PASOS PARA PROBAR UNA SOLUCIÓN</b></p><ol style="list-style-type: none"><li>1. Planificar paso a paso lo que se va a hacer.</li><li>2. Reconocer y anticipar obstáculos que pueden dificultar y/o interferir en el logro de la meta.</li><li>3. Poner en práctica la solución según lo que se planeó.</li><li>4. Evaluar los resultados obtenidos.</li></ol></div>	5 minutos	Cartel con los pasos para “Probar una solución”.

<p><b>Modelado</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>El coordinador modela las conductas de saludar apoyado con algunos de los participantes y verbalizando los pasos que va siguiendo:</li> </ul> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin: 10px 0;"> <p><i>“Enrique se ha ido con otros amigos y no me ha esperado. A mí me ha hecho sentir mal; podía habérmelo dicho. ¿Por qué no me habrá esperado?, ¿estará enojado conmigo? No me gustaría que Enrique volviera a hacer esto. Para solucionar este problema he pensado que puedo hacer varias cosas: no esperarle yo otro día, llamarle egoísta, hablar con él y decirle que me ha hecho sentir mal, etc.</i></p> <p><i>Después de pensar en lo que puedo hacer, creo que la solución es hablar con él y solucionar el problema directamente.</i></p> <p><i>¿Qué tengo que hacer para lograr esto?, ¿cómo pongo en práctica la solución elegida? Creo que lo mejor es esperar a mañana, acercarme a él y decirle: “Enrique quiero hablar consigo”, después le diré lo mal que me sentí cuando...”.</i></p> </div> <p>Otro ejemplos para el Modelado:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Francisco es muy mandón. En el cuarto decidieron que cuando les mande algo se van a oponer. Quieres probar esa solución.</li> </ul>	5 minutos	Tarjetas con ejemplo de modelado.
<p><b>Práctica (Role-Playing/Dramatización)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Se forman los equipos y de ser posible continuarán trabajando con el caso de la sesión anterior, de lo contrario elegirán trabajar con un problema personal que tenga algún compañero.</li> </ul>	25 minutos	
<p><b>Feedback</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>El coordinador supervisará las respuestas a las preguntas que den los diferentes participantes. Retroalimentará y dará información cuando sea necesario.</li> </ul>		
<p><b>Tareas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>El coordinador indicará a los participantes que si tienen alguna situación problemática, antes de actuar, identifiquen el problema, busquen y evalúen alternativas de solución.</li> </ul>		



# Pasos para probar una solución

**1** Planificar  
paso a  
paso lo que  
se va a  
hacer.



**2** Reconocer  
y anticipar  
obstáculos.



**3** Poner  
en  
práctica  
la solución.



**4** Evaluar  
los  
resultados



**Probar la  
solución**

**Aplicar la  
solución elegida  
y verificar sus resultados**

Se resolvió  
el problema

No se  
resolvió

**ANEXO 6**  
**BITÁCORA DE TALLER DE HABILIDADES SOCIALES**  
**CENTRO DE ASISTENCIA E INTEGRACIÓN SOCIAL, CUEMANCO**

Sesión de diagnóstico

Martes 16 de octubre de 2012.  
10:00 a 11:00 hrs.



Hoy la directora me presentó a los señores con los que trabajaré. La directora pidió que se presentaran. Cada uno de ellos dijo su nombre. Me presenté ante ellos. Posteriormente se procedió a llenar el cuestionario. Previamente les indiqué en qué consistía el cuestionario y el que únicamente tendrían que poner un tache en donde se reflejara su opinión.

Les leí el primer reactivo como ejemplo. La directora me indicó que la mayoría sabía leer y escribir. Les repartí las hojas a los que sabía leer y escribir.

Apoyé al señor "J", que sí sabía leer pero que no podía leer bien, "se me borran (las letras)". Hubo problemas de comprensión en las preguntas relacionadas con "*Resolución de problemas*", por lo general me indicaba que él no tenía problemas con los demás.

También apoyé a "P. H.", quien no se acordaba cuándo nació y no sabía cuántos años tenía. Cuando le hice las preguntas me empezaba a platicar de acontecimientos en su dormitorio. Por ello en un momento le dije que eso era todo y que lo esperaba el próximo jueves. Posteriormente la directora me indicó que el grupo está integrado por las personas más funcionales y algunas personas que se integran con el personal pero no con sus compañeros.

### **Descripción de actividad:**

#### **Presentación**

Al inicio les comenté acerca de lo que se buscaba con este taller (el que todos aprendan formas para llevarse mejor y convivir en armonía con los demás).

Me presenté y les indiqué que formaríamos cinco equipos y entre ellos se presentarán diciendo su nombre y dijeran algo que les gusta hacer.

Posteriormente cada uno de los asistentes presentaría a un miembro de su equipo.

Los señores fueron presentando a su compañero y diciendo qué le gusta hacer.

Señor "Ro" empezó a hablar acerca la situación de su nombre, comentó primero empezó a hablar acerca de su nombre y aparentemente parecía que iba a comentar que no le gustaba, después concluyó diciendo que sí le gustaba su nombre.

La actividad se realizó en forma fluida y sin contratiempo.

Posteriormente se cambió al tema de la sonrisa.

#### **Instrucción verbal, diálogo y discusión**

Se les preguntó acerca de si el día de hoy habían sonreído. La mayoría asintió la cabeza en señal afirmativa.

Señor "P", cuando decía comentarios empezaba a hablar acerca de situaciones que se dan dentro de su dormitorio por lo que esperaba un momento para intervenir y agradecer su comentario para luego continuar con el tema que estábamos trabajando.

#### **Componentes y pasos conductuales**

Presenté la lámina de los tres pasos para sonreír.

#### **Modelado**

Presenté el ejemplo de alguien que me dice que le gusta mi chamarra.

Solicité voluntarios para representar situaciones. Hubo varias personas que quisieron participar.

#### **Práctica (*Role-playing*/dramatización)**

En los equipos que trabajaron al inicio tenía que representar los mismos ejemplos que habían puesto. En todos los equipos hubo participación adecuada. Realizaron la actividad fácilmente.

#### **Obstáculos**

En esta sesión todo avanzó en forma correcta.

**Cumplimiento del objetivo de la sesión**

En esta sesión los señores tenían que presentarse ante los compañeros de su equipo y presentar a un compañero. Así lo hicieron. Estaba planeado también que cada quien diría algo de lo que le gusta a su compañero pero preferí el omitir esta parte.

**Participación de las personas**

Hubo atención y contestaban las preguntas cuando se hacían.

**Comprensión de instrucciones**

Hubo comprensión de las instrucciones.

**Información del expositor**

Sensación. Tenía temor respecto a si consideran el tema como muy básico, como que “para niños”. Afortunadamente todo se realizó en forma correcta.

### **Descripción de actividad:**

Observaba al inicio quiénes saludaban y quienes no lo hacían. La mayoría no lo hizo. Sólo dos personas saludaron.

Les pregunté si esperábamos a los demás o si empezábamos. Grupalmente indicaron que empezáramos.

La sesión inició a las 10:06.

### **Instrucción verbal, diálogo y discusión**

Inicié preguntando respecto a la tarea del sonreír. En general respondieron que sí. Lino tomó la palabra y expresó que estaban viniendo unas chicas de una universidad y que ahí aplicó la sonrisa, que con la visita casi no porque los visitantes se quedan en la entrada.

“O” entró y se fue. Otros dos usuarios entraron y se fueron.

Di la introducción acerca del saludo.

Hablamos acerca de las diferentes formas de saludar.

Se les cuestionó cuando el saludo era inconveniente, nadie respondió, se les indico que en casos donde haya una actividad, por ejemplo, un concierto de música o en el caso de una misa.

### **Componentes y pasos conductuales**

Tipos de saludo.

Cuando se les puso el ejemplo del saludo, el señor “R” se ofreció como participante para el ejemplo. Comentó acerca del beso y me dijo “*Y ahora el beso*”.

Cuando comente acerca del abrazo el señor “J” se levantó y me dio un abrazo.

### **Modelado**

Se hizo el modelado tal como estaba planeado.

Los señores hicieron las representaciones. Hubo participación de la mayoría.

### **Práctica (*Role-playing/dramatización*)**

En el ejercicio se formaron cuatro equipos donde representarían a una familia, que encuentra a otra familia (otro equipo) en el parque y se saludan. Hicieron el ejercicio, primero dos equipos y luego los otros dos. Los saludos, aunque los hicieron muy rápidos, todos saludaron a los otros.

### **Obstáculos**

Solamente los señores que entraban y salían, aunque no ocasionaban distracción en los demás.

**Cumplimiento del objetivo de la sesión**

Los participantes saludaron a otros compañeros. Lo importante será el observar que en las siguientes sesiones saluden al llegar.

**Participación de las personas**

Hubo participación adecuada de todos. Hay interés por participar en las representaciones.

**Comprensión de instrucciones**

Observé que comprendían las instrucciones y realizaron las actividades propuestas.

**Información del expositor**

Sensación. Me dio gusto el que el señor se haya levantado a darme el abrazo, pues tenía cierto temor de trabajar el abrazo entre los señores.

Sesión 3:  
Cortesía y amabilidad: las gracias, el perdón, el permiso

Jueves 25 de octubre de 2012.

### **Descripción de actividad**

Al llegar estaba el señor “S” en la entrada, lo saludé y me contestó. Después me dijo que tenía que ir con su psiquiatra, le pregunté que a qué hora tenía que ir y me dijo que en la mañana por lo que le sugerí que fuera al taller y después fuera con el psiquiatra. Me comentó que trabajaba de vigilancia y que ganaba poco dinero (\$500.00 a la semana, 6 horas por día).

El día de hoy empecé como 10 minutos después porque tenía que esperar a que el psicólogo pasara por mí.

La doctora que apoyó en juntar a los usuarios me preguntó si ya podía empezar con los que habían llegado porque había como cuatro que los habían dejado salir a la calle. Le dije que sí.

Observé que había muchos usuarios que no habían ido antes y que algunos se observaban más deteriorados.

Empecé preguntando respecto a la tarea (el saludo), grupalmente los usuarios me contestaron que sí.

### **Instrucción verbal, diálogo y discusión**

Hoy llegó el señor “J” y su habla era más clara, participó varias veces. Al inicio me presentó a otro señor que “invitó”, me dijo su nombre pero no le entendí, su habla se entendía poco (disartria). El señor invitado pidió la palabra varias veces, casi siempre después de que el señor “J” lo hacía y en varias ocasiones sólo repetía lo que el señor “J” había dicho.

Cuando se le preguntó que con quién es más importante el ser amable: con la trabajadora social o con un compañero del dormitorio. Un señor dijo que con la Trabajadora Social, otra persona dijo que con el compañero porque así se evita el pelearse en el dormitorio.

### **Componentes y pasos conductuales**

Revisamos las láminas.

El señor “J. B” comentó que a veces, (refiriéndose a los momentos en que está en brote psicótico) se enoja cuando le dicen algo porque no comprende o entiende mal lo que le dicen.

El señor “V” comentó que a veces él está paranoide, con ideas, con la mente en otros lados y que agradecía el que se revisaran los temas como el de la cortesía.

## **Modelado**

Se hizo el modelado tal como estaba planeado. Se propusieron “R” y “J”. “R” saludó, miró a “J”. “J” murmuraba “soy doctor”, “soy el doctor”. “R” le comentó que veía que tenía mucho trabajo. “J” le dijo que pasara.

Pedí un aplauso para los dos.

## **Práctica (*Role-playing/dramatización*)**

En las representaciones participaron diferentes usuarios. Se mostraron tranquilos. Había quienes hacían la representación muy rápido.

A “R” se le invitó a que repitiera su representación de haberle pisado el pie sin querer a uno de sus compañeros. En la segunda incluso hasta le sobó el pie. Les indiqué que no era necesario el sobar el pie que con la disculpa era suficiente.

## **Obstáculos**

En la actividad estuvo el señor “R”, que no está anotado dentro de taller, estuvo tranquilo pero se puso enfrente de las láminas cuando íbamos a revisar los pasos para ser cortés y se puso a darles vueltas mientras preguntaba “¿qué es esto?”, incluso una lámina la sacó del rotafolios, no hacía cuando se le invitaba a pasar al otro lado, tendía a saludarme y agarrarme la mano.

## **Cumplimiento del objetivo de la sesión**

Se cumplió parcialmente. Las personas que participaron en las representaciones mostraron conductas de cortesía con los compañeros que les tocó el trabajar.

## **Participación de las personas**

Las personas del taller participaron, el día de hoy hubo otros invitados, observé que cinco personas, que no son del taller, dormitaban en su silla.

El señor “J” estaba haciendo ejercicio, posteriormente se sumó al grupo y participó en las representaciones.

## **Comprensión de instrucciones**

Hubo comprensión de las indicaciones dadas.

## **Información del expositor**

Sensación: En esta ocasión no hubo planeado trabajo para todos, solamente las representaciones que se presentaron en varias ocasiones con diferentes usuarios, me quedé con la sensación de que hizo un trabajo con todos.

Aspectos a mejorar: Incluir más ejemplos de representaciones.

### **Descripción de actividad**

El día de hoy el psicólogo David me vio en la entrada y me dijo que en un momento pasaba por mí, afortunadamente el Lic. Diego me saludó y me invitó a que pasara. Fuimos caminando por el pasillo y se quedó en el área de rehabilitación por lo que yo proseguí sólo hasta el salón donde trabajamos. Mientras tanto iba saludando a los usuarios. Algunos se acercaban a saludarme. Se veían contentos de saludarme.

Después llegó uno de los encargados y abrió el aula. Pasamos.

Me percaté que el psicólogo no estaba captando a la población del taller porque había muy pocas personas. Aún así inicié la sesión. El psicólogo llegó casi hasta el final.

Ricardo nuevamente entró a la sesión, esta ocasión siguió la indicación de sentarse en el lugar que le dije, Posteriormente se fue.

### **Revisión de tarea**

Comentaron que sí habían hecho la tarea, el sonreír, saludar.

### **Instrucción verbal, diálogo, discusión**

Cuando les hacía preguntas, se mantenían en silencio. Había poca participación.

### **Componentes y pasos conductuales**

Les presenté la lámina. No hubo problemas en la comprensión del contenido. "R" preguntó acerca de la palabra "acogida", refirió que él pensaba que era cuando una mujer se desnuda.

### **Modelado**

Puse el ejemplo. "A", desde el inicio comentó que quería pasar a representar.

"R" me apoyó para el ejemplo.

Otros participantes fueron "J. M" (sería el psicólogo) y "R" (quien pediría un libro). "J.M." se negó en prestar su libro porque todavía lo estaba leyendo.

Después se hizo una práctica por parejas. La actividad se realizó fácilmente.

Posteriormente se revisó la lámina de los pasos para **hacer** un favor. Y se continuó con el modelado.

Una representación que les gustó mucho fue la del señor "H" y "S", en donde el señor "S" le trataba de convencer de que le jugara una broma a "B" diciéndole que habían atropellado a su hermano.

En ella entré a apoyar al señor “H” quien de pronto no sabía qué decirle, yo le iba “soplando”.

Otra representación fue entre el señor “H” y “P”, donde Honorio estaba en una silla de ruedas y necesitaba ir al otro lado por un camino pedregoso. Le apoyé al señor “H” “soplándole” su diálogo e indicándole que permaneciera sentado dado que a veces se paraba de la silla.

### **Obstáculos**

Hubo pocos usuarios.

### **Cumplimiento del objetivo de la sesión**

Los señores participantes pidieron e hicieron favores cuando de acuerdo a la situación presentada.

### **Participación de las personas**

Al principio estuvieron un poco callados. Posteriormente hubo participación de todos.

“V. H.” pidió permiso para ir al baño pero ya no regresó.

### **Comprensión de instrucciones**

Para las representaciones la mayoría comprendió instrucciones sin embargo, el señor “P” sigue con la tendencia a hablar acerca de sus experiencias con temas que no se relacionan con lo preguntado.

“En la representación de “ayudar a una persona en silla de ruedas a pasar por un terreno pedregoso” en algunos se presentó dificultad tanto en la comprensión de la instrucción, la pronunciación de las palabras y en la ejecución de los movimientos adecuados”.

“En otro grupo dos señores no comprendieron la instrucción y en lugar de negarse a hacer el favor, solicitó el apoyo de su compañero para hacer la broma. Intervine para que el señor se negara: -diga que no -y el señor repitió- “diga que no”.

### **Información del expositor**

Aspectos a mejorar: Necesario el buscar más ejemplo para dar explicaciones y tener más situaciones para representar.

### **Descripción de actividad**

Llegué a las 10:05, pero el psicólogo tardó como 15 minutos en salir, no lo encontraban.

Cuando pasé, parece que no recopiló a los usuarios inscritos y nuevamente había pocas personas. Eso me preocupó porque ya eran dos días en que ocurría lo mismo.

Consideré la observación de “aspectos a mejorar” de la sesión anterior y tuve la precaución de traer ejemplos en cada uno de los temas.

#### **Instrucción verbal, diálogo y discusión**

Inicié, el día de hoy había unos usuarios que no tenían que estar, yo no los había visto. Algunos estuvieron y después se fueron.

Hice la presentación del tema, cooperar y compartir. Los noté un poco pasivos.

#### **Componentes y pasos conductuales**

Se hicieron las representaciones.

En algún momento entró un usuario y el señor “M” le dijo que se fuera que no podía estar ahí, se mostró molesto, interrumpí la sesión y le pregunté que qué pasaba, él me dijo que él (el compañero que entró) no podía estar ahí, le comenté que si el señor estaba tranquilo podía estar, que no pasaba nada.

#### **Modelado**

Se hizo el modelado planeado.

#### **Práctica (*Role-playing*/dramatización)**

En la parte del juego de mesa ocurrieron cosas interesantes

- a) **Dominó:** aquí participaron “L”, “P” y otro compañero. Solamente el señor “L” sabía jugar así que únicamente volteó todas las fichas e iban haciendo pares.
- b) **Serpientes y escaleras:** “S”, “B” y el señor invitado: “S” fue el dirigió la actividad, apoyaba a los otros dos que no sabían de qué se trataba el juego. En algún momento me percaté de que no iban conforme a la numeración de las casillas, preferí el no intervenir.
- c) **Lotería:** “J. B.”, “Ho”, “L”. El señor “J. B.” era quien cantaba las cartas, se las mostraba a los demás a uno por uno y si veía que la tenía le indicaba que la tenía. El señor “L” no sabía de qué se trataba, se mostró pasivo.

Dos personas se fueron cuando empezamos la parte del juego.

El psicólogo se despidió porque tenía otras actividades, yo me quedé unos diez minutos más.

Creí inconveniente el hacer el cierre de la actividad para comentar, por lo que conforme fueron terminando el juego los despedí. Retomaré en la siguiente sesión.

### **Obstáculos**

Compartir y cooperar son dos conceptos y son un tanto generales (por ejemplo, cuando se habla de compartir se puede referir desde un objeto hasta el tiempo, la actitud, disposición), de hecho están inmersos en las diferentes actividades que hemos venido trabajando y en las que seguiremos trabajando, tengo la impresión de que a los usuarios como que nos les quedó claridad en el tema a diferencia de los anteriores.

### **Cumplimiento del objetivo de la sesión**

Con los juegos sólo se trabajó la parte de la cooperación en una actividad. Observé que personas más lúcidas, como “L”, fueron empáticos con las personas con quienes jugaron, pues éstas desconocían cómo era el juego.

### **Participación de las personas**

Se mostraron un tanto pasivos. Hubo participación adecuada en las representaciones. “Ja” se dirigió a mí llamándome “papá”, “C”, molesta, le dijo “*él no es tu papá, no le digas así*”.

“Ja”, mientras jugaba, y en diversos momentos de la sesión, me pidió que la llevara a los separos, que la matara. Le invité a que permaneciera tranquila y que estaba bien, que siguiera así.

### **Comprensión de instrucciones:**

Hubo comprensión por parte de los asistentes.

### **Información del expositor**

Sensación: Me preocupó la cantidad de usuarios en la sesión. Tuve preocupación por la amplitud del tema (cooperar y compartir). Considero que hizo falta separar lo que es cooperar y lo que es compartir. Como expliqué arriba, son conceptos muy generales que me parece puede que hayan ocasionado cierta ambigüedad en los participantes.

El que haya presentado ejemplos me ayudó a lograr claridad en el tema.

Aspectos a mejorar: Revisión de la sesión y en su caso modificaciones al plan de trabajo.

### Descripción de actividad

#### Instrucción verbal, diálogo y discusión

Hoy trabajé el tema de la conversación. Mostré el esquema la conversación y los diferentes factores que intervienen: iniciarla, mantenerla, terminarla, etc. Les comenté que por ello nos llevaríamos varias sesiones y que el día de hoy trabajaríamos con el iniciar una conversación.



El señor “R” se presentó y en tres ocasiones pidió la palabra, comentó aspectos de su familia pero casi no le entendía a lo que articulaba.

También llegó el señor “S” que se considera soldado y quiso participar en una representación, sin embargo sólo se puso a dar órdenes y hablar de su mamá.

En un ejemplo, trabajé con el señor “J”, pondría el ejemplo de que quiero platicar con alguien acerca de mi familia. El señor participó y contestó adecuadamente, sin embargo luego pidió la palabra y comentó algo así como que él también quería platicar de su familia, lo dijo en tono molesto, a la salida me volvió a comentar lo mismo, también en tono de sentir que se le había faltado al respeto.

“R”, en algún momento, comentó que *“un tema es el sexo, hablar de la sexualidad”*. Les dije que es importante saber con quién se puede hablar de sexo y a quiénes les molesta.

#### Componentes y pasos conductuales /Modelado

En la representación de cómo iniciar la plática con una persona que acaba de llegar al centro, “R” eligió a su compañero “V. H.” y empezó a platicar de la familia de “V. H.”. “V. H.” empezó a platicarle del lugar de donde venía, intervine para recordarle que si es nuevo no

sabe si tiene hermana, después le invité a que le platicara de dónde es él, le comentó que él (“R”) era de Tepito y que se había casado con un hombre.

En la representación donde una persona quería platicar con unos cantantes que había ido, “M” fue quien participó y “L” y otros dos compañeros fueron los cantantes. Realizaron la actividad fácilmente, “L” apoyó en la representación.

### **Práctica (*Role-playing/dramatización*)**

Al final se invitó a que platicaran con el compañero de al lado. Se realizó la actividad con facilidad.

### **Obstáculos**

Solamente las interrupciones que hacía el señor “S”.

### **Cumplimiento del objetivo de la sesión**

Los señores participaron en la actividad. Dos señores se salieron antes de terminar la actividad.

### **Participación de las personas**

Hubo participación adecuada. “R”, como de costumbre, participó en las representaciones y hacía comentarios tanto a lo que yo preguntaba como a los comentarios de los demás. “Ma” me comentó que unas personas la estaban molestando, estaba escuchando voces, le dije que no les hiciera caso que estaba con nosotros y segura”. “Ma” comentó nuevamente que seguían molestándola. El psicólogo se acercó a ella y se la llevó. “Ro” comentó, es que está enferma. Alguien dijo: tiene esquizofrenia.

### **Comprensión de instrucciones**

El señor J. B. participó alrededor de cinco veces. Aunque su comentario era relacionado con lo que había comentado, su comentario era dado en otro sentido. Lo curioso es que otros usuarios, como “R”, apoyaban lo que el señor acababa de comentar.

### **Información del expositor**

Sensación: Me dio gusto que hubiera más usuarios que en las dos sesiones pasadas.

### Descripción de actividad

El psicólogo me había avisado que este día iba a venir de una universidad un grupo de personas y que él tendría que atenderlos por lo que me iba a canalizar con las personas de rehabilitación para que me juntaran a las personas.

Efectivamente cuando llegué observé a un grupo como de treinta y cinco personas afuera de la institución. Afuera ya estaba el psicólogo quien me saludó y me dijo que iría con los de rehabilitación para que me atendieran.

### Instrucción verbal, diálogo y discusión

En esta ocasión hubo más personas que las normalmente había estado asistiendo, eso me dio gusto. También observé que había personas que no estaban inscritas, a quienes llegaron les indiqué que se sentaran y estuvieran tranquilos.

Inicié la actividad recordando que trabajaríamos varias sesiones el tema de la “conversación”, que en esta ocasión trabajaríamos en cómo mantener una conversación.



Les pregunté quién había establecido una conversación: el señor “J. M.” comentó aunque con discurso confuso, que “para acomodar una mercancía, él tuvo que decirles a las personas”, “A” comentó que habló con un compañero acerca de la vida, del porvenir, el compañero de al lado dijo lo mismo (parece que él era el compañero con quien “A” había hablado), “R” comentó que habló con “L”.

## Componentes y pasos conductuales

Les mostré las láminas y comenté acerca de los pasos. Enfatice respecto a la “Escucha activa”.

Le pedí a “S” que me platicara acerca de lo que quisiera y a los demás que se fijaran qué era lo que yo hacía o decía.

Sin embargo “S” me dijo que más que una plática era una pregunta, si era yo quien hacía los dibujos de la láminas. Le contesté que sí, traté de que platicara algo por lo que le hice preguntas pero no funcionaron.



## Modelado

Pedí a dos personas que pasaran al frente en dos sillas. Que uno iba a platicar y el otro iba a practicar la escucha activa. Empezaron “R” y “J. M.”. Primero “R” platicaba. “J. M.” estaba callado por lo que me acerqué y le dije que le dijera “ahá”, “J. M.” hizo caso pero empezó a decirlo varias veces muy seguido.

Posteriormente cambiaron de papel y “J. M.” platicaba algo y “R” escuchaba, “R” practicó bien la parte vocal, pero corporalmente no lo miraba a los ojos y estaba estirándose, como haciendo ejercicio, por lo que me acerqué y le dije que estuviera quieto y mirara a su compañero, así lo hizo. Después se hizo el comentario al respecto.



En una segunda representación iba a trabajar el cambio de tema, pero como el señor “R” pasó con el señor “L”, preferí trabajar el turno en la conversación (El señor “R” cuando toma la palabra tiende a extenderse en tiempo, muestra disartria (dificultades en la articulación de las palabras) lo cual hace difícil el entendimiento de lo que dice) y le indiqué que le iba a poner una actividad difícil pero que sabía que la podría hacer, su reto era el compartir el turno de la conversación con el señor “L”. Hicieron la práctica, en algún momento de la práctica, me acerqué y le dije al señor “Ra” que ya diera el turno a su compañero “L”. Logró hacerlo.



### **Práctica (Role-playing/dramatización)**

Les indiqué que se formarían equipos de tres personas y que haría una plática del tema que gusten, que yo pasaría y a una persona le dejaría que sacara de una bolsa un papelito donde estaba anotado el nombre de otro tema y que la persona tendría que esperar el momento adecuado para cambiar de tema.



“R” se propuso para formar los equipos y así lo hizo.

Observé que algunos equipos no estaban platicando por lo que me acerqué y les dejé elegir un papelito para que platicaran, al equipo que sí estaba platicando no le di papelito.

### **Obstáculos:**

El señor “S”, apodado el “Sapo”, interrumpió en varias ocasiones, continuaba en su discurso de que el policía no lo dejaba bajar, que fuera (yo) a correrlo, hacía alusión a su mamá.



En un momento entró un usuario con refresco lo cual ocasionó cierto desorden, pues alrededor de siete personas se levantaron de su silla para ir con el señor del refresco.

En momento, de mi bolsillo que estaba roto, sentí que se cayó una moneda, cuando salió la moneda, causó cierta inquietud en el señor "A" (que estaba como invitado) pues pedía dinero para un cigarro.

### **Cumplimiento del objetivo de la sesión**

De hecho les fue sencillo el mantener la conversación. Cada uno de ellos tiene que habilitarse en diferentes aspectos, por ejemplo el señor "R" en ceder turnos, "J. M." en la escucha activa, "R" en cuidar los movimientos de su cuerpo y mirar a la persona cuando habla, "B" en platicar con los demás.

### **Participación de las personas**

Hubo participación constante de las personas. Quienes participaron fueron "L", "P", "R", "J. B.", Juan Manuel, quienes suelen ser los que les gusta hacerlo.

### **Comprensión de instrucciones**

En general hubo comprensión sin embargo me *sorprendió el que el señor "M" (de los más estables) que empezara a leer el cartel en la representación*.

### **Información del expositor**

Sensación: La asistencia nutrida de personas me hizo sentir tranquilidad. Pude tomar fotografías.

Aspectos a mejorar: Las tarjetas de los temas de la plática las preparé de último momento, pueden mejorar su calidad.

Sesión 8:  
Terminar conversaciones

Martes 13 de noviembre de 2012.

**Descripción de actividad**

El día de hoy entré tarde a la Institución porque no encontraban al psicólogo David. Cuando entramos nos fuimos a la sala donde celebran la misa y está la televisión. El psicólogo pidió a los señores que veían la tele que la apagarán.

Nos pusimos en la mesa donde oficializan la misa, algunos sugirieron que si traían la mesa y yo accedí.

Había pocos de los usuarios que se habían inscrito, había muchas otras personas que se unieron, al final había muchas personas, aunque no eran de los que se habían inscrito.

**Instrucción verbal, diálogo y discusión**

Inicié con la presentación de la lámina y di la explicación respectiva.

**Componentes y pasos conductuales**

Mostré la lámina y di la explicación respectiva.

**Modelado**

Apoyaron "R", "L", "S". Cuando solicitaba voluntarios, algunos, que ya habían pasado animaban a los demás.



**Práctica (Role-playing/dramatización)**

Les indiqué que formarían equipos y platicarían del tema que gusten, "R" se propuso para formarlos.



Luego pasaría a indicarle a algún integrante del equipo a que termine la conversación. Así se hizo.

Al final, en la retroalimentación, “A”, como representante de su equipo comentó acerca de los que hablaron (la música), aunque empezó a hablar de otros temas.



En el otro equipo le pedí a “P” que comentara qué había pasado en su equipo. Empezó a hablar del tema que habían elegido y después se desvió del mismo. Esperé el momento para intervenir, darle las gracias y proseguir con el otro equipo. En el equipo de “R” comentó el señor “H” acerca de lo que hablaron.

### **Obstáculos**

Había muchas personas que no eran del taller y que interrumpían frecuentemente, por ejemplo “R”.

Había un señor que, alrededor de cinco veces, llegó, me saludaba de mano, me decía algo ininteligible (disartria), se despedía y se retiraba.

**Cumplimiento del objetivo de la sesión**

Los señores que tenían que interrumpir la conversación lo hicieron en el momento en que les correspondía.

**Participación de las personas**

Los señores participaron animosamente. Las personas que no estaban inscritas se mostraron interesadas en la actividad, era algo novedoso para ellos.

**Comprensión de instrucciones**

En el grupo de los señores inscritos hubo adecuada comprensión de instrucciones. Hubo personas, no inscritas, que interferían en las actividades.

**Información del expositor**

Sensación: Me sentí contento de que pude tomar fotografías. Me dio gusto que hubiera muchas personas interesadas aunque no todos estuvieran inscritos.

### **Descripción de actividad**

El psicólogo David me había indicado que ese día no iba a poder ir y que el área de rehabilitación me atendería. Así fue. Me abrieron el salón de siempre.

#### **Instrucción verbal, diálogo y discusión**

En esta sesión se trabajó el cómo unirse a la conversación de otros. Enfatiqué el que a veces es conveniente y a veces no lo es, así como el que a veces nos pueden aceptar y a veces no.

#### **Componentes y pasos conductuales**

Revisamos los pasos para entrar a la conversación. Los señores prestaron atención a la explicación.

#### **Modelado**

Participó el señor "J. M.". Le tocó representar el caso en donde quiere hablar con otros compañeros y éstos no los aceptan. Llegó, los saludó y pidió entrar a la plática, los compañeros le dijeron que era algo personal y "J. M." se despidió de mano de cada uno de ellos.



#### **Práctica (Role-playing/dramatización)**

Formé cuatro grupos de personas quienes platicarían del tema que quisieran. Cuando observaba que no tenían temas les sugería un tema: la playa, lo que jugaban de niños, las vacaciones. En el último equipo me uní con el señor "H" porque las otras dos personas estaban en estado de obnubilación. Sugerí el platicar acerca de cosas chistosas que nos hayan pasado.



De igual forma seleccioné a otras personas para que se unieran al grupo de personas que quisiera y se introdujeran a su plática. Las personas que seleccioné fueron “S”, “L”, “J. M.”, “P”.

En un momento les indiqué a las personas seleccionadas que ya se unieran al grupo que quisieran, incluso que podía unirse dos personas a un mismo grupo.



Observé que cada uno de las persona se fue a un grupo y se unió, el señor Lino se fue a un grupo pero se regresó, después explicó que no tenían ninguna plática, después regresó con el mismo grupo e iniciaron una plática.

### **Feedback**

En la retroalimentación, cuando les preguntaba respecto a cómo se había unido el compañero a la plática, por lo general me empezaban a platicar lo que habían platicado. El señor “H” expresó lo que yo le había platicado, sin embargo, su a sus palabras le faltaba claridad: comentó algo así como: “*me dijo que había dos puerta y que ya iba a salir y que tenía que elegir una puerta y eligió una puerta*”.

Por ello les conté completa la anécdota. La historia era que un día fui a una entrevista para un empleo, cuando terminó la misma, me despedí y salí, al abrir la puerta vi que había muchas cosas, me había equivocado de puerta, la puerta de la salida era otra. La secretaria me dijo cuál era, pero los demás se estaban aguantándose la risa.

### **Obstáculos**

El señor “S” interrumpió alrededor de cinco ocasiones durante la sesión. Expresaba su mismo discurso en tono molesto acerca de correr a alguien y acerca de ser policía.

### **Cumplimiento del objetivo de la sesión**

Los señores se introdujeron a las conversaciones. El señor “J” se mostró callado, con la mirada perdida, cuando el señor “L” fue con él no estaba platicando con el otro señor, quien estaba un poco ensimismado.

Hubo alrededor de cuatro usuarios que desde el principio estaban casi dormidos. Éstos no están inscritos en el taller.

### **Participación de las personas**

Los señores participaron, cuando solicité voluntarios hubo personas que se ofrecieron.

### **Comprensión de instrucciones**

Fue aceptable la comprensión de las instrucciones. Los señores hicieron los ejercicios en forma adecuada.

### **Información del expositor**

Sensación: Me agradó el trabajo con los usuarios. Se integraron personas que no están inscritas en el taller.

Aspectos a mejorar: Tener las tarjetas de los temas a trabajar.

Sesión 10:  
Defender sus opiniones

Martes 20 de noviembre de 2012.

### Descripción de actividad

#### Instrucción verbal, diálogo y discusión

Explicué la lámina de “defender opiniones”. De cada situación (dar una negativa, rechazar peticiones, quejarse de algo, hacer peticiones, pedir cambios de conducta) di ejemplos concretos.

Cuando hacía preguntas no había mucho ánimo por responder. El señor “J” participó en la sesión, previamente el psicólogo le había advertido que si entraba era para participar y no para cuestionar. El señor “J” narró una experiencia respecto a cuando en un avión le molestaba el humo de un cigarro pero él se había equivocado y estaba en la zona de fumadores. También hizo referencia a la Constitución como elemento para la defensa.

#### Componentes y pasos conductuales

Explicué la lámina de los pasos para defenderse. Enfatiqué en el uso de los mensajes “yo”. Después revisamos los “*pasos para recibir y responder a la defensa de los derechos que hacen los demás*”.

Comenté que hay frases que podemos utilizar y la importancia de dar las gracias y el perdón.



#### Modelado

“L” y “C” participaron en la representación donde uno de ellos cantaba y el otro le pedía que se callara. Lino cantaba y el compañero le pidió que se callara. Lo hicieron adecuadamente, el señor “L” actuó de forma muy propia y se disculpó.

Cuando salí me encontré al señor “R” y el señor “H”. El señor “H” me vio e hizo gestos como de “*se me olvidó que hoy había sesión*”, el señor “R” me dijo que estaba trabajando en la cocina y que cuando daría un curso de sexualidad. También comentaron acerca de los electroshocks y que a él (“R”) le habían dado unos. Les comenté que con la supervisión del psiquiatra los electroshocks son benéficos. Posteriormente se llegó el señor “S” quien comentó que “*él apenas iba*”. Los invité a que el jueves recordaran ir a la sesión.



Otra pareja representó el caso en que una persona invita a otro a una fiesta pero la otra persona está muy cansada y prefiere irse a dormir.

En la tercer representación a una persona le piden un libro prestado y se éste se niega a prestarlo.

### **Práctica (Role-playing/dramatización)**

Había poco ánimo entre los participantes. Había muchas personas que no están inscritas al taller y en condiciones de poca energía, por lo que preferí que se hicieran las representaciones descritas en el modelado.



## **Obstáculos**

- Hubo muchas personas que no estaban inscritas en el taller, muchas de ellas en estado de obnubilación.
- El tema en sí tienen muchas vertientes:
  - a) La queja.
  - b) Los derechos.
  - c) El pedir algo.
  - d) Pedir cambio de conducta.

Además de ello, está la parte en donde uno es quien recibe la queja, los derechos de los otros, nos piden algo o piden que cambiemos una conducta.

Lo anterior me dio la impresión que no permitió que a los usuarios les quedara clara la idea de lo que es “defenderse”.

## **Cumplimiento del objetivo de la sesión**

Considero que el tema es muy extenso y con muchas vertientes por lo que no considero que se haya cumplido.

## **Participación de las personas**

Hubo poca participación en comparación con otras sesiones.

## **Comprensión de instrucciones**

Un 40% de las personas comprendieron las explicaciones, alrededor de un 60% de los usuarios aunque comprendieron no tenía ciertos referentes porque no estuvieron en las primeras sesiones lo cual pudo haber interferido en la asimilación del tema.

## **Información del expositor**

Sensación: Me preocupé, por la situación de la muestra para la tesis, de ver a muchas personas que no están inscritas en el taller. Por otro lado observé con gusto que muchas personas no inscritas, como el señor Carlos, se emocionaban con las representaciones de los compañeros. Lo invité a participar en las representaciones. Pude tomar fotografías.

Aspectos a mejorar: Centrar el tema en un solo aspecto, por ejemplo: “Las quejas”.

Sesión 11:  
Resolver problemas interpersonales  
Identificar problemas personales

Jueves 22 de noviembre de 2012.

### **Descripción de actividad**

#### **Instrucción verbal, diálogo y discusión**

Hice la presentación de la lámina de resolver problemas, les comenté que dentro de la Institución es frecuente que se presenten problemas con las demás personas. Que en la sesión revisaremos la mejor forma para resolver esos problemas.

Mostré la lámina de los cinco pasos para resolver problemas. Luego les comenté que revisaremos un paso por sesión.

#### **Componentes y pasos conductuales**

Presenté la lámina de “Preguntas para identificar los problemas personales”. Esta lámina tiene ocho preguntas, por lo que preferí el también hacer el ejemplo del modelado en cartulina dado que ésta cuenta con cuatro pasos (¿cuál es el problema?, ¿qué pasó?, ¿qué hice?, ¿cómo me sentí?).

#### **Modelado**

Originalmente había planeado dos casos para modelado pero añadí cinco más. La situación era que unos de ellos había limpiado la mesa y después otro llegaba y la ensuciaba. El señor “Jo”, mientras les comentaba la situación, me dijo que mirara un cuadro y me preguntó “ese, ¿para qué lo pusieron?, le dije, es un cuadro, “¿pero quién es?, ¿es un niño Dios?, ¿para qué lo pusieron? En ese momento le dije que terminaríamos el ejercicio y después platicábamos. Me dijo que sí.

Luego le pregunté al señor “K” que qué problema había tenido y solamente dijo “mochila”. El señor muestra ecolalia y ecopraxia, en muchas ocasiones empieza a imitar mis movimientos de manos y las palabras que digo, por eso, cuando dijo “mochila”, afirmé, “ah, a usted también le robaron su mochila”, aunque sabía que el señor “K” sólo repetía lo que había dicho el señor “E”.

Cuando empezó la representación el señor “Jo” se quedaba callado, le tuve que apoyar diciéndole lo que tenía que decir”.

“Observando las condiciones de algunos señores, me di cuenta que habían asistentes con pocas capacidades de lenguaje y movimiento, por lo que sería difícil hacer la práctica planeada que consistía en hacer los mismos ejercicios modelados con la persona de al lado, por lo que pedí voluntarios para representar una situación”.

#### **Práctica (Role-playing/dramatización)**

En esta sesión más que hacer la práctica, preferí el hacer que representaran los diferentes ejercicios de modelado. A los usuarios les agradó mucho hacer las representaciones.

### **Obstáculos**

El señor “S” (“A”) interrumpió varias ocasiones, alrededor de 7 veces durante la presentación con su discurso de correr a alguien, hacer alusión a su mamá.

“Durante esta parte el señor “Mar” entraba y salía, me decía cosas como que si le traía botellas. Le pedí que si iba a estar en el salón, se sentara en una de las sillas. Hizo como que se iba a sentar pero después se fue”.

“El señor “Ju”, se paraba y se ponía detrás de mí, nuevamente quería tocarme con su pene. Le pedí que se sentara en su asiento. Hizo caso”.

### **Cumplimiento del objetivo de la sesión**

Los participantes identificaron sin dificultad cuál era el problema que se presentaba en cada una de las situaciones.

### **Participación de las personas**

Hubo mucha participación y ánimo en las personas que asistieron.

### **Comprensión de instrucciones**

Hubo comprensión de las indicaciones dadas. Asistieron seis personas que no están inscritas.

### **Información del expositor**

Sensación: Tenía preocupación por considerar que el cartel de “Preguntas para identificar problemas personales” tenía mucha información y que los participantes podrían “perderse”.

Aspectos a mejorar: Iba a tomar fotos y me di cuenta de que ya tenía baja la batería.

### **Descripción de actividad**

El día de hoy tardamos en empezar porque no habían venido las personas de que tienen las llaves del salón que ocupamos. Íbamos a trabajar en el espacio donde ven la televisión y dan misa pero al llegar vimos que estaba cerrado con candado. El psicólogo David pidió a uno de los usuarios que le pidiera la llave para trabajar en la sala de juntas.

Entramos a la sala de junta, observé que estaba el piso sucio y en general el espacio se veía un tanto abandonado.

Esperé un momento a que se juntaran los participantes, me quedé en la puerta para observar si veía a alguno de ellos e invitarlo a pasar, como fue en el caso del señor “Ef” y “Ju”.

Entraron muchas otras personas que no están inscritas, algunas me preguntaban si traía dulces, cuando les decía que no se iban.

### **Instrucción verbal, diálogo y discusión**

Retomé la lámina de “Habilidades para resolver problemas interpersonales” y los cinco pasos para resolver problema. Hubo inquietud de “S” por el concepto de “Interpersonal”, le di la respuesta y continuamos con la lámina del paso de “Buscar solución”. Aproveché el que incidente acerca de no tener salón y que buscamos una solución, al no haber funcionado la misma buscamos otra hasta encontrar este salón, que si nada más hubiéramos tenido una sola solución a lo mejor y no tener el salón de siempre hasta se hubiera suspendido la sesión, por lo siempre es mejor tener muchas soluciones. Hice la observación de que lo que íbamos a revisar es para problemas entre personas pero que lo podemos aplicar en todo tipo de problema.



Continué poniendo el ejemplo de que a un compañero le tocaba tirar la basura y no lo hizo. Para ello tomé como ejemplos al señor “H” y “C”. Hice las preguntas de ¿cuál es el problema?, ¿cómo se siente el señor “H”?, los demás participantes contestaron correctamente.

### **Componentes y pasos conductuales**

Pasamos al cartel de “preguntas para buscar soluciones”, al final les comenté que en realidad aunque son muchas preguntas, en realidad es una sola: ¿qué podría hacer para resolver el problema?

También enfatiqué el hecho de que mientras más posibles soluciones tengamos será mejor dado que si no funciona una solución podemos recurrir a otra.

### **Modelado**

Para esta sesión consideré que facilitaría la comprensión el presentar el ejemplo del modelado en una lámina. Después invité a los participantes a que buscáramos más posibles soluciones de las que ya estaban escritas. Los participantes dieron más.



### **Práctica (*Role-playing/dramatización*)**

En esta ocasión, dividí al grupo en tres equipos e invité a que uno de los integrantes comentara un problema que está teniendo y entre todos pensarán posibles soluciones.



Observé que el tercer grupo tenía a algunos usuarios que no estaban inscritos y que comprendían poco la información que se les daba, así que decidí quedarme con ello.

Al final se hizo una plenaria donde cada equipo presentaría el problema. Se presentaron los siguientes casos:

Equipo	Alternativas de solución propuestas
a) El equipo de "L" presentó el caso del señor "H": él tiene el problema de que dos compañeros le piden que se quite su reloj, porque según ello, ya no funciona.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acusarlos.</li> <li>• Hablar con ellos.</li> <li>• No hacerles caso.</li> </ul>
b) El equipo de "S" presentó el caso de él mismo, fue contratado de vigilante y ahora su jefe quiere que también haga la limpieza.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hacer caso.</li> <li>• No hacerle caso.</li> <li>• Renunciar.</li> <li>• Buscar otro trabajo.</li> <li>• Negociar.</li> </ul>
c) El equipo en que estuve presentó el caso del señor "J": hay un compañero de la institución que acostumbra el pasar por los lugares y quitar la comida a los demás durante la hora de la comida.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estar a las "vivas" de que no venga.</li> <li>• Reunirse con sus amigos para que entre todos se "echen aguas".</li> <li>• Gritarle, hablarle fuerte.</li> </ul>

### **Obstáculos**

En esta sesión la actividad fluyó correctamente. Solamente en el equipo donde participé los señores se mostraban con letargo y había poca participación. Cuando el señor “J” presentó su caso, les sugerí varias alternativas de solución.

### **Cumplimiento del objetivo de la sesión**

Cuando se dan alternativas de solución generalmente, por naturaleza empezamos a evaluar y rechazar posibles alternativas, por ejemplo, el rechazar acciones como gritarle a alguien, golpearle, sin embargo, es importante considerarlas aunque de antemano sepamos que las vamos a rechazar de otra forma nos cerramos a alternativas y lo más importante en este momento es tener muchas alternativas de solución, el momento de evaluar y rechazar una solución es el siguiente paso. Ello les causó cierta extrañeza a algunos, aún con ello considero que si se logró el objetivo.

### **Participación de las personas**

Hubo participación de la mayoría de las personas. *El señor “Jo” mostró actitud negativa hacia el señor “D”. Hacía comentarios de su desagrado. A veces se paraba de su asiento y me pedía que lo atendiera individualmente”.*

### **Comprensión de instrucciones**

En gran medida se comprendieron las indicaciones, únicamente los usuarios (alrededor de cinco personas) que formaron el tercer equipo, mostraban cierta dificultad.

### **Información del expositor**

Sensación: Me agradó mucho la sesión y el trabajo, me dio mucho gusto el trabajar con casos prácticos de los diferentes participantes.

Aspectos a mejorar: El tener un pizarrón en donde anotar las posibles soluciones puede dar mayor claridad a los diferentes pacientes. No se pudo tomar fotos porque la cámara no estaba lista.

### **Descripción de actividad**

El día de hoy pasé por el señor “S” al estacionamiento, donde trabajan, también estaba el señor “Al”, quien también se sumó al grupo.

Le pedí a “S” si iba por el psicólogo David, fue, regresó y me dijo que no había venido. Así que le dije a Silvia del área de rehabilitación.

Este día vinieron muchos señores de los que están inscritos y también muchos, que no están inscritos.

### **Instrucción verbal, diálogo y discusión**

Mostré la lámina de resolución de problemas y recordé los cinco pasos que hay que seguir para resolver problemas interpersonales. Les informé que hoy revisaremos la parte de “Evaluación de soluciones”.



### **Componentes y pasos conductuales**

Mostré la lámina de las preguntas que hay que hacer “Evaluar problemas”, la lámina de la explicación. Luego la lámina de las preguntas para “Evaluar soluciones”. Les indiqué que aunque son cinco preguntas, en realidad es una misma: “Qué puede pasar si hago...”



## Modelado

Trabajamos con los tres problemas que se habían trabajado la sesión anterior:

a) Caso del señor “H”.

**¿Cuál es el problema?** El señor “H” no asistió, por lo que sólo les mencioné que el problema es que en su dormitorio, hay dos personas que le insisten en que se quite el reloj, que, según ellos, no sirve.

**¿Qué podría hacer?** No hacerles caso, o quitarse el reloj y guardárselo en su bolsillo, hablar con ello diciéndoles que le molesta que le insistan en lo del reloj.

b) Caso del señor “S”.

**¿Cuál es el problema?** El señor “S” inició a trabajar de vigilante, pero luego le dijeron que también tendría que barrer.

**¿Qué podría hacer?**

Recordamos tres soluciones:

1. No hacerlo.
2. Hacerlo.
3. Renunciar.
4. Negociar, por ejemplo, acordar que lo hará en tres días.

**¿Qué pasaría?**

1. No hacerlo: seguramente lo tendrían en mal concepto, es un flojo. Lo correrían.
2. Hacerlo: serían bien visto, hasta podrían aumentarle el sueldo.
3. Renunciar: pierde el trabajo, no tendría dinero.
4. Negociar: puede que se acepte o no.

c) Caso del señor “J”.

**¿Cuál es el problema?** Un señor les quita su comida.

**¿Qué podría hacer?**

1. Estar al pendiente.
2. Hablar con él.
3. Reunirse con sus amigos y “echarse aguas” cuando venga.

**¿Qué pasaría?**

1. Si está al pendiente, le robaría menos veces aunque sería incómodo el tener que estar cuidándose en lugar de disfrutar la comida.

2. Hablar con él: quizás entienda, quizás su enfermedad se lo impida.
3. Reunirse con amigos: tendría que estar menos pendiente.

### **Práctica (Role-playing/dramatización)**

Les solicité que si alguien tenía un problema que pasara y lo podríamos trabajar. Nadie pasó.

Invité a un voluntario. Pasó el señor "T", que no está inscrito y no le entendía lo que decía.

La situación era que "C" lo había acusado de haber roto un vidrio y era falso.

Les indiqué que ese era el problema y qué podría hacer "T". Algunas ideas fueron el acusarlo, el decir la verdad (o sea que él no había sido).

En un segundo ejemplo el señor "C" se propuso. Le pedí que eligiera a un señor de los presentes, eligió al señor "L", y le dije cuál era la situación:

El señor "L" lo reta a pelear, ¿qué podría hacer?

- a) Pelear.
- b) No pelear
- c) Ir por cuatro amigos y pegarle a Lino.

¿Qué pasaría si...?

- a) Pelea: seguramente "L" le ganaría.
- b) No pelea: se mantiene la tranquilidad.
- c) Ir por cuatro amigos: se meterían en problemas en la Institución, pueden llevar a "L" al hospital, puede llegar hasta a la cárcel.

### **Obstáculos**

Observé a cerca de siete personas que se dormían. Ellos no están inscritos en el taller.

### **Cumplimiento del objetivo de la sesión**

Se cumplió el cometido que era que los participantes indicaran lo que pasaría con cada una de las propuestas de solución.

### **Participación de las personas**

Hubo poca participación, cuando hacía preguntas, por lo regular reinaba el silencio.

La sesión fue muy dirigida y les sugería las respuestas.

El retomar los casos de "S" y "S" apoyó en la actividad.

### **Comprensión de instrucciones**

Fue regular.

### **Información del expositor**

Sensación: Me dio gusto el que asistieran las personas inscritas. Pude tomar fotografías.

### Descripción de actividad

Hoy llegué y el señor “S” estaba en la entrada, así que rápidamente pasó por el psicólogo David. El personal de rehabilitación nos abrió el salón de siempre.

El señor “J” hizo el comentario “Ya hay que empezar” en tono de molestia, así que pregunté al resto del grupo si ya empezábamos y dijeron que sí.

#### Instrucción verbal, diálogo y discusión

Inicié haciendo el recordatorio de los pasos para resolver problemas interpersonales, así como la pregunta para cada uno de los pasos, luego anuncié que revisaríamos en la sesión el “Elegir una solución”. Pregunté qué entendían por “Elegir una solución”. “L” dio la respuesta en forma correcta. “Al” hizo comentarios que no venían al caso.

Puse el ejemplo de que si yo les dijera groserías y luego les pidiera perdón, ¿qué pasaría si no les hubiera pedido perdón?

“Al” comentó que a él no le importaría. Yo les dije que quizás a él no le importaría pero que quizás a otros sí, que quizás a otros les molestaría.

Les dije que qué pasaría si en lugar de una disculpa me riera. Lino comentó que se rompería la relación.

#### Componentes y pasos conductuales

Mostré la lámina. Hice la observación de que revisaríamos los pasos con un ejemplo. El ejemplo sería el de “José se burló de mi dibujo”. En la lámina también hice dibujos para ejemplificar los pasos para resolver conflictos interpersonales.

1. Identificar el problema, ¿Cuál es el problema? “José se burló de mi dibujo”.
2. Buscar soluciones. ¿Qué podría hacer? : *pegarle, hablar con él, acusarlo, romper su trabajo, burlarse de él, reclamarle, decirle cómo me hace sentir.*

Después analizamos cada una de las posibles soluciones (¿Qué pasaría si...?). Al final revisamos las preguntas para “Elegir una solución”.

#### Modelado

En esta sesión el modelado lo fui trabajando con el ejemplo de los pasos conductuales.

#### Práctica (Role-playing/dramatización)

Dividí al grupo en tres equipos de cinco personas. Les comenté que platicaran acerca de un problema que tuvieran o que tuvieron o que hayan visto en otros y que buscaran las posibles soluciones a esa situación.

- a) **Equipo de “J”**. Cuando daba las indicaciones el señor “J” se cambió de lugar por lo que quedó con otros cuatro señores que no están inscritos y que observaba en

condiciones poco favorables para el ejercicio (mostraban movimientos lentos, obnubilados), así que me acerqué y les pregunté (en realidad le pregunté al señor “J”) que cuál era el problema que tenían y me contestó que ninguno. Me quedé a platicar un poco acerca del caso del señor que les “robaba” el pan. Me comentó que ya no estaba, que lo tenían en enfermería. Le comenté que después saldría y que sería conveniente qué hacer para evitar que les siga quitando sus alimentos.

- b) **Equipo de “An”**. Observé que el señor “An” era quien tenía la palabra y en realidad les platicaba de vivencias con su familia.
- c) **Equipo de “L”**. El señor “L” dijo que no era algo que le ocurría a él pero que había visto a otros que lo hacen. Expresó que había unas personas que entraban a los dormitorios en la hora de la comida, levantaban el colchón y sacaban objetos de otros usuarios, por ejemplo jabones y que luego los cambiaban en la tienda por cigarrillos. Dentro de las soluciones que comentaron, sobre todo el señor Lino, estuvieron el de guardar sus cosas en otro lugar, si alguien ve a esos compañeros acusarlos, les sugerí que podrían hacer o comprar algún gabinete con llave.

### **Obstáculos**

Ninguno, solamente, durante el tiempo de la revisión de las láminas, llegó el señor “R” desnudo, le comenté que todavía estaba mojado y que se hiciera a un lado de las láminas para que los demás pudieran verlas.

Hizo caso, se fue, después regresó vestido y se volvió a ir.

### **Cumplimiento del objetivo de la sesión**

Hice la sugerencia de que entre las soluciones más eficaces está el *diálogo* y el decirle al otro *cómo me siento*.

### **Participación de las personas**

Salieron alrededor de cuatro personas, sólo una está inscrita.

### **Comprensión de instrucciones**

Habían alrededor de cuatro personas que no están inscritos que mostraban conductas aletargadas. El señor “Al” (que no está inscrito) hacía comentarios que no se vinculaban directamente con el tema. El comentario más separado fue el de “Isaac Newton fue el que hizo la teoría y después de ahí se han venido haciendo todas”.

El señor “C” (tampoco inscrito) se muestra muy animoso de entrar pero cuando participó empezó a hablar mirando hacia un punto fijo, en voz baja, como si estuviera rezando, hablando acerca de algo de no tenía nada que ver con el tema.

### **Información del expositor**

Sensación: Me agradó la sesión, considero que los participantes inscritos si captaron el mensaje de la sesión.

A la salida me encontré al señor “C” (que no está inscrito) y le cuestioné acerca de por qué había faltado, me dijo que estaba mal de la mente y tocó su cabeza, le dije “se siente mal” y asentó la cabeza, lo invité para el día jueves.

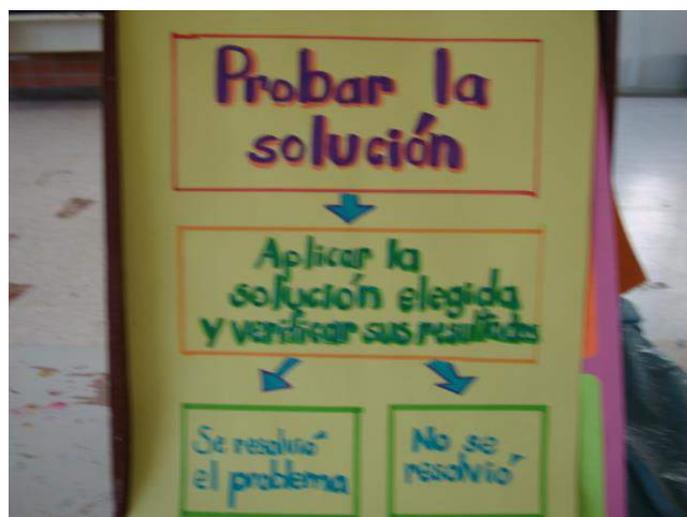
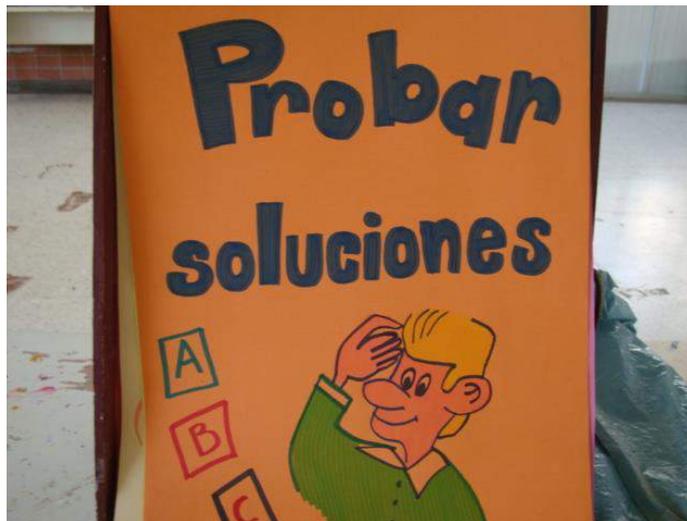
### Descripción de actividad

En la entrada nuevamente estaba el señor "S", quien me hizo el favor de ir por el psicólogo David. Después de unos minutos llegó el psicólogo de la calle y me pasó, me comentó que hoy cerraba el taller, le dije que sí, que había pensado en que se hiciera un convivio el próximo martes 11 de diciembre.

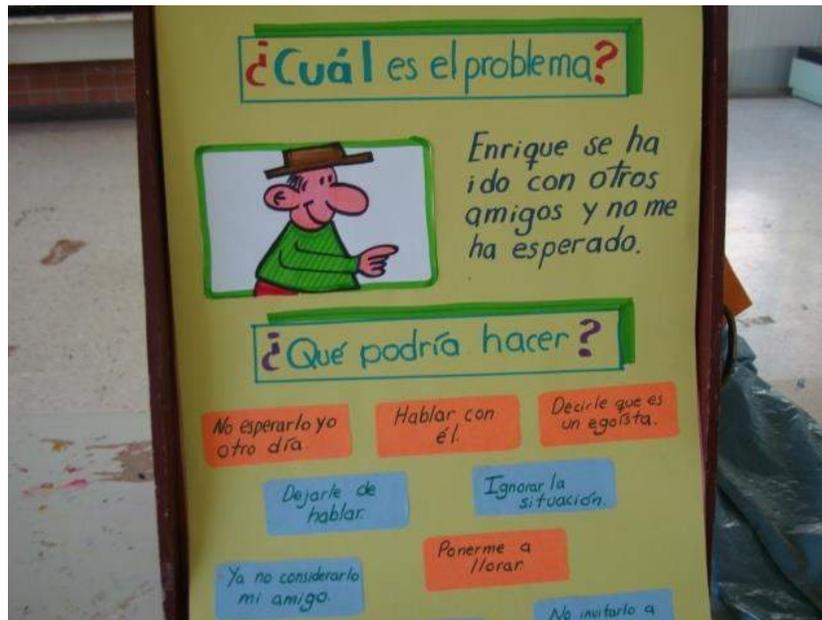
### Instrucción verbal, diálogo y discusión

Rápidamente se llenó el salón, ello me di gusto porque vi a muchas personas que sí estaban inscritas.

Inicié con el recordatorio de las láminas de "Resolución de problemas interpersonales" y los cinco pasos. Les dije que hoy revisaremos el último paso: "Probar la solución".



Para este tema puse un ejemplo, retomé el caso que originalmente era el modelado: “Enrique quiere se ha ido con otros amigos y no me ha esperado”.



En una lámina escribí los diferentes pasos para la solución de problemas:

1.- ¿Cuál es el problema?

“Enrique quiere se ha ido con otros amigos y no me ha esperado”.

2. ¿Qué podría hacer?

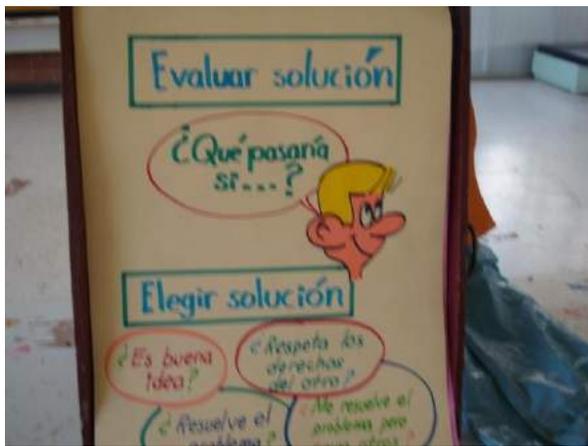
Anoté en el cartel una serie de sugerencias: *Hablar con él, decirle que es un egoísta, acusarlo, ponerme a llorar, etcétera.*

3. ¿Qué podría pasar si...?

Aquí fuimos analizando qué pasaría en cada una de las opciones que había anotado. Les preguntaba y ellos daban respuesta, generalmente el señor “A1” y “J” eran quienes daban la respuesta aunque, en ambos casos decían cosas que no estaban ligadas con el tema. De igual forma, el señor “R”, con disartria, decía cosas poco claras, aunque sí me daba cuenta de que se salía del tema y le decía que regresáramos al tema.

### **Componentes y pasos conductuales**

Después de revisar esos pasos pasamos a revisar las preguntas para probar una solución.



### Modelado

En esta sesión, como en la pasada, preferí el retomar esta parte y ponerla como ejemplo para los usuarios.

### Práctica (Role-playing/dramatización)

Formé tres equipos de cinco personas, en cada uno estaba una persona con quien se habían trabajado problemas en las sesiones pasadas, les indiqué que más que un caso inventado, lo importante era retomar lo aprendido en el taller y poder aplicarlo en la vida real, así que los invité a que se retomaran los problemas de las sesiones pasadas y buscaran la mejor solución para poder aplicar.

- a) El equipo de "L" con el caso de *"las personas que se entran a llevarse pertenencias guardadas en debajo los colchones"*. Al final comentaron que la mejor solución sería el guardar las cosas en otro lugar y que si hay alguien que tenga casilleros le pedirían de favor el guardar sus pertenencias.
- b) El equipo de "S": *"el caso del trabajo de "S", donde lo contrataron de vigilante por seis hora y ahora lo ponen a hacer limpieza"*. Al final "S" comentó que para él es difícil el

conseguir otro trabajo y que es mejor dedicarse una hora a hacer limpieza y “descansar” otras cinco.

- c) El equipo de “Je”: *“el señor que quita los alimentos durante la comida”*. En este equipo me quedé a trabajar. Al final se concluyó que lo mejor es reunirse varios y “echar aguas” cuando venga la persona. Les sugerí que podrían pensar en hablar con alguien de la Institución (directora, psicólogos, etcétera) y que ellos podrían tomar otras medidas, por ejemplo, que coman antes y después que ya no tengan acceso al comedor. También les comenté el que sería difícil hablar con la persona porque quizás no comprenda lo que se le está diciendo.

Después de la plenaria se cerró el taller y les indiqué que contestaran un cuestionario acerca del taller.

### **Obstáculos**

Solamente los casos señalados anteriormente en donde las personas que participaban se salían del tema.

### **Cumplimiento del objetivo de la sesión**

La sesión fluyó, las personas estuvieron interesadas en el tema. Al final se presentaron soluciones a los tres problemas que se habían trabajado.

### **Participación de las personas**

Fue adecuada, las personas contestaban a las preguntas que les hacía, en el trabajo en equipo escuchaba a varios hacer comentarios relativos al tema.

### **Comprensión de instrucciones**

En general hubo comprensión de las instrucciones dadas.

### **Información del expositor**

Sensación: Me gustó mucho esta sesión. Al final siempre damos un aplauso a todos por haber estado en la sesión. Hoy faltó ese aplauso, lo tuve que eliminar para poder hacer el cuestionario (post-test) y que no se entraran en la dinámica de salir. Me quedé con la sensación de que faltó cerrar la sesión.

Al final, el señor “S” se despidió y me dio un abrazo, me agradó ese gesto.

### **Descripción de actividad**

Hoy tuvimos una sesión extra, tuvimos un convivio. Cuando llegué pasé por el señor “S” quien se propuso para ir por el psicólogo David. Éste le mandó decir que pasara y que el personal de rehabilitación me abriría el salón.

Observé pocas personas en los pasillos. Después me enteré que les habían ido a aplicar vacunas antitetánicas y que estaban en el comedor. Ello me favoreció porque pude pasar con los alimentos sin que se sumaran personas que no estaban en el taller.

En la entrada del salón estaba el señor “L”, así que pasamos al salón “L”, “S” y yo. Pusimos y limpiamos las mesas. El señor “S” se ofreció nuevamente a ir por los demás.

Poco a poco fueron llegando los señores del taller, tanto los inscritos como los no inscritos que en algunas sesiones asistieron.

El señor “C” llegó pidiendo perdón por no haber asistido a las sesiones. El señor apodado “Chuky” también asistió y le compartí un sándwich.

Estaban en silencio, así que inicié la plática acerca de que me habían robado mi cartera con mi tarjeta de nómina y que tendría que pasar al banco para hacer la reposición de la misma. Después pasamos al tema de los robos y les platiqué algunas anécdotas de asaltos que he tenido, en donde en realidad no me quitaban pertenencias de valor. Generalmente el que hacía más comentarios era el señor “A”.

En algún momento entró un señor que no participó en el taller y el señor “J. M.” lo corrió levantando la voz y poniéndose enfrente de él, si el otro señor trataba de darle vuelta, el señor “J. M.” se ponía enfrente de él. Le dije que por qué tan enojón, me contestó que a ellos no les correspondía (el compartir los alimentos).

Después les pregunté acerca de si hacían pastorelas, el señor “Al” me contestó que mañana tendrían una pastorela con unas muchachas que vienen de una universidad, que duraba como cinco minutos. Luego les platiqué que estaba en una compañía de teatro y que el día de hoy tendría una pastorela, el señor “L” me preguntó qué papel tenía y les dije era el “diablo”, ello les causó risa.

Algunos usuarios se fueron retirando, al final se quedaron las personas más constantes en el taller: “L”, “S”, “P”, “E”, “J”, “J. M.”, “Al” y el señor “H”.

Les repartí unos dulces y se fueron despidiendo de mí con un abrazo.

### **Obstáculos**

En algún momento entraron muchas personas que no eran del taller y pidieron alimentos, les di algunos panes, pero como ya eran muchos, a algunos sólo les tocó una rebanada sola de jamón o un pan.

### **Información del expositor**

Sensación: Me dio gusto que se presentaron las personas que habían estado en el taller.