

## HABILIDADES SOCIALES: PSICOTERAPIA GRUPAL CON PACIENTES ESQUIZOFRENICOS CRONICOS

Roberto Rojas <sup>1</sup>

---

El presente programa corrobora la importancia del entrenamiento grupal en habilidades sociales con pacientes esquizofrénicos crónicos, desarrollado por Liberman, y aplicado en el Perú por Sotillo et al. (1991) en un instituto nacional de salud mental. Conocedores que el manejo de los pacientes psiquiátricos en una clínica privada es diferente al utilizado en los institutos del estado, consideramos relevante aplicar este programa, que sirvió tanto para capacitar al personal de la clínica, como para adaptar este programa a una infraestructura y dinámica de atención distintas. Se seleccionó una muestra de 9 pacientes esquizofrénicos crónicos, según diagnóstico del DSM III-R, evaluados bajo criterios como: repertorio de conductas básicas, repertorio verbal mínimo y con ausencia de síntomas positivos prominentes de la enfermedad. Los resultados son presentados en base a la evaluación de 27 conductas, agrupadas en 4 áreas, que se evaluaron antes y después del entrenamiento, lo que nos permitió observar el incremento de habilidades sociales en 8 de los 9 pacientes.

Palabras claves: esquizofrenia crónica, rehabilitación psico-social, habilidades sociales.

### **Social skills: group psychotherapy with chronic schizophrenic patients.**

The study confirms the importance of R.P. Liberman's *Group training in social skills* for schizophrenic patients and applied in Peru by Sotillo et al. (1991) in a public mental health institution. We applied this same experience in a private psychiatric clinic of Lima. Since the management of patients in public and private institutions are different, we carried out a study to train the staff and to adapt the program. Nine inpatients with DSM III-R diagnosis of chronic schizophrenia were selected. The inclusion criteria were: basic behaviors, minimal speech repertoire and no positive symptoms. Twenty-seven behaviors, grouped in 4 areas, were assessed before and after training. Results reveal an increase in the number of social skills in 8 of the 9 subjects that participated in the study.

Key words: Schizophrenia, psychosocial rehabilitation, social skills.

- 
1. Psicólogo graduado en la Pontificia Universidad Católica del Perú, actualmente docente de la Sección de Psicología de la P.U.C.P. Coordinador de la Práctica Profesional en la Unidad Interdisciplinaria de Terapia Cognitivo Conductual en el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado- Hideyo Noguchi y Coordinador del Departamento de Psicología de la Clínica Baltazar Caravedo. Dirección: Jr Independencia No 242 Chorrillos, Perú; Internet: rojas@pucep.edu.pe.
  2. Nuestro agradecimiento al Dr. César Sotillo quien nos introdujo a este campo de trabajo, por el apoyo y colaboración brindados.



## Introducción

La esquizofrenia es una enfermedad caracterizada por déficits cognitivos, psicofisiológicos e interpersonales, que determinan una marcada vulnerabilidad al estrés. Los sujetos afectados presentan frecuentemente síntomas positivos, como delusiones y alucinaciones, que interfieren en los procesos cognitivos y dificultan la adquisición de información, desarrollo de habilidades y razonamiento necesarios para presentar un desempeño adecuado. También aparecen síntomas negativos persistentes, menos perceptibles pero igualmente debilitantes: disminución de la motivación, el interés y el placer para el desarrollo de actividades. Es inherente a este trastorno el deterioro de procesos cognitivos básicos incluyendo la atención, memoria, juicio y abstracción, que responden parcialmente a la medicación y distinguen a los individuos con esquizofrenia (Lieberman, 1987., Mueser et al., 1993).

La esquizofrenia, como otras enfermedades mentales serias, genera en los individuos severos déficits en su desempeño social; por ello, aun a pesar del uso constante de medicación, los síntomas pueden volverse tan intensos que limitan y deterioran la interacción del individuo: están generalmente aislados, se alejan de amigos y familiares, pierden el trabajo, presentan un pobre estado de salud, carecen de habilidades para una vida independiente, por lo que desarrollan un estilo de vida marginal y estigmatizado (Lieberman, 1993). Todo ello constituye un gran obstáculo para la adecuada reinserción social que su recuperación requiere.

A pesar de la abundante información existente sobre este grupo de trastornos psiquiátricos y los grandes esfuerzos puestos hasta la fecha para rehabilitar de manera integral al individuo afecto, no en pocos trabajos se ha dejado de lado aspectos tan importantes como desarrollar en el paciente ciertas habilidades que le permitan desempeñarse de manera más efectiva

en sus relaciones interpersonales. Aunque hubieron diversos intentos de trabajar esta área del comportamiento, éstos han estado más sujetos al entusiasmo de rehabilitadores, que al uso de técnicas científicamente comprobadas (Sotillo et al., 1991).

Los programas de rehabilitación en la mayor parte de los países, incluido el Perú, involucran en general el uso de dos tipos de intervención: la farmacología y la psicoterapia. Es competencia de la psicoterapia desarrollar habilidades sociales; sin embargo, esto no se llega a realizar o, si acaso se realiza, se orientan sólo a enseñar modos de expresar las conductas sociales, más no, como evaluar la conducta de las otras personas con las que se interactúa. De igual forma, ha encontrado que las habilidades sociales no sólo son las conductas que el sujeto expresa al momento de interactuar, sino también incluyen la forma como él evalúa sus propios recursos para responder en forma adecuada a la situación social que enfrenta.

Lieberman (1989) ante la emergencia de esta problemática, ha venido trabajando en procura de lograr medios eficaces para desarrollar habilidades sociales en las personas con diagnóstico psiquiátrico, basados en el modelo teórico de *estrés-vulnerabilidad-habilidades de afronte*. Este modelo explica el inicio, curso y resultado de los síntomas de la enfermedad y del funcionamiento social como una interacción compleja entre factores ambientales y conductuales. La vulnerabilidad psicobiológica, se presume genéticamente determinada y presente en el cerebro antes de la emergencia de síntomas psicóticos, la que puede llegar a limitar el desarrollo de competencia social en la niñez y adolescencia y predisponer al desarrollo de síntomas psicóticos cuando los eventos estresantes de la vida o tensiones en la familia, escuela o trabajo sobrepasen las habilidades de afrontamiento del individuo. El impacto de los estresores sobre la vulnerabilidad de los sujetos es amortiguado por la presencia de factores protectores, entre los cuales se encuentran los recursos de afrontamiento de los sujetos, los sistemas naturales de soporte social y el tratamiento profesional (Lieberman, 1993).

Se debe considerar también, que los eventos estresantes de la vida que sobrepasan los efectos protectores de la medicación, los recursos de afrontamiento personal y de soporte social pueden llevar a la exacerbación de

los síntomas. Incluso en la ausencia de estresores mayores, los individuos vulnerables pueden sucumbir si carecen de estos elementos de protección. Los estresores generalmente activan perturbaciones en el sistema nervioso central que llevan a una hiperactivación de anomalías bioquímicas y fisiológicas y a la emergencia de síntomas prodrómicos que anuncian una recaída (Lieberman, 1987., Lieberman, et al. 1993).

El modelo *estrés –vulnerabilidad– habilidades* de afronte resalta así el papel de las intervenciones psicosociales dirigidas al desarrollo de habilidades personales para la vida independiente, estilos de afrontamiento y desarrollo de competencias interpersonales como factores protectores durante el curso de la enfermedad mental. Estos factores protectores amortiguan el impacto de los estresores y así reducen la posibilidad de una recaída. El afrontamiento aprendido ayuda al individuo a satisfacer sus necesidades instrumentales y socioemocionales permitiendo enfrentar las demandas y solucionar los problemas de la vida diaria. Por ello el entrenamiento en habilidades sociales se ha convertido en un área de suma importancia a trabajar con esta población.

En el Perú, Sotillo et al. (1991) toman la iniciativa de adaptar los módulos de habilidades sociales a nuestra población. Se desarrollaron por primera vez en Lima, 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 se viene desarrollando en la ciudad de Arequipa. Existen proyectos de expansión.

### *Definición de habilidades sociales*

Las habilidades sociales son las destrezas que nos permiten expresar y comunicar a los demás de modo adecuado nuestros afectos, deseos, opiniones y expectativas, buscando hacer respetar nuestros derechos y respetando el derecho de los demás. Ellas posibilitan satisfacer nuestras necesidades materiales (encontrar trabajo, administrar dinero, etc.) y afiliativas (ser escuchado, recibir, afecto, etc.). Debido a que la mayoría de estas necesidades se satisfacen a través del contacto e interacción con

otras personas, muchos de los problemas presentados pueden ser trabajados en el entrenamiento: hacer amigos, iniciar conversaciones, pedir ayuda, tener éxito en una entrevista de trabajo, resolver problemas familiares, mejorar las relaciones maritales y amicales, afrontar la crítica y la cólera hacia otros, etc. Las habilidades sociales son recursos que adecuadamente utilizados, permiten desarrollar nuestro potencial humano (Kelley, 1987., Liberman, 1989., Sotillo et al., 1991., Caballo, 1993).

### *Dimensiones de las habilidades sociales*

Las dimensiones relevantes a considerar en las habilidades sociales son:

- (1) Dimensión conductual, se consideran las conductas específicas desarrolladas por las personas como: hacer y recibir cumplidos; expresar sentimientos; iniciar, mantener y terminar una conversación; defender derechos, manejar críticas, etc.
- (2) Dimensión de personas, la que se refiere a los sujetos con los que se desarrolla la interacción social.
- (3) Dimensión situacional, es el contexto socio-ambiental en el que se realiza la interacción: en casa, una fiesta, en la escuela, etc. (Caballo, 1993).

### *Evaluación de las habilidades sociales*

Las técnicas de medición se aplican antes, durante y después del entrenamiento, pudiendo usarse más de un método de evaluación. Los más usados son:

- (1) Medidas de autoinforme que son inventarios y escalas rápidos y sencillos. Sirven para explorar la dimensión conductual, de personas y/o situacional de las habilidades sociales, algunas de ellas poco accesibles a la observación directa. Por ejemplo: la Escala de Rathus.
- (2) La entrevista por parte del evaluador.
- (3) El auto-registro en el cual el sujeto se autoobserva y evalúa su desempeño en diferentes situaciones cotidianas, las que son consignadas en registros escritos.

- (4) Medidas conductuales, evaluación que se realiza a partir de interacciones simuladas y estructuradas a desarrollar en el espacio terapéutico.
- (5) Medidas fisiológicas.

### *Estrategias utilizadas en el entrenamiento en habilidades sociales*

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

- (1) Instrucciones y explicación del fundamento teórico. Al inicio de cualquier sesión de habilidades sociales se explica los objetivos de la sesión, sus componentes y beneficios.
- (2) Exposición a modelos. Un modelo (terapeuta o coterapeuta) desarrollará correctamente la conducta que se pretende entrenar.
- (3) Oportunidad de practicar las habilidades, por medio del “ensayo conductual” en el que se pretende aproximar la situación lo más posible a lo real. Existen tres formas de práctica ampliamente usadas que se diferencian según el nivel de estructuración:
  - a) juego de roles, se actúa la situación lo más parecido posible a lo real. Se dan situaciones bastante estructuradas.
  - b) práctica semiestructurada, no tan descrita como en el juego de roles.
  - c) práctica no estructurada, situación escasamente definida, en la que se dan consignas muy generales.
- (4) Reforzamiento y retroinformación de la práctica conductual del paciente. Brindan retroinformación verbal al sujeto evaluado, el terapeuta y los otros pacientes; también se usa la retroinformación audiovisual por medio de equipos de video.
- (5) Generalización de las habilidades al ambiente natural, esto se alcanza realizando en situación de ensayo, conductas parecidas a las de la vida real y por medio de las 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 pretendan 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 (Kelley, 1987., Liberman, 1989., Sotillo, et al.1991).

## Metodología

Los objetivos del presente estudio fueron: (1) describir y sistematizar el trabajo piloto en talleres de habilidades sociales con pacientes esquizofrénicos en una clínica privada de Lima y (2) adaptar los módulos de habilidades sociales a la realidad de la institución.

La *muestra* estuvo constituida por 9 pacientes internados en la Clínica Baltazar Caravedo, que se encontraban en la categoría de asegurados, por un convenio con el Instituto Peruano de Seguridad Social (IPSS), durante el mes de abril de 1994. Se trabajó con una muestra intencional, no probabilística, quienes cumplían con los siguientes criterios de inclusión:

- paciente con diagnóstico de esquizofrenia u otro desorden psicótico, que no presentaran síntomas prominentes de la enfermedad: alucinaciones, delusiones u otros síntomas que les impida vivir gregariamente.
- contar con un repertorio de conductas básicas como: atención, discriminación, seguimiento de instrucciones simples y repertorio verbal mínimo.
- interactuar con un grupo pequeño sin moverse, hablar solo, y no presentar conductas heteroagresivas o autoagresivas que no pueda controlar.



- presentar déficits en su repertorio de habilidades sociales, evaluadas a través de autorreportes, reportes familiares y de los médicos, psicólogos y personal de enfermería que apoyan al paciente.

De los 9 pacientes, 6 eran varones y 3 mujeres, todos adultos, con un rango de edades que fluctúa desde los 25 a los 49 años, con una edad promedio de 32 años. En lo que respecta al estado civil 5(56%) eran solteros, 3 (33%) estaban separados de sus cónyuges y 1(11%) era conviviente. Del grupo 1 (11%) no concluyó primaria, 4 (44%) no concluyeron secundaria; sólo 1 (11%) estudió en un instituto superior. Respecto al diagnóstico psiquiátrico 8 (89%) presentan trastorno equizofrénico de tipo paranoide (DSM III-R: 295.3) y 1 (11%) trastorno de tipo esquizoafectivo(DSM III-R: 295.7); el promedio de historia de enfermedades de 14.3 años. La mayoría son naturales de Lima (78%) y en la actualidad, ninguno realiza labor alguna. El detalle podemos observarlo en el Cuadro 1.

Los *instrumentos* que se utilizaron para la evaluación y selección de los pacientes que ingresaron al taller fueron la Escala de Asertividad de Rathus y la entrevista por parte de personal calificado (médicos psiquiatras).

Para evaluar el desempeño y el cambio conductual en los pacientes que participaron, se utilizó el Registro de Evaluación Conductual de Habilidades Sociales, el cual fue desarrollado y adaptado por Sotillo et al.,(1991) utilizando el criterio de 7 jueces, todos terapeutas cognitivo-conductuales. Este consiste en la sistematización de 27 conductas relacionadas con la interacción social, las que se encontraban distribuidas en 4 áreas:

- (1) Conductas de autocuidado: son todas aquellas conductas vinculadas al cuidado, arreglo, higiene, aseo y presentación personal.
- (2) Conductas paralingüísticas: son todas aquellas conductas que acompañan a la emisión de la palabra, y que hace comprensible el mensaje independientemente de su contenido.
- (3) Conductas no verbales: son aquellas que se desarrollan a través de nuestro cuerpo y que también comunican, como gestos, miradas, movimiento de las manos, postura, etc.

**Cuadro 1:**

Nombres	Sexo	Edad	Estado civil	Grado instrucc.	Diag-nóstico	Historia de Enfer.	Lugar de Nac.	Trabajo
(1) Antonio	M	49	Separado	Secund. completa	295.7	18 años	Lima	Cesante
(2) José *	M	42	Soltero	Secund. incompl.	295.3	30 años	Lima	No
(3) Sergio	M	48	Separado	Secund. incompl.	295.3	25 años	Lima	No
(4) Ada*	F	33	Separada	Secund. completa	295.3	3 años	Lima	No
(5) José Luis	M	29	Soltero	Secund. incompl.	295.3	18 años	Lima	No
(6) Arturo	M	27	Soltero	Secund. incompl.	295.3	14 años	Lima	No
(7) Margarita	F	43	Soltera	Secund. incompl.	295.3	15 años	Callao	No
(8) Hermán	M	25	Soltera	Superior técnico incompl.	295.3	4 años	Ica	No
(9) Bety*	F	27	Conviviente	Secund. incompl.	295.3	1 <sup>1/2</sup> años	Amanas	No

(\*) *No concluyeron con el entrenamiento en habilidades sociales.*

(4) Conductas de aserción verbal: son todas aquellas que están relacionadas con la emisión de las palabras (Sotillo, et al., 1991). Para el detalle de las 27 conductas ver Anexo B.

Las conductas del Registro de Evaluación Conductual de Habilidades Sociales, pueden ser determinadas en 3 categorías. Las categorías “conductas a trabajar (1)” y “conductas a mejorar (2)”, son ambas descriptivas de conductas inadecuadas, aunque la primera implica un nivel de deterioro o limitación mayor que la segunda. La categoría “conducta adecuada (3)” se refiere a que esas conductas se desarrollan dentro de los parámetros

socialmente aceptados. Todos los pacientes son evaluados en cada sesión, en función a los objetivos de la misma, por medio de estas categorías.

Los terapeutas también son evaluados mediante el Registro de Evaluación Conductual para un Terapeuta, que permite determinar su desempeño en el proceso de intervención.

Los *recursos* fueron:

- Recursos humanos: el *grupo de entrenamiento* conformado por un médico psiquiatra y un psicólogo, y el *grupo entrenado* constituido por una médico psiquiatra, una enfermera, una asistente social y seis internos de psicología.
- Recursos materiales: sala de grupo, instrumentos de evaluación, papelógrafos y equipo de filmación.

El *procedimiento* requirió de la preparación del personal de la clínica que se llevó a cabo en un período de quince días previos al desarrollo del taller, durante dos horas a la semana, en el cuál se hacían revisiones y discusiones de los módulos de habilidades sociales para pacientes esquizofrénicos, recopilando nuestra experiencia en los talleres anteriores.

La selección de los sujetos la realizaron dos médicos psiquiatras entre los pacientes asegurados de la clínica en función a los criterios diagnósticos del DSM III-R (1988) y de los criterios de inclusión en la muestra mencionados anteriormente. Una vez seleccionados, se los evaluó con el Registro de Evaluación Conductual de Habilidades Sociales, en función al cual se establecen cuáles son las áreas que han sido afectadas.

La fase de entrenamiento, se llevó a cabo en 20 sesiones semanales, de 60 minutos cada una, con una duración de 6 meses desde junio hasta diciembre de 1994, en las que se implementaron las técnicas de entrenamiento en habilidades sociales: ensayo conductual (juego de roles), modelado, reforzamiento, retroalimentación verbal y por video, asignación de tareas. Se siguió un programa preelaborado planteándose las metas para cada sesión. En la primera y segunda sesión se trabajó la introducción al taller y las conductas de autocuidado (arreglo e higiene personal); de la tercera a la quinta, las conductas paralingüísticas y no verbales. La sexta

y séptima sesión estuvieron dedicadas a desarrollar en los pacientes habilidades para reconocer y expresar emociones en forma adecuada.

En las tres subsiguientes sesiones los pacientes recibieron entrenamiento para iniciar, mantener y terminar una conversación, para lo cual se emplearon principalmente las técnicas de modelaje, libre información y de autodescubrimiento (Lieberman et al., 1993). En la sesión diez y once los pacientes aprendieron a dar y recibir cumplidos ante personas de su mismo sexo y del sexo opuesto y a dar opiniones y hacer críticas. En las cuatro sesiones siguientes se les entrenó para el manejo de críticas manipulatorias empleando las técnicas de aserción verbal: interrogación negativa, aserción negativa, banco de niebla y disco rayado. En las últimas dos sesiones se trabajó la técnica de solución de problemas.

Durante todo el proceso, dos terapeutas evaluaron el desempeño de los pacientes en cada sesión, por medio del Registro de Evaluación Conductual de Habilidades Sociales, en el cual se consignaron los resultados de su participación. Luego de concluída la sesión el equipo de trabajo se reunía para evaluar el desempeño de cada uno de los pacientes evaluando el progreso, estancamiento o retroceso en función a lo observado y registrado. Se obtuvieron altos índices de acuerdo entre los evaluadores.

La evaluación post-entrenamiento, se ha realizado por el seguimiento a seis de los nueve pacientes, quienes son evaluados en las 27 conductas base. Actualmente siguen asistiendo a las sesiones de seguimiento cuatro de los seis participantes que concluyeron el taller, quienes han generalizado las conductas obtenidas.

El tratamiento estadístico de los datos, fue realizado siguiendo los objetivos de la investigación y comprendía los siguientes aspectos: (1) índice de acuerdo entre jueces para determinar la confiabilidad de las evaluaciones de cada sujeto, utilizando los materiales consignados por medio del Registro de Evaluación Conductual de Habilidades Sociales, y (2) estudio de las características socio-demográficas de la muestra estudiada, utilizándose la tabulación de frecuencias y sus porcentajes respectivos, así como en aquellos casos que fuera necesario, la media aritmética y la desviación estándar.

## Resultados

De los nueve participantes, completaron el entrenamiento seis de ellos; todos fueron evaluados en base al Registro de Evaluación Conductual de Habilidades Sociales. Los tres participantes que no completaron el entrenamiento tuvieron motivos diversos, el común fue el alta que se aunó en cada caso a situaciones particulares: uno de los pacientes viajó fuera de Lima y no se le pudo evaluar pues participó sólo hasta la cuarta sesión; otro, asistió hasta la sesión 14 y luego del alta asistió a dos sesiones más y no regresó por su precaria situación económica; en el otro caso luego del alta no retornó. Cabe mencionar que debido a la evaluación constante se pudo determinar cómo, a pesar de su retiro del taller, los dos últimos pacientes cumplieron con gran parte de los objetivos planteados.

De los otros seis sujetos que se mantuvieron en el entrenamiento en habilidades sociales, dos de ellos a pesar de salir de alta continuaron asistiendo. Como se puede observar en el Cuadro 2, en los seis sujetos que se mantienen durante todo el taller y en los dos sujetos que se retiraron estando en sesiones avanzadas (14 y 16) se observa un incremento significativo en el número de conductas aceptables (3) en tanto que el número de conductas que necesitaban ser trabajadas (1) o mejoradas (2), ambas categorías inadecuadas, disminuyeron.

Dentro de la categoría inadecuada, las conductas a trabajar (1) que implican una mayor limitación que las conductas a mejorar (2), también presentan una relación inversamente proporcional pues, antes de su participación en los talleres, las primeras eran mayores que las segundas, pero después del entrenamiento, adicionalmente a la disminución significativa de las conductas inadecuadas, al interior de la misma se incrementan las conductas a mejorar (2). Cabe señalar además que los seis sujetos que concluyeron el taller, presentaron mayor porcentaje de conductas adecuadas que aquellos que no lo hicieron, lo que resalta la importancia de concluir con todo el proceso de entrenamiento. Para mayor detalle remitirse al Anexo A.

**Cuadro 2:** Frecuencia y porcentaje de las conductas evaluadas por los jueces de acuerdo a los puntajes obtenidos antes y después del entrenamiento(\*).

SUJETOS	CONDUCTAS	ANTES		DESPUES	
		F	%	F	%
SUJETO 1	Adecuadas (3)	11	41%	24	89%
	Inadecuadas (1 y 2)	16	59%	3	11%
SUJETO 2	Adecuadas (3)	3	11%	13	48%
	Inadecuadas (1 y 2)	24	89%	14	52%
SUJETO 3	Adecuadas (3)	13	48%	23	85%
	Inadecuadas (1 y 2)	14	52%	4	15%
SUJETO 4	Adecuadas (3)	6	22%	20	74%
	Inadecuadas (1 y 2)	21	78%	7	26%
SUJETO 5	Adecuadas (3)	2	7%	14	52%
	Inadecuadas (1 y 2)	25	93%	13	48%
SUJETO 6	Adecuadas (3)	1	4%	20	74%
	Inadecuadas (1 y 2)	26	96%	7	26%
SUJETO 7	Adecuadas (3)	6	22%	21	78%
	Inadecuadas (1 y 2)	21	78%	6	22%
SUJETO 8	Adecuadas (3)	11	41%	21	78%
	Inadecuadas (1 y 2)	16	59%	6	22%
SUJETO 9	Adecuadas (3)	14	52%	no se sabe	-
	Inadecuadas (1 y 2)	13	48%	no se sabe	-

(\*) *Conductas inadecuadas:* (1) a trabajar, (2) a mejorar; y *conductas adecuadas* (3).

## Discusión

El análisis estadístico de los resultados, de los seis pacientes que concluyeron el taller de habilidades sociales, nos permite afirmar que los sujetos sometidos al entrenamiento lograron cambios significativos en sus comportamientos de interacción social, lo cual corrobora los resultados obtenidos por Liberman et al., (1993) y en el Perú a lo alcanzado por Sotillo et al. (1991), en experiencias similares.

En líneas generales, los resultados nos permiten decir que los cinco sujetos con trastorno esquizofrénico de tipo paranoide y uno con trastorno

esquizoafectivo, lograron beneficiarse del programa. No sólo aprendieron mejores formas de comportamiento e interacción social para ser ejecutadas en las sesiones de entrenamiento, sino que este aprendizaje se generalizó a su medio ambiente natural, lo que fue puesto de manifiesto por las observaciones del personal, los autoinformes de los propios sujetos, los informes de los familiares y los logros concretos de los pacientes tales como: la búsqueda de empleo, deseo de regresar a estudiar y la mejora en sus relaciones interpersonales con sus familiares y amigos.

Sin embargo, durante este trabajo piloto determinamos en la muestra, elementos importantes a considerar para el desarrollo de los próximos talleres, los cuales podemos resumir en: (1) diferente nivel de deterioro o pérdida de habilidades sociales, (2) diferente nivel de recuperación de estas habilidades una vez superada la crisis psicótica, y (3) peculiares condiciones de internamiento, ya que los pacientes por su condición de asegurados del Instituto Peruano de Seguridad Social (IPSS) son transferidos a la clínica, pero por un período que es en promedio de 2 meses, lo que dificulta que al concluir su internamiento regresen a continuar con su entrenamiento, ya que su atención médica la realizan directamente en el IPSS.

Llegamos a la conclusión que para poder aplicar este programa con mayor éxito y beneficio de los pacientes en esta institución, debíamos hacer una reformulación en la metodología de estos talleres y de la población beneficiaria de los mismos, por ello planteamos:

- Formación de grupos terapéuticos separados tanto para pacientes con diagnóstico de esquizofrenia como con diagnóstico de desorden del ánimo.
- En función al nivel de deterioro de las habilidades de interacción social, evaluados en cada sujeto, se establecieron dos categorías: Inicial y Avanzada. Cada categoría está conformada por 2 módulos de 5 sesiones cada una. Se avanzará de uno a otro en función al progreso y a los recursos del paciente.

Este proyecto se está aplicando actualmente en esta institución con éxito. Cuatro de los pacientes del estudio continúan aún en seguimiento mensual con la finalidad de evaluar la duración de los efectos logrados y observar si se da el proceso de generalización o extinción de las conductas sociales aprendidas y en qué circunstancias particulares.

## Anexo A

### Conductas Evaluadas en cada sujeto en las Areas estudiadas

**Cuadro 3**

Sujeto 1: Antonio

Número de horas asistidas: 20

Diagnóstico: Trastorno esquizo-afectivo (295.7)

ANTES		DESPUES	
CONDUCTAS DE AUTOCAUIDADO	*Inadecuadas: 3 (1) A trabajar: 2 (2) A mejorar: 1 *Adecuadas (3): 0	CONDUCTAS DE AUTOCAUIDADO	*Inadecuadas: 0 (1) A trabajar: 0 (2) A mejorar: 0 *Adecuadas (3): 3
CONDUCTA PARALINGUISTICA	*Inadecuadas: 3 (1) A trabajar: 2 (2) A mejorar: 1 *Adecuadas (3): 3	CONDUCTA PARALINGUISTICA	*Inadecuadas: 0 (1) A trabajar: 0 (2) A mejorar: 0 Adecuadas: 6
CONDUCTAS NO VERBALES	*Inadecuadas: 2 (1) A trabajar: 2 (2) A mejorar: 0 *Adecuadas (3): 3	CONDUCTAS NO VERBALES	*Inadecuadas: 1 (1) A trabajar: 0 (2) A mejorar: 1 *Adecuadas (3): 4
CONDUCTAS DE ASERCION VERBAL	*Inadecuadas: 8 (1) A trabajar: 5 (2) A mejorar: 3 *Adecuadas (3): 5	CONDUCTAS DE ASERCION VERBAL	*Inadecuadas: 2 (1) A trabajar: 0 (2) A mejorar: 2 *Adecuadas (3): 11
TOTALES	*INADECUADAS: 16 (1) A trabajar: 11 (2) A mejorar: 5 *ADECUADAS (3):11	TOTALES	INADECUADAS: 3 (1) A trabajar: 0 (2) A mejorar: 3 ADECUADAS (3): 24



### Cuadro 4

Sujeto 2: José (\*)

Número de horas asistidas: 14

Diagnóstico: Trastorno esquizofrénico de tipo paranoide (295.3)

ANTES		DESPUES	
CONDUCTAS DE AUTOCUIDADO	*Inadecuadas: 3 (1) A trabajar: 2 (2) A mejorar: 1 *Adecuadas (3): 0	CONDUCTAS DE AUTOCUIDADO	Inadecuadas: 1 (1) A trabajar: 1 (2) A mejorar: 0 Adecuadas: 2
CONDUCTA PARALINGUISTICA	*Inadecuadas: 6 (1) A trabajar: 4 (2) A mejorar: 2 *Adecuadas (3): 0	CONDUCTA PARALINGUISTICA	Inadecuadas: 3 (1) A trabajar: 1 (2) A mejorar: 2 Adecuadas: 3
CONDUCTAS NO VERBALES	*Inadecuadas: 5 (1) A trabajar: 3 (2) A mejorar: 2 *Adecuadas (3): 0	CONDUCTAS NO VERBALES	Inadecuadas: 2 (1) A trabajar: 0 (2) A mejorar: 2 Adecuadas: 3
CONDUCTAS DE ASERCIÓN VERBAL	*Inadecuadas: 10 (1) A trabajar: 6 (2) A mejorar: 4 *Adecuadas (3): 3	CONDUCTAS DE ASERCIÓN VERBAL	Inadecuadas: 7 (1) A trabajar: 3 (2) A mejorar: 4 Adecuadas: 6
TOTALES	INADECUADAS: 24 (1) A trabajar: 15 (2) A mejorar: 9 *ADECUADAS (3): 3	TOTALES	INADECUADAS: 13 (1) A trabajar: 5 (2) A mejorar: 8 ADECUADAS (3): 14

**Cuadro 5**

Sujeto 3: Sergio

Número de horas asistidas: 20

Diagnóstico: Trastorno esquizofrénico de tipo paranoide (295.3)

ANTES		DESPUES	
CONDUCTAS DE AUTOCUIDADO	*Inadecuadas: 0 (1) A trabajar: 0 (2) A mejorar: 0 *Adecuadas (3): 3	CONDUCTAS DE AUTOCUIDADO	*Inadecuadas: 0 (1) A trabajar: 0 (2) A mejorar: 0 *Adecuadas: 3
CONDUCTA PARALINGUISTICA	*Inadecuadas: 2 (1) A trabajar: 1 (2) A mejorar: 1 *Adecuadas (3): 4	CONDUCTA PARALINGUISTICA	*Inadecuadas: 0 (1) A trabajar: 0 (2) A mejorar: 0 Adecuadas: 6
CONDUCTAS NO VERBALES	*Inadecuadas: 2 (1) A trabajar: 1 (2) A mejorar: 1 *Adecuadas (3): 3	CONDUCTAS NO VERBALES	*Inadecuadas: 1 (1) A trabajar: 1 (2) A mejorar: 0 *Adecuadas (3): 4
CONDUCTAS DE ASERCION VERBAL	*Inadecuadas: 10 (1) A trabajar: 6 (2) A mejorar: 4 *Adecuadas (3): 3	CONDUCTAS DE ASERCION VERBAL	*Inadecuadas: 2 (1) A trabajar: 1 (2) A mejorar: 1 *Adecuadas (3): 11
TOTALES	*INADECUADAS: 14 (1) A trabajar: 8 (2) A mejorar: 6 *ADECUADAS (3):13	TOTALES	INADECUADAS: 3 (1) A trabajar: 2 (2) A mejorar: 1 ADECUADAS (3): 24

## Cuadro 6

Sujeto 4: Ada (\*)

Número de horas asistidas: 16

Diagnóstico: Trastorno esquizofrénico de tipo paranoide (295.3)

ANTES		DESPUES	
CONDUCTAS DE AUTOCUIDADO	*Inadecuadas: 1 (1) A trabajar: 0 (2) A mejorar: 1 *Adecuadas (3): 2	CONDUCTAS DE AUTOCUIDADO	*Inadecuadas: 0 (1) A trabajar: 0 (2) A mejorar: 0 *Adecuadas (3): 2
CONDUCTA PARALINGUISTICA	*Inadecuadas: 5 (1) A trabajar: 3 (2) A mejorar: 2 *Adecuadas (3): 1	CONDUCTA PARALINGUISTICA	*Inadecuadas: 2 (1) A trabajar: 0 (2) A mejorar: 2 *Adecuadas (3): 4
CONDUCTAS NO VERBALES	*Inadecuadas: 5 (1) A trabajar: 2 (2) A mejorar: 3 *Adecuadas (3): 0	CONDUCTAS NO VERBALES	*Inadecuadas: 2 (1) A trabajar: 1 (2) A mejorar: 1 *Adecuadas (3): 3
CONDUCTAS DE ASERCION VERBAL	*Inadecuadas: 10 (1) A trabajar: 5 (2) A mejorar: 5 *Adecuadas (3): 3	CONDUCTAS DE ASERCION VERBAL	*Inadecuadas: 3 (1) A trabajar: 1 (2) A mejorar: 2 *Adecuadas (3): 6
TOTALES	INADECUADAS: 21 (1) A trabajar: 11 (2) A mejorar: 10 ADECUADAS (3): 6	TOTALES	INADECUADAS: 07 (1) A trabajar: 1 (2) A mejorar: 6 ADECUADAS: 20

(\*) Se retiró del taller en la sesión 16

### Cuadro 7

Sujeto 5: José Luis

Número de horas asistidas: 20

Diagnóstico: Trastorno esquizofrénico de tipo paranoide (295.3)

ANTES		DESPUES	
CONDUCTAS DE AUTOCUIDADO	*Inadecuadas: 2 (1) A trabajar: 1 (2) A mejorar: 1 *Adecuadas (3): 0	CONDUCTAS DE AUTOCUIDADO	*Inadecuadas: 1 (1) A trabajar: 0 (2) A mejorar: 1 *Adecuadas (3): 2
CONDUCTA PARALINGUISTICA	*Inadecuadas: 5 (1) A trabajar: 2 (2) A mejorar: 3 *Adecuadas (3): 1	CONDUCTA PARALINGUISTICA	*Inadecuadas: 3 (1) A trabajar: 1 (2) A mejorar: 2 Adecuadas: 3
CONDUCTAS NO VERBALES	*Inadecuadas: 5 (1) A trabajar: 4 (2) A mejorar: 1 *Adecuadas (3): 0	CONDUCTAS NO VERBALES	Inadecuadas: 2 (1) A trabajar: 0 (2) A mejorar: 2 Adecuadas: 3
CONDUCTAS DE ASERCION VERBAL	*Inadecuadas: 13 (1) A trabajar: 9 (2) A mejorar: 4 *Adecuadas (3): 0	CONDUCTAS DE ASERCION VERBAL	*Inadecuadas: 7 (1) A trabajar: 2 (2) A mejorar: 5 Adecuadas (3): 6
TOTALES	*INADECUADAS: 25 (1) A trabajar: 16 (2) A mejorar: 9 *ADECUADAS (3): 2	TOTALES	INADECUADAS: 13 (1) A trabajar: 3 (2) A mejorar: 10 ADECUADAS (3): 14

### Cuadro 8

Sujeto 6: Arturo

Número de horas asistidas: 18

Diagnóstico: Trastorno esquizofrénico de tipo paranoide (295.3)

ANTES		DESPUES	
CONDUCTAS DE AUTOUIDADO	*Inadecuadas: 2 (1) A trabajar: 1 (2) A mejorar: 1 *Adecuadas (3): 0	CONDUCTAS DE AUTOUIDADO	*Inadecuadas: 0 (1) A trabajar: 0 (2) A mejorar: 0 *Adecuadas: 2
CONDUCTA PARALINGUISTICA	*Inadecuadas: 6 (1) A trabajar: 3 (2) A mejorar: 3 *Adecuadas (3): 0	CONDUCTA PARALINGUISTICA	*Inadecuadas: 1 (1) A trabajar: 0 (2) A mejorar: 1 Adecuadas (3): 5
CONDUCTAS NO VERBALES	*Inadecuadas: 5 (1) A trabajar: 2 (2) A mejorar: 3 *Adecuadas (3): 0	CONDUCTAS NO VERBALES	*Inadecuadas: 1 (1) A trabajar: 0 (2) A mejorar: 1 *Adecuadas: 3
CONDUCTAS DE ASERCIÓN VERBAL	*Inadecuadas: 13 (1) A trabajar: 9 (2) A mejorar: 4 *Adecuadas (3): 3	CONDUCTAS DE ASERCIÓN VERBAL	*Inadecuadas: 5 (1) A trabajar: 2 (2) A mejorar: 3 *Adecuadas: 8
TOTALES	*INADECUADAS: 26 (1) A trabajar: 15 (2) A mejorar: 11 *ADECUADAS (3): 1	TOTALES	*INADECUADAS: 7 (1) A trabajar: 2 (2) A mejorar: 5 *ADECUADAS (3): 20

### Cuadro 9

Sujeto 6: Margarita

Número de horas asistidas: 20

Diagnóstico: Trastorno esquizofrénico de tipo paranoide (295.3)

ANTES		DESPUES	
CONDUCTAS DE AUTOCUIDADO	*Inadecuadas: 3 (1) A trabajar: 2 (2) A mejorar: 1 *Adecuadas (3): 0	CONDUCTAS DE AUTOCUIDADO	*Inadecuadas: 1 (1) A trabajar: 0 (2) A mejorar: 1 *Adecuadas (3): 2
CONDUCTA PARALINGUISTICA	*Inadecuadas: 4 (1) A trabajar: 2 (2) A mejorar: 2 *Adecuadas (3): 2	CONDUCTA PARALINGUISTICA	*Inadecuadas: 1 (1) A trabajar: 0 (2) A mejorar: 1 *Adecuada (3): 5
CONDUCTAS NO VERBALES	*Inadecuadas: 4 (1) A trabajar: 2 (2) A mejorar: 2 *Adecuadas (3): 1	CONDUCTAS NO VERBALES	*Inadecuadas: 1 (1) A trabajar: 0 (2) A mejorar: 1 *Adecuadas (3): 4
CONDUCTAS DE ASERCION VERBAL	*Inadecuadas: 10 (1) A trabajar: 6 (2) A mejorar: 4 *Adecuadas (3): 3	CONDUCTAS DE ASERCION VERBAL	*Inadecuadas: 4 (1) A trabajar: 1 (2) A mejorar: 3 *Adecuadas (3): 19
TOTALES	*INADECUADAS: 21 (1) A trabajar: 12 (2) A mejorar: 9 *ADECUADAS (3): 6	TOTALES	*INADECUADAS: 7 (1) A trabajar: 1 (2) A mejorar: 6 *ADECUADAS (3): 20

### Cuadro 10

Sujeto 6: Hernán

Número de horas asistidas: 18

Diagnóstico: Trastorno esquizofrénico de tipo paranoide (295.3)

ANTES		DESPUES	
CONDUCTAS DE AUTOCUIDADO	*Inadecuadas: 1 (1) A trabajar: 0 (2) A mejorar: 1 *Adecuadas (3): 2	CONDUCTAS DE AUTOCUIDADO	*Inadecuadas: 0 (1) A trabajar: 0 (2) A mejorar: 1 *Adecuadas (3): 3
CONDUCTA PARALINGUISTICA	*Inadecuadas: 2 (1) A trabajar: 2 (2) A mejorar: 0 *Adecuadas (3): 4	CONDUCTA PARALINGUISTICA	*Inadecuadas: 1 (1) A trabajar: 0 (2) A mejorar: 1 *Adecuada (3): 5
CONDUCTAS NO VERBALES	*Inadecuadas: 2 (1) A trabajar: 2 (2) A mejorar: 0 *Adecuadas (3): 3	CONDUCTAS NO VERBALES	*Inadecuadas: 1 (1) A trabajar: 0 (2) A mejorar: 1 *Adecuadas (3): 4
CONDUCTAS DE ASERCION VERBAL	*Inadecuadas: 11 (1) A trabajar: 9 (2) A mejorar: 2 *Adecuadas (3): 3	CONDUCTAS DE ASERCION VERBAL	*Inadecuadas: 4 (1) A trabajar: 1 (2) A mejorar: 3 *Adecuadas (3): 9
TOTALES	*INADECUADAS: 16 (1) A trabajar: 14 (2) A mejorar: 2 *ADECUADAS (3):11	TOTALES	*INADECUADAS: 6 (1) A trabajar: 1 (2) A mejorar: 5 *ADECUADAS (3):21

Sujeto 9: Betyabeth

Número de horas asistidas: 4 (viajó a Trujillo)

Diagnóstico: Transtorno esquizofrénico de tipo Paranoide (295.3)

## Anexo B

### Registro de Evaluación Conductual de Habilidades Sociales: Descripción de las áreas trabajadas

#### I. CONDUCTAS DE AUTOCUIDADO

1. **ARREGLO E HIGIENE CORPORAL:** Se refiere a la limpieza y arreglo adecuado del:
  - \* Cabello: limpieza (lavarlo con champú dejando un día), peinado, corte.
  - \* Rostro: aseado (sin legañas, sin residuos de comida, razurado, exageración en el maquillaje, rubor, polvo, colorete, sombras, etc.)
  - \* Boca: dientes sin sarro, sin residuos de comida (lavado después de cada comida)
  - \* Cuello: limpios, sin mugre acumulado.
  - \* Manos: limpias (lavarlas después de ir al baño, antes de comer con agua y jabón) ; uñas arregladas(cortas, sin mugre).
  
2. **LIMPIEZA DEL VESTIDO:** Limpieza de nuestra ropa.
  - \* Camisa o vestido: no presenta manchas de suciedad.
  - \* Ropa Interior: usarla, cambiarse frecuentemente.
  - \* Pantalón o falda: no presenta manchas de suciedad.
  - \* Calcetines o medias: no presenta manchas de suciedad.
  - \* Zapatos o zapatillas: zapatos lustradas o limpias y zapatillas lavadas.
  
3. **ARREGLO DEL VESTIDO:** forma como llevamos nuestra ropa:
  - \* Camisa, blusa o vestido. No presentan las siguientes características: desabotonada o sin botones; rota, descosida o cosida con hilo de un color que no corresponde, arrugada, presenta un escote exagerado (exhibe partes de su cuerpo que no debe mostrar) y/o no es adecuada a la estación (de verano en invierno) y/o situación (deportivo en una fiesta, distinta para dormir que en el día).
  - \* Pantalón o falda. No presentan las siguientes características: cierre abierto, roto(a), descosido(a) o cosida con hilo de un color que no corresponde, está arrugado y no es adecuado(a) a la estación y/o situación.
  - \* Calcetines o medias. No presentan las siguientes características: huecos, no están de acuerdo a la estación o situación, son de colores diferentes.
  - \* Zapatos o zapatillas. No presentan las siguientes características: rotos, sin pasadores o si los tiene no están atados.



- \* Uso de las prendas de vestir o accesorios. La prenda de vestir o accesorios (joya alhajas o cinturones) son usados en una forma que no corresponde, por ejemplo, un polo con manga corta sobre una chompa, en vez de la chompa sobre la camisa.

## II CONDUCTAS PARALINGUISTICAS:

### 4. VELOCIDAD:

1. El discurso no se entiende por ser demasiado lento o rápido.
2. El discurso se entiende aún siendo lento o rápido.
3. El discurso se entiende, no siendo lento o rápido.

### 5. FLUIDEZ VERBAL:

1. El discurso no se entiende por tener períodos de silencio sin razón aparente.
2. El discurso se interrumpe por tener períodos cortos de silencio y el uso de muletillas.
3. El discurso no se interrumpe por períodos de silencio ni por el uso de muletillas (este, o sea, etc.).

### 6. INFLEXION:

1. No hay variación del tono de voz (monotonía) durante todo el discurso.
2. No hay variación del tono de voz durante partes del discurso.
3. Variación del tono de voz durante el discurso.

### 7. ARTICULACION:

1. Las palabras del discurso no son comprensibles.
2. Algunas palabras del discurso no son comprensibles.
3. Las palabras del discurso son comprensibles.

### 8. VOLUMEN:

1. Volumen no audible o muy alto (gritos) sin razón aparente durante todo el discurso.
2. Volumen poco audible o muy alto sin razón aparente durante partes del discurso.
3. Volumen audible a una distancia aproximada de un metro durante el discurso.

### 9. EMPLEO DE NEOLOGISMOS:

1. Hace uso de más de tres o más jergas en un discurso de tres minutos.

2. Hace uso de una o dos jergas en un discurso de tres minutos.
3. No hace uso de jergas en un discurso de tres minutos.

### III. CONDUCTAS NO VERBALES:

#### 10. CONTACTO VISUAL:

1. No hay contacto visual o mantiene la mirada fija sobre un mismo objetivo durante todo el discurso.
2. No hay contacto visual o mantiene la mirada fija sobre un mismo objetivo durante partes del discurso.
3. No evita ni mira fijamente durante la interacción.

#### 11. POSTURA:

1. Postura rígida que denota tensión muscular o movimientos estereotipados durante la interacción.
2. Postura rígida que denota tensión muscular o movimientos estereotipados durante partes de la interacción.
3. Postura adecuadamente relajada (no denota tensión muscular ni movimientos estereotipados) durante la interacción.

#### 12. MOVIMIENTOS DE MANOS:

1. No presenta movimientos de manos alguno o se da en exceso durante todo el discurso.
2. No presenta movimiento de manos o se da en exceso durante partes del discurso.
3. Presenta movimiento de manos de acuerdo el discurso facilitando la comprensión del mismo.

#### 13. EXPRESION FACIAL

1. No presenta movimientos faciales (rostro inexpresivo) o hace demasiados gestos durante el discurso.
2. Presenta movimientos faciales sólo en parte del discurso.
3. Presenta movimientos faciales adecuados al discurso.

#### 14. DISTANCIA AL CONVERSAR

1. Se ubica frente a su interlocutor a una distancia menor de 50 cms. ó más de esta cuando la situación no se presta para ello.
2. Se sitúa frente a su interlocutor a una distancia aproximadamente de 50 cms., pero se aleja o se acerca inadecuadamente durante el proceso.
3. Se sitúa frente a su interlocutor a una distancia aproximadamente de 50 cms. dependiendo de la situación.

#### IV. CONDUCTAS DE ASERCION VERBAL:

##### 15. EXPRESION DE EMOCIONES:

1. La emoción no corresponde a la situación (ej.: en una situación que demanda tristeza, se rie) o se expresa con más de seis déficits paralingüísticos y no verbales.
2. La emoción corresponde a la situación pero las conductas paralingüísticas y no verbales presentan entre cuatro y seis déficits.
3. La emoción corresponde a la situación y/o son emitidas con menos de tres déficits paralingüísticos y no verbales.

##### 16. RECONOCIMIENTO DE EMOCIONES:

1. No identifica las conductas paralingüísticas y no verbales de las emociones básicas (miedo, tristeza, cólera, alegría, afecto).
2. Identifica las conductas paralingüísticas y no verbales de dos o tres emociones básicas.
3. Identifica las conductas paralingüísticas y no verbales de las cinco emociones básicas.

##### 17. INICIAR CONVERSACIONES:

1. No inicia conversaciones.
2. Inicia conversaciones pero presenta entre tres y cinco déficits paralingüísticos y no verbales.
3. Inicia conversaciones con menos de tres déficits paralingüísticos y no verbales.

##### 18. MANTENER UNA CONVERSACION:

1. No mantiene conversaciones.
2. Mantiene una conversación pero presenta entre tres y cinco déficits paralingüísticos y no verbales.
3. Mantiene una conversación con menos de tres déficits paralingüísticos y no verbales.

##### 19. TERMINAR UNA CONVERSACION:

1. No termina conversaciones.
2. Termina conversaciones pero presenta entre tres y cinco déficits paralingüísticos y no verbales.
3. Termina conversaciones con menos de tres déficits paralingüísticos y no verbales.

20. DAR CUMPLIDOS:

1. No emite cumplidos verbales a otras personas y/o lo hace con más de cinco déficits paralingüísticos y no verbales.
2. Emite cumplidos verbalmente pero presenta entre tres y cinco déficits paralingüísticos y no verbales.
3. Emite cumplidos verbalmente aun cuando puede presentar entre uno y dos déficits paralingüísticos y no verbales.

21. RECIBIR CUMPLIDOS:

1. No responde verbalmente a los cumplidos que se le dan y/o presenta más de cinco déficits paralingüísticos y no verbales.
2. Responde verbalmente a los cumplidos que se le dan y presenta entre tres y cinco déficits paralingüísticos y no verbales.
3. Responde verbalmente a los cumplidos que se le dan aun cuando presenta entre uno y dos déficits paralingüísticos y no verbales.

22. DAR OPINIONES:

1. No emite opiniones verbales a otras personas y/o lo hace con más de cinco déficits paralingüísticos y no verbales.
2. Emite opiniones verbalmente pero presenta entre tres y cinco déficits paralingüísticos y no verbales.
3. Emite opiniones verbalmente aun cuando presenta entre uno y dos déficits paralingüísticos y no verbales.

23. HACER CRITICAS

1. No emite críticas positivas y si lo hace presenta más de 5 déficits paralingüísticos y no verbales.
2. Emite críticas positivas aunque presenta entre 3 y 5 déficits paralingüísticos y no verbales.
3. Emite críticas positivas aunque presenta entre 1 y 2 déficits paralingüísticos y no verbales.

24. RESPONDER A CRITICAS MANIPULATORIAS (COMENTARIOS QUE BUSCAN QUE UNA PERSONA EMITA UN COMPORTAMIENTO QUE NO DESEA):

1. Accede a las críticas manipulatorias y/o responde agresivamente.
2. No accede a las críticas manipulatorias pero presenta entre tres y cinco déficits paralingüísticos y no verbales.
3. No accede a las críticas manipulatorias y/o presenta menos de tres déficits paralingüísticos y no verbales.

25. HACER RECLAMOS:

1. No hace reclamos verbalmente y/o los hace en forma agresiva (grita, golpea, insulta, etc.).
2. Hace reclamos verbalmente pero presenta entre tres y cinco déficits paralingüísticos y no verbales.
3. Hace reclamos verbalmente con menos de tres déficits paralingüísticos y no verbales.

26. ACEPTAR ERRORES COMETIDOS:

1. No acepta errores cometidos.
2. Acepta errores cometidos presentando entre tres y cinco déficits paralingüísticos y verbales.
3. Acepta errores cometidos presentando menos de tres déficits paralingüísticos y no verbales.

27. RECHAZAR INVITACIONES O PEDIDOS:

1. Acepta invitaciones o pedidos sin desearlo.
2. Rechaza invitaciones o pedidos pero presenta entre tres y cinco déficits paralingüísticos y no verbales.
3. Rechaza invitaciones o pedidos con menos de tres déficits paralingüísticos y no verbales.

## REGISTRO DE EVALUACION CONDUCTUAL DE HABILIDADES SOCIALES: HOJA DE PACIENTES

NOMBRE DEL TERAPEUTA EVALUADOR:

FECHA DE EVALUACION:

CRITERIOS DE EVALUACION: \* CONDUCTAS INADECUADAS: A TRABAJAR (1) / A MEJORAR(2)

\* CONDUCTAS ADECUADAS (3)

### 1. CONDUCTAS DE AUTOCUIDADO

Conds./Nombres					
1.1 Arreglo,aseo personal					
1.2. Limpieza Vestimenta					
1.3. Arreglo Vestimenta					

### 2. CONDUCTAS PARALINGUISTICAS

Condc./Nombres					
2.1. Volumen					
2.2. Velocidad					
2.3. Articulación					
2.4. Inflexión					
2.5. Fluidez.					
2.6. Empleo de Neologismos.					

### 3. CONDUCTAS NO VERBALES

Condc./Nombres					
3.1 Contacto Visual					
3.2. Expresión Facial					
3.3 Movimiento de las manos					
3.4. Postura adecuada					
3.5. Distancia Física					

### 4.- CONTENIDO DEL DISCURSO

Condc./Nombres					
4.1. Coherencia					
4.2. Lenguaje apropiado					
4.3. Observac.					

### 5. OBJETIVOS ESPECIFICOS DE CADA SESION (Sesiones de Aserción Verbal)

Nombres / Ensayos	Primer Ensayo	Segundo Ensayo

## 6. MEDIDAS EVALUADAS EN LOS PACIENTES

Medidas/Nombres					
Pulso inicial					
Pulso Final					
Usas. Inicial (*)					
Usas. 1er. Ens. 1					
Usas. 1er. Ens. 2					
Usas 2do. Ens. 1					
Usas 2do. Ens. 2					
Usas Final					

(\*) Usas: Unidades Subjetivas de Ansiedad.

## Referencias

- American Psychiatric Association. (1988). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed. rev.) Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Caballo, V. (1993). La multidimensionalidad conductual de las habilidades sociales. *Psicología Conductual*. 1(2), 221-232.
- Cole, R., Kane, K., Zastowny, T., Grolnick, W. y Lehman, A. (1993). Expressed emotion, communication, and problem solving in the families of chronic schizophrenic young adults. En R. Cole y D. Reiss (Eds.). *How do families cope with chronic illness*. Nueva Jersey: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Corrigan, P., Liberman, P. y Engel, J. (1990). From noncompliance to collaboration in the treatment of schizophrenia. *Hospital and Community Psychiatry*. 41(11), 1203-1211.
- Kelley, J. (1987) *Entrenamiento de las habilidades sociales. Guía práctica para intervenciones*. Bilbao: Descleé de Brouwer.
- Liberman, R. (1987). *Psychosocial interventions in the management of schizophrenia: Overcoming disability and handicap*. Presentado en el simposio "Current problems and strategies for the treatment of schizophrenia" 12 de Mayo, 1987. Chicago Illinois.



- Liberman, R. (1989). *Social skills training for psychiatric patients*. Nueva York: Pergamon Press.
- Liberman, R. (1993). Designing new psychosocial treatments for serious psychiatric disorders. *Psychiatry*. 56, 237-249.
- Liberman, R., Wallace, C.H., Blackwell, G., Eckman, T., Vaccaro, J. y Kuehnel, T. (1993). Innovations in skills training for the seriously mentally ill: The UCLA social and independent living skills modules. *Innovations & Research*. 2 (2), 43-60.
- Massel, K., Corrigan, P., Liberman, R. y Milan, M. (1990). Conversation skills training of thought-disordered schizophrenic patients through attention focusing. *Psychiatry Research*. 38: 51-61.
- Mueser, K., Glynn, S. & Liberman, R. (1993). Behavioral family management for serious psychiatric illness. En A.B. Harfield (Ed.). *Models of interventions with families of mentally ill relatives*. San Francisco: Jossey-Bass.
- National Institute of Mental Health (1986). *Schizophrenia: Questions and Answers*. Public Inquiries Branch, Rockville, MD 20857. 1986.
- Schooler, N. (1986). The efficacy of antipsychotic drugs and family therapies in the maintenance treatment of schizophrenia. *Journal of Clinical Psychopharmacology*. 6 (1), 45-50.
- Selltiz, C., Wrigthaman, L., y Cook, S.W. (1980). *Métodos de investigación en las relaciones sociales*. Madrid: Rialp.
- Sotillo, C., Geng, J., Salazar, V., Anchante, M., Iberico, C., Chau, C. y Becerra, S. (1991) *Entrenamiento en habilidades sociales en pacientes esquizofrénicos crónicos: Estudio Piloto*. Lima: Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi.
- Wong, S., Martinez -Diaz, J., Massel, H.K., Eldstein, B., Wiegand W., Bowen, L. & Liberman, R. (1993). Conversational skills training with schizophrenic inpatients: A study of generalization across settings and conversants. *Behavior Therapy*. 24, 285-304.