UNIVERSIDAD SALESIANA A.C.

INCORPORADA A LA U. N. A. M.

EVALUACIÓN DE LA EFICACIA DEL "TALLER DE ENTRENAMIENTO DE HABILIDADES SOCIALES" PARA PACIENTES PSIQUIATRICOS ADULTOS DEL PROGRAMA DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL DEL HOSPITAL PSIQUIATRICO "FRAY BERNARDINO ALVAREZ"

TESIS PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

PRESENTA

LILIANA HERNÁNDEZ AMEZCUA

ASESOR DE TESIS:

FRANCISCO JESÚS OCHOA BAUTISTA

MÉXICO, D.F. 2008

Universidad Nacional Autónoma de México
UNAM
Biblioteca Central
Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE

Introducción iii
Capitulo 1.- Las Habilidades Sociales Básicas 1
1.1.- Orígenes históricos en el estudio de las Habilidades Sociales 2
1.2.- Concepto de Habilidad Social 5
1.3.- Principios teóricos de las Habilidades Sociales 9
1.4.- Los modelos teóricos 10
1.5.- componentes de las Habilidades Sociales 22
1.6 Déficit en Habilidades Sociales 32
1.7.- Evaluación de las Habilidades Sociales 36
Capitulo 2.- El Entrenamiento de las Habilidades Sociales 49
2.1.- Concepto: El Entrenamiento en Habilidades Sociales. 50
2.2.- Características del Entrenamiento en Habilidades Sociales 53
2.3.- Desarrollo de un Entrenamiento en Habilidades Sociales: Planificación y su aplicación. 56
2.4.- Técnicas utilizadas en el Entrenamiento en Habilidades Sociales 62
Capitulo 3.- Esquizofrenia 73
3.1.- Definición 73
3.2.- Historia del concepto de esquizofrenia 73
3.3.- Epidemiología 86
3.4.- Tasa de reproducción 86
3.5.- Clasificación sintomática 89
3.6.- Factores de riesgo 92
3.7.- Criterios para el diagnostico y clasificación de esquizofrenia 93
3.8.- Etiología 98
3.9.- Tratamiento 99
Capitulo 4.- La aplicación del Entrenamiento de las Habilidades Sociales con pacientes esquizofrénicos. 102
4.1 Ámbitos de la aplicación del Entrenamiento en las Habilidades Sociales. 105

4.2 El Entrenamiento en Habilidades Sociales como estrategia de intervención en los trastornos psicológicos. 107
4.3.- Aplicación de Entrenamiento en Habilidades Sociales en Esquizofrenia. 110
Capitulo 5.- Modelo de Entrenamiento de Habilidades Sociales del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez" 122
5.1.- Justificación de un modelo de Habilidades Sociales en un programa de rehabilitación. 125
5.2.- Objetivo de un Taller de Entrenamiento de Habilidades Sociales para pacientes ambulatorios. 126
Capitulo 6.- Metodología 127
Capitulo 7.- Análisis y resultados 135
Capitulo 8.- Conclusiones 140
Bibliografía. 143
Anexos 151

INTRODUCCION

Las Habilidades Sociales representan una serie de herramientas psicológicas y conductuales en su conjunto, y es por ellas que los sujetos logran establecer una vinculación social más o menos adaptable cuando a partir del despliegue de las mismas se logra instrumentalmente obtener reforzadores de sus resultados. En ese sentido las Habilidades Sociales al sufrir un bajo desarrollo, deterioro y/o déficit hace que los individuos vayan perdiendo la capacidad de adaptarse de acuerdo a las exigencias que su medio social, familiar y laboral que les demanda en la interacción cotidiana, como resultado de ello, es posible a partir de este deterioro de Habilidades Sociales, los sujetos desarrollen mecanismos de afrontamiento poco efectivos para lograr sus objetivos de la vida cotidiana. Sin embargo es bien conocido por el personal de salud mental que los pacientes que son atendidos en instituciones psiquiátricas, como resultado de su padecimiento despliegan un repertorio limitado de Habilidades Sociales para hacer frente a la vida en general, ya que las enfermedades mentales en su curso van dejando en la historia de estos pacientes experiencias que hacen evidente dichas dificultades, tales como: los fracasos en la vida escolar, las dificultades para establecer amistades, para lograr vincularse con una pareja, para establecer relaciones intimas y duraderas, para integrarse a grupos sociales pequeños, etc. Siendo que su sentido de ubicuidad se reduce a su mero contexto familiar nuclear desplegando una serie de actitudes de dependencia, ansiedad y estilos conductuales de escape evitación.

Es cierto que las Habilidades Sociales como modelo psicológico es poco conocido, y más aún en el ámbito de la salud mental, sin embargo el campo de aplicación históricamente ha tenido diferentes vertientes, que va desde la educación, el laboral y el clínico, este último menos explorado sobre todo por los países latinos, ya que los orígenes y desarrollo de las Habilidades Sociales como concepto y entidad psicológica ha sido desarrollada por los Estados Unidos y Europa principalmente y las líneas de investigación como consecuencia también han surgido de estos países de origen.

En México desde la efervescencia de los modelos de rehabilitación a principios de los años noventa y la inclusión de marcos de referencia a estos modelos como bases teóricas que sustentan su trabajo clínico, los modelos cognitivos-conductuales han tenido gran aceptación y es por ello que se han incluido este tipo de acciones tendiente al tratamiento y rehabilitación de pacientes psiquiátricos.

Sullivan en 1953 sugirió que las enfermedades mentales ante todo eran caracterizadas por un patrón de perturbaciones de la conducta social. No obstante que las enfermedades mentales son de base padecimientos con un sustrato biológico, las consecuencias sociales suelen ser de gran impacto social en la vida de los sujetos en el momento que se requiera de estos patrones conductuales se pongan en juego para lograr el mejor nivel de adaptación a las exigencias a las que se ven sujetos los individuos.

El propósito de esta investigación va dirigida a evaluar el modelo de Entrenamiento de Habilidades Sociales del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez" que por primera vez se implemento esta modalidad de rehabilitación para pacientes psiquiátricos en nuestro país y que conforma una serie de acciones que van dirigidas a la recuperación funcional de los pacientes que atiende dicha institución y como consecuencia de las secuelas directas de su padecimiento dadas las minusvalías se alteran los roles sociales, sus patrones cognitivos, conductuales y la disminución o pérdida de Habilidades Sociales instrumentales en el proceso de vinculación social, familiar y laboral.

Para tal efecto la presente investigación se constituye en 8 capítulos, iniciando con una revisión histórica: Con el capitulo 1 se incluye la conceptualización de la Habilidades Sociales, su concepto y los principales modelos teóricos, específicamente los desarrollos de los Estados Unidos y Europa. En el capítulo 2 se describen las características y el concepto de entrenamiento y no solo de habilidad social, las técnicas de entrenamiento y la planificación en la implementación de esta modalidad de rehabilitación. Así mismo para la comprensión de lo que se pretende explicar como modelo de entrenamiento en el capítulo 3, se define la esquizofrenia el desarrollo histórico del concepto, así como la clasificación diagnóstica y nosológica de este padecimiento. Mientras que el capitulo 4 se desarrolla la

aplicación de esta modalidad de entrenamiento y las estrategias de intervención. En el capítulo 5 lo que actualmente se lleva a cabo en el Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez", su modelo de aplicación, la población que se atiende, así la justificación y objetivos de dicho programa, para finalizar con la implementación de la puesta en marcha de las habilidades adquiridas para la generalización al ambiente. En el capítulo 6 se describe la metodología con la que se implementa dicha investigación, así como su análisis y resultados contenidos en el capítulo 7 y finalmente las conclusiones del presente trabajo en el capítulo 8.

Capitulo 1.-

Las Habilidades Sociales Básicas.

Una de las partes más importantes de nuestra vida son las relaciones sociales. En cada una de las cosas que hacemos hay un componente de relación que determina en gran medida (facilitando o entorpeciendo) nuestra búsqueda de la felicidad.

Raramente en nuestra vida vamos a poder escapar de los efectos de las relaciones sociales, ya sea en el lugar de trabajo, de estudios, nuestros ratos de ocio o dentro de nuestra propia familia, una interacción placentera en cualquiera de estos ámbitos nos hace sentir adaptados, desarrollando nuestras tareas con mayor eficacia, una baja competencia en las relaciones con los demás puede llevar al fracaso en un trabajo, los estudios o en la familia ya que la forma como reaccionamos a las conductas de los demás tiene siempre sus consecuencias.

La comunicación interpersonal es una parte esencial de la actividad humana y máxima representante de las relaciones que establecemos con los otros, es por lo mismo que se menciona que como seres humanos somos anímales sociales y que pasamos gran parte de nuestras vidas en interacciones cara a cara con otras personas y en diferentes escenarios sociales Caballo (2002). La mayoría de las horas en que estamos despiertos las pasamos en alguna forma de interacción social, ya sea interpersonal o a lo largo de una diversidad de grupos. Sin embargo, esta comunicación en muchos momentos es frustrante e inadecuada.

Antiguamente la vida era mucho más simple, si no más fácil. Había menos sistemas sociales, la movilidad social era menor y las relaciones eran relativamente más claras. Los papeles sociales teníamos que seguir cada uno de nosotros estaban claramente definidos sin embargo, en la sociedad occidental actual, el ritmo de vida es más rápido, más difícil y más complejo, las reglas cambian según el sistema en el que estamos trabajando en cada momento a menudo nos obligan a trabajar en dos o más sistemas

sociales de forma simultánea, y esto requiere de una gran destreza social (Ovejero, 1998).
Se puede decir, que el discurrir de nuestras vidas está determinado, al menos parcialmente, por el rango de nuestras Habilidades Sociales, (Caballo, 2002).

Aunque el siglo XX ha sido testigo de notables logros con respecto al dominio de habilidades técnicas, parece ser que la habilidades para la mejora de las relaciones interpersonales y sociales se han olvidado (Ovejero, 1998).

Pero no sólo es importante la competencia a nivel laboral sino también para hacer nuevos amigos, establecer una relación intima con otra persona, o bien para llevarnos bien con nuestros padres, amigos e hijos. El grado de habilidad social que poseamos en cada una de estas áreas específicas será, en buena medida determinante en nuestro comportamiento en la vida.

1.1.- Orígenes históricos en el estudio de las Habilidades Sociales

Como señala Gismero (2000.), los orígenes históricos del estudio de las Habilidades Sociales se remonta a los años 30, es ésta época, según Phillips (1985), varios autores especialmente en el ámbito de la psicología social estudiaban la conducta social en niños bajo distintos aspectos por ejemplo, Williams (1935) estudiando el desarrollo social de los niños que hoy día podríamos englobar dentro de el término de asertividad. Otros autores dentro de un enfoque centralista Jack, (1934.), Page, (1936.), explicaron la conducta social de los niños en función de variables internas dando un papel secundario a las ambientales. Munné (1989) o Curran (1985) tras revisiones sobre el tema, comentan que algunos autores neofreudianos Adler, (1920), Horney, (1945); Sullivan, (1953) también contribuyeron al desarrollo de un modelo interpersonal del desarrollo de la personalidad y de las Habilidades Sociales. Aunque, estos autores centran su terapia en una reconstrucción analítica interpretativa de las experiencias tempranas, dejando de lado la enseñanza de nuevas competencias sociales.

Por otra parte desde los años 50, aumentó el interés por el tema de las Habilidades Sociales y su entrenamiento en el campo de la psicología social y el trabajo. Mayor atención aún que las habilidades de supervisión recibieron las de enseñanza y se plasmó lo que se ha llamado micro enseñanza. La práctica programada de las habilidades necesarias para los profesores Gil y Sarriá, (1985) a nivel educativo, también se ha estudiado la práctica de las Habilidades Sociales en niños. Michelson, (1987) y su relación con la autoestima, el rendimiento académico y el autoconcepto, o en el caso de padres y profesores o adolescentes Goldstein, (1989).

Otra fuente para el estudio científico y sistemático del tema está constituida por los trabajos de Pillips y Ziegler, (1961, 1964), sobre la "competencia social" en adultos institucionalizados, donde se demostró que cuanto mayor era la competencia social previa de los pacientes menor era la duración de su estancia y más baja su tasa de recaídas.

Otras de las raíces históricas del movimiento para el estudio de las Habilidades Sociales tuvo lugar en Inglaterra Oxford donde el concepto de "Habilidad" era aplicado a las interacciones hombre-máquina, considerando que la analogía con estos sistemas implicaba características perceptivas, decisorias, motoras y otras relativas al procesamiento de la información. La aplicación del concepto de habilidad a los sistemas del hombre – hombre dio pie a un copioso trabajo sobre Habilidades Sociales. P.ej., Argyle, (1967, 1969, 1975), Argyle y Kendon, (1967), Argyle, (1975, en el que se incorporaba la importancia de las señales no verbales.

A la vista de estos hallazgos, se puede decir, siguiendo a caballo (2002), que la investigación sobre Habilidades Sociales ha tenido un origen diferente en los EE.UU. y en Inglaterra, al igual que un énfasis distinto, aunque ha habido una gran convergencia en los temas, métodos y conclusiones entre ambos países Furnham (1985) describió una panorámica de estas diferencias.

Los americanos se han basado principalmente en los trabajos de Wolpe y Lazarus (1966), básicamente terapeutas de la conducta. Estos autores se centran en el enfoque clínico "problemas" de esquizofrenia, delincuencia, alcoholismo, el empleo de entrenamiento asertivo considerando el déficit en conducta asertiva como un índice de inadecuación social, la preocupación por cuestiones metodológicas de índole práctico y el interés por variables situacionales. Por su parte, los europeos, y en particular el grupo Oxford, se centran en un enfoque psicosocial, influidos por la psicología social de Argyle y con una clara influencia en el terreno laboral, organizacional y educativo. Los europeos consideran el déficit en conducta asertiva como carencia de amigos y dificultades para el desarrollo de relaciones de amistad Trower, Bryant y Argyle (1978).

En Estados Unidos, el organismo es visto como reactivo a los eventos externos, sin embargo, los europeos contemplan al individuo respondiendo a lo interno (motivación, necesidades y metas).

Los americanos se basaron en el paradigma del condicionamiento, aunque últimamente existe una clara influencia de lo cognitivo, en contra de los europeos siguieron al cognitivismo y con influencia del paradigma de la cibernética.

El énfasis en el estudio de la asertividad se produce en la investigación norteamericana, los europeos se centran más en la formación de amistades y el atractivo interpersonal, y proponen emplear el Entrenamiento de Habilidades Sociales en el desarrollo de una amplia gama de Habilidades Sociales. El interés de estos últimos por el contexto tanto situacional como social y cultural es evidente.

Los europeos se han centrado más en las conductas no verbales de la interacción social que en las verbales.

1.2.- Concepto de Habilidad Social

hoy en día existe una cierta dificultad a la hora de definir lo que es una conducta socialmente habilidosa, aunque de forma intuitiva o por sentido común se puede tener una idea de cuándo una persona se ésta comportando de forma competente en una situación determinada, a la hora de definir explícita y clara, surgen algunos problemas.
Como resumen Caballo (2002) propone que esos problemas son básicamente de tres tipos: en primer lugar, el gran número de investigaciones y publicaciones sobre el tema contribuye a generar confusión puesto que es habitual emplear términos diversos para referirse a un mismo concepto. Durante los años 1958 – 1978, el término que más se utilizó fue el de asertividad (en la literatura conductual), después progresivamente se va sustituyendo por el de Habilidades Sociales.

En segundo lugar, la dificultad radica en desarrollar una definición consistente y única, puesto que la habilidad social está determinada por el contexto social, marco cultural, factores de tipo personal, de la edad, el género, la clase social y la educación (Pérez – Santamarina, 199919, tal forma, si el contexto cultural se añade las diferencias individuales, cognitivas, actitudes y valores, se puede considerar que no puede haber un criterio absoluto de habilidad social, ya que una conducta considerada apropiada en una situación puede ser altamente inapropiada en otra y viceversa.
En tercer lugar, ha sido bastante habitual que mientras unas definiciones de habilidad hacían referencia a los contenidos de la conducta, otras se referían a sus consecuencias y otras incluso a ambos aspectos.

En la actualidad en las diferentes definiciones se puede apreciar que se incluyen las dos posturas, es decir tanto el contenido como las consecuencias de las conductas interpersonales.

Las definiciones relativas al contenido de las Habilidades Sociales suelen considerar que el contenido está formado por la expresión de sentimientos, opiniones personales, emociones, etc.

Un ejemplo de este tipo sería la de Blanco (1983): “La capacidad que el individuo posee de percibir, entender, descifrar y responder a los estímulos sociales en general, especialmente a aquellos que provienen del comportamiento de los demás”.

Ahora se incluirán algunas definiciones relativas a las consecuencias de las Habilidades Sociales, Libert y Lewinsohn (1973): “capacidad para comportarse de una forma que es recompensada y de no comportarse de forma que uno sea castigado o ignorado por los demás”, Kelly (1982) como: “conjunto de conductas identificables, aprendidas, que emplean los individuos, en las situaciones interpersonales, para obtener o mantener el reforzamiento de su ambiente” o más recientemente, la de García Sáiz y Gil (2000): “comportamientos aprendidos que se manifiestan en situaciones de interacción social, orientados a la obtención de distintos objetivos, para lo cual han de adecuarse a las exigencias situacionales”.

Tras estas dificultades en la definición, finalmente se llegó a la conclusión de que resultan más adecuadas aquellas que incluyen tanto aspectos relativos a contenido como a consecuencia. En este sentido Caballo (1987, 1993) propone. “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 a los demás, y que generalmente resuelve los problemas inmediatos de la situación mientras minimiza la probabilidad de futuros problemas”.

No hay que olvidar que una de las dificultades a la hora de hacer definiciones es el bagaje de conceptos que podrían pasar como sinónimos pero no lo son, por lo que hay que estar alertas cuando se aparezcan términos, que si bien no los vamos a definir, si sería importante mencionarlos, se trata de conceptos como, asertividad o persona asertiva, competencia social, habilidades interpersonales, inteligencia social, comportamiento adaptativo, habilidades de supervivencia, así como, habilidades de interacción social, habilidades para la interacción, habilidades de relación interpersonal,

conducta socio interactiva, conducta interpersonal, relaciones interpersonales e intercambio sociales Valles y Valles, (1996).

De tal forma se tratara de llegar a una conceptualización básica en el entendido de las Habilidades Sociales, se puede considerar a las Habilidades Sociales según una definición más contemporánea de Nelly (1997) "aquellas conductas aprendidas que ponen en juego las personas en situaciones interpersonales para obtener o mantener reforzamiento del ambiente. Entendidas de tal manera, las Habilidades Sociales pueden considerarse como vías o rutas hacia los objetivos de un individuo". El autor hace énfasis en tres aspectos de su definición.

a.- Entender la conducta socialmente hábil en términos de su posibilidad de llevar hacia consecuencias reforzantes.

b.- Las situaciones interpersonales en las que se manifiestan Habilidades Sociales.

c.- Describir la conducta socialmente competente de modo objetivo.

Para los fines y propósitos del presente documento se abordara el concepto que se propone en la producción titulada "Habilidades Sociales: Teoría, Investigación e Intervención", siendo una compilación y recopilación de las aportaciones más relevantes de todos aquellos autores, profesionales e investigadores, cuya actividad gira en torno al ámbito clínico, escolar, social y comunitario y en el de las organizaciones.

Los compiladores del capítulo que hacen referencia a una aproximación conceptual a las Habilidades Sociales son León Rubio y Medina Anzano (1998) y su definición conceptual dice lo siguiente:

"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:

a.- Conseguir reforzadores en situaciones de interacción social.

b.- Mantener o mejorar la relación con otra persona en la interacción interpersonal.

c.- Impedir el bloqueo del refuerzo social o mediado socialmente.

d.- Mantener la autoestima y disminuir el estrés asociado a situaciones interpersonales conflictivas.

Para finalizar el apartado, se puede resumir las principales características de las Habilidades Sociales, según caballo (2002), serían las siguientes:

1.- Se trata de una característica de la conducta, no de las personas.

2.- Es aprendida. La capacidad de respuesta tiene que adquirirse.

3.- Es una característica específica a la persona y a la situación, no universal.
4.- Debe contemplarse en el contexto cultural del individuo, así como en términos de otras variables situacionales.

5.- Está basada en la capacidad de un individuo de escoger libremente su acción.

6.- Es una característica de la conducta socialmente eficaz, no dañina.

Resumiendo, el uso explícito del término Habilidades significa que la conducta interpersonal consiste en un conjunto de capacidades de actuación aprendidas. La probabilidad de ocurrencia de cualquier habilidad en cualquier situación social está

determinada por factores ambientales, variables de la persona y la interacción entre ambos.

1.3.- Principios teóricos de las Habilidades Sociales

El estudio de las Habilidades Sociales se fundamentan en una serie de principios y conocimientos establecidos y desarrollados en distintos marcos teóricos y disciplinas científicas, entre ellas: la teoría del aprendizaje social, la psicología social y la terapia de la conducta, a continuación se describen algunas corrientes teóricas.

La teoría del aprendizaje social de Bandura (1987), considera el comportamiento social como fruto de la interacción entre factores intrínsecos de la persona (procesos cognitivos y motivacionales) y factores extrínsecos (ambientales y situacionales). Los procesos importantes que influyen sobre ese comportamiento social son: la historia de reforzamiento directo, la historia del aprendizaje observacional (el modelado), el feedback y el moldeamiento o perfeccionamiento de las habilidades, la cantidad de oportunidades para practicar conductas y el desarrollo de expectativas de ejecución positivas, es decir, la anticipación de las consecuencias de las respuestas, la autoeficacia, las consecuencias de las respuestas y la autorregulación del comportamiento. Este autor ha argumentado que la persona, el ambiente y la conducta son variables fundamentales para comprender y predecir la actuación social adecuada.

La psicología social, nos aporta conocimientos sobre procesos psicosociales implicados y necesarios para el desarrollo de las Habilidades Sociales, como la percepción social, la atracción interpersonal, la comunicación no verbal, el desempeño de roles, etc.

La terapia de conducta proporciona un marco útil para el análisis funcional del comportamiento social, un conjunto de técnicas de probada eficacia y también metodológico. Desde esta perspectiva, el propio Skinner ya hizo expresa mención al papel que desempeñan las cogniciones en la explicación del comportamiento humano al

afirmar que: “una adecuada ciencia de la conducta debe considerar los eventos que se llevan a cabo dentro de la piel del organismo, como parte de la conducta misma” Skinner, (1963). Por otra parte, Mahoney y Kern (1983) también defendieron la tesis de que, si bien los eventos privados (los procesos cognitivos) no pueden ser objeto de estudio, desde un punto de vista psicológico, resulta perfectamente lícito considerarlos como factores intervinientes y reguladores de la conducta humana (García – Pérez y Magaz, 1997).

1.4.- Los modelos teóricos

A continuación se presentaran algunos modelos teóricos explicativos de las habilidades Sociales descritos en la literatura sobre el tema. Concretamente, se analizaran dos ejemplos de los modelos más clásicos, como son el de Argyle y Kendon (1967) o el de Bandura (1987) y dos modelos más clásicos, denominados interactivos o interaccionistas, el de McFall (1982) y el de Trower (1982).

A) Modelo Psicosocial básico de las Habilidades Sociales de Argyle y Kendon (1967)

En Europa cobra especial importancia en los años 60 y es a raíz de la aplicación en el ámbito industrial del enfoque del procesamiento de la información, tomando como analogía la relación hombre – máquina, que se aplica a la relación hombre – hombre bajo la etiqueta de habilidad social.

Argyle y Kendon (1967) proponen un modelo explicativo del funcionamiento de las Habilidades Sociales que incorpora esa analogía, cuyo elemento principal es el rol en el que se integran, junto a las conductas motoras, los procesos perceptivos y cognitivos (Modelo psicosocial). Así, las habilidades necesarias para que una persona utilice adecuadamente una herramienta o equipo (relación hombre – máquina) se hacen extensibles al empleo de habilidades que permitan a las personas establecer una eficiente relación de trabajo y profesional con los demás (analogía hombre – hombre).

Las semejanzas entre la interacción social y las habilidades motrices se representan como un circuito cerrado que incluye una serie de procesos:

Fines de la actuación hábil: se trata de alcanzar unos objetivos bien definidos.

Percepción selectiva de las señales sociales de los demás. Un sujeto (A) observa las señales sociales de su interlocutor sujeto (B). Por ejemplo: el profesional de la salud sujeto (A) observa la expresión facial del paciente/ cliente sujeto (B) cuando le comunica un diagnóstico.

Procesos centrales de traducción, asignando una significación concreta a la información que reciben del otro. El primer sujeto (A) otorga una significación específica a esas señales del sujeto (B). Por ejemplo, el profesional de la salud sujeto (A) cree que el paciente/ cliente sujeto (B) está abatido.

Planificación: Búsqueda y valoración de una/s alternativa/s de actuación que consideren eficientes en una situación determinada. El sujeto (A) planifica su actuación, considerando distintas alternativas y valorando las ventajas y desventajas de cada una de ellas. Por ejemplo: El profesional de la salud sujeto (A) considera la posibilidad de dar ánimos, o recetarle un antidepresivo.

Respuestas motrices o de actuación: El sujeto (A) ejecuta la alternativa que considera más adecuada a la situación. Por ejemplo: El profesional de la salud sujeto (A) resta gravedad al asunto y da ánimos al paciente sujeto (B).
Feedback y acción correctiva: La actuación del sujeto (A) es a su vez una señal para el sujeto (B), quien pondría en marcha todos los procesos anteriormente señalados proporcionando así información acerca de su acción inicial o dando por cerrado el circuito de interacción. Cualquier fallo dará lugar a un "corto circuito" en el sistema, generando un comportamiento incompetente. Por ejemplo, el profesional de la salud sujeto(A) decide no hacer nada para tranquilizar al paciente – cliente sujeto (B), bien porque no se dio cuenta de la expresión de preocupación de aquel, o lo consideró como

algo normal, o no sabía qué hacer, o no se sentía con motivación suficiente para tranquilizarlo.

El Timing de las respuestas: durante la interacción social de los interlocutores deben sincronizar sus respuestas. Para lograr una sincronía adecuada será necesario que los interlocutores asuman el papel del otro, entre otras cosas, para que cada uno pueda anticipar cuándo va a ser necesario emitir una determinada respuesta y cómo puede ésta influir en el otro. Por ejemplo, el sujeto (A) comprende, interpretando la expresión facial del sujeto (B) que se siente angustiado y que debe hacer algo.

Este modelo es sencillo y práctico, y explica los déficit en Habilidades Sociales como un error producido en algún punto del sistema que provocaría un corto circuito en todo el proceso y presenta una clara analogía entre las Habilidades Sociales y las motoras (Argyle, 1981; 1988) es decir, sugiere que la noción de habilidad social implica una analogía con gran variedad de habilidades de otro tipo, como las habilidades motoras utilizadas para escribir a máquina o conducir un coche (Argyle, 1981, 1994). Esto implicaría que, de igual forma que uno puede adquirir una habilidad motora con el consiguiente entrenamiento, también podría adquirir una habilidad social. Esta analogía implica además que las Habilidades Sociales pueden variar en función de la otra persona implicada y de la tarea en cuestión.

Con estos postulados García, Saíz y Gil (2000) mencionan que los fallos pueden deberse a distintos motivos:

Desajuste en los objetivos de los sujetos, bien porque éstos sean incompatibles, inapropiados o inalcanzables.

Errores de percepción, bajo nivel de discriminación, percepción estereotipada y errores de atribución causal.

Errores en la traducción de las señales sociales, fracaso al evaluar alternativas, no tomar decisiones o tardar en tomarlas, tomar decisiones negativas.

Errores de planificación, no analizar las diferentes alternativas de actuación.

Errores en la actuación, no saber qué hacer, no poseer experiencia.

B) Modelo de Bandura (1987): Teoría del Aprendizaje Social

Bandura no propone propiamente un modelo de Habilidades Sociales, sin embargo, su teoría de aprendizaje Social, es de gran utilidad y relevante a la hora de comprender el comportamiento social.

En 1969, Bandura ya había descrito la influencia del aprendizaje observacional o vicario (que el denomino "modelado") en la conducta social y demostrado su efecto a lo largo de un número de estudios, para este autor, la imitación tiene lugar sin ningún incentivo o refuerzo, es más, demostró que dicho aprendizaje observacional o por imitación de un modelo se produce aun cuando la acción de este último es castigada (Bandura, 1987). No nos limitamos a imitar a la manera de los monos la conducta ajena, sino que extraemos reglas generales acerca del modo de actuar sobre el ambiente, y las ponemos en práctica cuando suponemos que con ellas podemos obtener el resultado deseado.

De tal forma, Bandura sostiene que "el funcionamiento psicológico se explica por una continua y recíproca interacción entre factores determinantes personales y ambientales" (Nelly, 1987).

En su modelo, este autor tuvo también en cuenta el papel de las expectativas de éxito o fracaso, incluyendo la autoeficacia o creencias de un individua acerca de su posibilidad de actuar eficazmente para alcanzar lo que quiere. Por tanto, si bien es cierto que las personas pueden controlar su comportamiento mediante metas autoimpuestas es cierto

que las personas pueden controlar su comportamiento mediante metas autoimpuestas y consecuencias generadas por ellas mismas (autoreforzamiento).

Desde este punto de vista las Habilidades Sociales se adquieren normalmente como consecuencia de varios mecanismos de aprendizaje: consecuencias del refuerzo directo; Resultado de experiencias observacionales; efecto de feedback interpersonal; y conclusión del desarrollo de expectativas cognitivas respecto a las situaciones interpersonales (Nelly, 1987). Estos principios permiten estructurar el Entrenamiento en Habilidades Sociales de tal modo que cumpla una serie de condiciones: una, que sepamos qué conductas nos demanda la situación; dos, que se tenga la oportunidad de observarlas y ejecutarlas; tres, que se tenga referencias acerca de lo efectivo o no de nuestra ejecución; cuatro, que se mantenga los logros alcanzados y; finalmente que las respuestas aprendidas se hagan habitualmente en nuestro repertorio de conducta (León, 1998).

Así, los principales elementos de la conducta social serían (León, 1998):

Los procesos perceptivos. Mediante la observación directa del individuo se adquiere información acerca del medio.

Los procesos cognitivos reguladores. La persona prevé las consecuencias que tendrá su conducta y por ese motivo regula la conducta atendiendo a tales predicciones. Se contempla que la persona tiene unas expectativas que se han ido creando a partir de experiencias previas de refuerzo y castigo. A partir de estas expectativas decide la respuesta a emitir.

El proceso de ejecución de la conducta.

Desde esta perspectiva, la incompetencia social podría ser explicada por la carencia de conductas adecuadas en el repertorio conductual del sujeto, bien por una socialización deficiente o bien por la falta de experiencias sociales pertinentes o también podría

explicarse por la inhibición de las conductas requeridas en una situación interpersonal concreta, debido a presiones tales como la ansiedad condicionada a ciertos estímulos que configuran dicha situación y, expectativas negativas respecto a nuestra competencia social (León, 1998).

En definitiva, este modelo incluye los mismos elementos propuestos por Argyle, con la diferencia de que él apuntaba sólo al proceso de formación de expectativas acerca de las consecuencias que el sujeto obtendrá con su conducta. En un contexto más general, Bandura (1978) ha argumentado que la persona, el ambiente y la conducta constituyen una importante contribución relativa a las variables fundamentales que tienen que ser consideradas para comprender y predecir la actuación adecuada.

C) Modelos Interactivos o Interaccionistas de las Habilidades Sociales

Los modelos interactivos o interaccionistas contemplan la competencia social como el resultado final de una cadena de procesos cognitivos y de conducta que se iniciaría como una percepción correcta de estímulos interpersonales relevantes, seguiría con el procesamiento flexible de unos estímulos para producir y evaluar posibles alternativas de respuestas, de las cuales se seleccionaría la mejor, y, finalizaría con la expresión de la acción elegida (León y Medina, 2002).

Dentro de los modelos interactivos los más relevantes han sido formulados por Trower (1982 y McFall, 1982).

McFall (1982) define a la competencia social como un juicio evaluativo general referente a la calidad o adecuación del comportamiento social de un individuo en un contexto determinado. Asimismo, afirma que la competencia social es una adecuación de una ejecución total de una persona a una tarea concreta.

Se debe señalar que la gran aportación de McFall, es separarse de la teoría integradora de competencia social y Habilidades Sociales, él señala el carácter global universal general de competencia social, entendida como la “eficiencia de la ejecución” y el

carácter más específico de las Habilidades Sociales definidas como “las capacidades específicas, innatas o adquiridas, que permiten a una persona ejecutar competentemente una particular tarea social”.

Siguiendo a Schlundt y McFall (1985), el modelo puede ser resumido en la puesta en marcha de tres categorías de Habilidades Sociales en sucesivos estadios:

Habilidades de descodificación de los estímulos situacionales: lo que implica recepción de la información, percepción de las características estimulares relevantes e interpretación de éstas dentro de un esquema de conocimiento existente en el sujeto gracias a su historia pasada, su motivación para lograr unos determinados fines, etc.

Habilidades de decisión: sobre la base de la interpretación situacional el sujeto deberá elaborar una proposición de respuestas que considere será la más efectiva y la menos costosa al afrontar la tarea estímulo.

Habilidades de codificación: implica la traducción de un programa de proposiciones de respuesta a una consecuencia de conductas observables (ejecución), así como la puesta en marcha de un proceso de retroalimentación que permita comparar los efectos de la ejecución con los esperados y realizar los ajustes oportunos.

Las Habilidades Sociales se presentan como pasos secuénciales, a través de los cuales el estímulo entrante – o tareas situacionales – se transforman en la respuesta – o realización de la tarea, la cual será juzgada como competente o incompetente (Cobeña, 2001).

Los problemas más comunes en cada uno de los distintos estadios del modelo podrían resumirse del siguiente modo. (León y Medina, 2002).

Estadio. Motivación, objetivos, planes.

Objetivos contradictorios.

Carencia de objetivos.

Los objetivos de transforman a causa de su bloqueo.

Las habilidades cognitivas requeridas para la planificación pueden ser inadecuadas.

Estadio. Habilidades de decodificación.

Evitación perceptiva a consecuencia de la ansiedad.

Bajo nivel de discriminación y precisión.

Estereotipos imprecisos o abusos de los mismos.

Efecto halo.

Sesgos de atribución.

Estadio. Habilidades de decisiones.

Fracaso en considerar alternativas.

Fracaso en discriminar acciones efectivas.

Fracaso en tomar decisiones.

Estadio. Habilidades de codificación.

Carecer de habilidades de conducta.

Ansiedad condicionada que inhibe la ejecución.

Distorsiones cognitivas.

Carencia de retroalimentación.

Retroalimentación falsa.

D) Modelo de Trower (1982)

Trower 81982), propone un modelo que considera a la persona como un sujeto activo que dirige su propia conducta hacia unas metas determinadas. La persona es vista como un agente racional que escoge medios con los cuales intentará satisfacer estas metas. El individuo busca, procesa la información, genera y controla su acción atendiendo a estos objetivos previamente establecidos.

El autor plantea la necesidad de tener en cuenta una serie de elementos; la capacidad de autocontrol de los eventos externos e internos, la capacidad de ejecución, la meta de dicha ejecución o auto – estándar y las representaciones cognitivas y funciones lógicas.

Cuando la atención del sujeto se dirige hacia el medio, la información de los estímulos exteriores es procesada por él y clasificada en esquemas de reconocimiento. Tenemos por un lado un estímulo social, que nos informa de la situación y los procesos cognitivos que nos permiten hacer inferencias. Los esquemas guían la acción. Una de las principales funciones de los esquemas es permitir a la persona generar conductas de acuerdo a reglas sociales (Calleja, 1994).

En cambio, si la persona dirige su atención hacia el interior, la información es comparada con un esquema de reconocimiento, es decir comparada con un auto – estándar de actuación. Hay una serie de pruebas que incluyen el control interno y el externo, y la comparación con el auto – estándar. Este auto – estándar tiene un valor

subjetivo como meta de conducta deseada que, si se alcanza, produce recompensas en el sujeto. De este modo de autocontrol y la comparación forman la esencia del proceso normal de habilidad social. El proceso parece ser automático, pero puede haber interrupciones si hay algo que impide que se produzca el proceso con el auto – estándar.

Si la evaluación de la situación permite una expectativa de éxito en el sujeto, éste actúa. Si la expectativa es desfavorable llevará a la selección de una nueva conducta o a la retirada de la situación. Si la persona se evalúa como incapaz de alcanzar su estándar y se autovalora de manera incompetente, tiene expectativas negativas de fracaso, se retirará con facilidad.

Las personas hábiles percibirán adecuadamente las señales de los demás y de la situación, de modo que dichas señales les guiaran hacia la conducta apropiada siguiendo las reglas sociales. Además variarán sus conductas de acuerdo a las diferentes situaciones en respuestas a las señales del medio y poseerán esquemas de las personas y de las situaciones, de modo que las inferencias sobre señales serán justificadas.

Las personas no hábiles se perderán información crucial del medio. Pueden centrarse en señales erróneas y hacer inferencias inadecuadas, dando lugar una conducta incompetente que será negativamente recibida y respondida por otros. Además darán respuestas más rígidas y consistentes a través de las distintas situaciones, ya que en lugar de estar atentas a las señales sociales, están autocentradas. Puede atribuirse el fracaso a sí mismas como derivado de una negativa auto – disposición (timidez, introversión, etc.) que las incapacita para desarrollar un comportamiento socialmente eficaz.

En este modelo juega un papel importante el proceso cognitivo, que incluye inferencias relativamente válidas acerca de uno mismo, de los demás y de las señales sociales, así como de los auto – estándares relativamente realistas. Si esto no ocurre, el sujeto genera expectativas de fracaso, y dirige sus percepciones e interpretaciones en base a sus negativas autoevaluaciones. El individuo tendrá suficiente conocimiento de hechos y de sus capacidades, y de las dificultades que le plantea o puede plantear la situación. La

competencia social será evaluada por el sujeto (evaluación de autoeficacia) en base a éxitos y fracasos previos, y hará predicciones en relación a los éxitos y fracasos futuros (expectativas de autoeficacia).

La influencia de cogniciones erróneas es evidente, ya que influyen en la emisión de conductas inadecuadas que tienen como consecuencia el fracaso en la interacción. Desde este punto de vista, los procesos cognitivos forman parte de los componentes de las Habilidades Sociales y se convierten para el Entrenamiento de Habilidades Sociales si éste sólo se centra en los componentes conductuales. Así pues, es necesario el uso de entrenamiento cognitivo que regule las inferencias e interpretaciones erróneas que influyen claramente en la adquisición y generación de las Habilidades Sociales. Como nos recuerda Trower (1982), en aquellos sujetos en que el problema parece consistir en que sus habilidades conductuales están obstaculizadas por fallos cognitivo y/o por un grado elevado de ansiedad social "el entrenamiento debería incluir el auto – control, la discusión lógica y refutación de erróneas inferencias y negativas evaluaciones, las cuales funcionan habitualmente, bloqueando tanto la adquisición como la generación de Habilidades Sociales".

En resumen, ambos modelos, el de McFall y el de Trower intentan explicar la respuesta socialmente habilidosa desde un enfoque integracionista donde aspectos de la persona, de la situación social y de la interacción entre ambas son fundamentales. Se considera al individuo, como un agente activo, es decir, busca y procesa la información genera observaciones y controla sus acciones con el fin de lograr sus objetivos.

El modelo de McFall presenta la respuesta socialmente habilidosa como resultado final de una cadena de conductas que empezaría con una recepción correcta de los estímulos interpersonales, seguidas de un procesamiento de éstos para generar y evaluar las posibles respuestas, terminando con la selección de la mejor y la emisión apropiada de ella, además este autor (McFall, 1982) propone un doble análisis al tratar las Habilidades Sociales (molar y molecular). En primer lugar debe considerarse al carácter molar está dirigido a aspectos globales de la competencia social. Sí por ejemplo, podemos hablar de

habilidades de comunicación en tanto enfoque molar. Sin embargo, debe abordarse también un análisis molecular que implica la comprensión de las conductas concretas o discretas (Habilidades Sociales) tales como, por ejemplo: habilidades verbales, no verbales (gestos, posturas, etc.) se puede decir que un conjunto de habilidades concretas (enfoque molecular) da lugar a una dimensión competencial en tanto que se formule un juicio evaluativo de la competencia social que posee el individuo (enfoque molar).

Trower, piensa que el entrenador necesita evaluar y enseñar a los individuos habilidades de observación de acontecimientos tanto internos como externos, habilidades de actuación, objetivos y representaciones cognitivas, inferencias y procesos de evaluación. Necesita conocer las normas y reglas de la conducta social y comprender la estructura y la función del discurso social y de las situaciones sociales. Según él, el terapeuta necesita vigilar y desafiar de manera lógica las inferencias no validas y las evaluaciones negativas de los sujetos. Por otra parte, la conducta implica una indispensable interacción continua entre los individuos y las situaciones con que se encuentra. La conducta del individuo no sólo está influida por rasgos significativos de las situaciones en las que actúa y por consiguiente afecta el carácter de esas situaciones. Esta acción recíproca de las personas y las situaciones para determinar l conducta constituye la esencia misma del modelo "interaccionista", principal marco teórico en la investigación actual de las Habilidades Sociales. (Caballo, 2002).

Para finalizar el apartado relativo a los modelos, sería importante recordar los cuatro rasgos esenciales del interaccionismo moderno como sigue a continuación (Caballo, "2002", p.308).

La conducta real en función de un proceso continuo o una interacción multidireccional (retroalimentación) entre el individuo y la situación con que se encuentra.

El individuo es un agente activo, intencional, en este proceso de interacción.

En el lado de la persona dentro de la interacción, los factores cognitivos emocionales juegan un cierto papel.

En el lado de la situación, el significado psicológico de ésta para el individuo es el factor determinante básico.

1.5.- componentes de las Habilidades Sociales

La diversidad conceptual y terminológica que hemos visto en apartados anteriores se manifiesta también en lo relativo a los componentes de las Habilidades Sociales existen tantos componentes en sus contenidos como autores han desarrollado trabajos sobre el tema (Valles y Valles, 19996).

A la hora de estudiar estos componentes se ha realizado la posibilidad de hacerlo desde dos niveles de análisis: el molar y el molecular (Caballo, 2002). El enfoque molar incluye tipos de habilidad general, por ejemplo: la defensa de los derechos. Se supone que cada una de estas habilidades generales depende del nivel de respuesta y de una variedad de componentes moleculares de respuesta, como el contacto ocular, el volumen de voz, o la postura. Este enfoque molar prefiere evaluaciones generales, subjetivas.

El enfoque molecular está íntimamente unido al modelo conductual de la habilidad social. La conducta interpersonal se divide en componentes específicos, que pueden medirse de manera objetiva (p. Ej.; número de sonrisas y número de segundos de contacto ocular). Pero la cuestión más importante es que el impacto social está determinado no por el número de sonrisas o los segundos de contacto ocular, sino por un complejo patrón de respuestas que tienen lugar en conjunción con las de la otra persona en interacción. De ahí que el análisis molecular será esencial para la investigación.

Sin embargo, autores expertos en la materia abogan por el uso de ambos enfoques o procedimientos (Caballo 1993; McFall, 1982). En estas reflexiones sobre el nivel molar

y molecular, casi siempre se tiene en cuenta los componentes conductuales de las Habilidades Sociales que son observables. Este énfasis en la conducta observable es propio de la terapia de la conducta encubierta, es decir, pensamientos, creencias, procesos cognitivos, etc., de los individuos (Kendall y Hollín, 1981).

Aun queda por investigar sobre los componentes cognitivos de las Habilidades Sociales y si nos situamos en el análisis de los componentes fisiológicos la situación es más delicada aun. Por un lado, los trabajos realizados sobre el tema son pocos y los resultados nada concluyentes. A continuación se analizaran los diferentes componentes de las Habilidades Sociales.

Componente conductual y verbal.

Como quedó claro al definirla, la habilidad social incluye un conjunto de conductas aprendidas (por tanto, conductas que pueden aprenderse y enseñarse) y como se ha comentado posteriormente, se ha intentado descomponer esta dimensión en elementos más simples, observables y cuantificados objetivamente (enfoque o nivel de análisis molecular).

En un estudio realizado por Caballo (1987) se revisaron 90 trabajos (realizados entre 1970 y 1986) para analizar los diferentes componentes de las Habilidades Sociales y sus frecuencias, y se obtuvieron los siguientes resultados en relación a los componentes conductuales observados:

Componentes no verbales (mirada/contacto ocular: 78%, sonrisas: 37%, gestos: 34%).

Componentes Paralingüísticos (volumen voz: 43%, tiempo de habla: 37%, duración de la respuesta: 31% y tono de voz: 20%).
Componentes verbales (peticiones de nueva conducta: 36%, contenido de anuencia: 28%, contenido de alabanzas: 14%, preguntas: 13%).

Componentes mixtos más generales (afecto: 20%, conducta positiva espontánea: 8%, escoger el momento apropiado: 6%).

Así este autor establece una clasificación que incluye no solamente la frecuencia de este componente (conductual), sino también la de algunos componentes cognitivos y fisiológicos empleados en los estudios que revisó.

En cuanto a la dimensión verbal, Lazarus (1973) consideró que los sujetos con Habilidades Sociales eran capaces de conversar en períodos de silencio de la interacción y eran más sensibles a la retroalimentación del otro. Según este autor entre los elementos de la dimensión verbal estarían:

Capacidad de decir “no”.

Capacidad de pedir favores y hacer peticiones.

Capacidad de expresar sentimientos positivos y negativos.

Capacidad de defender derechos.

Capacidad de iniciar, mantener y terminar conversaciones.

Posteriormente la lista de estos elementos se ha completado dando cabida a los siguientes (Caballo, 1993):

Hacer cumplidos.

Aceptar cumplidos.

Hacer peticiones.

Expresar amor, agrado y afecto.

Iniciar y mantener conversaciones.

Defender los propios derechos.

Rechazar peticiones.
Expresar opiniones personales, incluido el desacuerdo.

Expresión justificada de molestia, desagrado o enfado.

Petición de cambios en la conducta del otro.

Disculparse o admitir ignorancia.

Afrontar las críticas.

Estas 12 dimensiones son las más básicas y a ellas se les debe añadir la habilidad de solicitar satisfactoriamente un trabajo y la habilidad de hablar en público (Caballo, 2002).

Cabe señalar que estas dimensiones se refieren únicamente a los contenidos verbales de la respuesta. Pero como es lógico, los componentes no verbales tienen tanta importancia como ellos ya que, además de ser importantes en sí mismos, pueden matizar el contenido verbal de la respuesta. Por ejemplo, el tono con el que se remarca una frase puede incluso cambiar su sentido de asertiva a agresiva, etc.

Los componentes no verbales (p. Ej., contacto ocular, gestos, postura, distancia, etc.) y paralingüísticos (volumen de voz, tono, latencia, fluidez, etc.) están muy bien identificados en la literatura y han sido profusamente estudiados. La evaluación de los elementos conductuales de las Habilidades Sociales se ha centrado normalmente en la

frecuencia, presencia y duración de aquellos elementos que requería la conducta hábil, dejando de lado "como se integran, coordinan y adaptan a las respuestas del otro" (Kelly, 1987). Sin embargo, es importante, evaluar cómo se integran, cómo se sincronizan entre sí los elementos y cómo interaccionan con los componentes de la conducta de la otra persona, ya que los patrones de respuesta pueden sufrir alteraciones según distintas situaciones, diferentes dimensiones conductuales y según el momento en que tienen lugar. Así por ejemplo, el uso de la mirada/contacto ocular, que debe ser sincronizada, acompañada, completando y acompañando a la palabra hablada, en la conversación (contenido y fluidez), la calidad de la voz o los gestos con las manos, son los elementos más exhibidos por los sujetos evaluados como habilidosos socialmente.

Resumiendo, el componente conductual de las Habilidades Sociales se ha dividido en elementos verbales y no verbales. Los elementos verbales se refieren al mensaje temático de lo que dice la persona y dentro de estos componentes se incluyen aspectos como ciertos elementos del habla (habla egocéntrica, instrucciones, preguntas, comentarios, charla informal, expresiones ejecutivas, costumbres sociales, estados emocionales y actitudes, mensajes latentes, etc.) y elementos de la comunicación (como duración del habla, retroalimentación, preguntas, etc.). Entre los elementos no verbales se incluyen: la mirada, la dilatación pupilar, la expresión facial, las sonrisas, la postura corporal, los gestos, la distancia (la proximidad, el contacto físico9, la apariencia personal, los movimientos de cabeza y ciertos componentes paralingüísticos como la latencia, el volumen, el timbre, el tono del habla y la inflexión, la fluidez (perturbaciones al habla y otras señales vocales), el tiempo del habla, la claridad y la velocidad.

Componente Cognitivo

El análisis tradicional de las Habilidades Sociales enfatizó los componentes conductuales, dejando de lado esta dimensión cognitiva hasta recientemente. Actualmente parece estar claro que las situaciones y los ambientes influyen en los pensamientos, sentimientos y acciones de los individuos. La persona busca algunas situaciones y evita otras. El modo cómo selecciona las situaciones, los estímulos y

acontecimientos, cómo los percibe y evalúa en sus procesos cognitivos forma parte de esta dimensión cognitiva y depende de los procesos cognitivos o expectativas de autoeficacia percibida. El procesamiento y la percepción e interpretación pueden ser erróneos influyendo negativamente sobre la conducta desencadenando emociones negativas y conductas inadaptadas o inexistentes.

Podemos decir pues que los componentes conductuales tienen su correlato en el sistema de respuesta cognitivo y viceversa, las Habilidades Sociales de carácter conductual están mediatizadas por el proceso de pensamiento que se genera en la estructura neurológica del sistema nervioso (Valles y Valles, 19996). De hecho, ya Argyle y Kendon (1967) señalaron que las dificultades en la conducta social podrían estar originadas por factores cognitivos (distorsiones cognitivas) y éstos eran, asimismo situacionales y específicos.

Los elementos que forman parte de esta dimensión cognitiva son (Valles y Valles, 1996): la competencia cognitiva formada por los conocimientos sobre Habilidades Sociales como el uso de la empatía (saber ponernos en el lugar de otro) y la destreza en la solución de problemas, así como la capacidad de usar la conducta verbal y no verbal, al igual que entender su significado.

Las estrategias de codificación y constructor personales donde entrarían en juego aspectos como la atención, la interpretación, la percepción social e interpersonal, así como fenómenos de percepción, traducción y ejecución de conductas sociales. En este sentido, cabe recordar que la percepción social permite a las personas observar el entorno social y poder organizarlo, y para ello es necesario aprender a interpretar las reglas de funcionamiento así como las costumbres y las normas sociales.

Las características personales. Parece estar claro que diferentes personas pueden agrupar y codificar los mismos acontecimientos y conductas de maneras diferentes y atender selectivamente a las distintas clases de información. Existen diferencias individuales en relación a la motivación y metas que se esperan ante una situación social, y las personas pueden carecer de habilidades necesarias para conseguir estas metas o bien encontrarse

con dos metas contradictorias que les generan incertidumbre y conflicto. Otro factor a tener en cuenta son las creencias y valores que las personas tienen acerca de si mismos, de los otros y del mundo social que les rodea. Estas creencias están influenciadas por los procesos de socialización y funcionan como esquemas simplificadores de la realidad, regulan nuestras experiencias y lo que aprendemos (Kendall, 1983 – citado en Valles y Valles, 1996). La percepción y la conducta que emite la persona están claramente influenciadas por sus creencias de modo que se puede ver distorsionada la percepción de la realidad y su influencia en el comportamiento social atendiendo a creencias erróneas o irracionales (Ellis, 1979, 1980).

Las expectativas conducta – resultados se refieren al pronóstico que una persona realiza con relación a la consecución de unos resultados ante una situación determinada. Las expectativas de autoeficacia se refieren a la seguridad que tiene una persona de poder realizar una conducta particular. Esto le permite valorarse como competente para manejar unas determinadas situaciones e incompetente para desenvolverse en otras (Caballo, 2002).

Podemos decir que, las expectativas guían la selección (elección) de la respuesta óptima de entre las muchas que la persona es capaz de construir dentro de cada situación social. Si el sujeto cree que los resultados de su actuación no serán positivos, dejará de enfrentarse a la situación (inhibición) o bien emitirá conductas inadecuadas.

Ante una situación nueva, en ausencia de información sobre las expectativas conducta – resultados, la actuación de la persona dependerá básicamente de las expectativas conducta – resultado previa (experiencia) ante situaciones similares. Por otra parte, es probable que si la persona considera que las respuestas habilidosas le van a acarrear consecuencias negativas, éstas sean inhibidas o no aprendidas. A menudo los sujetos socialmente no habilidosos, ante el temor a la evaluación negativa de los demás, inhiben las conductas habilidosas (Bellack, 1979). Este último aspecto está relacionado con la auto – valoración o auto – estima: las personas tienden a hacer valoraciones sobre sí mismos. Cuando se autovaloran como competentes y dignos de elogio por los demás, se aprueban y esperan aprobación por parte de los otros. Por el contrario, cuando se consideran incompetentes y carentes de valor personal, tienden a esperar que los demás

también les perciban sin valía y les rechacen (Calleja 1994), si una persona mantiene la consideración ética de que las personas egoístas son repudiables, porque ponen por delante sus propios intereses, le será muy difícil llevar a cabo acciones que tengan por finalidad la propia satisfacción frente a las necesidades de otras. Este tipo de creencias puede ser un serio obstáculo para el desarrollo de la asertividad.

Componente Fisiológico

Los componentes fisiológicos de las Habilidades Sociales son aquellas señales o variables corporales que se manifiestan como activación del sistema nervioso y demás aparatos respiratorios, digestivo, circulatorio, etc. (Valles y Valles, 1996). En este sentido, Caballo (2002) señala como variables fisiológicas que han formado parte de la investigación en Habilidades Sociales: la tasa cardiaca, la presión sanguínea, el flujo sanguíneo, las respuestas electrodermales (conductancia de la piel), las respuestas electromiográficas (tensión – relajación muscular) y la respiración.

Aunque los estudios experimentales realizados sobre los componentes fisiológicos de las Habilidades Sociales no son concluyentes, parece ser que los sujetos de alta habilidad social tardan menos en reducir su activación (medida por la tasa cardiaca o el volumen de sangre9 que los sujetos de baja habilidad social (Caballo, 2002).

Sin embargo, tradicionalmente se han señalado una serie de problemas en el análisis de los componentes fisiológicos de las Habilidades Sociales (Eisler, 1976 –citado en Caballo, 2002):

No hay una relación necesaria entre la actividad fisiológica general y el autoinforme de estados emocionales específicos. Algunos sujetos pueden calificar su activación fisiológica en situaciones interpersonales como ansiedad, otros como excitación fisiológica o como ira.

Algunos individuos pueden comportarse de manera altamente habilidosa bajo condiciones de gran activación fisiológica, mientras que otros pueden aparecer igual de habilidosos bajo condiciones de activación baja o moderada.

Diferencias individuales en pautas de activación fisiológicas en respuestas a situaciones interpersonales pueden conducir a pautas de conductas similares o diferentes dependiendo de cómo sean interpretadas por los individuos.

De las medidas de todos los sistemas de respuesta, los indicadores fisiológicos perecerían estar entre los menos fiables con respecto a la predicción de las conductas sociales complejas.

En definitiva, más que un aumento en el volumen de investigación sobre este tema, lo que parece interesante es un cambio en la forma de investigar las variables fisiológicas relacionadas con el desarrollo de la conducta social, sobre todo teniendo en cuenta los avances tecnológicos para obtener registros fisiológicos a través de aparatos portátiles y métodos telemétricos que permiten que durante la evaluación el sujeto pueda seguir con su actividad habitual y desenvolviéndose en su medio natural (Caballo, 2002).

Componente Situacional o Ambiental

Esta dimensión de las Habilidades Sociales se refiere a las variables situacionales o ambientales que influyen claramente en la conducta social de la persona. Si tenemos en cuenta que las Habilidades Sociales son respuestas específicas a situaciones específicas, entonces su efectividad depende del contexto concreto de la interacción y de los parámetros que pueden concurrir en ella.

Según ya señaló Fernández Ballesteros (1996), los tipos de variables ambientales a tener en cuenta son:

Físicas: temperatura, polución, hacinamiento, construcción de edificios.

Sociodemográficas: género, edad, estado civil, situación de la estructura familiar, número de miembros en el hogar, familia, ocupación del cabeza de familia, lugar de nacimiento, ingresos personales, raza, lengua, religión.

Organizativas: variables que ordenan o normativizan el comportamiento de las habitantes en un determinado ambiente como parque, jardín, empresa.

Interpersonales o psicosociales: variables implicadas en las relaciones interpersonales pues las relaciones humanas suelen ser evaluadas en función del comportamiento externo de los sujetos (roles, liderazgo, estereotipos).
Conductuales: tipos de conducta que se van a adoptar en un ambiente determinado como conductas motoras, fisiológicas o cognitivas.

En relación a los elementos del ambiente, podemos decir que los ambientes cálidos son aquellos lugares físicos agradables inductores de la comunicación personal. El entorno en el que se producen las interacciones sociales puede generar un cierto acogimiento o frialdad en el sentido psicológico, lo cual nos hace sentir más cómodos y relajados o, por el contrario, si el ambiente se percibe como frío nos hará sentir más tensos. Algunos elementos físicos como la combinación de color de las paredes de la estancia, cortinas, alfombras, mobiliario, etc. Nos hacen sentir más o menos relajados en las situaciones de interacción social (Valles y Valles, 1996) y de ahí la necesidad de estudiarlos y modificarlos.

En resumen y como conclusión a este análisis de los componentes o dimensiones de las Habilidades Sociales debemos recordar que la dimensión conductual ha sido la más estudiada por ser una de las más fácilmente cuantificables. Parece, sin embargo, que con la ayuda del video, de instrumentos de medida cognitivos y de aparatos de registro fisiológico portátiles se puede lograr una mayor integración en la evaluación de los tres sistemas de respuesta dentro del área de las Habilidades Sociales, así como una útil aportación al campo del Entrenamiento de Habilidades Sociales, que puede contar

además con las técnicas de modificación de conducta cognitiva y del biofeedback para tratar directamente los elementos cognitivos y fisiológicos.

Otro aspecto relativamente olvidado en la investigación de las Habilidades Sociales es el análisis de las situaciones sociales. Para que una conducta sea socialmente eficaz deben tenerse en cuenta las variables que intervienen en cada situación en las que se exhibe la destreza social. El enfoque interaccionista que hemos presentado anteriormente, tiene en cuenta las variables de la persona (elementos cognitivos y fisiológicos), las variables de conducta (elementos conductuales) y las variables de la situación, así como su interacción, motivo por el cual este componente gana en relevancia.

1.6 Déficit en Habilidades Sociales

Como se ha comentado en el apartado anterior, las Habilidades Sociales se aprenden y existen unos períodos críticos en su formación (la niñez) donde procesos como la observación de modelos representativos del entorno, la enseñanza directa o el refuerzo y castigo en la interacción social son esenciales para la adquisición de las mismas. Por otra parte, existen diferencias individuales, de tal forma que ciertos individuos manifiestan dificultades en su comportamiento social con los otros.

Como señala Caballo (1993), para explicar las causas de este déficit se han seguido diversos modelos. Algunos alegan déficits en las habilidades conductuales, otras inhibiciones de la respuesta por ansiedad condicionada y otros fallos de la discriminación perceptual y cognitiva o problemas cognitivo-evaluativos.

Así el punto de vista más tradicional considera que la incompetencia social se debe a que el sujeto carece en su repertorio conductual de ciertas habilidades necesarias para una ejecución competente, debido a que no las ha aprendido (ambientales carenciales) o bien a que no usa las habilidades de que dispone de forma apropiada, se bloquea por diversas causas (ansiedad), o porque las habilidades que tuvo han desaparecido de su repertorio

en un momento determinado de sus vidas (pacientes psiquiátricos). La incidencia que puede llegar a tener el déficit en Habilidades Sociales queda suficientemente reflejado en un estudio ya clásico, realizado por Ziegler y Phillips (1961), n el que estos autores comprobaron que el ajuste social que el paciente tenía antes de ser internado, fue mejor criterio predictor de su comportamiento en la Institución y de su posterior ajuste social, que el diagnóstico realizado, o incluso que el tratamiento recibido. No parece que exista duda de que el déficit en Habilidades Sociales pueda ocasionar distintos problemas, y que la carencia de Habilidades Sociales sea una características definitoria de muchos trastornos emocionales y conductuales; pero no es menos cierto lo contrario; esto es, que un determinado problema puede redundar en una progresiva pérdida de Habilidades Sociales.
(Gil, 1991).

Los procesos de socialización son fundamentales, de tal forma que si ésta es deficiente o la persona no tiene experiencias sociales adecuadas se produce con mayor frecuencia incompetencia social. Las oportunidades para actuar con los miembros de la familia, con los compañeros de trabajo y con otras personas en lugares de ocio probablemente afectarán a la habilidad del individuo para interactuar con los demás. Cuando existen pocas oportunidades, el déficit en Habilidades Sociales puede reflejar una falta de práctica, de posibilidad de aprender de los demás y/o de la confianza en la propia capacidad para afrontar la situación (Kelly, 1987). La ansiedad social que experimentan frecuentemente estos individuos es entendida como consecuencia de no saber comportarse eficazmente ante la situación, no recibir refuerzo de los otros e incluso ser castigados. Se asume que la ansiedad desaparecerá cuando el individuo aprenda a emitir comportamientos apropiados.

Desde este punto de vista, el objetivo del Entrenamiento en Habilidades Sociales es la adquisición de aquellas conductas que están ausentes en el repertorio del individuo, y que son necesarias para ejecutar un comportamiento social eficaz ante determinadas situaciones. No cabe analizar las causas que motivaron esta incompetencia, sino evaluar

los déficit específicos del repertorio conductual del sujeto y enseñarle las conductas apropiadas.

Otra posible explicación apunta que los individuos pueden tener en su repertorio las habilidades necesarias, pero los altos niveles de ansiedad condicionada a estímulos externos inhiben su emisión. Sugiere que a través de experiencias aversivas o por medio del condicionamiento vicario, señales anteriormente neutras relacionadas con las interacciones sociales han llegado a asociarse con estímulos aversivos. Podemos decir pues, que las experiencias sociales previas con connotaciones aversivas han hecho que tales situaciones queden condicionadas a altos niveles de ansiedad y esta ansiedad bloquearía la conducta adecuada e incluso haría que el individuo evitara ciertas situaciones. (Calleja, 1994).

En este caso, el tratamiento iría encaminado a eliminar la ansiedad condicionada, entendiéndose que, una vez reducida, el sujeto adoptará conductas adecuadas en futuras situaciones. Las técnicas de elección serían; la relajación, desensibilización sistemática, técnicas conductuales y cognitivas.

Los fallos de discriminación en la percepción y a nivel cognitivo sería otra de las posibles explicaciones que los estudiosos sobre el tema plantean (Caballo, 1993; Gil y García Sáiz, 2000; León, 1998). Se asume que la persona carece o usa de manera errónea sus habilidades perceptivas y cognitivas y ello hace que intérprete el mundo social de manera distorsionada. A nivel perceptivo se pueden producir fallos de baja precisión para discriminar señales sociales, errores sistemáticos por convicciones erróneas, estereotipos inexactos que condicionen las relaciones humanas, errores en las atribuciones de la causalidad (considerarse siempre el culpable de los errores). A nivel cognitivo se pueden encontrar también errores que pueden actuar como inhibidores o causantes de la distorsión a nivel de la ejecución social, entre ellos: falta de destrezas en la solución de problemas (toma de decisiones) y no saber discriminar entre conductas adecuadas e inadecuadas ante una situación determinada. Desde este punto de vista, el objetivo del Entrenamiento de Habilidades Sociales será enseñar a percibir, discriminar

e interpretar de manera correcta las señales sociales, y a planificar estrategias de solución de problemas.

Así, los fallos cognitivos-perceptivos pueden ser los causantes de que, aún teniendo el sujeto en su repertorio habilidades apropiadas, debido a una evaluación errónea de la situación se inhiba esta conducta o se eviten situaciones. Pero la evaluación también puede ser una autoevaluación negativa acerca de uno mismo (pensamientos "autoderrotistas") que hace que el sujeto sea incompetente socialmente, o esté temeroso de las posibles consecuencias negativas para sus comportamientos o tienen creencias irracionales acerca de sí mismos y del medio social (Alden y Safran, 1978).

Las características personales con factores tales como la edad, el género, la cultura, el nivel socioeconómico, la apariencia física, el estilo de vestir o la forma de pintarse pueden influir sobre la impresión que se crea en los demás (Caballo, 1993).

La falta de motivación para actuar apropiadamente en una situación determinada puede ser otro factor que explique la conducta socialmente inadecuada. Así la falta de motivación haría que para el sujeto carecieran de valor reforzante las interacciones interpersonales. Puede también suceder que el individuo no esté seguro de sus derechos o no crea que tenga el derecho de responder apropiadamente. Algunos autores enfatizan la solución en las cogniciones relativas a ciertas creencias irracionales (Ellis, 1979, 1980, 1988).

Resumiendo, la incompetencia social puede deberse a diferentes causas y, en función de cuál o cuáles sean las causas consideradas se tienden a fijar unos u otros objetivos para el Entrenamiento de Habilidades Sociales. En cualquier caso, cabe señalar que en un Entrenamiento de Habilidades Sociales se deben tener en cuenta tanto las características individuales y personales como situacionales a la hora de diseñar y plantear el entrenamiento para que éste resulte efectivo. Siguiendo a Gil (1991) podemos decir que las Habilidades Sociales abarcan la mayoría de las actividades humanas, de forma que ninguna población, problema o rol profesional se escapan de su ámbito de influencia.

1.7.- Evaluación de las Habilidades Sociales

Actualmente se cuenta con múltiples y variados procedimientos para la evaluación de las Habilidades Sociales. Sin embargo, hoy por hoy no existe aún un instrumento adecuadamente validado y con la suficiente validez y fiabilidad como para usarlo de manera universal. Las técnicas de evaluación se aplican antes del tratamiento, durante, después y en el período de seguimiento. La evaluación durante el tratamiento y después nos dará una idea del impacto del tratamiento tanto a nivel conductual como cognitivo. La última etapa nos sirve para explotar el grado de mantenimiento de los cambios conseguidos.

Caballo (1988), plantean la necesidad de evaluar categorías como: conductas, emociones, sensaciones, pensamientos, relaciones, imaginación, drogas (y estado fisiológico general) y ambiente.

A continuación se describen algunas de las técnicas de evaluación de las Habilidades Sociales más frecuentemente empleadas, agrupándolas por categorías (Caballo, 2002):

a.- El enfoque analítico conductual. Se han descrito varías etapas en la construcción de instrumentos de este tipo para evaluar las Habilidades Sociales.

b.- Análisis de las situaciones: identifican y describen las situaciones sociales a las que se debe someter el sujeto. Conocemos sobradamente el poder que algunos estímulos antecedentes y consecuentes a la conducta tienen sobre la misma. Una persona que presenta un déficit de Habilidades Sociales puede expresarlo en un tipo de situaciones, pero no en otro.

c.- Enumeración de las respuestas. Para cada situación problemática con una alta probabilidad de ocurrencia se dan una serie de respuestas. Esto proporciona información sobre la facilidad con la que puede resolverse estas situaciones.

d.- Evaluación de las respuestas. Para cada situación se determina el grado de efectividad de las acciones del sujeto.

e.- Desarrollo del formato de evaluación. Debería incluir las observaciones directas de las respuestas de los sujetos ante situaciones problemáticas en lugares sociales de la vida real.

Pero esto no siempre es posible, de tal forma que se recurre a simulaciones de la situación problemática.

El auto-informe está compuesto por preguntas o afirmaciones referidas a situaciones de interacción social a las que el sujeto debe responder, indicando el ajuste de su conducta con tales preguntas. Estas son las estrategias más utilizadas en evaluación de las Habilidades Sociales.

La utilización de escalas, cuestionarios e inventarios pueden ayudar tanto a la investigación como a la práctica clínica y permite evaluar a una gran cantidad de sujetos en un tiempo relativamente breve, con un importante ahorro económico de tiempo y energía, además de explorar múltiples conductas (Caballo, 2002).

El número de cuestionarios, inventarios y escalas empleados en la investigación sobre Habilidades Sociales es excesivamente largo y su análisis complejo. No obstante, se recoge a continuación un listado que incluye algunos de los inventarios más utilizados para medir: Habilidades Sociales, ansiedad social y aspectos cognitivos (Ballester y Gil, 2002; Caballo, 2002; Gil, León y Sanz, 1998).

Inventarios sobre Habilidades Sociales.

Escala de Asertividad de Wolpe-Lazarus (WLAS, “Wolpe-Lazarus Assertiveness Scale”, Wolpe y Lazarus, 1966).

Inventario de resolución de Conflictos (CRI, “Conflict Resolution Inventory”, McFall y Lillesand, 1971).

Escala de Auto-expresión Universitaria (CSES, “Collage Self Expresión Scale”, Galassi, Délo y Galassi y Bastien, 1974).

Escala de Auto-expresión para adultos (ASES, “Adult Self-Expression Scale”, Gay, Hollandsworth y Galassi, 1975).

Inventario de Interacción Heterosexual (SHI, “Survey of Heterosexual Interactions”, Twentyman y McFall, 1975).

Inventario de Aserción (Al, “Assertion Inventory”. Gambrill y Richey, 1975).

Escala-Inventario de la Actuación Social (SPSS, “Social Performance SurveySchedule”, Lowe y Cautela, 1978).

Inventario de Situaciones Sociales (SSI, “Social Situations Inventory”, Trower, Bryant y Argyle, 1978).

Inventario de Asertividad-Agresividad de Bakker (BAAI, “Bakker Assertion Questionnaire”, Levenson y Gottman, 1978).

Cuestionario de Citas y Asertividad (DAQ, “Dating and Assertion Questionnaire”, Levenson y Gottman, 1978).

Test Conductual de la Expresión de Ternura (BTTE, “Bebavioral Testo f Tenderness Expres”, Warren y Gilner, 1978).

Medida de la Búsqueda Asertiva de Trabajo (AJHS, “Assertive Job-Huntmg Survey”, Becker, 1980)

Inventario de relaciones Personales (PRI, “Personal Relations Inventory”, Lorry More, 1980).

Escala de Retraimiento Social (SRS, “Social Reticente Scale”, Jones y Russell, 1982).

Escala de Comportamiento Asertivo para Niños (CABS, Michelson y Word, 1982)

Cuestionario Matson para la evaluación de Habilidades Sociales (MESSY, “Matson Evaluation of Social Skills with Youngters”, Matson, Rotatori y Helsel, 1983).

Inventario de Conducta Asertiva de del Greco (DABI, “Del Greco Assertive Bebavioral Inventory”, Del Greco, 1983).

Escala de Habilidades Sociales (Entrenamiento de Habilidades Sociales, Gismero, 2000)

Inventarios sobre ansiedad social.
Escala de Observación de tareas en terapia Ocupacional (OTTOS) Russel L. Margolis, Sharon A. Harrison, Hilary J. Robinson, Gretha Jayaram.

Cuestionario Situacional (SQ, “Situational Questionnaire”, Rehm y Marston, 1968).

Escala de Evitación y Ansiedad social (SAD, “Social Avoidance and Distress Scale”, Watson y Friend, 1969).

Inventario de Aserción (puntuación grado de malestar) (Al, “Asertion Inventory”, Gambrill y Richey, 1975).

Inventario de Ansiedad Social (SAI, “Social Anxiety Inventory”, Richardson y Tasto, 1976).

Inventario de Ansiedad Social revisado (SAI-R, “Social Anxiety Inventory-Revised”, Curran, Corriveau, Monti y Hagerman, 1980).

Escalas de Ansiedad de Interacción y de Ansiedad a Hablar en Público (IAAS, “Interacton and Audience Anxiousnees Scales”, Leary, 1983).

Cuestionario de Pensamientos de Ansiedad Social (SAT, “Social Anxiety Thoughts Questionnaire” Hartman, 1984).

Escala Multidimensional de Expresión Social-Parte Emocional (EMES-M, Caballo, 1987).

Inventarios Cognitivos

Temor a la Evaluación Negativa (FNE, “Fear of Negative Evaluation”, Watson y Friend, 1969).

Test de Creencias Irracionales (IBT, “Irracional Beliefs Test”, Jones, 1969).
Test de Autoverbalizaciones asertivas (ASST, “Assertivennes Self-statement Test”, Schwartz y Gottman, 1976).

Cuestionario de Expectativas Generalizadas sobre los demás (GES, “Generalizad Expectations of Others Questionnaire”, Eisler, Frederiksen y Peterson, 1978).

Escala Cognitiva de Asertividad (CSA, “Cognition Scale of Assertivennes”, Goleen, 1981).

Técnicas de Evaluación de la Resolución de Problemas Interpersonales (IPSAT, “Interpersonal Problem-Solving Assessment Technique”, Setter y Nowinski, 1981).

Test de autoverbalización en la interacción social (SIST, “Social Interation Self-Statement test”, Glass, Merluzzi, Biever y Larsen, 1982).

Lista de Autoverbalizaciones (SSC, “Self Statement Checklist”, Halford y Foddy, 1982)

Test de Respuestas Cognitivas (CRT, “Cognitive Response test”, Watkins y Rush, 1983).

Cuestionario Personal (PQ, “Personal Questionnaire”, Shepherd, 1984)

Escala Multidimensional de Expresión Social-Parte Cognitiva (EMES-C, Caballo, 1987).

Trower (1982), afirma que: “los auto-informes parecen ser uno de los mejores caminos para la obtención de los datos del individuo”, o Kelly (1987) que opina: “Las escalas de auto-informe cubren un importante dominio a tener en cuenta durante la evaluación, a saber, la autodescripción general que hace el sujeto de su competencia”. Actualmente los auto-informes continúan siendo una de las formas más habitualmente empleadas para medir las Habilidades Sociales.

3.- La entrevista. Es una herramienta útil de análisis de la conducta social de la persona, de las posibles cogniciones mediadoras que pueden interferir en la expresión de una conducta socialmente adecuada, así como de variables como las expectativas, motivación para cambiar y las modificaciones que le gustaría lograr.

Su utilidad en la práctica clínica está demostrada y con ella se obtienen información sobre la historia Interpersonal, observación directa de la conducta Interpersonal, situaciones sociales especificas problemáticas para la persona, las habilidades necesarias para la actuación apropiada en cada situación, los factores antecedentes y consecuentes, así como la evaluación subjetiva de la persona sobre su actuación social.

Entre los factores o variables antecedentes y consecuentes de la conducta social que deben ser tomados en consideración en una entrevista se encuentran al menos los siguientes (Ballester y Gill, 2002):

.-Factores sociales: como la atención y el esfuerzo que se recibe de personas más o menos significativas.

.-Factores cognitivos: como, las auto-verbalizaciones anticipatorios que presenta un sujeto antes de enfrentarse a una situación, o de recriminación o auto-reproche con posterioridad a una conducta. Las creencias irracionales son el origen de muchas de estas autoverbalizaciones. Podríamos incluir aquí no sólo los pensamientos que tiene el sujeto que interactúa socialmente, sino también sus imágenes, las imágenes positivas o negativas que tiene el individuo acerca de la propia actuación social, y que pueden facilitar o inhibir sus interacciones.

.-Factores físicos: como el consumo de alcohol o drogas, que con excesiva frecuencia se utilizan como un medio de facilitar o desinhibir ciertos comportamientos sociales; además de otros factores como el cansancio, la fatiga, la presencia de dolor e incluso los cambios hormonales, que pueden influir sobre el comportamiento.

.-Factores afectivos: como la ansiedad, la depresión o la ira, entre otros, que pueden llevar al sujeto a evitar la interacción social, con el consiguiente efecto negativo sobre las Habilidades Sociales.

Habilidades cognitivas y conductuales: como la presencia de sesgos atencionales o de una atención selectiva a ciertos estímulos de la interacción social, las habilidades para solucionar problemas, habilidades de autocontrol o el estilo atribucional del sujeto.

Aún con las limitaciones que caracterizan a cualquier entrevista (errores debidos al entrevistador, al entrevistado y a la propia situación de entrevista) se puede considerar ésta como un instrumento útil para generar hipótesis sobre la conducta social del sujeto.

De hecho, la entrevista es especialmente relevante como método de evaluación de las Habilidades Sociales porque al fin y al cabo, se trata de una interacción social más, en la que el terapeuta puede no sólo escuchar el contenido de lo que el sujeto comunica, sino también estar atento a la forma en que lo hace, es decir, observar el funcionamiento social del sujeto.

Los problemas de validez de la entrevista se deben tener en cuenta, ya que puede ser que la información recogida no sea representativa del comportamiento social general del sujeto.

Estos problemas se derivan de la limitada fiabilidad que tiene la propia percepción y el recuerdo del sujeto sobre su comportamiento y las limitaciones del entrevistador (como por ejemplo, atender a algunos aspectos formales de la comunicación y no a todos).

4.- El autorregistro. Cuando es la persona la que se observa a sí misma, el procedimiento se denomina autorregistro, es un método para observar y registrar la conducta tanto manifiesta como encubierta (cogniciones, percepciones de los acontecimientos socioambientales). A veces también se le pide a los sujetos que marquen los antecedentes y consecuentes de esta conducta (tanto manifiestos como encubiertos). Los niveles de ansiedad, la satisfacción con las conductas y sus habilidades son también componentes a considerar.

Las amenazas más frecuentes a la validez del autorregistro son la falta de fiabilidad y la reactividad (Bellack, 1979). La falta de fiabilidad se refiere a la inexactitud o inconsistencia de la observación o mantenimiento del registro, mientras que la reactividad se refiere a un cambio en la conducta objetivo como función de la auto observación. El cansancio por parte del sujeto hace que puedan perder detalles de las interacciones sociales y que dejen de registrarse. Por otro lado, pueden también modificar el número y naturaleza de las anotaciones en sus registros conforme pasa el tiempo.

Otra de las cuestiones como señala Kelly (1982) es que “es probable que la percepción alterada por parte del paciente, de las interacciones sociales, o de su propia actuación en esas interacciones, acompañe al Entrenamiento en Habilidades Sociales, y pueda sesgar la precisión objetiva de los registros de la conducta”. A pesar de estas limitaciones el autorregistro es un método de evaluación útil sobre todo en los contextos clínicos (Caballo, 2002).

5.- Medidas conductuales. La evaluación conductual se ha empleado en una gran parte de las investigaciones sobre Habilidades Sociales e incluye todos aquellos procedimientos de evaluación que consisten en la observación natural de la conducta real del sujeto en una interacción social. En ocasiones, esta observación directa por parte del terapeuta o entrenador en el entorno real de actuación es casi imposible o dificultosa, no solamente en cuanto a tiempo se refiere, sino también a los efectos reactivos de la presencia del terapeuta en la conducta del sujeto. Además, si la habilidad a registrar es compleja, es muy difícil llevarla a cabo por un solo observador (Calleja, 1994).

Además se ha utilizado la evaluación de las interacciones familiares de manera que un observador vaya a casa del sujeto en momentos de interacción habitual, como puede ser la hora de comer, para observar la actuación del paciente.

También se ha recurrido al uso de la observación conductual de interacciones simuladas. Estos métodos se ven también afectados por el efecto relativo de la observación y por las amenazas a la validez ecológica, es decir, los efectos de la conducta del sujeto no son los mismos en situaciones simuladas que en la vida real. Sin embargo, existen una serie de ventajas en las pruebas de interacción simulada (Caballo, 2002) entre ellas se incluyen las siguientes:

Disminuyen el tiempo necesario para la evaluación comparada con la observación en situaciones naturales.

Con ellas se evitan los posibles problemas éticos que puede suponer la observación de ciertas conductas en la vida real.

Hay un mayor control sobre los estímulos que pueden afectar al sujeto, facilita la representación de conductas con una baja tasa de ocurrencia en la vida real. Las situaciones pueden presentarse por medio de un magnetófono o ser representadas en vivo. El uso del vídeo permite poder observar de forma repetida la conducta del sujeto, incluso poderla descomponer en los elementos moleculares que sean necesarios. Una cuestión compleja e importante es el tamaño de la unidad conductual a medir (molar versus molecular).

Así, por ejemplo, se puede decir observar un amplio segmento de conducta, no en el sentido de duración de la observación, sino de la cantidad de elementos a observar. Esta modalidad de observación de unidades molares de conducta en la que se realiza una valoración global de las Habilidades Sociales del sujeto tiene la ventaja de que se aproxima más a la situación criterio real en la que se despliega y es valorada por los demás la globalidad de la conducta social de la persona (Ballester y Gil, 2002).

La otra posibilidad es observar unidades más específicas o moleculares de la conducta. Así, por ejemplo, se observaría el número de veces que la persona inicia la conversación, el tiempo que la mantiene, la duración del contacto ocular, etc. En este caso se gana en especificidad de la información recogida y esta evaluación puede resultar más objetiva, aunque se pierde la semejanza con la situación real.

En un intento de recoger lo mejor de los enfoques, y de eliminar las desventajas, se han construido formatos de evaluación para las Habilidades Sociales, de “nivel intermedio”, es decir, formatos a mitad de camino entre las evaluaciones molares y las moleculares. Ejemplos de ello, son el “Behavioral Referenced Rating System of Intermediate Social Skill” (BR1SS) de Wallander, Conger y Conger (1985) o el “Intermediate Level Social Skills Assessment Checklist” (ILSSAC), de Farell, Rabinowirz, Wallander y Curran (1985).

En ambos instrumentos, las 11 habilidades de nivel intermedio exploradas son:

1. Empleo de la cabeza.
2. Empleo de la expresión facial.
3. Empleo de los ojos.
4. Empleo de los brazos y de las manos.
5. Empleo del cuerpo y las piernas.
6. Lenguaje.
7. Emisión del habla.
8. Estructura de la conversación.
9. Contenido de la conversación.
10. Estilo personal de conversación.
11. Conducta dirigida hacia el compañero.

Existen varias estrategias de observación conductual que se han empleado tradicionalmente en la evaluación de las Habilidades Sociales, entre ellas la observación en vivo de la conducta social en la vida real, las pruebas de observación estructuradas a través de role-playing o las pruebas de observación semiestructuradas o no estructurada en situaciones simuladas. A continuación se exponen las directrices generales de estas estrategias de observación conductual (Ballester y Gill, 2002):

a) Las observaciones en vivo de la conducta social de los sujetos pueden ser un método adecuado cuando:
b) Las pruebas de observación estructuradas a través del role-playing resultan indicadas cuando el evaluador desea saber cómo responde el sujeto ante comentarios relativamente estructurados o discretos o ante la conducta de otra persona, como puede ocurrir en una situación en la que el paciente tiene problemas para ser asertivo con otra persona o en una entrevista de trabajo. Este procedimiento tiene ventajas e inconvenientes propios del laboratorio, habiendo sido muy criticadas porque restringe mucho al sujeto, el cual:

c) Las pruebas de observación semiestructuradas o no estructurada en situaciones simuladas son útiles cuando lo que interesa saber no es la respuesta del sujeto ante comentarios o comportamientos específicos de otra persona, sino su comportamiento global en situaciones menos estructuradas; es el caso de una conversación cotidiana, conocer gente o concertar una cita.

Resumiendo, la observación natural es un método útil para evaluar conductas simples, frecuencia y duración de ciertos comportamientos sociales, pero no tanto para evaluar habilidades complejas y la calidad de los comportamientos. Para subsanar estas dificultades se utilizan evaluaciones en situaciones de laboratorio, que pretenden ser similares a los encuentros en vivo. Estas medidas tienen todas las ventajas (situación estándar, posibilidad de ser registrada o grabada en vídeo, etc.) y todos los inconvenientes (situación rígida y artificial, reactividad de los sujetos) del laboratorio.

6.- Registros psicofisiológicos. Han sido relativamente poco utilizados en la evaluación de las Habilidades Sociales. La disfunción conductual puede aparecer en los sistemas de respuesta fisiológico, motor o cognitivo. Aunque estos tres sistemas son considerados normalmente como bastante independientes, los cambios en un sistema pueden afectar posteriormente a otro. Las investigaciones sobre el empleo de medidas fisiológicas han sido más bien escasas. Los que se han hecho se han centrado especialmente en la tasa cardiaca, la presión y el flujo sanguíneo, las respuestas electrodermales, la respuesta electromiográfica y la respiración. Al respecto de estas variables se han establecido distintas hipótesis de trabajo, por ejemplo, que los sujetos con escasas Habilidades Sociales tienen una mayor lentitud en la reducción de la activación (tasa cardiaca, volumen de sangre) que los sujetos habilidosos.

Hoy por hoy, es importante incorporar cada vez más este tipo de datos acerca del funcionamiento social del individuo. Además, existe actualmente un desarrollo tecnológico en la instrumentación biomédica, tal que deja de lado los fallos de registro y la dificultad que tenía la instrumentación empleada hasta ahora, y que es prometedora en el desarrollo de la investigación en este campo. También los avances para producir

pequeños aparatos que permitan el registro sobre la marcha en situaciones de la vida real han contribuido al desarrollo de esta investigación.

Resumiendo, hemos visto que existen diferentes instrumentos para la evaluación de las Habilidades Sociales: los auto informes, la entrevista, el autorregistro, las situaciones simuladas y los registros psicofisiológicos. Sin duda todos ellos han contribuido a la obtención de datos útiles tanto para la planificación del tratamiento como para evaluar su efectividad. Sin embargo, la evaluación de las Habilidades Sociales tiene serios problemas, como la dificultad de conceptualizarlas, los problemas técnicos y metodológicos a la hora de evaluar los comportamientos involucrados o la dificultad para valorar cómo influyen los procesos perceptivos y cognitivos en las mismas. Todo ello hace que en ocasiones se produzca información contradictoria en relación a las respuestas del individuo que evaluamos. El establecimiento de una batería multimodal para la evaluación de las Habilidades Sociales sería la propuesta que algunos estudiosos del tema proponen para el avance en su estudio (Caballo, 2002).

Capitulo 2.-

El Entrenamiento de las Habilidades Sociales.

Como se mencionó en el capitulo anterior, las Habilidades Sociales son capacidades y conductas aprendidas y aunque el periodo más importante para su adquisición es la niñez, este aprendizaje puede darse a lo largo de toda la vida.

El aprendizaje de las Habilidades Sociales y su mejora a través de la experiencia (es decir sin entrenamiento) se debe a procesos de ensayo y error. Ya McPhail, Ungold-Thomas y Chapman (1975) estudiaron el proceso de adquisición de Entrenamiento de Habilidades Sociales durante la adolescencia detectando que aparecían formas diferentes con la edad. Los sujetos más jóvenes dieron muchas respuestas bruscas, agresivas y dominantes que se definieron como intentos "experimentales" de adquirir habilidades por ensayo y error para tratar las nuevas situaciones con que se enfrentan los adolescentes. Los más habilidosos eran los que usaban estrategias más adecuadas y sofisticadas, similares a los adultos.

Sin embargo, en ciertas circunstancias el proceso de adquisición de las Habilidades Sociales no puede o no debe dejarse a la experiencia y los procesos de ensayo y error. Y es en estos casos donde entra en juego el Entrenamiento de Habilidades Sociales. Podríamos decir, siguiendo a Gil y García Sáiz (2000), que las Habilidades Sociales: "son capacidades aprendidas que pueden mejorarse a través de experiencias de aprendizaje adecuadas". Estas experiencias consisten fundamentalmente en observar a quienes ejecutan adecuadamente las conductas, practicarlas, corregirlas, ir perfeccionando las propias ejecuciones, recibir reforzamiento por las ejecuciones adecuadas, y practicar lo más posible en situaciones variadas y reales.

Como se ha comentado, las Habilidades Sociales son entes dinámicas íntimamente unidas al espacio sociocultural donde se desarrollan las personas, y visiblemente marcadas por la especificidad situacional (Santolaya, 2002).

Así, las Habilidades Sociales al tratarse de capacidades y comportamientos que muestran las personas en situaciones de interacción social, constituyen respuestas específicas a las exigencias que plantean las situaciones, lo que hace necesario desarrollar en las personas repertorios flexibles y variados de conducta social, en vez de patrones rígidos y uniformes.

Este proceso de aprendizaje se desarrolla a veces, aunque no de forma sistemática, en la vida cotidiana de muchas personas, aunque habitualmente tales aprendizajes suelen ser azarosos y no consiguen que el individuo adquiera las habilidades necesarias para su adecuada adaptación social. Pero este proceso también puede desarrollarse de forma ordenada y sistemática y del mismo modo que las personas aprenden a conducir un vehículo adecuadamente y viajar de forma agradable y segura, muchas personas necesitan aprender y perfeccionar su conducción en el siempre difícil terreno de las interacciones con los demás (García Vera, 1998). Las técnicas de Entrenamiento de las Habilidades Sociales consisten fundamentalmente en procedimientos conductuales, orientados a la adquisición y desarrollo de aquellas habilidades que permitan a los sujetos mantener interacciones sociales satisfactorias en su ámbito real de actuación. Se refieren tanto a adquirir conductas socialmente efectivas que el sujeto no tiene en su repertorio como también a modificar las conductas de relación interpersonal que el sujeto posee pero que son inadecuadas.

2.1.- Concepto: El Entrenamiento en Habilidades Sociales.

Al igual que no hay una definición única y unánimemente aceptada del concepto de Habilidades Sociales tampoco la hay para el Entrenamiento de Habilidades Sociales. Sí podemos decir que el Entrenamiento de Habilidades Sociales nace en el seno de la Terapia de Conducta y evoluciona con ella desde unos planteamientos puramente conductuales hacia los planteamientos cognitivo – conductuales actuales (Calleja, 1994).

Se puede definir el Entrenamiento de Habilidades Sociales como: “Un intento directo y sistemático de enseñar estrategias y habilidades interpersonales a los individuos con la intención de mejorar su competencia interpersonal individual en clases específicas de situaciones sociales” (Curran, 1985). O también como “Un conjunto de procedimientos orientados a la adquisición de las Habilidades Sociales” (Caballo, 1987).

Dicho en otras palabras, el Entrenamiento Habilidades Sociales está integrado por “un conjunto de técnicas cuya aplicación se orienta a la adquisición de aquellas habilidades que permitan a los sujetos mantener interacciones sociales satisfactorias en su ámbito real de actuación” (Caballo, 1993).

Por tanto, el Entrenamiento de Habilidades Sociales implica que la persona (Caballo, 2002):

Adquiera y llegue a dominar conductas de interacción en la secuencia correcta.

Analice adecuadamente la situación social real.

Reproduzca las Habilidades Sociales en momentos adecuados y ante las diferentes situaciones de la vida real de forma espontánea.

Argyle y Henderson (1985) profundizaron en este análisis y consideraron que el Entrenamiento de Habilidades Sociales podría incluir, entre otros, los siguientes elementos:

Aprender habilidades de interacción (Comunicación Verbal y Comunicación No Verbal), y manejar secuencias de interacción como la negociación de desacuerdos.

Aprender los hechos cotidianos sobre las relaciones y corregir ideas erróneas.

Aprender las reglas informales de las relaciones.

Otros autores postulan que las seis premisas que subyacen a las Habilidades Sociales (Curran, 1985; Ovejero, 1990) son las siguientes:

Las relaciones interpersonales son importantes para el desarrollo y el funcionamiento psicológico.
La falta de armonía interpersonal puede contribuir, o conducir, a disfunciones y perturbaciones psicológicas.

Ciertos estilos y estrategias interpersonales son más adaptativos que otros estilos y estrategias para clases específicas de encuentros sociales.

Estos estilos y estrategias interpersonales pueden especificarse y enseñarse.

Una vez aprendidos estos estilos y estrategias mejorarán la competencia en situaciones específicas.

La mejora en la competencia interpersonal puede contribuir o conducir a la mejoría en el funcionamiento psicológico.

Actualmente, el Entrenamiento de Habilidades Sociales se encuentra entre las técnicas más potentes y más frecuentemente utilizadas para el tratamiento de problemas psicológicos, para la mejora de la efectividad interpersonal, y de la calidad de vida (Caballo, 2002; García vera, 1998; Gil y García Sáiz, 2000).

Así entendidos, los programas de Entrenamiento de Habilidades Sociales se fundamentan básicamente en los principios del aprendizaje y cuentan con la contribución de diversas disciplinas científicas. Además, estos programas, dadas las características de las Habilidades Sociales deben atender tanto a la interacción entre factores intrínsecos a la persona y factores ambientales, como a los distintos componentes (motores, cognitivos y fisiológicos) de éstas (García vera, 1998).

2.2.- Características del Entrenamiento en Habilidades Sociales

Las características principales del Entrenamiento de las Habilidades Sociales son las siguientes (Gil y García Sáiz, 2000):

En primer lugar, el modelo en el que se basan se orienta hacia la ampliación del conjunto de las capacidades y conductas adaptativas del sujeto, lo que conlleva el desarrollo de habilidades nuevas y conductas alternativas.

El Entrenamiento de las Habilidades Sociales es importante ya que las conductas que manifiesta una persona en una situación de interacción social están orientadas a conseguir unos determinados objetivos (consecuencias deseadas). Y, si las conductas no son adecuadas, la persona tendrá que soportar las consecuencias negativas de la no consecución de sus objetivos o metas, como aquellas derivadas del malestar que suelen provocar en los demás las conductas socialmente poco hábiles.

Como señalaron Libert y Lewinsohn (1973), cuando las conductas sociales que muestra una persona son positivas, es decir, resultan agradables, deseables y satisfactorias para esa persona (y para quienes le rodean), entonces se puede decir en términos generales que esas conductas son adecuadas, por el contrario, cuando la persona emite comportamientos que le acarrean consecuencias desagradables o poco deseables para ella (o para los demás), es posible que sus conductas sociales sean inadecuadas. Se justifica pues la necesidad del Entrenamiento de las Habilidades Sociales para lograr que la persona emita la mayor cantidad posible de conductas sociales adecuadas (y la menor cantidad posible de conductas inadecuadas).

En segundo lugar, los sujetos son los agentes activos del cambio. Por lo tanto, el Entrenamiento de las Habilidades Sociales se basa en la colaboración activa de las personas, lo que presupone su intención de cambiar, así como la aceptación y comprensión del procedimiento.

En tercer lugar, más que técnicas terapéuticas para problemas psicológicos, los Modelos Entrenamiento de Habilidades Sociales se consideran procedimientos psicoeducativos de formación, que pueden afectar a las habilidades de una persona en varios aspectos:

Motivación: El Entrenamiento de las Habilidades Sociales puede intentar modificar los objetivos o las metas que la persona persigue en la interacción social.

Sensibilidad: Los entrenadores pueden volverse más sensibles a los procesos de interacción verbal y no verbal de los otros.

Traducción: En el Entrenamiento de las Habilidades Sociales se puede enseñar qué respuestas dar a diferentes personas y situaciones, centrándose primero en la interpretación de las señales de los demás.

Respuestas efectivas: El Entrenamiento de las Habilidades Sociales enseña a dar respuestas hábiles.

En una sesión típica de Entrenamiento de las Habilidades Sociales son múltiples e incuestionables, especialmente en lo referido a la existencia de una amplia evidencia sobre su eficacia, así como por la posibilidad de realizarlos en grupo, lo que potencia esta eficacia.

Esta eficacia se ha demostrado a nivel empírico en el tratamiento de una serie de trastornos psicopatológicos y conductuales. Así por ejemplo, podemos citar entre otros, los programas para personas con problemas de asertividad y depresión (Caballo, 1988); adultos con problemas de ansiedad social (Heimberg, 1989); niños y adolescentes (Goldstein, 1989) o pacientes con esquizofrenia o diversas patologías psiquiátricas (Santolaya, 2002; Smith, Bellack y Liberman, 1996; Valencia, 1985, 1988); (Herrera, 1999).

La eficacia de los Entrenamientos de las Habilidades Sociales en el tratamiento de muy diversos problemas y poblaciones se debe fundamentalmente a dos factores (Gil y García Sáiz, 2000):

La eficacia debida a la existencia de sólidos fundamentos teóricos y metodológicos que sustentan el Entrenamiento de las Habilidades Sociales que, Como hemos comentado en el capítulo anterior, se deben fundamentalmente a la influencia y aportaciones de las teorías del aprendizaje social, de la psicología social y de la modificación y terapia de conducta , que sin duda, dotan de un marco teórico al Entrenamiento de las Habilidades Sociales (análisis funcional, técnicas de probada eficacia en terapia y modificación de conducta, marco teórico amplio para explicar procesos psicosociales implicados).

La eficacia debida a la selección adecuada de las condiciones de aplicación tanto en la planificación como de la ejecución de cada una de sus fases (preparación, adquisición y generalización).

Para concluir cabe comentar que las principales ventajas de los Entrenamientos de las Habilidades Sociales frente a otros procedimientos tradicionales orientados a la adquisición y desarrollo de nuevas habilidades son las siguientes (Gil y García Sáiz, 2000):

Resultan bastantes familiares a los sujetos, al seguir los mismos principios de aprendizaje que para la adquisición de cualquier otra competencia, en contextos naturales y al emplearse técnicas simples.

La duración es considerablemente breve.

Poseen una terminología simple, sencilla y asequible para las personas no especializadas.

Permiten una gran flexibilidad y versatilidad para adaptarlos a las diferentes personas, grupos y necesidades.

La información de los/as entrenadores es breve y sencilla.

Sus resultados son, desde el principio, más positivos.

Su estructura es clara, con pasos sistematizados y estructurados de antemano, lo que facilita que sean aplicados por distintos miembros del equipo de entrenamiento.

2.3.- Desarrollo de un Entrenamiento en Habilidades Sociales: Planificación y su aplicación.

Antes de iniciar el Entrenamiento de Habilidades Sociales resulta indicado tener en cuenta dos grandes fases claramente diferenciadas: una primera de planificación del entrenamiento y una segunda fase de aplicación o puesta en práctica.

La planificación es una fase muy próxima a la evaluación de las necesidades de formación y de entrenamiento. El objetivo de esta fase es establecer los objetivos específicos del entrenamiento, y delimitar las condiciones de su aplicación (García Vera, 1998). Se deben tener en cuenta tanto las Habilidades Sociales que se pretenden desarrollar, como las situaciones concretas en que se llevará a cabo el entrenamiento, y también el procedimiento de evaluación para determinar si los objetivos se han alcanzado.

Otro aspecto fundamental a tener en cuenta en esta fase se refiere a cómo conseguir los objetivos propuestos. Para dar respuesta a esto se comienza por definir cuáles serán las condiciones más adecuadas para aplicar el entrenamiento.
En definitiva, para llevar a cabo una adecuada planificación se deben contemplar: los déficits que presenta el/los individuo/s, la manifestación o no de problemas asociados o demandas por parte del grupo, el impacto que el inicio de Entrenamiento de las

Habilidades Sociales puede tener el sujeto, y todo ello con el fin de diseñar un entrenamiento lo más personalizado posible dirigido bien al individuo o al grupo.

En la segunda fase de aplicación es donde se entrena a los sujetos. La puesta en práctica se desarrolla a su vez a través de tres etapas: la preparación, la etapa o fase de adquisición de habilidades o entrenamiento propiamente dicho; y una tercera fase de generalización de las conductas a la vida real (García Vera, 1998).

En la fase de preparación se llevará una "puesta a punto" de las personas que van a participar en él. Así, el/la profesional que dirige el programa de entrenamiento debe informar de:

Los principios básicos que guían todo el entrenamiento y sus técnicas se sustentan en:

La necesidad de expresar los deseos de participar, conociendo las ventajas (materiales, personales, de relación social).

El deseo de la participación activa del sujeto. En el caso de que haya sujetos que muestren miedos y ansiedades en relación con su participación en los grupos (en ocasiones fruto de experiencias negativas anteriores), resulta conveniente abordar directamente esos problemas antes de la intervención, dar información sobre el procedimiento concreto que se va a aplicar, llevar acabo acuerdos para asegurar la participación y comenzar el entrenamiento con técnicas de representación de papeles donde los sujetos se van implicando cada vez más de forma progresiva.

La necesidad de su colaboración en el entrenamiento de los demás.

También es importante comenzar por realizar un análisis de las situaciones sociales que las personas a entrenar debe afrontar en su vida real. Por lo que se refiere a la adquisición de habilidades o entrenamiento propiamente dicho cabe señalar, en primer lugar, que conseguir el objetivo general de los Entrenamientos de las Habilidades

Sociales de adquirir aquellas habilidades que permitan a los sujetos mantener interacciones sociales satisfactorias en su ámbito real de actuación implica que los sujetos entrenados deban cumplir las siguientes características:

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

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

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

En relación al contenido de los Modelos de Entrenamiento de las Habilidades Sociales podemos decir, al igual que afirman diversos autores (Caballo, 2002; Gil y García Sáiz, 2000), que éste es un tema controvertido. Habitualmente las habilidades que se enseñan están basadas en la intuición, al margen de que tengan o no validez social, es decir, que los comportamientos aprendidos sean realmente capaces de mejorar las interacciones del sujeto. Los modelos de Entrenamiento de las Habilidades Sociales están integrados por diversos conjuntos de técnicas, cada uno de los cuales se orienta a la consecución de determinados objetivos particulares dentro de la estrategia general de aquéllos (la adquisición de conductas). Por lo tanto, al seleccionar las habilidades a entrenar conviene valorar su importancia social, su efectividad, y su valor para mejorar las interacciones (Michelson, 1987), así como la planificación de estos objetivos y la aplicación de dichas técnicas de forma coordinada, siguiendo una determinada secuencia de intervención (Gil y García Sáiz, 2000).

Las condiciones de aplicación a tener en cuenta para alcanzar los objetivos planteados, se refieren a los siguientes aspectos (García Vera, 1998):

Contextos sociales que la/s persona/s deberá afrontar. A partir de la descripción de los contextos sociales se elaborarán las escenas para el entrenamiento (role-playing). Esta descripción debe ser detallada e incluir los interlocutores y demandas de la situación. En ocasiones incluso se recomienda que los propios sujetos a entrenar describan las escenas y situaciones que desean representar y que han podido o pueden presentarse. Esta estrategia favorece la generalización.

Los criterios de éxito del entrenamiento, tanto en relación a las habilidades a entrenar como de los distintos elementos que se consideran componentes activos dentro de la eficacia del procedimiento. El establecimiento de criterios debe tomar como punto inicial y de referencia la evaluación inicial del sujeto o sujetos, para así determinar objetivamente si se ha producido un cambio beneficioso o no.

En cualquier caso los modelos de Entrenamiento de Habilidades Sociales son procedimientos muy potentes y habitualmente son métodos mixtos en la práctica, es decir que incorporan también estrategias cognitivas. Por lo tanto, pueden tener importantes efectos no sólo en los componentes conductuales, sino en los cognitivos y fisiológicos de las Habilidades Sociales.

Aplicar el Entrenamiento de las Habilidades Sociales a nivel individual o grupal son alternativas de atención que pueden tener ventajas o desventajas sobre la modalidad que se implemente, sin embargo, la aplicación en grupo tiene una serie de ventajas a nivel económico de tiempo y esfuerzo y los participantes pueden beneficiarse mutuamente del aprendizaje del comportamiento social, mientras que el entrenamiento individual se adapta a las necesidades particulares y concretas de la persona.

Composición del grupo. Se aconseja formar grupos homogéneos que compartan las mismas inquietudes y necesidades. Sin embargo, en ocasiones pueden incorporarse

sujetos veteranos que den testimonio de sus progresos y de las mejoras experimentadas, o familiares o amigos afectados e implicados en algunas situaciones entrenadas.
Las normas de funcionamiento del grupo deben establecerse antes de comenzar la aplicación del Entrenamiento de las Habilidades Sociales y comprometerse a respetarlas por parte de todos los miembros del grupo. Un ejemplo de ello podría ser los horarios de reuniones, el compromiso de colaboración, la realización de las tareas para casa, etc.

El tamaño de los grupos de Entrenamiento de las Habilidades Sociales se situará entre 8 y 12 (Caballo y Carboles, 1988), cuando se trata de aplicación clínica. En el área formativa o psicoeducativa el grupo puede ser más numeroso llegando a estar entre 20-25 personas (Kelly, 1987).

Los criterios de selección de los sujetos a entrenar deben quedar claros, una de las reglas de oro es que los sujetos tengan una decidida intención de cambio, es decir, que estén motivados a participar de manera activa, entendiendo los beneficios que ello supone. Otro criterio es que los participantes tengan las capacidades mínimas necesarias para comprometerse y comprender el procedimiento. Por último, un criterio habitual de selección es la mayor o menor homogeneidad de sus déficits, es decir la coincidencia en áreas donde se puede trabajar esos comportamientos deficitarios o necesidades detectadas.

Los criterios de selección del terapeuta o monitor del entrenamiento también deben considerarse. Uno de los criterios es que tengan habilidades para dirigir grupos, promuevan la participación y sean capaces de manejar conflictos interpersonales si aparecen. En relación al número de entrenadores o monitores, si el grupo es pequeño es suficiente la presencia de un entrenador. En ocasiones, si se entrenan grupos mayores se aconseja al menos dos monitores que garanticen la supervisión adecuada de todos los miembros del grupo. Así, esta actuación por parte de varios monitores o entrenadores permite enriquecer los entrenamientos y ofrecer un mayor y mejor control de las situaciones difíciles.

La duración de las sesiones de entrenamiento no debe ser demasiado larga ya que pueden producir cansancio, y el espacio de sesión a sesión debería ser suficiente para garantizar la puesta en escena en el entorno social real. Esta duración oscila, según los casos, entre los 30 y los 150 minutos (Caballo, 2002). Si las sesiones se plantean tipo seminario formativo, se debe tener la precaución de realizar pausas aproximadamente hacia los 45 minutos de sesión, en función de las tareas programadas, del número de miembros y de sus características. La duración total del entrenamiento es también muy variable según las circunstancias.

Las técnicas a aplicar deben decidirse antes de iniciar el Entrenamiento de las Habilidades Sociales y estas son: instrucciones, modelado, ensayo conductual, retroalimentación, reforzamiento y estrategias de generalización.

El material de apoyo necesario, incluye tanto equipamiento audiovisual (video proyector, proyector de transparencias), como material previamente grabado en vídeo o audio empleado para moldear conductas, así como lecturas complementarias o auto registros, etc.

En relación a las formas de aplicación del Entrenamiento de Habilidades Sociales, aunque este tipo de entrenamientos se llevaron a cabo inicialmente siguiendo un formato individual (Salter, 1949; Wolpe, 1958), se ha ido prestando cada vez más atención al formato grupal (Alberti y Emmons, 1986; Kelley, 1979).

Como se enunció anteriormente, el Entrenamiento de Habilidades Sociales en formato grupal tiene una serie de ventajas (Caballo, 2002):

El grupo ofrece una situación social ya establecida en la que los participantes pueden practicar con las demás personas. Los miembros suministran diferentes modelos, erradicando la idea de que el modelado por el terapeuta es la única forma “correcta”.

El grupo procura a sus miembros una serie de personas a quienes conocer y un contexto de apoyo (posición similar a la suya).

La situación social de interacción es real en vez de simulada (como ocurriría en un formato individual) y el entrenamiento en grupo hace un uso más económico del tiempo del terapeuta y genera menos costes económicos para el sujeto.

Sin embargo, también el entrenamiento individual tiene algunas ventajas a considerar, especialmente en el área clínica, donde las características concretas de los casos pueden hacerlo recomendable. Así, este tipo de entrenamiento permite diseñar programas a la medida de las necesidades del sujeto; permite trabajar en un contexto de entrenamiento más controlado; e implica aplicar de forma intensiva todas las técnicas hasta alcanzar un nivel óptimo de ejecución, así como una constantes reevaluación de la eficacia particular de los procedimientos que se están aplicando. En ocasiones se combinan ambas modalidades lo cual resulta recomendable pues permite ofrecer simultáneamente las ventajas de los entrenamientos individuales y grupales (Caballo, 2002).

Por último la fase de generalización consiste en asegurar que las Habilidades Sociales aprendidas en las sesiones de entrenamiento se apliquen en situaciones distintas a aquellas en las que se produjo el Entrenamiento de la Habilidades Sociales (García Vera, 1998).

2.4.- Técnicas utilizadas en el Entrenamiento en Habilidades Sociales

A lo largo de los apartados anteriores se ha comentado en distintas ocasiones que el Entrenamiento de Habilidades Sociales está integrado por un conjunto de técnicas. En este apartado realizaremos una somera revisión de las más comúnmente empleadas, cuyo resumen podemos ver en el cuadro siguiente (Caballo, 2002):

Cuadro 1.- Técnicas más comúnmente utilizadas en el Entrenamiento de Habilidades Sociales y objetivos de cada unas de ellas.

Técnicas	**Objetivos**
Instrucciones.	Informar sobre las conductas adecuadas.
Modelado.	Hacer generalización de adecuadas.
Ensayo conductual.	Práctica de estas conductas.
Retroalimentación.	Moldeamiento y mantenimiento de conductas exhibidas por el sujeto.
Estrategias y técnicas complementarias	Facilitar la generalización de las conductas aprendidas.

Instrucciones.- Se trata de dar explicaciones claras y concisas sobre las conductas a entrenar denominadas "conductas objetivo". Su finalidad es guiar en la ejecución de respuestas específicas. Por lo general, se transmiten verbalmente.

Con las instrucciones se centra la atención de la persona en las conductas que tiene que identificar (al observar a los modelos), que tiene que ejecutar (en el ensayo), que van a ser objeto de evaluación, y que serán puestas en práctica en la vida real. En una palabra, las instrucciones no se dan sólo para suministrar a los sujetos información sobre la conducta social, sino también para proporcionar una base y una explicación razonada para os ejercicios y ensayos de conducta posteriores (Caballo, 2002).

Y deben incluir, información específica sobre los comportamientos adecuados, explicaciones claras y concisas de los mismos, empleando ejemplos si se precisa y razones que justifiquen la importancia de dichas conductas, así como la necesidad de ejecutarlas. Se debe tener en cuenta la necesidad de implicar a los participantes, para ello se intenta que aporten ejemplos o argumenten la importancia de los nuevos comportamientos.

Para que las instrucciones sean más efectivas, la información que se transmite debe ser breve, expresada en frases cortas y sencillas, con un lenguaje inteligible y libre de tecnicismos innecesarios. Los conceptos claves se aconseja que se repitan y se enfatice en ellos (Caballo, 2002; Gil y García Sáiz, 2000).

Finalmente es importante remarcar, que las instrucciones se dan durante todo el entrenamiento, pero sobre todo al iniciar cada sesión y precediendo a la observación de modelos y ensayo de conductas.

Modelado.- Consiste en la exhibición por parte del "modelo" de las conductas que son objeto de entrenamiento, en presencia de los sujetos que son entrenados. Se puede definir como un aprendizaje por medio de la imitación. Esta última ha sido tratada en numerosas investigaciones, con distintos nombres: copia, aprendizaje por identificación, aprendizaje por observación, identificación, aprendizaje directo, conducta dependiente y con más frecuencia, modelado.

La investigación ha demostrado que el modelado es una técnica efectiva y fiable, tanto por la rapidez con que se aprenden conductas nuevas, como por el fortalecimiento o atenuación de las conductas previamente aprendidas (Eisler, Hersen y Millar, 1973).

Sin embargo, el moldeado por sí sólo no es suficiente debido a que sus efectos positivos son de corta duración. Por ejemplo, en algunas investigaciones clásicas ya se observó que los ministros, que con el método del modelado aprendieron a ser más convincentes en sus intervenciones públicas, una vez transcurrido un breve período de tiempo dejaron de serlo (Perry, 1970). Así pues, el hecho de observar lo que el modelo hace, enseña al alumno lo que tiene que hacer, pero éste también necesita suficiente práctica para aprender cómo y por qué se debe comportar de determinada manera.

Tal y como señalaron (Goldstein, 1989), existen tres tipos de aprendizaje por medio del modelado:

El aprendizaje por observación. Alude al aprendizaje de conductas nuevas que el sujeto nunca ha practicado.

Efectos de inhibición y desinhibición. Incluye el aumento o disminución de conductas que el sujeto casi nunca ha llevado a cabo, bien debido a castigos o a otro tipo de reacciones negativas.

Facilitación de conductas. Relacionada con el desempeño de conductas aprendidas con anterioridad que no son nuevas ni constituyen una causa para que se produzcan reacciones potencialmente negativas.

Por otra parte, los modelos pueden ser reales (por ejemplo, una persona experta en lo que pretendemos aprender) o simbólicos (por ejemplo, un vídeo en el que se muestra a un actor realizando las conductas que queremos aprender).

Los denominados "potenciadores del modelado" son un conjunto de circunstancias que han mostrado afectar significativamente el grado en que se da el aprendizaje por imitación y ente los que se encuentran (Gil y García Sáiz, 2000):

Características del modelo: El modelado será más efectivo cuando el modelo a imitar (persona a imitar): aparezca como muy calificada y con experiencia; tenga un status importante; controle las recompensas; sea del mismo género, tenga una edad similar y pertenezca a la misma clase social; sea simpático y amable; reciba recompensas positivas por lo que hace (consecuencias sociales o materiales). Es importante que se empleen varios modelos, con el fin de mostrar una diversidad de posibles estilos de actuación.

Características de las situaciones a modelar: El modelado será más efectivo cuando la situación presente las conductas a imitar: con claridad y con precisión; gradualmente, de menor a mayor dificultad y complejidad, avanzando progresivamente; con las suficientes repeticiones que permitan su pobre aprendizaje; con la menor cantidad posible de

detalles innecesarios (no deben aprenderse); empleando diferentes modelos en lugar de un solo; y enmarcando esas conductas en una secuencia de interacción que tenga sentido propio. Es decir, el modelado debería abarcar secuencias de interacción completas, con sentido en sí mismas (de entre uno y tres minutos). Se deberán crear las condiciones óptimas para la observación, reduciendo todos aquellos estímulos distractores.

Características del observador (adiestrado): La persona que observa al modelo debe saber que tiene que imitarlo: asumir una actitud similar y favorable hacia el modelo; tener simpatía o que le guste el modelo; y, lo más importante, ser recompensado por realizar las conductas observadas. Para ello se debe ofrecer la oportunidad de practicar y ensayar las conductas observadas de manera simultánea o inmediatamente después de la actuación del modelo.

Las etapas del modelado son: atención, retención y reproducción. Es imprescindible que la persona a entrenar preste atención a las situaciones que se le plantea y a las conductas objeto de entrenamiento. Posteriormente, para poder reproducir las conductas que ha observado, debe el sujeto recordarlas y retenerlas. La capacidad memorística de la persona aumenta cuando clasifica o codifica las distintas conductas. Este código recibe el nombre de "ensayo encubierto", o sea la reproducción mental de las conductas presentadas. Sin embargo, lo mejor para favorecer la retención es la reproducción o representación práctica, punto crucial del entrenamiento, denominado representación de papeles o role-playing.

Los objetivos del modelado son: adquirir nuevas conductas; modificar algunas de las conductas que el sujeto posea y sean inadecuadas, y proporcionar información para la ejecución de determinadas conductas (Verbal, No Verbal, Paralingüística).

En definitiva, esta técnica es ampliamente empleada y resulta muy útil y eficaz al abordar comunicación no verbal, paralenguaje y comportamientos complejos.

Ensayo conductual o Role-playing.- Fue definido como “una situación en la que a un individuo se le pide que desempeñe un papel (se comporte de determinada manera), por lo general, no el de sí mismo, y, si éste es el caso, en un lugar distinto al habitual” (Mann, 1956). A través de esta técnica se pretende que el sujeto tenga la oportunidad de practicar y ensayar las conductas apropiadas cuantas veces sea necesario, hasta lograr un nivel de ejecución adecuado. El objetivo consiste en aprender a modificar modos de respuesta no adaptativos, reemplazándolos por nuevas respuestas (Cabballo, 2002).

El ensayo conductual puede ser real (en la situación social o simulada) o encubierto (el sujeto debe imaginarse ejecutando dichas conductas). Este último resulta útil en aquellas situaciones de carácter muy personal o íntimo. Lo aconsejable suele ser emplear formas combinadas.

Como nos recuerdan algunos manuales sobre el tema (Caballo, 2002; Gil y León, 1998; Kelly, 1987), si una persona quiere aprender a nadar, no es suficiente que lea libros sobre el tema o que observe a otras personas, sino que debe tratar de hacerlo por sí misma. Pues bien, esta técnica proporciona un aprendizaje con conocimiento de los resultados o aprendizaje operativo. Cabe resaltar que esta técnica exige una implicación activa por parte de la persona y constituye el núcleo central del aprendizaje.

El éxito del ensayo conductual (cambio de conductas y actitudes) será más probable si la persona que representa el papel cuenta con la suficiente información sobre el contenido del papel a desempeñar y si a prestado la atención necesaria a lo que podríamos llamar potenciadores. Estos incluyen: acuerdo por parte del sujeto en particular; compromiso con la conducta u opinión que va a simular; pasar de representaciones estructuradas a semi estructuradas hasta llegar a la improvisación; reiterar los ensayos para facilitar condiciones de sobreaprendizaje; y de obtener recompensa, aprobación o reforzamiento por llevar a cabo la representación de las conductas. Es interesante variar contextos e interlocutores para incrementar la generalización de las respuestas.

La combinación de la técnica de modelado y de representación de papeles supone una mejora, ya que de este modo el sujeto sabe qué y cómo hacerlo (Goldstein, 1989). Sin embargo, no es suficiente y se debe incluir un componente de motivación o incentivo (el procedimiento de retroalimentación).

Retroalimentación.- El objetivo es proporcionar información correcta y útil al sujeto acerca de las conductas objetivo exhibidas en el ensayo conductual o role-playing previo, con el fin de moldear (Shape) dichas conductas y conseguir un nivel de ejecución lo más idóneo posible (Gil y García Sáiz, 2000). Así pues, la retroalimentación o feedback verbal se utiliza para atraer la atención, de manera constructiva y contacto, hacia lo que el sujeto entrenado está haciendo mal y sugerir otros estilos de comportamiento, y para reforzar aquellos aspectos adecuados de su ejecución.

El feedback se proporciona al finalizar el ensayo conductual o role-playing y puede adoptar varias formas, en función del canal a través del cual se proporciona la información al sujeto (visual o verbal) y de quién sea la persona que la proporcione. En el primer caso, el sujeto recibe la información sobre como a ejecutado la conducta a través de filmaciones de las escenas, y en el segundo caso a través de comentarios de las personas que estuvieron presentes durante los ensayos.

La retroalimentación puede proceder de otros miembros del grupo (discusión abierta, discusión en pequeños grupos, cuestionarios, listado de verificación del comportamiento), o puede proceder del/la entrenador/a que debe proporcionar una orientación experta acerca de las técnicas sociales efectivas y ser capaz de aumentar la sensibilidad frente los aspectos más sutiles de interacción. Se debe destacar la importancia que tiene el refuerzo social, es decir, el elogio, la aceptación y el estimulo, ya que se ha comprobado su enorme influencia en la modificación de conducta.

Resumiendo, los aspectos que caracterizan un feedback verbal efectivo son (Caballo, 2002; Gil y García Sáiz, 2000): su aplicación de forma inmediata después de los ensayos o role-playing; el hecho de que esté centrado conductas concretas en número limitado

cada vez, y sobre las que el sujeto tiene control; el uso de un lenguaje sencillo y comprensible (evitando el uso de tecnicismos); empezar por un análisis o valoración objetiva de la conducta, indicando el impacto personal que dicha conducta ha provocado, dejando para después una valoración más global; identificar las conductas que son susceptibles de perfeccionamiento, y señalar comportamientos alternativos y la sugerencias para mejorarla; y, por supuesto, poner énfasis en los aspectos positivos de la ejecución.

Refuerzo.- En general, se ha definido como "un suceso que sirve para aumentar la probabilidad de que se realice una determinada conducta" (Goldstein, 1989). El objetivo es proporcionar consecuencias positivas al sujeto, cuando esté haya emitido la conducta adecuada y/o haya realizado alguna de las aproximaciones que se desean fortalecer. Se contribuye así al moldeamiento de conductas y a su mantenimiento.

A la hora de aplicar refuerzos es necesario tener en cuenta la historia individual y las necesidades actuales de los participantes. Esto significa que no basta con limitarse a elegir entre el reforzador material, el social (aceptación, reconocimiento por parte de los demás), o el auto refuerzo (evaluación positiva que la persona hace de su propia conducta), sino que además hay que intercambiarlos entre sí en forma continua y sensible.

En términos generales, el tipo de refuerzo que se utiliza con más frecuencia es el social de tipo verbal (alabanzas, frases de reconocimiento y aprobación de las conductas del sujeto), si bien también en algunos casos (niños, pacientes psiquiátricos…) resulta necesario el refuerzo material (tales como comida y dinero). Cabe recordar que el refuerzo social actúa como poderoso medio de control de conductas.

Podemos afirmar que hay una serie de aspectos que facilitan o inhiben los efectos de esta técnica. Como Bandura (1969) comentó: "En muchas ocasiones las recompensas no se otorgan en base a la conducta que se quiere impulsar… privilegios especiales, actividades, recompensas se dan, en general, según esquemas preconcebidos en lugar de

tener en cuenta las necesidades reales de la practica y en muchos casos, los refuerzos positivos recaen de manera contingente sobre las conductas inadecuadas".

Dado que los cambios conductuales son más efectivos (se consolidan y se posibilita su repetición) cuando el refuerzo es inmediato a la ejecución de la conducta objetivo (Gil y García Sáiz, 1993) está claro que la relación contingente entre el rendimiento y el refuerzo debe reflejarse en los procedimientos de entrenamiento y ponerse lo suficientemente claro al sujeto a entrenar.

Por otra parte, atendiendo a la cantidad y calidad del mismo, cuanto mayor es la cantidad de refuerzos, más se intensifican sus efectos positivos, salvo algunas excepciones. Una de las limitaciones a esta premisa es que el aumento en cierto tipo de reforzadores incrementa el rendimiento y el aprendizaje, pero en cantidades demasiado pequeñas. Una vez adquirida la conducta, el rendimiento o exhibición tendrá una relación directa con la magnitud de las recompensas. Y también es importante recordar que para que el reforzamiento funcione debe ser válido, esto es, debe ser importante, deseable y adecuado a la situación y a la persona. En el marco del Entrenamiento de Habilidades Sociales, una de las ocasiones propicias para reforzar las conductas es durante el ensayo conductual role-playing.

Estrategias de generalización y técnicas complementarias.- La generalización consiste, como hemos dicho anteriormente, en asegurar que las Habilidades y Sociales aprendidas durante el entrenamiento se apliquen a situaciones distintas de éste. Para lograr es imprescindible que la persona continúe practicando los comportamientos entrenados en diferentes situaciones y con distintas personas. Así la investigación ha demostrado que en un determinado contexto la conducta que con mayor frecuencia se practicó es la que con mayor probabilidad tardará en repetirse en el futuro, en caso de que aparezcan situaciones similares (Goldstein; 1998).

El entrenamiento de actividades, suministra habilidades, información y conocimientos y el potencial para su aplicación exitosa; por eso ante todo el refuerzo en la vida real es el

que decidirá lo que sucede en el lugar de aplicación y el que determinará si el aprendizaje adquirido tendrá una manifestación duradera, es decir, si formará parte del repertorio de conductas del sujeto.

Resumiendo puede decirse que los objetivos pretendidos con las estrategias de generalización y técnicas complementarias son: (León; 1998).

- Mantener en el tiempo la conducta aprendida.
- Transformar lo aprendido a otros escenarios diferentes del aprendizaje.
- Manifestar el comportamiento en situaciones interpersonales distintos a los ensayados.
- Manifestar comportamientos relacionados o similares a los que se han aprendido.
- Manifestar el comportamiento ante personas diferentes a aquellos con los que ensayamos.
- Desarrollar en los sujetos capacidades cognitivas que les permita analizar adecuadamente las situaciones reales con el fin de adaptar sus comportamientos a las mismas.

Entre las técnicas complementarias suelen citarse las siguientes:

Estrategias aplicadas en el ambiente real o "tareas para casa". Consisten en realizar en la vida real algún cometido similar al efectuado en los entrenamientos. Las ventajas san que el sujeto sigue practicando las conductas y lo hace en contextos naturales; que practica todo tipo de conductas (tanto en las esferas privada como íntimas); que labora su propio estilo adaptándolo a las situaciones en que se desenvuelve desarrollando su autocontrol al percibirse actuando por interés propio y consiguiendo cambios en el contexto real, para que resulten eficaces se aconseja que las tareas o actividades programadas sean elaboradas en colaboración con los propios sujetos para adaptarlos a sus necesidades, conocer de antemano las situaciones que van a afrontar para poder predecir las reacciones de los demás, así como elegir, sobre todo al principio, situaciones de alta probabilidad de éxito.

Entrenamiento en T. Grupo: se emplean para que los miembros de un determinado grupo estudie los procesos de interacción social que tienen lugar en él, se aplica a trabajadores sociales, directores, enfermeras, médicos;… y, en general, personas que trabajan con otras personas. Su objetivo es proporcionar más sensibilidad hacia lo que sucede en los encuentros sociales y hacia las reacciones emocionales de los demás; una conciencia más clara de cómo le ven a uno los demás y una aceptación de las virtudes del estilo democrático de comportamiento.

Registro de comportamiento de otros: otro método consiste en instruir a los entrenados en varios aspectos del registro de la interacción y hacerlos practicar en registrar el comportamiento de los otros entrenados (aprender a registrar aspectos como el número y duración de los diálogos, duración del contacto ocular o la dirección de la mirada entre ellos, el número de errores al hablar, etc.). Algunas son imperceptivos porque no miran suficiente a las demás personas o porque no miran al lugar correcto en el momento adecuado, con esta práctica de registrar el comportamiento de los otros se mejoran también estas habilidades.

Auto observación: consiste en tender deliberadamente a la emisión de la propia conducta a través de algún procedimiento establecido. Esta técnica también se utiliza durante la aplicación del Entrenamiento de las Habilidades Sociales aunque es durante el proceso de sensibilización donde cobra relevancia.

Capitulo 3.-

Esquizofrenia

3.1.- Definición: abarca un grupo de condiciones clínicas, cuya etiología es desconocida y que en su fase aguda se reconocen sus síntomas por la descripción y elaboración de ciertos tipos de experiencias subjetivas anormales, entre las que se encuentran los llamados “síntomas de primer orden” descritos por Kurt Schneider y otros síndromes ilusorios o paranoides. “Fraser Watts y D. Bennet” 1978.

3.2.- Historia del concepto de esquizofrenia.

Emilio Kraepelin (1855-1926) fue el primer psiquiatra que diferencio del conjunto de pacientes mentales internados, la entidad patológica denominada dementia precox. Este término había sido empleado anteriormente por el psiquiatra francés Morel, pero no con idéntica significación. Para Morel, precox significaba que el estado demente comenzó pronto o precozmente en la vida, en oposición a la demencia senil de la vejez. Para Kraepelin la denominación precox adquiere un significado adicional: suponía que el estado de demencia seguiría precozmente o pronto al comienzo de la enfermedad.

Emilio Kraepelin (1855-1926) determino que un proceso cognitivo (dementia) y una edad de inicio temprana (precox) era una característica primordial en estos pacientes y distinguió aquellos con demencia precoz de aquellos que sufrían una psicosis maniaco depresiva o paranoia y determino que los pacientes con demencia precoz se caracterizaban por un curso deteriorante y síntomas comunes de alucinaciones e ideas delirantes.

Kraepelin dividió a los pacientes en tres grupos: hebefrenico, catatónico y paranoico. Más tarde acepto la diferenciación de un cuarto tipo, el del simple, como propuso Bleuler. Separo también de la demencia precoz una entidad nosológica nueva, la

parafrenia. En este síndrome el resultado es también de consideración fundamental: a pesar de la progresión de la enfermedad, no existe decadencia de la personalidad en lo que se refiere a la etiología.

Kraepelin considera la demencia precoz como una enfermedad endógena, es decir no debida a causas externas. Al principio pensó que era debida a una patología orgánica del cerebro; más tarde se inclino a un posible trastorno metabólico.

Eugenio Bleuler (1857-1930) psiquiatra suizo, cuya participación en la historia de la psiquiatría será siempre importante acepto muchos de los conceptos de Kraepelin, revisándolos y revitalizándolos; intento rebasar el límite de acceso puramente descriptivo, conceptualizo el término de esquizofrenia con el fin de subrayar la presencia de una escisión del pensamiento, emociones y conducta de los pacientes afectados.

La presencia de un curso deteriorante no era imprescindible en el concepto de la esquizofrenia como lo era en el de la demencia precoz. También describió lo que él llamaba como: “síntomas fundamentales y primarios”.

- Las asociaciones.
- Los afectos.
- El autismo.
- La ambivalencia.

En 1911 publico una monografía sobre la demencia precoz, como resultado de muchos años de estudios e investigaciones. Califico de nuevo el síndrome de esquizofrenia alegando que una de las características más llamativa es la desintegración de las diferentes funciones psíquicas y no tanto la progresión hacia un estado demente. Esto significa un ataque contra el concepto Kraepeliano de la demencia precoz como entidad nosológica, ya que incluyo en el grupo de la esquizofrenia muchos síndromes que en aquella época nadie consideraba relacionados con esta enfermedad, tales como psicosis originadas en personalidades sicopáticas, alucinaciones alcohólicas, depresivas. Además pensó que el mayor número de esquizofrenias eran casos latentes; estos pacientes no se

hospitalizan nunca, porque los síntomas no son suficientemente graves aunque muestran rarezas que se atribuyen a un proceso esquizofrénico insidioso.

Bleuler clasifico los síntomas de esquizofrenia en dos clases: los grupos de síntomas fundamentales y accesorios, y los grupos de síntomas primarios y secundarios. Los síntomas fundamentales no son necesariamente primarios; son los que están presentes hasta cierto punto en todos los casos de esquizofrenia, latente o manifiesta. Los síntomas accesorios son aquellos que pueden o no presentarse. Incluyo el trastorno de proceso de asociación ya que lo considero como característica más importante de esquizofrenia y además la forma particular del pensamiento y de la conducta de autismo. Entre los síntomas accesorios incluyo las manifestaciones agudas de la psicosis, como ilusiones, alucinaciones, posturas catatónicas, etc. Los síntomas primarios son aquellos que están directamente relacionados con el proceso de la enfermedad. El más importante es el desorden de la asociación. Los síntomas secundarios se producen por una combinación de la aparición de los síntomas primarios y de los factores psicológicos.

Las aportaciones más importantes de Bleuler fueron las que estaban relacionadas con su estudio del proceso de asociación y trastornos de la vida afectiva, los conceptos de autismo y ambivalencia y su interpretación del negativismo.

El desorden del proceso de asociación, según Bleuler, concierne a cada uno de los aspectos de esquizofrenia. En los procesos del pensamiento pueden variar desde un máximo que corresponde a una incoherencia completa, a un mínimo, que apenas se percibe. Bleuler describe con exactitud los diferentes grupos de este desorden asociativo y síntomas relacionados tales como: bloqueo, ilusiones, errores lógicos, etc., pero no pudo deducir ningún mecanismo formal y básico subyacente. Se limito a formular que estos síntomas eran el resultado de una desunión de las asociaciones.

El resumen las aportaciones de importancia de Bleuler son las siguientes:

1. Considero el síndrome esquizofrénico, no como una progresión hacia la demencia, sino como una situación particular, caracterizada principalmente por el trastorno de la asociación y por el desdoblamiento de las funciones básicas de la personalidad.
2. Amplio los límites de lo que se debía incluir en este síndrome.
3. Diferencio un nuevo subtipo: el tipo simple.
4. Destaca que en la esquizofrenia no falta la afectividad y que tiene más importancia.

Intenta no solo describir, sino también explicar los síntomas. Respecto a su contenido psicológico, acepta las ideas de Freud. En cuanto al punto de vista formal, sus esfuerzos no tuvieron éxito y aporta a la psiquiatría los conceptos del pensamiento autista y de ambivalencia.

Enriquece la terminología psiquiátrica al inventar las siguientes palabras aceptadas: esquizofrenia, psicología profunda, autismo, ambivalencia y dereismo.

Sigmund Freud (1855-1939) de origen austriaco mostro la influencia de la Escuela Francesa de Psiquiatría más que de ninguna otra, por haber pertenecido un año a la Escuela de Charcot en Paris. De ahí que durante toda su vida dedicase menos atención al estudio de la psicosis. Sin embargo la influencia de Freud sobre toda la psiquiatría es de tal magnitud y de naturaleza tan revolucionaria, que incluso el campo de la psicosis tuvo que sufrir la revisión total a la luz de sus contribuciones. No obstante como tal Freud nunca abordo clínicamente pacientes esquizofrénicos.

En uno de sus primeros trabajos psicoanalíticos en 1874, nueve años antes de las primeras interpretaciones dinámicas de Adolfo Meyer, Freud describió cómo las ideas insufribles pueden originar psicosis alucinatorias. El ego rechaza la idea insufrible, pero

el intento de rechazarla no tiene éxito. La idea vuelve en forma de realización alucinatoria del deseo.

En la paranoia y en la demencia precoz, Freud ve una huida de la libido del mundo exterior y así explica que las ilusiones de catástrofe de magnitud cósmica, como la experiencia del fin del mundo, que se encuentran con frecuencia en estos pacientes son interpretadas por Freud como retirada de la libido. Las cosas se tornan indiferentes e irrelevantes y pueden parecer devastadas o disipadas. Se interpreta la formación de la ilusión como un intento de recuperación, un proceso de reconstrucción como un método utilizado para recuperar una relación, aunque falseada, con el mundo.

En 1914 Freud publico otro trabajo sobre el narcisismo, explicando más detalladamente la aplicación de su teoría sobre la libido a la interpretación de la esquizofrenia. Se aparta la libido y se dirige al yo, originando una situación que se denomina narcisismo. Algunos pacientes, por ejemplo afirmaban que sufren megalomanía y retiran su interés por el mundo exterior. Toda la carga afectiva que estaba concentrada sobre los objetos externos se aparta y se deposita en el paciente mismo, que se convierte en un megalómano. La megalomanía no es un fenómeno nuevo; se encuentra en pueblos primitivos y en niños. La retirada de la libido causa la perdida de la función normal de poder apreciar la realidad. La libido puede retirarse a uno o más puntos de fijación, correspondientes a varias etapas regresivas.
La expresión libido significa para Freud energía sexual, aunque no habla de los componentes afectivos de los procesos mentales. Esta retirada de la libido al plano del narcisismo no explica, desde luego, las características específicas de la esquizofrenia. Por otra parte el concepto de regresión, como retorno a niveles anteriores de integración, resulta aceptable para muchos autores si se separa del concepto de la libido. El concepto de regresión ha remplazado al de desteriorización en la esquizofrenia. El paciente regresa a niveles infantiles o arcaicos de integración, porque es incapaz de mantenerse en un nivel más elevado. Sin embargo estos niveles no son necesariamente representativos de niveles anteriores de desarrollo sexual, como pensó Freud. En su publicación el yo y el ello, que apareció en 1923, Freud escribió que la neurosis es el

resultado de un conflicto entre el yo y su ello, mientras que la psicosis es el resultado análogo de un trastorno similar de la reacción entre el yo y su ambiente. En una comunicación publicada en 1924 Neurosis y Psicosis, escribió que mientras en las neurosis el yo, en virtud de su fidelidad a la realidad, elimina parte del ello, en la psicosis el yo, al servicio del ello, se aparta parcialmente de la realidad. En otras palabras, el yo acepta parte del ello. En un trabajo posterior (perdida de la realidad, etc.) dijo que en las psicosis no existe solo perdida de la realidad, sino también una nueva elaboración de la realidad donde la psicosis sustituye algo de lo que niega.

Cualquier intento de justificar la importancia de las contribuciones de Freud al campo de la esquizofrenia permanece en cierta manera incumplida, porque se necesitaría repetir toda la teoría psicoanalítica entera, ya que cada sección de ella tiene algo con ella relacionado, directa o indirectamente. Quizá la más importante de todas las aportaciones del fundador del psicoanálisis en relación con la esquizofrenia sea el concepto de simbolización, aunque en principio no se formulo en conexión con este trastorno. Según este concepto, los síntomas ya no se aceptan en un nivel fenomenológico, sino como sustitutos de algo que simbolizan. Las fuerzas represivas del yo transforman los síntomas de tal manera, que el paciente ya no los puede reconocer como intentos de cumplir deseos censurables. El estudio de los símbolos expuesto en la obra cumbre de Freud sobre los sueños fue más tarde aplicado por Jung al campo de la esquizofrenia.

Los importantes conceptos de Freud, tales como los de inconsciente, represión y transferencia, son de gran valor al aplicarlos a la esquizofrenia. Freud fue el primer autor que realmente consiguió explicar el contenido de esta psicosis en términos psicológicos. También fue el primero en revelar de manera convincente la importancia de los factores psicológicos en la etiología de esta entidad.

De los psicoanalistas que divergen de Freud, Carlos G. Jung (1875-1961) fue el primero que aporto contribuciones sobresalientes a la esquizofrenia. En su libro (La psicología de la dementia precox) en 1907, seis años antes de su ruptura con Freud describe la importancia del complejo autónomo. Los autores franceses y en particular Charcot y

Janet, habían ya postulado que una serie de ideas, apartadas de la conciencia, mantienen una existencia más o menos independiente. Jung añadió que la disociación de este grupo autóctono de ideas era determinada dinámicamente.

Jung comprendió que las ilusiones, alucinaciones y otros síntomas esquizofrénicos, eran debidos a la actividad del complejo que no podía estar bajo el dominio o corrección de la conciencia. Así que Jung es el primer autor que concibe la posibilidad de un mecanismo psicosomático en la esquizofrenia. Según él, no es un trastorno orgánico el que produce el desorden psíquico; al contrario, el desorden emocional produce un metabolismo anormal que causa daños físicos al cerebro. Este hecho es particularmente interesante ya que por primera vez se considera el sistema nervioso como víctima de un trastorno psicosomático. Jung considera esta posibilidad como una mera hipótesis y no excluye la idea de que un cambio de que un cambio en el metabolismo primario, como sugirió Kraepelin. A causa de este trastorno metabólico, el último complejo accidental puede llegar a coagularse o cuajarse y así determinar el contenido de los síntomas.

Jung manifestó que la base esencial de nuestra personalidad es la afectividad. El pensar y actuar son solo síntomas de la afectividad. Que es la fuerza dinámica del complejo que puede ocupar todo el campo mental y trastornar muchos de los procesos ideativos. Se refiere a trastornos como los que observa en sus experiencias de asociaciones, pero no dio una explicación completa de los mecanismos formales de la esquizofrenia. Según él, el complejo autónomo trastorna la concentración del paciente y paraliza todas sus demás actividades. Reconociendo que los mecanismos psicológicos de los sueños están estrechamente relacionados con los de la demencia precoz, escribió: que el que sueña camina y actúe como si estuviera despierto y enseguida tenemos el cuadro clínico de la demencia precoz.

Las contribuciones más importantes de Jung para el estudio de la esquizofrenia podemos resumirlas en cinco puntos:

Fue el primero en aplicar por completo los conceptos psicoanalíticos a la esquizofrenia. Describió la existencia del complejo autóctono en esta situación y percibió que toda la afectividad era la fuerza dinámica del complejo.

Fue el primero de ver la posibilidad de participación psicosomática del sistema nervioso central en la esquizofrenia, aunque no formularse un concepto con estas mismas palabras trato de hacer una descripción de la personalidad básica del esquizofrénico, identificándola con el tipo introvertido, en contra posición a la personalidad del histérico, que identifico con el tipo extrovertido.

Adelanto la teoría del inconsciente colectivo, según este autor, muchos síntomas de la esquizofrenia son la reproducción de arquetipos en el inconsciente colectivo.

Jung pensaba que la esquizofrenia era debida a una fuerza no habitual, y que un número anormal de tendencias atávicas no se ajustan a la vida moderna. Con este último punto parece reafirmar la importancia de los factores congénitos, disminuyendo en gran manera la importancia que tienen los factores ambientales o las fuerzas interpersonales.

Kraepelin fue el primero en hacer una descripción clínica de la esquizofrenia en 1896, nombrando al trastorno como dementia precox, o deterioro prematuro. Puntualizo que la enfermedad iniciaba en la adolescencia o en el adulto joven y que representaba un curso crónico y una importante discapacidad. Puso gran énfasis en el deterioro cognitivo que se observa en los pacientes, el cual comprometía la atención, motivación, memoria, voluntad y aprendizaje. Estableció una relación entre este deterioro cognitivo y el pronóstico del paciente.

Posteriormente Bleuler acuña el termino esquizofrenia en 1911, y aunque diferente en algunos conceptos con Kraepelin sobre todo en el hecho de que no siempre el inicio era

tan prematuro (adolescencia, adulto joven) y sobre la evolución del padecimiento, mencionando que no todos los pacientes llegaban a la demencia, sí coincide en cuanto los síntomas cognitivos, de hecho define estos síntomas (deterioro cognitivo) como la característica fundamental de la enfermedad. Para Bleuler las ideas delirantes y alucinaciones auditivas (psicosis) que se observan en el paciente con la esquizofrenia, son consideradas como síntomas secundarios (positivos) no tenían una asociación con el curso de la enfermedad. De una manera poco afortunada, el movimiento psicoanalítico influyo significativamente en la investigación de la esquizofrenia, ocasionando que el concepto cognición perdiera la importancia en la visión del trastorno.

El descubrimiento de los antipsicóticos en 1952 (Clorpromazina) revoluciono el tratamiento de la esquizofrenia, dando un especial énfasis a la psicosis (ideas delirantes, alucinaciones y desorganización conductual). Gracias a la aparición de estos medicamentos el índice de hospitalización se redujo de manera dramática. Lo que hizo pensar que el eje de la enfermedad era la psicosis. Sin embargo para los años sesentas, se observo que el tratamiento de la psicosis, si bien reducía la hospitalización, no mejoraba la funcionalidad del paciente.

Y por lo tanto su reinserción al medio era una condición extremadamente rara observada en el paciente esquizofrénico. Los antipsicóticos si bien reducía el tiempo de internamiento de un paciente, no modificaban de manera significativa la calidad de vida, independientemente de la influencia de los efectos secundarios (extrapiramidales). Más aún, tampoco disminuyó el costo de la enfermedad. Situación que logro que los estudiosos de la esquizofrenia retomaran los conceptos Kraepelianos acerca de los síntomas cognitivos.

Para la década de los 80´s, Crew propone una nueva clasificación de esquizofrenia basándose en dos grupos de síntomas que predominaban el fenómeno patológico, los síntomas positivos (ideas delirantes, alucinaciones y desorganización del pensamiento) y los síntomas negativos (anhedonia, abulia, alogia, falta de iniciativa y falta de sociabilización). Intentando de alguna manera justificar la pobre inserción a su medio

del paciente, no por la psicosis en sí (síntomas positivos) sino por la deficiencia funcional del paciente (síntomas negativos).

Más tarde el grupo de Andreasen retoma el concepto de la cognición, para añadir una nueva dimensión sintomatologica a la esquizofrenia.

Sin embargo el déficit cognitivo, hoy en día, considerado como síntoma fundamental de la esquizofrenia, no es contemplado de manera clara dentro de los manuales diagnósticos, en donde no se observa una alusión directa dentro de los criterios diagnósticos. Ello ha ocasionado que muchos especialistas en salud mental, asocien esquizofrenia a las alusiones, de hecho duden sobre el diagnostico cuando no existe este síntoma, a pesar del evidente deterioro cognitivo.
Por otro lado el concepto de que la esquizofrenia es una enfermedad de neurodesarrollo donde uno de los órganos afectados es la corteza prefrontal, ha llevado a un escrutinio cada vez mayor de este sitio anatómico del cerebro. Las conexiones prefrontales-limbicas nos han llevado por otro lado a formular varias hipótesis fisiopatologicas de la sintomatología de la esquizofrenia y con ella un acercamiento cada vez más importante al entendimiento de una de las enfermedades más devastadoras que ha sufrido la humanidad.

La esquizofrenia es uno de los trastornos psiquiátricos mas investigados alrededor del mundo. Aún así, hoy en día, muchas controversias en cuanto a su diagnostico, a pesar del consenso establecido por los manuales diagnósticos de las enfermedades mentales (DSM-IV). Controversias o confusiones que inician desde el establecimiento de que la esquizofrenia es una enfermedad mental, cuando no existe un consenso del concepto mente, que está más en los terrenos filosóficos que médicos. Por otro lado la heterogenicidad del trastorno nos lleva a que el diagnostico siga teniendo un factor subjetivo muy importante. De hecho los últimos avances en neurociencias con respecto al trastorno, no han repercutido en gran medida en el establecimiento de un consenso diagnostico. La combinación de los avances en neuroimagen y neuropsicología son el futuro de la psiquiatría, y por ende de la esquizofrenia. Estos avances obligan al

profesional de la salud mental a consolidar los conocimientos básicos y actualizarse en las investigaciones recientes de la esquizofrenia.

Algunos hechos históricos respecto a la conceptualización y descripción clínica de la esquizofrenia han sido relevantes, sobre todo porque ha marcado la pauta para la actual clasificación y comprensión de dicha entidad.

Adolf Meyer fundador de la psicobiologia de la esquizofrenia y otros afirmo que los trastornos mentales eran reacciones a situaciones estresantes de la vida.

Desde el principio de su carrera la esquizofrenia acaparo su mayor interés no siendo satisfactorio el papel adjudicado a la herencia y a la autointoxicación en la etiología y patogenia de la demencia precoz. Comprendió que quizá deberían considerarse de nuevo los factores psicológicos, aunque los profanos en la materia y en las escuelas antiguas les habían adjudicado mucha importancia.

Meyer proclamo que debería estudiarse al paciente en sentido longitudinal; desde el comienzo de su vida deberían ser examinados todos los factores que pudieran haber contribuido a la situación mental.

Meyer llego a convencerse de que la demencia precox era el resultado de una acumulación de desordenes habituales o hábitos faltos de reacción. El individuo es incapaz de enfrentarse con los problemas y dificultades de la vida y que tiene que encararse con fracaso tras fracaso, puede tender hacia lo que Meyer llamo reacciones sustitutivas. Meyer considero que se podía calificar los hechos principales que aparecen en el historial de la mayoría de los casos, como una cadena natural de causa y efecto.

Comprendió la demencia precox como el usual e inevitable resultado de: conflictos de instintos, o conflictos de complejos de experiencia e incapacidad de un ajuste inofensivo y constructivo.

En lo que se refiere a una interacción longitudinal de fuerzas. Meyer denominó psicobiológico su concepto dinámico, si se consideran tanto los factores psicológicos como los pertenecientes a la biología. Dio al trastorno el nombre de parergasia, que etimológicamente, significa incongruencia de conducta. Esta denominación sin embargo, no se empleo más que entre sus seguidores.
Su mayor mérito consiste en haber reafirmado la importancia de los factores mentales o psicológicos en la etología de la esquizofrenia.

La mayor aportación de Meyer fue su insistencia en el estudio longitudinal del paciente y la importancia que dio a los factores psicógenos. Por tanto, debemos considerar su acceso como dinámico, si bien su dinamismo queda algo mermado porque los factores ambientales de la infancia del paciente no reciben la consideración adecuada y por el hecho de que sus síntomas se consideran más o menos desde el punto de vista realista, es decir, no simbólico. El punto de vista dinámico-psicoanalítico no es solo más complejo, sino que en realidad precedió históricamente al psicobiológico. En las primeras décadas de su existencia, el psicoanálisis se dedicó casi exclusivamente a las psiconeurosis, así que el acceso psicobiológico tuvo oportunidad de ganarse un lugar acreditado en el estudio de la esquizofrenia.

Harry Stack Sullivan es el psicoanalista americano que aportó las contribuciones más valiosas a la comprensión y tratamiento de la esquizofrenia.

La gran aportación de Sullivan consiste en la interpretación de la Psiquiatría como el estudio de las relaciones interpersonales. Según Sullivan, el psiquiatra debe interesarse más por lo que sucede entre las personas que por lo intra-psíquico. Según sus propias palabras, no hay nada que sea intra-personal o intra-psíquico; todo se deriva de las relaciones del individuo con otras gentes, en especial con personas con las que ha vivido en su infancia, sus padres o los sustitutos de sus padres a los que Sullivan denominan adultos significativos en la vida del individuo.

Las aportaciones de Sullivan en el campo de la esquizofrenia:

Demostró que la esquizofrenia, como cualquier otra situación psiquiátrica es causada por relaciones interpersonales deficientes, en especial por las relaciones entre padres e hijos. Así abrió nuevos panoramas e incluyo la Psiquiatría en el dominio de las ciencias sociales más que otro cualquiera de sus contemporáneos, comprendió que se podía tratar la esquizofrenia por medios psicoterapéuticos. Hizo del tratamiento psicoterapéutico de la esquizofrenia la obra capital de su vida.

Por otro lado Gabriel Langfelt: Propuso los criterios para los síntomas si no existen signos de perturbaciones cognitivas, infecciosas o intoxicaciones para la verdadera esquizofrenia:

- Despersonalización,
- Autismo,
- Embotamiento afectivo,
- Sentimientos de desrealización.

Criterios para el curso: debe tomarse en cuenta al menos un periodo de cinco años, que muestra el desarrollo a largo plazo de la enfermedad.
Otro autor como: Kurt Schneider, describió ciertos síntomas por rangos:

a) Primer rango

- Pensamientos audibles,
- Voces que discuten, se pelean a las dos cosas,
- Voces que comentan,
- Pasividad somática,
- Robo de pensamientos y otras experiencias de pensamiento influido,
- Difusión del pensamiento,
- Percepciones delirantes,

- Todas las demás experiencias que incluyen voluntad, efectos e impulsos.

b) Segundo rango

- Otros trastornos,
- Ideas delirantes súbitas,
- Perplejidad,
- Cambios del humor de la depresión a la euforia,
- Sentimientos de empobrecimiento emocional,
- Otras.

3.3.- Epidemiología

El 1% de la población mundial es muy posible que presente algún tipo de esquizofrenia.

De acuerdo a la edad y sexos se pueden presentar como sigue: los hombres: entre los 15 y los 25 años y las mujeres: entre los 25 y los 35 años mientras que un 90% de los pacientes en tratamiento están entre los 15 y 55 años, el inicio antes de los 10 años y después de los 50 es muy poco frecuente. Es más probable que las mujeres tengan un mejor funcionamiento social. En general, el curso de la esquizofrenia es más favorable en las mujeres.

3.4.- Tasa de reproducción

Algunos aspectos relevantes respecto a las tasas de reproducción que tienen influencia relevante son:

- El uso de fármacos que favorecen el mejor funcionamiento social, sobre todos los medicamentos antipsicóticos atípicos.

- Las políticas de apertura de los hospitales que influyen en la integración comunitaria de los enfermos a sus contextos sociales y familiares.
- La desinstitunalización teniendo políticas actuales de estancias cortas y mayor trabajo de rehabilitación psicosocial.
- Recursos comunitarios que establecen redes de apoyo y de inserción social.

Estacionalidad del nacimiento

Un hallazgo constante es que las personas con este trastorno es más probable que hayan nacido en el invierno y a principios de la primavera por ejemplo: en Estado Unidos: entre enero y abril en el hemisferio sur, entre julio y septiembre.

Distribución geográfica

No se distribuye en forma equitativa, no existen datos que revelen que pudiera haber homogeneidad en la distribución entre la población mundial.

Influencias:

Lo anterior son elementos que han contribuido a una mayor tasa de matrimonios entre personas esquizofrénicas. Por mencionar un dato entre 1935 a 1955 se duplico el número de estos nacimientos mientras que la tasa de fertilidad de los esquizofrénicos está en la actualidad cercana a la población general.

Enfermedades médicas

Este tipo de pacientes presentan una tasa de mortalidad por accidentes y causas naturales mayores que la población general.

Más del 80% tienen otras enfermedades médicas concurrentes.

Más del 50% de todas estas enfermedades están infradiagnósticadas.

Suicidio

Esta es una causa de muerte frecuente en esta población psiquiátrica ya que un 50% de los pacientes intentan suicidarse por lo menos una vez en su vida, mientras que de 10% a un 15% mueren por esta causa en periodos de seguimiento de 20 años.

Los intentos de suicidio son igualmente probables en hombres que en mujeres.

Principales factores de riesgo:

- Presencia de síntomas depresivos,
- La juventud y un funcionamiento premórbido elevado (formación universitaria),
- Uso y abuso de sustancias asociadas,
- Cigarrillos: más ¾ partes fuman,

El tabaco se asocia probablemente con el consumo de dosis altas de fármacos antipsicóticos, se sabe que mejora la atención por su influencia en la neurofisiología cerebral y en muchos casos tiene un efecto terapéutico.

Muchos pacientes pertenecen a grupos de AA por pensar que la esquizofrenia es el resultado de su adicción a las bebidas alcohólicas.

Tasas de incidencia y prevalencia poblacional

3.5.- Clasificación sintomática

Este aspecto es relevante ya que no solo es una simple descripción nosológica de los síntomas positivos y negativos, sino que son la pauta para determinar la forma de intervención ya sea terapéutica o del ámbito de la rehabilitación.

a.- Síntomas negativos

1.- Aplanamiento afectivo

- Expresión facial invariable,
- Disminución de los movimientos espontáneos,
- Escasa gestualización,
- Contacto visual escaso,
- Poca reactividad afectiva,
- Afecto inapropiado,
- Perdida de entonación,

2.- Alogia

- Pobreza del lenguaje,
- Pobreza del contenido del lenguaje,
- Bloqueo,
- Incremento en la latencia de respuesta,

3.- Abulia, apatía

- Aseo o higiene descuidados o escasos,
- Inconstancia en el trabajo o en la escuela,
- Falta de energía.

4.- Anhedonia – asociabilidad

- Bajo interés en actividades recreativas,
- Bajo interés o apetito sexual,
- Limitada intimidad,
- Limitadas relaciones con amigos o iguales.

5.- Atención

- Inatención social,
- Inatención durante la evaluación.

B.- Síntomas positivos

1.- Alucinaciones

- Auditivas,
- Voces que comentan,
- Voces que conversan,
- Somáticas táctiles,
- Olfatorias,
- Visuales.

2.- Ideas delirantes

- Persecutorias,
- Celotípicas,
- De culpa,
- De grandiosidad,
- Religiosas,
- Somáticas,

- Delirios de referencia,
- Delirios de ser controlado,
- Delirios de lectura de pensamiento,
- Difusión de pensamiento,
- Robo de pensamiento.

3.- Conductuales

- Vestido, apariencia extravagante,
- Conducta sexual alterada,
- Conducta social alterada,
- Conducta agitada, agresiva,
- Conducta repetitiva, estereotipada.

4.- Trastorno formales del pensamiento

- Descarrilamiento
- Tangencialidad,
- Incoherencia,
- Incongruencia,
- Distractibilidad,
- Asonancia.

En la rehabilitación del paciente esquizofrénico se debe considerar:

- Las manifestaciones agudas y crónicas,
- La historia personal,
- La estructura de personalidad,
- La edad de inicio,
- La respuesta al fármaco,

- Los mecanismos de adaptación antes de enfermar,
- Que el curso no es estable,
- Los factores que aceleran, mantienen, mejoran o impiden una adecuada evolución,
- El trabajo de rehabilitación a corto y largo plazo,
- Factores que intervienen en el inicio de recaídas una vez que ha sido diagnosticada la esquizofrenia.

Los episodios psicóticos agudos son características más visibles y fácilmente reconocibles de la esquizofrenia, son de breve duración y causan mucho sufrimiento a los pacientes y a familiares (es importante la información para la prevención de recaídas).

3.6.- Factores de riesgo

Se pueden clasificar en tres tipos los factores de riesgo que proporcionan las recaídas:

Factores ambientales

Son sucesos que trastornan personalmente al paciente (sucesos exacervantes) (Brown y Birley 1970).

- Perdidas,
- Enfermedad,
- Depresión,
- Presencia de accidentes, muertes, etc.,
- Aquellas que excitan o entusiasman,
- Ascensos laborales o pérdida de empleo.

Aunque es difícil lograr la prevención de estos factores los ambientes protegidos son una forma de crear las condiciones lo más favorables.

- Relaciones intimas o personales,
- Las que son criticas,
- Dominantes,
- Intromisiones,
- Desaprobaciones (quejas de familiares que son flojos, retraídos, no tiene ganas de hacer nada, etc.).

Brown y col 1972; Vaugh y Leff 1976 encontraron que el 40% de las recaídas obedecían a este tipo de factores.

Estos factores son potencialmente modificables, es decir nos pueden llevar a tener acciones preventivas en recaídas.

Iatrogénicas en el proceso de rehabilitación.

- Que exista demasiada presión en un programa de rehabilitación,
- Alta prematura (Golberg y col 1977, Stevens 1973, Stone, Win y col 1964),
- Mala planificación de los programas de rehabilitación.

3.7.- Criterios para el diagnostico y clasificación de esquizofrenia

Clasificación internacional de las enfermedades mentales; trastornos mentales y del comportamiento, descripciones clínicas y pautas para el diagnostico CIE-10 y el DSM-4 que contienen los diagnósticos de la American Psychiatric Association.

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

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

Nota: solo se requiere un síntoma del Criterio A si las ideas delirantes son extrañas, o si las ideas delirantes consisten en una voz que comenta continuamente los pensamientos o el comportamiento del sujeto, o si dos o más voces conversan entre ellos.

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

C. Duración: persisten signos continuos de la alteración durante al menos seis meses. Este periodo de seis meses debe incluir al menos un mes de síntomas que cumplan el criterio a (o menos si se ha tratado con éxito) y puede incluir los periodos de síntomas prodrómicos y residuales. Durante estos periodos prodrómicos o residuales, los signos de la alteración pueden manifestarse solo por síntomas negativos o por dos o más síntomas de la lista del Criterio A, presentes de forma atenuada (p. ej. creencias raras, experiencias perceptivas no habituales).

D. Exclusión de los trastornos esquizoafectivos y del estado de ánimo: El trastorno esquizoafectivo y el trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos se han descartado debido a: 1) no ha habido ningún episodio depresivo mayor, maniaco o mixto

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

E. Exclusión de consumo de sustancias y de enfermedad medica: el trastorno no es debido a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia (p. ej. una droga de abuso, un medicamento) o de una enfermedad medica.

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

Clasificación del curso longitudinal:

1. Episódico con síntomas residuales inter episódicos (los episodios están determinados por la reaparición de síntomas psicóticos destacados): especificar también si: con síntomas negativos acusados.
2. Episódico sin síntomas residuales inter episódicos.
3. Continuo (existencia de claros síntomas psicóticos a lo largo del periodo de observación): especificar también si: con síntomas negativos acusados.
4. Episodio único en remisión parcial: especificar también si: con síntomas negativos acusados.
5. Episodio único en remisión total.
6. Otro patrón no especificado.

Menos de un año desde el inicio de los primeros síntomas de fase activa.

Criterios para el diagnostico de subtipos de esquizofrenia:

Tipo paranoide

Un tipo de esquizofrenia en el que se cumplen los siguientes criterios:

a. Preocupación por una o más ideas delirantes o alucinaciones auditivas frecuentes.
b. No hay lenguaje desorganizado, ni comportamiento catatónico o desorganizado, ni afectividad aplanada o inapropiada.

Tipo desorganizado

Un tipo de esquizofrenia en el que se cumplen los siguientes puntos

A. Predominan:

1. Lenguaje desorganizado,
2. Comportamiento desorganizado,
3. Afectividad aplanada o inapropiada.

B. No se cumplen los criterios para el tipo catatónico.

Tipo catatónico

Un tipo de esquizofrenia en el que el cuadro clínico está dominado por al menos dos de los siguientes síntomas:

1. Inmovilidad motora manifestada por catalepsia (incluida la flexibilidad cérea) o estupor.
2. Actividad motora excesiva (que aparentemente carece de propósito y no está influida por estímulos externos).
3. Negativismo extremo (resistencia aparentemente inmotivada a todas las ordenes o mantenimiento de una postura rígida en contra de los intentos de ser movido) o mutismo.

4. Peculiaridades del movimiento voluntario manifestadas por la adopción de posturas extrañas (adopción voluntaria de posturas raras o inapropiadas), movimientos estereotipados, manierismos marcados o muecas llamativas.

Ecolalia o Ecopraxia

Tipo Indiferenciado

Un tipo de esquizofrenia en que están presentes los síntomas del Criterio A, pero que no cumplen los criterios para el tipo paranoide, desorganizado o catatónico.

Tipo Residual

Un tipo de esquizofrenia en el que se cumplen los siguientes criterios:

1. Ausencia de ideas delirantes,
2. Alucinaciones,
3. Lenguaje desorganizado,
4. Comportamiento catatónico o gravemente desorganizado.

Hay manifestaciones continuas de la alteración, como lo indica la presencia de síntomas negativos o de dos o más síntomas de los enumerados en el Criterio A para la esquizofrenia, presentes de una forma atenuada (p. ej. creencias raras, experiencias perceptivas no habituales).

3.8.- Etiología

Modelo estrés-diátesis

Integra factores biológicos, psicosociales y ambientales. Plantea que las personas pueden tener una vulnerabilidad específica (diátesis) y que se activa por cualquier factor estresante y entonces aparecen los síntomas de esquizofrenia.

Factores Biológicos

Gran cantidad de investigaciones hacen referencia a ciertas áreas del cerebro en la fisiopatología del trastorno, que incluyen:

- El sistema límbico,
- Los ganglios basales,
- Factores biológicos,
- La causa que aparezca una alteración puede ser por un desarrollo anormal, p. ej. una migración anómala de neuronas a lo largo de las células gliales radiales durante la fase del desarrollo,
- Una degeneración de las neuronas tras el desarrollo, p. ej. la muerte celular.

Hipótesis Dopaminérgica

Alteraciones en los receptores dopaminérgicos D1, D2, D3, D4 y D5, serotonina, receptor 5-HT2 (antagonizar), noradrenalina, receptores adrenérgicos a1y a2, aminoácidos, el neurotransmisor inhibitorio acido g-aminobutírico (GABA), y perdida de neuronas GABA-érgicas en el hipocampo.

Teorías Psicosociales

Ambiente familiar: de acuerdo a la teoría la Emoción Expresada (EE) de Julian Leff y Vaugth se destaca que la tendencia a la adjetivización y la presión social que ejercen las expectativas de vida y desempeño de roles los pacientes en el contexto familiar, estos suelen responder de forma inadecuada siendo vulnerables emocionalmente a dicha presión. En estudios controlados macro sociales Leff demostró que pacientes esquizofrénicos aún con medicación antipsicótica tendían a recaer cuando el cuidador primario o alguno de los familiares que solían tener mayor contacto emocional con el paciente tenían tendencia a la expresión emocional elevada, ya sea en sentido positivo o negativo.

3.9.- Tratamiento

Si bien es cierto que los avances en los tratamientos farmacológicos han ayudado a la recuperación funcional y a la desinstitucionalización de los pacientes esquizofrénicos, esto también ha influido para que las aportaciones en el campo de la atención psicológica y especialmente a lo que la rehabilitación se refiere se limite en su desarrollo, puesto que los tratamientos farmacológicos como muchas alternativas terapéuticas tienen sus beneficios pero sus limitaciones, en este caso no pueden enseñar al paciente a desarrollar Habilidades Sociales, modificar estructuras cognitivas ni aprendizajes que favorezcan su reinserción a su contexto familiar, social y laboral. Es cierto que la mejoría sintomática tiene un impacto indirecto en la calidad de vida, sin embargo, la capacidad de adaptación requiere de abordarse vía marcos referenciales psicológicos.

Es imperativo mencionar que las personas que padecen de esquizofrenia no sólo tienen síntomas psicóticos sino que también la experiencia subjetiva del trastorno evidentemente alterará los patrones emocionales (Fowler, 1996) de tal suerte que el sistema de creencias de los pacientes esquizofrénicos es parte de su subjetividad que

tiene una relación directa con sus patrones de respuestas emocionales y conductuales, es por ello que desde la perspectiva psicológica basa esta investigación en el modelo cognitivo conductual la orientación de los esfuerzos del taller de Entrenamiento de Habilidades Sociales hace énfasis a los síntomas negativos que limitan la adaptación (Beck 1956) así como también se ha probado la eficacia de los modelos cognitivos orientados a los síntomas positivos, específicamente las ideas delirantes y el contenido de las alucinaciones auditivas.

A través de investigaciones con numerosos trastornos parece demostrarse que el procesamiento de la información es específico del contenido, es decir, la forma en que la información se procesa depende de su grado de significación personal. Dado que esta característica es contextual, sería un asunto de sesgos más que de déficits. Siguiendo esta línea, Bentall (1992: citado por Birchwood, 1995) refiere sesgos cognitivos en el mantenimiento de las ideas delirantes paranoides. Estos incluyen la atención selectiva a la amenaza y a la realización de atribuciones externas para los eventos negativos y atribuciones internas para los eventos positivos (lo opuesto al estilo atribucional depresivo). Este tipo de investigaciones apuntan a la naturaleza motivacional de estas creencias.

Por otra parte las alucinaciones auditivas tienen un poderoso efecto perturbador que impacta en la funcionalidad específicamente por el contenido subjetivo de las voces que amenazan, comentan, insultan, etc., perturbación es consecuencia directa del contenido de las voces. Sin embargo, en recientes estudios se evidencia que la perturbación no sólo está asociada al contenido de las alucinaciones sino también a las creencias que los pacientes tienen sobre ellas (Chadwick y Birchwood, 1994).

Esta formulación de orientación cognitiva de las alucinaciones da pauta a un abordaje de tratamiento cognitivo. De tal suerte que si tales tratamientos se fundamentan en la cadena ascendente de condicionamiento que las emociones están determinadas por los esquemas cognitivos de pensamiento, constituidos por creencias y distorsiones que a su

vez se concluyen que los patrones conductuales tienen detrás este andamiaje psicológico. Chadwick y Birchwood y Trower (1996).

Capitulo 4.-

La aplicación del Entrenamiento de las Habilidades Sociales con pacientes esquizofrénicos.

La capacidad de ejecutar una conducta de intercambio con resultados favorables (Habilidades Sociales) entraña una serie de factores, se refiere a la capacidad de ejecutar la conducta, la conducta en sí, el resultado y lo favorable de esta. La capacidad de ejecutar la conducta supone la posibilidad de realizar una acción, esta acción; que se revierte en la posibilidad de construir hechos se traduce en la persona en lo que constantemente llamamos actos. De alguna manera ello implica y considera al ser humano como generador de actos propios o una voluntad de acciones. La acción de la persona se determina en una o varias conductas interpersonales relacionadas entre sí (intercambio), siendo la conducta empleada un medio para alcanzar una meta que intenta resolver el conflicto entre el yo y la circunstancia o viceversa.

Es un hecho, que los pacientes con un trastorno mental tienen un déficit social importante, que les impide resolver los conflictos de la vida diaria, en los trastornos mentales y de personalidad se caracterizan por periodos persuasivos en diferentes áreas de funcionamiento, incluyendo relaciones sociales, trabajo, ocio y auto-cuidado. Aunque el deterioro en el funcionamiento psicosocial está a menudo más presente en el ámbito de los trastornos esquizofrénicos y bipolares, también pueden estar presentes en otros trastornos, como la depresión mayor, trastornos de personalidad y trastornos de ansiedad. La investigación desarrollada en esta línea, también pone el acento en la importancia de las Habilidades Sociales como alternativa de prevención y tratamiento de muchos problemas de salud mental.

En los últimos años se ha dado una relevancia a los términos intervención psicosocial y tratamiento psicosocial en las enfermedades mentales (dentro de los cuales se puede categorizar el tratamiento de las Habilidades Sociales), se emplean indistintamente para referirnos a las intervenciones no farmacológicas diseñadas para disminuir la severidad

de los síntomas y la angustia, evitar hospitalizaciones, mejorar el funcionamiento psicosocial (Ej., trabajo y relaciones sociales), o mejorar la satisfacción con la vida. En la práctica, los enfoques de tratamiento habitualmente incluyen tanto el aprendizaje y Entrenamiento de nuevas Habilidades Sociales como ayudar a los sujetos a ganar un mayor control sobre sus vidas, o modificar el entorno en el que viven los usuarios para hacerlos más terapéuticos y así ayudarlos a alcanzar sus objetivos personales. Muchas intervenciones se centran tanto en ayudar al usuario a desarrollar mejores habilidades y a mejorar sus entornos.

Las estrategias para mejorar el funcionamiento social de las personas con enfermedad mental, y la capacidad para manejar su propia enfermedad psiquiátrica, ha sido el centro de numerosas investigaciones en años recientes. Se han puesto en marcha intervenciones para entrenar habilidades dirigidas a mejorar el funcionamiento social, así como investigaciones para incrementar la habilidad de los clientes para participar más activamente de su propio tratamiento.

Una de las características fundamentales de la esquizofrenia es el deterioro del funcionamiento social, incluyendo la dificultad para establecer y mantener relaciones interpersonales, falta de habilidad para funcionar en distintos roles, como estudiante, pareja, trabajador, habilidades de auto cuidado; y una pobre participación y disfrute en las actividades de ocio y recreo. Los problemas de funcionamiento social son, además, comunes en otros trastornos psiquiátricos.

En resumen hay razones para centrarnos en el funcionamiento social de las personas con esquizofrenia. Primero, que un pobre funcionamiento social, incluida la frecuencia de los contactos sociales, se ha encontrado que son importantes predictores de recaída y rehospitalización en la esquizofrenia. Esto sugiere que las mejoras en el funcionamiento social podrían también influir en otras áreas de funcionamiento. Segundo, que el juste social, incluyendo la capacidad para disfrutar de las relaciones interpersonales y de tener expectativas sociales, podría verse como una dimensión de calidad de vida que es importante abordar convenientemente.

Eisler, Hersen, Miller y Blanchard (1975). Encontraron que el grado de asertividad de un grupo de pacientes psiquiátricos variaba en función de factores tales como si el antagonista en una situación de role-play se presentaba como conocido o desconocido al cliente, de si era hombre o mujer, y de las circunstancias que rodeaban la necesidad de ser asertivo. Tal estudio demuestra que si bien el Entrenamiento de las Habilidades Sociales mejora la socialización de los pacientes psiquiátricos vía asertividad, no cabe duda que la práctica cotidiana en el contexto social real es la mejor alternativa de solución para el déficit y limitación social que deja como secuela los trastornos psiquiátricos. No obstante la asertividad es solo una parte esencial de todo el mecanismo de interacción con los otros que provee de herramientas favorables para la adaptación en relación a los otros.

Bellack, Hersen y Lamparski (1979). Observaron que los clientes que son capaces de generar respuestas asertivas apropiadas durante un role-plays de situaciones problemáticas son naturalmente menos eficaces en el manejo del mismo incidente cuando se da en el ambiente natural. Al igual que el anterior estudio, dichos autores reportan cambios, no obstante, lo complicado de transferir habilidades desde los contextos artificiales de entrenamiento a los contextos sociales de la vida cotidiana de los pacientes, reviste grandes dificultades, ya que hablar de ambiente social es hablar de la multiplicidad de situaciones lejanas de establecer control y una sistematización de entrenamiento en situaciones no estructuradas. Algo que resulta práctico y que es parte del dispositivo del programa de Rehabilitación en el Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez" son los programas de acompañamiento terapéutico en donde se pone en práctica lo aprendido en dichos talleres de Entrenamiento de Habilidades Sociales en contextos reales como restaurantes, centros de diversión, museos, parques, etc. y que a su vez da lo posibilidad de no solo evaluar directamente al paciente bajo entrenamiento, sino que permite hacer ajustes respecto al repertorio aprendido, ubicando la retro-alimentación en un sistema de modelado de conducta y una re-evaluación al regreso a la siguiente sesión de trabajo, creando una situación semi-estructurada a partir de la experiencia real.

4.1 Ámbitos de la aplicación del Entrenamiento en las Habilidades Sociales.

Como parte del Entrenamiento de las Habilidades Sociales se puede incluir también otras habilidades y técnicas principalmente cognitivas y cognitivas conductuales que resultan de gran ayuda, puesto que la persona debe ser capaz de identificar señales sociales, discriminar situaciones, planificar su actuación, etc., y todo ello aumentara la eficacia del Entrenamiento de Habilidades Sociales. El proceso de Entrenamiento de Habilidades Sociales debe implicar, en su desarrollo completo, cuatro elementos de forma estructurada (Caballo, 2002).

El Entrenamiento en Habilidades: se enseñan conductas específicas que se practican y se integran en el repertorio de conductas del sujeto. En este entrenamiento se emplean técnicas como las instrucciones, el modelado, el ensayo de la conducta, la retroalimentación o el reforzamiento. El entrenamiento en habilidades es el elemento más básico y específico del Entrenamiento de Habilidades Sociales.

La Reducción de la Ansiedad: en situaciones sociales problemáticas, normalmente esta disminución de la ansiedad se consigue de forma indirecta, es decir, llevando a cabo la nueva conducta más adaptativa, pero se puede emplear directamente una técnica de relajación y/o desensibilización sistemática si se considera necesario.

La Restructuración Cognitiva: es una técnica que consiste en intentar detectar y modificar creencias, cogniciones o pensamientos y/o actitudes negativas del sujeto (terapia racional emotiva).

El Entrenamiento en solución de problemas: donde se enseña al sujeto a percibir correctamente los elementos de la situación relevante o problemática, a definir el problema y a generar respuestas alternativas eficaces al problema, de entre las cuales se selecciona la más prometedora. El entrenamiento en solución de problemas no suele llevar a cabo de forma sistemática en los programas de Entrenamiento de Habilidades Sociales aunque generalmente se encuentra presente, de forma implícita en ellos.

En resumen un programa de Entrenamiento de Habilidades Sociales debe procurar un conjunto de habilidades cognitivas, emocionales, verbales y no verbales y existen datos empíricos que demuestran que la aplicación de estas técnicas incrementa la eficacia de los entrenamientos, especialmente en lo referente al problema de la generalización (Caballo, 2002).

Los Entrenamientos de Habilidades Sociales pueden aplicarse, a casi todo tipo de poblaciones y problemas, aunque los ámbitos de aplicación más idóneos y relevantes son (Caballo, 2002):

Psicosocial: Dentro de este bloque se incluyen las denominadas "habilidades prosociales" (habilidades conversacionales, heterosociales, para el desarrollo de amistades, etc.), aquellas centradas en las relaciones familiares (comunicación y ajuste de parejas, educación/entrenamiento de padres e hijos, etc.), habilidades necesarias en diversos ciclos de la vida (adolescencia, tercera edad…) problemáticas de grupos sociales (mujeres, grupos minoritarios, marginales, etc.) o las necesarias para establecer relaciones eficaces en el ámbito comunitario (fomentar una vida independiente del sujeto, obtener trabajo, desarrollar actividades propias, eliminar conductas marginales (delincuencia), etc.).

Clínico: En este caso se trabaja básicamente con aquellas conductas implicadas en problemas de ansiedad social, timidez, soledad, consumo de alcohol y de drogas, interacciones sexuales inadecuadas, impedimentos físicos y/o mentales, depresión, esquizofrenia, autismo, personas con diabetes, anorexia, lesión medular, etc.

Ámbito educativo: El trabajo de este ámbito se focaliza al desarrollo de habilidades básicas, la mejora de las relaciones profesor-niño, evitar el consumo de sustancias tóxicas, el aislamiento social, las conductas agresivas, etc.

Formación de profesionales: El objetivo esencial del entrenamiento en este ámbito es la mejora de la interacción social en la actividad de profesionales de la enseñanza,

directivos, mandos intermedios, supervisores, líderes políticos, profesionales de la salud, educadores sociales, etc. (el tipo de rol desempeñado por estos profesionales hace más necesario y justificado este Entrenamiento de Habilidades Sociales).

4.2 El Entrenamiento en Habilidades Sociales como estrategia de intervención en los trastornos psicológicos.

Es un gran acierto de los programas que implementan los psicólogos clínicos en el abordaje de los distintos trastornos mentales o psicológicos, hoy en día, se cuentan con programas específicos en el tratamiento de los trastornos, una de estas herramientas es en base a las teorías conductuales o cognitivos conductuales.

Actualmente se pueden encontrar programas de intervención cognitivo conductuales en el ámbito clínico institucional y privado, donde se llevan a cabo tratamientos para diversos problemas de salud mental, un ejemplo de ello es en el Instituto Nacional de Psiquiatría, perteneciente a la Secretaria de Salud, en México DF, donde existen alternativas y estrategias de atención a pacientes con trastornos de ansiedad, estos programas se realizan en el área de clínica del instituto; así mismo, también se desarrollan intervenciones en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez (Herrera 1999) en el área de rehabilitación, con pacientes ambulatorios, dicho Modelo de Entrenamiento de Habilidades Sociales fue instruido por primera vez como parte del programa de Inducción Laboral al evaluar las dificultades con las que se enfrentaban los pacientes al ser dados de alta y buscaban integrarse a la vida laboral. También es importante mencionar que por primera vez en esta institución se implementaba un programa de atención de corte cognitivo-conductual con la formalidad técnica y metodológicas necesarias.

Una gran parte de las estrategias de tratamiento (especialmente cognitivas) que se utilizan en la clínica se originan en los años sesentas y setentas, (Beck; Rush; Shaw, 1979) citado por Caballo, en Gil, F y León J. Ma., (1998).

Existen numerosas técnicas de tratamiento en el campo conductual, tales como la desensibilización sistemática, relajación, el condicionamiento encubierto, el Entrenamiento en Habilidades Sociales, los procedimientos operantes, la terapia cognitiva de Beck y la terapia racional emotiva. Una de estas técnicas dentro de las mismas corrientes psicológicas es el Entrenamiento de Habilidades Sociales con base empírica en la teoría del aprendizaje social (Bandura, 1977), aunque nutriéndose de conocimientos de otras muchas fuentes como son la psicología social, la antropología, la sociología, etc. Citado por Caballo, en Gil, F y León J. Ma., (1998).

El formato básico del Entrenamiento de Habilidades Sociales incluye identificar primero, con la ayuda del paciente, las áreas especificas en las que éste tiene dificultades, Kelly, (1997) menciona que "algunas personas parecen haber desarrollado un estilo social que les permite alcanzar resultados interpersonales reforzantes, al mismo tiempo, que los demás se formen una opinión favorable de ellos", sin embargo, no en el caso de las personas que acuden a consulta psicológica o psiquiátrica, ya que en ellos se observa un deterioro social generalizado. Es evidente que la conducta interpersonal constituye un área problemática para muchos individuos. Los problemas interpersonales son una características definitoria de muchos trastornos emocionales y conductuales Bellack y Hersen (1978) citado en Kelly (1977).

En base a los momentos y situaciones que pase el individuo, con relación a la inadecuación social, se delinea la naturaleza del problema y se desarrolla el tratamiento específico.

Esquema para el ensayo de los comportamientos a modificar en la clínica: citado por Caballo, en Gil, F y León J. Ma. (1998).

- Descripción de la situación problema,
- Representación de lo que el paciente hace normalmente en esa situación,
- Identificación de las posibles cogniciones desadaptativas que estén influyendo en la conducta socialmente inadecuada del paciente,

- Identificación de los derechos humanos básicos implicados en la situación,
- Identificación de un objetivo adecuado para la respuesta del paciente. Evaluación por parte de éste de los objetivos a corto y largo plazo (solución de problemas),
- Sugerencia de respuestas alternativas por los otros miembros del grupo y por los entrenadores/terapeutas, concentrándose en aspectos moleculares de la actuación,
- Demostración de una de esas respuestas por los miembros del grupo o los entrenadores, para el paciente (modelado).

El paciente práctica encubiertamente la conducta que va a llevar a cabo como preparación para la representación de papeles.

Representación por parte del paciente de la respuesta elegida, teniendo en cuenta la conducta del modelo, que acaba de presenciar, y las sugerencias aportadas por los miembros del grupo-terapeutas a la conducta modelada.

Evaluación de la eficacia de la respuesta.

La retroalimentación proporcionada por el o los terapeutas, subrayando los rasgos positivos y señalando las conductas inadecuadas de manera amigable, no punitiva.

Teniendo en cuenta la evaluación realizada por el paciente y el resto de grupo, el terapeuta u otro miembro del grupo vuelve a representar (modelado) la conducta e incorpora algunas de las sugerencias hechas en el paso anterior. No es conveniente que en cada ensayo se intente mejorar más de dos elementos verbales o no verbales a la vez.

Se repiten los pasos tantas veces como sea necesario, hasta que el paciente (especialmente) y los terapeutas-miembros del grupo piensen que la respuesta ha llegado a un nivel adecuado para ser llevada en la vida real. Se repite la escena entera, una vez que se ha incorporado, progresivamente, todas las posibles mejoras, se dan las últimas instrucciones al paciente sobre la puesta en práctica de la conducta. Se ensayan en la vida real, las consecuencias positivas y/o negativas con que pueden encontrarse y se le

dice que lo más importante es que lo intente, no que tenga éxito (tareas para casa). Se señala también que, en la próxima sesión, se analizara tanto la forma de llevar a cabo dicha conducta como los resultados obtenidos.

El programa mostrado por Caballo, se puede inferir en las diferentes áreas de salud mental en que se puede incluir una intervención con Entrenamiento de Habilidades Sociales.

4.3.- Aplicación de Entrenamiento en Habilidades Sociales en Esquizofrenia.

En el ámbito se conoce a la esquizofrenia, como el trastorno psicótico por excelencia, hay diversos estudios que indican que el tratamiento farmacológico es requerido, sin embargo la medicación no mejora las Habilidades Sociales para la vida en comunidad.

La falta de Habilidades Sociales refleja influencia de síntomas, que obstaculizan la expresión de las habilidades, una historia inadecuada de aprendizaje antes de la aparición del trastorno, la carencia de estimulación ambiental y la pérdida de habilidades debida a su falta de utilización y socialización. Se ha encontrado constantemente que los pacientes con esquizofrenia tienen escasa competencia interpersonal Mueser (1997) citado por Caballo, en Gil, F y León J. Ma. (1998).

Como bien señala Kelly (1977), existe literalmente cientos de teorías al desarrollo de la esquizofrenia, las explicaciones, a menudo discrepantes, oscilan desde las bioquímicas, dinámicas, conductuales o genéticas; independientemente de la posición teórica practicante todos utilizan un conjunto de términos uniformes y consistentes para describir la conducta o apariencia de un esquizofrénico; “El paciente crónico descrito, casi invariablemente, en términos de una deficiencia social masiva, extrema falta de responsabilidad ante los demás, evitación, reacciones emocionales inadecuadas y presencia de más “toques” en el aspecto interpersonal que los demás encuentran

idiosincrásicos, peculiares o raros". La conducta social de los individuos esquizofrénicos crónicos es principalmente lo que sitúa al margen de los demás.

Agregado: no está claro si estos déficits sociales son siempre consecuencia de la esquizofrenia, o si es posible que contribuya al diagnóstico del trastorno paralelamente, tampoco está claro, si es que estos individuos han adquirido previamente un repertorio de Habilidades Sociales eficaces que dejan de manifestar después de un tiempo prolongado de hospitalización, o si es que, sencillamente no las ha adquirido en ningún momento del desarrollo. De tal manera, los pacientes diagnosticados como esquizofrénicos manifiestan típicamente déficits sociales masivos que deterioran su capacidad de establecer relaciones sociales adecuadas y su normal funcionamiento en la comunidad, sin intervención, no es probable que tales individuos hagan amistad, encuentren o mantengan un empleo, o se adapte satisfactoriamente a ambientes no institucionales.

Musser (1997) citado por Caballo, en Gil, F y León J. Ma. (1998). Señala que el Entrenamiento de Habilidades Sociales es una estrategia eficaz para rectificar este tipo de problemas.

Plantean una seria de áreas objetivo del Entrenamiento de Habilidades Sociales para los pacientes con esquizofrenia:

- Asertividad,
- Habilidades de conservación,
- Control de la medicación,
- Búsqueda de trabajo,
- Habilidades recreativas y de ocio,
- Habilidades para hacer amigos,
- Comunicación con la familia,
- Solución de conflictos.

Estas áreas objetivos se plantean con estrategias para la enseñanza de las Habilidades Sociales que incluyen:

- Modelado,
- Ensayo de conductas,
- Retroalimentación y representación de papeles adicionales,
- Aleccionamiento (proporcionar ayudas verbales),
- Entrenamiento en precepción social.

El objetivo es entrenar al sujeto para atender e interpretar las señales interpersonales que descubren los sentimientos y los motivos de las otras personas y las variables del entorno que determina la adecuación de distintas respuestas.

Debido a que la mayor parte de los sujetos con trastorno psicóticos sufren estados que remiten y reaparecen de forma crónica, el Entrenamiento de Habilidades Sociales debería estar disponible en forma continua, ya que los objetivos y las competencias de un individuo desarrollan y cambia a lo largo del tiempo.

El Entrenamiento de Habilidades Sociales es una de las pocas terapias psicosociales reconocida generalmente como afectiva con esquizofrénicos. (Morrison y Bellack, 1984) citado por Jiménez R. y Vázquez A. J., en Gil, F y León J. Ma. (1998).

Con la desinstitucionalización y el desarrollo de modelos de atención, un alto porcentaje de pacientes psicóticos ha sido transferido a la comunidad, las dificultades surgidas en su adaptación social han dado lugar a un especial interés por el estudio de los factores que los originan, sin embargo poco se ha logrado respecto a la búsqueda de mecanismos que favorezcan los estilos de afrontamiento instrumentales para tal efecto.

Las relaciones interpersonales aparecen en este contexto como un “factor clave” en el ajuste al hogar y la comunidad, constituyendo un elemento básico en la ejecución y mantenimiento exitoso de los roles sociales y estas a su vez aparecen como aspectos

determinantes de la integración y adaptación social (Shephered, 1983). Citado por Jiménez R. y Vázquez A. J., en Gil, F y León J. Ma. (1998).

En los modelos psicosociales de vulnerabilidad-estrés, afrontamiento-competencia (Zubin y Spring, 1997; Liberman, 1986) citado por Jiménez R. y Vázquez A. J., en Gil, F y León J. Ma. (1998). Los autores postulan que las personas con vulnerabilidad a la esquizofrenia, la evolución vendrá condicionada por los factores de estrés con los que se enfrente, así como la habilidad para manejarlos.

La falta de competencia social es considerada como una significativa fuente de estrés, al hacer más frecuente las situaciones en que las demandas desbordan a los recursos de afrontamiento, la mayor frecuencia de estrés tendría una influencia negativa tanto en el ámbito del ajuste social como en la propia evaluación clínica (Fallon y col; Liberman, 1986) citado por Jiménez R. y Vázquez A. J., en Gil, F y León J. Ma. (1998).

La afectividad de los entrenamientos con pacientes esquizofrénicos ha sido puesta de manifiesto por diversas investigaciones (Liberman y col, 1980; Bellack, 1976; Liberman, 1984) citado por Caballo, en Gil, F y León J. Ma. (1998). Todos coinciden en el beneficio de el Entrenamiento de Habilidades Sociales con pacientes esquizofrénicos. También algunos estudios muestran que los pacientes tratados con Entrenamiento de Habilidades Sociales, tienen un mejor funcionamiento social, pasan menos tiempo hospitalizados y presentan menor número de recaídas y disminución de síntomas (Valencia, 1985, 1988 y 2002).

Se llevo a cabo una experiencia de entrenamiento en un centro de salud mental de distrito, se incluye en el documento con el propósito de ejemplificar ciertos lineamientos que tienen que llevar como mínimo un programa para este tipo de población.

Este a su vez, integro una estrategia de Entrenamiento de Habilidades Sociales, orientado hacia el cumplimiento de los siguientes requisitos. Citado por Jiménez R. y Vázquez A. J., en Gil, F y León J. Ma. (1998).

Especifico para los pacientes esquizofrénicos, en la línea de los principios terapéuticos señalados por Ciompi (1987) para el manejo psicosocial de la esquizofrenia. Fundamentalmente basado en lo siguiente:

- Con simplificación del contexto terapéutico,
- Comunicación clara y congruente,
- Inductor de expectativas positivas y realistas,
- Coherente con el principio de estimulación óptima, evitando la sobre e infla-estimulación,
- Focalizado en pequeñas unidades de conducta,
- Gradual,
- Especialmente favorecedor de experiencias exitosas,
- De baja presión, sin implicación en temas altamente estresantes,
- Viable en un contexto asistencial de gran demanda,
- Contemplada como intervención de largo término, con continuidad temporal prevista (no limitada a un determinado número de sesiones en pocas semanas y un posterior abandono),
- Con un progresivo paso de entrenamiento especifico a un apoyo más general,
- Aplicado como un elemento de apoyo, así como de una experiencia útil de socialización,
- Integrada y coordinada con el resto de las intervenciones de rehabilitación,
- Facilitador de la generalización.

Los objetivos establecidos en el programa pueden concentrarse en los siguientes:

- Incrementar la competencia social,
- Mejorar las habilidades de resolución de problemas en el contexto interpersonal,
- Facilitar un contexto de resocialización y apoyo.

El programa de entrenamiento, consistió en un formato semiestructurado diseñado para un entrenamiento en grupo. Cada uno de los nueve módulos incluidos representa un tipo de habilidad y básicamente vienen a ser los siguientes.

Percepción y valoración de situaciones interpersonales: identificación de objetivos y consecuencias a corto y largo plazo, para cada uno de los interlocutores.

- Conductas no verbales,
- Iniciar conversaciones,
- Mantener conversaciones,
- Hacer y recibir cumplidos,
- Hacer críticas,
- Habilidades de escucha y niveles de intimidad,
- Asertividad en otros contextos.

El grupo es dirigido por un psicólogo y colaboran una trabajadora social y un auxiliar psiquiátrico que actúan como interlocutores cómplices en las escenas de role-playing.

El formato seguido en cada una de las áreas es la siguiente:

- Revisión de las tareas asignadas,
- Introducción al área,
- Importancia y utilidad,
- Puesta en común (opiniones, experiencias, dificultades) en torno al área de trabajo,
- Instrucciones sobre aspectos relevantes al módulo,
- Identificación de problemas en el área mediante role-play de escenas prototipo.
- Entrenamiento en habilidades mediante instrucciones, modelado, ensayos de conducta, feedback, etc. el entrenamiento incluye aspectos cognitivos y conductuales en todos los módulos.

Cuadro 2. Fases en la aplicación del programa de Entrenamiento de Habilidades Sociales:

Fase de Preparatoria	Fase de Instrucción	Fase de Mantenimiento
Programa Psicoeducativo	Programa Entrenamiento de Habilidades Sociales	Resolución de problemas sociales Programas de actividades pro-sociales y ocio
Estructurada	Estructurada	Abierta
Semanal	Semanal	Mensual

En México se han desarrollado varios estudios en donde se hace relevancia del Entrenamiento en Habilidades Sociales considerado dentro de los conceptos de tratamiento o intervención psicosocial.

Dentro del Instituto Nacional de Psiquiatría, es una sede de investigación que ha desarrollado e investigado programas de atención para los pacientes esquizofrénicos.

Uno de estos estudios, (Valencia, 1985) hace referencia a la importancia e influencia de los factores sociales y culturales en las enfermedades y padecimientos que antes eran considerados exclusivamente desde el punto de vista orgánico o psicológico, la influencia de estos factores sociales y culturales ha motivado a médicos, psiquiatras y psicólogos a desarrollar técnicas e instrumentos para evaluar el funcionamiento social de los individuos con esquizofrenia. Los factores sociales pueden afectar muchas condiciones clínicas que se presentan en la práctica hospitalaria y, por lo tanto pueden precipitar o prolongar la enfermedad mental. Destaca la importancia de la evaluación del funcionamiento social, ya que comenta que ha sido evaluado en términos de ajuste, desajuste, funcionamiento afectivo, disfunción, normas sociales, reporte, adaptación,

desadaptación, conducta social, desempeño de roles; existiendo escalas para su evaluación. No existe un consenso acerca de los distintos conceptos de funcionamiento social, ni tampoco acerca de las diversas formas de evaluación, por lo que el estudio sugiere diseñar escalas de funcionamiento social ya que aparentemente en Latinoamérica no se ha abordado este tema de estudio a fondo, ya que se considera en la actualidad que las Habilidades Sociales en medicina y psiquiatría son elementos de suma importancia en el diagnostico, pronostico y tratamiento del paciente mental.

En otro estudio (Valencia, 1988) se reporto la evaluación de tratamiento psicosocial para pacientes psicóticos agudos hospitalizados, el estudio consistió en evaluar un programa con un enfoque psicosocial cuyo objetivo radica en que los pacientes desempeñen satisfactoriamente sus roles, ocupacionales, sociales, familiares, etc.; tanto en el hospital como en la comunidad. El programa comprendió las siguientes áreas de tratamiento:

- Autocuidado,
- Control de síntomas y medicamentos,
- Habilidades Sociales,
- Orientación ocupacional,
- Orientación familiar,
- Actividades recreativas y deportes.

Los pacientes participaron en sesión de grupo durante cuatro semanas de tratamiento, el programa fue coordinado por psiquiatras, psicólogos, trabajadoras sociales y enfermeras. La estructura del programa comprende tres etapas:

- Canalización,
- Tratamiento,
- Seguimiento.

Y evaluados en tres puntos en tiempo:

- Ingreso,
- Egreso,
- Seguimiento.

Se contó con un grupo experimental y control, fueron apareados de acuerdo a variables sociodemográficas y clínicas, se encontró que los pacientes que participaron en el programa de tratamiento psicosocial: grupo experimental, lograron mayores mejorías que los pacientes del grupo control, en sintomatología y funcionamiento psicosocial, durante su estancia en el hospital, así como en su funcionamiento post-hospitalario. De la misma forma los pacientes experimentales presentaron un menor nivel de recaídas durante el seguimiento comunitario de 6 meses en comparación con los pacientes controles. Se recomienda llevar a cabo programas de tratamiento similar, los que de alguna forma permitan un mejor entendimiento y conocimientos del paciente psicótico hospitalizado. Más sin embargo, queda la duda, de cuál de los tratamientos dentro del rubro del programa psicosocial tuvo un mayor impacto en el progreso de los pacientes.

En otro estudio, (Valencia, M; Ortega, H; Rascón, Ma. L; Gómez, L. 2002). Se hace una evaluación de la combinación de los tratamientos psicosociales y farmacológicos en pacientes con esquizofrenia; en este estudio se menciona el manejo actual de la esquizofrenia tiene que ver con el manejo de la sintomatología psicótica, a través de los medicamentos antipsicóticos, así como el abordaje de las incapacidades psicosociales de la enfermedad por medio del tratamiento psicosocial, el objetivo del estudio radico en informar los resultados obtenidos en un grupo experimental de los pacientes que recibió la combinación del tratamiento farmacológico y psicosocial, en comparación con otro grupo control que recibió únicamente el tratamiento farmacológico. Participaron pacientes que acudían a la consulta externa del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, en México DF.

Se utilizo un diseño cuasi-experimental, conformado por dos grupos de pacientes el experimental (n=25) y el control (22=22). Ambos grupos fueron evaluados antes y después de las dos modalidades de intervención que tuvieron un año de duración. Para la evaluación se tomaron en cuenta variables como:

- Sintomatología,
- El funcionamiento psicosocial,
- La actividad global,
- El cumplimiento de medicamentos,
- Las recaídas,
- Las rehospitalizaciones,
- El abandono del tratamiento,
- La adherencia terapéutica.

En los resultados se encontró que los pacientes experimentales mejoraron significativamente (cuadro 3) en cuanto la sintomatología psicótica, el funcionamiento y la actividad global y además:

Cuadro 3

	Grupo Experimental	Grupo Control
Recaídas	12%	31.80%
Rehospitalizaciones	0%	13%
Cumplimiento de medicación	90%	80%
Abandono de tratamiento psicosocial	19%	*
Adherencia terapéutica	80%	*

* Los pacientes controles mantuvieron estables su sintomatología, pero no mejoraron en ninguno de los aspectos psicosociales.

En conclusión, la combinación de tratamientos farmacológicos y psicosociales demostró ser más efectiva que la utilización del tratamiento farmacológico, por lo que se recomienda esta modalidad como una alternativa importante y de beneficios terapéuticos considerables en pacientes con esquizofrenia. No obstante, hay que señalar que los tratamientos psicosociales deben ser planificados y evaluados para tener conocimiento de cuál de ellos tiene mayor relevancia, y cuales se deben de adoptar en un programa específico, quizás las investigaciones contemporáneos deben considerar este aspecto y recordar que dentro de los tratamientos psicosociales para pacientes con esquizofrenia debe destacar el Entrenamiento de Habilidades Sociales.

Cabe destacar que el Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez", cuenta dentro de sus servicios en el área de Rehabilitación, con programas psicosociales para los pacientes ambulatorios, en los cuales cabe destacar que el "Entrenamiento de Habilidades Sociales", se ha convertido estratégicamente útil, dicho programa fue implementado (Herrera 1999) en el Hospital por primera vez bajo esta modalidad cognitiva-conductual de manera individual, para posteriormente establecer implementarse el dispositivo grupal.

La eficacia del Entrenamiento de Habilidades Sociales se ha evaluado con numerosos estudios que han evidenciado el efecto del Entrenamiento de Habilidades Sociales en personas con esquizofrenia y otros trastornos psiquiátricos, las primeras investigaciones sobre Entrenamiento de Habilidades Sociales se concentraba fundamentalmente en evaluar si los procedimientos de Entrenamiento de Habilidades Sociales podían emplearse para enseñar habilidades especificas y en la duración de los efectos de dicha enseñanza la evidencia a través de numerosos estudios demostraba que el Entrenamiento de Habilidades Sociales era efectivo para enseñar habilidades especificas a personas con Entrenamiento de Habilidades Sociales más aún, la investigación mostraba que las mejoras en las Habilidades Sociales tendían a mantenerse a lo largo del tiempo, incluso en ausencia de un entrenamiento continuado, por último, los usuarios experimentaban algún éxito al trasladar las nuevas Habilidades Sociales aprendidas a situaciones

diferentes, aunque la generalización de las habilidades parecía estar limitada por la presencia de déficits cognitivos y la complejidad de la habilidad entrenada.

En los estudios presentados anteriormente, los resultados subrayan la importancia de desarrollar programas sistemáticamente para la generalización de las Habilidades Sociales, a las situaciones actuales que los usuarios experimentan en su vida cotidiana. La investigación controlada sobre Entrenamiento de Habilidades Sociales proporciona un apoyo adicional sobre su eficacia, especialmente en el ajuste social. Incluso, los estudios han encontrado efectos beneficiosos del tratamiento psicosocial, donde el Entrenamiento de Habilidades Sociales juega un papel importante, con relación a la recaída y reingreso hospitalario.

Una consideración adicional acerca de el Entrenamiento de Habilidades Sociales es el formato y las circunstancias bajo las que se proporcionan estos programas, la mayoría de las aplicaciones se han proporcionado, ya sea en entornos de ingreso o en centros de salud mental comunitarios con el objetivo de mejorar el funcionamiento social en un amplia gama de áreas (ej. actividades sociales y de ocio, relaciones con miembros de la familia). Sin embargo, el Entrenamiento de Habilidades Sociales es un método que puede usarse para mejorar el funcionamiento en áreas específicas, tales como la habilidad para manejar las relaciones interpersonales en el trabajo, situaciones relacionadas con el consumo de drogas, o “habilidades de supervivencia en la comunidad”. La incorporación y evaluación sistemática del Entrenamiento de Habilidades Sociales con otros enfoques de la rehabilitación psiquiátrica, puede resultar prometedor para mejorar el funcionamiento en esas áreas especificas y necesita mayor investigación futura para determinar los efectos del Entrenamiento de Habilidades Sociales a largo plazo de personas con esquizofrenia y otros trastornos psiquiátricos y evaluar cómo combinar el Entrenamiento de Habilidades Sociales con otros enfoques de rehabilitación.

Capitulo 5.-

Modelo de Entrenamiento de Habilidades Sociales del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez"

El modelo de Entrenamiento de Habilidades Sociales surge en el año 1999, como resultado de la reestructuración del Servicio de Rehabilitación. Dicho programa forma parte de los Talleres de Inducción Laboral para pacientes ambulatorios, los cuales se diseñaron para entrenar a los usuarios que estén en condiciones clínicas para reincorporarse no solo a la vida cotidiana, sino a la vida laboral. Este modelo se implemento ya que se observaba que los pacientes que eran entrenados en los programas de Terapia Ocupacional e Inducción Laboral y adquirirían habilidades para el trabajo y diversas ocupaciones y oficios se les presentaban dificultades para integrarse a sus contextos familiar, social y laboral. Otro aspecto relevante era que los pacientes reportaban dificultades cuando hacían intentos por buscar trabajo y referían sensaciones de inseguridad manifestándose en síntomas de estrés y ansiedad al momento de enfrentar la búsqueda de trabajo y entrevistarse para convencer a los reclutadores para obtener empleo y persuadirlos de que son capaces de desempeñarse para lo que han sido capacitados. En ese sentido y tomando en cuenta estos reportes de los pacientes se pensó que la rehabilitación del hospital estaba incompleta y su labor de generalización al ambiente natural de las habilidades adquiridas en el contexto hospitalario no lograba consolidarse, ya que el elemento social y las habilidades asertivas y persuasivas para establecer citas personales y de trabajo no se estaban desplegando para hacer frente a las exigencias a que se ven sometidos los pacientes a pesar de haber sido rehabilitados en otros aspectos. En ese sentido (A. Herrera M. 1999) se creó este taller llevándose a cabo por primera vez con un paciente esquizofrénico que no presentaba sintomatología psicótica y dados los resultados favorables posterior a esta experiencia se implemento el dispositivo grupal y que hasta la fecha se han atendido principalmente pacientes que potencialmente se pueden beneficiar de dicho programa de Entrenamiento de Habilidades Sociales de manera ambulatoria. Para el año 2000 dicho taller de Entrenamiento de Habilidades Sociales quedo conformado por niveles de entrenamiento

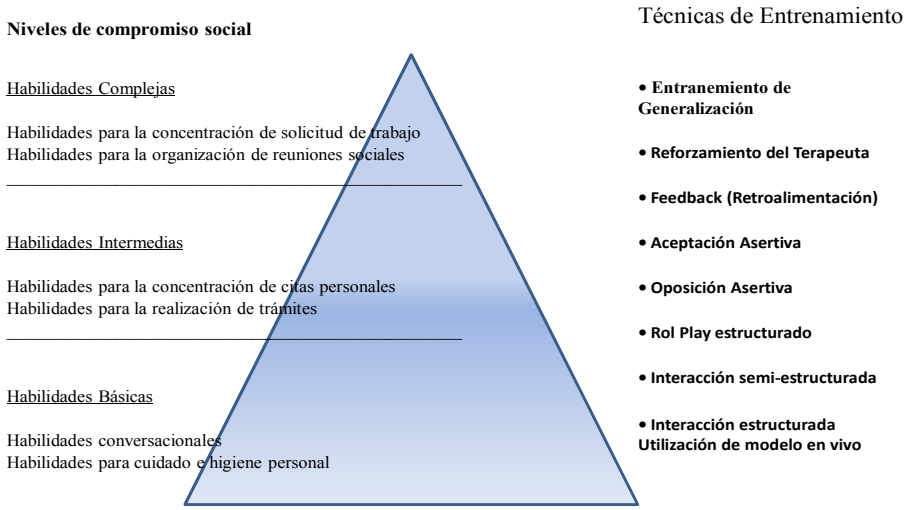
en el cual (Herrera y col. 2000) se plantearon los módulos de entrenamiento y se establecieron categorías por niveles de complejidad, entendiéndose dicha complejidad como el nivel de compromiso social. Dicha jerarquización da pauta a establecer niveles de entrenamiento que no someten a los usuarios a reacciones de estrés innecesario, sino que más bien favorecen la adaptación social por aproximaciones sucesivas e incrementan la capacidad de re-aprendizaje u obtención de nuevas estrategias de afrontamiento para que en la vida cotidiana sean funcionales y puedan responder de mejor forma a las necesidades propias.

El siguiente esquema describe de manera concreta los tres niveles de entrenamiento de este modelo de rehabilitación y por otro lado (a la derecha) se enlistan las técnicas comúnmente empleadas en esta práctica clínica.

Esquema de Habilidades Sociales

Modelo de Entrenamiento

Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez"



Herrera, López, Hernández, Ramírez, Arvizu. 2000

Cabe mencionar que dicha modalidad, está fundamentada bajo la teoría Cognitiva-conductual y las técnicas de entrenamiento se llevan a cabo bajo sesiones estructuradas de tiempo limitado y una dirección sistematizada con módulos de entrenamiento, con sesiones planificadas e implementación de tareas terapéuticas para su aplicación en casa, o en los contextos sociales del paciente donde se requiera llevar a cabo la generalización al ambiente.

5.1.- Justificación de un modelo de Habilidades Sociales en un programa de rehabilitación.

El Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez" es el más grande hospital psiquiátrico del país, además de ser un centro nosocomial del llamado tercer nivel de atención. Esta situación compromete a la Institución con 2 grandes tareas en cuanto a la asistencia de los enfermos mentales de México (Herrera y Gamiochipi 1998).

La primera de estas es la de ser un hospital de los llamados de "concentración", lo que significa que está diseñado para atender al gran porcentaje de enfermos mentales que requieren de una atención especializada. Por otro lado maneja un gran volumen de pacientes, así como atiende una gran diversidad de enfermedades mentales.
La segunda tares es la de que al ser un hospital de tercer nivel está encargado de dar una atención altamente especializada, enfocándose de manera muy importante a los aspectos rehabilitatorios de los pacientes.

Con base en lo anterior el Hospital Psiquiátrico considera desde entonces que está obligado a contar con una serie de alternativas rehabilitatorias que puedan ayudar al paciente a reinsertarse de la mejor manera posible a las necesidades individuales y sociales que se requieren, para ello tiene una serie de actividades que si bien son múltiples y variadas el Entrenamiento de las Habilidades Sociales es una actividad que se encuentra al final del eslabón de la cadena de alternativas rehabilitatorias que se brindan a los pacientes de dicha institución, convirtiéndose incluso en una de las piezas claves y estratégicas para que los pacientes consoliden lo aprendido y lo pongan en marcha cuando se trata de enfrentar las exigencias de su entorno social.

5.2.- Objetivo de un Taller de Entrenamiento de Habilidades Sociales para pacientes ambulatorios.

El Taller de Entrenamiento de Habilidades Sociales fue diseñado para trabajar con los usuarios con las dificultades que experimentan para manejar las reacciones interpersonales, ya que producto de las secuelas en la mayor parte de estos padecimientos se adolecen de las habilidades necesarias para relacionarse adecuadamente con los demás en las interacciones cotidianas. La expresión asertiva, capacidad de manejar eficazmente interacciones que salen de la rutina es una de las líneas técnicas, esta favorece la habilidad para poder enfrentarse a situaciones reales, tales como: las entrevistas de trabajo, el autoempleo y las relaciones interpersonales en general, lo cual fue adiestrado en los talleres de inducción laboral, y que en gran medida depende de una habilidad básica como es el establecimiento de una conversación fluida, cuya adquisición suele plantear dificultades para muchos usuarios creándoles ansiedad aquellas de las situaciones en las que son precisas las reacciones con los demás.

Los objetivos de dicho taller van dirigidos directamente a aumentar el repertorio de Habilidades Sociales de los pacientes y desarrollar estrategias de afrontamiento funcionales. Es decir que el "Entrenamiento de Habilidades Sociales" se refiere, al método de tratamiento de una serie de déficits interpersonales y específicos que incluyen la falta de oposición y aceptación asertiva, habilidades heterosociales o de petición de citas, de habilidades conversacionales en general, de eficacia en las entrevistas de trabajo, y de habilidades prosociales. Esta actividad se lleva a cabo de lunes a viernes con pacientes ambulatorios que son atendidos en la consulta externa y que requieren de un proceso de rehabilitación para la integración social.

Capitulo 6.-

Metodología

El presente análisis es un estudio de tipo comparativo intra-grupal la selección de la muestra fue de tipo aleatorio, bajo los siguientes parámetros:

a.- Sin importar el diagnóstico se integraron todos los usuarios a este taller dependiendo de la apreciación del médico tratante que los envió siempre y cuando cumplieran los siguientes criterios de inclusión para el taller, evitando riesgos clínicos y que a continuación se enlistan:

Criterios de inclusión:

- Pacientes de ambos sexos,
- Pacientes mayores de edad a los 18 años y menos de 60 años,
- Pacientes que deseen integrarse al taller de manera voluntaria,
- Pacientes que mantengan un grado mínimo de capacidad de agrupabilidad,
- Pacientes que mantengan un grado mínimo de funcionalidad social y global de acuerdo a la evaluación de ingreso al taller,
- Pacientes que tengan un tratamiento farmacológico controlado y que se hayan mantenido al menos un año con el mismo y su mejoría sintomática sea reportada estable sin cambios clínicos importantes (adherencia farmacológica).
- Pacientes con capacidad cognitiva e intelectual mínima para comprender su problema actual,
- Pacientes reportados con déficits en las relaciones interpersonales a lo largo de su vida adulta.

Criterios de exclusión:

- Pacientes con trastorno de personalidad disocial,

- Pacientes con ideación suicida o crisis depresivas actuales que implique riesgo,
- Pacientes con estados psicóticos agudos,
- Pacientes con retraso mental,
- Pacientes con trastorno del comportamiento secundario a farmacodependencia múltiple,
- Pacientes con trastornos orgánicos con algún tipo de demencia.

Criterios de descontinuación:

- Pacientes que abandonen el grupo sin previo aviso y que no acumulen el 85% de asistencias al taller,
- Pacientes que se presenten con intoxicación alcohólica o algún otro tipo de drogas,
- Pacientes que por alguna razón fueron hospitalizados debido a la evolución desfavorable de su cuadro psiquiátrico,
- Pacientes que hayan suspendido el tratamiento farmacológico, ya sea por renuencia o bien porque han sentido que por los logros del taller y no requieran tratamiento con fármacos,
- Pacientes que hayan agredido físicamente a algún miembro del grupo o del personal que los atiende en el taller.

b.- Que fueran pacientes ambulatorios.

Una vez cumplidos los criterios de inclusión y exclusión respectivamente el ingreso de los pacientes se realizo de la siguiente manera:

1.- Haber sido canalizados por su médico tratante con la hoja de envió respectiva previa valoración psiquiátrica en la consulta externa.

2.- Valoración de ingreso por psicología consistente en:

a.- Entrevista clínica ocupacional.

b.- Aplicación de escalas psicológicas.

c.- Elaboración de nota clínica e integración de estudio a expediente clínico.

3.- El programa de "Entrenamiento de Habilidades Sociales" está estructurado de la siguiente forma y procesos a seguir:

a.- Conformación del grupo

Grupos no mayores de 15 personas

Grupos no menores de 8 personas

b.- Encuadre de la actividad consistió en dar a conocer a los integrantes las reglas y normas de operatividad grupal.

Duración: Tres meses continuos.

Horario: de Lunes a Viernes de 14:00 a 16:00 hrs.

Tolerancias: los miembros no ingresaron a las actividades 30 minutos de haber iniciado las sesiones, lo cual se contó como inasistencia.

Forma de evaluación:

- Aplicación de la Escala Observacional en terapia ocupacional (OTTOS) rubro Socialización.

- Las aplicaciones fueron hechas por psicólogos clínicos experimentados que no sabían que se iba a evaluar el taller.
- Las aplicaciones fueron hechas a la semana de iniciado el taller para que diera tiempo de observar el grado de sociabilización de los usuarios.
- Las aplicaciones finales fueron hechas una vez inmediatamente después de terminado el taller de Entrenamiento de Habilidades Sociales.

Variables

- La variable independiente es: el "Programa del Taller de Entrenamiento de Habilidades Sociales".
- La variable dependiente es la Socialización.

El tratamiento estadístico que fue aplicado en este análisis fue la prueba de t de Student para muestras independientes, por lo que cubre los requisitos necesarios siendo hipótesis de comparación y grupos dependientes.

La distribución de probabilidad de t se publicó por primera vez en 1908 en un artículo de W. S. Gosset. En esa época, Gosset era empleado de una cervecería irlandesa que desaprobaba la publicación de investigaciones de sus empleados. Para evadir esta prohibición, publicó su trabajo en secreto bajo el nombre de "Student". En consecuencia, la distribución t normalmente se llama distribución t de Student, o simplemente distribución t. Para derivar la ecuación de esta distribución, Gosset supone que las muestras se seleccionan de una población normal. Aunque esto parecería una suposición muy restrictiva, se puede mostrar que las poblaciones no normales que poseen distribuciones en forma casi de campana aún proporcionan valores de t que se aproximan muy de cerca a la distribución t.

Se sabe que el manejo estadístico con la t de Student para grupos dependientes, se utiliza cuando se desean conocer algunas diferencias que existen en un mismo grupo, donde se manipula la VI., (el programa del taller de Entrenamiento de Habilidades Sociales) para

testar y re-testar con un instrumento de medición en Terapia Ocupacional (OTTOS) rubro “Socialización”, siendo la Variable Dependiente VD.

Escala Observacional en Terapia Ocupacional

La Escala de Observación de Tareas en Terapia Ocupacional (OTTOS): es un método rápido para evaluar la función de grupos de tareas con pacientes psiquiátricos diseñada por Russel L. Margolis, Sharon A. Harrison, Hilary J. Robinson, Gretha Jayaram, esta escala diseñada que sirve como sencillo instrumento de evaluación, la escala de Observación de Tareas en Terapia Ocupacional (OTTOS), facilita la evaluación y documentación del desempeño de pacientes durante las terapias ocupacionales de grupo.

Los autores diseñaron una versión preliminar de la OTTOS, la cual fue sometida a extensas pruebas de campo y a modificaciones posteriores determinando su confiabilidad ínter evaluadora y la validez se probó mediante la comparación con tres instrumentos de evaluación establecidos: La Evaluación de Desempeño Funcional del Área de la Bahía.
Terapia ocupacional (COTES) y la Evaluación Milwaukee de Destreza de Vida Cotidiana (MEDLS).

Resultados. La versión final de OTTOS abarca dos partes: diez ítems para evaluar funciones específicas y cinco para evaluar la conducta en general. Su uso en estudios de campo demostró que la escala detecta, acertadamente los cambios en la capacidad funcional e incluye la mayoría de las facetas de las funciones de pacientes evaluados durante grupos de tareas. Las OTTOS ofrecen un método confiable y valido para medir rápidamente la funcionalidad de pacientes con enfermedades psiquiátricas, que asisten a grupos de tareas.
Los grupos de tareas desempeñan un papel fundamental en la contribución de la terapia ocupacional a la evaluación y el tratamiento psiquiátrico contemporáneo (Bradlee, 1993; Mosey, 1986). Es posible adaptar las tareas realizadas en el grupo a los niveles funcionales de pacientes específicos, pues los niveles prémorbidos pueden variar de un

paciente a otro y cambiar rápidamente durante el curso de la enfermedad psiquiátrica. Esta escala es central en la evaluación y tratamiento de pacientes con enfermedades psiquiátricas agudas según afirman los autores de la misma.

El papel del terapeuta en la evaluación de pacientes con desórdenes psiquiátricos es medir su funcionalidad. Por ejemplo, como destacaron clínicos del siglo pasado, la recuperación de una depresión a menudo es evidente en la apariencia, sociabilización y desempeño de actividades diarias de un paciente (Kraepelin, 1921/1989). Estas mejorías, que no suelen ser evidentes durante la entrevista psiquiátrica común, pueden ser detectadas de inmediato por un terapeuta experimentado, al observar las capacidades sociales y funcionales del paciente durante un grupo de tarea. Los desórdenes de personalidad pueden manifestarse, parcialmente, con una marcada diferencia entre su desempeño real de tareas y el nivel de disfunción que describe el paciente. El desafío para el terapeuta radica en transmitir estas observaciones a otros miembros del equipo de tratamiento, y realizar el seguimiento de numerosos pacientes simultáneamente, cuantificando los cambios y documentando las evaluaciones.

La OTTOS ha sido utilizada en forma extensa por terapeutas del servicio psiquiátrico en el Hospital Johns Hopkins. La utilidad de la escala se ha demostrado en varios aspectos.

Los OTTOS han mejorado la capacidad de los terapeutas para transmitir los progresos clínicos de pacientes individuales a otros integrantes del personal de tratamiento. Los terapeutas que aplicaron OTTOS descubrieron que la estructura de la escala dirige su atención hacia aspectos particulares del estado funcional del paciente, como la capacidad para seguir instrucciones o planear con anticipación; asimismo facilita la evaluación de cambios en la capacidad funcional, en el transcurso del tiempo. El amplio rango de calificaciones en cada ítem (0-10) permite a los usuarios detectar cambios sutiles en la capacidad funcional del paciente, lo cual es importante al documentar el progreso, a menudo lento, de personas con enfermedades mentales severas.

Se trabajo con las siguientes hipótesis:

Hipótesis de Trabajo (H.T.)

El taller de Entrenamiento de Habilidades Sociales modifica los niveles de Sociabilización de los pacientes psiquiátricos que asisten a esta modalidad de entrenamiento en rehabilitación.

Hipótesis Nula (Ho)

No existe diferencia en las puntuaciones de sociabilización en la "Escala Observacional en Terapia Ocupacional" antes y después de los pacientes que participaron en el taller de Entrenamiento de Habilidades Sociales.

Hipótesis Alterna (H1)

Las puntuaciones de sociabilización en la "Escala Observacional en Terapia Ocupacional" antes y después de los pacientes que participaron en el taller de Entrenamiento de Habilidades Sociales tienden a incrementarse.

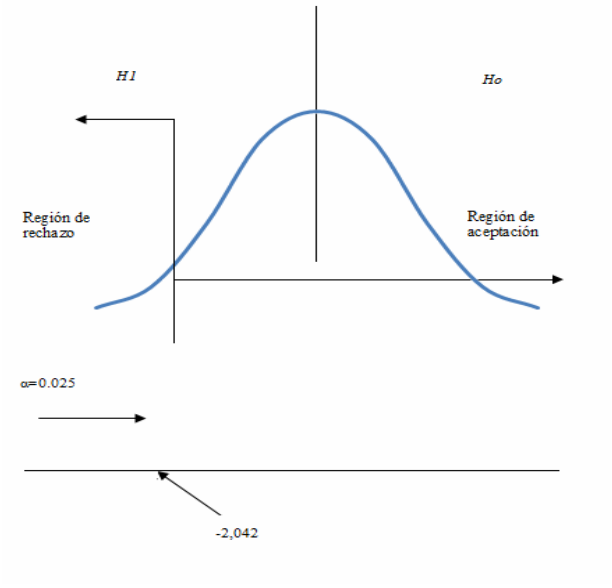
Prueba estadística: puesto que se empleo un diseño antes y después y se está probando la eficacia del "Taller de Entrenamiento de Habilidades Sociales" el cociente t de Student para muestras es el adecuado.

Nivel de significación considerado $\alpha=0.025$

Distribución de muestra: la distribución de muestras es la distribución de t de Student con gl=n 1 ó 35-1=34

Distribución critica: t0.025>I-2,042 I. Puesto que H1 predice que las calificaciones en la condición "después" serán mayores que aquellas de la condición "antes" en donde se

espera que la diferencia de puntajes en el rubro de sociabilización de la Escala Observacional en Terapia Ocupacional sea negativa. Por lo tanto la zona critica consta de todos los valores de t<-2,042.



Capitulo 7.-

Análisis y resultados

La prueba estadística t de Student para muestras dependientes es una extensión de la utilizada para muestras independientes. De esta manera, los requisitos que deben satisfacerse son los mismos, excepto la independencia de las muestras; es decir, en esta prueba estadística se exige dependencia entre ambas, en las que hay dos momentos uno antes y otro después. Con ello se da a entender que en el primer período, las observaciones servirán de control o testigo, para conocer los cambios que se susciten después de aplicar una variable experimental.

Con la prueba t se comparan las medias y las desviaciones estándar de grupo de datos y se determina si entre esos parámetros las diferencias son estadísticamente significativas o si sólo son diferencias aleatorias.

El presente análisis estadístico se llevo a cabo con la finalidad de evaluar la eficacia del taller de Entrenamiento de Habilidades Sociales para pacientes no psicóticos. Los datos registrados en la tabla denotan las calificaciones del mismo grupo de pacientes antes y después de haber concluido el taller de entrenamiento, de tal surte que la diferencia entre las medidas establece la conclusión de aceptación o rechazo de la hipótesis inicial.

Para probar las hipótesis de este estudio se procedió a los siguientes pasos:

a.- Determinar los datos de la columna (3) correspondientes a la diferencia entre las puntuaciones iníciales y finales de los sujetos de la muestra, sin importar la forma en que se restaron (Pre-prueba (-) Post-prueba).

b.- Se efectuó la suma algebraica de las diferencias anotadas en la columna (3) para calcular la diferencia media, obteniéndose la misma el resultado de D=45.

c.- Calcular $\bar{D}$.

Calcular $\bar{D}$

$\Sigma D=45$

$N=35$

$$\bar{D}=\frac{\Sigma D}{N}$$

$$\bar{D}=\frac{45}{35}$$

$\bar{D}=1.2857$

d.- Se calcula $D-\bar{D}$ y se calcularon la suma de los cuadrados para $D-\bar{D}$, obteniéndose $\Sigma (D-\bar{D})^2= 55.1429$

e.- Se obtuvo la desviación estándar de las diferencias quedando 1.2735

Obtener la desviación estándar de estas diferencias

$(\Sigma D-\bar{D})^2= 55.1429$

$N=35$

$$\sigma D=\sqrt{\frac{(\Sigma D-\bar{D})^2}{N-1}}$$

$$\sigma D=\sqrt{\frac{55.1429}{35-1}}$$

$\sigma D= 1.2735$

f.- Se determino el error estándar de la media obteniéndose 0.2152

Determinar el error estándar de la diferencia media

$\sigma D=1.2735$

$N=45$

$$\frac{\sigma D}{\sqrt{N}} = \frac{1.2735}{5.91} = 0.2152$$

g.- Y se calculo la razón t teniendo como resultado 5.97

Análisis de Resultados

$\bar{D}$	1.2857
σD	1.2735
N	35

Calculo razón ***t***

$$t = \frac{\bar{D}}{\frac{\sigma D}{\sqrt{N}}}$$

$$t = \frac{1.2857}{\frac{1.2735}{5.91}}$$

$$t = 5.97$$

$\alpha = 0.025$

gl = 34

to = 5.97

tt = 2.042

El valor calculado u obtenido de t (5.97) se compara con los valores críticos de la distribución t (tabla), y se observa que a una probabilidad de 0.025 le corresponde 2.042 de t.

A continuación se despliega el desarrollo estadístico:

TABLA DE RESULTADOS

	Pre-prueba	Post-prueba	D	$D-\bar{D}$	$(D-\bar{D})^2$
S-1	6	8	2	0.7143	0.5102
S-2	7	9	2	0.7143	0.5102
S-3	7	9	2	0.7143	0.5102
S-4	6	8	2	0.7143	0.5102
S-5	7	10	3	1.7143	2.9388
S-6	6	7	1	-0.2857	0.0816
S-7	5	7	2	0.7143	0.5102
S-8	8	7	-1	-2.2857	5.2245
S-9	6	8	2	0.7143	0.5102
S-10	5	7	2	0.7143	0.5102
S-11	7	6	-1	-2.2857	5.2245
S-12	7	8	1	-0.2857	0.0816
S-13	6	8	2	0.7143	0.5102
S-14	5	7	2	0.7143	0.5102
S-15	6	8	2	0.7143	0.5102
S-16	5	7	2	0.7143	0.5102
S-17	5	8	3	1.7143	2.9388
S-18	8	7	-1	-2.2857	5.2245
S-19	7	9	2	0.7143	0.5102
S-20	8	9	1	-0.2857	0.0816
S-21	5	8	3	1.7143	2.9388
S-22	9	9	0	-1.2857	1.6531
S-23	8	9	1	-0.2857	0.0816
S-24	7	8	1	-0.2857	0.0816
S-25	8	8	0	-1.2857	1.6531
S-26	7	5	-2	-3.2857	10.7959
S-27	7	6	-1	-2.2857	5.2245
S-28	5	7	2	0.7143	0.5102
S-29	6	9	3	1.7143	2.9388
S-30	5	7	2	0.7143	0.5102
S-31	5	7	2	0.7143	0.5102
S-32	5	6	1	-0.2857	0.0816
S-33	6	7	1	-0.2857	0.0816
S-34	6	7	1	-0.2857	0.0816
S-35	8	9	1	-0.2857	0.0816
		Σ=	45	Σ=	55.1429

Capitulo 8.-

Conclusiones

De acuerdo a los resultados obtenidos a partir de las puntuaciones del rubro de "Socialización" en la Escala Observacional en Terapia Ocupacional de los pacientes en el Taller de Entrenamiento de Habilidades Sociales antes y después analizada con t de Student y puesto que la t obtenida no cae dentro de la región crítica (que es 5.97>t - 2.042) se rechaza Ho. Es decir que los pacientes psiquiátricos seleccionados de acuerdo a los criterios clínicos de inclusión y exclusión para el Entrenamiento de Habilidades Sociales con el propósito de incrementar los patrones conductuales de sociabilización incrementan sus puntajes de tal suerte que dicho taller favorece como inferencia la capacidad de mejorar la adaptación social de los pacientes que son atendidos en los talleres rehabilitatorios sustentados en la modalidad de la corriente cognitiva conductual.

El estudio muestra como una opción viable el Entrenamiento en Habilidades Sociales, como un auxiliar en la mejora del paciente, pero queda claro que hay aun mas por explorar ya que los programas son antiguos y requieren una revisión constante, varios de los fracasos de los primeros estudios realizados en documentar la generalización de las habilidades adquiridas, se deben a problemas a la hora de evaluar los resultados, ya que hay una gran confusión en torno a la definición y medida de la competencia social. Se ha sugerido que los resultados en las investigaciones realizadas, deben medirse en varios campos diferentes, incluyendo los niveles sintomáticos, la calidad de vida, la presión familiar, las habilidades necesarias para una vida independiente y el acceso a roles comunitarios. Ninguno de los estudios realizados hasta hace poco evaluaban los resultados en más de una o dos dimensiones.

Los programas han continuado siendo probados y refinados durante las últimas décadas. Es de gran importancia la integración de estándares metodológicos básicos en la investigación clínica, contando a su vez con los principios establecidos por la psicología social y conductual, los cuales proporcionan la base teórica de los programas. Se espera

que en los próximos años la investigación sobre los programas se caractericen por: a) una mayor atención a los protocolos de entrenamiento altamente especificados, para dirigirse de forma más concreta hacia las áreas de vital importancia del funcionamiento social; b) orientaciones de evaluación de los resultados más rigurosas; y c) Una mayor atención sobre los efectos aditivos e interactivos de los programas. Con estos desarrollos, se espera que se generen nuevos conocimientos y se consigan mejoras substanciales en las terapias destinadas a los pacientes.

Es claro que los sistemas de atención en salud mental, específicamente los hospitales de tercer nivel de atención, requieren de programas de vanguardia que estratégicamente favorezcan la reinserción social de estos pacientes a los contextos de su vida cotidiana, lo cual no solo tendrá un impacto en el sufrimiento directo de los usuarios atendidos, sino que influirá en la dinámica de la familia, reducirá el desgaste emocional por las constantes hospitalizaciones y a su vez a las instituciones de salud les permitirá ofrecer una atención a más usuarios de mejor calidad.

Los programas de rehabilitación donde se ubica este taller de Entrenamiento de Habilidades Sociales, requiere de una mayor producción no solo en el área clínica, sino en la investigación, ya que su puesta en práctica en los contextos hospitalarios ayudaran a dejar fuera aquellos programas que antiguamente se basaban en la improvisación y empirismo muchas veces falto de sustento teórico y de marcos de referencia de validez científica o clínicamente probados, gran parte de estas prácticas superficiales fueron usadas cotidianamente desde épocas antiguas, donde a falta de alternativas científicas como el uso de fármacos o psicoterapias estructuradas, las alternativas de rehabilitación se basan sólo en las buenas intenciones, muchas veces llevadas a cabo dichas intervenciones por personal no calificado.

Hoy por hoy la atención psiquiátrica debe de orientar sus acciones a la integridad de sus modelos donde la inclusión de modelos terapéuticos y de rehabilitación psicosocial tienen que ser necesariamente parte de la totalidad de las acciones clínicas de intervención. Dicho de esta forma los modelos de salud mental se consolidaran como

modelos genuinamente multidisciplinarios dejando atrás las practicas unilateralmente biologicistas. Si bien es cierto que las enfermedades mentales tienen un substrato biológico evidente, tampoco deja de serlo la parte psicológica y social, es por ello que atender sintomáticamente de manera exclusiva al paciente los clínicos se limitaran a la atención de los trastornos como tal y no del sujeto que padece un trastorno, excluyendo por ende la subjetividad, la historia personal y la necesidad de adaptación social.

Bibliografía.

1. Alberti, R.E. y Emmons, M.L. (1986). Your perfect right (5ª. ed.). San Luis Obispo. California: Impact.
2. Adler, A. Práctica y teoría de la psicología del individuo (original de 1920). Paidos, Argentina.
3. Alden, L. y Safran, J. (1978). Irrational Beliefs and nonassertive behavior. Cognitive Therapy and ressarch, 2 357-364.
4. Argyle, M. (1967). We psychology of interpersonal behavior. London: Penguin.
5. Argyle, M. (1969). Social interaccion. London: Methuen.
6. Argyle, M. (1975). Bodily communication. London: Methuen.
7. Argyle, M. (1981). Social Skills and Works London: Methuen.
8. Argyle, M. (1988). Bodly Communication. USA: Methuen and Co.
9. Argyle, M. (1994). Psicología del comportamiento interpersonal. Madrid: Alianza Universidad.
10. Argyle, M. y Henderson, M. (1985). The anathomy of relationships. Londres: Heinemann.
11. Argyle, M y Kendon, A. (1967). The experimental analysis of social performance. Advances in Experimental Social Psychology, 3 55-98.
12. Argyle, M. Trower, P., y Bryant, B. (1974). Exploration in the treatment of personality disorders and neurosis by social Skills training. British Journal of Social psychology. 63-72.
13. Bandura, A. (1969). Principles of behavior modification. Nueva York: Holt, Rinehart & Winston.
14. Bandura, A. (1987). Teoría del aprendizaje social. Madrid: Espasa-Calpe.
15. Bandura, A. y Walters, R.H (1978). Aprendizaje social y desarrollo de la personalidad. Madrid: Alianza.
16. Blanco, A. (1983). Evaluación de las Habilidades Sociales. En R. Fernández Ballesteros y JA Carrobles (Eds.), evaluación conductual: metodología y aplicaciones, (pp. 567-606). Madrid: Pirámide.
17. Ballester, R. y Gil, M. D. (2002). Habilidades sociales. Madrid: síntesis.

18. Bellack, A. S., Hersen, M. y Lamparski, D. (1979a) Role-play tests for assessing social Skills: Are they valid? Are they useful?. Journal of consulting and clinical psychology, 47, 335-342.
19. Caballo, V.E. (1987): Evaluación y Entrenamiento de las Habilidades Sociales: una estrategia multimodal. Tesis de doctorado para la obtención del título de Doctor en Psicología, Universidad Autónoma de Madrid, España.
20. Caballo, V.E. (1988). Teoría, evaluación y Entrenamiento de las Habilidades Sociales. Valencia: Promolibro.
21. Caballo, V.E.(1998). Entrenamiento en Habilidades Sociales. En F. Gil y J.M. León (Eds.), Habilidades Sociales, Teoría Investigación e Intervención, (pp. 95-112). Madrid: Síntesis.
22. Caballo, V.E. (1993). Manual de evaluación y Entrenamiento de las Habilidades Sociales. Madrid: S. XXI.
23. Caballo, V.E. (1993). La multidimensionalidad conductual de las Habilidades Sociales: propiedades psicométricas de una medida de autoinforme, la EMES-M. Psicología Conductual, I, 221-231.
24. Caballo, V.E. (2002). Manual de evaluación y Entrenamiento de las Habilidades Sociales. (5ª ed.). Madrid: S.XXI.
25. Caballo, V.E. y Carrobles, J. A. (1988). Comparación de la efectividad de diferentes programas de Entrenamiento en Habilidades Sociales. Revista española de Terapia del Comportamiento, 6, 93-114.
26. Calleja, A. (1994). El Entrenamiento en Habilidades Sociales en mujeres, un estudio comparativo entre un ENTRENAMIENTO DE HABILIDADES SOCIALES cognitivo-conductual y un ENTRENAMIENTO DE HABILIDADES SOCIALES conductual. Tesis Doctoral para la obtención del título de Doctor en Psicología. Facultad de filosofía y Ciencias de la Educación. Sección: Psicología, Universidad de Deusto, España.
27. Calleja, A. y de Nicolás, L. (1996). El Entrenamiento de Habilidades Sociales: un estudio comparativo. Análisis y modificación de conducta, 2, 709-728.

28. Curran, J.P. (1985). Social Skills Therapy: A model and a treatment. En R.M. Turner y L.M. Ascher (Eds.), Evaluating behavior therapy outcome (pp. 122-123). New York: Springer.
29. Cobeña, J. A. (2001). Un modelo conceptual de las Habilidades Sociales desde el marco de la psicología de la salud. Las Inteligencias Sociales. Tesis de Doctorado para la obtención del Título de Doctorado en Psicología. Facultad de Psicología Universidad de Sevilla, España.
30. Eisler, R. M., Hersen, M. y Miller, P. M. (1973ª). Effects of modelling on components of Assertive behavior. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 4, 1-6.
31. Ellis, A. (1979). The inteligent womans. Guide to Dating and Mating. USA: Lyle Stuart Inc.
32. Ellis, A. (1980). Razón y Emoción en Psicoterapia. Bilbao: Desclée de Brower S. A.
33. Farrell, A. D., Rabinowitz, J. A., Wallander, J. L. y Curran, J. P. (1985). An evaluation of two for the intermédiate level Assessment of social Skills. Behavioral Assessment, 7, 155-171.
34. Fernández Ballesteros, R. (1986). Evaluación de ambientes: una aplicación de la psicología ambiental. En F. Jiménez Burrillo y J. I. Aragonés (Comps.), introducción a la psicología ambiental, (pp. 98-115). Madrid: Alianza.
35. Furnham, A (1985). Social Skills training: A european perspectiva. En L. L'Abate y M. A. Milán (Eds.), Handbook Social Skill Training and Research (pp. 555-580). Nueva York: John Wiley and sons.
36. García-Pérez, E.M. y Magaz, A. (1997). Enseñanza de solución cognitivas para evitar problemas interpersonales, programa de enseñanza de Habilidades Sociales y educación en valores para la convivencia. Madrid: Grupo Albor-Cohs.
37. García-Sáiz, M. y Gil, F. (2000). Conceptos, presupuestos y modelo explicativo de las Habilidades Sociales. En F. Gil, J.M León, E. Jarana (Eds.), Habilidades Sociales y salud (pp. 47-57). Madrid: Eudema.

38. García Vera, M.P., Sanz, J. y Gil, F. (1998). Entrenamiento en Habilidades Sociales. En F. Gil y J.M. León (Eds.), Habilidades Sociales, Teoría Investigación e Intervención, (pp. 63-89). Madrid: Síntesis.
39. Gil, F. (1991). Entrenamiento en Habilidades Sociales. En León, J.M. y Jarana L. (Comp.), Psicología de la Salud: Aportaciones al trabajo de Enfermería, (pp. 59-81). Sevilla: Ilustre Colegio de Enfermería.
40. Gil, F. y García-Sáiz, M. (1993a). Entrenamiento en Habilidades Sociales. En F.J. Labrador, J.A. Cruzado y M. Muñoz (Eds.), Manual de técnicas de modificación de conducta (pp. 796-827). Madrid: Pirámide.
41. Gil, F. y García-Sáiz, M. (2000). Entrenamiento en Habilidades Sociales. En F.J. Labrador, J.A. Cruzado y M. Muñoz (Eds.), Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta. Madrid: Pirámide.
42. Gil, F. y León J. Ma, (1998). Habilidades Sociales, Teoría, Investigación e intervención. Edit. Síntesis, España.
43. Gil, F. y Sarria, E. (1985). Aplicación de técnicas de aprendizaje social en grupo para la formación de docentes: microenseñanza. En C. Huici (Dir.), Estructura y procesos de grupo. Madrid: UNED.
44. Gismero E. (2000). Escala de Habilidades Sociales. Manual. Madrid: TEA Publicaciones de Psicología Aplicada.
45. Goldstein, A.P., Sprafkin, R.P., Gershaw, N.L. y Klein, P. (1989). Habilidades Sociales y autocontrol en la adolescencia. Madrid: Martínez Roca.
46. Heimberg, R.G. (1989). Cognitive and behavioral treatments for social phobia: Acritical analysis. Clinical Psychology Review.
47. Herrera, A. (1999). Programa de Rehabilitación Psicosocial. Documento oficial del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, México D.F.
48. Horney, K. (1945). Our inner conflicts. Nueva York: Norton.
49. Jack, L.M. (1934). An experimental study of ascendant behavior in preschool children. Iowa City: University of Iowa Studies in Chile Welfare.
50. Jiménez, R; Vázquez, A.J. (1998). Entrenamiento en Habilidades Sociales. En F. Gil y J.M. León (Eds.), Habilidades Sociales, Teoría Investigación e intervención, (pp. 63-89, 133, 145). Madrid: Síntesis.

51. Kelley, C. (1979). Assertion training: A facilitator´s guide. San Diego, California: University Associates.
52. Kelly, J.A. (1982). Socials-Skill training: A practical guide for intervention. New York: Springer.
53. Kelly, J.A. (1987). Entrenamiento de las Habilidades Sociales. Bilbao: Desclée de Brouwer.
54. Kendall, P.C. (1983). Methodology and cognitive-behavioral Assessment. Behavioral psychotherapy, I, 285-301.
55. Kendall, P.C. y Hollon, S.D. (1981). Assessment strategies for cognitive-behavioral interventions. Nueva York: Academic Press.
56. Lazarus, A.A. (1973). On Assertive behavior: A brief note. Behavior Therapy, 4 697-699.
57. León, J. Ma; Medina, S. (1998). Entrenamiento en Habilidades Sociales. En F. Gil y J.M. León (Eds.), Habilidades Sociales, Teoría Investigación e intervención, (pp. 13, 25). Madrid: Síntesis.
58. León, J. M., Barriga, S., Gómez, T., González, B., Medina, S., Cantero, F.J. (1998). Psicología social orientaciones teóricas y ejercicios prácticos. Madrid: McGraw-Hill.
59. León, J. M., Cantero, F.J., Medina, S., Gómez, T. (1998). Evaluación y Entrenamiento de las Habilidades Sociales. En J.M. León, S. Barriga, T. Gómez, B. González, S. Medina, y F.J. Cantero (Comps.), psicología social: Orientaciones teóricas y ejercicios prácticos (pp. 433-452). Madrid: McGraw-Hill.
60. Libert, J. y Lewinsohn, P. (1973). The concept of social skill with special reference to the behavior of depressed persons. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 304-312.
61. Mahaney, M.M. y Kern, J.M. (1983). Variations in role-play test of hetersocial performance, Journal of Consulting and Clinical Psychology, 151-152.
62. Mann, J.H. (1956). Experimental evaluations of role playing. Psychological Bulletin, 53,227-234).

63. McFall, R.M. (1982). A review and reformulation of the concept of social Skills. Behavioral Assesment, 4 1-33.
64. McFall, R.M. y Eillesand, D.B. (1971). Behavior rehearsa with modeling and coaching in Assertion training. Journal of Abnormal Psychology, 7 313-323.
65. McPhail, P., Ungold-Thomas, J., Chapman, H. (1975). Learning to care. Niles, Argus Communications.
66. Michelson, L., Sugat, P.P., Wood, R.P. y Kazdin, A.E. (1987). Las Habilidades Sociales en la Infancia: Evolución y tratamiento. Barcelona: Martínez Roca S.A.
67. Munné, F. (1989). Individuo y sociedad: los marcos teóricos de la psicología social. Barcelona: P.P.U.
68. Ovejero, A. (1998). Las relaciones humanas, Psicología Social Teórica y Aplicada. Madrid: Biblioteca Nueva.
69. Ovejero, A. (1990). Las Habilidades Sociales y su Entrenamiento: Un enfoque necesariamente psicosocial. Psicothema, 2 (2), 93-112.
70. Page, L.M. (1936). The modification of ascendant behavior in preschool children. Iowa City: University of Iowa Studies in Child Welfare.
71. Pérez-Santamarina, E. (1999). Psico-pedagogía de las Habilidades Sociales. Revista Educación de la Universidad de Granada, 2, 77-95.
72. Perry, M.A. (1970). Didactic instructions for and modeling of empathy. Tesis doctoral no publicada: Syracuse University.
73. Philips, E.L. (1985). Social Skills: History and prospect. En L. L'Abate y M.A. Milán (Eds.), Handbook of Social Skill Training and Research. Nueva York: Wiley.
74. Philips, E.L. y Ziegler, E. (1961). Social competence: The Action-thought parameter and vicariousn in normal and pathological behaviors. Journal of Abnormal and Social Psychology, /3 137-146.
75. Philips, E.L. y Ziegler, E. (1964). Role orientation, the action-thought dimensions and out come in psychiatric disorders. Journal of Abnormal and Social Psychology, 8, 381-389.
76. Salter, A. (1949). Conditioned reflex therapy. Nueva York: Parrar, Strauss and Giroux.

77. Santolaya, F.J. (2002). Aportaciones del Entrenamiento en Habilidades Sociales al trabajo de la esquizofrenia, Información Psicológica.
78. Sanz, J; Gil, F; García Vera, M.P. (1998). Entrenamiento en Habilidades Sociales. En F. Gil y J.M. León (Eds.), Habilidades Sociales, Teoría Investigación e Intervención, (pp. 25-59). Madrid: Síntesis.
79. Schlundt, D.G. y McFall, R.M. (1985). New directions in the Assessment of social competence and social Skills. En L'Abate y M.A. Milán (Comps.), it Handbook of social Skills training and research. Nueva York: Wiley.
80. Smith, T.E., Bellack, A.S. y Eiberman, R.P. (1996). Social Skills training for schizophrenia: Review and future directions. Clinical Psichology. Review.
81. Sullivan, H.S. (1953). We interpersonal theory of psychiatry. Nueva York: Norton.
82. Trower, P. (1982). Toward a Generative Model of Social Skills: A Critique and Sintesis. En J.P. Curran y P.M. Monti (Eds.), Social Skills Training. A Practical handbook for Assessment and Treatment. New York: Guilford Press.
83. Trower, P., Bryant, B., y Argyle, M. (1978). Social Skills and mental health. London: Methuen.
84. Valencia, M. (1985). Evaluación del funcionamiento social en pacientes mentales: Su importancia en el campo de la salud mental. Salud Mental, V. 8 No. 1, Marzo 1985.
85. Valencia, M. (1988). Un programa de tratamiento psicosocial para pacientes psicóticos hospitalizados. Psiquiatría 2da Época V. 4 No. 1 pp. 71-96.
86. Valencia, M; Lara, C; Rascón, Ma. L; Ortega, H. (2002). La importancia de los tratamientos farmacológicos y psicosocial de los pacientes con esquizofrenia. Revista Latinoamericana de Psiquiatría. Vol. 2, No 1, Abril 2002, pp. 6-21.
87. Valencia, M; Ortega, H; Rascón, Ma. L; Gómez, L. (2002). Evaluación de la combinación de los tratamientos psicosocial y farmacológico en pacientes con esquizofrenia. Actas Españolas de Psiquiatría. 2002; 30 (6): 358-369.
88. Valles, A. y Valles, C. (1996). Las Habilidades Sociales en la Escuela: una propuesta curricular. Madrid: EOS.

89. Wallander, J.L., Conger, A.J. y Conger, J.C. (1985). Development and Evaluation of a behaviorally referenced rating system for heterosocial Skills, Behavioral Assessment, 7, 137-153.
90. Williams, H.M. (1935). A factor analysis of Berne´s social behavior in Young children. Journal of Experimental Education, 4 142-146.
91. Wolpe, J. (1978). Psicoterapia por inhibición reciproca. Bilbao: Desclée de Broweer.
92. Wolpe, J. y Lazaros, A.A. (1966). Behavior therapy techniques: A guide to the treatment of neurosis. Nueva York: Pergamon Press.
93. Zingler, E. y Phillips, L. (1961). Social competence and outcome in psychiatric disorder. Journal of Abnormal and Social Psychology, 63, 264.

Anexos

Escala Observacional de Actividades de Terapia Ocupacional

Fecha:_____ No. De Exp._____ Servicio que envía:_____
Nombre:_____Sexo:_____ Edad:_____
Diagnósticos (CIE-10):_____
Tratamiento farmacológico:_____
Fecha de ingreso a Hospitalización:_____ Fecha de Ingreso a Rehabilitación:_____

PARTE 1 CONDUCTA OCUPACIONAL: **DISFUNCIONAL** **FUNCIONAL**

1.- INVOLUCRAMIENTO 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10
(APATICO, DESINTERESADO Y SIN INVOLUCRAMIENTO VS.
INTERESADO Y PARTICIPA ESPONTANEAMINTE)

2.- COORDINACIÓN 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10
(INCAPAZ DE MANIPULAR HERRAMIENTAS Y MATERIALES VS.
FACILMENTE MANIPULA HERRAMIENTAS Y MATERIALES)

3.- REALIZACIÓN DE INDICACIONES 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10
(INCAPAZ DE SEGUIR INSTRUCCIONES O DEMOSTRACIONES DE UN SOLO PASO VS.
SIGUE INSTRUCCIONES DE MULTIPLES PASOS SIN AYUDA)

4.- CALIDAD DEL TRABAJO 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10
(DESORGANIZADO Y SIN ATENCION A LOS DETALLES VS.
ORGANIZADO Y CON ATENCIÓN A LOS DETALLES)

5.- INDEPENDENCIA 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10
(REQUIERE ASISTENCIA EN TODAS SUS ACTIVIDADES VS.
REALIZA SU TRABAJO INDEPENDIENTEMENTE Y PIDE ASISTENCIA EN MOMENTOS APROPIADOS)

6.- INICIATIVA 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10
(NO REALIZA ESFUERZOS EN SUS ACTIVIDADES VS.
REALIZA ACTIVIDADES ESPONTANEAMENTE)

7.- TOMA DE DESICIONES 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10
(NO TOMA DESICIONES VS.
TOMA DESICIONES INDEPENDIENTEMENTE)

8.- CONCENTRACIÓN 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10
(LA CENTRA POR MENOS DE 1 MINUTO VS.
LA CENTRA DURANTE TODA LA ACTIVIDAD)

9.- TOLERANCIA A LA FRUSTRACIÓN 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10
(FACILMENTE SE FRUSTRA CON LAS DEMANDAS DE LA ACTIVIDAD O LA ESTRUCTURACIÓN DEL GRUPO VS.
MANEJA LA ACTIVIDAD Y LA ESTRUCTURA DEL GRUPO SIN DIFICULTAD)

10.- RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10
(INCAPAZ DE IDENTIFICAR PROBLEMAS Y ESTABLECER UN PLAY VS.
RECONOCE LOS PASOS NECESARIOS PARA ALCANZAR METAS Y ACTUAR INDEPENDIENTEMENTE)

CALIFICACIÓN DE CONDUCTA OCUPACIONAL: _____

PARTE 1 CONDUCTA OCUPACIONAL: **DISFUNCIONAL** **FUNCIONAL**

11.- APARIENCIA 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10
(SUCIO Y DESALIÑADO VS.
LIMPIO Y APROPIADO)

12.- NIVEL DE ACTIVIDAD 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10
(DEMASIADO ALTO O BAJO PARA PARTICIPAR VS.
NO IMPIDE SU FUNCIONAMIENTO)

13.- EXPRESIÓN 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10
(TRISTE, BIZARRO O APLANADO VS.
CONGRUENTE A LA SITUACIÓN)

14.- COOPERACCIÓN 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10
(REHUSA PARTICIPAR, NO RESPONDE A LA ESTIMULACIÓN VS.
CUMPLE CON EL PROGRAMA DE TRATAMIENTO Y LOS LIMITES)

15.- SOCIALIZACIÓN 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10
(NO HABLA, AISLADO O INTRUSIVO VS.
CONVERSACIÓN APROPIADA E INTERACCIÓN CON OTROS)

CALIFICACIÓN DE CONDUCTA OCUPACIONAL: _____

SUMATORIA CALIFICACIÓN TOTAL _____

RESUMEN:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

_____
Calificó
Nombre y Firma

Tabla C

Valores críticos de *t*

Para cualquier gl dado, la tabla proporciona los valores de ***t*** correspondientes a varios niveles de probabilidad. La ***t*** obtenida es significativa a un nivel dado si éste es igual o mayor que el valor dado en la tabla.

gl	Nivel de significación					
	0.10	**0.05**	**0.025**	**0.01**	**0.005**	**0.0005**
2	1.886	2.920	4.303	6.965	9.925	31.596
3	1.638	2.353	3.182	4.541	5.841	12.924
4	1.533	2.132	2.776	3.747	4.604	8.610
5	1.476	2.015	2.571	3.365	4.032	6.869
6	1.440	1.943	2.447	3.143	3.707	5.959
7	1.415	1.895	2.365	2.998	3.499	5.408
8	1.397	1.860	2.306	2.896	3.355	5.041
9	1.383	1.833	2.262	2.821	3.250	4.781
10	1.372	1.812	2.228	2.764	3.169	4.587
11	1.363	1.796	2.201	2.718	3.106	4.437
12	1.356	1.782	2.179	2.681	3.055	4.318
13	1.350	1.771	2.160	2.650	3.012	4.221
14	1.345	1.761	2.145	2.624	2.977	4.140
15	1.341	1.753	2.131	2.602	2.947	4.073
16	1.337	1.746	2.120	2.583	2.921	4.015
17	1.333	1.740	2.110	2.567	2.898	3.965
18	1.330	1.734	2.101	2.552	2.878	3.922
19	1.328	1.729	2.093	2.539	2.861	3.883
20	1.325	1.725	2.086	2.528	2.845	3.850
21	1.323	1.721	2.080	2.518	2.831	3.819
22	1.321	1.717	2.074	2.508	2.819	3.792
23	1.319	1.714	2.069	2.500	2.807	3.768
24	1.318	1.711	2.064	2.492	2.797	3.745
25	1.316	1.708	2.060	2.485	2.787	3.725
26	1.315	1.706	2.056	2.479	2.779	3.706
27	1.314	1.703	2.052	2.473	2.771	3.690
28	1.313	1.701	2.048	2.467	2.763	3.674
29	1.311	1.699	2.045	2.462	2.756	3.659
30	1.310	1.697	2.042	2.457	2.750	3.646
40	1.303	1.684	2.021	2.423	2.704	3.551
60	1.296	1.671	2.000	2.390	2.660	3.460
120	1.289	1.658	1.980	2.358	2.617	3.373
α	1.282	1.645	1.960	2.326	2.576	3.291