

**UNIVERSIDAD NACIONAL
FEDERICO VILLARREAL**

**Vicerrectorado de
INVESTIGACIÓN**

FACULTAD DE PSICOLOGIA

**PROGRAMA DE HABILIDADES SOCIALES EN PACIENTES CON
ESQUIZOFRENIA DE UN HOSPITAL DE ESSALUD 2018**

**Tesis para Optar el Título de la Segunda Especialidad Profesional en
PSICOTERAPIA**

AUTORA:

VALENCIA TICONA, IRENE ISABEL

ASESOR:

DE LA CRUZ VALDIVIANO, CARLOS

JURADO

SILVA DIAZ, BELIZARDO

FLORES VASQUEZ, ELIZABETH

FLORES GIRALDO, WENCESLAO

Lima – Perú

2019

DEDICATORIA

A mis padres, a mis hijas Karina y Layza,
a Julio, por su comprensión por los momentos
de mi ausencia en el hogar para el logro de mi
crecimiento personal y profesional

AGRADECIMIENTO

A Dios por darme la fortaleza de haber logrado el presente estudio.

Al Hospital Edgardo Rebagliati Martins por ser mi centro de trabajo, a las Autoridades de la institución, a la oficina de capacitación docencia e investigación por permitir el desarrollo del estudio de investigación.

A la Universidad Nacional Federico Villarreal por darme la oportunidad de estudiar en sus aulas, y a los compañeros, con el objetivo de lograr la Segunda Especialidad Profesional en Psicoterapia

A la comunidad científica por haber realizado el estudio de investigación. A los docentes por dotarnos de conocimiento para el estudio de investigación que va a ser beneficioso para el desarrollo de la profesión.

ÍNDICE

DEDICATORIA	2
AGRADECIMIENTO	3
INDICE	4
INDICE DE TABLAS	6
RESUMEN	8
ABSTRACT	9
I. INTRODUCCIÓN	10
1.1 Descripción y formulación del problema	12
1.2 Antecedentes	14
1.3 Objetivos	21
1.4 Justificación	22
1.5 Hipótesis	24
II. MARCO TEÓRICO	27
2.1 Bases teóricas sobre el tema de la investigación	27
III. MÉTODO	50
3.1 Tipo de investigación	50
3.2 Ámbito temporal y espacial	51
3.3 Variables	51
3.4 Población y muestra	51
3.5 Instrumentos	52
3.6 Procedimientos	55
3.7 Análisis de datos	56
IV. RESULTADOS	58
V. DISCUSION DE RESULTADOS	75
VI. CONCLUSIONES	79

VII.	RECOMENDACIONES	80
VIII.	REFERENCIAS	81
IX.	ANEXOS	85
	1. MATRIZ DE CONSISTENCIA	85
	2. FICHA DE RECOLECCIÓN	87
	3. CONSENTIMIENTO INFORMADO	92
	4. PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES	93
	5. RESPUESTAS AL CUESTIONARIO	97

INDICE DE TABLAS

Tabla N°1. Prueba de Wilcoxon para evaluar la influencia del programa de entrenamiento de habilidades sociales en la rehabilitación en pacientes con esquizofrenia	59
Tabla N°2. Prueba de Wilcoxon para evaluar la influencia del programa de entrenamiento en “autoexpresión en habilidades sociales” en la rehabilitación	60
Tabla N°3. Prueba de Wilcoxon para evaluar la influencia del programa de entrenamiento en “los propios derechos como consumidor” en la rehabilitación en pacientes con esquizofrenia	62
Tabla N°4. Prueba de Wilcoxon para evaluar la influencia del programa de entrenamiento en “expresión de enfado y disconformidad” en la rehabilitación en pacientes con esquizofrenia	63
Tabla N°5. Prueba de Wilcoxon para evaluar la influencia del programa de entrenamiento en “decir no y cortar interacciones” en la rehabilitación en pacientes con esquizofrenia	65
Tabla N°6. Prueba de Wilcoxon para evaluar la influencia entre el programa de entrenamiento en “hacer peticiones” en la rehabilitación en pacientes con esquizofrenia	66
Tabla N°7. Prueba de Wilcoxon para evaluar la influencia del programa de entrenamiento en “iniciar interacciones” en la rehabilitación en pacientes con esquizofrenia	68
Tabla N°8. Características generales de los pacientes con esquizofrenia atendidos en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins 2018	69
Tabla N°9. Influencia de un programa de entrenamiento en habilidades sociales en la rehabilitación de pacientes con esquizofrenia	70

Tabla N°10. Influencia de un programa de entrenamiento en la “autoexpresión en situaciones sociales” en la rehabilitación de pacientes con esquizofrenia	70
Tabla N°11. Influencia de un programa de entrenamiento en la “defensa de los propios derechos como consumidor” en la rehabilitación de pacientes con esquizofrenia	71
Tabla N°12. Influencia de un programa de entrenamiento en la “expresión de enfado o disconformidad	72
Tabla N°13. Influencia de un programa de entrenamiento en “decir no y cortar interacción	72
Tabla N°14. Influencia de un programa de entrenamiento en “hacer peticiones” en la rehabilitación de pacientes con esquizofrenia	73
Tabla N°15. Influencia de un programa de entrenamiento en “iniciar interacciones” en la rehabilitación	74

RESUMEN

Objetivo: Determinar la influencia de un programa de entrenamiento en habilidades sociales en la rehabilitación de pacientes con esquizofrenia atendidos en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins 2018.

Metodología: Investigación con enfoque cuantitativo y diseño cuasi experimental. La muestra estuvo conformada por 30 pacientes con esquizofrenia, de los cuales 15 recibieron el programa (grupo experimental) y 15 no lo recibieron (grupo control).

Resultados: La edad promedio de pacientes fue 36.3 ± 11.1 años, el 76.7% fueron varones y el 36.7% tenía entre 1 y 10 años con la enfermedad. El programa de entrenamiento de habilidades sociales influyó en la rehabilitación de los pacientes con esquizofrenia dado que, culminado el programa de entrenamiento, el nivel de habilidades mejoró en el grupo experimental ($p=0.005$), pero en el grupo control se mantuvo el nivel ($p=0.999$); asimismo, el nivel de las dimensiones “autoexpresión en situaciones sociales” ($p=0.002$ y $p=0.414$), “defensa de los propios derechos como consumidor” ($p=0.021$ y $p=0.999$), “expresión de enfado o disconformidad” ($p=0.004$ y $p=0.705$), “decir no y cortar interacciones” ($p=0.014$ y $p=0.999$), “hacer peticiones” ($p=0.034$ y $p=0.564$) e “iniciar interacciones” ($p=0.014$ y $p=0.002$) mejoró solo en el grupo experimental.

Palabras clave: Programa de habilidades sociales, esquizofrenia, rehabilitación.

ABSTRACT

Objective: To determine the influence of a training program on social skills in the rehabilitation of patients with schizophrenia treated at the “Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins” 2018.

Methodology: Research with quantitative approach and quasi-experimental design. The sample consisted of 30 patients with schizophrenia, of which 15 received the program (experimental group) and 15 did not receive it (control group).

Results: The average age of patients was 36.3 ± 11.1 years, 76.7% were male and 36.7% had between 1 and 10 years with the disease. The social skills training program influenced the rehabilitation of patients with schizophrenia since, after completing the training program, the skill level improved in the experimental group ($p = 0.005$), but in the control group the level was maintained ($p = 0.999$); also, the level of the dimensions "self-expression in social situations" ($p = 0.002$ and $p = 0.414$), "defense of one's rights as a consumer" ($p = 0.021$ and $p = 0.999$), "expression of anger or disagreement" ($p = 0.004$ and $p = 0.705$), "saying no and cutting interactions" ($p = 0.014$ and $p = 0.999$), "making requests" ($p = 0.034$ and $p = 0.564$) and "initiating interactions" ($p = 0.014$ and $p = 0.002$) improved only in the experimental group.

Key words: Social skills program, schizophrenia, rehabilitation.

I. INTRODUCCIÓN

La esquizofrenia es una patología psiquiátrica caracterizada por el déficit cognitivo, psico fisiopatológico e interpersonal, que genera delusiones y alucinaciones, que obstaculizan el procesamiento de la información, desarrollo de habilidades y juicios imprescindibles, vitales, para presentar un desenvolvimiento adecuado en la sociedad.

Esta patología, normalmente es tratada con una serie de psicofármacos, específicamente neurolépticos, que han conseguido una gran evolución en el esquema terapéutico y disminución de la sintomatología psicótica propia de este tipo de pacientes, modificando efectivamente el pronóstico de la enfermedad y mejorando en cierta medida su calidad vital.

Sin embargo, estos fármacos no han logrado normalizar las relaciones que tienen los pacientes esquizofrénicos con su ambiente familiar, social y laboral, incrementando alarmantemente la apatía generalizada, ausencia de motivación y depauperamiento total de la personalidad.

Es así, que emerge la necesidad de complementar el enfoque farmacológico con los programas de habilidades sociales, ya que la finalidad de todo esquema terapéutico es lograr la salud integral del individuo y eso incluye su desarrollo socio-cultural y calidad de vida intrapersonal y familiar.

Lamentablemente, esta es una realidad poco frecuente en la población esquizofrénica y su entorno doméstico, ya que la mayoría de pacientes se limitan a la estabilidad sintomatológica y no a la interpersonal, generando automáticamente un aislamiento social y un rechazo consecuente de parte de la sociedad.

Sumado a ello, muchos estudios se restringen a las dimensiones estructurales de los programas de habilidades sociales, basándose en muestras escasas y heterogéneas que no

permiten descubrir el verdadero impacto de dichos programas sobre el paciente esquizofrénico, es por ello que se consideró imprescindible, ejecutar una investigación que nos permita conocer la verdadera influencia de un programa de entrenamiento de habilidades sociales en la rehabilitación de pacientes con este tipo de patología mental.

Para un mejor entendimiento del problema y resultados de la investigación, el presente estudio se esquematiza de la siguiente manera:

Introducción, en esta sección se incluye la descripción y formulación del problema, los antecedentes, objetivos, justificación e hipótesis de la investigación.

Marco teórico, en esta sección se detallan las bases teóricas sobre el tema de investigación.

Método, en este apartado se especifica el tipo de investigación, el ámbito temporal y espacial, las variables del estudio, la población y muestra, los instrumentos de recolección, los procedimientos y el análisis de datos.

Resultados, en este apartado se presentan los resultados de la investigación según los objetivos planteados.

Discusión de resultados, en este apartado se presenta la contrastación de los resultados con los antecedentes más relacionados.

Posterior a ello se enumeran las conclusiones y recomendaciones de la investigación.

Referencias, en esta sección se enlistan las referencias bibliográficas consultadas para el desarrollo del estudio. Y, finalmente, se presentan los anexos.

1.1 Descripción y formulación del problema

La esquizofrenia es catalogada como un trastorno crónico y grave, que altera la manera de pensar, sentir y actuar de las personas (National Institute of Mental Health, 2015). Existe cerca de dos millones de nuevos casos de esquizofrenia cada año en todo el mundo, siendo la prevalencia de esta enfermedad entre 0.2 a 2% de la población. Según la Organización Mundial de la Salud, la esquizofrenia pertenece a una de las 10 enfermedades más discapacitantes. La rehabilitación en el paciente esquizofrénico requiere de la intervención de un amplio grupo de profesionales de ciencias de la salud (psiquiatras, psicólogos, enfermeras, etc.) así como también del apoyo familiar y social. Al déficit funcional del paciente esquizofrénico se añade los efectos secundarios de los psicofármacos, falta de estimulación o la pobre motivación, todo genera una disfunción social y discapacidad del enfermo psicótico. Ante tales eventos se lleva a cabo diversas intervenciones, realizadas de forma simultánea (psicofarmacología, terapias psicológicas, cuidados de enfermería, etc.) para un mejor tratamiento del paciente. Dentro de todas las actividades, la rehabilitación con entrenamiento en habilidades sociales se orientan a mejorar la competencia social del paciente, reducir el estrés y la ansiedad que provocan las situaciones sociales, mejorar la comunicación y las relaciones y fomentar la autonomía personal (Servicio Murciano de Salud, 2009).

Las habilidades sociales son capacidades que se adquieren por medio del aprendizaje y del desarrollo (son conductas aprendidas por lo tanto pueden ser enseñadas). Estas prácticas están orientadas al mejoramiento de aspectos sociales, conductuales, auto refuerzo, cognitivas y hasta fisiológicas (Vived, 2011). Los nuevos programas de entrenamiento sostienen que las habilidades sociales forman las bases para la interacción social efectiva, en este contexto el entrenamiento en dichas habilidades puede ser también

el cimiento para formar la competencia social en los pacientes esquizofrénicos (Marcos, 2012). En el éxito de este proceso influirá un factor intrínseco personal (procesos cognitivos), así como también de factores extrínsecos (ambiente adecuado, situaciones); es menester mencionar, que de manera principal se requerirá la interacción entre ambos factores (Vived, 2011).

En el Perú se estima que la cantidad de pacientes con esquizofrenia es aproximadamente 260 mil. Estudios en Lima Metropolitana, indican que la prevalencia a nivel ciudad se encuentra en 1%, aproximadamente se tiene 80 mil pacientes con esta patología (Castillo, 2014). El seguro social del Perú (EsSalud) en el año 2014 atendió a nivel nacional más de 20 000 casos de esquizofrenia, trastornos esquizotípicos, y trastornos delirantes. Se presentaron 479 consultas externas, 167 hospitalizaciones y 163 emergencias debido a la esquizofrenia. El Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins en el año 2014 contó con 67 psicólogos y 43 psiquiatras los cuales realizaron aproximadamente 4 003 atenciones de salud mental (Seguro Social del Perú, 2014). Dada la cantidad elevada de pacientes esquizofrénicos se hace necesaria la aplicación de manera continua de programas de entrenamiento en habilidades sociales, y a partir de ello evaluar su influencia en rehabilitación de los pacientes.

Formulación del problema

Problema general:

¿Cómo influye el programa de entrenamiento en habilidades sociales en la rehabilitación de pacientes con esquizofrenia atendidos en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins 2018?

Problemas específicos:

- ¿Cómo influye el programa de entrenamiento en “autoexpresión en situaciones sociales” en la rehabilitación de pacientes con esquizofrenia atendidos en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins 2018?
- ¿Cómo influye el programa de entrenamiento en “defensa de los propios derechos como consumidor” en la rehabilitación de pacientes con esquizofrenia atendidos en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins 2018?
- ¿Cómo influye el programa de entrenamiento en “expresión de enfado o disconformidad” en la rehabilitación de pacientes con esquizofrenia atendidos en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins 2018?
- ¿Cómo influye el programa de entrenamiento en “decir no y cortar interacciones” en la rehabilitación de pacientes con esquizofrenia atendidos en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins 2018?
- ¿Cómo influye el programa de entrenamiento en “hacer peticiones” en la rehabilitación de pacientes con esquizofrenia atendidos en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins 2018?
- ¿Cómo influye el programa de entrenamiento en “iniciar interacciones” en la rehabilitación de pacientes con esquizofrenia atendidos en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins 2018?

1.2 Antecedentes

Antecedentes internacionales

Almerie, Okba, Jawoosh, Alsabbagh, Matar, Maayan, & Bergman (2015), en Reino Unido realizaron un estudio titulado “*Social skills programmes for schizophrenia*”.
Objetivo: investigar los efectos de los programas de entrenamiento en habilidades sociales,

comparados con la atención habitual, para los pacientes con esquizofrenia. Metodología: Fue una revisión sistemática, para ello se realizó la búsqueda en el registro de ensayos del Grupo Cochrane de Esquizofrenia (*Cochrane Schizophrenia Group*) (noviembre 2006 y diciembre 2011) que se basa en búsquedas regulares en CINAHL, BIOSIS, AMED, EMBASE, PubMed, MEDLINE, PsycINFO, y en registros de ensayos clínicos. Resultados: incluyeron todos los ensayos controlados aleatorios relevantes de programas de habilidades sociales versus atención estándar que incluyeron pacientes con enfermedades mentales graves. Conclusión: comparado con la atención estándar, el entrenamiento de habilidades sociales puede mejorar las habilidades sociales de los pacientes con esquizofrenia y reducir las tasas de recaída, pero actualmente las pruebas son muy limitadas y los datos se calificaron como de muy baja calidad. Las diferencias culturales pueden limitar la aplicabilidad de los resultados actuales, ya que la mayoría de estudios se llevaron a cabo en China. Por lo cual aún no está claro si el entrenamiento de habilidades sociales puede mejorar el funcionamiento social de los pacientes con esquizofrenia en diferentes contextos y se debería realizar un ensayo controlado aleatorio multicéntrico grande.

Moriana, Liberman, Kopelowicz, Luque, Cangas, & Alós (2015), en España realizaron un estudio titulado “El entrenamiento en habilidades sociales en la esquizofrenia”. Objetivo: revisión sistemáticamente la literatura científica sobre la eficacia de los programas de entrenamiento en habilidades sociales para personas con esquizofrenia publicadas en metaanálisis, ensayos clínicos aleatorizados y guías de práctica clínica. Metodología: Fue una revisión sistemática de investigaciones relacionadas con el EHS y la esquizofrenia. Lamentablemente muchos de estos estudios empíricos denominados como RCTs tienen importantes deficiencias metodológicas. Resultados: resultados de eficacia en mayor o menos medida, en adquisición de habilidades y reducción de síntomas. En sus diferentes

comparativas con grupos control, tratamiento convencional y otros tratamientos alternativos también destacan sus efectos positivos. En la comparativa de tratamiento cognitivo conductual vs. EHS, hay que destacar que ambos tratamientos son eficaces. En su aplicación específica a pacientes con síntomas negativos, en el caso de la terapia cognitivo conductual, existe una mejora de los síntomas en más del 60% de los participantes mientras que en el EHS lo hace en un 40%. También existen diferencias respecto al tiempo de duración del tratamiento siendo de 8,75 meses (rango de 9 semanas a 24 meses) en el caso de EHS y de 6 meses (rango de 2 a 18 meses) en el caso del grupo de cognitivo conductual. Conclusión: tanto el EHS como otros procedimientos terapéuticos para la esquizofrenia no están suficientemente diseminados por todos los países. No existe una utilización generalizada de la terapia cognitivo conductual de la esquizofrenia, de forma que uno de los principales retos sería trasladar e implementar los tratamientos que mejores resultados obtienen en las investigaciones en la práctica asistencial.

Inchausti, García, Prado, Ortuño & Gaínza (2017), en España realizaron una investigación titulada “Entrenamiento en habilidades sociales orientado a la Metacognición (mosst): marco teórico, metodología de trabajo y descripción del tratamiento para pacientes con esquizofrenia”. Objetivo: presentar un nuevo marco de intervención que integra el entrenamiento metacognitivo y el EHS para pacientes con esquizofrenia: el entrenamiento en habilidades sociales orientado a la metacognición (MOSST). Metodología: realizaron un guía de práctica clínica para el entrenamiento de habilidades sociales orientado a la metacognición (MOSST). En primer lugar, se revisan brevemente los principales modelos de intervención disponibles en la actualidad para el EHS en pacientes con esquizofrenia. En segundo lugar, se presenta el constructo de metacognición, los hallazgos más representativos en el campo de la esquizofrenia y la justificación teórica de la integración del entrenamiento

metacognitivo y en habilidades sociales propuesto en MOSST. En tercer lugar, se hace una descripción detallada del programa. Se presenta, a continuación, el caso de un joven con esquizofrenia que finalizó con éxito la adaptación al castellano del programa. Resultados: En concreto, tras finalizar el tratamiento con MOSST, se evidenció un incremento significativo en la realización de actividades interpersonales habituales, una mejora en las relaciones sociales y personales, y un descenso de las conductas sociales disruptivas y/o agresivas, en base a las puntuaciones obtenidas mediante evaluadores ciegos con la escala de Funcionamiento Personal y Social concluyeron que una vez clarificada la eficacia de MOSST, futuras líneas de investigación deberían analizar su efecto combinado con otras psicoterapias de tipo metacognitivo. Conclusión: Este tipo de investigaciones ayuda a esclarecer si los distintos dominios metacognitivos se entrenan más eficazmente con un tipo u otro de programas.

Román, Cantillo & Salazar (2014), en Costa Rica presentaron un estudio titulado “Duración del tratamiento que se brinda en el Hospital Diurno a adultos con esquizofrenia y su relación con las habilidades psicosociales”. Objetivo: determinar el tiempo requerido para brindar tratamiento en un hospital diurno a personas adultas con esquizofrenia, con el fin de que desarrollen habilidades psicosociales. Metodología: Se realizó una revisión sistemática y se empleó la metodología recomendada para llevar a cabo la práctica de Enfermería Basada en la Evidencia (EBE). Se considera la EBE como “un enfoque de toma de decisiones en el cual los clínicos usan la mejor evidencia disponible, en consulta con los pacientes, para decidir cuál es la opción que es más aceptable con lo mejor que tenga el paciente” se efectuó una revisión de artículos científicos en PubMed, LILACS, Medline Plus, Google Académico, Scielo y EBSCO Host, con el fin de recuperar la mayor cantidad de información. En la búsqueda se recuperó 37 documentos de los cuales 31 fueron

excluidos, debido a factores metodológicos; es decir, por lo que no alcanzaron los criterios de calidad para el análisis crítico de la información; por lo tanto, solo cinco documentos sirvieron para ser analizados. La siguiente etapa consistió en el análisis crítico de la calidad de la información de los cinco documentos seleccionados a los que se aplicó la plantilla Critical Appraisal Skills Programme Spanish (CASPe), herramienta usada para el análisis crítico de la literatura científica (<http://redcaspe.org>). Por último, con la mejor información recuperada y seleccionada se procedió a responder la pregunta PICO planteada. En la cuarta etapa, que se refiere a la implementación de la evidencia, las investigadoras decidieron presentar los resultados a las autoridades tanto médicas como de enfermería del nosocomio, para determinar diferentes acciones en conjunto. Posteriormente se retomará la etapa de evaluación. Resultados: las personas con trastorno que asisten al menos una vez por semana a los programas de entrenamiento en habilidades sociales (EHS) tienen una reducción de los predictores clínicos de recaídas, por lo que logran un eficiente manejo de los predictores psicosociales. Conclusión: no existe suficiente evidencia para determinar cuál es el tiempo que requiere una persona con esquizofrenia en un hospital diurno para desarrollar sus habilidades psicosociales y ser egresado.

Barzegar, Ahadi, Barzegar & Ghahari (2016), en Irán presentaron un estudio titulado “*The Effectiveness of Social Skills Training on Reducing Negative Symptoms of Chronic Schizophrenia*”. Objetivo: investigar el efecto del entrenamiento de habilidades sociales en la reducción de los síntomas negativos de los pacientes con esquizofrenia crónica. Metodología: investigación cuasiexperimental tipo pretest-postest con grupo de control llevado a cabo en dos centros de rehabilitación en la ciudad de Karaj. Se utilizó como instrumento el *Assessment of Negative Symptoms Scale* (SANS). Para la muestra, 30 pacientes fueron seleccionados al azar y se colocaron en dos grupos: experimental y control.

El grupo experimental recibió 8 sesiones de intervención y el grupo control permaneció en la lista de espera. Ambos grupos se les aplicó SANS antes y después de la intervención y también 2 meses después de la intervención. Debido a consideraciones morales, se recibió el consentimiento por escrito de las personas que conformaron la muestra. Resultados: existe una diferencia significativa entre los grupos experimentales y de control después del entrenamiento de las habilidades sociales ($p < 0.01$). Los resultados obtenidos muestran que el entrenamiento de habilidades sociales puede afectar la reducción de los síntomas negativos. Conclusión: los métodos de tratamiento actuales de la esquizofrenia son enfoques multidimensionales para reducir los trastornos múltiples y afectar sus diferentes dimensiones. En este sentido, la rehabilitación social y mental puede ser efectiva.

Kumar & Singh (2015), en India realizaron una revisión sistemática de la literatura titulada “*Efficacy of Social Skills Training for the Persons with Chronic Schizophrenia*”. Objetivo: explorar la eficacia del entrenamiento en habilidades sociales para rehabilitación de pacientes con esquizofrenia. Metodología: realizaron una revisión sistemática de estudios pertinentes sobre el tema tanto en las bases de datos electrónicas como en las fuentes manuales, incluyéndose 29 estudios experimentales en pacientes adultos con diagnóstico de esquizofrenia. Resultados: se menciona que varios estudios indicaron que las intervenciones de capacitación en habilidades sociales aumentan significativamente el conocimiento de los participantes sobre el texto y el rendimiento sobre las habilidades enseñadas, mejoran su ajuste social y disminuyen los síntomas negativos que están asociados con las disfunciones sociales. Refieren que los estudios de enfermería existentes habían demostrado la eficacia del entrenamiento básico de habilidades de conversación y asertividad en términos de mejora en las habilidades conversacionales, interaccionales y de asertividad de los participantes y la reducción de su ansiedad social, síntomas negativos y aumento de su autoestima.

Conclusión: el entrenamiento de habilidades sociales es una intervención terapéutica de enfermería practicable y debe implementarse en la atención de rutina.

Antecedentes nacionales

Sotelo & Tapia (2015) en Arequipa realizaron una investigación titulada “Relación del género y el funcionamiento psicosocial en pacientes esquizofrénicos del Centro de Salud Mental Moisés Heresi, Arequipa 2014”. Objetivo: fue el funcionamiento psicosocial según el género de los pacientes esquizofrénicos, para ello desarrollaron una investigación de nivel descriptivo relacional y de corte transversal. Metodología: Estudio de campo relacional de corte transversal, se incluyeron 40 pacientes, en quienes se aplicó la escala FAST. Resultados: el 60% era de sexo masculino, el grupo etario de 25 a 31 años alcanza el mayor porcentaje con un 30%, la mayoría era soltero (90%) y el tipo de esquizofrenia más frecuente fue paranoide 75%. En relación al funcionamiento psicosocial por áreas, se observó que el área donde presentaron mayor grado de dificultad fue funcionamiento laboral (70%), seguido de ocio (47.5%), finanzas (37.5%) y relaciones interpersonales (30%). Además, se observó que en pacientes de género masculino existe mayor grado de dificultad en el funcionamiento psicosocial. Conclusión: el género masculino fue el de mayor frecuencia en los pacientes y son ellos los que presentan mayor grado de dificultad en el funcionamiento psicosocial específicamente en las áreas de funcionamiento laboral ocio, finanzas y relaciones interpersonales.

Orozco & Núñez (2015), en Trujillo realizaron una investigación titulada “Adaptación laboral de las personas con esquizofrenia a través del programa de adaptación laboral”. Objetivo: determina y evaluar el efecto de la aplicación del programa AL en el incremento de conocimientos comerciales, en habilidades y en hábitos laborales en personas

con esquizofrenia. Metodología: estudio de tipo experimental de diseño con pretest-posttest y grupo control, se aplicó el Programa de Adaptación Laboral (AL) para evaluar su efecto en personas con esquizofrenia controlada o estable. Para las mediciones, se usó la Escala de Medición y Registro de la Adaptación Laboral. La muestra fue de 20 sujetos dividida en dos grupos: experimental y de control. Resultados: se tomaron mediciones “antes” a ambos grupos y solo al grupo experimental se le aplicó el Programa AL; al finalizar el programa, se hizo la medición “después” a ambos grupos, encontrándose incremento significativo ($p=0.000<0.05$) en conocimientos comerciales, habilidades y hábitos laborales en el grupo experimental. Conclusión: es posible la adaptación laboral de personas con esquizofrenia, así también mencionan que el tratamiento farmacológico no conduce a un funcionamiento normal por completo es por ello importante la terapia psicológica y entre ellas el entrenamiento en habilidades sociales con el fin de abordar los déficits cognitivos y las funciones sociales y profesionales (laborales) o el riesgo de futuras recaídas.

1.3 Objetivos

Objetivo General

Determinar la influencia de un programa de entrenamiento en habilidades sociales en la rehabilitación de pacientes con esquizofrenia atendidos en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins 2018.

Objetivos Específicos

- Determinar la influencia de un programa de entrenamiento en la “autoexpresión en situaciones sociales” en la rehabilitación de pacientes con esquizofrenia atendidos en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins 2018.

- Determinar la influencia de un programa de entrenamiento en la “defensa de los propios derechos como consumidor” en la rehabilitación de pacientes con esquizofrenia atendidos en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins 2018.
- Determinar la influencia de un programa de entrenamiento en la “expresión de enfado o disconformidad” en la rehabilitación de pacientes con esquizofrenia atendidos en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins 2018.
- Determinar la influencia de un programa de entrenamiento en “decir no y cortar interacciones” en la rehabilitación de pacientes con esquizofrenia atendidos en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins 2018.
- Determinar la influencia de un programa de entrenamiento en “hacer peticiones” en la rehabilitación de pacientes con esquizofrenia atendidos en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins 2018.
- Determinar la influencia de un programa de entrenamiento en “iniciar interacciones” en la rehabilitación de pacientes con esquizofrenia atendidos en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins 2018.

1.4 Justificación

La rehabilitación del paciente esquizofrénico y su reinserción a la sociedad, forma parte de los objetivos de las intervenciones terapéuticas. Este tipo de pacientes no solo padece de males funcionales, sino también que afectan su desarrollo cognitivo, social, emocional, afectivo. Actualmente no solo se aborda el problema psiquiátrico con fármacos propios a ella, sino también que está acompañada de intervenciones psicológicas, que involucran tanto al profesional tratante como a la familia del paciente; con la finalidad de poder hacer que el paciente pueda desenvolverse y realizar actividades por sus propios

medios. Las habilidades sociales juegan un rol muy relevante en las terapias psicológicas en los pacientes esquizofrénicos. Diversos estudios internacionales evidencian que su entrenamiento genera un impacto en la mejora cognitiva y social, incrementando sus posibilidades de una reinserción a una vida social normal. No solo genera resultados óptimos en la parte cognitiva, sino también en el campo social y hasta fisiológico. (Ministerio de Salud., 2005)

Los programas de habilidades sociales son una realidad en gran parte de las instituciones de salud a nivel internacional, por citar un ejemplo en diversas ciudades de España (entre ellas Madrid y Murcia), la implementación de entrenamiento en las habilidades sociales es trascendental y se brinda con el objetivo de disminuir el estrés y la ansiedad, de tal forma que los beneficiarios logren desenvolverse adecuadamente en situaciones sociales diversas, asimismo el mejorar las habilidades sociales contribuye en la reducción de síntomas y mejora las habilidades para el manejo de la medicación (Montaño, Nieto, & Mayorga, 2013). A nivel nacional, las instituciones de salud conciben a las habilidades sociales desde el punto de vista de la promoción de la salud, ya que ayudan en la adquisición de las competencias necesarias para un mejor desarrollo humano, así como a para enfrentar en forma efectiva los retos de la vida diaria. Sumado a ello, el Ministerio de Salud (2005) recomienda la implementación de programas de habilidades sociales ya que la evidencia científica ha demostrado su efectividad para promover conductas deseables, tales como socialización, mejor comunicación, toma efectiva de decisiones y solución de conflictos. Es así que, a través de la Dirección General de Promoción de la Salud, se vienen realizando actividades promocionales que incluyen el eje temático Habilidades para la Vida.

Del presente estudio se beneficiarán los pacientes, al recibir un programa de entrenamiento en pro a su bienestar mental y social. Los familiares de los pacientes se verán afectadas positivamente al observar mejoras en el aspecto social. Finalmente, el establecimiento de salud reducirá gastos al tener menor cantidad de tiempo en hospitalización, y lo que conlleva a la posibilidad de la atención a otro paciente que requiera de atención hospitalaria. Así también la comunidad de psicoterapeutas se beneficiará con los resultados obtenidos, ya que se tendrá mayor información actualizada y del contexto peruano sobre el efecto de un programa de entrenamiento en habilidades sociales en pacientes con esquizofrenia. Por lo expuesto se considera pertinente la realización del presente trabajo de investigación

1.5 Hipótesis

General:

El programa de entrenamiento en habilidades sociales influye en la rehabilitación de pacientes con esquizofrenia atendidos en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins 2018.

Específicas:

- El programa de entrenamiento en “autoexpresión en situaciones sociales” influye en la rehabilitación de pacientes con esquizofrenia atendidos en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins 2018.
- El programa de entrenamiento en “los propios derechos como consumidor” influye en la rehabilitación de pacientes con esquizofrenia atendidos en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins 2018.

- El programa de entrenamiento en “expresión de enfado o disconformidad” influye en la rehabilitación de pacientes con esquizofrenia atendidos en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins 2018.
- El programa de entrenamiento en “decir no y cortar interacciones” influye en la rehabilitación de pacientes con esquizofrenia atendidos en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins 2018.
- El programa de entrenamiento en “hacer peticiones” influye en la rehabilitación de pacientes con esquizofrenia atendidos en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins 2018.
- El programa de entrenamiento en “iniciar interacciones” influye en la rehabilitación de pacientes con esquizofrenia atendidos en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins 2018.

Limitaciones: Como importante limitación de la presente investigación se considera el sesgo de pérdida de seguimiento, el cual podría deberse principalmente por el abandono del programa de entrenamiento en habilidades sociales por parte del paciente, o en menos instancia, por la pérdida administrativa de la ficha de seguimiento del paciente.

A pesar de la necesidad de los pacientes con esquizofrenia de participar en estos programas, se ha observado que existen algunos factores que dificultan su asistencia, estos pueden ser por motivos económicos relacionados al gasto de movilidad por la distancia entre sus hogares y el hospital, así como el gasto por acompañante, a ello se suma un gasto de refrigerio. También se observa que por desconocimiento de los padres sobre la evolución de la esquizofrenia o sobre las potenciales bondades del

programa no acuden de forma regular o lo abandonan; por ello se observa que es necesario el apoyo de la familia para que los pacientes puedan cumplir todas las sesiones programadas y evaluar en ellos la influencia del programa de intervención.

Viabilidad: El presente estudio se trata de una iniciativa de investigación que será autofinanciada; ello significa que la investigadora dispone de los recursos humanos, económicos y materiales suficientes y necesarios para la realización de esta investigación. Por tal motivo es el estudio es viable de realizar.

II. MARCO TEÓRICO

2.1 Bases teóricas sobre el tema de la investigación

Esquizofrenia

Reseña historia sobre esquizofrenia

El término esquizofrenia fue utilizado por primera vez en 1911 por Eugen Bleuler en su libro titulado *Dementia Praecox oder Gruppe der Schizophrenien* donde él proponía cambiar la denominación de *Dementia praecox* por *Schizophrenie* creando una nueva visión de lo que hasta ese entonces se conocía como locura sin embargo a través de la historia se han encontrado libros relacionados a psiquiatría en ellos podemos encontrar descripciones de síntomas que podríamos relacionarlos al término. En la India en 1400 AC, en un texto de AyurVeda se describía a la esquizofrenia como una enfermedad que generada por demonios recomendaban como tratamiento “meditación” y “técnicas de encantamiento”. (Agarwal, 2010) Arateo de Capadocia, médico griego del siglo I DC describió en su tratado “Sobre las causas y síntomas de las enfermedades” ciertas características de personas que podríamos deducir que hoy presentan esquizofrenia; nombra que son seres que se olvidan de sí mismas, los compara con bestias y los llama estúpidos. Sorano de Efeso los clasificó como personas con “trastorno del entendimiento sin fiebre”. En la edad media se consideraba como herejes o endemoniados a las personas enfermas, y por ello eran condenados, no se han encontrado registros sobresalientes en esta época con respecto a la esquizofrenia (Rodríguez, 2012).

Es en el renacimiento cuando se realiza un replanteamiento sobre las ideas sobre las enfermedades mentales considerando a las personas que los padecen como enfermas e ingresadas a centros hospitalarios, además se estipuló brindarles un trato más agradable. Durante el siglo XVI-XVII se empiezan a establecer las diferentes clasificaciones para las

enfermedades mentales, es así que en 1801 Philippe Pinel introduce el término “demence” describiendo a la enfermedad como “una pérdida de juicio” que pudiese ser producida por una alteración en el sistema nervioso, sugirió como un tratamiento más humanizado. Morel en el año 1856 denominó “démence précoce” a jóvenes con ciertos estados de déficit cognitivos. (Novella & Huertas, 2010) El psiquiatra alemán Emil Kraepelin utiliza el mismo término y aporta una visión más amplia al respecto. Él consideraba que los afectados padecían graves deterioros cognitivos y comportamentales muy parecidos a la demencia senil, en conclusión, la demencia precoz era una definición única que reunía varios otros; catatonia (Kahlbaum), demencia paranoide (Sander) y hebefrenia (Hecker); resalta también la diferencia con otro trastorno; psicosis maniaco-depresiva. En 1911 Bleuler considero cambiar el término por esquizofrenia, ya que éste se consideró inexacto porque no siempre conduce al deterioro. Él pensaba que una de las características más importantes era “la división o fragmentación del proceso de pensamiento”. Para Bleuler la esquizofrenia era la enfermedad de cuatro A: autismo, ambivalencia, asociaciones laxas y efecto incongruente (Berrios, 2005).

En 1933, Kasanin introduce el término esquizoafectivo basado en la descripción de nueve pacientes que presentan una psicosis de inicio repentino con un cuadro clínico atípico, de diagnóstico diferencial difícil que podría denominarse como esquizofrénico o afectivo (Lermanda, Holmgren, Soto, & Sapag, 2013). En 1952 en la primera edición del "Diagnóstico and Statistical Manual of Mental Disorders de la Asociación Psiquiátrica Americana se clasifica a la esquizofrenia como "reacciones esquizofrénicas" y se incluyen los tipos: simple, tipo hebefrénico, catatónico, paranoide, agudo indiferenciado, crónico indiferenciado, tipo esquizo-afectivo, tipo infantil y tipo residual (Del Barrio, 2009). Kurt Schneider en 1959 en su libro sobre psicopatología clínica define a la esquizofrenia en solo

en términos sintomatológicos, menciona que no es posible diagnosticarla según los criterios de Bleuler (Schneider, 1997). En el año de 1980 en la publicación DSM-II se establecen los criterios de diagnóstico que unifican los aportes Kraepelin, Bleuler y Schneider actualizándose hasta la actualidad con la publicación del DSMV (American Psychiatric Association, 2014).

En el Perú la esquizofrenia es uno de los trastornos que más se ha clasificado como locura. Delgado (1936) en su libro “La psiquiatría y la higiene mental en el Perú” mencionan que Lima fue pionera en la América latina de la aplicación de métodos novedosos, para la época, como el psicoanálisis, la piroterapia, la psicoterapia colectiva en los esquizofrénicos así también el estudio y tratamiento de los enfermos por medio de producción artística. Se han integrado programas de entrenamiento en habilidades sociales para la esquizofrenia en el Perú, desarrollándose por primera vez en el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi. Posteriormente se han desarrollado en el Instituto Nacional de Salud Mental Víctor Larco Herrera, en la Clínica Experimental Kenny Tejada en Barranca y en el Departamento de Psiquiatría del Hospital General Domingo Olavegoya en Jauja durante 1994. Actualmente existen proyectos de expansión (Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado", 2010).

Definición de esquizofrenia

La OMS define a la esquizofrenia como un trastorno mental grave, caracterizada por una distorsión del pensamiento, las percepciones, las emociones, el lenguaje, la conciencia de sí mismo y la conducta (Organización Mundial de la Salud, 2018). El DSM – V (clasificación de la American Psychiatric Association) lo consideran como una pérdida de las fronteras del ego o un grave deterioro de la evaluación de la realidad. CIE – 10

(clasificación internacional de las enfermedades) lo califica como un trastorno que se caracteriza por distorsiones fundamentales y típicas de la percepción, del pensamiento y de las emociones, estas últimas en forma de embotamiento o falta de adecuación de las mismas. En general, se conservan tanto la claridad de la conciencia como la capacidad intelectual, aunque con el paso del tiempo pueden presentarse déficits cognoscitivos (American Psychiatric Association, 2014). El ministerio de salud peruano define a la esquizofrenia como enfermedad compleja o grupo de trastornos caracterizados por alucinaciones, ideas delirantes, trastornos conductuales, funcionamiento social alterado y síntomas coexistentes, en lo que suele ser un sensorio por lo de más claro (Ministerio de Salud del Perú, 2005). Los conceptos parecen coincidir en considerar a la esquizofrenia como un trastorno mental severo que conlleva a las personas que lo padecen a sufrir ciertos grados de distorsión de la realidad lo que generaría incapacidad para desempeñar sus actividades con normalidad.

Epidemiología de la esquizofrenia

Hay aproximadamente dos millones de nuevos casos de esquizofrenia reportados cada año en todo el mundo. Las tasas de prevalencia parecen similares en todo el mundo, y no parece haber grandes diferencias cuantitativas según las diferentes culturas y países. La prevalencia estimada se halla entre el 0,2 y el 2% de la población. En un estudio epidemiológico a nivel de Lima Metropolitana, se corroboran las tasas de prevalencia de alrededor del 1% y se puso de manifiesto cierta correlación con los niveles de pobreza. Si asumimos esta tasa, y de acuerdo a los resultados censales, se esperaría que, en el Perú, actualmente haya más 260 mil personas viviendo con esta enfermedad, y en Lima cerca de 80 mil. Según la Organización Mundial de la Salud, la esquizofrenia se encuentra entre las diez enfermedades más incapacitantes en las personas de edades comprendidas entre los 15 y los 44 años (Ministerio de Salud del Perú, 2005).

Etiología de la esquizofrenia

Muchos investigadores han estudiado esta enfermedad, pero aún no han encontrado la causa exacta; sin embargo, la teoría que explica mejor su origen es aquella que señala que existe una predisposición (vulnerabilidad biológica) como una característica permanente en la persona, vinculada a factores predisponentes familiares y biológicos, que al exponerse a la acción de las “presiones” socio-ambientales puede precipitar el comienzo de la esquizofrenia o la recaída (Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado - Hideyo Noguchi, 2011). La esquizofrenia se presenta con una combinación de factores de riesgo, principalmente en gente con una vulnerabilidad genética. Esta vulnerabilidad genética es compleja y hoy por hoy se basa en la implicación de una combinación de variables de genes múltiples de pequeño efecto. Los factores de riesgo ambientales son también necesarios y algunos funcionan en épocas tempranas de la vida, creando una vulnerabilidad y alteraciones en las etapas del neurodesarrollo. Otros factores de riesgo que contribuirían Incluirían el género, desventajas socioeconómicos y factores socio-culturales, cómo nacimiento en zonas urbanas, así como afecciones peri natales. Recientemente está cada vez más claro que cuáles son los factores de riesgo pero aún hace falta una mayor investigación en el estudio del funcionamiento pato fisiológico de los procesos más cercanos al inicio del síndrome (Ministerio de Salud del Perú, 2012). Este segundo sistema de factores supuesto implica cualquier proceso endógeno del sistema nervioso central (SNC) por ejemplo la disfunción neuronal creciente con una reducida conectividad, o candidatos extrínsecos tales como abuso de sustancias, infecciones virales y estresores en el desarrollo. La especificidad de estos factores de riesgo supuestos para la esquizofrenia aún no está clara.

Recientes avances en neurología, han puesto en evidencia un extenso descubrimiento de anomalías estructurales y la presencia de anormalidades funcionales leves en el CNS de la gente con esquizofrenia, aunque ningunos de éstos son específicos. Mientras se va confirmando que la esquizofrenia está asociada a unas disfunciones del cerebro y la esquizofrenia de hecho puede ser mirada firmemente una enfermedad del cerebro, todavía no hay pruebas de laboratorio que puedan confirmar el diagnóstico de esquizofrenia. Los factores biológicos implican la presencia de cambios estructurales del cerebro: en zona frontal, temporal, límbica y de ganglios basales no patognomónicos. El aumento de los ventrículos cerebrales se asocia a disfunción intelectual, síntomas negativos como anhedonia y apatía y resistencia al tratamiento. Cambios de riego y metabolismo cerebral en RMN y PET. Conforme a la teoría del neurodesarrollo, en la adolescencia ocurren cambios en el desarrollo neuronal y crecimiento axonó-dendrítico. Respecto a los cambios neuroquímicos múltiples, se mencionan la actividad dopaminérgica elevada, igualmente alteraciones en la nor-adrenalina, serotonina, sistemas colinérgicos, glutamatérgicos, gaba y neuropeptidos. Por otro lado, los factores endocrinos hacen referencia a las alteraciones en la prolactina, melatonina y función tiroidea, mientras que los factores virales e inmunitarios se han hallado alteraciones en el sistema inmunológico que pueden estar asociados a un virus neurotóxico o un trastorno autoinmune endógeno (Ministerio de Salud del Perú, 2012).

Factores de riesgo

Predisposición genética: se hereda la predisposición a presentarla. El riesgo de desarrollar la esquizofrenia en población general es del 1% en Perú, familiar de paciente esquizofrénico (no gemelo) 8%, Hijo con uno de los padres esquizofrénico 12%, Gemelo dicigótico de un paciente esquizofrénico 12%, Hijo con padre y madre esquizofrénicos 40%,

Gemelo monocigótico de un paciente esquizofrénico 47% (Ministerio de Salud del Perú, 2012).

Medio ambiente familiar: La existencia de familias con predominio de “emoción expresada” (Intercambio de comentarios críticos, hostilidades o excesivo compromiso emocional), hacen que el paciente a pesar de un buen tratamiento recidiva la enfermedad (Ministerio de Salud del Perú, 2012).

Factores socioeconómicos y culturales: La esquizofrenia prevalece en los grupos socioeconómicos más bajos (Deriva social) y en los hijos de la primera generación de migrantes (Ministerio de Salud del Perú, 2012).

Personalidad: Antes de iniciar el cuadro los pacientes son descritos como personas retraídas, tímidas, excéntricas, desconfiadas o excesivamente sumisas (Ministerio de Salud del Perú, 2012).

Factores relacionados al embarazo, desnutrición en el embarazo, parto prematuro, peso al nacer por debajo de los 2500 gr serian un factor predisponente para presentar esquizofrenia en la etapa adolescente o en la etapa adulta. (Ministerio de Salud del Perú, 2012)

Problemas en el nacimiento e infancia: las dificultades al nacer, por ejemplo: demora para llorar, nacer con el cordón umbilical enredado, ser sacado con vacuo o fórceps (instrumentos que se utilizan para sacar al niño cuando el parto es difícil), parto prolongado, etc. son situaciones que predisponen a desarrollar esquizofrenia en etapas posteriores (Ministerio de Salud del Perú, 2012).

Fiebre elevada: si una persona tiene frecuentemente temperaturas muy elevadas (por encima de los 38°C) durante la niñez, estará más propensa a desarrollar esta enfermedad (Ministerio de Salud del Perú, 2012).

Clasificación

Tipo desorganizado o Hebefrénico: Caracterizado por: desorganización del habla y el comportamiento, afecto aplanado o inapropiado, risas y comportamiento tontos o incongruentes.

Tipo catatónico: Caracterizado por trastornos psicomotores marcados (inmovilidad o agitación), negativismo extremo, mutismo, ecolalia, ecopraxia, estereotipias o manierismos, catalepsia o estupor.

Tipo paranoide: Caracterizado por ideas delusivas de daño o grandeza, alucinaciones auditivas de daño, preservación del afecto y de las funciones cognoscitivas.

Tipo residual: Caracterizado por síntomas negativos como afecto aplanado, pobreza del habla, abulia y síntomas positivos atenuados como comportamiento excéntrico, desorganización leve del habla, creencias estrambóticas.

Tipo Indiferenciado: No tiene características específicas para un subtipo o tiene características mixtas de varios subtipos.

Tipo simple: Caracterizado por: cambios en la personalidad de tipo pérdida de iniciativa, retraimiento, aparición gradual de síntomas negativos, y disminución marcada de los rendimientos sociales, académicos, o laborales (Ministerio de Salud del Perú, 2005).

Cuadro clínico

Las características esenciales de la esquizofrenia son una mezcla de signos y síntomas peculiares (tanto positivos como negativos) que han estado presentes una parte significativa de tiempo durante un período de 1 mes (o durante un tiempo más breve si ha habido tratamiento con éxito) y con algunos signos del trastorno que han persistido durante

al menos 6 meses, Estos signos y síntomas están asociados a una marcada disfunción social o laboral.

Los síntomas característicos de la esquizofrenia implican un abanico de disfunciones cognoscitivas y emocionales que incluyen la percepción, el pensamiento inferencial, el lenguaje y la comunicación, la organización comportamental, la afectividad, la fluidez y productividad del pensamiento y el habla, la capacidad hedónica, la voluntad y la motivación y la atención. Ningún síntoma aislado es patognomónico de la esquizofrenia.

Signos negativos

Aplanamiento afectivo: invariabilidad de la expresión facial, disminución de movimientos espontáneos, escasez de gestos expresivos, contacto pobre con la mirada, ausencia de respuesta afectiva, afecto inapropiado, ausencia de inflexiones en el habla

Alogia: pobreza del habla, bloqueo, aumento de la latencia de respuesta.

Abulia-apatía: higiene personal insuficiente, falta de persistencia en el trabajo o escuela.

Anhedonia – asociabilidad: escasez de intereses o actividades, escaso interés sexual, pocas relaciones con amigos y compañeros.

Atención: distraibilidad social.

Signos positivos

Alucinaciones: auditivas (generalmente, voces conversando o comentando), visuales, olfativas-gustativas, somática – táctiles.

Ideas delirantes: de persecución, celotípicas, de culpabilidad, religiosas, somáticas, de referencia, de control, de lectura de la mente, eco, inserción, difusión del pensamiento.

Conducta extraña: Alteraciones en conducta sexual y social, Agresividad, agitación, Conducta estereotipada repetitiva, Alteración de vestido y apariencia.

Trastornos formales del pensamiento: descarrilamiento, tangencialidad, incoherencia, circunstancialidad, asociaciones sonoras.

El inicio de la esquizofrenia se produce de manera característica durante la adolescencia e incluso en la infancia o inicio de la edad adulta. Afecta de manera similar a ambos sexos. Sin embargo, en varones la edad de inicio frecuente es a partir de la tercera edad de la vida mientras que en mujeres es al finalizar la tercera década. La mayoría de los pacientes alternan estados psicóticos con fases estables de remisión total. Esta enfermedad de tipo crónico puede caracterizarse por 3 fases que pueden fusionarse entre sí.

Fase aguda se caracteriza por episodios psicóticos graves como delirios y/o alucinaciones no son capaces de cuidar de sí mismos, también los síntomas negativos se hacen más intensos.

Fase de estabilización se reducen de manera considerable los síntomas, puede durar hasta 6 meses después de un episodio agudo.

Fase estable los signos son relativamente estables sin embargo se pueden presentar signos como ansiedad, tensión, depresión e insomnio (Ministerio de Salud del Perú, 2009).

Curso de la esquizofrenia

Se han demostrado que existen cuatro tipos de curso en la esquizofrenia: episodio único, varios episodios con recuperación total, “residual” y “deteriorante”.

Episodio único: cuando la persona tiene una sola vez la enfermedad, se recupera hasta alcanzar la línea de normalidad y no presenta otro episodio.

Varios episodios con recuperación total: cuando la persona, después de presentar varias recaídas, se recupera totalmente y puede llevar una vida relativamente normal.

Residual: cuando la persona presenta períodos de recaída y recuperación, pero conserva algunos síntomas todo el tiempo, alejándose de la línea de normalidad.

Deteriorante: cuando la persona tiene frecuentes recaídas y en cada una de ellas va deteriorándose más, es decir, no logra recuperar el nivel de desempeño que tenía antes de la última recaída, alejándose cada vez más de la línea de normalidad

El seguimiento de pacientes durante diez años ha demostrado que es válida la “regla de los tercios”: un tercio presenta considerable mejoría (recuperación completa), otro tercio mejora permaneciendo ciertos déficit (recuperación incompleta), y el otro tercio permanece enfermo (empeoramiento progresivo) (Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado, 1995).

Diagnóstico:

Evaluación: El diagnóstico de esquizofrenia es fundamentalmente clínico.

Anamnesis: recopilación de datos como:

Edad, sexo, estado civil, religión y procedencia, ocupación.

Tiempo de enfermedad.

Síntomas principales

Antecedentes de episodios anteriores y tratamientos recibidos.

Estresores precipitantes actuales y previos.

Enfermedades previas y concomitantes, así como medicación que recibe

Nivel de funcionamiento actual y previo.

Evaluar soporte social.

Examen Mental:

Observación General

Conciencia, Orientación y Atención

Lenguaje

Pensamiento

Percepción

Afectividad

Voluntad

Funciones Mentales Superiores

Conciencia de Enfermedad

Examen Clínico:

Examen físico completo.

Criterios de Diagnósticos: Presencia de síntomas por más de 1 mes: Síntomas positivos: alucinaciones (percepciones sin objeto o estímulo externo); Ideas delirantes (falsa creencia con ruptura de la realidad y donde el individuo tiene plena convicción de que lo que está viviendo es cierto.); trastornos del curso formal del pensamiento y conducta bizarra.

6 Síntomas negativos: Aplanamiento afectivo, alogia y apatía. Trastorno de las relaciones sociales e interpersonales. (Ministerio de Salud del Perú, 2012)

Según CIE-10. Criterios generales para el diagnóstico de esquizofrenia

- a) Al menos uno de los síndromes, signos o síntomas listados en el apartado (I) o bien por lo menos 2 de los síntomas y signos listados en (II) deben haber estado presentes, la mayor parte del tiempo durante un episodio de enfermedad psicótica por lo menos por 1 mes:

(I) Por lo menos uno de los siguientes: a) Eco, inserción, robo o difusión del pensamiento. b) Ideas delirantes de ser controlado, de influencia, o pasividad, referidas claramente al cuerpo, movimientos, pensamientos, acciones, o sensaciones o percepciones delirantes. c) Voces alucinatorias que comentan, discuten, u otras voces que provienen de otras partes del cuerpo. d) Ideas delirantes persistentes de otro tipo que no son propios de su cultura y que son inverosímiles.

(II) Al menos 2 de los siguientes: a) Alucinaciones persistentes cualquier modalidad con ideas delirantes no muy estructuradas y fugaces, sin contenido afectivo claro o ideas sobrevaloradas, o de presentación diaria por un mes. b) Neologismos, interceptación o bloqueo del pensamiento que dan lugar a incoherencia o lenguaje circunstancial. c) Conducta catatónica. d) Signos. Negativos: Apatía, pobreza mímica, embotamiento, o incongruencia ideo afectiva.

- b) Criterios de exclusión: 01) Si hay criterios que dan manía o depresión, los síntomas esquizofrénicos deben haberse presentado antes que los síntomas del humor. 02) El cuadro sicótico no es atribuible a causa orgánica cerebral o a intoxicación, dependencia o abstinencia relacionados a alcohol u otras drogas. (OMS, 1995)

Diagnóstico diferencial

Trastornos mentales orgánicos: Abuso de sustancias y toxicidad por drogas (cocaína, LSD, mezcalina, marihuana, alcohol, antidepresivos, l-dopa, efedrina, cimetidina, carba, mazepina, etc.), lesiones expansivas cerebrales, TEC, Infecciones cerebrales, Endocrinopatías, Lupus, ACV., porfiria, delirio, demencia, etc. La presencia de trastornos de conciencia, orientación, juicio, memoria, orienta al cuadro orgánico.

Trastornos afectivos: Cuando los cuadros afectivos van acompañados de psicosis es difícil diferenciarlos de la esquizofrenia en la fase aguda, el diagnóstico diferencial depende de la relación temporal entre los síntomas afectivos y los esquizofrénicos y de su duración relativa.

La psicosis reactiva breve: Se presenta menos de 4 semanas y está relacionada con un estrés psicosocial.

Los trastornos delirantes paranoides: No se asocian con delirios extraños, asociaciones inconexas, incoherencia o alucinaciones.

Trastornos de la personalidad (paranoide, esquizoide, fronteriza): Pueden ir con síntomas sicóticos transitorios que remiten en el curso de horas o días.

Trastorno obsesivo compulsivo e hipocondría: El sujeto afectado puede justificar sus síntomas con razones exageradas y casi delirantes, pero admite el carácter irracional de sus preocupaciones.

Trastorno autista: Trastorno que se presenta antes de los 12 años.

El retardo mental: Con conducta extraña, puede parecerse a la esquizofrenia, pero la presencia de delirios y alucinaciones que no sean atribuibles a problemas de comunicación dan el diagnóstico.

La simulación y el trastorno ficticio: Los síntomas son manejados a voluntad o se deben a situaciones especiales (cárcel). Los síntomas se presentan en forma atípica (Ministerio de Salud del Perú, 2012).

Tratamiento

Se ha mencionado que la esquizofrenia es una enfermedad crónica, recurrente, incapacitante (reduce temporal o definitivamente habilidades productivas, relacionales y psicológicas), disruptiva (perturba el orden familiar y social, especialmente en sus fases activas), neurodegenerativa (tendencia a destruir redes neuronales) y estigmatizante (genera sentimientos de culpa y vergüenza en familiares y pacientes, siendo objeto de temores, discriminación y hostilidad social). Es por ello que el tratamiento médico de la esquizofrenia tiene como eje la psicofarmacología (antipsicóticos), también la psicoterapia y la educación tienen un rol muy importante en la rehabilitación de los pacientes y su reinserción plena en la sociedad.

La esquizofrenia presenta cursos variables que, con la medicación y la asistencia psicosocial adecuadas, puede tener una recuperación sintomática y social completa en un número aproximado a la mitad de los casos. Del resto, sólo una quinta parte presenta impedimentos graves en sus actividades cotidianas. Los componentes del tratamiento son:

Medicamentos y control médico periódico: Son llamados antipsicóticos son útiles para controlar los síntomas positivos y así evitar recaídas, se utilizan medicamentos antiparkinsonianos para controlar los efectos indeseables, para su efectividad es necesario que sean consumidos en la hora indicada, en la cantidad establecida y en el tiempo estimado por el médico tratante, ya que el riesgo de recaída

por discontinuar el tratamiento es del 78% al 95%. Es necesario llevar un control médico periódico el cual consiste en una evaluación médica con su familiar para determinar la progresión de la enfermedad.

Programas de rehabilitación: Es indispensable que cuando se hayan controlado los síntomas positivos se agregue un tratamiento psicosocial dirigido a superar los síntomas negativos, con la finalidad de que pueda desempeñar gradualmente sus actividades de manera normal, aumentar su funcionamiento social y así también desarrollar habilidades sociales para enfrentar la vida de manera saludable.

Medio familiar emocionalmente estable: Consiste en construir un medio familiar relativamente tranquilo, pero no condescendiente, principalmente los primeros 12 meses posteriores a la crisis. Para lograr la recuperación del paciente, la familia requiere mantener un equilibrio entre el exceso y la escasez de estímulos positivos y negativos

Estilos de vida saludable: Consiste en incorporar algunos hábitos saludables en su vida como alimentación equilibrada, descanso y sueño, aseo corporal, practicar ejercicios, evitar hábitos nocivos como fumar, beber alcohol, evitar tomar café, té. El exceso de café puede provocar ansiedad, insomnio, nerviosismo, irritabilidad del estómago; y también destruye la vitamina B1 la cual se relaciona en forma directa con el funcionamiento del sistema nervioso. Consumir café en grandes proporciones podría producirle palpitaciones cardíacas, desgarro muscular, pérdida del calcio en los huesos, infarto, etc. y por último el practicar un pasatiempo, por ejemplo, una actividad manual, escuchar música, leer, entre otros (Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado - Hideyo Noguchi, 2011).

Rehabilitación

Los objetivos de la rehabilitación son:

Optimizar las habilidades que conserva la persona después de la enfermedad mental.

Facilitar el desarrollo de nuevas habilidades.

Reducir o compensar las discapacidades resultantes de la enfermedad mental.

Restaurar la red social de la persona discapacitada, restableciendo el sentido de reciprocidad en sus relaciones, de tal forma que no sea excluida o rechazada por ésta.

Rehabilitación funcional

Busca recuperar el máximo nivel de capacidad cognitiva y psicomotriz

Rehabilitación psicosocial

Orientada a superar o compensar las habilidades psicosociales

En lo Psicosocial:

Dinámica de grupo.

Psicoterapia de grupo.

Educación en salud mental.

Entrenamiento en habilidades sociales.

Actividad socializadora.

En lo Laboral:

Actividades de la vida diaria, ergoterapia.

En lo Psicofísico:

Expresión corporal.

Deportes y recreación.

Gimnasia.

Rehabilitación profesional

Busca superar las dificultades laborales, trata de mejorar de integración y producción (Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado, 1995).

Habilidades sociales en la esquizofrenia

Definición

Cuando se habla de habilidades decimos que una persona es capaz de ejecutar una conducta; si hablamos de habilidades sociales decimos que la persona es capaz de ejecutar una conducta de intercambio con resultados favorables, entiéndase favorable como contrario de destrucción o aniquilación. El término habilidad puede entenderse como destreza, diplomacia, capacidad, competencia, aptitud. Su relación conjunta con el término social nos revela una impronta de acciones de uno con los demás y de los demás para con uno. La organización mundial de la salud lo define como parte de las habilidades para la vida, refiere que son las aptitudes necesarias para enfrentarse con éxito en las exigencias de la vida diaria, las consideran como fundamentales para lograr un bienestar físico, psicológico y social (Organización Panamericana de la Salud, 2001).

En el Perú el Instituto nacional de salud mental define habilidad como conductas objetivables y organizadas que satisfacen una necesidad o exigencia social o de trabajo dentro lo considerado normal para un ser humano.

Son importantes las relaciones interpersonales en la rehabilitación de los pacientes con esquizofrenia ya que como distintivo la enfermedad se presenta con un déficit en funcionamiento social lo que impediría a la persona afectada integrarse en la comunidad y

desarrollar actividades diarias; sumado al estigma que se presenta ya sea en su familia o en la sociedad, contribuiría a recaídas y un agravamiento de su estado. Por ello en las últimas décadas el tratamiento para la esquizofrenia ha incluido el entrenamiento para habilidades sociales como una de las técnicas centrales y fundamentales para su rehabilitación integral.

Se ha comprobado que, en los síntomas negativos, en los efectos secundarios de la medicación y la ansiedad social, el papel del procesamiento de la información es indirecto. La percepción social, la solución de problemas sociales y los procesos cognitivos parecen jugar un importante papel. En conclusión, las habilidades sociales puntualizan sobre el desarrollo social y sobre el curso de la esquizofrenia. Es a través de mejorar la calidad de vida y reducir las exacerbaciones sintomáticas, que estas serían consideradas un instrumento de protección personal.

Características

Es una experiencia que integra aspectos cognoscitivos, afectivos, conductuales o psicomotrices (pensamientos, emociones y conductas) dirigidos a un objetivo.

Representa la experiencia de éxito, placer o satisfacción por el logro del objetivo, o la satisfacción de una demanda social o de trabajo.

Implica la conciencia de ser capaz de lograr un propósito u objetivo.

Implica de manera consciente o inconsciente la autogratificación por el objetivo logrado.

Contribuye a desarrollar o incrementar la autoestima, el bienestar humano y la salud mental.

A través de la repetición, puede convertirse en un hábito positivo o adaptativo.

Las habilidades sociales están compuestas por elementos verbales y no verbales, los elementos más importantes son:

Conductas expresivas (contenido del habla, elementos paralingüísticos: volumen de voz ritmo, tasa de emisión, y entonación.

Conductas no verbales: contacto ocular postura, expresiones faciales, movimientos corporales, distancia y postura interpersonal)

Conductas receptivas (percepción social, que abarca atención e interpretación de pistas relevantes y reconocimiento de emociones)

Conductas interactivas (momento de respuesta, turnos de conversación y uso de reforzadores sociales)

Factores situacionales (la «inteligencia social» o conocimiento de los factores culturales y las demandas específicas del contexto (Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado - Hideyo Noguchi, 2011).

Unidad experiencial

Integración del pensamiento, el sentimiento y la conducta en una unidad de tiempo que se experimenta en relación a un evento. Se ha descrito que una habilidad es una secuencia de conductas organizadas, es así que cada conducta está ligada a una emoción o pensamiento específica, de ello podemos relacionar que una habilidad está conformada por una secuencia de unidades experienciales. Podemos decir que si en nuestra vida predominan unidades experienciales con emociones positivas tendríamos una vida feliz por el contrario si predominaran los sentimientos negativos estaríamos amargados y tristes. Con estas premisas se quiere demostrar que es posible construir determinadas habilidades, es decir podemos hacer que alguien piense, sienta, y haga algo de forma integrada en uno o varios

momentos dados (Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado - Hideyo Noguchi, 2011).

Dimensiones de las habilidades sociales

Dimensiones conductuales, Conductas específicas desarrolladas por personas

Dimensión de personas, Dirigido a interacción social

Dimensión situacional, referido al contexto socio-cultural

Evaluación de las habilidades sociales

Las técnicas de medición son utilizadas antes durante y después del entrenamiento, los más utilizados son:

Medidas de auto informe, se consideran las escalas y los inventarios son utilizados para evaluar el aspecto conductual de la persona así también la dimensión situacional de las habilidades sociales como por ejemplo Escala de Habilidades Sociales de Gismero.

La entrevista por parte de una persona capacitada.

El auto-registro, en el cual el sujeto se auto-evalúa y refiere su evolución en el desempeño de actividades cotidianas.

Medidas conductuales, crean situaciones simuladas para evaluar el desempeño de la persona evaluada.

Medidas fisiológicas. (Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado - Hideyo Noguchi, 2011)

Estrategias utilizadas en el entrenamiento en habilidades sociales

Los principios del aprendizaje que se emplean en el desarrollo de habilidades sociales son:

Instrucción y explicación teórica del proceso, se mencionan los objetivos, los componentes y beneficios

Exposición a modelos: un adecuado modelo terapéutico desarrollara la conducta que se pretende entrenar

Oportunidad de practicar habilidades, donde se recrea una situación cotidiana y se evalúa el desempeño y evolución para comprobar su mejoría. Se utilizan principalmente tres técnicas

- (a) Juego de roles (practica estructurada)
- (b) Practica semiestructurada
- (c) Practica no estructurada

Reforzamiento de lo aprendido retroalimentación verbal al sujeto en evaluación

Generalización de las habilidades al ambiente natural, envió de tareas para casa

Procedimiento a seguir en un taller de habilidades sociales

El entrenamiento en habilidades sociales emplea métodos educativos. Generalmente se da en pequeños grupos y el (los) entrenador (es), que son personas con entrenamiento y experiencia necesarias, suelen ser muy activos y directivos, dando instrucciones y retroinformación para que el proceso de aprendizaje se realice. Un elemento básico del entrenamiento es el ensayo conductual, por medio del cual se practican las situaciones evaluadas como problemáticas para el paciente de una manera que pretenden ser reales. Esto permite aprender nuevas y mejores formas de afrontarlas. La forma de construir la confianza y las habilidades de una persona, es practicar repetidamente las destrezas,

llevarlas a cabo con una variedad de personas diferentes, observar en los otros y aprender cómo ellos manejarían la misma situación y usar después las habilidades en la vida real. Es así que después de cada sesión la persona tendrá que cumplir con una asignación o tarea para la casa, en la cual pondrá en uso las destrezas recientemente aprendidas. El terapeuta le pedirá en la siguiente sesión que reporte como le fue en la asignación (Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado, 1995).

Marco conceptual

Esquizofrenia: trastorno mental severo que afecta al pensamiento, las emociones y el comportamiento. (Royal College of Psychiatrists, 2009) Se caracteriza por una distorsión del pensamiento, las percepciones, las emociones, el lenguaje, la conciencia de sí mismo y la conducta. Con mayor frecuencia se observa alucinaciones (oír voces o ver cosas inexistentes) y los delirios (creencias erróneas y persistentes) (Organización Mundial de la Salud, 2018).

Entrenamiento en habilidades sociales: intervención estructurada, realizada de manera individual o grupal, con la finalidad de la competencia social y reducir el estrés y la ansiedad que puedan provocar las situaciones sociales. Está compuesto por (a) evaluación conductual de habilidades sociales, (b) importancia de la comunicación verbal y no verbal, (c) entrenamiento centrado en la percepción y el procesamiento de señales sociales, reforzamiento social, (c) énfasis en las tareas fuera de la consulta (Servicio Murciano de Salud, 2009).

III. MÉTODO

3.1 Tipo de investigación

Enfoque

Cuantitativo: la información se presentó de forma secuencial y probatoria. Las variables se analizaron mediante métodos estadísticos.

Alcance

Explicativo: el estudio estuvo dirigido a responder por las causas de los eventos y fenómenos físicos o sociales.

Diseño de investigación

Diseño cuasiexperimental con preprueba y postprueba. El factor exposición fue manipulado por el investigador. No existió aleatorización de los sujetos a los grupos de estudio (control y experimental).

<i>GC</i>	O1	X	O2
<i>GE</i>	O1	-	O2

Donde:

GC: grupo control

GE: grupo experimental

X: variable independiente

O1: preprueba

O2: postprueba

3.2 **Ámbito temporal y espacial**

El estudio se llevó a cabo durante el periodo setiembre 2018 a marzo 2019 en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins ubicado en la avenida Edgardo Rebagliati N° 490, Jesús María. Esta institución del Seguro Social de Salud (EsSalud) es categorizada como Instituto de Salud especializado de nivel IV y categoría III-2.

3.3 **Variables**

- **Variable independiente**

Programa de entrenamiento en habilidades sociales

- **Variables dependientes**

Habilidades sociales

3.4 **Población y muestra**

Población: La población estuvo constituida por 50 pacientes que acudieron a la unidad de rehabilitación de salud mental del HNERM.

Unidad de estudio: Paciente que acudió a la unidad de rehabilitación de salud mental de HNERM.

Criterios de selección:

Criterios de inclusión:

Grupo experimental

Pacientes de 18 a 50 años, de género femenino o masculino.

Pacientes que aceptaron recibir el programa.

Paciente y familiar que firmaron el consentimiento informado.

Grupo control

Pacientes de 18 a 50 años, de género femenino o masculino.

Pacientes con esquizofrenia que no recibieron el programa.

Paciente y familiar que firmaron el consentimiento informado.

Criterios de exclusión

Pacientes con deterioro cognitivo marcado.

Pacientes que presentaron abuso y dependencia del alcohol.

Pacientes que presentaron abuso y dependencia de drogas.

Pacientes descompensados.

Muestra: En el estudio participaron 30 pacientes, grupo experimental estuvo constituido por 15 pacientes que recibieron el programa y el grupo control se constituyó de 15 pacientes que no recibieron el programa.

3.5 Instrumentos

Técnica: La principal técnica de recolección de información fue la encuesta, mediante la cual se pretende evaluar el nivel de habilidades sociales específicas. Asimismo, se hizo uso de la técnica de observación para la recolección de información sobre características generales y resultados del seguimiento a mediano plazo.

Instrumento: Para la recolección de los datos se elaboró una ficha, en la cual se incluyó algunas características generales del paciente; tales como edad, sexo, nivel de instrucción y tiempo de enfermedad. Asimismo, la ficha tuvo una sección en la cual se registró el cumplimiento al programa de entrenamiento en habilidades sociales por parte de

los pacientes. Los resultados del programa de entrenamiento se registraron de la siguiente manera: la evaluación del nivel de habilidades sociales se realizó pre y post entrenamiento

El instrumento con el que se evaluó el nivel de habilidades sociales fue la **Escala de Habilidades Sociales (EHS) de Gismoero**. Esta prueba psicométrica requirió aproximadamente unos 15 min para su realización y está compuesta por un total de 33 ítems, distribuidos en 6 factores o dimensiones con respuestas de cuatro opciones que van desde “A = No me identifico” a “D = Muy de acuerdo”.

Las 4 alternativas fueron las siguientes: (Leal, Luján, Gascón, Ferrer, & Van-der, 2010)

A: no me identificó en absoluto; la mayoría de las veces no me ocurre o no lo haría.

B: más bien no tiene que ver conmigo, aunque alguna vez me ocurra.

C: me describe aproximadamente, aunque no siempre actúe o me sienta así.

D: muy de acuerdo y me sentiría o actuaría así en la mayoría de los casos.

Es importante mencionar que 28 ítems estuvieron redactados en sentido inverso, es decir, dar un resultado afirmativo indica un déficit en las habilidades sociales, mientras que 5 de ellos lo están en sentido positivo (ítems 3, 7, 16, 18 y 25), es decir, contestar afirmativamente manifiesta una conducta socialmente habilidosa. Los ítems redactados de manera positiva se calificaron como A = 1, B = 2, C = 3 y C = 4; y los redactados de forma inversa se calificaron como A = 4, B = 3, C = 2 y D = 1. Por lo tanto, una mayor puntuación global indica que la persona tiene más habilidades sociales o una conducta más asertiva (Leal, Luján, Gascón, Ferrer, & Van-der, 2010).

Los 6 factores que compusieron la escala fueron los siguientes: (Pizarro, 2016)

El primer factor denominado “autoexpresión en situaciones sociales” compuesto de un total de 8 ítems (1, 2, 10, 11, 19, 20, 28, 29) y refleja la capacidad de expresarse uno mismo de forma espontánea y sin ansiedad en distintos tipos de situaciones sociales.

El segundo factor denominado “defensa de los propios derechos como consumidor” integrado por 5 ítems (3, 4, 12, 21, 30), refleja la expresión de conductas asertivas frente a desconocidos en defensa de los propios derechos en situaciones de consumo.

El tercero de los factores denominado “expresión de enfado o disconformidad” agrupó 4 ítems (13, 22, 31, 32), se refiere a la idea de evitar conflictos o confrontaciones con otras personas.

El cuarto factor denominado “decir no y cortar interacciones” integrado por 6 ítems (5, 14, 15, 23, 24, 33), reflejan la habilidad para cortar interacciones que no se quieren mantener, así como el negarse a prestar algo cuando nos disgusta hacerlo (decir “no”).

El quinto factor denominado “hacer peticiones” compuesto de un total de 5 ítems (6, 7, 16, 25, 26) y refleja la expresión de peticiones a otras personas de algo que deseamos, ya sea a un amigo o en situaciones de consumo.

El sexto de los factores denominado “iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto” agrupó 5 ítems (8, 9, 17, 18, 27), se refiere a la habilidad para iniciar interacciones con el sexo opuesto, y de poder hacer espontáneamente un cumplido, un halago, o hablar con alguien que le resulte atractivo (intercambios positivos) (Leal, Luján, Gascón, Ferrer, & Van-der, 2010).

La suma de puntajes estuvo categorizada por dimensión, las cuales a su vez indicaron un puntaje global de habilidades sociales: Si el percentil se encontró entre 25 o menos se consideró como bajas habilidades sociales, si se encuentra entre 26 y 74 se consideró nivel

medio de habilidades sociales y si este se encontró entre 75 o más se consideró alto nivel de habilidades sociales (Pizarro, 2016).

Validez y confiabilidad

La validez y confiabilidad del EHS de Gismero ha sido demostrado a nivel nacional en el estudio titulado “Propiedades psicométricas de la escala de habilidades sociales en alumnos de nivel secundario de Cartavio”, mostrando una consistencia interna alta con un coeficiente de confiabilidad de 0.88 (elevado) (Quintana, 2015)

Procedimientos para garantizar aspectos éticos en las investigaciones con sujetos humanos.

En la presente investigación se tuvo en cuenta la confidencialidad de la información de los pacientes que ingresaron al estudio. El diseño prospectivo del estudio requirió trato directo con cada participante debido a ello se solicitó la firma de un consentimiento informado. La ejecución del estudio no produjo algún tipo riesgo o daño a los pacientes. De llegar a una fase de publicación nadie ajeno al estudio tendrá acceso a la información recolectada.

3.6 Procedimientos

Intervención del programa de entrenamiento en habilidades sociales

La intervención de entrenamiento en habilidades sociales llevada a cabo tuvo como sustento el Enfoque Cognitivo-Conductual, basado en el Programa de Entrenamiento en Habilidades Sociales de Flor Alburquerque en 1999 adaptado a la realidad del HNERM. Inicialmente se realizó un enrolamiento de pacientes para el grupo control y para el grupo experimental a los cuales se les realizó una evaluación basal que consistió en evaluar sus

habilidades sociales mediante la Escala de Habilidades Sociales de Gismero. Junto al enrolamiento se solicitó el consentimiento informado de los participantes y sus datos personales para realizar el seguimiento, datos como su dirección y número telefónico, se describieron también las características de los pacientes como su edad, sexo, nivel educativo, entre otras. Seguidamente se dio inicio a la aplicación del programa de entrenamiento de habilidades sociales, el cual tuvo una duración de aproximadamente 3 meses, aplicado a un aproximado de 30 pacientes, los cuales serán seguidos en un plazo inmediato a la culminación del programa, donde se realizará la valoración final de sus habilidades sociales. Es importante mencionar que la aplicación del programa de habilidades sociales se llevó a cabo de forma paralela a la rehabilitación que vienen llevando estos pacientes en la Unidad, y eventualmente se programaron sesiones fuera de las fechas de cita que los pacientes ya tienen programadas.

3.7 Análisis de datos

Luego de proceder con el levantamiento de la información se siguió con las siguientes actividades:

Se procedió con la numeración de cada ficha recolectada hasta completar con la última ficha recolectada de forma ordenada y precisa.

Luego se creó una base de datos en el programa SPSS vs 25 en español.

Posterior a ello se realizó el control de calidad, en base a la consistencia interna, depuración y re-categorización de las variables.

Terminada la base de datos se procedió con obtener los resultados estadísticos, en base a tablas simples y dobles (contingencia).

Para determinar la influencia del programa de entrenamiento en la rehabilitación de los pacientes se comparó el nivel de habilidades sociales pre y post test en el grupo

experimental y en el grupo control, para ello se utilizó la prueba de Wilcoxon, dado la naturaleza cualitativa ordinal de la variable en estudio. Se consideró significativo un p valor < 0.05.

IV. RESULTADOS

CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS

Prueba de Hipótesis General

1. Planteamiento de hipótesis

Hipótesis nula

Ho: No existe influencia del programa de entrenamiento de habilidades sociales en la rehabilitación de pacientes con esquizofrenia en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins 2018.

Hipótesis del investigador

Hi: Existe influencia del programa de entrenamiento de habilidades sociales en la rehabilitación de pacientes con esquizofrenia en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins 2018.

2. Nivel de significancia

Máximo grado de error que estamos dispuestos aceptar de haber rechazado la hipótesis nula (Ho). La significancia será el valor convencional de 5% ($\alpha=0.05$).

3. Estadístico de prueba

La prueba estadística para relacionar variables en este estudio fue la prueba de Wilcoxon.

4. Lectura del error

Para calcular el error se usó el programa estadístico SPSS, los resultados de la prueba se presentan en la siguiente tabla:

Tabla N° 1. Prueba de Wilcoxon para evaluar la influencia del programa de entrenamiento de habilidades sociales en la rehabilitación en pacientes con esquizofrenia

Programa de entrenamiento de habilidades sociales	Rehabilitación de pacientes con esquizofrenia	
	Experimental	Control
Z	-2.828	0.000
p- valor	0.005	0.999

5. Toma de decisión

En la Tabla N° 1, dado que el valor $p=0.005 < 0.05$ en el grupo experimental y $p=0.999 > 0.05$ en el grupo control, se rechaza la hipótesis nula (H_0) y se acepta la del investigador (H_1). Es decir, con un máximo error del 5%, podemos afirmar que el programa de entrenamiento de habilidades sociales influye en la rehabilitación de pacientes con esquizofrenia atendidos en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins 2018.

Prueba de Hipótesis Específica 1:

1. Planteamiento de hipótesis

H₀: No existe influencia del programa de entrenamiento en “autoexpresión en habilidades sociales” en la rehabilitación de pacientes con esquizofrenia en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins 2018.

Hi: Existe influencia del programa de entrenamiento en “autoexpresión en habilidades sociales” en la rehabilitación de pacientes con esquizofrenia en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins 2018.

2. Nivel de significancia

Máximo grado de error que estamos dispuestos aceptar de haber rechazado la hipótesis nula (H_0). La significancia será el valor convencional de 5% ($\alpha=0.05$).

3. Estadístico de prueba

La prueba estadística para relacionar variables en este estudio fue la prueba de Wilcoxon.

4. Lectura del error

Para calcular el error se usó el programa estadístico SPSS, los resultados de la prueba se presentan en la siguiente tabla:

Tabla N° 2. Prueba de Wilcoxon para evaluar la influencia del programa de entrenamiento en “autoexpresión en habilidades sociales” en la rehabilitación en pacientes con esquizofrenia

Autoexpresión en relaciones sociales	Rehabilitación de pacientes con esquizofrenia	
	Experimental	Control
Z	-3.051	-0.816
p- valor	0.002	0.414

5. Toma de decisión

En la Tabla N° 2, dado que el valor $p=0.002 < 0.05$ para el grupo experimental y $p=0.414 > 0.05$ para el grupo control, se rechaza la hipótesis nula (H_0) y se acepta

la del investigador (Hi). Es decir, con un máximo error del 5%, podemos afirmar que el programa de rehabilitación en “autoexpresión en habilidades sociales” si influye en la rehabilitación de pacientes con esquizofrenia atendidos en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins 2018.

Prueba de Hipótesis Específica 2:

1. Planteamiento de hipótesis

Ho: No existe influencia del programa de entrenamiento en “los propios derechos como consumidor” en la rehabilitación de pacientes con esquizofrenia en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins 2018.

Hi: Existe influencia del programa de entrenamiento en “los propios derechos como consumidor” en la rehabilitación de pacientes con esquizofrenia en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins 2018.

2. Nivel de significancia

Máximo grado de error que estamos dispuestos aceptar de haber rechazado la hipótesis nula (Ho). La significancia será el valor convencional de 5% ($\alpha=0.05$).

3. Estadístico de prueba

La prueba estadística para relacionar variables en este estudio fue la prueba de Wilcoxon.

4. Lectura del error

Para calcular el error se usó el programa estadístico SPSS, los resultados de la prueba se presentan en la siguiente tabla:

Tabla N° 3. Prueba de Wilcoxon para evaluar la influencia del programa de entrenamiento en “los propios derechos como consumidor” en la rehabilitación en pacientes con esquizofrenia

Rehabilitación de pacientes con esquizofrenia		
Defensa de los propios derechos como consumidor	Experimental	Control
Z	-2.309	0.000
p- valor	0.021	0.999

5. Toma de decisión

En la Tabla N° 3, dado que el valor $p=0.021 < 0.05$ en el grupo experimental y $p=0.999 > 0.05$ en el grupo control, se rechaza la hipótesis nula (H_0) y se acepta la del investigador (H_1). Es decir, con un máximo error del 5%, podemos afirmar que el programa de rehabilitación en “los propios derechos como consumidor” si influye en la rehabilitación de pacientes con esquizofrenia atendidos en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins 2018.

Prueba de Hipótesis Específica 3:

1. Planteamiento de hipótesis

H₀: No existe influencia del programa de entrenamiento en “expresión de enfado y disconformidad” en la rehabilitación de pacientes con esquizofrenia en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins 2018.

Hi: Existe influencia del programa de entrenamiento en “expresión de enfado y disconformidad” en la rehabilitación de pacientes con esquizofrenia en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins 2018.

2. Nivel de significancia

Máximo grado de error que estamos dispuestos aceptar de haber rechazado la hipótesis nula (H_0). La significancia será el valor convencional de 5% ($\alpha=0.05$).

3. Estadístico de prueba

La prueba estadística para relacionar variables en este estudio fue la prueba de Wilcoxon.

4. Lectura del error

Para calcular el error se usó el programa estadístico SPSS, los resultados de la prueba se presentan en la siguiente tabla:

Tabla N° 4. Prueba de Wilcoxon para evaluar la influencia del programa de entrenamiento en “expresión de enfado y disconformidad” en la rehabilitación en pacientes con esquizofrenia

Expresión de enfado o disconformidad	Rehabilitación de pacientes con esquizofrenia	
	Experimental	Control
Z	-2.919	-0.378
p- valor	0.004	0.705

5. Toma de decisión

En la Tabla N° 4, dado que el valor $p=0.004 < 0.05$ en el grupo experimental y $p=0.705 > 0.005$ en el grupo control, se rechaza la hipótesis nula (H_0) y se acepta

la del investigador (H_i). Es decir, con un máximo error del 5%, podemos afirmar que el programa de rehabilitación en “expresión de enfado y disconformidad” si influye en la rehabilitación de pacientes con esquizofrenia atendidos en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins 2018.

Prueba de Hipótesis Específica 4:

1. Planteamiento de hipótesis

H_0 : No existe influencia del programa de entrenamiento en “decir no y cortar interacciones” en la rehabilitación de pacientes con esquizofrenia en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins 2018.

H_i : Existe influencia del programa de entrenamiento en “decir no y cortar interacciones” en la rehabilitación de pacientes con esquizofrenia en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins 2018.

2. Nivel de significancia

Máximo grado de error que estamos dispuestos aceptar de haber rechazado la hipótesis nula (H_0). La significancia será el valor convencional de 5% ($\alpha=0.05$).

3. Estadístico de prueba

La prueba estadística para relacionar variables en este estudio fue la prueba de Wilcoxon.

4. Lectura del error

Para calcular el error se usó el programa estadístico SPSS, los resultados de la prueba se presentan en la siguiente tabla:

Tabla N° 5. Prueba de Wilcoxon para evaluar la influencia del programa de entrenamiento en “decir no y cortar interacciones” en la rehabilitación en pacientes con esquizofrenia

Decir no y cortar interacciones	Rehabilitación de pacientes con esquizofrenia	
	Experimental	Control
Z	-2.46	0
p- valor	0.014	0.999

5. Toma de decisión

En la Tabla N° 5, dado que el valor $p=0.014 < 0.05$ en el grupo experimental y $p=0.999 > 0.05$ en el grupo control, se rechaza la hipótesis nula (H_0) y se acepta la del investigador (H_1). Es decir, con un máximo error del 5%, podemos afirmar que el programa de rehabilitación en “decir no y cortar interacciones” si influye en la rehabilitación de pacientes con esquizofrenia atendidos en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins 2018.

Prueba de Hipótesis Específica 5:

1. Planteamiento de hipótesis

H₀: No existe influencia del programa de entrenamiento en “hacer peticiones” en la rehabilitación de pacientes con esquizofrenia en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins 2018.

Hi: Existe influencia del programa de entrenamiento en “hacer peticiones” en la rehabilitación de pacientes con esquizofrenia en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins 2018.

2. Nivel de significancia

Máximo grado de error que estamos dispuestos aceptar de haber rechazado la hipótesis nula (H_0). La significancia será el valor convencional de 5% ($\alpha=0.05$).

3. Estadístico de prueba

La prueba estadística para relacionar variables en este estudio fue la prueba de Wilcoxon.

4. Lectura del error

Para calcular el error se usó el programa estadístico SPSS, los resultados de la prueba se presentan en la siguiente tabla:

Tabla N° 6. Prueba de Wilcoxon para evaluar la influencia entre el programa de entrenamiento en “hacer peticiones” en la rehabilitación en pacientes con esquizofrenia

Hacer peticiones	Rehabilitación de pacientes con esquizofrenia	
	Experimental	Control
Z	-2.121	-0.577
P- valor	0.034	0.564

5. Toma de decisión

En la Tabla N° 6, dado que el valor $p=0.034 < 0.05$ en el grupo experimental y $p=0.564 > 0.05$ en el grupo caso, se rechaza la hipótesis nula (H_0) y se acepta la del investigador (H_i). Es decir, con un máximo error del 5%, podemos afirmar que

el programa de rehabilitación en “hacer peticiones” si influye en la rehabilitación de pacientes con esquizofrenia atendidos en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins 2018.

Prueba de Hipótesis Específica 6:

1. Planteamiento de hipótesis

Ho: No existe influencia del programa de entrenamiento en “iniciar interacciones” en la rehabilitación de pacientes con esquizofrenia en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins 2018.

Hi: Existe influencia del programa de entrenamiento en “iniciar interacciones” en la rehabilitación de pacientes con esquizofrenia en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins 2018.

2. Nivel de significancia

Máximo grado de error que estamos dispuestos aceptar de haber rechazado la hipótesis nula (Ho). La significancia será el valor convencional de 5% ($\alpha=0.05$).

3. Estadístico de prueba

La prueba estadística para relacionar variables en este estudio fue la prueba de Wilcoxon.

4. Lectura del error

Para calcular el error se usó el programa estadístico SPSS, los resultados de la prueba se presentan en la siguiente tabla:

Tabla N° 7. Prueba de Wilcoxon para evaluar la influencia del programa de entrenamiento en “iniciar interacciones” en la rehabilitación en pacientes con esquizofrenia

Iniciar interacciones	Rehabilitación de pacientes con esquizofrenia	
	Experimental	Control
Z	-2.46	-3.162
P- valor	0.014	0.002

5. Toma de decisión

En la Tabla N° 7, dado que el valor $p=0.014 < 0.05$ en el grupo experimental y $p=0.002 < 0.005$ en el grupo control, se rechaza la hipótesis nula (H_0) y se acepta la del investigador (H_1). Es decir, con un máximo error del 5%, podemos afirmar que el programa de rehabilitación en “iniciar interacciones” si influye en la rehabilitación de pacientes con esquizofrenia atendidos en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins 2018.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Tabla N° 8. Características generales de los pacientes con esquizofrenia atendidos en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins 2018

Características generales		
Edad	$\bar{X} \pm DS$	
	36.3 \pm 11.1	
	N	%
18 a 24 años	8	26.7%
25 a 33 años	4	13.3%
34 a 42 años	6	20.0%
\geq 43 años	12	40.0%
Sexo		
Femenino	7	23.3%
Masculino	23	76.7%
Grado de instrucción		
Sin instrucción	0	0.0%
Primaria	4	13.3%
Secundaria	17	56.7%
Superior	9	30.0%
Tiempo de enfermedad		
1 a 10 años	11	36.7%
11 a 20 años	7	23.3%
21 a 30 años	9	30.0%
\geq 31 años	3	10.0%
Total	30	100%

En la tabla 8 se observa que la edad promedio de los pacientes con esquizofrenia fue 36.3 ± 11.1 años, el 76.7% de ellos fueron hombres, el 56.7% estudiaron a nivel de secundaria y el 36.7% tiene entre 1 y 10 años con la enfermedad.

Tabla N° 9. Influencia de un programa de entrenamiento en habilidades sociales en la rehabilitación de pacientes con esquizofrenia

Habilidades sociales	Grupo										
	Experimental					p*	Control				
	Pre-prueba		Post-prueba		Pre-prueba		Post-prueba		p*		
N	%	N	%	N	%	N	%				
Alto	1	6.7%	7	46.7%	0.005	0	0.0%	0	0.0%	0.999	
Medio	13	86.7%	8	53.3%		14	93.3%	14	93.3%		
Bajo	1	6.7%	0	0.0%		1	6.7%	1	6.7%		
Total	15	100%	15	100%		15	100%	15	100%		

* Prueba de Wilcoxon

En la tabla 9 se observa que el programa de entrenamiento de habilidades sociales influyó en la rehabilitación de pacientes con esquizofrenia ($p=0.005$ en el grupo experimental; $p=0.999$ en el grupo control). En el grupo experimental, el 6.7% tuvo un nivel alto en la pre-prueba, mientras que en la post-prueba el 46.7% logró este nivel. Por otro lado, en el grupo control, el 93.3% tuvo un nivel medio en la pre y post prueba.

Tabla N° 10. Influencia de un programa de entrenamiento en la “autoexpresión en situaciones sociales” en la rehabilitación de pacientes con esquizofrenia

Autoexpresión en situaciones sociales	Grupo										
	Experimental					p*	Control				
	Pre-prueba		Post-prueba		Pre-prueba		Post-prueba		p*		
N	%	N	%	N	%	N	%				
Alto	2	13.3%	12	80.0%	0.002	0	0.0%	0	0.0%	0.414	
Medio	11	73.3%	2	13.3%		11	73.3%	13	86.7%		
Bajo	2	13.3%	1	6.7%		4	26.7%	2	13.3%		
Total	15	100%	15	100%		15	100%	15	100%		

* Prueba de Wilcoxon

En la tabla 10 se observa que el programa de entrenamiento en la “autoexpresión en situaciones sociales” influyó en la rehabilitación de pacientes con esquizofrenia ($p=0.002$ en el grupo experimental; $p=0.414$ en el grupo control). En el grupo experimental, el 13.3%

tuvo un nivel alto en la pre-prueba, mientras que en la post-prueba el 80% logró este nivel. Por otro lado, en el grupo control, el 73.3% tuvo un nivel medio en la pre-prueba y el 85.7% en la post-prueba.

Tabla N° 11. Influencia de un programa de entrenamiento en la “defensa de los propios derechos como consumidor” en la rehabilitación de pacientes con esquizofrenia

Defensa de los propios derechos como consumidor	Grupo									
	Experimental				p*	Control				p*
	Pre-prueba		Post-prueba			Pre-prueba		Post-prueba		
N	%	N	%	N	%	N	%			
Alto	1	6.7%	7	46.7%		0	0.0%	0	0.0%	
Medio	12	80.0%	8	53.3%	0.021	14	93.3%	14	93.3%	0.999
Bajo	2	13.3%	0	0.0%		1	6.7%	1	6.7%	
Total	15	100%	15	100%		15	100%	15	100%	

* Prueba de Wilcoxon

La tabla 11 muestra que el programa de entrenamiento en la “defensa de los propios derechos como consumidor” influyó en la rehabilitación de pacientes con esquizofrenia (p=0.021 en el grupo experimental; p=0.999 en el grupo control). En el grupo experimental, el 6.7% tuvo un nivel alto en la pre-prueba, mientras que en la post-prueba el 46.7% logró este nivel. Por otro lado, en el grupo control, el 93.3% tuvo un nivel medio en la pre y post-prueba.

Tabla N° 12. Influencia de un programa de entrenamiento en la “expresión de enfado o disconformidad” en la rehabilitación de pacientes con esquizofrenia

Expresión de enfado o disconformidad	Grupo									
	Experimental					Control				
	Pre-prueba		Post-prueba		p*	Pre-prueba		Post-prueba		p*
N	%	N	%	N		%	N	%		
Alto	1	6.7%	6	40%		1	6.7%	1	6.7%	
Medio	6	40.0%	9	60%	0.004	9	60.0%	8	53.3%	0.705
Bajo	8	53.3%	0	0%		5	33.3%	6	40.0%	
Total	15	100%	15	100%		15	100%	15	100%	

* Prueba de Wilcoxon

En la tabla 12 se observa que el programa de entrenamiento en la “expresión de enfado o disconformidad” influyó en la rehabilitación de pacientes con esquizofrenia ($p=0.004$ en el grupo experimental; $p=0.705$ en el grupo control). En el grupo experimental, el 6.7% tuvo un nivel alto en la pre-prueba, mientras que en la post-prueba el 40% logró este nivel. Por otro lado, en el grupo control, el 60% tuvo un nivel medio en la pre-prueba y 53.3% en la post-prueba.

Tabla N° 13. Influencia de un programa de entrenamiento en “decir no y cortar interacción” en la rehabilitación de pacientes con esquizofrenia

Decir no y cortar interacción	Grupo									
	Experimental					Control				
	Pre-prueba		Post-prueba		p*	Pre-prueba		Post-prueba		p*
N	%	N	%	N		%	N	%		
Alto	1	6.7%	5	33.3%		0	0.0%	0	0.0%	
Medio	9	60.0%	10	66.7%	0.014	9	60.0%	9	60.0%	0.999
Bajo	5	33.3%	0	0.0%		6	40.0%	6	40.0%	
Total	15	100%	15	100%		15	100%	15	100%	

* Prueba de Wilcoxon

La tabla 13 muestra que el programa de entrenamiento en “decir no y cortar con la interacción” influyó en la rehabilitación de pacientes con esquizofrenia ($p=0.014$ en el grupo

experimental; $p=0.999$ en el grupo control). En el grupo experimental, el 6.7% tuvo un nivel alto en la pre-prueba, mientras que en la post-prueba el 33.3% logró este nivel. Por otro lado, en el grupo control, el 60% tuvo un nivel medio en la pre y post prueba.

Tabla N° 14. Influencia de un programa de entrenamiento en “hacer peticiones” en la rehabilitación de pacientes con esquizofrenia

Hacer peticiones	Grupo										
	Experimental					p*	Control				
	Pre-prueba		Post-prueba		Pre-prueba		Post-prueba		p*		
	N	%	N	%	N		%	N		%	
Alto	2	13.3%	7	46.7%	0.034	0	0.0%	0	0.0%	0.564	
Medio	12	80.0%	8	53.3%		13	86.7%	14	93.3%		
Bajo	1	6.7%	0	0.0%		2	13.3%	1	6.7%		
Total	15	100%	15	100%		15	100%	15	100%		

* Prueba de Wilcoxon

La tabla 14 muestra que el programa de entrenamiento en “hacer peticiones” influyó en la rehabilitación de pacientes con esquizofrenia ($p=0.034$ en el grupo experimental; $p=0.564$ en el grupo control). En el grupo experimental, el 13.3% tuvo un nivel alto en la pre-prueba, mientras que en la post-prueba el 46.7% logró este nivel. Por otro lado, en el grupo control, el 86.7% tuvo un nivel medio en la pre- prueba y 93.3% en la post prueba.

Tabla N° 15. Influencia de un programa de entrenamiento en “iniciar interacciones” en la rehabilitación de pacientes con esquizofrenia

Iniciar interacciones	Grupo									
	Experimental					Control				
	Pre-prueba		Post-prueba		p*	Pre-prueba		Post-prueba		p*
N	%	N	%	N		%	N	%		
Alto	1	6.7%	4	26.7%		0	0.0%	0	0%	
Medio	7	46.7%	10	66.7%	0.014	10	66.7%	0	0%	0.002
Bajo	7	46.7%	1	6.7%		5	33.3%	15	100%	
Total	15	100%	15	100%		15	100%	15	100%	

* Prueba de Wilcoxon

La tabla 15 muestra que el programa de entrenamiento en “hacer peticiones” influyó en la rehabilitación de pacientes con esquizofrenia ($p=0.014$ en el grupo experimental; $p=0.02$ en el grupo control). En el grupo experimental, el 6.7% tuvo un nivel alto en la pre-prueba, mientras que en la post-prueba el 26.7% logró este nivel. Por otro lado, en el grupo control, el 66.7% tuvo un nivel medio en la pre-prueba y 100% un nivel bajo en la post-prueba.

V. DISCUSION DE RESULTADOS

La esquizofrenia es un trastorno crónico que afecta el raciocinio, las emociones y acciones de las personas que la padecen, la OMS cataloga a esta patología como una de las 10 morbilidades más incapacitantes. La rehabilitación de estos pacientes requiere de la intervención de un equipo multidisciplinario además del apoyo familiar y social; una opción de recuperación de estos pacientes, es el entrenamiento en habilidades sociales, las cuales pretenden mejorar el desarrollo social y comunicacional y fomentar la autonomía personal (National Institute of Mental Health, 2015 y Servicio Murciano de Salud, 2009); por este motivo la finalidad de esta investigación fue determinar la influencia que tuvo un programa de entrenamiento en habilidades sociales para la rehabilitación de los pacientes esquizofrénicos atendidos en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, para lo cual se utilizó una como instrumento una ficha y una encuesta que fue validada antes de ser aplicada tanto antes como después del entrenamiento que recibieron los pacientes.

Dentro de las características generales de los pacientes con esquizofrenia, predominaron los varones, con 43 años a más, que tenían nivel de instrucción secundaria y habían sido diagnosticados con esta patología entre 1 a 10 años. Al respecto en el estudio nacional de Sotelo y Tapia (2015), analizaron a pacientes esquizofrénicos, predominando el sexo masculino, que tenían entre 25 a 31 años de edad y el nivel de instrucción era la secundaria para la mayoría de los pacientes, así como en el estudio de Kumar y Singh (2015) quienes evaluaron a pacientes esquizofrénicos entre 30 a 45 años de edad, donde todos eran varones, con nivel de instrucción secundaria y tenían un tiempo de enfermedad promedio de 10 años, mientras que Barzegar et al (2016) estudió mayormente a pacientes entre 31 a 40 años, que tenían nivel de instrucción secundaria.

Al evaluar si existió o no influencia entre el programa de entrenamiento con la rehabilitación de los pacientes en estudio, se pudo hallar que este programa si influyó en los pacientes, ya que antes del programa un mínimo de pacientes presentaban altas habilidades sociales pero al finalizar este programa casi la mitad de los pacientes que intervinieron en el programa tuvieron un alto nivel de habilidades sociales. Al respecto Orozco y Núñez (2015), manifestaron que la implementación del programa de adaptación laboral aumentaba de manera significativa las conductas de los pacientes con esquizofrenia, así mismo Kumar y Singh (2015) demostraron que una capacitación estructurada mejora las competencias personales y habilidades sociales de los pacientes con esquizofrenia, a lo encontrado en ambos estudios mencionados anteriormente se añade el estudio de Barzegar et al (2016), puesto que también evidenció que el entrenamiento de las habilidades sociales en los pacientes esquizofrénicos ayuda en el mejoramiento del estado clínico de estos pacientes.

Posteriormente al evaluar la influencia del programa según las dimensiones se pudo demostrar que la dimensión “autoexpresión en situaciones sociales” influyó en los pacientes, ya que antes del programa un pequeño porcentaje de los pacientes tenían alta expresión mientras que al culminar el programa de intervención quedó demostrado que casi la totalidad de los pacientes presentaron altos niveles de autoexpresión en situaciones sociales; mientras que la dimensión “defensa de los propios derechos como consumidor” también influyó en los pacientes, ya que antes del programa un mínimo porcentaje de los pacientes tenían una alta defensa de sus derechos mientras que después del programa casi la mitad de los pacientes presentaron altos niveles de defensa de los propios derechos como consumidor; además la dimensión “expresión de enfado o disconformidad” también se vio que influyó en los pacientes, ya que antes de la intervención un pequeño grupo de los pacientes tenían una alta expresión de enfado mientras que después del programa se observó que casi la mitad

de los pacientes presentaron niveles altos de expresión de enfado o disconformidad, caso similar ocurrió con las dimensiones “decir no y cortar interacción”, “hacer peticiones” e “iniciar interacciones” ya que antes de la intervención un mínimo porcentaje de los pacientes tenían altos niveles en cada una de las dimensiones, pero después de esta intervención el porcentaje de pacientes incrementó demostrando un alto nivel en cada uno de las dimensiones mencionadas. En el estudio de Sotelo y Tapia (2015), no analizaron las dimensiones que han sido estudiadas en esta investigación, pero han manifestado que los pacientes con esquizofrenia tenían bastante grado de dificultad en relación a la autonomía, funcionamiento laboral, funcionamiento cognitivo, finanzas, relaciones interpersonales y ocio. En el estudio realizado por Orozco y Núñez (2015), implementaron un programa, pero de adaptación laboral, donde demostraron que los conocimientos comerciales, las habilidades laborales y los hábitos laborales luego de aplicado el programa mejoraban y aumentaban las conductas de adaptación laboral de los pacientes esquizofrénicos.

En un primer momento el entrenamiento de las habilidades sociales fueron utilizadas como terapéutica pero para la atenuación de los problemas sociales que tenían los pacientes esquizofrénicos (Moriana et al, 2015), pero posteriormente estos programas tuvieron y tienen como finalidad la utilización de técnicas de la terapia de conducta para la enseñanza de comunicación emocional a los pacientes de modo que puedan cumplir sus objetivos y satisfagan sus necesidades interpersonales y roles necesarios para su vida social e independiente, además de identificar los problemas y establecer los objetivos para con el paciente (Almerie et al, 2015). Por otro lado se dice que las terapéuticas que están a disposición para la mejora del funcionamiento interpersonal de los pacientes esquizofrénicos se dividen en 2: el primero los derivados del conductismo, cuyo propósito es optimizar la funcionalidad social de los pacientes mediante el entrenamiento de conductas efectivas a

nivel social, y la segunda los basados en el entrenamiento de la cognición social, que tiene como propósito en entrenamiento de las áreas de la cognición social para optimizar el funcionamiento interpersonal en estos pacientes, y finalmente ambos tienen el propósito de que los pacientes esquizofrénicos tengan interacciones sociales positivas y efectivas (Inchausti et al, 2017).

VI. CONCLUSIONES

- El programa de entrenamiento de habilidades sociales influyó en la rehabilitación de pacientes con esquizofrenia atendidos en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins 2018.
- El programa de entrenamiento en la “autoexpresión en situaciones sociales influyó en la rehabilitación de pacientes con esquizofrenia atendidos en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins 2018.
- El programa de entrenamiento en la “defensa de los propios derechos como consumidor” influyó en la rehabilitación de pacientes con esquizofrenia atendidos en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins 2018.
- El programa de entrenamiento en la “defensa de los propios derechos como consumidor” influyó en la rehabilitación de pacientes con esquizofrenia atendidos en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins 2018.
- El programa de entrenamiento en “expresión de enfado o disconformidad” influyó en la rehabilitación de pacientes con esquizofrenia atendidos en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins 2018.
- El programa de entrenamiento en “decir no y cortar interacciones” influyó en la rehabilitación de pacientes con esquizofrenia atendidos en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins 2018.
- El programa de entrenamiento en “iniciar interacciones” influyó en la rehabilitación de pacientes con esquizofrenia atendidos en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins 2018.

VII. RECOMENDACIONES

- Capacitar a los profesionales sanitarios relacionados con este tipo de pacientes sobre las opciones de programas de intervención dirigidos a pacientes de salud mental para que tengan en conocimiento las necesidades y pasos que conllevan la realización de dichos programas.
- Los resultados de esta investigación podrán servir de referencia para los directivos de EsSalud para la elaboración e implementación de más programas de intervención con un equipo multidisciplinario como parte de la terapéutica de los pacientes del área de Salud Mental, posibilitando la mejora no solo del paciente sino también de su entorno.
- Fomentar la realización de estudios de pre y pos grado relacionados con la presente investigación, considerando los escasos estudios a nivel nacional, ello con la finalidad de conocer otras realidades nosocomiales; por otro lado lo mencionado será una gran aporte a la comunidad científica puesto que brindará mayor información estadística sobre esta problemática, y la presente investigación podrá ser considerada como un posible antecedentes para la realización de futuras investigaciones bajo la misma línea de investigación.

VIII. REFERENCIAS

- Agarwal, V. (2010). Ayurvedic medicine for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev*, *1*(4).
- Almerie, M., Okba, A., Jawoosh, M., Alsabbagh, M., Matar, H., Maayan, N., & Bergman, H. (2015). Social skills programmes for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev*(6), CD009006.
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (Quinta ed.). Buenos Aires-Argentina: Panamericana S.A.
- Barzegar, S., Ahadi, M., Barzegar, Z., & Ghahari, S. (2016). The Effectiveness of Social Skills Training on Reducing Negative Symptoms of Chronic Schizophrenia. *International Journal of Medical Research & Health Sciences*, *75*, 323-327 .
- Berrios, G. (2005). *The history of mental symptoms: descriptive psychopathology since the nineteenth century*. Cambridge-Reino Unido: Cambridge university press.
- Castillo, H. (2014). Impacto de la esquizofrenia en la calidad de vida y desarrollo humano de pacientes y familias de una institución de atención en salud mental de la ciudad de Lima. *Anales de Salud Mental*, *30*(2), 09-27.
- Del Barrio, V. (2009). Raíces y evolución del DSM. *Historia de la psicología*, *30*(2-3), 81-90.
- Delgado, H. (1936). La psiquiatría y la higiene mental en el Perú. *Anales de la Facultad de Medicina*, *19*(1), 103-122.
- Inchausti, F., García, N., Prado, J., Ortuño, J., & Gaínza, I. (2017). Entrenamiento en habilidades sociales orientado a la Metacognición (mosst): marco teórico, metodología de trabajo y descripción del tratamiento para pacientes con esquizofrenia. *Papeles del Psicólogo*, *38*(3), 204-215.

- Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado". (2010). *Anales de salud mental* (Vol. XXVI). Lima-Perú.
- Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado. (1995). *Manual para el programa psicoeducativo a familiares de pacientes esquizofrénicos crónicos*. Lima-Perú: MINSA.
- Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado - Hideyo Noguchi. (2011). *Manual de terapia multifamiliar: una guía para que la familia contribuya a la rehabilitación de las personas con discapacidad derivada de un trastorno mental* (Primera ed.). Lima-Perú: MINSA.
- Kumar, B., & Singh, A. (2015). Efficacy of Social Skills Training for the Persons with Chronic Schizophrenia. *The Qualitative Report*, 20(5), 660-696.
- Leal, C., Luján, I., Gascón, J., Ferrer, L., & Van-der, C. (2010). Habilidades sociales en los profesionales de urgencias y cuidados críticos de un hospital público comarcal. *Enferm Intensiva*, 21(4), 136-141.
- Lermanda, V., Holmgren, D., Soto, F., & Sapag, F. (2013). Trastorno esquizoafectivo. ¿Cuánto de esquizofrenia? ¿Cuánto de bipolar? *Rev chil neuro-psiquiat*, 51(1), 46-60.
- Marcos, A. (2012). *Salud Mental Comunitaria* (Primera ed.). Madrid-España: Universidad Nacional de Educación a Distancia.
- Ministerio de Salud del Perú. (2005). *Módulo de Atención Integral en Salud Mental dirigido a trabajadores de primer nivel de atención. Módulo 7: La enfermedad mental* (Primera ed.). Lima-Perú: UPCH.
- Ministerio de Salud del Perú. (2009). *Guía de Práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la psicosis en el primer y segundo nivel de atención*. Lima-Perú: MINSA.

- Ministerio de Salud del Perú. (2012). *Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la esquizofrenia en tercer nivel de atención*. Lima-Perú: MINSA.
- Ministerio de Salud. (2005). *Manual de habilidades sociales en adolescentes escolares*. Lima: Dirección General de Promoción de la Salud.
- Montaño, L., Nieto, T., & Mayorga, N. (2013). Esquizofrenia y tratamientos psicológicos: una revisión teórica. *Revista Vanguardia Psicológica*, 4(1), 86-107.
- Moriana, J., Liberman, R., Kopelowicz, A., Luque, B., Cangas, A., & Alós, F. (2015). El entrenamiento en habilidades sociales en la esquizofrenia. *Behavioral Psychology*, 23(1), 5-24.
- National Institute of Mental Health. (2015). *La Esquizofrenia*. Maryland-Estados Unidos: NIH.
- Novella, E., & Huertas, R. (2010). El Síndrome de Kraepelin-Bleuler-Schneider y la Conciencia Moderna: Una Aproximación a la Historia de la Esquizofrenia. *Clínica y Salud*, 21(3), 205-209.
- OMS. (1995). *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud* (Décima ed.). Ginebra-Suiza: OMS.
- Organización Mundial de la Salud. (2018). Recuperado el 30 de Mayo de 2018, de <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>
- Organización Panamericana de la Salud. (2001). *Enfoque de habilidades para la vida para un desarrollo saludable de niños y adolescentes*. OPS.
- Orozco, P., & Núñez, R. (2015). Adaptación laboral de las personas con esquizofrenia a través del programa de adaptación laboral. *Revista de Psicología*, 17(2), 1-11.
- Pizarro, R. (2016). *Relación entre el clima social familiar y habilidades sociales en adolescentes trabajadores que asisten a dos escuelas públicas de Lima Metropolitana*. Tesis de grado, Universidad Cayetano Heredia, Lima.

- Quintana, Y. (2015). Propiedades psicométricas de la escala de habilidades sociales en alumnos de nivel secundario de Cartavio. *Revista de investigaciones de estudiantes de Psicología "JANG"*, 3(2), 17.
- Rodríguez, E. (2012). *Conocer la enfermedad mental (Salud mental para el siglo XXI: cuidar, rehabilitar e integrar)*. Euskadi-España: Diaz de Santos.
- Román, V., Cantillo, Y., & Salazar, F. (2014). Duración del tratamiento que se brinda en el Hospital Diurno a adultos con esquizofrenia y su relación con las habilidades psicosociales. *Enfermería Actual en Costa Rica*(26), 1-9.
- Royal College of Psychiatrists. (2009). Recuperado el 30 de Mayo de 2018, de <http://www.sepsiq.org/file/Royal/21-Esquizofrenia.pdf>
- Schneider, K. (1997). *Historia y teoría de la psiquiatría I* (Primera ed.). Madrid-España: Triacastela.
- Seguro Social del Perú. (2014). *Salud Mental en Essalud*. Lima-Perú.
- Servicio Murciano de Salud. (2009). *Guía Práctica Clínica para el Tratamiento de la Esquizofrenia en Centro de Salud Mental* (Primera ed.). Murcia-España.
- Sotelo, A., & Tapia, A. (2015). *Relación del género y el funcionamiento psicosocial en pacientes esquizofrénicos del Centro de Salud Mental Moisés Heresi, Arequipa 2014*. Tesis de grado, Universidad Católica de Santa María, Arequipa-Perú.
- Sotillo, C. (2011). Entrenamiento en habilidades sociales para usuarios externos en el Hospital Víctor Larco Herrera. *Ana Sal Men*, XXVII(2), 33-38.
- Vived, E. (2011). *Habilidades sociales, autonomía personal y autorregulación* (Primera ed.). Zaragoza-España: UNE.

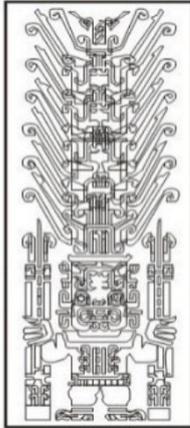
IX. ANEXOS

1. MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	DISEÑO METODOLÓGICO
<p>PROBLEMA GENERAL</p> <p>¿Cómo influye el programa de entrenamiento en habilidades sociales en la rehabilitación de pacientes con esquizofrenia atendidos en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins 2018?</p>	<p>OBJETIVO GENERAL:</p> <p>Determinar la influencia de un programa de entrenamiento en habilidades sociales en la rehabilitación de pacientes con esquizofrenia atendidos en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins 2018.</p>	<p>HIPÓTESIS GENERAL</p> <p>El programa de entrenamiento en habilidades sociales influye en la rehabilitación de pacientes con esquizofrenia atendidos en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins 2018.</p>		<p>DISEÑO DE INVESTIGACIÓN</p> <p>Cuasiexperimental con preprueba y postprueba.</p>
<p>PROBLEMAS ESPECÍFICOS</p> <p>– ¿Cómo influye el programa de entrenamiento en “autoexpresión en situaciones sociales” en la rehabilitación de pacientes con esquizofrenia atendidos en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins 2018?</p> <p>– ¿Cómo influye el programa de entrenamiento en “defensa de los propios derechos como consumidor” en la rehabilitación de pacientes con esquizofrenia atendidos en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins 2018?</p> <p>– ¿Cómo influye el programa de entrenamiento en “expresión de enfado o disconformidad” en la rehabilitación de pacientes con esquizofrenia atendidos en el</p>	<p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS:</p> <p>– Determinar la influencia de un programa de entrenamiento en la “autoexpresión en situaciones sociales” en la rehabilitación de pacientes con esquizofrenia atendidos en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins 2018.</p> <p>– Determinar la influencia de un programa de entrenamiento en la “defensa de los derechos como consumidor” en la rehabilitación de pacientes con esquizofrenia atendidos en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins 2018.</p> <p>– Determinar la influencia de un programa de entrenamiento en la “expresión de enfado” en la rehabilitación de pacientes con esquizofrenia atendidos en el</p>	<p>HIPÓTESIS ESPECÍFICAS</p> <p>– El programa de entrenamiento en “autoexpresión en situaciones sociales” influye en la rehabilitación de pacientes con esquizofrenia atendidos en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins 2018.</p> <p>– El programa de entrenamiento en “defensa de los derechos como consumidor” influye en la rehabilitación de pacientes con esquizofrenia atendidos en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins 2018.</p> <p>– El programa de entrenamiento en “expresión de enfado” influye en la rehabilitación de pacientes con esquizofrenia atendidos en el</p>	<p>Variable independiente</p> <p>Programa de entrenamiento en habilidades sociales</p> <p>Variable dependiente</p> <p>Habilidades sociales</p>	<p>POBLACIÓN:</p> <p>50 Pacientes con diagnóstico de esquizofrenia atendidos en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins el 2018.</p> <p>MUESTRA</p> <p>Grupo experimental</p> <p>15 pacientes con esquizofrenia en la Unidad de Rehabilitación de Salud Mental.</p> <p>Grupo control</p> <p>15 pacientes con esquizofrenia atendidos en consultorios externos</p> <p>INSTRUMENTO</p> <p>Ficha de recolección Escala de Habilidades Sociales (EHS) de Gismero</p> <p>TÉCNICA DE RECOLECCIÓN</p> <p>Observación, Encuesta</p> <p>PROCESAMIENTO DE INFORMACIÓN</p>

Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins 2018?	Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins 2018.	Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins 2018.	Se comparó el nivel de habilidades sociales pre y post test en el grupo experimental y en el grupo control, para ello se utilizó la prueba de Wilcoxon, dado la naturaleza cualitativa ordinal de la variable en estudio. Se consideró significativo un $p < 0.05$.
– ¿Cómo influye el programa de entrenamiento en “decir no y cortar interacciones” en la rehabilitación de pacientes con esquizofrenia atendidos en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins 2018?	– Determinar la influencia de un programa de entrenamiento en “decir no y cortar interacciones” en la rehabilitación de pacientes con esquizofrenia atendidos en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins 2018.	– El programa de entrenamiento en “decir no y cortar interacciones” influye en la rehabilitación de pacientes con esquizofrenia atendidos en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins 2018.	
– ¿Cómo influye el programa de entrenamiento en “hacer peticiones” en la rehabilitación de pacientes con esquizofrenia atendidos en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins 2018?	– Determinar la influencia de un programa de entrenamiento en “hacer interacciones” en la rehabilitación de pacientes con esquizofrenia atendidos en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins 2018.	– El programa de entrenamiento en “hacer interacciones” influye en la rehabilitación de pacientes con esquizofrenia atendidos en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins 2018.	
– ¿Cómo influye el programa de entrenamiento en “iniciar interacciones” en la rehabilitación de pacientes con esquizofrenia atendidos en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins 2018?	– Determinar la influencia de un programa de entrenamiento en “iniciar interacciones” en la rehabilitación de pacientes con esquizofrenia atendidos en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins 2018.	– El programa de entrenamiento en “iniciar interacciones” influye en la rehabilitación de pacientes con esquizofrenia atendidos en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins 2018.	

2. FICHA DE RECOLECCIÓN:



UNIVERSIDAD NACIONAL FEDERICO VILLAREAL

**Programa de habilidades sociales en pacientes con
esquizofrenia de un Hospital de EsSalud 2018**

Fecha de reclutamiento: _____ ID: _____

Dirección: _____ N° telefónico: _____

A. Características generales

Edad: _____ años

Sexo: Femenino () Masculino ()

Nivel de instrucción:

Sin Instrucción () Primaria () Secundaria () Superior ()

Tiempo de enfermedad: _____ años

B. Programa de entrenamiento en habilidades sociales

Fecha de inicio en el programa de entrenamiento: _____

	Fecha	Culmino con éxito	
		Si	No
Sesión I		()	()
Sesión II		()	()
Sesión III		()	()
Sesión IV		()	()

C. Resultados del programa de entrenamiento

6. Habilidades sociales al inicio

Resultado de habilidades sociales por la *Escala de Habilidades Sociales de Gismo*

Percentil < 25	Bajas habilidades sociales	()
Percentil 26 - 69	Nivel medio de habilidades sociales	()
Percentil > 75	Alto nivel de habilidades sociales	()

7. Habilidades sociales al culminar el programa

Resultado de habilidades sociales por la *Escala de Habilidades Sociales de Gismo*

Percentil < 25	Bajas habilidades sociales	()
Percentil 26 - 69	Nivel medio de habilidades sociales	()
Percentil > 75	Alto nivel de habilidades sociales	()

ESCALA DE HABILIDADES SOCIALES

INSTRUCCIONES:

A continuación, aparecen frases que describen diversas situaciones, lea muy atentamente y responda en qué medida se identifica o no con cada una de ellas, si le describe o no. No hay respuestas correctas ni incorrectas, lo importante es que responda con la máxima sinceridad posible,

Para responder utilice la siguiente clave:

A= No me identifico, en la mayoría de las veces no me ocurre o no lo haría.

B= No tiene que ver conmigo, aunque alguna vez me ocurra

C= Me describe aproximadamente, aunque no siempre actúe así o me sienta así

D= Muy de acuerdo, me sentiría así o actuaría así en la mayoría de los casos

Encierre con un círculo la letra escogida a la derecha, en la misma línea donde está la frase que está respondiendo.

PREGUNTAS	CLAVE
1. A veces evito hacer preguntas por miedo a ser estúpido	A B C D
2. Me cuesta telefonar a tiendas, oficinas, etc., para preguntar algo	A B C D
3. Si al llegar a mi casa encuentro un defecto en algo que he comprado, voy a la tienda a devolverlo	A B C D
4. Cuando en una tienda atienden antes a alguien que entro después que yo, me quedo callado	A B C D
5. Si un vendedor insiste en enseñarme un producto que no deseo en absoluto, paso un mal rato para decirle que "NO"	A B C D
6. A veces me resulta difícil pedir que me devuelvan algo que dejé prestado	A B C D
7. Si en un restaurant no me traen la comida como le había pedido, llamo al camarero y pido que me hagan de nuevo	A B C D
8. A veces no sé qué decir a personas atractivas al sexo opuesto	A B C D
9. Muchas veces cuando tengo que hacer un halago no sé qué decir	A B C D
10. Tiendo a guardar mis opiniones a mí mismo	A B C D
11. A veces evito ciertas reuniones sociales por miedo a hacer o decir alguna tontería	A B C D
12. Si estoy en el cine y alguien me molesta con su conversación, me da mucho apuro pedirle que se calle	A B C D
13. Cuando algún amigo expresa una opinión con la que estoy muy en desacuerdo prefiero callarme a manifestar abiertamente lo que yo pienso	A B C D
14. Cuando tengo mucha prisa y me llama una amiga por teléfono, me cuesta mucho cortarla	A B C D
15. Hay determinadas cosas que me disgusta prestar, pero si me las piden, no sé cómo negarme	A B C D

16. Si salgo de una tienda y me doy cuenta de que me han dado mal vuelto, regreso allí a pedir el cambio correcto A B C D
17. No me resulta fácil hacer un cumplido a alguien que me gusta A B C D
18. Si veo en una fiesta a una persona atractiva del sexo opuesto, tomo la iniciativa y me acerco a entablar conversación con ella A B C D
19. Me cuesta expresar mis sentimientos a los demás A B C D
20. Si tuviera que buscar trabajo, preferiría escribir cartas de presentación a tener que pasar por entrevistas personales A B C D
21. Soy incapaz de regatear o pedir descuento al comprar algo A B C D
22. Cuando un familiar cercano me molesta, prefiero ocultar mis sentimientos antes que expresar mi enfado A B C D
23. Nunca sé cómo “cortar” a un amigo que habla mucho A B C D
24. Cuando decido que no me apetece volver a salir con una persona, me cuesta mucho comunicarle mi decisión A B C D
25. Si un amigo al que he prestado cierta cantidad de dinero para haberlo olvidado, se lo recuerdo A B C D
26. Me suele costar mucho pedir a un amigo que me haga un favor A B C D
27. Soy incapaz de pedir a alguien una cita A B C D
28. Me siento turbado o violento cuando alguien del sexo opuesto me dice que gusta algo de mi físico A B C D
29. Me cuesta expresar mi opinión cuando estoy en grupo A B C D
30. Cuando alguien me “cuela” en una fila hago como si no me diera cuenta A B C D
31. Me cuesta mucho expresar mi ira, cólera o enfado hacia el otro sexo aunque tenga motivos justificados A B C D
32. Muchas veces prefiero callarme o “quitarme de en medio” para evitar problemas con otras personas A B C D
33. Hay veces que no sé negarme con alguien que no me apetece pero que me llama varias veces A B C D
- Total
-

CLAVE DE LA ESCALA DE HABILIDADES SOCIALES

PREGUNTAS	CLAVE
1. A veces evito hacer preguntas por miedo a ser estúpido	4 3 2 1
2. Me cuesta telefonar a tiendas, oficinas, etc., para preguntar algo	4 3 2 1
3. Si al llegar a mi casa encuentro un defecto en algo que he comprado, voy a la tienda a devolverlo	1 2 3 4
4. Cuando en una tienda atienden antes a alguien que entro después que yo, me quedo callado	4 3 2 1
5. Si un vendedor insiste en enseñarme un producto que no deseo en absoluto, paso un mal rato para decirle que "NO"	4 3 2 1
6. A veces me resulta difícil pedir que me devuelvan algo que dejé prestado	4 3 2 1
7. Si en un restaurant no me traen la comida como le había pedido, llamo al camarero y pido que me hagan de nuevo	1 2 3 4
8. A veces no sé qué decir a personas atractivas al sexo opuesto	4 3 2 1
9. Muchas veces cuando tengo que hacer un halago no sé qué decir	4 3 2 1
10. Tiendo a guardar mis opiniones a mí mismo	4 3 2 1
11. A veces evito ciertas reuniones sociales por miedo a hacer o decir alguna tontería	4 3 2 1
12. Si estoy en el cine y alguien me molesta con su conversación, me da mucho apuro pedirle que se calle	4 3 2 1
13. Cuando algún amigo expresa una opinión con la que estoy muy en desacuerdo prefiero callarme a manifestar abiertamente lo que yo pienso	4 3 2 1
14. Cuando tengo mucha prisa y me llama una amiga por teléfono, me cuesta mucho cortarla	4 3 2 1
15. Hay determinadas cosas que me disgusta prestar, pero si me las piden, no sé cómo negarme	4 3 2 1
16. Si salgo de una tienda y me doy cuenta de me han dado mal vuelto, regreso allí a pedir el cambio correcto	1 2 3 4
17. No me resulta fácil hacer un cumplido a alguien que me gusta	4 3 2 1
18. Si veo en una fiesta a una persona atractiva del sexo opuesto, tomo la iniciativa y me acerco a entablar conversación con ella	1 2 3 4
19. Me cuesta expresar mis sentimientos a los demás	4 3 2 1
20. Si tuviera que buscar trabajo, preferiría escribir cartas a tener que pasar por entrevistas personales	4 3 2 1
21. Soy incapaz de regatear o pedir descuento o comprar algo	4 3 2 1
22. Cuando un familiar cercano me molesta, prefiero ocultar mis sentimientos antes que expresar mi enfado	4 3 2 1
23. Nunca sé cómo "cortar" a un amigo que habla mucho	4 3 2 1
24. Cuando decido que no me apetece volver a salir con una personas, me cuesta mucho comunicarle mi decisión	4 3 2 1
25. Si un amigo al que prestado cierta cantidad de dinero para haberlo olvidado, se lo recuerdo	1 2 3 4
26. Me suele costar mucho pedir a un amigo que me haga un favor	4 3 2 1
27. Soy incapaz de pedir a alguien una cita	4 3 2 1
28. Me siento turbado o violento cuando alguien del sexo opuesto me dice que gusta algo de mi físico	4 3 2 1
29. Me cuesta expresar mi opinión en grupos (clase, reunión)	4 3 2 1
30. Cuando alguien me "cuela" en una fila hago como si no me diera cuenta	4 3 2 1
31. Me cuesta mucho expresar mi agresividad o enfado hacia el otro sexo aunque tenga motivos justificados	4 3 2 1
32. Muchas veces prefiero ceder, callarme o "quitarme de en medio" para evitar problemas con otras personas	4 3 2 1
33. Hay veces que no sé negarme con alguien que no me apetece pero que me llama varias veces	4 3 2 1
TOTAL	

3. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Programa de habilidades sociales en pacientes con esquizofrenia de un Hospital de EsSalud 2018”

Propósito del Estudio:

Le hacemos una invitación a participar en un estudio con la finalidad determinar la influencia de un programa de entrenamiento en habilidades sociales en la rehabilitación de pacientes con esquizofrenia atendidos en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.

Procedimientos:

Si usted acepta participar en este estudio se indagará por algunos datos generales, además se evaluarán sus habilidades sociales mediante un cuestionario.

Riesgos y beneficios:

No existirá riesgo alguno respecto a su participación esta investigación. Asimismo, su participación no le otorgará beneficio de remuneración y/o pago de ningún tipo.

Confidencialidad:

No se divulgará su identidad en ninguna etapa de la investigación. Toda la información que Ud. brinde será usada con fines estrictos de estudio. En caso el estudio fuese publicado se seguirá salvaguardando su confidencialidad.

Se pone en conocimiento que Ud. puede decidir retirarse o no participar de este estudio en cualquier momento, sin perjuicio alguno. Si tiene alguna duda adicional comunicarse con la Licenciada Irene Isabel Valencia Ticona que cuenta con número de celular 983499880.

Por lo tanto, acepto voluntariamente participar en este estudio luego de haber discutido los objetivos y procedimientos de la investigación con la investigadora responsable.

_____	_____
Participante	Fecha
_____	_____
Familiar	Fecha
_____	_____
Investigador	Fecha

4. PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES

HABILIDADES SOCIALES
UNIDAD DE REHABILITACION
SALUD MENTAL

PROGRAMA HABILIDADES PSICOSOCIALES DIRIGIDO A PACIENTES

DE LA UNIDAD DE REHABILITACION SALUD METAL

CORDINACION: JEFATURA DE ENFERMERIA

RESPONSABLE: LIC. IRENE VALENCIA TICONA

LIMA – PERU- 2018

INTRODUCCIÓN

El Programa, Entrenamiento en Habilidades Sociales es elaborado para los pacientes de Unidad de Rehabilitación – Salud Mental, con desórdenes mentales, psicosis, el cual ha demostrado mejorar gradualmente comportamientos.

El abordaje estratégico será a través de la enseñanza en el aprendizaje de las destrezas sociales y de la vida independiente dirigido a personas que sufren de incapacidades crónicas a lo largo de su vida y deterioros neurocognitivos como consecuencia de la esquizofrenia o de otros desórdenes mentales incapacitantes, haciéndoles posible que recobren la autonomía y funcionalidad en la sociedad y en la vida cotidiana con dignidad, y mejore su calidad de vida.

La familia, es la base fundamental para apoyar al paciente en el proceso de la rehabilitación.

La Esquizofrenia es un problema grave de salud pública, las personas que padecen tienen discapacidad en su rol, disminuyendo su calidad de vida; también implica una sobrecarga emocional y económica para la familia.

Según la OMS, la Esquizofrenia se encuentra entre las 10 enfermedades discapacitantes para las personas de edades comprendidas entre los 18 y 44 años.

El tratamiento de la esquizofrenia ha avanzado considerablemente en los últimos años y considera dos aspectos importantes en su manejo; el control de la sintomatología psicótica por medio del tratamiento farmacológico y el manejo de las incapacidades psicosociales de la enfermedad con la aplicación del tratamiento psicosocial.

Los principios que se aplican en el presente programa devienen de la teoría del aprendizaje social y de la terapia cognitiva conductual.

Consta de 10 sesiones adaptadas a la realidad aplicando el modelo de del manual de entrenamiento en habilidades sociales de Flor Alburquerque.

Sesión 1: Conducta verbal

Sesión 2: Conducta no verbal

Sesión 3: Posturas

Sesión 4: Reconocimiento de emociones

Sesión 5: Expresión de emociones.

Sesión 6: Iniciar una conversación

Sesión 7: Mantener una conversación

Sesión 8: Terminar una conversación

Sesión 9: Dar opiniones

Sesión 10: Dar y recibir halagos

Para los pacientes de la Fase II o Seguimiento se desarrollarán los siguientes tópicos: Autocuidado, conductas verbales, conductas no verbales, conductas de interacción, autoestima, estructuración del tiempo, manejo del dinero, colocación de la mesa y reparación de un postre.

Es por ello que el profesional de enfermería está capacitado y entrenado para continuar brindando apoyo al cuidado de la salud de este grupo de paciente afectados, así como para los familiares en la rehabilitación de sus capacidades, y tenga una mejor calidad de vida.,

II. JUSTIFICACION:

La estigmatización y discriminación del trastorno asociado a la enfermedad mental, constituye un obstáculo para un tratamiento eficaz para que los pacientes logren sus objetivos vitales y la reintegración en la comunidad.

El programa de habilidades psicosociales servirá como herramienta para actuar oportunamente y disminuir la asistencia a emergencia de la salud mental que perjudica al paciente y por ende a la institución.

Es por esta razón que el equipo de enfermería prepara el siguiente programa con el objetivo de promover una mejor calidad de vida tanto para el paciente como para su entorno familiar.

El presente programa de habilidades psicosociales, está dirigido a los pacientes que acuden a la unidad de rehabilitación con el objetivo de que el paciente adquiera independencia, autonomía en forma progresiva a través de las diferentes sesiones.

Así mismo demuestre comportamientos conductuales adecuados, ya que el esquizofrénico tiene mermado su capacidad de actuar, debido a la enfermedad que padece. Es por ello que enfermería comprometido con la misión y visión de la institución continúa brindando un programa que beneficie a los a los asegurados.

FINALIDAD:

Contribuir a la mejor calidad de vida de los usuarios y sus familiares.

IV. OBJETIVO GENERAL:

Desarrollar los contenidos del presente programa dirigido a los pacientes que acuden a la Unidad de Rehabilitación, el cual permitirá reafirmar comportamientos adecuados en forma progresiva.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Fomentar la interacción mutua del paciente y sus compañeros.
- Mejorar la comunicación verbal y no verbal dentro y fuera del ambiente familiar.
- Aplicar conductas adecuadas en relación a su postura al caminar.
- Favorecer la expresión de emociones.

V. DESCRIPCION DEL PROGRAMA:

1. Nombre del programa: Habilidades Psicosociales.
2. Sujeto de programación: paciente con diagnóstico esquizofrenia y psicosis previa evaluación del equipo terapéutico.
3. duración: 3 meses
4. Fecha: la planificación y organización del programa se realizará el mes de enero y culminar en marzo en su primera etapa (según cronograma).
5. Horario: el programa se desarrollará de la siguiente manera: lunes, jueves,
6. Sede: ambiente de la unidad de rehabilitación

VI. METODOLOGIA:

La teoría del aprendizaje social y la terapia cognitivo conductual, según objetivos instrucciones, modelado y la retroalimentación respectiva.

VII. RECURSOS:

- Recursos humanos: enfermeras entrenadas, un técnico de enfermería
- Recursos materiales:
 - Formatos de evaluación, cuestionario de preguntas, pre test.
 - Pápelo grafos, materiales de escritorio, plumones, lapiceros, cinta de embalaje.
 - Pizarra, sillas, mesa, proyecciones de las sesiones, USB
- Infraestructura: sala de terapia de la unidad de rehabilitación
- Recursos financieros: es autofinanciado

VIII. METAS:

Que el 80% de los pacientes que acuden a la unidad de rehabilitación, cumplan con el programa de inicio a fin, con el objetivo de lograr comportamientos óptimos.

IX. EVALUACION:

- Evaluación inicial-se aplicará un pre test de inicio al programa.
- Evaluación formativa. o de proceso - se realizará a través de las tareas asignadas, reforzamiento de contenido.
- Evaluación final. - se aplicará un cuestionario de preguntas al término del programa.
- Se brindará reforzadores positivos a cada uno de los pacientes por su participación.

1. Cronograma de entrenamiento en habilidades sociales

CRONOGRAMA DE HABILIDADES INTERACCION SOCIAL DIRIGIDO A PACIENTES DE LA FASE -I -2018

SESION	CONTENIDO	RESPONSABLE
Nº 1	Conductas verbales.	Enfermera
Nº 2	Conductas no verbales.	Enfermera
Nº 3	Postura corporal de pie, al caminar y sentado.	Enfermera
Nº 4	Reconocimiento de emociones.	Enfermera
Nº 5	Expresión de emociones.	Enfermera
Nº 6	Iniciar una conversación.	Enfermera
Nº 7	Mantener una conversación.	Enfermera
Nº 8	Terminar una conversación.	Enfermera
Nº 9	Dar opiniones	Enfermera
Nº 10	Dar y recibir halagos	Enfermera

5. RESPUESTAS AL CUESTIONARIO

Pre Prueba	Grupo															
	Experimental								Control							
	A		B		C		D		A		B		C		D	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1. A veces evito hacer preguntas por miedo a ser estúpido	2	13.3%	7	46.7%	5	33.3%	1	6.7%	0	0.0%	4	26.7%	4	26.7%	7	46.7%
2. Me cuesta telefonar a tiendas, oficinas, etc., para preguntar algo	6	40.0%	3	20.0%	2	13.3%	4	26.7%	2	13.3%	4	26.7%	3	20.0%	6	40.0%
3. Si al llegar a mi casa encuentro un defecto en algo que he comprado, voy a la tienda a devolverlo	3	20.0%	3	20.0%	7	46.7%	2	13.3%	2	13.3%	2	13.3%	10	66.7%	1	6.7%
4. Cuando en una tienda atienden antes a alguien que entro después que yo, me quedo callado	1	6.7%	4	26.7%	3	20.0%	7	46.7%	1	6.7%	4	26.7%	2	13.3%	8	53.3%
5. Si un vendedor insiste en enseñarme un producto que no deseo en absoluto, paso un mal rato para decirle que "NO"	2	13.3%	4	26.7%	6	40.0%	3	20.0%	0	0.0%	1	6.7%	8	53.3%	6	40.0%
6. A veces me resulta difícil pedir que me devuelvan algo que dejé prestado	2	13.3%	4	26.7%	5	33.3%	4	26.7%	1	6.7%	4	26.7%	4	26.7%	6	40.0%
7. Si en un restaurant no me traen la comida como le había pedido, llamo al camarero y pido que me hagan de nuevo	3	20.0%	4	26.7%	5	33.3%	3	20.0%	2	13.3%	7	46.7%	5	33.3%	1	6.7%
8. A veces no sé qué decir a personas atractivas al sexo opuesto	1	6.7%	3	20.0%	4	26.7%	7	46.7%	2	13.3%	1	6.7%	2	13.3%	10	66.7%
9. Muchas veces cuando tengo que hacer un halago no sé qué decir	1	6.7%	5	33.3%	4	26.7%	5	33.3%	0	0.0%	5	33.3%	3	20.0%	7	46.7%
10. Tiendo a guardar mis opiniones a mí mismo	3	20.0%	2	13.3%	2	13.3%	8	53.3%	0	0.0%	4	26.7%	3	20.0%	8	53.3%
11. A veces evito ciertas reuniones sociales por miedo a hacer o decir alguna tontería	3	20.0%	4	26.7%	4	26.7%	4	26.7%	2	13.3%	6	40.0%	4	26.7%	3	20.0%
12. Si estoy en el cine y alguien me molesta con su conversación, me da mucho apuro pedirle que se calle	2	13.3%	3	20.0%	5	33.3%	5	33.3%	2	13.3%	7	46.7%	1	6.7%	5	33.3%
13. Cuando algún amigo expresa una opinión con la que estoy muy en desacuerdo prefiero callarme a manifestar abiertamente lo que yo pienso	2	13.3%	2	13.3%	7	46.7%	4	26.7%	0	0.0%	7	46.7%	3	20.0%	5	33.3%
14. Cuando tengo mucha prisa y me llama una amiga por teléfono, me cuesta mucho cortarla	4	26.7%	2	13.3%	4	26.7%	5	33.3%	0	0.0%	2	13.3%	4	26.7%	9	60.0%
15. Hay determinadas cosas que me disgusta prestar, pero si me las piden, no sé cómo negarme	2	13.3%	3	20.0%	5	33.3%	5	33.3%	0	0.0%	5	33.3%	4	26.7%	6	40.0%

16. Si salgo de una tienda y me doy cuenta de me han dado mal vuelto, regreso allí a pedir el cambio correcto	2	13.3%	1	6.7%	9	60.0%	3	20.0%	0	0.0%	3	20.0%	8	53.3%	4	26.7%
17. No me resulta fácil hacer un cumplido a alguien que me gusta	1	6.7%	0	0.0%	7	46.7%	7	46.7%	2	13.3%	2	13.3%	6	40.0%	5	33.3%
18. Si veo en una fiesta a una persona atractiva del sexo opuesto, tomo la iniciativa y me acerco a entablar conversación con ella	3	20.0%	2	13.3%	4	26.7%	6	40.0%	4	26.7%	4	26.7%	6	40.0%	1	6.7%
19. Me cuesta expresar mis sentimientos a los demás	3	20.0%	1	6.7%	6	40.0%	5	33.3%	2	13.3%	3	20.0%	3	20.0%	7	46.7%
20. Si tuviera que buscar trabajo, preferiría escribir cartas a tener que pasar por entrevistas personales	1	6.7%	5	33.3%	3	20.0%	6	40.0%	0	0.0%	3	20.0%	9	60.0%	3	20.0%
21. Soy incapaz de regatear o pedir descuento o comprar algo	3	20.0%	5	33.3%	2	13.3%	5	33.3%	6	40.0%	3	20.0%	3	20.0%	3	20.0%
22. Cuando un familiar cercano me molesta, prefiero ocultar mis sentimientos antes que expresar mi enfado	1	6.7%	2	13.3%	3	20.0%	9	60.0%	1	6.7%	5	33.3%	3	20.0%	6	40.0%
23. Nunca sé cómo "cortar" a un amigo que habla mucho	3	20.0%	2	13.3%	1	6.7%	9	60.0%	2	13.3%	3	20.0%	2	13.3%	8	53.3%
24. Cuando decido que no me apetece volver a salir con una personas, me cuesta mucho comunicarle mi decisión	3	20.0%	2	13.3%	3	20.0%	7	46.7%	1	6.7%	1	6.7%	9	60.0%	4	26.7%
25. Si un amigo al que prestado cierta cantidad de dinero para haberlo olvidado, se lo recuerdo	2	13.3%	3	20.0%	7	46.7%	3	20.0%	2	13.3%	2	13.3%	7	46.7%	4	26.7%
26. Me suele costar mucho pedir a un amigo que me haga un favor	2	13.3%	3	20.0%	6	40.0%	4	26.7%	3	20.0%	3	20.0%	3	20.0%	6	40.0%
27. Soy incapaz de pedir a alguien una cita	2	13.3%	4	26.7%	1	6.7%	8	53.3%	5	33.3%	1	6.7%	3	20.0%	6	40.0%
28. Me siento turbado o violento cuando alguien del sexo opuesto me dice que gusta algo de mi físico	1	6.7%	4	26.7%	6	40.0%	4	26.7%	3	20.0%	6	40.0%	2	13.3%	4	26.7%
29. Me cuesta expresar mi opinión en grupos (clase, reunión)	4	26.7%	3	20.0%	6	40.0%	2	13.3%	1	6.7%	2	13.3%	6	40.0%	6	40.0%
30. Cuando alguien me "cuela" en una fila hago como si no me diera cuenta	2	13.3%	4	26.7%	4	26.7%	5	33.3%	1	6.7%	3	20.0%	4	26.7%	7	46.7%
31. Me cuesta mucho expresar mi agresividad o enfado hacia el otro sexo aunque tenga motivos justificados	1	6.7%	4	26.7%	6	40.0%	4	26.7%	5	33.3%	5	33.3%	5	33.3%	0	0.0%
32. Muchas veces prefiero ceder, callarme o "quitarme de en medio" para evitar problemas con otras personas	1	6.7%	2	13.3%	5	33.3%	7	46.7%	1	6.7%	3	20.0%	2	13.3%	9	60.0%
33. Hay veces que no sé negarme con alguien que no me apetece pero que me llama varias veces	2	13.3%	4	26.7%	6	40.0%	3	20.0%	0	0.0%	3	20.0%	5	33.3%	7	46.7%

Post Prueba	Grupo															
	Experimental								Control							
	A		B		C		D		A		B		C		D	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1. A veces evito hacer preguntas por miedo a ser estúpido	2	13.3%	9	60.0%	3	20.0%	1	6.7%	2	13.3%	3	20.0%	4	26.7%	6	40.0%
2. Me cuesta telefonar a tiendas, oficinas, etc., para preguntar algo	7	46.7%	2	13.3%	3	20.0%	3	20.0%	3	20.0%	4	26.7%	2	13.3%	6	40.0%
3. Si al llegar a mi casa encuentro un defecto en algo que he comprado, voy a la tienda a devolverlo	1	6.7%	3	20.0%	7	46.7%	4	26.7%	2	13.3%	2	13.3%	10	66.7%	1	6.7%
4. Cuando en una tienda atienden antes a alguien que entro después que yo, me quedo callado	3	20.0%	3	20.0%	6	40.0%	3	20.0%	3	20.0%	4	26.7%	2	13.3%	6	40.0%
5. Si un vendedor insiste en enseñarme un producto que no deseo en absoluto, paso un mal rato para decirle que "NO"	5	33.3%	7	46.7%	3	20.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	6.7%	9	60.0%	5	33.3%
6. A veces me resulta difícil pedir que me devuelvan algo que dejé prestado	4	26.7%	2	13.3%	6	40.0%	3	20.0%	3	20.0%	4	26.7%	3	20.0%	5	33.3%
7. Si en un restaurant no me traen la comida como le había pedido, llamo al camarero y pido que me hagan de nuevo	3	20.0%	4	26.7%	7	46.7%	1	6.7%	1	6.7%	7	46.7%	6	40.0%	1	6.7%
8. A veces no sé qué decir a personas atractivas al sexo opuesto	3	20.0%	8	53.3%	3	20.0%	1	6.7%	2	13.3%	1	6.7%	3	20.0%	9	60.0%
9. Muchas veces cuando tengo que hacer un halago no sé qué decir	2	13.3%	2	13.3%	9	60.0%	2	13.3%	0	0.0%	5	33.3%	3	20.0%	7	46.7%
10. Tiendo a guardar mis opiniones a mí mismo	3	20.0%	1	6.7%	4	26.7%	7	46.7%	2	13.3%	4	26.7%	4	26.7%	5	33.3%
11. A veces evito ciertas reuniones sociales por miedo a hacer o decir alguna tontería	3	20.0%	5	33.3%	1	6.7%	6	40.0%	2	13.3%	6	40.0%	4	26.7%	3	20.0%
12. Si estoy en el cine y alguien me molesta con su conversación, me da mucho apuro pedirle que se calle	4	26.7%	4	26.7%	4	26.7%	3	20.0%	2	13.3%	6	40.0%	1	6.7%	6	40.0%
13. Cuando algún amigo expresa una opinión con la que estoy muy en desacuerdo prefiero callarme a manifestar abiertamente lo que yo pienso	1	6.7%	4	26.7%	7	46.7%	3	20.0%	0	0.0%	7	46.7%	2	13.3%	6	40.0%
14. Cuando tengo mucha prisa y me llama una amiga por teléfono, me cuesta mucho cortarla	3	20.0%	4	26.7%	5	33.3%	3	20.0%	0	0.0%	2	13.3%	4	26.7%	9	60.0%
15. Hay determinadas cosas que me disgusta prestar, pero si me las piden, no sé cómo negarme	0	0.0%	7	46.7%	7	46.7%	1	6.7%	0	0.0%	4	26.7%	4	26.7%	7	46.7%
16. Si salgo de una tienda y me doy cuenta de me han dado mal vuelto, regreso allí a pedir el cambio correcto	1	6.7%	3	20.0%	3	20.0%	8	53.3%	0	0.0%	3	20.0%	7	46.7%	5	33.3%

17. No me resulta fácil hacer un cumplido a alguien que me gusta	3	20.0%	3	20.0%	6	40.0%	3	20.0%	2	13.3%	2	13.3%	7	46.7%	4	26.7%
18. Si veo en una fiesta a una persona atractiva del sexo opuesto, tomo la iniciativa y me acerco a entablar conversación con ella	4	26.7%	8	53.3%	3	20.0%	0	0.0%	4	26.7%	4	26.7%	6	40.0%	1	6.7%
19. Me cuesta expresar mis sentimientos a los demás	0	0.0%	3	20.0%	10	66.7%	2	13.3%	2	13.3%	3	20.0%	4	26.7%	6	40.0%
20. Si tuviera que buscar trabajo, preferiría escribir cartas a tener que pasar por entrevistas personales	4	26.7%	4	26.7%	5	33.3%	2	13.3%	0	0.0%	3	20.0%	8	53.3%	4	26.7%
21. Soy incapaz de regatear o pedir descuento o comprar algo	2	13.3%	2	13.3%	8	53.3%	3	20.0%	6	40.0%	3	20.0%	3	20.0%	3	20.0%
22. Cuando un familiar cercano me molesta, prefiero ocultar mis sentimientos antes que expresar mi enfado	2	13.3%	4	26.7%	6	40.0%	3	20.0%	1	6.7%	4	26.7%	3	20.0%	7	46.7%
23. Nunca sé cómo "cortar" a un amigo que habla mucho	1	6.7%	7	46.7%	6	40.0%	1	6.7%	1	6.7%	4	26.7%	2	13.3%	8	53.3%
24. Cuando decido que no me apetece volver a salir con una personas, me cuesta mucho comunicarle mi decisión	3	20.0%	8	53.3%	3	20.0%	1	6.7%	1	6.7%	2	13.3%	8	53.3%	4	26.7%
25. Si un amigo al que prestado cierta cantidad de dinero para haberlo olvidado, se lo recuerdo	1	6.7%	5	33.3%	6	40.0%	3	20.0%	2	13.3%	2	13.3%	7	46.7%	4	26.7%
26. Me suele costar mucho pedir a un amigo que me haga un favor	1	6.7%	6	40.0%	5	33.3%	3	20.0%	4	26.7%	3	20.0%	3	20.0%	5	33.3%
27. Soy incapaz de pedir a alguien una cita	7	46.7%	4	26.7%	2	13.3%	2	13.3%	6	40.0%	1	6.7%	3	20.0%	5	33.3%
28. Me siento turbado o violento cuando alguien del sexo opuesto me dice que gusta algo de mi físico	4	26.7%	8	53.3%	3	20.0%	0	0.0%	3	20.0%	6	40.0%	2	13.3%	4	26.7%
29. Me cuesta expresar mi opinión en grupos (clase, reunión)	4	26.7%	3	20.0%	5	33.3%	3	20.0%	1	6.7%	2	13.3%	5	33.3%	7	46.7%
30. Cuando alguien me "cuela" en una fila hago como si no me diera cuenta	0	0.0%	9	60.0%	5	33.3%	1	6.7%	1	6.7%	3	20.0%	4	26.7%	7	46.7%
31. Me cuesta mucho expresar mi agresividad o enfado hacia el otro sexo aunque tenga motivos justificados	2	13.3%	6	40.0%	6	40.0%	1	6.7%	5	33.3%	5	33.3%	5	33.3%	0	0.0%
32. Muchas veces prefiero ceder, callarme o "quitarme de en medio" para evitar problemas con otras personas	0	0.0%	2	13.3%	7	46.7%	6	40.0%	1	6.7%	3	20.0%	2	13.3%	9	60.0%
33. Hay veces que no sé negarme con alguien que no me apetece pero que me llama varias veces	4	26.7%	8	53.3%	2	13.3%	1	6.7%	0	0.0%	3	20.0%	4	26.7%	8	53.3%